

GUIDE CLINIQUE

Interruption de grossesse par médicaments

Ce guide fait partie d'un ensemble d'outils visant à informer et soutenir les sages-femmes et la population sur les soins d'interruption de grossesse (IG) pouvant être offerts par les sages-femmes, disponibles sur le site du RSFQ ([ici](#)). Dans ce document, les termes IG par médicaments et avortement par médicaments (AM) sont synonymes et réfèrent à l'IG avec combinaison de mifépristone et misoprostol (mifé-miso).

Avant de prescrire un IG par médicaments

1. Offrir un espace sécuritaire pour accueillir l'histoire de la personne
2. Confirmer l'**admissibilité** à l'IG par médicament
3. Informer la personne quant aux **options de soins en IG de 1^{er} trimestre**
4. Préparer la personne à l'expérience qu'elle s'apprête à vivre
5. Obtenir le **consentement verbal**¹ de la personne

Conditions pour que l'IG par médicaments soit optimale:

- Accès à des soins post-avortement en tout temps
- Absence de contre-indication (CI)
- Âge de la grossesse dans les limites établies pour l'IG par médicaments
 - La SOGC supporte l'usage de l'AM jusqu'à 70 jours (10 SA)
 - La SOGC supporte également l'usage de l'AM jusqu'à 77 jours (11 SA) pour les professionnels expérimentés

CI à l'IG par médicaments

CI absolues:

- Allergie ou hypersensibilité à la mifépristone ou au misoprostol
- Grossesse extra-utérine (GEU)²
- Porphyrisme héréditaire
- Asthme non-contrôlé
- Insuffisance surrénalienne

¹ Au Québec, une personne âgée de moins de 14 ans qui demande des soins en avortement doit obtenir le consentement de son parent ou tuteur légal. **Noter que l'ambivalence n'est pas une contre-indication à l'IG par médicaments**.

² < 1% des personnes qui demandent une IG par médicaments ont une GEU.

CI relatives:

- Taux d'hémoglobine inférieur à 95 g/L
- Stérilet en place (à retirer avant l'IG par médicaments)
- Corticothérapie systémique à long terme concomitante (une augmentation de la dose de stéroïdes peut être nécessaire)

Situations où le mifé-miso devrait être prescrit après une consultation médicale:

- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique ou hépatopathie
- Malnutrition grave
- Diabète non contrôlé

Indications d'échographie pelvienne pré-IG par médicaments

- DDM inconnue ou cycle menstruel très imprévisible ET absence d'examen gynécologique (ex. bi-manuel) qui permet l'estimation d'un âge gestationnel (AG) ≤ 10 SA³ (ex: présence de fibrome, présence d'un tablier graisseux, pas d'examen gynécologique possible, etc.)
- GEU³ probable (FR ou S/Sx):
 - Technique de procréation assistée
 - ATCD de GEU
 - DIU en place
 - ATCD Salpingite
 - ATCD Chx ou ligature des trompes utérines
 - Infection génitale haute
 - Douleur pelvienne ou abdominale vive diffuse ou unilatérale
 - Saignements
- Dans le cas où aucun sac gestationnel n'est visible à l'écho (grossesse de localisation indéterminée (GLI)), un dosage sanguin du β -hCG < 2000 permet de valider que la grossesse est fort probablement intra-utérin, il devient donc sécuritaire de prescrire rapidement le mifé-miso.

Dès que l'IG est demandée, la SF doit tout mettre en place pour offrir le soin le plus rapidement possible

- En l'absence de CI à l'IG par médicaments, des tests supplémentaires ne devraient pas retarder le moment où la personne peut procéder à l'IG par médicaments.

³ Un utérus gravide est globuleux et augmenté de volume, il a la taille d'une orange entre 8 et 10 SA et d'un pamplemousse à 12 SA.

- Certaines personnes pourraient souhaiter obtenir de l'information par rapport à la contraception, elles devraient pouvoir être accompagnées vers un plan de contraception qui leur convient le mieux s'il y a lieu.

Certains examens ou soins supplémentaires dont la pertinence est à discuter avec la personne qui demande l'IG avec médicaments selon sa situation

- *Hb-Ht et ferritine*
 - Pourrait être désirées par une personne connue pour anémie sévère et symptomatique étant donnée que ce Dx est une CI relative à l'AM
- *GrRh +RAI et prophylaxie Ig anti-D*
 - Selon la SOGC, la vérification du facteur Rh n'est pas recommandée avant 57 jours d'aménorrhée (8⁺¹ SA) voire même 78 jours d'aménorrhée (11⁺¹ SA)
 - l'OMS et la Fédération nationale de l'avortement (NAF) ne recommandent pas de prophylaxie d'Ig anti-D avant 84 jours d'aménorrhée (12⁺⁰ SA)
- *Gono/Chlam*
 - Un dépistage pourrait être souhaité par la personne qui désire un AM en cas de forte probabilité d'infection active qui pourrait augmenter la probabilité de GEU
- *β-hCG*
 - Aucun dosage sanguin de β-hCG n'est nécessaire pour offrir l'AM de façon sécuritaire en présence de ces 3 conditions:
 - 1) AG déterminé de façon claire
 - 2) Probabilité de GEU faible
 - 3) Personne demandant l'AM qui souhaite privilégier une approche sans tests ou pour qui l'approche sans tests est la seule option qui lui permet d'avoir recours à l'AM
 - Le dosage de β-hCG en série pour dater une grossesse devrait être utilisé en dernier recours étant donné qu'il est très peu fiable et très peu précis.
 - Dépendamment de l'approche convenue pour faire le suivi de l'avortement et de l'évaluation du risque de GEU dans le cas où une écho a été prescrite et que la grossesse n'a pas encore pu être localisée dans l'utérus, un dosage du β-hCG pourrait être pertinent.
 - Si la personne qui procède à l'AM **souhaite rapidement savoir** si l'avortement a été complété et que les ressources d'analyse de laboratoire sont disponibles, un dosage sanguin sérié de β-hCG pourrait être proposé:
 - **J1 prise de mifépristone** comme point de référence

- **J3 post-mifépristone:** β -hCG devrait avoir diminué d'au moins 50% par rapport au β -hCG du J1 pour confirmer que l'AM a été complété
- **J7 post-mifépristone:** β -hCG devrait avoir diminué d'au moins 80% pour confirmer que l'AM est complété
- Pour confirmer le succès de l'expulsion, un test de grossesse urinaire 4-5 semaines après l'AM peut être effectué.

Déroutement d'un IG par médicaments mifépristone et misoprostol

Début de l'IG

La personne prend 1 CO de 200 mg de **mifépristone PO**:

NB: L'administration d'une deuxième dose est nécessaire en cas de vomissements dans l'heure suivant la prise orale de **mifépristone.*

Un prélèvement de β -hCG sanguin pourrait être demandé si un suivi de β -hCG sanguin est choisi pour évaluer l'efficacité de l'avortement 3 jours ou 7-14 jours après la prise de mifépristone.

Action de la **mifépristone:**

Antiprogestatif qui inhibe la progestérone qui soutient l'évolution précoce de la grossesse. La mifépristone interrompt la grossesse.

Effet indésirables:

- Maux de tête 13%

Préparer la personne au soulagement des inconforts

- **AINS au choix**
 - Ibuprofène 400-800 mg PO q 4-8h (max 2400 mg/24h) ou
 - Naproxen 250-550 mg PO q 8h-12h (max 1500 mg/24h)
- **Analgésique** (moins efficace, mais pourrait être utile en cas d'intolérance aux AINS)
 - Acétaminophène 350 mg + codéine 30 mg PO 1 ou 2 CO q 4h prn
- **Antiémétiques**
 - Dimenhydrinate

24-48h post-mifépristone:

La personne prend 4 CO de 200 mcg de **misoprostol** intra vaginal ou buccal (laisser fondre dans les joues).

Attention: Si l'AG dépasse 63 jours, prescrire une deuxième dose de 4 CO de 200 mcg de **misoprostol** intra vaginal ou buccal à prendre 4h après la première dose pour améliorer les probabilités que avortement soit complété sans recours à la dilatation et à l'aspiration.

Action du **misoprostol**:

Prostaglandine synthétique qui génère les contractions utérines permettant de compléter l'avortement (d'expulser la grossesse).

Effets indésirables

- Diarrhées: 58%
- Nausées: 30%
- Frisson et fièvre: 45%
- Vomissements: 21% (NB: *si la personne vomit dans l'heure suivant l'administration du médicament, une autre dose devrait lui être prescrite*)

1h à 4h après la prise de miso:

Début des crampes et des saignements

4h à 8h après la prise de miso :

Début de l'expulsion

Pertes sanguines plus abondantes, caillots possibles gros comme un citron, tissus potentiellement visibles à travers les caillots.

Temps moyen de l'expulsion 4,4h post-miso

L'expulsion survient dans les 8h post-miso dans 98% des cas

24h post-miso

En absence d'expulsion ou de saignement, la situation devrait être réévaluée avec la sage-femme. La personne pourrait prendre une deuxième dose de **misoprostol** (800 mcg) ou une dilatation-aspiration.

J3 post-mifépristone

Les saignements devraient diminuer significativement

Si le suivi précoce du β -hCG sanguin a été déterminé comme méthode pour évaluer si l'avortement a été complété, le β -hCG devrait avoir diminué d'au moins 50% si l'avortement est complété par rapport à la mesure comparative de β -hCG sanguin mesurée à J1 de la prise de **mifépristone**.

1-2 semaines post-IG:

Un appel de suivi ou un rendez-vous de suivi en personne devrait être proposé.

- ❖ Les pertes sanguines sont habituellement complétées deux semaines après la prise de mifé-miso.
- ❖ Certaines personnes pourraient avoir des microrragies (spotting) jusqu'à 30 jours post mifé-miso

Suivi post-IG avec médicaments

- Offrir une écoute et une disponibilité pour répondre aux questions s'il y a lieu
- Évaluer l'état psychologique et physique de la personne
- Évaluer les probabilités que l'avortement ne soit pas complété (2,3% des AM)
 - Une histoire de bonnes crampes, de saignement abondant, de caillots et de tissus visualisés dans les 2h à 8h après la prise du misoprostol suivie d'une disparition progressive des S/Sx de Gx et des pertes sanguines confirment généralement que l'avortement a été complété.
 - *En cas de doute:*
 - Proposer un dosage de β -hCG urinaire ou sérique
 - Un dosage du β -hCG *sanguin* (à J1 de la prise de mifépristone puis à J3 ou J7-14 après la prise de mifépristone selon ce qui a été convenu)
 - Proposer une échographie pelvienne
 - N'est pas une méthode de confirmation qui surpasse l'histoire d'avortement complété ni le suivi du β -hCG.
 - Devrait être proposée si β -hCG indique un avortement incomplété.
 - Proposer une dilatation et une aspiration dans le cas où l'avortement n'est pas complété
- Soutenir la personne dans son plan de contraception, s'il y a lieu

30 jours et + après la prise de mifé-miso

- ❖ Les microrragies peuvent perdurer chez 8% des personnes au delà de 30 jours

Si un suivi avec le moins d'intervention possible a été déterminé au préalable avec la sage-femme, la personne pourrait faire un test de dépistage de β -hCG urinaire pour confirmer que l'avortement est bel et bien complété. Environ une fois sur cinq, le test de grossesse urinaire pourrait être positif malgré un avortement complété. En l'absence de risque de nouvelle grossesse et de Sx compatibles avec un avortement incomplet, un test urinaire devrait être proposé 1 semaine plus tard. Si le test urinaire est toujours positif 5 semaines après l'AM, prescrire une échographie pelvienne.

Informations complémentaires

Efficacité de l'IG avec médicaments

L'avortement par médicament est un soin de santé reproductive efficace et sécuritaire.

Mifé-miso

L'IG par médicaments est très efficace et se complète sans autres interventions dans 97,4% des cas. L'efficacité diminue légèrement au fil des jours d'aménorrhée, ainsi au delà de 63 jours d'aménorrhée, il est recommandé de proposer une 2e dose de misoprostol 4h après la prise de la première dose pour diminuer la probabilité de devoir recourir à la dilatation et à l'aspiration.

Miso seul

En cas d'allergie sévère, de CI à la prise de mifépristone ou d'indisponibilité du mifé-miso, le misoprostol seul pourrait être utilisé. Le miso seul doit être évité si possible puisqu'il augmente la probabilité de devoir recourir à la dilatation-aspiration pour compléter l'avortement (10-15%) et qu'il augmente l'intensité, la fréquence et la durée des effets indésirables (douleur, fièvre, nausées, vomissement, frisson). Les protocoles d'AM utilisant uniquement le miso varient d'une source à l'autre et peuvent impliquer jusqu'à 4 doses de 800 mg de misoprostol au 3h. Les taux de β -hCG diminuent moins rapidement après un AM utilisant le misoprostol seul, les cas de grossesses évolutives post-miso sont donc plus fréquents et un suivi plus rapproché et soutenu doit être proposé étant donnée la grande tératogénicité du misoprostol.

Sécurité de l'IG par médicaments

Les probabilités de complications majeures (transfusion, infection, hospitalisation) secondaires à la prise de mifé-miso pour induire un avortement au premier trimestre sont inférieures à 1%.

Accès aux soins d'urgence au besoin

- Urgence à proximité
- Ligne 24h avec un.e professionnel.le de la santé formé.e en avortement
- Instructions écrites pour reconnaître les signes de complication grave

Rares complications:

- Gx évolutive
- Hémorragie aiguë (moins de 1 %)
- Rétention de produit de conception (1-8%)
- Une dilatation-aspiration peut être requise en cas de poursuite de la grossesse
- Infection des voies génitales hautes (moins de 1%)
 - Tx ATB requis
- Choc toxique (0,58/100 000)
- Douleur pelvienne intense

Amorce de la contraception après un avortement par médicament

- ❖ *Timbre, anneau ou contraceptif oraux (combinés ou à progestatif seul):*
Peut être amorcé le jour suivant la prise du misoprostol.
- ❖ *Implant à progestatif seul:*
Peut être inséré le jour de la prescription du mifé-miso.
- ❖ *Dispositif intra-utérin (DIU) ou système intra-utérin (SIU):*
Peut être installé dès 7 jours après l'AM complété.
- ❖ *Acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) - Depo Provera*
Après la prise de mifé-miso puisqu'il réduit l'efficacité de la mifépristone. Si l'accès au suivi en personne est une barrière, il pourrait être administré en même temps que la prise de mifépristone.

Références

Société des obstétriciens gynécologues du Canada. (2023). *Programme de formation sur l'avortement 2.0*. Cours en ligne payant offert sur le site de la SOGC à l'adresse suivante: https://www.sogc.org/fr/fr/rise/Events/event-display.aspx?EventKey=MATP2_FR

Fédération nationale de l'avortement, Canada. (2022). *Medication Abortion Training for Primary Care Providers*. Formation en ligne payante offert sur le site de NAF Canada à l'adresse suivante: <https://nafcanada.org/medication-abortion-virtual-course/>

Société des obstétriciens gynécologues du Canada. (2016). *Avortement médical*. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.001>

Autre source à mettre en mode APA :

https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/coronavirus/documentation/CANADIAN-PROTOCOL-FOR-THE-PROVISION-OF-MA-VIA-TELEMEDICINE_FR_SOGC.pdf



Contribution financière :

Santé Canada Health Canada

Nous sommes reconnaissants de travailler en partenariat avec l'ACSF pour aider à améliorer l'accès à l'interruption de grossesse (IG) pour les populations mal desservies, en outillant les sages-femmes en tant que prestataires de soins liés à l'IG. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada. Avril 2024.