

Prise en charge médicamenteuse des pertes de grossesse précoces

Objectifs



À l'issue de ce programme de formation, les participants seront en mesure de :



Expliquer ce qu'est une perte de grossesse précoce (fausse couche) et ses implications



Expliquer les options pour la prise en charge médicamenteuse de la perte de grossesse précoce



Faire le point sur les différentes méthodes d'évacuation utérine



Faire le point sur les médicaments utilisés pour prendre en charge la perte de grossesse précoce



Expliquer les soins qui s'ensuivent



Proposer des options de contraception après une perte de grossesse précoce



Expliquer le rôle de la télémédecine dans la perte de grossesse précoce

DÉFIS GLOBAUX

DE LA PERTE DE GROSSESSE PRÉCOCE

Défis globaux des fausses couches

1

Dans le monde, **23 millions** de grossesses sont perdues avant d'être viables chaque année.

Cela représente **44 fausses couches** par minute, probablement plus

15% de risque de fausse couche

2

Prévalence dans la population **femmes avec fausse couche antérieure**

une antérieure = 10,8 %

deux antérieures = 1,9 %

trois ou plus = 0,7 %

3

Augmentation du risque avec l'âge de la mère (et du père)

à l'âge de **30 ans**, le risque de fausse couche est d'un sur cinq (**20%**);

Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss, Quenby S et al. Lancet 2021; 397: 1658–67 .Lancet 2021; 397: 1658-67

Défis globaux des fausses couches



Les autres facteurs de risque sont :



L'origine ethnique (femmes noires > femmes blanches)



Le tabac,



L'alcool



Les anomalies utérines et endométriales,



Les maladies chroniques comme le diabète, l'obésité



Les infections vaginales (p. ex. vaginose bactérienne) et systémiques (p. ex. paludisme)



De plus en plus de preuves qui impliquent le rôle de la pollution.

Défis globaux des fausses couches



'Fausse couche : une réforme mondiale des soins s'impose' - Lancet Series, avril 2021



Compréhension partielle de la charge



Chiffres non collectés précisément, critères de diagnostic inconstants



Diagnostic par HCG ou échographie ?

- Perte de grossesse biochimique
- Perte de grossesse préclinique (avant l'identification à l'échographie)
- Perte de grossesse clinique (après l'identification à l'échographie)



Critères de la fausse-couche récurrente

- ASRM – 2 échecs de grossesse ou plus
- RCOG – 3 échecs de grossesses consécutifs ou plus y compris grossesses biochimiques
- ESHRE – 2 échecs de grossesse non consécutifs ou plus



Tout cela signifie que les femmes peuvent se voir refuser des traitements et des options de prises en charge

Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss, Quenby S et al. Lancet 2021; 397: 1658–67. Lancet 2021; 397: 1658–67

Type de perte de grossesse précoce/fausse couche

○ Avortement manqué

Lorsque la grossesse arrête son développement mais que l'embryon/le fœtus/le tissu embryonnaire ou l'œuf clair reste dans l'utérus et le col de l'utérus est fermé*

La patiente peut ressentir des douleurs, connaître des saignements ou ne rien sentir. Une échographie peut mettre en évidence un embryon ou un fœtus sans activité cardiaque ou un sac gestationnel vide dans l'utérus.

○ Fausse couche incomplète

Lorsque la grossesse a commencé à sortir de l'utérus et le col de l'utérus est ouvert. La patiente se plaint de saignements et de crampes douloureuses.

Une échographie pourra montrer des images hétérogènes irréguliers dans la cavité de l'endomètre à l'échographie transvaginale **. Cependant, l'échographie de routine ne doit pas être utilisée pour dépister un avortement incomplet ; les résultats de l'échographie sont mal corrélés avec les produits de conception conservés (OMS 2023).

○ Risque de fausse couche

En cas de saignement vaginal ou de spotting, mais que la grossesse reste vivante/viable dans l'utérus et que le col est fermé. Il peut y avoir ou non des douleurs.

* Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. [Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement](#)

** Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. N Engl J Med 2013; 369: 1443–51.

POURQUOI LES FAUSSES COUCHES SONT-ELLES IMPORTANTES ?

Pourquoi les fausses couches sont-elles importantes ?



Risques pour la santé



Un saignement vaginal en début de grossesse est lié à une augmentation du risque de complications obstétriques et de mauvais pronostic pour la grossesse

- Menaces de fausse couche -> risque accru d'hémorragie antepartum (risque relatif 1,62-2,47), et
- Augmentation du risque de mortalité périnatale et faible poids de naissance (RR 2,15 et 1,83)



Avec chaque fausse couche, risque accru de naissance prématurée

- Lié aux lésions provoquées par le curetage, les changements du biome de l'endomètre, entraînant une placentation anormale

Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss, Quenby S et al
Lancet 2021; 397: 1658-67

Pourquoi les fausses couches sont-elles importantes ?



Risques pour la santé à long terme



Les fausses couches récurrentes augmentent les risques de maladie cardiovasculaire et de thromboembolisme veineux



Les effets psychologiques des fausses couches sont sous-estimés de manière générale*

- 18 % répondaient aux critères du stress post-traumatique
- 17 % souffraient d'anxiété modérée à grave
- 6 % souffraient de dépression modérée à grave

*Farren J, Jalbrant M, Falconieri N, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. Am J Obstet Gynecol 2020; 222: 367.e1-22

Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss, Quenby S et al Lancet 2021; 397: 1658-67

Pourquoi les fausses couches sont-elles importantes ?



Coûts économiques



Les coûts directs pour le système de santé de la prise en charge des fausses couches varie largement, la technique de l'aspiration représentant un poids financier élevé

| | |
|--|--------|
| ● Aspiration manuelle en ambulatoire aux États-Unis _____ | 852 £ |
| ● Hospitalisation _____ | 1729 £ |
| ● Prise en charge non interventionniste _____ | 380 £ |
| ● Prise en charge médicamenteuse _____ | 298 £ |
| ● Aspiration manuelle Eswatini _____ | 131 £ |
| ● Dilatation et curetage pour fausse-couche incomplète _____ | 201 £ |



Pour la femme, des arrêts maladie à court terme avec des coûts à long terme inconnus.

- Au Royaume-Uni, on estime le coût annuel des fausses couches à _____ 417 millions de livres



L'introduction du mifépristone permettra de :

- augmenter la couverture pour les soins après avortement destinés aux femmes vivant en milieu rural.
- réduire significativement le coût de la prise en charge des fausses couches au Malawi.

*Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss, Quenby S et al

MÉTHODES D'ÉVACUATION UTÉRINE

VUE D'ENSEMBLE

Vue d'ensemble des méthodes d'évacuation utérine



Méthodes recommandées d'évacuation selon la durée de la grossesse :



Médication



Chirurgie

● Aspiration - jusqu'à 14 semaines

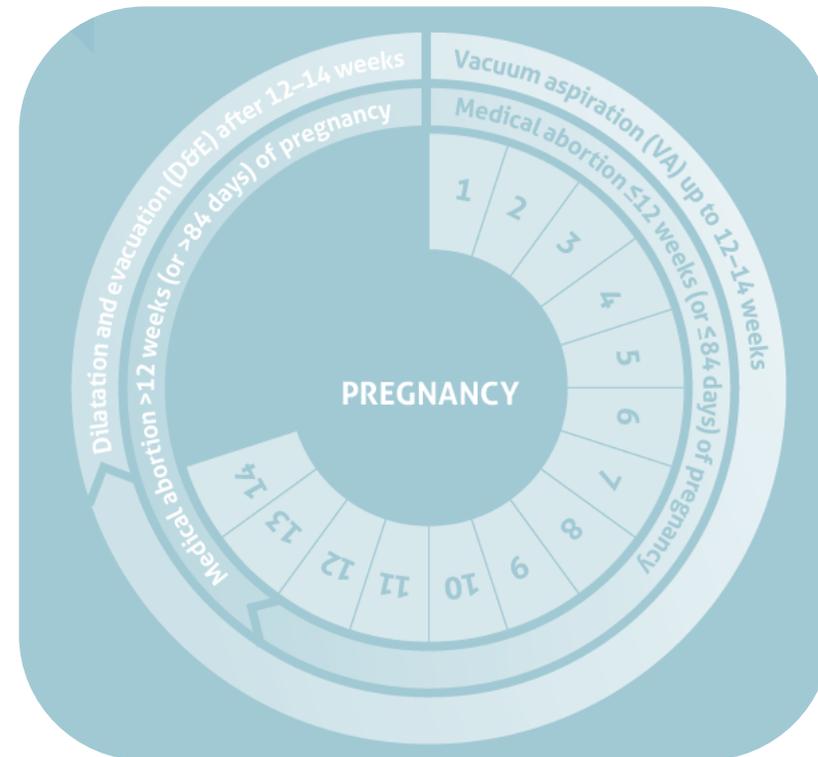
● Aspiration manuelle

● Aspiration électrique



Dilatation et évacuation - après 14 semaines

La technique par aspiration devrait remplacer celle par dilatation et évacuation qui est susceptible d'être associée à davantage de complications



Clinical practice handbook for Quality Abortion Care, World Health Organization, 2023

Comparaison des méthodes d'évacuation utérine <14 semaines

| Évacuation médicamenteuse | Aspiration manuelle |
|---|---|
| Évite la chirurgie. | Intervention chirurgicale mineure réalisée en ambulatoire. |
| Reproduit le processus naturel de la fausse couche spontanée. | Réalisée à l'aide d'instruments par un professionnel formé. |
| Dans certaines situations et selon l'âge gestationnel, peut avoir lieu à domicile. | A lieu dans un établissement de santé. |
| Le processus complet peut prendre quelques heures à quelques jours, ce qui est imprévisible. Les femmes ont des saignements et des crampes pendant ce temps. Le DIU peut être posé uniquement après avoir confirmé que le processus est terminé, ce qui peut prendre plus d'une semaine. | Procédure rapide, durant moins de 15 minutes. Évacuation complète confirmée par l'examen des produits aspirés. Une contraception intra-utérine peut être fournie à l'issue de la procédure. |
| Les comprimés peuvent provoquer d'autres effets indésirables comme des vomissements, des frissons et des nausées. | Les instruments peuvent provoquer une gêne. |
| Peut nécessiter plusieurs visites à la clinique si les saignements et les douleurs nécessitent un traitement, et pour confirmer que la grossesse a bien été complètement évacuée. | Une seule visite sauf en cas de lésion utérine ou cervicale - ce risque est limité avec un professionnel formé. |
| Il existe un risque que la patiente voie les produits de la conception. | La patiente ne voit pas les produits de la conception. |
| La date de l'intervention peut être contrôlée par la patiente. | La date de l'intervention est contrôlée par le praticien et la clinique. |

RÔLE DU MIFÉPRISTONE ET DU MISOPROSTOL

Mifépristone

○ Informations

- Le mifépristone est une prostaglandine synthétique (RU486), dont la formule moléculaire est la suivante : $C_{29}H_{35}NO_2$: 11β -[p-(diméthylamine) phényl]- 17α -(1-propynyl) estra-4,9-dien- 17β -ol-3-one
- Il s'agit d'un stéroïde à action anti-progestative, anti-glucocorticoïde et à faible action anti-androgène.
- Il s'oppose à l'action du cortisol au niveau des récepteurs.
- Il a été développé en 1980 et figure sur la liste de l'OMS des médicaments essentiels.

○ Présentation :

- Le mifépristone se présente sous la forme d'un comprimé non enrobé jaune, rond et plat, marqué sur un côté pour la voie orale ou vaginale.
- Il est typiquement utilisé en combinaison avec du misoprostol pour stimuler les contractions utérines.
- Peut être administré par voie orale ou vaginale.

Utilisations médicales

- Contraceptif d'urgence - dans les 120 heures suivant le rapport sexuel à risque.
- Avortement médical au cours des premier et deuxième trimestres de grossesse.
- Maturation cervicale.
- Préparation pour l'action des analogues des prostaglandines comme le misoprostol sur l'utérus. Le mifépristone augmente l'efficacité du misoprostol.
- Déclenchement du travail en IUD.
- Prise en charge des avortements/fausses couches incomplètes.
- Traitement du diabète de type 2 ou de l'intolérance au glucose, due à des hauts niveaux de cortisol (hypercorticisme) chez les adultes atteints du syndrome de Cushing (lorsque la chirurgie est impossible). Réf 1,2

Mécanisme d'action



Mifépristone

- Antagoniste des récepteurs de la progestérone, interfère avec la progestérone, bloquant ses effets et initiant le détachement de la grossesse.
- Utilisé en combinaison avec le misoprostol dans une séquence de dosage définie.



Misoprostol

- Stimule la contraction de l'utérus et son évacuation par la dilatation du col de l'utérus.
- Peut être utilisé sans mifépristone si celui-ci n'est pas disponible.
- Initialement utilisé pour protéger la paroi muqueuse de l'estomac.

Contre-indications



Mifépristone

- Insuffisance surrénalienne (peut nécessiter des corticostéroïdes) ;
- Traitement anti-coagulant ;
- Asthme (éviter en cas d'asthme sévère et non contrôlé) ;
- Maladie cardiovasculaire existante ;
- Troubles hémorragiques ;
- Antécédents d'endocardite ;
- Prothèse de valve cardiaque ;
- Facteurs de risques de maladie cardiovasculaire



Misoprostol

- Maladie cardiovasculaire ;
- Facteurs de risques de maladie cardiovasculaire



Allergies au médicament

Voies d'administration



Orale

Les pilules sont avalées immédiatement



Sublinguale

Les pilules sont placées sous la langue et avalées au bout de 30 minutes



Buccale

Les pilules sont placées entre la joue et les gencives et avalées au bout de 20 à 30 minutes



Vaginale

Les pilules sont placées dans le vagin

Effets secondaires du médicament



Crampes/douleurs

- concernent >90 % des patientes, varient en intensité, pic après la dose de misoprostol. Normalement pas plus de 6 heures et répondent à l'ibuprofène.



Nausées, vomissements, diarrhée, fièvre faible, frissons et myalgies

- sont des effets indésirables courants du misoprostol et se résolvent généralement dans les 6 heures suivant l'utilisation.



Saignement vaginal

- généralement plus abondant dans les 4 à 6 heures suivant la prise de misoprostol, souvent plus important que les règles normales et accompagné de caillots.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA PERTE DE GROSSESSE PRÉCOCE SCHÉMAS

Options de prise en charge médicale



Non interventionniste, Médicamenteuse ou Chirurgicale

Cochrane Review, 2021



La prise en charge médicamenteuse et l'évacuation chirurgicale sont supérieures à la technique non interventionniste mais la prise en charge non interventionniste est un succès chez 50 % des femmes*



La prise en charge médicamenteuse est un succès chez plus de 85 % des femmes et évite l'utilisation d'anesthésiques*



Aucune méthode n'est meilleure que les autres pour les futures grossesses



Dépend des perceptions de la patiente et des circonstances personnelles



Principes du choix par les femmes avec les pertes de grossesses au premier trimestre

*RCOG PIL, Early Miscarriage 2016

Prise en charge de la perte de grossesse précoce



Les prises en charge médicamenteuse, chirurgicale (aspiration) et non interventionniste sont toutes des options pour **prendre en charge les avortements manqués**.

La décision dépend de l'état clinique de la patiente et des préférences de traitement

TRAITEMENT MÉDICAL DES AVORTEMENTS MANQUÉS <14 SEMAINES

| TYPE DE SCHÉMA | INFORMATIONS DE DOSAGE | | | REMARQUES |
|---|---------------------------------------|--------------------|--|--|
| MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL (Schéma recommandé) | Mifépristone 200 mg PO une fois | 1-2 JOURS AVANT | Misoprostol 800 µg par toute voie (B, PV ou SL) une seule fois | L'intervalle minimal recommandé entre l'utilisation du mifépristone et du misoprostol est de 24 heures. |
| MISOPROSTOL SEUL (Schéma alternatif) | S/O | | Misoprostol 800 µg par toute voie (B, PV ou SL) | Si ce schéma est utilisé, il convient de noter qu'à des âges gestationnels ≥ 9 semaines, il a été démontré que la répétition des doses de misoprostol est plus efficace pour le succès du processus d'avortement. Les directives de l'OMS n'indiquent pas de nombre maximal de doses de misoprostol. |

B: buccale; S/O: sans objet; PO: voie orale; PV: vaginale; SL: sublinguale

Prise en charge de la perte de grossesse précoce



Pour les patientes cliniquement stables, les trois options de **prise en charge d'un avortement incomplet <14 semaines** sont : la prise en charge non interventionniste, l'aspiration ou la prise en charge médicamenteuse avec du misoprostol en fonction de l'état physique de la patiente et de la préférence de traitement.



La prise de misoprostol peut être répétée au besoin pour parvenir à un avortement complet mais les directives de l'OMS n'indiquent pas un nombre maximal de doses de misoprostol à utiliser.

Schéma recommandé pour la prise en charge d'un avortement incomplet avec le misoprostol

| TAILLE DE L'UTÉRUS | SCHÉMA AVEC MISOPROSTOL (DOSE ET VOIE D'ADMINISTRATION) |
|---------------------------------|--|
| < 14 semaines de taille utérine | 600 µg voie orale ou 400 µg voie sublinguale |
| ≥ 14 semaines de taille utérine | 400 µg par voie sublinguale, vaginale ou buccale toutes les 3 heures |



Prudence quant au nombre de doses de misoprostol chez les femmes enceintes ayant des antécédents d'incision utérine et une grossesse avancée (> 14 semaines) pour éviter une rupture utérine

Pourquoi combiner les médicaments ?



Preuve de l'efficacité de la combinaison de mifépristone et de misoprostol

1

Réduction de l'échec de l'expulsion spontanée du sac gestationnel à 7 jours

2

Réduction du recours aux interventions chirurgicales pour terminer la fausse couche jusqu'à et après 7 jours, par rapport à la prise de misoprostol seul

3

L'utilisation d'un traitement combiné réduit également le recours aux interventions chirurgicales et donc les coûts

Ce traitement s'avère efficace au regard des coûts au Royaume-Uni

RCOG, Ectopic Pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management NICE Guideline [NG126] Last Updated 23 August 2023

Efficacité

MISOPROSTOL SEUL

- Parmi toutes les études, environ 78 % des femmes ont eu un avortement complet sans intervention chirurgicale.
- Parmi les groupes dans lesquels la dose était de 800 mcg administrée par voie vaginale, l'intervention chirurgicale était significativement moins courante si les patientes étaient autorisées à prendre au moins quatre doses.
- L'humidification des comprimés administrés par voie vaginale augmente les taux d'absorption et est associée à moins d'interventions chirurgicales.

Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. [Elizabeth G. Raymond](#), [Margo S. Harrison](#), [Mark A. Weaver](#), PhD. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan; 133(1): 137-147. doi: [10.1097/AOG.00000000000003017](#)

MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL

- Le mifépristone stimule l'action abortive du misoprostol, entraînant un avortement complet chez 95 % des femmes en 63 jours de grossesse et de 93 % entre 64 et 70 jours.
- Un pré-traitement au mifépristone 200 mg avant le misoprostol augmente significativement et statistiquement l'efficacité de 67 % à 84 % de façon sûre.

Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Engl J Med.* 2018; 378: 2161-2170

Prise en charge des pertes de grossesse précoces

○ Fausse couche manquée

- 200 mg de mifépristone par voie orale, et
- 24-48 h plus tard, 800 mcg de misoprostol (par voie vaginale, orale ou sublinguale) sauf si le sac gestationnel a déjà été évacué.

○ Fausse couche incomplète

- Dose simple de misoprostol 600 mcg (par voie vaginale, orale ou sublinguale)
- Le misoprostol 800 mcg peut être utilisé comme alternative pour permettre l'alignement des protocoles de traitement pour les fausses couches manquées et incomplètes
- Ne pas proposer de mifépristone

Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement

PRISE EN CHARGE NON INTERVENTIONNISTE

Prise en charge des fausses couches confirmées



Non interventionniste



« Attendre pour voir »



Importance de la sélection et du choix de la patiente

- Délai d'expulsion plus long et augmentation du risque que des tissus persistent, mais la plupart des femmes n'ont pas besoin d'autre traitement.
- Si les saignements et les douleurs indiquent que la fausse couche est complète au cours des 7 à 14 jours de la prise en charge non interventionniste, répéter le test de grossesse urinaire 3 semaines après la fausse couche.
- Proposer un suivi en l'absence de saignements ou si ceux-ci persistent et/ou augmentent.



Attention :

- Risque d'hémorragie (fin du 1^{er} trimestre), troubles de la coagulation.
- Effets indésirables antérieurs ou expérience traumatique associée à la grossesse, comme une mortinaissance ou une fausse couche.
- Signes d'infection.

Prise en charge des fausses couches confirmées



Menace



L'échographie a confirmé une grossesse intra-utérine sans antécédents de fausse couche ?



Si les saignements s'aggravent ou persistent après 14 jours, revenir pour évaluation.



Antécédents de fausse couche ?



Proposer de la progestérone micronisée 400 mg par voie vaginale deux fois par jour jusqu'à la semaine 16 de grossesse.



Le mifépristone et le misoprostol ne mettent pas fin à une grossesse extra-utérine.

CONSIDÉRATIONS --- OPÉRATIONNELLES

Options de prise en charge médicale



Estimation de l'âge gestationnel



Cette estimation est essentielle même pour les femmes faisant une fausse couche.



La prise en charge médicale à un stade tardif de la grossesse doit être réalisée dans un établissement de santé en raison du risque accru d'hémorragie.



L'âge gestationnel peut être raisonnablement estimé dans la plupart des cas en comptant le nombre de semaines et de jours depuis le premier jour des dernières règles normales.



Réaliser une échographie ou un examen physique en cas de doutes à propos de la grossesse, ou s'il existe une suspicion de grossesse extra-utérine.

Considérations médicales



Importance de la sélection et du choix de la patiente



Conseils

- Durée et abondance des saignements, crampes dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol, saignements abondants pendant quelques heures.
- Deux femmes sur trois ont une fausse couche complète après 2 semaines, 4 sur 5 après 4 semaines (données de l'Imperial College London).
- Effets indésirables potentiels du traitement, notamment douleurs, diarrhée et vomissements.
- Proposer des antidouleurs (AINS, codydramol), des antiémétiques.



La patiente a-t-elle accès à des soins de suivi en cas d'urgence ?

Si les saignements n'ont pas démarré dans les 48 heures suivant la prise de misoprostol, conseiller à la patiente de **contacter son professionnel de santé** afin de déterminer des soins de suite personnalisés.



RCOG : fournir un test de grossesse urinaire à réaliser chez soi 3 semaines après la prise des médicaments



En cas de saignements persistants ou abondants en toutes circonstances, réévaluer et envisager une évacuation chirurgicale

- Changement de serviette hygiénique plus d'une fois toutes les 30 minutes pendant plus d'une heure ou incapacité à quitter les toilettes

Considérations médicales



Ne pas proposer de prophylaxie à l'immunoglobine anti-D aux femmes qui :



reçoivent uniquement un traitement médical pour la fausse couche **ou**



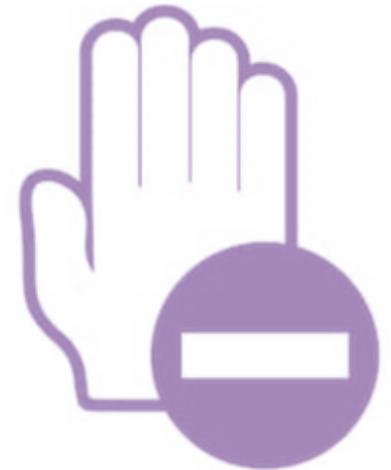
sont à risque de fausse couche **ou**



ont une fausse couche complète



Les antibiotiques prophylactiques ne sont pas indiqués mais **consulter les protocoles locaux**



Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. [Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement](#)

Considérations sur la patiente

1

Prendre une journée de congé, avec quelqu'un pour la soutenir pendant la procédure

2

Organiser la garde des enfants

3

Ne voit généralement pas les tissus de la grossesse mais plus sûr d'évacuer les restes ou de les jeter comme elle le souhaite

Considérations opérationnelles



Équipe



Nombre suffisant de conseillers formés et disponibles en cas d'urgences ou de questions



Établissement



Suffisamment de fournitures pour permettre de choisir



Lignes téléphoniques ouvertes



Accès à l'évaluation d'urgence, réanimation et évacuation utérine



Fournir des informations écrites est essentiel

Soins de suivi



Les patientes doivent être prévenues des « signes de danger » qui doivent les inciter à consulter :

- Saignements abondants et prolongés ou absence de saignement
- Douleur sévère non soulagée par les médicaments qui peut indiquer une grossesse extra-utérine



Un suivi médical n'est pas obligatoire médicalement parlant sauf si la patiente souhaite être examinée



**Cependant, il est important de dire « Revenez quand vous voulez »
et d'avoir une politique de porte ouverte**

Signes de danger



La patiente doit joindre les services d'urgence si :



Il n'y a pas de perte sanguine dans les 24 heures suivant la prise de prise misoprostol



Elle détrempe 2 serviettes hygiéniques super absorbantes ou plus pendant 2 heures ou plus



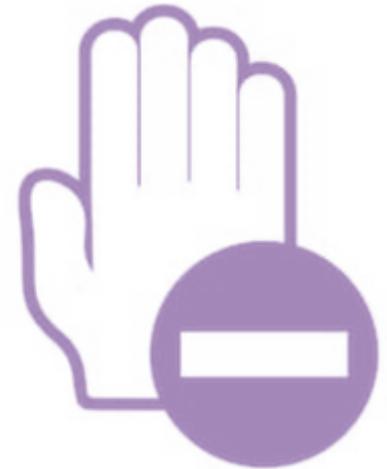
La douleur ne parvient pas à être apaisée malgré la prise des analgésiques prescrits



Elle a une fièvre soutenue $>38^{\circ}\text{C}$ ou $100,4^{\circ}\text{F}$ ou la fièvre apparaît >24 heures après la prise de misoprostol



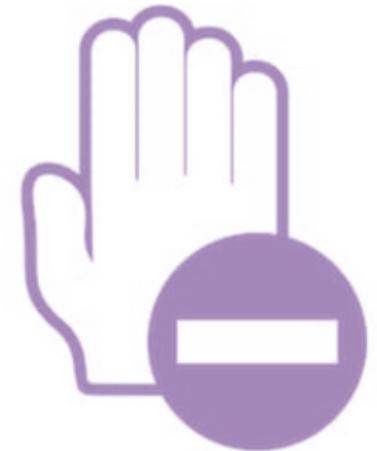
Elle a des douleurs abdominales, faiblesses, nausées, vomissements ou diarrhée plus de 24 heures après la prise de misoprostol



Goodman S, Flaxman G, and the TEACH Trainers Collaborative Working Group.* TEACH Early Abortion Training Workbook, Fifth Edition. UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health: San Francisco, CA (2016).

Complications de la prise en charge médicale

- En l'absence de saignements après la prise de pilules, envisager
 - Un échec de la procédure (1-2 femmes sur 100): si confirmé, le professionnel de santé devrait envisager de répéter l'IVG médicamenteuse ou l'aspiration manuelle
 - Grossesse extra-utérine : peut être asymptomatique ou se présenter avec des saignements ou des douleurs minimes
- En cas de saignements abondants ou prolongés après la prise des pilules d'IVG médicamenteuse, une aspiration utérine d'urgence pourra être requise pour contrôler les saignements
 - Un saignement sévère nécessitant une transfusion est constaté chez moins d'une patiente sur 1000
- La nécessité de recourir à une procédure supplémentaire pour terminer la procédure survient chez 70 femmes sur 1000
- Les infections sont rares (moins de 1 cas sur 100)



Échec de la procédure



Les signes suivants peuvent indiquer que le processus n'a **pas** abouti :



Absence de saignement ou léger spotting seulement dans les 24 heures suivant la prise des comprimés de misoprostol.



Moins de 4 jours de saignements après la prise des comprimés.

* British Pregnancy Advisory Service (BPAS). Soins après avortement <https://www.bpas.org/abortion-care/abortion-aftercare/>.

CONTRACEPTION APRÈS UNE PERTE DE GROSSESSE PRÉCOCE

VUE D'ENSEMBLE

Contraception

- Après un avortement, une fausse couche ou une perte de grossesse précoce spontanée, l'ovulation peut avoir lieu dès 8 à 10 jours plus tard et généralement dans le mois qui suit.
- Démarrer une contraception dès que possible pendant le premier mois est important pour les femmes qui souhaitent retarder ou prévenir une future grossesse.
- Toutes les options contraceptives peuvent être considérées mais le choix éclairé et les souhaits de la patiente sont les critères les plus importants.
- Généralement, presque toutes les méthodes peuvent être initiées immédiatement après une évacuation chirurgicale ou médicamenteuse.

Contraception

- Le démarrage immédiat de la contraception après une évacuation chirurgicale signifie qu'elle peut être démarrée le jour même de la procédure, une fois la réussite de la procédure confirmée.
- Le démarrage immédiat de la contraception signifie qu'elle peut être démarrée après la prise du premier comprimé (mifépristone ou misoprostol) du schéma médical, sauf pour les DIU.
- Les DIU peuvent être posés immédiatement après toute évacuation utérine (chirurgicale ou médicamenteuse) si elle a été confirmée, sans pouvoir être utilisés après un avortement septique (infection).
- Comme pour le démarrage de toute méthode de contraception, l'éligibilité médicale de la patiente quant à la méthode choisie doit être vérifiée.

TÉLÉMÉDECINE

VUE D'ENSEMBLE

Vue d'ensemble



La télémédecine est un mode de prise en charge dans lequel les professionnels de santé et les patients ou les professionnels et les consultants interagissent à distance.

Cette interaction peut avoir lieu en temps réel (synchrone), par téléphone ou via une liaison vidéo, ou de façon asynchrone avec une méthode d'enregistrement et mémorisation, lorsqu'une question est posée et que sa réponse est apportée plus tard (p. ex. par email, message texte ou message vocal/audio)

Les services de perte de grossesse précoce par télémédecine

- Alternative aux interactions en personne avec le professionnel de santé pour fournir des services en tout ou partie.
- La télémédecine peut être utilisée pour évaluer l'éligibilité à un traitement médical, conseiller et/ou donner des instructions relatives au processus d'avortement, donner des instructions et faciliter l'administration des médicaments et suivre les soins
- Les services de télémédecine devraient inclure des recommandations vers des spécialistes
 - (en fonction de la localisation de la patiente) pour les médicaments (y compris les médicaments antidouleurs)
 - pour toute prise en charge ou soin de suivi nécessaire (notamment les soins d'urgence si nécessaire)
 - pour les services de contraception

Auto-prise en charge d'une perte de grossesse précoce <12 semaines



Pour les pertes de grossesse précoces avant 12 semaines (combinant la prise de mifépristone et de misoprostol ou par misoprostol uniquement), une auto-prise en charge est possible comme suit :

- auto-évaluation de l'éligibilité (détermination de l'âge de la grossesse, exclusion des contre-indications)
- auto-administration des médicaments en dehors d'un établissement de santé sans la supervision directe d'un professionnel de santé
- auto-prise en charge du processus
- auto-évaluation de la réussite



Des conseils et des informations de haute qualité sont des prérequis pour une prise en charge autonome

Résumé de la session

- La prise en charge par mifépristone + misoprostol, ou misoprostol seul est un traitement sûr et efficace pour l'évacuation utérine en cas de perte de grossesse précoce.
- Cette méthode ne nécessite pas de procédure chirurgicale ou l'intervention d'un professionnel.
- Les médicaments peuvent être auto-administrés avec succès lorsqu'ils sont accompagnés de conseils de bonne qualité et d'informations correctes y compris en télémédecine.
- L'aspiration manuelle doit être accessible à toute femme ayant choisi les médicaments, si elle change d'avis, si l'évacuation utérine est incomplète ou encore en cas de saignements importants.
- Des services de perte de grossesse précoce de grande qualité doivent prendre en compte le poids de ces pertes de grossesse précoces et leur impact sur les femmes.

RÉFÉRENCES

Documents sources

- Lignes directives sur les soins liés à l'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement (who.int) Manuel de pratique clinique pour des soins d'avortement de qualité. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- RCOG, Ectopic Pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management NICE Guideline [NG126] Last Updated 23 August 2023
- World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning : A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore et Genève : CCP et OMS ; 2022.
- Lancet Series, 'Miscarriage Matters', 26 avril 2021

Des questions
Des commentaires
Ou des préoccupations ?



Racontez-nous tout...



E-mail : contact@dktwomancare.org

www.dktwomancare.org

www.womancare-academy.org