

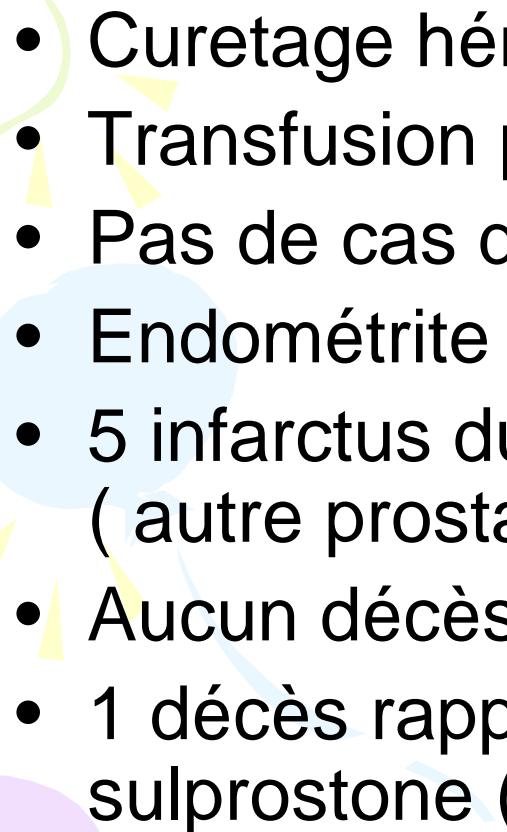
The background features abstract, colorful shapes in shades of green, purple, and blue, along with several yellow triangular shapes scattered across the page. A prominent horizontal purple bar is positioned across the middle of the image, containing the main title text.

# **Pour quels risques?**

**Danielle HASSOUN  
Philippe FAUCHER**

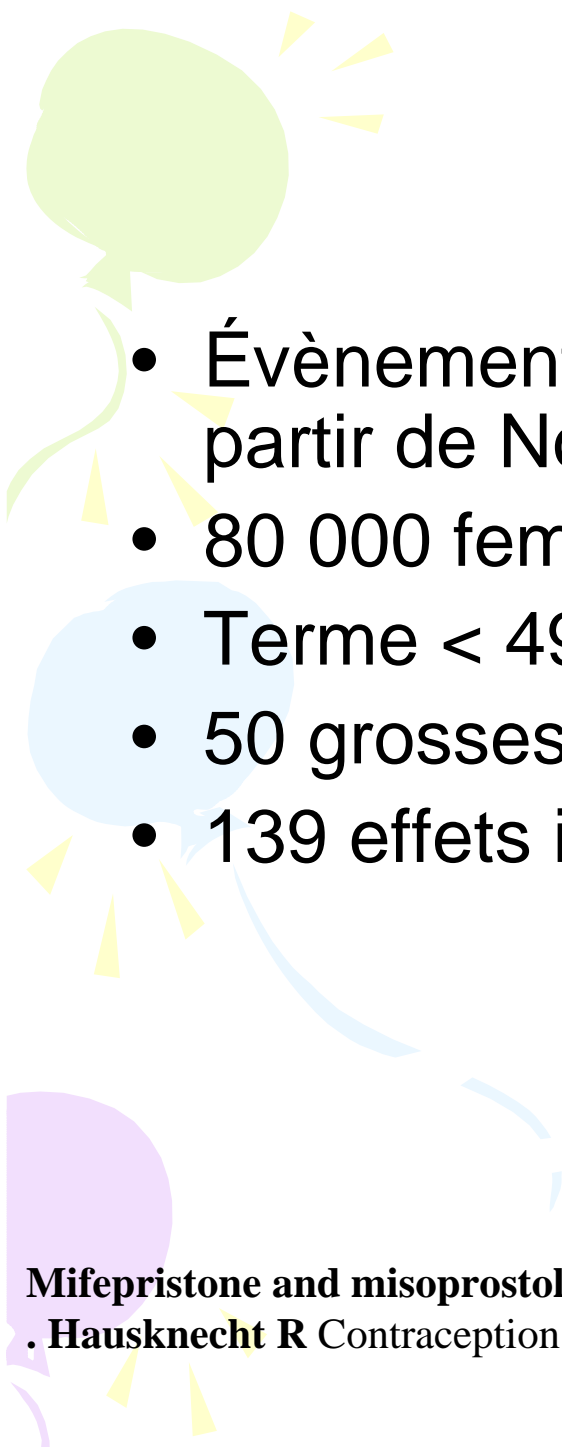
The background features several large, overlapping, semi-transparent shapes in shades of green, purple, and blue. Interspersed among these are numerous small, yellow, triangular shapes that resemble rays of light or confetti. A solid purple horizontal banner is positioned across the middle of the image, containing the text 'Examen de la littérature' in a bold, blue, sans-serif font.

# Examen de la littérature


- 
- Curetage hémostatique : 0.36 % à 0.54 % (miso)
  - Transfusion pour anémie : 0.18% à 0.26 % (miso)
  - Pas de cas d'hystérectomie rapportés
  - Endométrite : 0.01 % à 0.03 % (miso)
  - 5 infarctus du myocarde rapportés  
( autre prostaglandine que le misoprostol ++)
  - Aucun décès dans cette méta analyse
  - 1 décès rapporté en 1991 avec l'utilisation de sulprostone ( Lancet 1991;337:969-70)

Méta analyse de Kahn :54 études publiées entre 1991 et 1998

**The efficacy of medical abortion: a meta-analysis** Contraception. 2000 Jan;61(1):29-40

- 
- Évènements indésirables déclarés à la FDA à partir de Novembre 2000 aux États Unis
  - 80 000 femmes environ jusqu'en Mai 2002
  - Terme < 49 jours
  - 50 grossesses évolutives ( 0.063%)
  - 139 effets indésirables (0.17%)


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

- 
- **5 GEU ( 0.006%)** avec 1 décès  
(refus de soins ++)
  - **13 cas d'hémorragie grave avec transfusion ( 0.016%)**
    - 2 cas de GEU
    - 11 cas de GIU : 1 transfusion J7  
10 transfusions J9-J22
  - 117 aspirations dont **50 faites pour hémorragie importante (0.06%)**  
la majorité des aspirations ont été faites 10 jours ou plus après le Misoprostol
  - **10 cas d'infections traités par antibiothérapie ( 0.006%)** dont 1 cas grave

Mifepristone complication proportions for 2001–2004 ( $N=95,163$ )

|                                  |             | 95% CI (Poisson) |
|----------------------------------|-------------|------------------|
| <i>Failed attempted abortion</i> | 3.5/1000    | 3.1–3.9          |
| <i>Any complication</i>          | 2.2/1000    | 1.9–2.5          |
| Bleeding <sup>a</sup>            |             |                  |
| Heavy bleeding                   | 1.3/1000    | 1.0–1.5          |
| Heavy bleeding and transfusion   | 0.5/1000    | 0.4–0.7          |
| Infection                        |             |                  |
| Endometritis/endomyometritis     | 0.2/1000    | 0.1–0.3          |
| Sepsis                           | 2.1/100,000 | 0.3–7.6          |
| Septic shock, death              | 1.1/100,000 | 0.3–5.9          |
| Other <sup>b</sup>               | 0.2/1000    | 0.1–0.3          |

Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception*. 2005 Sep;72(3):175-8



# Infection after medical abortion: a review of the literature

Caitlin Shannon, L. Perry Brothers, Neena M. Philip, Beverly Winikoff\*

*Gynuity Health Projects, 15 East 26th Street, Suite 1609, New York, NY 10010, USA*


Received 4 April 2004; received in revised form 30 April 2004; accepted 30 April 2004

| Regimen                              | Overall |     |      | UK studies |     |      | Non-UK studies |    |      |
|--------------------------------------|---------|-----|------|------------|-----|------|----------------|----|------|
|                                      | N       | n   | %    | N          | n   | %    | N              | n  | %    |
| Mifepristone and vaginal misoprostol | 15,292  | 204 | 1.33 | 8471       | 187 | 2.21 | 6,821          | 17 | 0.25 |
| Mifepristone and oral misoprostol    | 13,497  | 29  | 0.21 | 350        | 0   | 0.00 | 13,147         | 29 | 0.22 |
| Mifepristone and gemeprost           | 11,501  | 180 | 1.57 | 4381       | 148 | 3.38 | 7120           | 32 | 0.45 |
| Methotrexate and vaginal misoprostol | 3893    | 6   | 0.15 | 0          | 0   | 0.00 | 3893           | 6  | 0.15 |
| Vaginal misoprostol alone            | 2238    | 10  | 0.45 | 0          | 0   | 0.00 | 2238           | 10 | 0.45 |
| Total                                | 46,421  | 429 | 0.92 | 13,202     | 335 | 2.54 | 33,219         | 94 | 0.28 |



# Comparaison de la morbidité avec l'avortement chirurgical

- Antibiothérapie pour IGH dans les 15j suivant l'IVG plus fréquente en cas d'IVG chirurgicale : 7,8% versus 3,7%
- Le nombre total de complications (échec, infections, autres causes de réadmission) est identique : medical (7.3%) et chirurgical (9.2%)
- Le risque de complications grave est très faible : 0,2% et 0,3%



Medical versus surgical abortion efficacy, complications and leave of absence compared in a partly randomized study

Christina Rørbye<sup>a,\*</sup>, Mogens Nørgaard<sup>b</sup>, Lisbeth Nilas<sup>a</sup>

# Complications tardives

**Table 2. Pregnancy Outcomes.\***

| Outcome                                  | Medical Abortion | Surgical Abortion | Relative Risk or Difference (95% CI) <sup>†</sup> |                       |
|--|------------------|-------------------|---|-----------------------|
|  |                  |                   | Unadjusted  | Adjusted <sup>‡</sup> |
| Live birth — no./total no. (%)           | 2309/2710 (85.2) | 7709/9104 (84.7)  | —   | —                     |
| Ectopic pregnancy — no./total no. (%)    | 65/2710 (2.4)    | 209/9104 (2.3)    | 1.04 (0.79 to 1.40)                               | 1.07 (0.78 to 1.48)   |
| Spontaneous abortion — no./total no. (%) | 331/2710 (12.2)  | 1155/9104 (12.7)  | 0.96 (0.86 to 1.08)                               | 0.87 (0.72 to 1.05)   |
| Mean gestational age at birth — wk       | 39.4±2.0         | 39.3±2.1          | 0.10 (-0.02 to 0.23)                              | 0.33 (-0.10 to 0.76)  |
| Preterm birth — no./total no. (%)        | 101/1873 (5.4)   | 451/6704 (6.7)    | 0.80 (0.65 to 0.99)                               | 0.88 (0.66 to 1.18)   |
| Mean birth weight — g                    | 3476±584         | 3454±603          | 22 (-12 to 55)                                    | 11 (-15 to 37)        |
| Low birth weight — no./total no. (%)     | 92/2273 (4.0)    | 386/7628 (5.1)    | 0.80 (0.64 to 1.00)                               | 0.82 (0.61 to 1.11)   |
| Stillbirth — no./total no. (%)           | 5/2710 (0.2)     | 31/9104 (0.3)     | —   | —                     |

Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2007 Aug 16;357(7):648-53.

## Comparaison de la Mortalité

- IVG médicamenteuse : **0.8 pour 100 000**

- Fausses couches spontanées : **0.7 pour 100 000**

M. Saraiya, et al :Spontaneous abortion-related deaths among women in the United States — 1981–1991, *Obstet. Gynecol.* **94** (1999), pp. 172–176

- IVG en général : **0.7 pour 100 000**

Bartlett *et al.*, Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States, *Obstet. Gynecol.* **103** (2004), pp. 729–737

- Accouchement d'enfants vivants : **12.9 pour 100 000**

Berg et al, Pregnancy-related mortality in the United States, 1991–1997, *Obstet. Gynecol.* **101** (2003), pp. 289–296

- Décès par choc anaphylactique après injection de Pénicilline :  
2 pour 100 000



**En Pratique**

# Respecter les rares contre-indications médicales

## Pour la mifépristone:

- Allergie connue au mifépristone

### Théoriquement:

- Insuffisance Surrénale Chronique
- Corticothérapie chronique

## Pour le misoprostol:

- Allergie connue au misoprostol ou autres Prostaglandines

## **Contre-indications à la méthode**

- Grossesse ectopique confirmée ou suspectée
- Troubles hémorragiques ou traitements Anticoagulants
- Anémie profonde (Hb <9g)
- Grossesse sur DIU si l'ablation du DIU est impossible
- Insuffisance rénale ou hépatite sévère
- Contre indications « psychosociales » (Patiente ne comprenant pas les informations, patiente ambivalente ,Impossibilité d'une visite de contrôle (voyage...))

# Ne pas passer à côté d'une GEU

---

- Interrogatoire (ATCD d'infection pelvienne, métrorragies et/ou douleurs ) et examen clinique parfois insuffisants

**car** Il s'agit de grossesse jeune voire très jeune

GEU est souvent asymptomatique surtout au début

# Ne pas passer à côté d'une GEU

---

- Echographie mais même en endovaginale le sac, la vésicule vitelline et l'embryon ne sont pas toujours présents car fonction du terme mais aussi de l'opérateur

Le sac est visible à :

- 32 jours pour un examinateur entraîné
- **35 jours pour un examinateur "moyen" (5SA)**

La vésicule vitelline peut être vue à 5 SA 1/2,

Présence de l'embryon seulement à partir de 6SA

# Ne pas passer à côté d'une GEU

---

## En l'absence de sac

Savoir qu'il existe un seuil discriminatoire (1500 UI si ETG endo-vaginale, 2500/3000 UI en abdominale)

- *Risque de GEU*

Taux >1500 UI et utérus vide: retarder la prise des médicaments

Dg différentiel possible : FCS (saignement)

- *Grossesse très jeune*

Doit-on attendre la présence d'un sac pour donner les médicaments ?

Peut être pas mais à condition de faire un suivi plus précoce par  $\beta$ HCG (4 à 7 jours)



# Ne pas passer à côté d'une GEU

---

## Présence d'un sac et crainte d'un pseudo sac

- Moins souvent avec la sonde endovaginale
- Qualité de l'échographie
- Au moindre doute, surveillance des  $\beta$ HCG
  - Dans le cas d'une grossesse normalement évolutive, les concentrations de  $\beta$ HCG plasmatiques doublent toutes les 48 heures
    - Une stagnation ou une augmentation modérée du taux est en faveur d'une GEU
    - Une décroissance rapide est en faveur d'une FCS

# Ne pas passer à côté d'une GEU

---

Peut-il y avoir retard de diagnostic?

Pas plus que lors d'une grossesse qui serait gardée car les femmes consultent plus tôt lorsqu'elles souhaitent une IVG.

Dans une série de 10680 IVG réalisées en Ile de France (REVHO)

Parmi les 8680 femmes venues au contrôle  
3 grossesses ectopiques (à notre connaissance)

Diagnostic fait pour 2 cas en urgence

Pour un cas, à l'ETG faite pour une mauvaise décroissance des  $\beta$ HCG

# Prévenir une infection

## Faut-il faire une antibiothérapie préventive systématique?

---

Avortement  
Médicamenteux

0,09-0,5%  
(Shannon 2004)

Avortement  
Chirurgical

0.2-5.4%

Habituellement endométrite exceptionnellement infection  
haute

traitée par antibiothérapie +/- aspiration utérine si rétention

# Prévenir une infection

## Faut-il faire une antibiothérapie préventive systématique?

---

6 décès (USA, Canada) par choc toxique lié au clostridium sordelli mais aucun en Europe

- attribués à la voie d'administration du misoprostol (vaginale)

- survient 2 à 7 jours après la prise des médicaments

- troubles digestifs et absence de fièvre

- retrouvés aussi lors du post partum et après FCS

(45 cas reportés dans Aldape. Clinical Infectious Diseases 2006)

- mortalité à 70%

Très faible incidence, alors que plus de 2 millions de femmes ont bénéficié de la méthode, ne justifie pas une antibiothérapie systématique

# Limiter le risque hémorragique

---

## IVG Médicamenteuse

Aspiration pour stopper les saignements : 0,3-2,6%

Transfusion 0-0,2%

Creinin 97, Henshaw 97

## IVG Chirurgicale précoce

Transfusion : 0,1%

Difficulté de quantifier la quantité de sang perdu dans la procédure ambulatoire

### •Nécessité d'une information de la patiente

Imprégner plus de deux serviettes hygiéniques maxi en une heure et durant plus de deux heures lors de l'expulsion et à distance

### •Intervenir ni trop tôt, ni trop tard

La clinique prime sur les examens complémentaires

Importance de l'accessibilité à l'hôpital et de ne pas être seule



# Gérer au mieux les échecs

---

## Grossesse évolutive

La définition du succès d'un avortement médicamenteux est généralement l'interruption et l'évacuation de la grossesse sans avoir recours à une aspiration chirurgicale

Par ailleurs la crainte de laisser évoluer une grossesse non désirée malgré la prise des médicaments abortifs est le souci principal des médecins et justifie la nécessité d'une visite de contrôle.

### **Perdus de vue : 20%**

Il est important:

- D'informer les femmes sur les signes devant faire consulter en urgence
  - ✓ -- Aucun saignement ou très peu , survenant dans les 48h suivant la prise de misoprostol (penser à une grossesse extra-utérine ou à une grossesse évolutive).
  - ✓ -- Persistance des signes de grossesse
- De les prendre en charge rapidement

# Gérer au mieux les échecs

---

## **Le choix de la méthode de suivi**

Interrogatoire et examen clinique

Le dosage de  $\beta$ HCG ou l'échographie pelvienne

**Cependant aucun des deux examens ne permet d'éliminer formellement dans un certain nombre de cas la possibilité que se déclenche une hémorragie.**

Un taux inférieur à 1000 UI, 15 jours après la prise des médicaments est en faveur du succès de la méthode. Il ne permet pas d'affirmer la vacuité utérine ni d'éliminer formellement la survenue d'une hémorragie malgré la décroissance rapide et importante des  $\beta$ HCG.

Les images ETG sont parfois difficiles à interpréter et il est impossible d'être certain à 100% de l'échec de la méthode lors de la visite de contrôle

L'échographie ne permet pas de porter de façon pertinente l'indication d'une aspiration même si la probabilité de devoir pratiquer une aspiration est plus grande en cas d'images de rétention trophoblastique importante ou en cas de grossesse arrêtée non expulsée.

**Les symptômes cliniques restent le critère déterminant pour décider d'une aspiration chirurgicale**



[www.revho.fr](http://www.revho.fr)

## **Création de REVHO en Ile de France en 2005**

Association (loi 1901) qui regroupe des professionnels hospitaliers et de ville

**Financement:** Dotation régionale (Ile de France) de développement des réseaux avec une obligation d'une évaluation externe régulière

**Objectifs:** aide à la mise en œuvre les dispositions permettant l'IVG médicamenteuses en ville

- Favoriser l'accès des femmes à l'IVG médicamenteuse dans les meilleurs conditions de sécurité
- Valoriser la méthode dans le respect d'un choix adapté aux patientes.
- Aide les centres à monter leur « réseau » local en leur apportant un soutien logistique (fiche de liaison, feuilles d'information pour les patientes, formation pour les médecins).
- Centralise une base de données qui permet d'évaluer la qualité des soins , la satisfaction des patientes et des professionnels de santé



## Résultats 2005-2007

Recueil continu des données à partir d'un dossier médical commun minimum

**235 médecins formés** (106 gynéco/gynécoobst 99 généralistes)

10680 IVG réalisées

8680 femmes sont venues au contrôle  
(18,7 % de perdues de vue)



## Résultats 2005-2007

|                              |             |               |
|------------------------------|-------------|---------------|
| <b>Succès</b>                | <b>8458</b> | <b>97,44%</b> |
| Aspirations                  | 222         | 2,56%         |
| <i>grossesses évolutives</i> | 83          | 0,96%         |

|                     |    |       |
|---------------------|----|-------|
| Infections          | 20 | 0,37% |
| Hémorragies         | 32 | 0,60% |
| <i>transfusions</i> | 3  | 0,03% |



## Résultats 2005-2007

### Recours aux soins en urgence

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Appel téléphonique au médecin              | 713 | 8,21% |
| Consultation en urgence chez le médecin    | 375 | 4,32% |
| Consultation en urgence au centre référent | 180 | 2,10% |



# Conclusion

**L'IVG médicamenteuse est une technique simple, efficace et sûre**  
**L'efficacité "en ville" est identique à celle de la littérature**

- Formation des médecins ( MG mais pas seulement..)
  - pour leur apprendre à gérer des diagnostics de grossesse très précoces
  - respecter les contre-indications
  - intervenir ni trop tôt devant une image de rétention ni trop tard devant un saignement abondant en particulier à distance de l'IVG

**La clinique prime les examens complémentaires**

- Donner une bonne information aux femmes avant l'avortement afin qu'elles sachent quand consulter mais aussi pour éviter les consultations inutiles, pourvoyeuses de gestes inutiles.
- 