

Particularités des IVG médicamenteuses effectuées à domicile entre 7 et 9 SA

L'accueil et la séquence des consultations pour les demandes d'IVG entre 7 et 9 SA à domicile ne sont pas différents de ceux pratiqués jusqu'à 7 SA.

Rappel des critères d'exclusion et précautions

1. Contre-indications aux médicaments de l'IVG médicamenteuse

- Allergie aux médicaments
- Insuffisance surrénale chronique
- Traitement corticostéroïde chronique
- Asthme sévère non équilibré par le traitement
- Porphyrie héréditaire (risque d'aggravation de la maladie)

2. Contre-indications à la méthode médicamenteuse

- o Terme supérieur à 63 jours
- o Grossesse extra-utérine
- o Situations à risque d'anémie sévère :
 - ✓ Anémie < 10 g/dl
 - ✓ Trouble de coagulation ou risque hémorragique
 - ✓ Prise d'anticoagulant
- o Vomissements gravidiques importants
- o Patiente ne comprenant pas les explications fournies – Barrière de la langue
- o Ambivalence, besoin de temps de réflexion
- o Fragilité psychologique
- o Patiente isolée ou sans hébergement
- o Grossesse sur DIU avec retrait impossible
- o *Domicile > 1h de trajet d'un hôpital* : les complications surviennent plus rarement le jour de la méthode, à adapter en fonction de la patiente et de sa capacité à s'alerter et se mobiliser pour consulter en cas de complication.

3. Mise en garde pour les situations particulières

- Besoin d'une prise en charge sociale
- Besoin de confidentialité (au cas par cas – exemple des patientes vivant au domicile parental)
- Charge familiale importante (enfants)
- Impossibilité de réaliser la visite de suivi post-IVG
- Mineure isolée sans autorisation parentale
- Situation de violence conjugale à apprécier selon la situation
- Grossesse gémellaire : nécessité d'une information adaptée
- Utérus cicatriciel : Il n'est pas retrouvé de risque de rupture de cicatrice au 1^{er} trimestre de grossesse lors de la méthode médicamenteuse, cependant nous ne pouvons pas exclure un risque hémorragique selon le site d'insertion du trophoblaste (antécédent d'anomalie d'insertion placentaire) et l'aspect échographique de la cicatrice.

Protocole médicamenteux des IVG effectuées à domicile entre 7 et 9 SA

- Une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de 800 µg de misoprostol en prise unique par voie orale, sub-linguale ou buccale (hors AMM)

OU

- Une prise de 600 mg de mifépristone (AMM) par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de 800 µg de misoprostol en prise unique par voie orale, sub-linguale ou buccale (hors AMM).

Les voies sub-linguale ou buccale sont à privilégier pour une meilleure efficacité.

La concentration plasmatique du misoprostol est plus durable avec cette voie d'administration (1).

Informations spécifiques à la période 7-9 SA

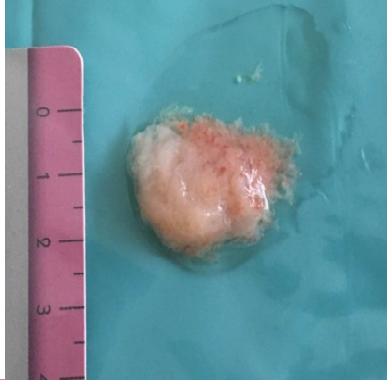
Le professionnel doit apporter une **information claire et adaptée sur le déroulement** de la méthode au domicile ainsi que l'explication quant à la **variabilité de la douleur** d'une personne à l'autre et des **risques** de la méthode.

➡ Prise en charge de la douleur avec **prescription systématique d'antalgique de palier 2 en complément de l'ibuprofène** (en l'absence de contre-indication).

➡ Information quant à la possibilité pour la femme de visualiser l'embryon.

Visuel attendu lors de l'expulsion suite à ou dans le cadre d'une IVG médicamenteuse en fonction du terme (*information visuelle à destination des professionnels – à décrire aux patientes*) :

Grossesse à 7 SA



Grossesse 9 SA

Le professionnel doit informer des risques de la méthode spécifiques à cet âge de grossesse :

- Echec = 5 %
L'efficacité de l'association mifépristone-prostaglandine est en grande partie dépendante de l'âge gestationnel de la grossesse (2), des doses et de la voie d'administration de la prostaglandine.
Les « taux de succès » de la méthode, définis dans les études cliniques par l'obtention d'un avortement complet n'ayant pas nécessité de geste chirurgical, même complémentaire, avoisinent les 95 % jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (SA), soit au maximum 49 jours d'aménorrhée.
En utilisant les mêmes traitements aux mêmes doses, les taux de succès peuvent s'abaisser jusqu'à 80 % d'expulsions complètes lorsque l'âge gestationnel atteint 9 SA (soit au maximum 63 jours d'aménorrhée).
En augmentant les posologies, notamment de misoprostol à 800 µg, le pourcentage de succès de l'expulsion fœtale reste égal ou supérieur à 95 %, même au-delà de 9 SA.
- Risque hémorragique : Environ 2 à 4 % des femmes peuvent justifier de la réalisation d'une aspiration du fait d'une expulsion incomplète, mais seules 0,5 à 1 % le nécessiteront du fait d'une hémorragie, et la majorité des hémorragies survient à distance de la période d'hospitalisation (3-5,6-8). Cette complication survient à distance de la prise du misoprostol ;

cela renforce l'idée qu'une prise à domicile n'affecterait pas la survenue et la prise en charge des complications (9).

- La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie intraveineuse ou intramusculaire (10).

La consultation de suivi

Quelle que soit la méthode utilisée pour la consultation de suivi, il semble adapté de la proposer 15 jours après la réalisation de l'IVG médicamenteuse afin de ne pas être hors délai de réalisation de l'IVG en cas d'échec de la méthode.

Bibliographie

1. Frye LJ, Byrne ME, Winikoff B. "A crossover pharmacokinetic study of misoprostol by the oral, sublingual and buccal routes". Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. 2016; 1-4.
2. Kahn JG, Becker BJ, Maclsa L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, et al. "The efficacy of medical abortion: a meta-analysis". Contraception 2000; 61(1): 29-40.
3. Wu S, Gao J, Wu Y, Wu M, Fan H, Yao G, et al. "Clinical trial on termination of early pregnancy with RU 486 in combination with prostaglandin". Contraception 1992;46: 203-10.
4. Ulmann A, Silvestre L, Chemama L, Rezvani Y, Renault M, Aguilhaume CJ, et al. "Medical termination of early pregnancy with mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue: study in 16.369 women". Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71: 278-83.
5. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. "Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone". BMJ 1993; 07(6903): 532-7.
6. Baird DT, Suckcharoen N, Thong KJ. "Randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion". Hum Reprod 1995; 10: 1521-7.
7. Aubény E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, et al. "Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhoea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol". Int J Fertil Menopausal Stud 1995; 40(Suppl 2): 85-91.
8. Urquhart DR, Templeton AA, Shinewi F, Chapman M, Hawkins K, McGarry J, et al. "The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation". UK multicentre study: final results. Contraception 1997; 55(1): 1-5.
9. Faucher P, Hassoun D. "Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse". 2^eed. Estem ; 2011.
10. "Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D foeto-maternelle". Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Mise à jour en gynécologie-obstétrique. Tome XXIX. Paris : Vigot ; 2005.
Mise à jour 2017 : <http://www.cngof.fr/actualites/573-prevention-de-l-allo-immunisation-rhesus-d-chez-les-patientes-de-groupe-rhesus-d-negatif-mise-a-jour-en-decembre-2017-des-rpc-du-cngof-de-2005>