

PROTOCOLE CANADIEN DE PRESTATION DE L'AVORTEMENT

MÉDICAL PAR TÉLÉMÉDECINE

Guilbert E, Costescu D, Wagner M-S, Renner R, Norman WV, Dunn S, Fitzsimmons B, Trouton K, Bernardin J, Black A, Thorne JG, Gomes MA

Le présent protocole vise à définir le cadre dans lequel l'avortement médicamenteux (AM) peut être offert lorsque l'accès direct aux fournisseurs de services d'avortement peut s'avérer difficile, en particulier pendant une période de bouleversements sociaux ou de pandémie. Ce protocole peut diverger des indications approuvées ou des pratiques cliniques antérieures.

Lorsqu'une demande d'avortement est faite :

1. Confirmer l'identité de la patiente et, avant de discuter de la situation, s'assurer qu'elle peut parler en toute confidentialité et sécurité.
2. Fournir des renseignements écrits (p. ex. par courriel ou télécopieur) sur l'avortement médicamenteux et chirurgical ainsi que les instructions relatives à l'avortement médicamenteux (http://celopharma.com/wp-content/files_mf/patientinformationbrochurefr.pdf) avant une première consultation
3. Demander à la patiente d'obtenir à la pharmacie, si elle ne l'a pas déjà fait, un test urinaire de grossesse, qualitatif, à haute sensibilité.
4. Planifier une première consultation virtuelle par téléphone ou par vidéoconférence pour effectuer une consultation clinique.

Évaluation préavortement par téléphone ou par vidéoconférence (consultation) :

1. Offrir un counseling sur les options de grossesse¹
2. Déterminer la présence de la grossesse et sa durée gestationnelle :
 - a. Obtenir la date du début de la dernière menstruation et la date du résultat positif au test qualitatif urinaire de grossesse.
 - b. Passer en revue les antécédents médicaux pertinents, en particulier les facteurs de risque ainsi que les signes et symptômes d'une grossesse ectopique et la méthode contraceptive employée, le cas échéant, au moment de la conception.
 - c. En présence d'un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel, obtenir une échographie, et organiser un rendez-vous pour le retrait du stérilet ou envisager l'avortement chirurgical.
3. Déterminer s'il est nécessaire d'effectuer une échographie;¹⁻⁴ obtenir une échographie et organiser une consultation de suivi avant l'avortement médicamenteux lorsque la patiente :
 - a. ne connaît pas la date du début de sa dernière menstruation;
 - b. a eu sa dernière menstruation il y a plus de 70 jours;
 - c. manifeste des signes et des symptômes d'une grossesse ectopique¹;
 - d. présente des facteurs de risque liés à la grossesse ectopique¹;
 - e. a porté un stérilet à un moment donné pendant l'actuelle grossesse.
4. Exclure les contre-indications à l'avortement médicamenteux avec mifépristone-misoprostol :
 - a. grossesse ectopique confirmée ou suspectée;
 - b. insuffisance surrénalienne chronique;

- c. porphyrie héréditaire;
 - d. asthme non contrôlé;
 - e. corticothérapie concomitante à long terme;
 - f. maladie hémorragique ou traitement anticoagulant concomitant;
 - g. anémie sévère;
 - h. allergie à la mifépristone, au misoprostol ou à d'autres prostaglandines.
5. Déterminer la nécessité de demander des examens de laboratoire avant l'AM (une 2^e évaluation préavortement par téléphone ou par vidéoconférence peut être nécessaire) :
- a. Une formule sanguine complète doit être demandée en cas de soupçons d'anémie sévère ou d'hémoglobinopathie.
 - i. L'hémoglobine doit être supérieure à 9,5 g/dl avant de commencer l'AM.
 - b. La vérification du facteur Rhésus (Rh) peut être envisagée s'il n'est pas documenté ailleurs (p. ex. carte de donneur, résultats antérieurs) ET si la patiente accepte de recevoir des immunoglobulines anti-D : selon les données probantes actuelles, la vérification du facteur Rh est nécessaire lorsque l'âge gestationnel (AG) dépasse 56 jours^{5, 6}. Toutefois, pendant la pandémie de la COVID-19, les recommandations d'experts indiquent qu'il est possible de ne pas demander la vérification du facteur Rh jusqu'à un AG de 70 jours^{7, 8}.
 - c. Infections transmissibles sexuellement (ITS) :
 - i. Si la patiente doit se présenter à la clinique pour quelque raison que ce soit, offrir un dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée.
 - ii. S'il n'est pas nécessaire de voir la patiente en personne, mais que celle-ci présente des facteurs de risque d'ITS, envisager un test à distance, lorsque disponible, et discuter du besoin d'une antibioprophylaxie (doxycycline, 100 mg, 2 fois par jour pendant 7 jours, à partir du même jour que la prise de la mifépristone¹).
 - d. Discuter des options de contraception post-avortement.
 - e. Obtenir le consentement éclairé verbal de la patiente et le consigner dans son dossier.⁹

Prescription :

1. Prescrire les médicaments suivants :
 - a. mifépristone, 200 mg, par voie orale et misoprostol, 800 mcg par voie buccale ou vaginale;
 - b. dose supplémentaire de misoprostol, 800 mcg, par voie buccale ou vaginale;
 - c. analgésiques et antiémétiques, conformément au protocole de l'établissement ou du fournisseur de soins de santé;
 - d. antibioprophylaxie, conformément au protocole de l'établissement ou du fournisseur de soins de santé, le cas échéant;
 - e. méthode contraceptive.
2. Demander à la patiente (ou ajouter cette directive aux instructions pour la pharmacie) d'obtenir à la pharmacie **DEUX** tests urinaires de grossesse, qualitatifs à haute sensibilité.
3. Donner les instructions suivantes :
 - a. prendre 200 mg de mifépristone par voie orale, le jour convenu entre la patiente et le professionnel de la santé (à consigner au dossier de la patiente);
 - b. prendre une première dose de misoprostol par voie buccale ou vaginale 24 à 48 heures après avoir pris la dose de mifépristone;

- c. **Pour les patientes dont l'âge gestationnel est de 63 jours ou moins** : prendre la deuxième dose de misoprostol, en cas d'absence de saignements dans les **24 premières heures après** la première dose de misoprostol ou selon les instructions du clinicien¹⁰.
 - d. **Pour les patientes dont l'âge gestationnel est de plus de 63 jours** : prendre la deuxième dose de misoprostol, **4 heures après** la première^{7, 8}.
4. Indiquer le moment de commencer la contraception en fonction de la méthode choisie¹.
 5. Passer en revue avec la patiente la feuille d'instructions qui comprend les points suivants :
 - a. effets indésirables;
 - b. signes avant-coureurs d'une complication de l'AM (signes d'une grossesse ectopique, signes d'une infection pelvienne, hémorragie, douleur excessive);
 - c. prise du **premier rendez-vous de suivi** et qui contacter pour obtenir des conseils ou une évaluation d'urgence.

Suivi #1 : 7 jours après le traitement, par téléphone ou vidéoconférence :

1. Discuter avec la patiente de son expérience et du déroulement de l'avortement :
 - a. dates de la prise de mifépristone et du misoprostol;
 - b. effets indésirables associés aux médicaments;
 - c. évolution des saignements depuis la prise de mifépristone et du misoprostol;
 - d. douleur au cours du processus et douleur actuelle, le cas échéant;
 - e. constat d'expulsion ou non;
 - f. présence actuelle de symptômes de la grossesse;
 - g. signes avant-coureurs d'une grossesse ectopique ou d'une infection.
2. Conseiller à la patiente d'obtenir une évaluation d'urgence ou d'aller à l'urgence en cas de signes de grossesse ectopique, de signes d'infection pelvienne, de saignements abondants, de douleur excessive.
3. Obtenir une échographie, si l'anamnèse suggère un échec de l'avortement ou une poursuite de grossesse, et envisager la prise d'une dose supplémentaire de misoprostol ou effectuer un avortement chirurgical par aspiration.
4. Si l'anamnèse suggère un avortement complet, l'absence de symptômes actuels de grossesse, la présence de saignements normaux et de douleurs normales et l'absence de signes avant-coureurs de complications, ordonner à la patiente de faire un **premier** test qualitatif urinaire de grossesse **dans 3 semaines**, soit 4 semaines après avoir pris le misoprostol. Informer la patiente qu'elle doit avoir en main le résultat de ce **premier** test de grossesse lors du **deuxième rendez-vous de suivi**.

Suivi #2 : 4 semaines après le traitement, par téléphone ou vidéoconférence :

1. Déterminer la date à laquelle le **premier** test de grossesse de suivi a été effectué. Vérifier que le test a été fait au moins 3 semaines après la prise de misoprostol.
2. Si ce **premier** test de grossesse est négatif, rassurer la patiente en lui confirmant que l'avortement est complet. Ne pas demander de deuxième test de grossesse.
3. Si ce **premier** test de grossesse est positif, vérifier la présence de signes et symptômes associés à la rétention de produits de conception, à la poursuite de grossesse et à la grossesse ectopique.
 - a. En présence de signes et symptômes de ces pathologies potentielles, faire une évaluation

par échographie et/ou analyse du taux sérique d'hCG et dans les situations suivantes :

- i. rétention des produits de conception : envisager la prise d'une dose supplémentaire de misoprostol (deuxième test de grossesse requis une semaine plus tard) ou effectuer un avortement chirurgical par aspiration;
- ii. poursuite de grossesse : effectuer un avortement chirurgical par aspiration;
- iii. suspicion ou confirmation d'une grossesse ectopique : prendre en charge selon le cas et orienter la patiente en gynécologie au besoin;
- iv. résultat négatif à l'échographie : envisager la possibilité d'une nouvelle grossesse et demander à la patiente de faire un **second** test urinaire de grossesse dans une semaine. Informer la patiente qu'elle doit avoir en main le résultat de ce **deuxième** test de grossesse lors du **troisième rendez-vous de suivi**.

- b. En l'absence de signes avant-coureurs de complications et si une échographie n'est pas réalisée, demander à la patiente de faire un **second** test urinaire de grossesse dans une semaine. Informer la patiente qu'elle doit avoir en main le résultat de ce **deuxième** test de grossesse lors du **troisième rendez-vous de suivi**.

Suivi #3 : 5 semaines après le traitement, par téléphone ou vidéoconférence :

1. Déterminer la date à laquelle le **second** test de grossesse de suivi a été effectué. Vérifier que le test a été fait une semaine après le **premier** test de grossesse de suivi.
2. Si ce **deuxième** test de grossesse est négatif, rassurer la patiente en lui confirmant que l'avortement est complet.
3. Si ce **deuxième** test de grossesse est positif, faire une évaluation d'urgence en personne, comprenant une échographie et une analyse du taux sérique d'hCG, car une intervention chirurgicale risque d'être nécessaire. Le diagnostic possible à ce stade comprend l'échec total ou partiel de l'avortement médicamenteux, une grossesse ectopique ou de localisation indéterminée, une nouvelle grossesse et une néoplasie trophoblastique gestationnelle.

Méthode contraceptive réversible à action prolongée :

1. Prévoir un suivi en milieu clinique afin d'insérer l'implant ou le stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel dès que l'avortement est considéré comme complet, et ce, selon l'avis du clinicien et en fonction des préférences et du consentement de la patiente relativement à la contraception réversible à action prolongée.

Références :

1. Costescu D, Guilbert E, et coll. Avortement médical. SOGC 2016;38(4) :390-420.
2. Blanchard K, Cooper D, Dickson K, Cullingworth L, Mavimbela N, von Mollendorf C, et coll. A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. BJOG. 2007;114:569e75.
3. Raymond EG, Bracken H. Early medical abortion without prior ultrasound. Contraception. 2015;92:212e4.

4. McGalliard C, Gaudoin M. Routine ultrasound for pregnancy termination requests increases women's choice and reduces inappropriate treatments. BJOG. 2004;111:79e82.
5. Mark A, Foster AM, Grossman D, et coll. Foregoing Rh testing and anti-D immunoglobulin for women presenting for early abortion: a recommendation from the National abortion Federation's Clinical Policies Committee. Contraception. 2019;99 :265-266.
6. National Abortion Federation. 2020 Abortion Guidelines.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) and abortion care. Information for health professionals. Version2: Published Wednesday 1 April 2020. Londres, Royaume-Uni. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-abortion/> Consulté le 15 avril 2020.
8. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perritt J, Atrio JM, DeShawn T, Gold M. No-Test Medication Abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. UC Davis. 2020-04-08. Révisé par les pairs :<https://escholarship.org/content/qt02v2t0n9/qt02v2t0n9.pdf>. Consulté le 15 avril 2020.
9. Association médicale canadienne. Guide sur les soins virtuels. Accessible : https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Guide-sur-les-soins-virtuels_mar2020_F.pdf. Consulté le 13 avril 2020.
10. Reeves MF, Kudva A, Creinin MD. Medical abortion outcomes after a second dose of mifepristone for persistent gestational sac. Contraception. Oct. 2008;78(4) :332-5.