

Timing optimal et place de l'échographie dans le suivi après interruption médicamenteuse de grossesse d'âge gestationnel moins de 9 semaines

Elodie Zahnd

Maîtrise universitaire en médecine

Directrice de Mémoire

Dre Saira-Christine Renteria
Dept Femme Mère Enfant, CHUV

Co-directeur de Mémoire

Dr. Nicolas Moser
Dept Femme Mère Enfant, CHUV

Data-manager

Françoise Damnon
Dept Femme Mère Enfant, CHUV

Experte

PD Dr. Sibil Tshudin
Division de Médecine Sociale et Psychosomatique
Dept Gynécologie Obstétrique
Hôpital Universitaire Bâle

Décembre 2017

Table des matières

Introduction.....	2
Contexte	2
Revue de littérature	2
Objectifs de l'étude	3
Méthodologie	4
Protocole LISI.....	4
Collection des informations	4
Sélection des patientes	5
Analyse	5
Résultats.....	6
Analyse simple et analyse uni variable	6
Tableau 1.....	7
<i>Catégories d'âge</i>	9
<i>Intervalle de temps</i>	10
<i>Age gestationnel</i>	11
<i>Seconde prise de Cytotec</i>	11
<i>Parité</i>	12
<i>Antécédent d'IG</i>	13
<i>Durée du saignement post IG</i>	14
<i>Antalgie</i>	15
<i>Curetage post IG</i>	15
Analyse multi variable	16
Discussion	17
Limite de l'étude	19
Intérêt de l'étude	20
Apport de la littérature pour notre pratique clinique:	20
Conclusion	21
Bibliographie.....	22
Annexes	23

Introduction

Contexte

En Suisse, les interruptions de grossesse (IG) médicamenteuses se réalisent par administration per os de Mifepristone (anti progestatif) suivi de Misoprostol (prostaglandine) depuis fin 1999 et sont une alternative de choix à l'intervention chirurgicale, pour les grossesses de moins de 9 semaines d'aménorrhée. (1)

Cette méthode nécessite un suivi médical afin de s'assurer de son succès. De nombreuses études se sont penchées sur un allègement de la procédure d'IG notamment au niveau du suivi mais aucune méthode unique n'a prouvé sa supériorité. Une revue de littérature new yorkaise parue en 2007 (2), réfléchit au moyen d'alléger davantage la procédure d'IG médicamenteuse. Trois pistes sont explorées : mise en avant de la clinique par rapport à l'échographie (US) de datation à la première visite, prise du médicament abortif à domicile et préférer le dosage de β HCG sérique par rapport à l'US de contrôle post-IG.

La Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique prévoit dans son avis d'experts No. 15 de 2008 la réalisation d'un US de contrôle 14 jours après l'administration des médicaments abortifs pour vérifier que l'IG est complète. L'US a pour but d'exclure la persistance d'une grossesse évolutive et de confirmer l'expulsion complète du matériel trophoblastique.

Revue de littérature

Une recherche de la littérature en utilisant les mots clés: US post abortion, endometrial thickness, post abortion care a été réalisée dans Pubmed. Au total 14 articles ont été retenus. Actuellement, la littérature qui traite de l'intervalle de temps optimal entre l'IG et l'US de contrôle est pauvre.

Une seule étude récente israélienne, parue en 2015 (3) avec un collectif de 301 femmes décrit un intervalle idéal de 6-8 semaines après l'IG pour réaliser l'US, avant que l'on puisse affirmer un échec de l'IG par méthode médicamenteuse.

Une étude américaine avec un collectif de 525 patientes (4) décrit qu'il n'est pas possible d'établir un cut-off (épaisseur d'endomètre) en dessus duquel des mesures thérapeutiques complémentaires sont nécessaires.

Une étude incluant 2208 patientes (5) expose que l'épaisseur de l'endomètre ne peut pas être un élément de prédiction clinique de mesures thérapeutiques complémentaires.

D'autres études démontrent les mêmes conclusions quant à l'utilité de l'US et de la mesure de l'endomètre post-IG. (6, 7)

Aucune valeur précise (cut-off) de référence n'est appliquée par la Communauté Médicale pour la mesure de l'endomètre permettant d'assurer que l'expulsion est complète et que la grossesse est définitivement interrompue.

De très nombreux articles tentent de définir d'autres méthodes de dépistage prouvant la réussite de l'IG.

Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses études s'intéressent au dosage de β HCG sérique ou au test de grossesse β HCG urinaire sensible à 1000 UI/l. Une étude pakistanaise, publiée en 2013, affirme que le dosage des β HCG sériques est aussi efficace que le contrôle par US pour confirmer le succès de l'IG suspecté par l'évaluation clinique.(8)

Objectifs de l'étude

Le premier objectif de notre étude est d'essayer de préciser l'intervalle de temps entre la prise de médicaments et l'US de contrôle qui permet de confirmer le succès complet de la méthode d'IG médicamenteuse dans notre pratique.

Selon le protocole actuellement en vigueur à la Maternité du CHUV, l'avortement est considéré comme complet si l'endomètre est inférieur à 10 mm d'épaisseur à l'US de contrôle. La prise en charge somatique est alors terminée.

Dans les autres cas, le protocole prévoit l'application de mesures thérapeutiques et/ou diagnostiques additionnelles :

- Si une grossesse évolutive persistante est mise en évidence: une IG par aspiration-curetage ou une deuxième procédure d'IG médicamenteuse sont proposées.
- Si l'épaisseur de l'endomètre est supérieure à 15 mm, du Cytotec est prescrit pendant une semaine (un comprimé par jour) et des examens et consultations complémentaires sont planifiés (échographie, dosage β -HCG sanguins).
- Si l'épaisseur de l'endomètre est comprise entre 10-15 mm, des examens ainsi que des consultations complémentaires sont nécessaires (dosage β -HCG sanguins) effectués 4 à 6 semaines plus tard.

Le second objectif de l'étude est par conséquent d'explorer s'il existe un intervalle de temps donné, permettant de diminuer significativement la nécessité de recourir aux mesures thérapeutiques complémentaires décrites ci-dessus.

Pour répondre à cette exigence, la répartition des valeurs de l'épaisseur de l'endomètre des différentes patientes ne devrait plus être aléatoire au moment où l'US est pratiqué, comme c'est actuellement encore le cas 3-4 semaines après le début de la procédure d'IG.

Le but escompté serait de trouver l'intervalle de temps idéal où la majorité des endomètres mesurés se situent à < 10mm et par conséquent affirmer le succès de la méthode sans prendre le risque d'une rétention prolongée de matériel trophoblastique pouvant engendrer des complications infectieuses et/ou hémorragiques.

Au DFME (Département Femme Mère Enfant), l'intervalle de temps entre la prise de médicaments abortifs et l'US de contrôle a été progressivement étendu (9-11 jours initialement) jusqu'environ 4-5 semaines après l'IG actuellement. Cette approche plus conservatrice a permis de réduire le nombre de curetages secondaires, comparé au début de l'introduction de la procédure. Cependant jusqu'à un intervalle de 3 semaines la distribution des valeurs pour l'épaisseur de l'endomètre reste aléatoire (annexe 1). Un cut-off idéal n'a donc pas encore pu être défini.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective de suivi standardisé au DFME, concernant des femmes demandeuses d'IG médicamenteuse pour des grossesses d'âge gestationnel de moins de 9 SA confirmée par US entre 2010 et 2015.

Protocole LISI

Depuis 2011, les IG médicamenteuses et non médicamenteuses sont soumises au protocole en vigueur au DFME intitulé : Suivi LISI « Lieu d'Informations et de Soins relatifs à l'IG.

Ce protocole (guidelines précis) décrit 4 étapes :

T1 : Un premier rendez-vous est pris avec un professionnel de santé formé aux demandes d'IG : soit avec une conseillère en santé sexuelle soit avec une sage-femme. Cette prise de contact permet au professionnel d'informer la patiente quant aux possibilités d'interruptions de grossesse, de connaître le contexte psycho-social de la patiente et d'aborder le suivi contraceptif par la suite en intégrant le partenaire.

T2 : Un contrôle gynécologique est effectué ainsi qu'une anamnèse pour écarter les contre-indications. Les formulaires administratifs sont remplis à cette occasion (formulaire pour autorités cantonales, information et consentement de la patiente à l'IG sont signés (annexe 3)). Prise de Mifégyne 1 comprimé 200 mg.

T3 : IG soit à domicile, soit sous surveillance hospitalière selon l'âge gestationnel, le souhait et les possibilités de la patiente. 36-48h après la prise de Mifégyne, prise Cytotec 2 comprimés 200 mcg en une seule prise. Cytotec, 2 comprimés 200 mg est prescrit en réserve, si aucun saignement n'est apparu 3 heures après la première prise de Cytotec.

T4 : 4-5 semaines après la prise de médicaments abortifs : un contrôle US est effectué pour s'assurer du succès de l'IG et un nouvel entretien avec un professionnel est effectué afin de terminer le suivi.

Collection des informations

Les formulaires remplis lors de ces 4 étapes constituent le dossier LISI de la patiente (annexe 3).

Une grande partie des données récoltées sur les dossiers papiers LISI a été introduite dans un programme destiné à la saisie et à la documentation des données, hébergé sur un serveur sécurisé au DFME : Epidata.

Elles concernent les résultats codés :

- l'âge de la patiente
- la gestité et parité de la patiente
- les antécédents d'IG (année)
- les antécédents obstétricaux
- l'âge gestationnel au moment de l'IG
- les dates de la prise des médicaments (Mifégyne, Cytotec)
- le lieu de l'IG (domicile/ surveillance hospitalière)
- l'administration éventuelle d'une 2^{ème} dose de Cytotec
- l'éventuelle prise d'antalgiques complémentaires

- la date de l'expulsion
- la durée du saignement
- la date de l'US de contrôle après IG
- l'épaisseur de l'endomètre mesurée à l'US
- les mesures thérapeutiques complémentaires éventuelles

L'analyse des données a été ciblée sur la taille de l'endomètre mesurée (mm) lors de l'US post-IG ainsi que l'intervalle de temps (jours) entre la prise du médicament abortif et l'US de contrôle.

Sélection des patientes

Le collectif étudié est constitué de 1190 femmes prises en charge pour une IG par la méthode médicamenteuse au DFME, (en ambulatoire ou sous surveillance hospitalière $\leq 7SA$, ou sous surveillance hospitalière $> 7SA$) à un âge gestationnel ≤ 9 semaines d'aménorrhée entre 2010 et 2015 et pour lesquelles au minimum la date de l'IG et les données échographiques de contrôle sont disponibles (database). Les cas où la database était incomplète (pas d'indication de la date de l'IG médicamenteuse et/ou pas d'échographie de contrôle) ont été exclus. Ont également été exclues les situations où un geste chirurgical a été nécessaire avant la date du contrôle de routine (absence de saignement dans les trois jours suivant la procédure, hémorragie, expulsion incomplète symptomatique, persistance d'une grossesse constatée plus tôt).

Analyse

Après avoir été exportées depuis la base de données Epidata sur un fichier Excel, les analyses statistiques sont effectuées avec le logiciel STATA (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Les données sont résumées par groupe d'endomètre (< 10 (réf) vs $[10-15]$ vs > 15). Pour les variables continues le résumé est donné par la moyenne (déviation standard) et pour les variables catégorielles le résumé est donné par des nombres et des pourcentages. L'identification des variables associées aux groupes de l'endomètre est effectuée par une analyse de régression multinomiale uni variable. La force de l'association entre chaque variable explicative et le groupe de l'endomètre est mesurée avec le RRR (Relative Risk Ratio) et sa significativité avec la p-valeur calculée. Une p-valeur < 0.05 est renseignée sur une association statistiquement significative. Les facteurs identifiés comme étant significativement associés à l'outcome sont considérés dans une procédure backward pour ajuster un modèle multi variable. Un document illustrant le codage et les abréviations de la base de données Epidata est fourni dans les annexes (annexe 4). La Commission d'éthique a approuvé le protocole en date du 21.09.2017.

Résultats

Analyse simple et analyse uni variable

Au total, un collectif de 1190 patientes est étudié. La variable dépendante d'intérêt est l'épaisseur de l'endomètre mesuré lors de l'US de contrôle post IG. Cette dernière est recodée en trois groupes :

- groupe 1 : endomètre < 10 mm au total 722 femmes (60,67 %)
- groupe 2 : 10 mm < endomètre <15mm au total 360 femmes (30.25 %)
- groupe 3 : endomètre >15 mm au total 108 femmes (9.08 %)

Dans le tableau suivant, le groupe 1 est pris comme groupe de référence car lors de l'US de contrôle la mesure d'un endomètre à moins de 10 mm implique que l'avortement est considéré comme complet. La comparaison des groupes d'endomètres porte sur plusieurs variables explicatives : la gestité et parité, l'âge des femmes, les IG antérieures (année), les antécédents obstétricaux, l'âge gestationnel au moment de l'IG, les dates de la prise des médicaments (Mifépristone, Misoprostol), le lieu de l'IG (domicile/ surveillance hospitalière) l'administration éventuelle d'une 2^{ème} dose de Misoprostol, la prise éventuelle d'antalgiques complémentaires, la date de l'expulsion, la durée du saignement, la date de l'US de contrôle post IG, et les mesures thérapeutiques complémentaires potentielles.

Nous allons observer si ces paramètres peuvent influencer la taille de l'endomètre à l'US de contrôle et par conséquent la prise en charge post-IG.

Tableau 1

	Groupe1 (ref) <10 N(%)	Groupe2 [10-15] N(%)	Groupe3 >15 N(%)	Analyse Univ		Analyse Multiv	
				2 vs 1 RRR (p-val)	3 vs 1 RRR (p-val)	2 vs 1 RRR (p-val)	3 vs 1 RRR (p-val)
Total	722 (60.67)	360 (30.25)	108 (9.08)	--	--	--	--
Age							
[14-20[	102 (14.13)	31 (8.61)	3 (2.78)	ref	ref	ref	ref
[20-30[	386 (53.46)	181 (50.28)	46 (42.59)	1.54 (0.053)	4.05 (0.02)	1.48 (0.11)	2.91 (0.09)
[30-48[	234 (32.41)	148 (41.11)	59 (54.63)	2.08 (0.001)	8.57 (<0.0001)	1.79 (0.03)	4.16 (0.03)
Intervalle temps entre Cytotec/US							
[2-14]	33 (4.57)	4 (1.11)	2 (1.85)	ref	ref	ref	ref
[15-21]	139 (19.25)	108 (30.00)	45 (41.67)	6.41 (0.001)	5.34 (0.02)	5.60 (0.002)	9.88 (0.03)
[22-28]	136 (18.84)	83 (23.06)	20 (18.52)	5.03 (0.003)	2.43 (0.25)	4.30 (0.009)	3.35 (0.26)
[29-35]	192 (26.59)	84 (23.33)	16 (14.81)	3.60 (0.02)	1.37 (0.68)	2.92 (0.05)	1.81 (0.58)
[36-42]	177 (24.52)	70 (19.44)	18 (16.67)	3.26 (0.03)	1.68 (0.50)	2.47 (0.10)	1.89 (0.55)
[43-49]	31 (4.29)	8 (2.22)	4 (3.70)	2.13 (0.25)	2.13 (0.402)	1.28 (0.72)	1.71 (0.65)
[50-56]	14 (1.94)	3 (0.83)	3 (2.78)	1.76 (0.49)	3.53 (0.19)	1.56 (0.60)	4.85 (0.20)
Age gestationnel							
<7SA	303 (42.14)	134 (37.22)	24 (22.22)	ref	ref	ref	ref
[7-9]SA	416 (57.86)	226 (62.78)	84 (77.78)	1.22 (0.12)	2.55 (<0.0001)	1.37 (0.03)	2.79 (<0.0001)
Cytotec							
non	242 (33.94)	155 (43.54)	29 (27.36)	ref	ref	ref	ref
oui	471 (66.06)	201 (56.46)	77 (72.64)	0.66 (0.002)	1.36 (0.18)	0.78 (0.08)	1.57 (0.08)
Nombre enfant							
0	469 (65.05)	186 (51.67)	42 (38.89)	ref	ref	ref	ref
≥1	252 (34.95)	174 (48.33)	66 (61.11)	1.74 (<0.0001)	2.92 (<0.0001)	1.70 (0.001)	2.70 (<0.0001)
Durée saignement Mean (sd) P valeur	11.54 (7.49)	12.31 (7.9)	13.33 (8.26)	1.01 (0.13)	1.03 (0.03)	1.02 (0.01)	1.05 (0.001)
Nombre IG							
0	546 (76.04)	254 (71.15)	61 (56.48)	ref	ref		
>1	172 (23.96)	103 (28.85)	47 (43.52)	1.29 (0.084)	2.44 (<0.0001)		
Grossesse évolutive	2 (0.28)	3 (0.83)	3 (2.78)				

	Groupe1 (ref) <10 N (%)	Groupe2 [10-15] N (%)	Groupe3 >15 N (%)	Analyse Univ		Analyse Multiv	
				2 vs 1 RRR (p-val)	3 vs 1 RRR (p-val)	2 vs 1 RRR (p-val)	3 vs 1 RRR (p-val)
Antalgie base							
oui	638 (89.99)	315 (89.74)	91 (88.35)	ref	ref		
non	66 (9.31)	34 (9.69)	11 (10.68)	1.04 (0.85)	1.17 (0.65)		
Antalgie réserve							
oui	150 (21.16)	85 (24.36)	28 (27.18)	ref	ref		
non	544 (76.73)	253 (72.49)	72 (69.90)	0.82 (0.20)	0.70 (0.15)		
Antalgie supplémentaire							
oui	64 (9.04)	33 (9.46)	9 (8.82)	ref	ref		
non	629 (88.84)	306 (87.68)	91 (89.22)	0.94 (0.80)	1.03 (0.93)		
Curetage							
Non	521 (99.24)	161 (83.85)	21 (28.00)	ref	ref		
Oui	4 (0.76)	31 (16.15)	54 (72.00)	25.08 (<0.0001)	334.92 (<0.0001)		

Tableau 1: Résumé des variables par catégories de l'endomètre (< 10 vs [10-15] vs > 15). Le tableau présente les résultats de l'analyse uni variable et multi variable de l'endomètre par le modèle de régression multinomiale. Le groupe 1 (endomètre < 10) est pris comme groupe de référence. La force de l'association entre chaque variable et l'endomètre est quantifiée avec le RRR (Relative Risk Ratio) et la p-valeur associée. P-valeur statistiquement significative si ≤ 0.05 .

Catégories d'âge

Question : Peut-on établir une relation entre l'âge de la patiente et la taille de l'endomètre ?
3 catégories d'âge ont été définies :

- catégorie 1: 14-20 ans
- catégorie 2: 20-30 ans
- catégorie 3: 30-48 ans

Une répartition par taille de l'endomètre démontre que :

- dans le groupe 1
 - 14.13% des patientes sont dans la catégorie 1
 - 53.46% des patientes sont dans la catégorie 2
 - 32.41% des patientes sont dans la catégorie 3
- dans le groupe 2,
 - 8.61% sont dans la catégorie 1
 - 50.28% sont dans la catégorie 2
 - 41.11% des patientes sont dans la catégorie 3
- dans le groupe 3,
 - 2.78% des patientes sont dans la catégorie 1
 - 42.59% sont dans la catégorie 2
 - 54.63% des patientes sont dans la catégorie 3

L'analyse uni variable (tableau 1), montre qu'une patiente de la catégorie (30-48) à 8.57 fois plus de risque d'être dans le groupe 3 que dans le groupe 1 comparé à une patiente (14-20). Cette différence de risque est statistiquement significative P valeur (< 0.0001).

Cette différence de risque devient 4.16 dans le modèle multi variable.

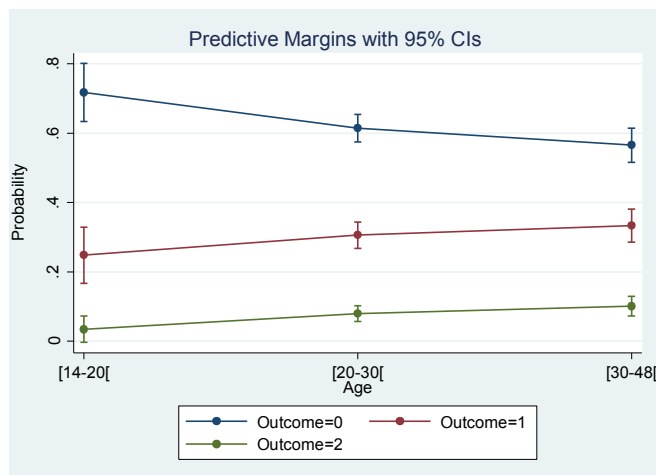


Figure 1
Probabilité marginale d'être dans un groupe d'endomètre selon la catégorie d'âge estimée à partir du modèle multi variable.

Selon la figure 1 : Dans la catégorie d'âge 14-20 ans, 75% des cas sont dans le groupe 1, 22.79% sont dans le groupe 2, 2.21% sont dans le groupe 3.

Réponse :

Plus la femme est jeune, plus la probabilité de trouver un endomètre fin est élevée.

Intervalle de temps

Question : Peut-on préciser l'intervalle de temps entre la prise de médicaments et l'US de contrôle qui permet de confirmer le succès complet de la méthode d'IG médicamenteuse ?

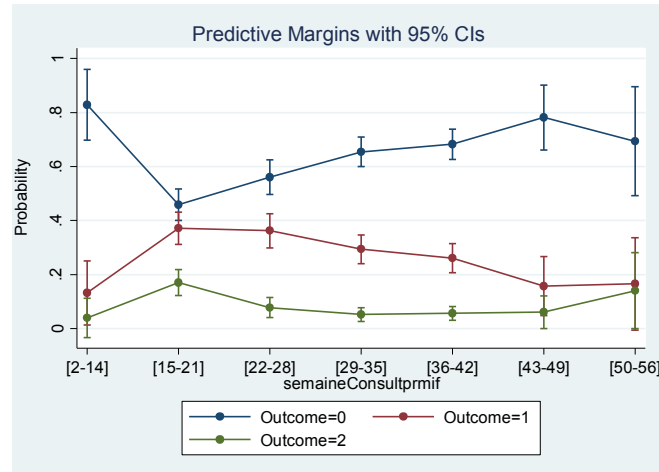


Figure 2

Probabilité marginale d'être dans un groupe d'endomètre selon la catégorie de l'intervalle de temps entre la prise de médicaments et l'US de contrôle estimée à partir du modèle multi variable.

La clinique tend à supposer une relation linéaire entre le nombre de semaines écoulées depuis la prise du médicament abortif et la taille de l'endomètre. Une diminution de la taille de l'endomètre devrait être observée. Ce graphique illustre une relation non linéaire.

a- Entre le 2^{ème} et le 14^{ème} jour après la prise de médicaments, la probabilité d'une patiente d'être dans le groupe 1 est de 84.62%.

Selon la lettre d'expert la patiente ne devrait pas consulter entre 2-14 jours. Les 33 patientes observées, qui ont bénéficié d'un US de contrôle entre 2-14 jours, ont consulté en urgence pour cause hémorragique. Dans ce cas, la mesure échographique de l'endomètre est imprécise en raison de la présence de sang dans la cavité utérine. Par conséquent ces valeurs ne seront pas prises en considération.

b- Entre le 15^{ème} et le 21^{ème} jour, la probabilité qu'une patiente soit dans le groupe 1 est de 47.60%. La probabilité qu'une patiente soit dans le groupe 2 est de 36.99% et celle d'être dans le groupe 3 est de 15.41%. Ces pourcentages sont relativement proches l'un de l'autre avec des intervalles de confiance qui se chevauchent. Les probabilités qu'une patiente soit dans le groupe 1 ou 2 sont quasiment superposables.

c- A partir du 22^{ème} jour, la probabilité d'appartenir au groupe 1 est de 56.90%. Cette probabilité ne fait qu'augmenter au fil des semaines écoulées.

Ceci révèle une linéarité entre les deux variables (temps écoulé/ taille endomètre) à partir du 22^{ème} jour.

Réponse : D'après la figure 2, aucun intervalle de temps n'est préférentiel pour instaurer l'US de contrôle. Plus l'intervalle est long plus la mesure de l'endomètre est fin.

Proposition :

Serait-il raisonnable d'instaurer l'US de contrôle à partir du 22^{ème} jour, soit à partir de la 4^{ème} semaine après la prise de médicaments ?

Age gestationnel

Question : L'âge gestationnel lors de l'IG influence-t-il la taille de l'endomètre ?

2 catégories d'âge gestationnel lors de l'IG ont été établies :

- catégorie 1 : < 7SA
- catégorie 2 : 7-9SA

Age gestationnel	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1	2 vs 1	3 vs 1
<7 SA	303 (42.14)	134 (37.22)	24 (22.22)	ref	ref	ref	ref
[7-9] SA	416 (57.86)	226 (62.78)	84 (77.78)	1.22 (0.12)	2.55 (<0.0001)	1.37 (0.03)	2.79 (<0.0001)

Dans le groupe 1:

- 42.14% des patientes sont dans la catégorie 1
- 57.86% des patientes sont dans la catégorie 2

Dans le groupe 2:

- 37.22% des patientes sont dans la catégorie 1
- 62.78% des patientes sont dans la catégorie 2

Dans le groupe 3:

- 22.22% des patientes sont dans la catégorie 1
- 77.78% des patientes sont dans la catégorie 2

Réponse : En terme de risque, l'analyse uni variable montre qu'une patiente de la catégorie 2 a 2.55 fois plus de risque d'être dans le groupe 3 que dans le groupe 1 qu'une patiente dans la catégorie 1.

Cette différence de risque est statistiquement très significative. P valeur (< 0.0001). En analyse multi variable ce risque devient 1.37. P valeur 0.03.

Seconde prise de Cytotec

Question : Une seconde dose de Cytotec proposée d'emblée diminuerait-elle la taille de l'endomètre ?

Rappel du protocole LISI :

Une seconde dose de Cytotec est prescrite si 3 heures après la première prise, une femme n'a pas saigné ou si lors de l'US de contrôle l'endomètre mesure > 15 mm. Les résultats ci-dessous comprennent les femmes qui ont pris une seconde dose au moment de l'IG.

On définit deux catégories de patientes en fonction de la prise

- catégorie 1 : (prise unique de Cytotec) = non
- catégorie 2 : (double prise de Cytotec) = oui

Cytotec	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1	2 vs 1	3 vs 1
non	242 (33.94)	155 (43.54)	29 (27.36)	ref	ref	ref	ref
oui	471 (66.06)	201 (56.46)	77 (72.64)	0.66 (0.002)	1.36 (0.18)	0.78 (0.08)	1.57 (0.08)

Dans le groupe 1 :

- 33.94% des patientes appartiennent à la catégorie 1
- 66.06% des patientes appartiennent à la catégorie 2

Dans le groupe 2 :

- 43.54% des patientes appartiennent à la catégorie 1
- 56.46% des patientes appartiennent à la catégorie 2

Dans le groupe 3 :

- 27.36% des patientes appartiennent à la catégorie 1
- 72.62% des patientes appartiennent à la catégorie 2

L'analyse uni variable montre qu'une femme qui a reçu un traitement supplémentaire aura 34% de risque de moins d'être dans le groupe 2 que dans le groupe 1 comparé à une femme qui a bénéficié d'une unique dose de Cytotec. La proportion de femmes qui a reçu une double dose est plus grande dans le groupe 1 que dans le groupe 2. Ceci est statistiquement significatif (P valeur : 0.002).

Cette observation n'est pas superposable en terme de risque relatif et de P valeur lorsqu'une femme se trouve dans le groupe 3. Une femme ayant pris une double dose de Cytotec à 1.36 fois plus de risque d'avoir un endomètre dans le groupe 3 que dans le groupe 1 comparé à une femme qui a pris qu'une seule dose.

Réponse : Une double dose de Cytotec n'implique pas un endomètre fin mais prédirait plutôt un endomètre épaissi. Ce constat reste valable également en analyse multi variable. Ces résultats ne sont pas significatifs mais ils sont le reflet de notre pratique clinique.

Parité

Question : La parité de la patiente change-t-elle la taille de l'endomètre ?

On définit deux catégories de patientes en fonction de la parité :

- catégorie 1 (nullipare) = 0
- catégorie 2 (multipare) = ≥ 1

Nombre enfant	Groupe 1	Groupe2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1	2 vs 1	3 vs 1
0	469 (65.05)	186 (51.67)	42 (38.89)	ref	ref	ref	ref
≥ 1	252 (34.95)	174 (48.33)	66 (61.11)	1.74 (<0.0001)	2.92 (<0.0001)	1.70 (0.001)	2.70 (<0.0001)

Dans le groupe 1 :

- 65.05% des patientes sont dans la catégorie 1
- 34.95% des patientes sont dans la catégorie 2

Dans le groupe 2 :

- 51.67% des patientes sont dans la catégorie 1
- 48.33% des patientes sont dans la catégorie 2

Dans le groupe 3 ;

- 38.89% des patientes sont dans la catégorie 1
- 61.11% des patientes sont dans la catégorie 2

a.- L'analyse uni variable montre qu'une patiente de la catégorie 2 a 1.74 fois plus risque d'être dans le groupe 2 que dans le groupe 1 comparé à une patiente de la catégorie 1. Cette différence de risque est statistiquement significative. P valeur (< 0.0001). En analyse multi variable ce risque est de 1.70, P valeur (0.001).

b.-Une patiente de la catégorie 2 à 2.92 fois plus de risque d'être dans le groupe 3 que dans le groupe 1 comparé à une patiente de la catégorie 1. Cette différence de risque est statistiquement significative. P valeur (< 0.0001). En analyse multi variable ce risque est de 2.70, P valeur (< 0.0001).

Réponse

Cette variable devrait aussi être prise en considération lors de l'analyse de la taille de l'endomètre. Les statistiques montrent qu'une patiente nullipare a plus de chance d'avoir un endomètre fin après l'IG.

Antécédent d'IG

Question : Les antécédents d'IG influencent-ils la taille de l'endomètre ?

Nombre IG	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1
0	546 (76.04)	254 (71.15)	61 (56.48)	ref	ref
≥ 1	172 (23.96)	103 (28.85)	47 (43.52)	1.29 (0.084)	2.44 (0.0001)

On définit deux catégories de patientes en fonction d'une IG préalable :

- catégorie 1 (pas d'antécédent d'IG) = 0
- catégorie 2 (antécédent d'IG) = ≥ 1

Dans le groupe 1 :

- 76.04% des femmes sont dans la catégorie 1
- 23.96 % des femmes sont dans la catégorie 2

Dans le groupe 2 :

- 71.15% des femmes sont dans la catégorie 1
- 28.85% des femmes sont dans la catégorie 2

Dans le groupe 3 :

- 56.48% des femmes sont dans la catégorie 1
- 43.52% des femmes sont dans la catégorie 2

L'analyse uni variable montre qu'une femme dans la catégorie 2 à 1.29 fois plus de risque d'être dans le groupe 2 que dans le groupe 1 comparé à une femme dans la catégorie 1. Ce résultat n'est pas significatif. Une femme dans la catégorie 2 présente 2.44 fois plus de risque d'être dans le groupe 3 que dans le groupe 1 comparé à une femme dans la catégorie 1. Cette différence de risque est statistiquement significative. P valeur : 0.0001.

Réponse : Une patiente ayant des antécédents d'IG a plus de risque de se trouver en situation post IG avec un endomètre épaissi.

Durée du saignement post IG

Question : La durée du saignement influence-t-elle la taille de l'endomètre ?

Durée saignement Mean (sd) P valeur	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1	2 vs 1	3 vs 1
	11.54 (7.49)	12.31 (7.9)	13.33 (8.26)	1.01 (0.13)	1.03 (0.03)	1.02 (0.01)	1.05 (0.001)

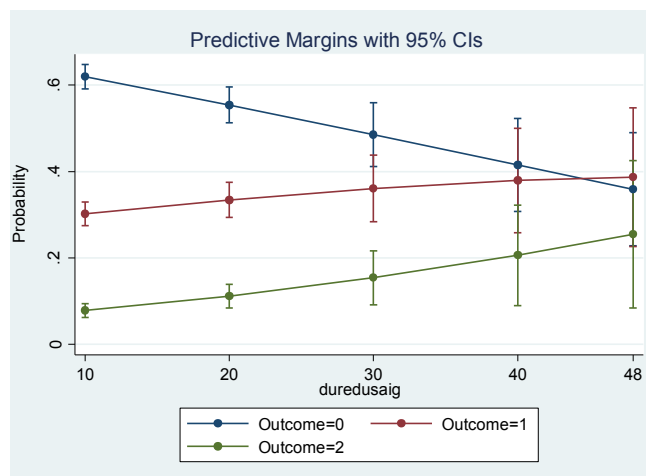


Figure 3 : Probabilité marginale d'être dans un groupe d'endomètre selon la catégorie de la durée du saignement en jour après la prise de médicaments abortifs estimée à partir du modèle multi variable

En moyenne une patiente du groupe 1 saigne 11.54 jours comparé à une patiente du groupe 2 qui saigne 12.31 jours, à une patiente du groupe 3 qui saigne 13.33 jours. Jusqu'à 20 jours la probabilité pour une patiente d'être dans le groupe 1 est plus grande que d'être dans les autres groupes. A partir de 20 jours les courbes se rapprochent, ainsi la probabilité qu'une femme soit dans le groupe 1 diminue. Plus la période de saignement s'allonge, plus les courbes tendent à se croiser et plus l'intervalle de confiance est large. La probabilité de trouver un endomètre fin ou épais lorsque le saignement est prolongé est pratiquement similaire.

Réponse : Si le saignement dure moins de 20 jours, on peut raisonnablement estimer que la patiente aura un endomètre fin. Au delà de 20 jours cette probabilité est plus faible. Ces résultats ne sont pas significatifs mais cette information peut malgré tout être prise en compte par l'examineur lors de la réalisation de l'US.

Antalgie

Question : La prise d'antalgiques influence-t-elle la taille de l'endomètre ?

Toutes les femmes reçoivent une antalgie de base, une antalgie de réserve et une antalgie supplémentaire en cas de douleur prononcée.

Avant 2012, pour les femmes ayant effectué l'IG à domicile, l'antalgie de base comprenait: un suppositoire Dafalgan 600 mg après la prise de Cytotec, un suppositoire Dafalgan 600 mg et un suppositoire de Méfénacide en réserve. Dans la situation d'IG médicamenteuses au DFME, les patientes recevaient deux suppositoires Dafalgan 600 mg et un suppositoire de Méfénacide en réserve.

Après 2012 les femmes ont reçu la même antalgie que l'IG se fasse à domicile ou au DFME. L'antalgie de base comprend: un comprimé de Brufen 600 mg per os, 2 comprimés de Co-Dafalgan à 500 mg/ 30 mg per os, et l'antalgie de réserve : un comprimé de Brufen 600 mg. L'antalgie supplémentaire consiste en une prise orale de Tramal 20 gouttes (5 gouttes = 12,5 mg) ou un comprimé de Buscopan 10 mg per os.

Antalgie base	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1
oui	638 (89.99)	315 (89.74)	91 (88.35)	ref	ref
non	66 (9.31)	34 (9.69)	11 (10.68)	1.04 (0.85)	1.17 (0.65)
Antalgie réserve					
oui	150 (21.16)	85 (24.36)	28 (27.18)	ref	ref
non	544 (76.73)	253 (72.49)	72 (69.90)	0.82 (0.20)	0.70 (0.15)
Antalgie supplémentaire					
oui	64 (9.04)	33 (9.46)	9 (8.82)	ref	ref
non	629 (88.84)	306 (87.68)	91 (89.22)	0.94 (0.80)	(1.03) (0.93)

Réponse: Les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Il n'y a pas d'influence de l'antalgie sur la taille de l'endomètre.

Curetage post IG

Question : La taille de l'endomètre influence-t-elle le nombre de curetage ?

Curetage	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	2 vs 1	3 vs 1
Non	521 (99.24)	161 (83.85)	21 (28.00)	ref	ref
Oui	4 (0.76)	31 (16.15)	54 (72.00)	25.08 (<0.0001)	334.92 (<0.0001)

89 curetages ont dû être pratiqué suite à un échec de la méthode médicamenteuse.

Réponse : La plus grande proportion des curetages se retrouve dans le groupe 3.

Question : L'évolution du protocole de surveillance post IG influence-t-elle le nombre de curetage effectué ?

Années	Curetage						Pourcentages par année
	<10		10-15		>15		
	non	oui	non	oui	non	oui	
2010	67 (12.86)	2 (50.00)	31 (19.25)	8 (25.81)	3 (14.29)	25 (46.30)	25.73
2011	153 (29.37)	0 (0.00)	30 (18.63)	16 (51.61)	4 (19.05)	20 (37.04)	16.14
2012	119 (22.84)	0 (0.00)	32 (19.88)	2 (6.46)	5 (23.81)	4 (7.41)	3.65
2013	125 (23.99)	1 (25.00)	30 (18.63)	0 (0.00)	3 (14.29)	2 (3.70)	1.82
2014	42 (8.06)	1 (25.00)	19 (11.80)	3 (9.68)	3 (14.29)	1 (1.85)	7.24
2015	15 (2.88)	0 (0.00)	19 (11.80)	2 (6.45)	3 (14.29)	2 (3.70)	9.75

Réponse 2 : Une diminution des curetages est globalement observée tous groupes confondus et dans les trois groupes au fil des années. La diminution la plus grande s'observe dans le groupe 3.

Une ré-augmentation s'observe entre 2014 et 2015 dans le groupe 3 et entre 2013 et 2014 dans le groupe 2.

Analyse multi variable

Pour l'analyse multi-variable, seules les variables significatives ont été considérées.

- l'âge des patientes
- l'intervalle de temps entre la prise de médicaments abortifs et l'US
- l'âge gestationnel
- la prise d'une dose unique ou d'une double dose de Cytotec
- la parité
- la durée du saignement

Nous observons après ajustement que les risques relatifs et les P valeurs obtenus vont dans le même sens que les risques calculés dans l'analyse uni variable.

Discussion

L'US est très efficace pour diagnostiquer la persistance d'un sac gestationnel intra-utérin que la grossesse soit évolutive ou non.(7) Toutefois, aucun paramètre clair n'a été défini pour décrire l'apparence de l'endomètre après une IG médicamenteuse, la mesure de l'épaisseur de l'endomètre utilisée pour confirmer ou infirmer une éventuelle rétention de matériel trophoblastique s'avère peu spécifique et le taux d'examen faussement positifs est élevé.(4)

Dans notre étude, nous observons un total de 468 (39.33%) femmes chez lesquelles l'endomètre mesurait entre 10-15 ou > 15 mm. La procédure d'IG n'était pas terminée après l'US de contrôle et elles ont dû avoir recours à des mesures thérapeutiques et/ou diagnostiques complémentaires. Par conséquent, un allongement de la procédure d'IG était indispensable. Ce pourcentage devrait être massivement diminué afin d'offrir aux femmes la possibilité de terminer la procédure le plus rapidement possible.

La Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique prévoit dans son avis d'experts No. 15 de 2008 (annexe 2) la réalisation d'un US de contrôle 14 jours après l'administration des médicaments pour vérifier que l'IG est complète.

Afin de diminuer une surmédicalisation contraignante, difficile psychologiquement pour la patiente et de surcroît potentiellement inutile, l'intervalle de temps entre la prise des médicaments et l'US de contrôle a été progressivement étendu au CHUV, passant de 9-11 jours, à 12-14 jours, à 21-28 jours puis à 29-35 jours après la prise des médicaments abortifs dans l'espoir d'un diagnostic échographique concluant (majorité de femmes avec un endomètre < 10 mm).

Il a été décidé d'un délai aussi long, prolongeant la procédure, en raison du nombre trop élevé de faux positifs (suspicion de persistance de matériel intra-utérin sans corrélation clinique et/ou sans substrat biologique au curetage) lorsque l'US est fait entre 1-2 semaines. Actuellement au DFME, l'US de contrôle se réalise environ 4-5 semaines après l'IG.

Comme décrit dans les résultats, aucun intervalle de temps n'est préférentiel pour instaurer l'US de contrôle. La linéarité entre les variables (temps écoulé/taille endomètre) à partir du 22^{ème} jour prouve que plus l'intervalle de temps est long, plus la probabilité de mesurer un endomètre fin est élevée.

Une étude israélienne rétrospective parue en 2015 (3) incluant 301 patientes qui ont bénéficié d'une IG médicamenteuse conclut que la présence échographique de résidus intra-utérins (endomètre épaissi ou restes hémorragiques) observés lors de l'US de contrôle post IG, après 2 semaines, n'indique pas un échec de la méthode d'IG. Une évaluation échographique devrait être répétée 6-8 semaines après la prise du médicament abortif avant de conclure à un échec de l'IG.

Pour des raisons cliniques et éthiques (âge gestationnel en cas de grossesse persistante et durée d'incertitude pour la patiente), il n'est pas acceptable de prolonger encore plus cet intervalle à 6-8 semaines.

Bien que Cowett AA (4) décrive en 2004 dans une étude comprenant 524 patientes le contraire nous observons dans notre étude que l'âge gestationnel a une influence sur la taille de l'endomètre à l'US de contrôle.

Amer-Alshiek (3) démontre que les US suspects de rétention de matériel trophoblastique sont plus fréquents chez les femmes plus âgées que chez les femmes plus jeunes.

Aucune étude n'associe l'âge des femmes, la multiparité, les antécédents d'IG et la taille de l'endomètre.

Notre étude démontre que plus une femme est âgée plus la probabilité que l'endomètre soit fin diminue.

Par conséquent, une femme dont l'âge est compris entre 30 et 48 ans avec un endomètre mesuré entre 10-15 ou >15 mm, ne devrait pas bénéficier de mesures thérapeutiques complémentaires d'emblée. De même, les femmes avec une grossesse d'âge gestationnel > 7 SA, les femmes multipares et les femmes avec un/plusieurs antécédents d'IG, ont plus de risque d'avoir un endomètre épais et ces paramètres devraient être pris en compte (en complément de la mesure de la taille de l'endomètre) avant d'envisager des mesures thérapeutiques additionnelles.

Un US supplémentaire afin de contrôler la taille de l'endomètre plus tardivement chez les femmes appartenant à ces catégories ne peut pas être envisagé. Un intervalle précis ne pourrait pas être défini et il rallongerait trop la procédure.

Dans l'étude Reeves parue en 2009 (5) la mesure de l'endomètre a été répertoriée par seuil de 5 en 5 mm entre 10 et 30 mm. Afin de prédire la nécessité d'un curetage, la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et négative de chaque seuil ont été calculées. L'épaisseur de l'endomètre était peu prédictible de cette nécessité. Un endomètre épais n'implique pas un curetage systématique.

De même, l'étude américaine (4) décrit qu'il est impossible d'établir par échographie, une valeur précise d'endomètre au dessus de laquelle des mesures additionnelles médicales ou chirurgicales sont nécessaires.

Un élargissement des cut-off de la taille de l'endomètre afin de décider si l'IG est complète ou si les femmes nécessitent des mesures complémentaires n'améliorait pas la méthode.

En ce qui concerne les résultats en relation avec la prise ou non d'une double dose de Cytotec, 2 raisons peuvent expliquer ces observations.

- Certaines femmes auront bénéficié d'une deuxième dose lorsqu'aucun saignement n'a été objectivé 3 heures après la première prise (marche à suivre décrite dans le protocole). L'absence de saignement signe une expulsion non amorcée, l'endomètre de ces femmes aura tendance à être plus épais malgré la prise d'une double dose.
- Certaines femmes, malgré un saignement dans les 3 premières heures après la première dose de Cytotec, recevront une 2^{ème} dose de Cytotec. Ce cas de figure se présente lorsque l'expulsion ne peut pas être totalement confirmée par le clinicien. Une 2^{ème} dose de Cytotec est prescrite afin d'assurer une IG complète. Chez ces femmes l'endomètre aura tendance à être plus fin car l'expulsion avait déjà débuté.

En 2010, toutes les femmes ayant un endomètre >15mm devaient terminer leur procédure d'IG par un curetage systématique. Le seul paramètre utilisé pour décider de la prise en charge par curetage était l'US.

A partir du 1^{er} avril 2011 (9) à la Maternité du CHUV, les patientes ayant un endomètre >15mm reçoivent un comprimé de Cytotec par jour, pendant 7 jours.

Un dosage de β HCG sérique est réalisé 4-6 semaines plus tard. Si le dosage de β HCG excède 5UI/L un US de contrôle est établi. Finalement, si l'endomètre mesure moins de 10 mm la procédure est terminée. Si l'endomètre mesure plus de 10 mm un curetage est réalisé.

Au fil des années, les signes cliniques observés (pas de saignement, symptômes d'expulsion non terminée, désir d'abrégier la procédure) ont été ajoutés à l'US afin de décider de la nécessité du curetage.

L'instauration de cette procédure a permis de diminuer drastiquement le nombre de curetage au fil des années. Les pourcentages de curetages performés par année post IG médicamenteuse, tous groupes confondus (25.73% en 2010, 16.14% en 2011, 3.65% en 2012, 1.82% en 2013, 7.24% en 2014, 9.75% en 2015) sont globalement en diminution. Sur la totalité des femmes ayant un endomètre > 15 mm, 46.40% des curetages ont été pratiqué en 2010 et seulement 1.85% en 2014. Une ré-augmentation s'observe entre 2014 et 2015 dans le groupe 3 et entre 2013 et 2014 dans le groupe 2. Une ré augmentation globale est observée entre 2014 et 2015. Le changement semestriel des médecins assistants ainsi que la décision de curetage qui est examinateur dépendant peuvent expliquer cette variabilité.

Dans une étude new-yorkaise (10) parue en 2001, avec un collectif de 4393 femmes sur une durée de 3 ans, 2.6% des femmes ont eu un curetage ajouté à l'IG médicamenteuse. D'après nos résultats 89 femmes ont eu un curetage suite à l'IG médicamenteuse de 2010 à 2015.

Lors du remplissage des dossiers et de la base de données, le nombre de femmes qui ont eu un curetage a scrupuleusement été répertorié. Malheureusement chez les femmes qui n'ont pas eu de curetage surajouté, l'information s'est probablement mal transmise. Dans le tableau des résultats "Curetage post IG" le collectif total comprend 762 patientes. Ceci représente 11, 67% de curetages surajoutés à l'IG. Nous nous sommes permis d'extrapoler ce pourcentage et de le calculer avec le collectif total de l'échantillon de base (1190 femmes). Selon nous ce pourcentage est plus représentatif et reflète la réalité. 7.48% de curetage ont été surajouté à l'IG. L'instauration de nouvelles méthodes surajoutées à l'US et à l'appréciation clinique pourrait éventuellement encore diminuer ces taux.

Une étude parue en 2003 dans laquelle 217 femmes ont bénéficié d'un US de contrôle et d'un dosage de beta HCG sérique avant la prise de médicaments abortifs et à la consultation de suivi post-IG, 1.8% des femmes ont eu recours à un curetage. Un suivi post-IG par dosage de beta HCG sérique n'induit pas plus de curetage.(11)

Les grossesses évolutives sont généralement rapportées chez moins de 1% de femmes qui ont débutés l'IVG médicamenteuse avant 7 SA (12). Dans notre collectif, (0.67%) 8 grossesses ont été évolutives.

Limite de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective. Certaines données n'ont pas pu être collectées ou ont été mal collectées. Les dossiers dans lesquels l'épaisseur de l'endomètre et la date de contrôle post-IG manquaient ont du être exclus de l'étude.

La base de donnée Epidata est remplie par un/une étudiant/e et les données sont pour la plupart codées, mais des fautes de saisies peuvent être fréquentes. La base de données actuelle sera nettoyée et les données seront transférées sur une nouvelle base. Cette base de données

sera codée par un statisticien afin de diminuer les erreurs systématiques que nous avons pu observer.

Comme déjà mentionné ci-dessus, le changement semestriel des médecins assistants, l'appréciation de l'épaisseur de l'endomètre et la décision de donner une double dose de Cytotec sont dépendantes de l'expérience du clinicien et peuvent amener un biais à nos résultats.

Intérêt de l'étude

En l'absence d'un cut-off clair, on ne pourra pas se prononcer sur la pérennité de l'examen post IG par US. Une alternative future serait d'introduire des méthodes supplémentaires à un stade plus précoce et d'en étudier l'apport. Le but sera d'alléger et si possible raccourcir la durée de suivi post IG sans diminuer la sécurité offerte par la procédure actuelle.

Apport de la littérature pour notre pratique clinique:

Selon une recherche française de l'ensemble des études prospectives, randomisées, revues systématiques et méta-analyses et études rétrospectives concernant le recours à l'US parue en novembre 2016, la recommandation de l'US de contrôle ne devrait plus être systématique.(12)

Comme déjà cité plusieurs fois, selon l'étude parue en 2009 (5), l'appréciation de l'épaisseur de l'endomètre n'a pas de place pour l'indication à une aspiration chirurgicale.

L'unique but de l'US de contrôle post IG médicamenteuse, est de déterminer la persistance d'un sac gestationnel ou non (12).

Confirmer le succès de l'IG est indispensable, des méthodes autres que l'US ont prouvé leur efficacité

- Une étude multicentrique parue en 2010 avec un collectif de 4484 patientes prouve qu'un test de grossesse urinaire à basse sensibilité, un examen clinique complet, et une évaluation clinique par les cliniciens et les femmes elles-mêmes suffisent à évaluer si des mesures thérapeutiques complémentaires seront nécessaires. (13)
- Une étude américaine parue en 2010 avec un collectif de 139 femmes affirme qu'un suivi téléphonique combiné à un test de grossesse urinaire est une alternative à l'US de contrôle et/ou aux mesures sériques de beta HCG.(13)
- Fiala et al(11) démontrent que la mesure de Beta HCG sérique est plus efficace que l'US de contrôle pour confirmer le succès de l'IG. Selon cette même étude, la mesure de beta HCG est également fiable pour détecter les grossesses évolutives et les expulsions incomplètes.(11)

Après revue de la littérature, Bettahar K. et al (12) concluent que « Le recours au dosage de β HCG sérique 15 jours après l'IG peut être utilisé pour juger du succès de la méthode. Une baisse supérieure à 80% du dosage initial 15 jours après l'IG est en faveur d'une réussite de celle-ci. »... « Un interrogatoire seul ou combiné à un examen clinique ne permet pas de déterminer de manière fiable le succès de l'IG » ...« L'autotest urinaire peut également être utilisé pour juger le succès de l'IG. Ce test peut être réalisé à domicile combiné à un suivi téléphonique. Quand cette méthode de suivi est choisie elle peut être réalisée à partir de 2 semaines après l'IG».

Conclusion

Suite aux résultats obtenus, aucun intervalle de temps idéal n'a pu être précisé et selon la littérature, un élargissement des cut-offs n'améliorerait pas la procédure. Il est ainsi envisageable d'introduire de nouvelles méthodes pour apprécier l'issue de l'IG au DFME.

De plus, suite à la récente parution fin 2016(14) du texte de recommandation français pour la pratique clinique des IG, il paraît indispensable de modifier la marche à suivre actuelle.

Un test de β HCG urinaire sensible à 1000UI/l et un dosage β HCG sérique pourraient être ajoutés en parallèle à l'US de contrôle et faire l'objet d'une étude future. La consultation de contrôle post-IG pourra à l'avenir être allégée tout en maintenant la sécurité des patientes. Elle est également utile pour envisager une contraception éventuelle et investiguer le vécu de l'IG par le couple.

L'US resterait toutefois l'examen de choix en cas de suspicion de poursuite de la grossesse après l'IG médicamenteuse (absence de saignement et/ou d'expulsion de matériel dans les suites immédiates de la prise du Cytotec)

Cette étude comprend un collectif important avec de multiples variables concernant les femmes demandeuses d'IG médicamenteuses. Ceci permet d'obtenir des résultats significatifs et reflète la pratique clinique directe au DFME. Ces résultats nous permettront de changer et ainsi d'améliorer la prise en charge des patientes.

Alléger la procédure, la rendre plus facile d'accès et constater l'économie dans les méthodes diagnostiques tout en conservant une sécurité optimale pour les femmes serait un bilan prometteur pour le futur.

Bibliographie

1. C SAF. "One Stop MTop". SWISS MEDICAL FORUM. 2015;15(34):745-8.
2. Clark WH, Gold M, Grossman D, Winikoff B. Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*. 2007;75(4):245-50.
3. Amer-Alshiek J, Shiekh O, Agmon A, Grisaru D. What is the right timing for ultrasound evaluation after pregnancy termination with mifepristone? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2015;189:24-6.
4. Cowett AA, Cohen LS, Lichtenberg ES, Stika CS. Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2004;103(5 Pt 1):871-5.
5. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(1):104-9.
6. Rorbye C, Norgaard M, Nilas L. Prediction of late failure after medical abortion from serial beta-hCG measurements and ultrasonography. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2004;19(1):85-9.
7. Acharya G, Haugen M, Brathen A, Nilsen I, Maltau JM. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2004;83(4):390-4.
8. Behnamfar F, Mahdian M, Rahimi F, Samimi M. Misoprostol Abortion: Ultrasonography versus Beta-hCG Testing for Verification of Effectiveness. *Pakistan journal of medical sciences*. 2013;29(6):1367-70.
9. Vial, Y., Renteria, S-C. Suivi après IG médicamenteuse (LISI). 2011.
10. Allen RH, Westhoff C, De Nonno L, Fielding SL, Schaff EA. Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications. *Obstetrics & Gynecology*. 2001;98(1):101-6.
11. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2003;109(2):190-5.
12. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016;45(10):1490-514.
13. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*. 2010;81(2):143-9.
14. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations (texte court). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016;45(10):1596-603.

Annexes

1. Poster SSGO 2014: N. Moser, P.M Marques-Vidal, P.Hohlfeld, S.-C Renteria
2. Avis d'experts N°.15: Utilisation de la Mifépristone pour l'interruption médicamenteuse de grossesse au premier trimestre.
3. Dossier LISI
4. Codage et abréviations Epidata
5. Arbre décisionnel de suivi

What's the impact on the experience and the effectiveness of a new treatment of pain during medical abortion?

Introduction

In the last decade, the association of mifepristone and misoprostol has been widely used and proven to be well accepted for medical abortion and to be a safe alternative to surgical abortion during the first 7 weeks of amenorrhoea (WA) under hospital surveillance. Since a few years, it is also the case until 9WA under hospital surveillance and until 7WA at home.

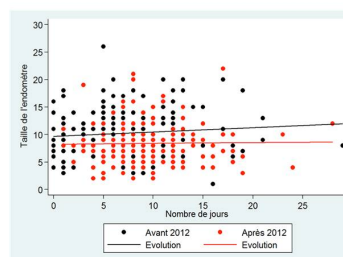
The mechanism of action of misoprostol is based on the fact that it is a prostaglandin with the effect of uterine contraction. The analgesia used in our Department was

paracetamol (Dafalgan^R) automatically with mefenacid (Ponstan^R) only if necessary because of its anti-prostaglandin effect. Since the first January 2012, we use an association of paracetamol/codein (Co-Dafalgan^R) and ibuprofen (Irfen^R) as basic medication.

Aim

The aim of this study is to evaluate the efficiency and the acceptability of this new treatment.

Table 3. Thickness of endometrium for abortion at hospital



Method

Women seeking first trimester medical abortion in our Department of obstetrics and gynaecology are recruited since February 2010. The patients are separated in two groups: one before the first January 2012 et one after. Women are welcomed and offered a first information about the general procedure. The women choosing surgical method are excluded. The one who chose medical method, at home until the seventh WA or in hospital until the ninth WA are included. Both received mifepristone at day 1 and misoprostol at day 3 of the procedure with Dafalgan^R automatically and Ponstan^R if necessary for the first group and Co-Dafalgan^R and Irfen^R automatically for the second one. An echography is performed two weeks after the take of misoprostol to evaluate the vacuity of the uterus. After this echography, the women have an appointment with a medical doctor or a mid-wife.

Since february 2010, we have a total of 2585 medical abortion in our Department (under hospital surveillance and at home). For our outcomes, only 921 data (36%) were complete. 618 (67%) for abortion under hospital surveillance and 303 (33%) for abortion at home. 520 (57%) occur before the first January 2012 and 401 (43%) after (Table1).

Table 1. Method

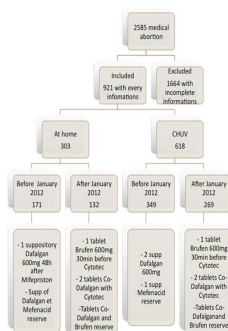
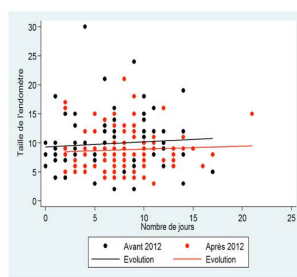


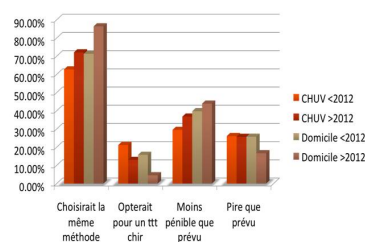
Table 2. Thickness of endometrium for abortion at home



Results

There is no difference of efficiency, based on the measure of the thickness of the endometrium one month after the procedure, before and after the first January 2012 (Table 2 and 3). Furthermore, we can see that there is less patient who took reserve medication or other medication since the implementation of the new treatment. Moreover, the acceptability is now better with more women who will chose the same method of abortion if necessary (Table 4) and less who will discourage their friends to use the medical abortion if necessary.

Table 4. Abortion: acceptability



Conclusion

Our new protocol of analgesia is therefore as effective and mainly better to manage the pain felt during a medical abortion. This element is very important if we want to keep on promote the medical abortion instead of surgical abortion when it is possible.

Avis d'Experts No. 15

Commission Assurance Qualité
Prof. Dr. Daniel Surbek

Utilisation de la mifépristone pour l'interruption médicamenteuse de grossesse au premier trimestre

Auteurs: J. Bitzer, Bâle; P. De Grandi, Lausanne; U. Haller, Zürich; J. Pók, Zürich
Révisé par: Dr. J. Pók

La mifépristone (RU 486) est un antagoniste puissant de la progestérone qui exerce son action en se liant aux récepteurs à la progestérone. Ce médicament a été autorisé par Swissmedic en Suisse en juillet 1999 sous le nom de Mifégyne®.

La mifépristone agit par inhibition compétitive des récepteurs à la progestérone. Son efficacité peut être augmentée par l'administration séquentielle d'un traitement à base de prostaglandines. A l'heure actuelle, on utilise principalement des prostaglandines E1, comme le misoprostol (ou plus rarement le géméprost), administrées par voie orale ou vaginale.

En Suisse, Swissmedic a autorisé le misoprostol, mais pour d'autres indications. Sur la base de l'expérience acquise, il est recommandé d'utiliser Mifégyne® en association avec le misoprostol (Cytotec®). Sur le plan juridique, il est également possible d'utiliser Cytotec® pour une indication non reconnue officiellement.

La mifépristone est plus efficace aux premiers stades de la grossesse. Les études publiées montrent que son utilisation en association avec une prostaglandine entraîne 95% d'avortements si l'administration a eu lieu avant 7 semaines de grossesse révolues. Ensuite, plus l'âge gestationnel avance, plus l'efficacité diminue.

En Suisse, la mifépristone est autorisée pour les interruptions médicamenteuses de grossesse jusqu'au 49^e jour suivant la date du premier jour des dernières règles. A l'échographie, cela correspond à un embryon dont le CRL mesure 8 mm. L'utilisation de mifépristone a un stade ultérieur de la grossesse, par ex. jusqu'au 63^e jour suivant la date des dernières règles, est possible et pratiquée dans certains pays. En Suisse, cette utilisation est laissée à l'appréciation du médecin traitant.

Tout comme les interruptions chirurgicales, les interruptions médicamenteuses de grossesse sont autorisées uniquement lorsqu'elles sont effectuées en conformité avec la loi.

Dans la pratique, Mifégyne® est administrée à une dose maximale de 600 mg (3 comprimés à 200 mg), sachant que son efficacité a également été démontrée à des doses inférieures (200-400 mg). Trente-six à 48 heures plus tard, une dose unique de 400 µg de misoprostol est administrée par voie orale, sublinguale, buccale ou vaginale (2 comprimés à 200 µg). Plus l'âge gestationnel est avancé, plus la dose doit être élevée. Toutefois, dans le cas du misoprostol, il ne faut jamais dépasser la dose de 800 µg.

Avant de procéder à toute interruption, il convient de calculer l'âge gestationnel en fonction de la date des dernières règles, puis de le vérifier par échographie. A cette occasion, il convient de s'assurer de l'absence de grossesse extra-utérine.

La patiente doit recevoir des informations détaillées sur les possibilités d'interruption de grossesse, médicamenteuse ou chirurgicale, et notamment sur le déroulement de chaque type d'intervention, les risques et effets secondaires possibles, les contre-indications et les aspects psychologiques. La femme doit avoir la possibilité de demander des précisions et bénéficier d'un soutien dans le cadre de sa prise de décision. Une brochure d'information doit lui être remise lors de l'entretien d'information. Il convient également de déterminer son groupe sanguin.

Si la patiente opte pour une interruption médicamenteuse après un délai de réflexion raisonnable, elle se verra administrer 3 comprimés de Mygéfine® par voie orale sous surveillance médicale. Chez les patientes de rhésus négatif, une prophylaxie par immunoglobulines anti-D doit être effectuée. Les patientes doivent être informées par écrit et par oral des personnes à contacter en cas d'événement imprévu.

Quarante-huit heures après la prise de Mifégyne®, 2 comprimés de Cytotec® sont administrés par voie orale/sublinguale/buccale ou vaginale. Chez plus de 50 % des femmes, l'avortement survient dans les 2 à 3 heures qui suivent. Un court séjour en observation en milieu hospitalier permet de mettre en œuvre le suivi médical et l'accompagnement nécessaires et d'administrer des analgésiques en cas de besoin. Lorsque la situation personnelle de la femme le permet et que la bonne utilisation du médicament est garantie, Cytotec® peut également être administré à domicile.

Toutes les femmes reçoivent des instructions détaillées sur la suite des événements et sont informées des personnes à contacter en cas de saignements ou d'événements imprévus. Une échographie de contrôle est réalisée 14 jours après l'administration de Cytotec® pour vérifier que l'avortement est complet. Si l'avortement est incomplet (4 % des cas), un nouveau contrôle sera effectué 14 jours plus tard ou un curetage sera pratiqué, en fonction des résultats et des symptômes constatés. Si la grossesse se poursuit (env. 1 % des cas), une intervention chirurgicale sera nécessaire.

Un traitement contraceptif oral peut être instauré à partir du 3^e jour suivant l'administration de Cytotec, ou du 1^{er} jour des règles suivantes.

Une suspicion de grossesse extra-utérine constitue une contre-indication à une interruption médicamenteuse de grossesse par Mygéfine®. Il est donc indispensable de procéder à une échographie avant toute interruption médicamenteuse de grossesse. Autres contre-indications: insuffisance rénale chronique, asthme bronchique sévère et non contrôlé et allergie connue à la mifépristone.

Il convient également de tenir compte des contre-indications à l'utilisation des prostaglandines: hypersensibilité connue au misoprostol ou complications lors d'un traitement antérieur par prostaglandines. Des troubles de la circulation sanguine, tels qu'une hypotension, ou des diarrhées sévères peuvent également survenir.

L'interruption médicamenteuse de grossesse peut être effectuée en milieu hospitalier ou dans des structures pratiquant des interruptions chirurgicales, ou qui coopèrent avec des établissements pratiquant ces interventions et pouvant être mobilisés à tout moment en cas d'urgence.

Date: 16/12/2008

LISI - Lieu d'Information et de Soins relatifs à l'I.G.

Protocole d'information pour interruption de grossesse médicamenteuse par Mifégyne®

Les explications qui vous ont été données par les soignants ont pour but de vous informer et non de vous inquiéter. Elles constituent une information importante en vue de la procédure thérapeutique et vous permettent de choisir cette méthode en toute connaissance de cause.

Je déclare avoir pris connaissance du présent document d'information et de l'**agenda de la procédure d'interruption de grossesse médicamenteuse par MIFEGYNE®**, qui m'a été expliqué et remis.

J'ai pris connaissance des contre-indications aux médicaments utilisés dans le cadre de l'interruption médicamenteuse de la grossesse y compris celles liées au tabagisme.

A cet égard je m'engage à limiter au maximum ma consommation de cigarettes pendant toute la durée de cette méthode d'interruption de grossesse.

J'ai compris que la prise de Mifégyne® (mifépristone) doit impérativement être suivie 48 heures au plus tard de l'administration d'une prostaglandine (misoprostol) en utilisation «off-label». La prise de misoprostol s'effectuera dans le Département de Gynécologie-Obstétrique du CHUV ou à domicile en fonction des dispositions mises en place avec l'accord des soignants.

J'ai compris que la visite de contrôle **28 à 35 jours** après la prise de Mifégyne® (mifépristone) est indispensable et obligatoire dans tous les cas. Je sais que cette méthode n'est pas efficace à 100 % de sorte que, en cas d'échec, l'interruption de grossesse ne pourra être obtenue que par des moyens chirurgicaux.

Je suis avertie que si malgré les recommandations je décidais, en cas d'échec de la méthode d'interruption, de mener ma grossesse à terme, aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de risques pour l'enfant à naître et notamment quant à l'absence de malformations fœtales.

Alternatives à l'interruption médicamenteuse :

Mandat de traitement

J'ai eu aujourd'hui un entretien d'information avec

Le **Protocole d'information pour interruption de grossesse par MIFEGYNE® détaillé, avec agenda de la procédure**, a été discuté avec moi. J'ai compris les explications et j'ai pu poser toutes les questions qui m'intéressaient. Un double du protocole d'information m'a été remis.

Je donne donc mon accord pour le traitement prévu, de même que pour les modifications et les compléments qui s'avèreraient nécessaires en cours de traitement.

Lieu : Date: La patiente:

Ce texte et l'annexe ont été discutés avec la patiente, ses questions ont été abordées et une copie des documents ainsi que l'information concernant **les dates importantes** lui ont été remises.

Date:

Heure :

Durée de l'entretien d'information:

.....

L'intervenant:

Version 6.3.29.10.2012/SCR

Interruption de grossesse médicamenteuse par MIFEGYNE® (Annexe au protocole d'information)

(en cas de demande simultanée de stérilisation, ne pas oublier le formulaire de consentement)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Date :

Les explications suivantes ont pour but de vous informer et non de vous inquiéter. Elles ne constituent qu'une information complémentaire à celle donnée par votre médecin. N'hésitez donc pas à noter vos questions sur tout ce qui vous paraît peu clair ou important et à nous les poser avant la prise de Mifégyne®.

Technique utilisée :

La Mifégyne® est un médicament qui bloque l'action de la progestérone, hormone du maintien de la grossesse et permet donc l'interruption de la grossesse. Son action nécessite toutefois d'être complétée par celle d'une prostaglandine (misoprostol), substance qui augmente les contractions de l'utérus. L'administration séquentielle des deux médicaments, permet dans 95 % des cas l'expulsion de la grossesse. Pour cela, vous devez prendre les comprimés de misoprostol dans les délais prévus. Si vous êtes d'un groupe sanguin rhésus négatif, la **prévention de l'immunisation rhésus** sera pratiquée à la consultation LISI ou à l'hôpital de jour ou selon la procédure arrêtée.

Risques et complications :

Mifégyne® ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- si la grossesse n'est pas confirmée,
- en cas de suspicion de grossesse extra-utérine,
- si le premier jour des dernières règles date de plus de 63 jours,
- en cas d'insuffisance des glandes surrénales,
- en cas d'asthme sévère,
- en cas d'allergie à la mifépristone,
- en cas de contre-indication à l'emploi de prostaglandine, et notamment en cas d'antécédents cardio-vasculaires tels que l'angine de poitrine.

De plus, cette méthode est déconseillée chez les femmes qui fument plus de 30 cigarettes par jour, en cas d'insuffisance rénale et d'insuffisance hépatique.

N'oubliez pas de signaler à votre médecin tout autre traitement en cours notamment : anticoagulants, anti-inflammatoires y compris l'aspirine, corticoïdes et tout problème de santé que vous pourriez avoir.

L'interruption de la grossesse par Mifégyne® comporte des limites et implique des contraintes que vous devez connaître :

La prise de Mifégyne® doit impérativement être suivie, 36 à 48 heures plus tard, de l'administration de misoprostol en utilisation « off-label ». La méthode n'est pas efficace à 100 % et vous ne pouvez pas, par vous-même, juger de son efficacité. En effet, les saignements utérins qui se produisent n'en sont pas une preuve. L'expulsion de l'œuf qui survient souvent quelques heures après la prise de prostaglandine peut être incomplète.

Vous devez vous soumettre obligatoirement à une consultation de contrôle 28 à 35 jours après la prise des médicaments de façon à vérifier que votre grossesse a bien été interrompue. *En cas d'élimination incomplète (environ 5% des cas), il peut être nécessaire d'évacuer les débris placentaires par des moyens chirurgicaux.*

Si aucun saignement ne s'est produit dans les 72 heures après la prise des deux médicaments, il est faut avancer la date de l'échographie et de la consultation prévue (tél. 021.314.32.48).

Dans de rares cas, la grossesse peut se poursuivre. L'interruption de la grossesse doit alors être complétée par une méthode chirurgicale. Si vous décidez, en cas d'échec, de mener votre grossesse à son terme, aucune garantie ne peut être donnée sur

l'absence totale de risque pour l'enfant à naître. Des malformations fœtales ont été décrites avec la prise de Mifégyne® et de misoprostol. Nous ne saurions en aucun cas être tenus pour responsables de la survenue d'éventuels problèmes suite à votre décision.

Des contractions utérines douloureuses justifiant un traitement, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des malaises surviennent dans certains cas après l'administration de prostaglandine (misoprostol). Vous ne devez prendre aucun médicament sans avis médical, en particulier l'aspirine. En cas de crampes, vous pouvez prendre les médicaments qui vous ont été remis en réserve ou des médicaments équivalents (ibuprofène, diclofénac, méfénacide), ainsi que des médicaments contenant du paracétamol (Panadol®, Dolprone®, Zolben®, Dafalgan®).

Attention le Co-Dafalgan® donné en réserve peut altérer votre vigilance lors de conduite d'un véhicule.

Après la prise de misoprostol :

L'expulsion a lieu dans la majorité des cas dans les quatre heures suivant la prise de misoprostol. Si aucun saignement ne s'est produit trois heures après la première prise et que vous aviez choisi la procédure à l'hôpital de jour, des comprimés supplémentaires de misoprostol vous seront donnés. (En cas de procédure à domicile vous feriez de même chez vous.) A l'hôpital la surveillance sera dans ce cas prolongée d'une heure ou selon entente avec le médecin. Une fois de retour à domicile, des saignements utérins (métrorragies) surviennent dans la quasi totalité des cas. L'utilisation de tampons hygiéniques est déconseillée.

Dans de rares cas, les saignements utérins peuvent être abondants, nécessitant alors un traitement d'urgence. Jusqu'au moment de la consultation de contrôle, vous ne devez donc pas vous éloigner inconsidérément d'une structure hospitalière et vous assurer qu'une personne de confiance soit disponible pour vous venir en aide. Vous pouvez toujours nous téléphoner aux Urgences de la Maternité du CHUV au 021.314.34.10. Les Urgences sont ouvertes 24h sur 24h, 7/7 jours.

La survenue d'une nouvelle grossesse est possible immédiatement après l'interruption de grossesse. Dès lors une contraception devra être mise en route dès l'expulsion ou au plus tard deux semaines après le traitement. *Si vous avez opté pour la pose d'un dispositif intra-utérin, il faudra convenir d'une méthode de contraception qui vous protégera jusqu'à sa pose.*

Coût : cette intervention est une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie. Si vous avez le moindre doute sur la couverture des frais (sans assurance, demande de confidentialité spécifique), merci de contacter le service social.

Votre agenda étape par étape

Consultation initiale pour demande d'interruption de grossesse LISI (étape 1)	Consultation pour bilan médical et remise des médicaments LISI (étape 2)	Jour de la prise du misoprostol LISI (étape 3)	Echographie et consultation de contrôle LISI (étape 4)
Consultation LISI, (HDJ), niv. 2	Consultation LISI, (HDJ), niv. 2	Hôpital de jour - hospitalisation, niv. 3, ou domicile	Ultrasons, Consultation LISI, HDJ ou policlinique, niv. 2
<p>Une échographie confirme l'âge de la grossesse.</p> <p>Vous êtes vue par une conseillère en santé sexuelle et reproductive - planning familial, par une sage-femme ou le cas échéant un médecin.</p> <p>Vous confirmez votre décision et signez votre demande d'interruption de grossesse (consentement).</p> <p>Les soignants vous expliquent les avantages et désavantages de la méthode.</p>	<p><i>Date et heure du RV :</i></p> <p>Vous posez toutes les questions que vous désirez au médecin et aux autres soignants.</p> <p>Le médecin vérifie avec vous le consentement (demande d'interruption) signé.</p> <p>En signant le protocole d'information concernant la méthode (consentement), vous confirmez votre choix.</p>	<p>Dans le cas d'une surveillance hospitalière, vous venez à l'hôpital pour y séjourner 3 heures au minimum.</p> <p>Vous recevez des comprimés de misoprostol afin de provoquer l'expulsion. Elle se produira pendant que vous êtes à l'hôpital ou les jours qui suivent.</p> <p>Les saignements persistent habituellement pendant env. deux semaines.</p> <p><i>Si aucun saignement ne se produit dans les 3 jours qui suivent la prise des médicaments, prenez de suite contact avec la consultation</i></p>	<p>Une échographie vaginale permettra de vérifier, si l'expulsion a été complète.</p> <p>Si l'embryon était toujours présent, un curetage sera planifié.</p>

<p>N.B. : Si cette grossesse est survenue sur dispositif intra-utérin, ce dernier sera retiré avant le début du traitement.</p>		<i>LISI.</i>	
	<p>Jour de la prise de Mifégyne®</p>	<p>D'autres dispositions sont possibles en fonction de votre situation personnelle et de votre demande. S'il est prévu que la procédure se déroule à domicile, vous prenez les premiers comprimés à l'heure indiquée ci-dessous.)</p> <p>Ensuite commencez la contraception le plus rapidement possible!</p>	<p>Episodiquement, une prise supplémentaire de médicaments, un suivi par prise de sang et év. un nouveau contrôle échographique seront nécessaires.</p>
	<p>Vous prenez la Mifégyne® à la date et à l'heure indiquée ci-dessous.</p> <p>Laisser fondre le comprimé dans les joues.</p>		
	<p>Date et heure de la prise :</p>	<p>Date et heure de la prise :</p>	<p>Date et heure du RDV :</p>

Les téléphones importants de la Maternité du CHUV :

Urgences 24h/24h et 7j/7j :	021 314 34 10
Hôpital de Jour – Hospitalisation (jours ouvrables) :	021 314 22 24
Secrétariat LISI/Hôpital de Jour (Consultations IG sages-femmes et conseillères en SSR)	021 314 32 84
Centre de Santé sexuelle et reproductive-Planning familial):	021 314 32 48
Service social :	021 314 31 98

Version 6.2.29.10.2012/SCR

LISI - Lieu d'Information et de Soins relatifs à l'I.G.

Intake DGOG: Première prise de contact, le: Age gestationnel annoncé: sem

(Consultation médicale, date:)

Consultation LISI I,

le:

Age: Canton du domicile²: Langue maternelle:

Patiente consulte seule ou accompagnée par

Nationalité³: suisse , autre pays : Si étrangère, en Suisse depuis⁴: Permis⁵:

Sans permis

Etat civil⁶: mariée , divorcée , séparée , célibataire , veuve , autre/inconnu

Ménage⁷: vit seule , seule + enfant(s) , avec mari/concubin +/- enfants , avec parent(s) , avec d'autres personnes (colocation) , dans un foyer , inconnu

Compréhension de la langue française suffisante pour un entretien concluant : oui non

Traduction par: accompagnant , interprète communautaire , autre

Nombre d'enfants vivants⁹: Gestité: Parité: (Sexe):

Date du dernier accouchement: Mois¹⁰: Année¹⁰:

.....

Nombre d'I.G. antérieures¹¹: Année + lieu:

.....

Abortus sp/ GEU: Année: Traitements d'infertilités:

Contraception actuelle: **Raisons de l'échec**: **CPC prise** , le

Expérience contraceptive:

- C.O. oestro-progestative Patch Anneau vaginal
- C.O. progestatif seul D.P. Implant posé en
- Préservatif DIU posé en Retrait Implant en
- Diaphragme Retrait DIU en Divers
-
-
-

D.R.: cycle régulier , irrégulier , de jours Aménorrhée de: semaines

Test de grossesse positif, le: Test urinaire fait par la patiente , en pharmacie , par le Dr:

β-HCG sanguin, le: UI

Age gestationnel selon US⁸, le = sem CRL: mm BIP: mm, fémur: mm

Dernier Pap en: Résultat: **Bilan IST actuel**: Chlamydia PCR nég. , pos. , pas fait /VIH nég. ,

pos. , pas fait

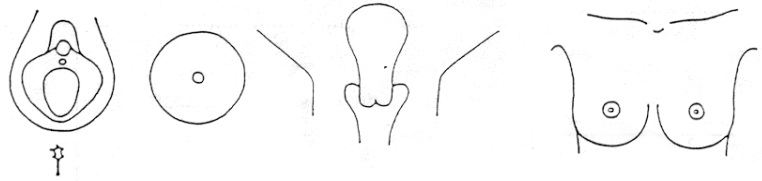
- Conseil et information prodigués (cf. protocole d'information SSGO)**
- Patiente âgée de moins de 16 ans (cf. consensus UMSA/Profa)*
- Attestation d'un centre spécialisé pour mineurs signée*
- Dossier d'information du Service de Santé Publique remis à la patiente**
- Demande d'I.G. (déclaration de consentement) signée le jour même**

ultérieurement

Demande d'I.G. à faire confirmer oulet à signer

Eventuel examen clinique

(consultation préalable ou
consultation **LISI II**)



Ev. examen direct:.....

Ev. examens complémentaires: Ev. prescriptions :

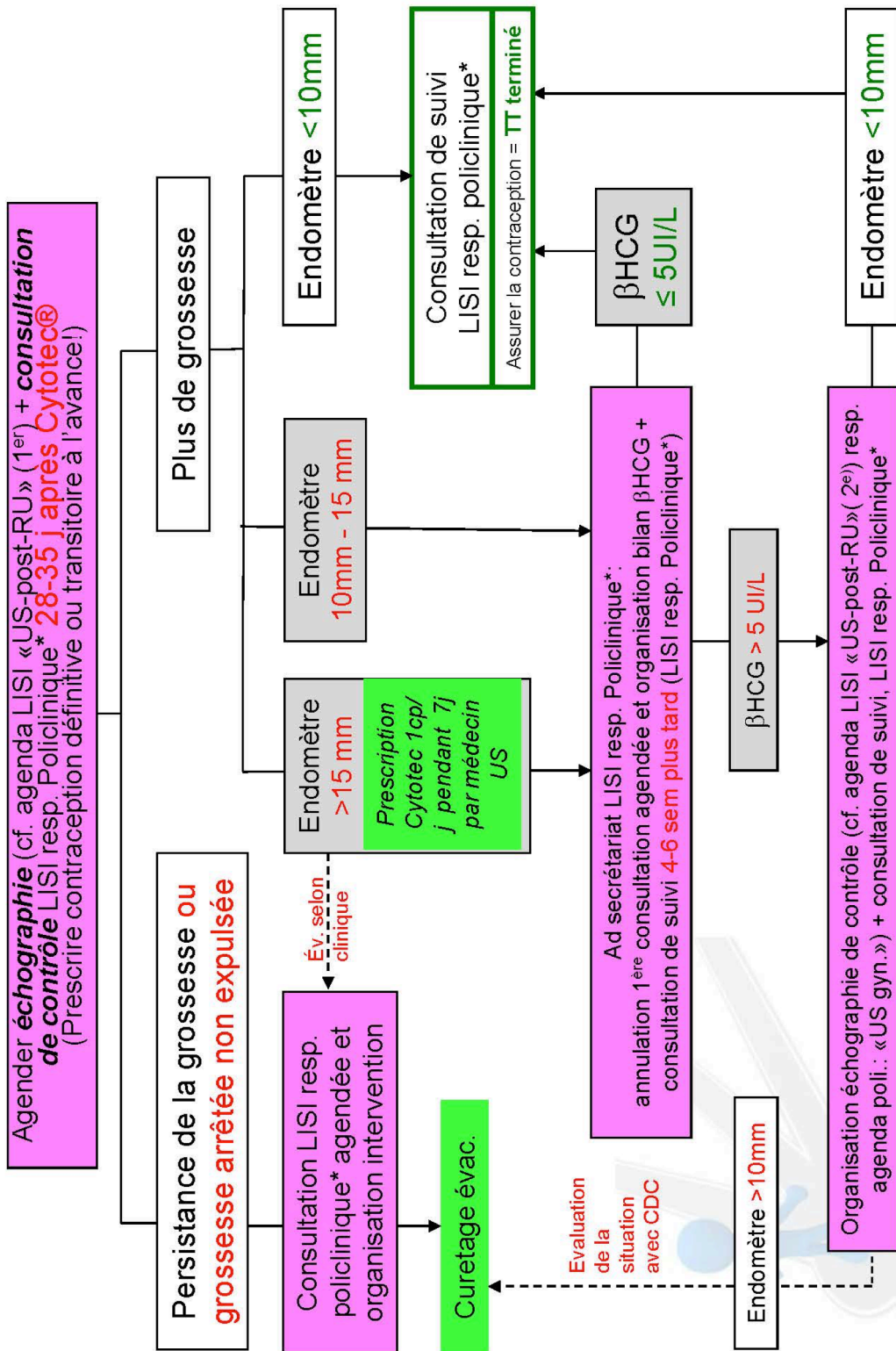
Intervenant-e:

.....

Codage et abréviation Epidata

- Identifan = identifiant scanné
- Datnais= date de naissance
- Agestati= âge gestationnel arrondi sur feuille du médecin cantonal
- Nombredenf = nombre d'enfant
- Nombreig= nombre d'IG antérieure
- Datinterv = date prise du médicament sur dossier médecin cantonal
- Datinterv1 = idem
- Datinterv2= idem
- Metinterv : méthode intervention 1=chirurgical, 2=médical
- Lieu interv : lieu intervention 1=CHUV, 2= hôpital public, 3= clinique privée, 4= cabinet privé
- Lieu : lieu autre : 1= étranger, 2=poursuite grossesse, 3=perdue de vue, 4=FC/avortement spontané, 5= à domicile, 9= absence de données
- Anning : année de la dernière IG
- Atcdobstet : antécédents obstétricaux 1=où, 2=non 3= autres
- Gross = grossesse > 12 sem 1= oui 2= non
- Techniquei : technique intervention 1= aspiration curetage, 2 = IG médicamenteuse T2, 3= IG médicamenteuse T1, 4= pas de précision
- Datconsult = date consultation de contrôle après mifégyne (date de l'US de contrôle)
- Contexte : 1=IG sous surveillance hospitalière, 2=IG à domicile, 9= Absence de données
- Contexte1= autre contexte précisé (texte)
- Datprmif = date de la prise de Mifégyne
- Agestat2 : âge gestationnel mesuré à l'US lors de la première consultation
- Agestat3 : âge gestationnel mesuré à l'US lors de la première consultation
- Datprcyt = date de la prise de Cytotec
- Seccyt = nécessité seconde prise de Cytotec 1=non, 2=oui hospitalier, 3= oui domicile, 9 = absence de données
- Traitbase : prise du traitement antalgique de base prescrit 1= oui, 2=non, 9= absence de données
- Traitrese : prise du traitement de réserve 1=oui, 2=non, 9=absence de données
- Traitsuppl1 : nécessité de traitement supplémentaire 1=oui, 2=non, 9= absence de données
- Datexpul = date expulsion
- Duredusaig = durée du saignement
- Endometrei = endomètre à l'US en mm
- Conclusion : 1= expulsion complète, 2= grossesse évolutive, 3= autres (mesures supplémentaires)
- Curetage : 1= oui, 2= non
- Motifcur : 1= ménorragies, 2= expulsion incomplète, 3 autres

Suivi après IG médicamenteuse «LISI» (Màj dès 1^{er} avril 2011)



*Agender 1^{er} contrôle et suivis à la policlinique. si un acte médical est név. par ex. froffis PAP, nose DIU etc...