

Les avantages de l'IVG médicamenteuse

RÉSUMÉ : La méthode médicamenteuse est une alternative à l'aspiration chirurgicale et permet la réalisation d'une IVG sûre, efficace et bien acceptée par les couples. Elle peut être utilisée jusqu'à 7 SA en cabinet de ville et habituellement jusqu'à 9 SA dans les établissements.

Lorsqu'elle est pratiquée à domicile, elle procure davantage d'intimité, d'autonomie, et diminue le coût de prise en charge pour les couples. L'externalisation des soins pour ces grossesses précoces soulage les centres hospitaliers pour une prise en charge plus rapide des grossesses plus avancées.



→ **P. ROBLIN, R. SHOJAI**
Centre de Gynécologie Sociale,
CHU Nord, MARSEILLE.

L'IVG est autorisée en France jusqu'à 14 SA. Malgré l'accès aisé à des méthodes modernes et efficaces de contraception, 220 000 avortements sont réalisés chaque année pour 850 000 naissances. 1 couple sur 3 y a recours au moins une fois dans sa vie et près d'un quart des femmes ont bénéficié de plusieurs IVG.

Ce taux élevé est stable depuis près de 30 ans et reste mal expliqué [1]. L'une des causes possibles est la facilité à poursuivre la grossesse dans les années 1970 lorsqu'elle était inattendue ou non désirée, alors que les comportements actuels évoluent vers une certaine programmation de la grossesse en fonction du parcours socioprofessionnel de la femme.

Grâce à la diffusion de la contraception, le taux des grossesses programmées a augmenté, mais le recours à l'avortement est plus fréquent en cas de grossesse qui survient par surprise. Ainsi, la grossesse doit survenir "quand je veux", mais surtout au bon moment et force est de constater que l'IVG est désormais un véritable moyen de réguler les naissances dans notre société.

L'IVG est possible par voie chirurgicale (aspiration) ou par voie médicamenteuse associant la prise séquentielle

de mifépristone suivi de misoprostol. Actuellement, plus de la moitié des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse. La diffusion de cette technique continue à augmenter compte tenu des nombreux avantages qu'elle procure en termes d'efficacité, de sécurité et d'acceptabilité par les femmes, mais aussi pour les médecins en termes d'organisation des soins.

Efficacité, sécurité, acceptabilité

L'IVG par voie médicamenteuse est possible jusqu'à 14 SA. La voie médicamenteuse est d'ailleurs la technique de référence en France pour les interruptions médicales de grossesse (IMG) au cours du deuxième et troisième trimestre avec une excellente efficacité.

1. Avant 9 SA

Pour les grossesses inférieures à 9 SA, le taux de succès de la méthode séquentielle associant la mifépristone (Mifegyne) suivie du misoprostol (Cytotec ou Gymiso) dépasse 95 % [2]. Les grossesses évolutives constituent 1 % des cas et sont les véritables échecs de la méthode. Les complications sévères (transfusions ou aspirations en urgence) sont rares (< 1 %). Le taux d'aspirations

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

lié à des évacuations incomplètes, hémorragies aiguës ou prolongées est lié à l'expérience de l'opérateur et globalement inférieur à 5 %. Lorsque cette méthode est choisie par la patiente, l'acceptabilité est très élevée sous réserve d'une analgésie adaptée. Par rapport à la chirurgie, la prise des médicaments est considérée comme non invasive, sans nécessité d'anesthésie, "moins barbare et plus naturelle" [3].

2. Après 9 SA

Après 9 SA, le taux de succès de la voie médicamenteuse reste élevé et les complications sont rares par rapport à la chirurgie, mais le taux d'aspiration pour rétention placentaire atteint près de 30 % dans certaines séries et l'analgésie nécessite l'utilisation de la voie parentérale, donc d'un plateau technique adapté [4]. En cas de grossesse évolutive ou de prise isolée de mifépristone (liée à un changement d'avis à interrompre la grossesse), le suivi de la grossesse est habituellement réalisé dans un centre de diagnostic prénatal. Les données de tératovigilance restent pour l'instant très rassurantes.

La prise des médicaments est souvent très bien supportée, les enquêtes de satisfaction révèlent souvent que plus de 9 femmes sur 10 ont bien accepté la méthode avec souvent une préférence pour la prise de ces médicaments à la maison [5].

[Le choix de l'IVG à domicile

Jusqu'à 7 SA, l'IVG médicamenteuse peut avoir lieu à domicile. Les médicaments sont donnés par un médecin en cabinet de ville ayant passé une convention avec un établissement disposant d'un plateau technique. Ces médecins doivent pouvoir justifier d'une expérience en gynécologie. L'expulsion se fait à la maison. Le délai de réflexion pour cette méthode est de 7 jours.

L'avantage de cette option est la préservation de l'intimité de la femme. Ce dispositif permet de dispenser des soins personnalisés et de proximité évitant les trajets longs et le manque de confidentialité des grandes salles d'attente communes des centres hospitaliers. Contrairement aux établissements où la date de l'intervention est bien souvent imposée à la patiente avec des délais d'attente longs liés à une saturation de l'offre de soins, la réalisation de l'IVG en ville permet plus de souplesse et d'autonomie dans le choix de la date de prise des médicaments (possibilité de prendre les comprimés le *week-end* ou un jour de RTT par exemple).

Pour beaucoup de femmes, l'éloignement géographique des centres est un obstacle important et dans les territoires où l'offre de soins est limitée, les patientes peuvent être amenées à attendre plus de 15 jours entre la demande et le premier rendez-vous avec un médecin. La prise en charge des patientes est donc réalisée plus tardivement, souvent par voie chirurgicale, entraînant une augmentation de la morbidité.

Lorsque la patiente choisit un médecin à proximité de son domicile pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse, les délais d'attente sont plus courts et on constate bien souvent une réduction des taux de pertes de vues à la consultation du *post abortum* où sont discutés les moyens de contraception. La relation de confiance qui s'installe lorsque la patiente rencontre le même soignant permet au médecin d'instaurer plus sereinement une contraception adaptée, notamment contraception réversible au long cours (DIU, implant), seules méthodes ayant prouvé leur capacité à réduire les IVG à répétition à l'échelle d'une population [6].

Enfin, l'IVG à domicile rend possible – si la femme le souhaite – l'implication et le soutien du partenaire alors que ce rôle est bien souvent exclusivement dévolu au personnel paramédical dans les grands centres.

[Laisser le choix

Des précautions d'emploi sont toutefois nécessaires pour la méthode médicamenteuse. Tout d'abord, il faut prévenir la patiente que la durée d'expulsion peut se faire sur plusieurs jours et qu'une deuxième dose de misoprostol peut s'avérer nécessaire en cas d'expulsion incomplète.

Les saignements lors de l'expulsion sont souvent comparables à des règles abondantes. La durée moyenne des saignements est de sept jours. Mais des métrorragies peuvent persister pendant deux à trois semaines sans qu'il existe d'outils fiables (échographie, HCG) permettant de prédire le profil des saignements. Les saignements persistants sont l'inconvénient majeur de la méthode médicamenteuse et peuvent constituer un handicap dans la vie socioprofessionnelle de la femme dans les suites de l'IVG. La patiente doit donc pouvoir choisir librement la technique qui lui convient le plus.

Avant de prescrire le traitement médical, il faut s'assurer que la patiente a réellement compris les modalités du traitement séquentiel, qu'elle dispose d'un environnement adapté en cas d'expulsion à domicile (sanitaires individuels) et que le trajet entre le domicile et le centre est inférieur à 1 heure en cas d'hémorragie aiguë. L'administration prophylactique d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antalgique n'interfère pas avec l'action du misoprostol (prostaglandine) et peut être associée à des suppositoires de dérivés opioïdes (Lamaline).

Un numéro de téléphone accessible 24 h/24 est un élément supplémentaire de sécurité et permet de diminuer l'anxiété de la patiente. Dans notre expérience, le taux d'appels ne dépasse pas 10 %.

La vérification de la vacuité utérine peut se faire par échographie ou bien

par le taux d'HCG à 15 jours. Dans les grands centres avec de multiples intervenants, le taux d'HCG sérique permet une évaluation objective du succès de la méthode : lorsque le taux d'HCG *post abortum* est inférieur à 10 % du taux de départ, la VPP est supérieure à 98 % [7].

Le taux d'infection lié à la persistance de débris trophoblastiques est faible (< 3 %), comparable aux taux observés à la voie chirurgicale [8], et la crainte d'une endométrite ou d'une synéchie ne doit pas encourager une aspiration. Cependant, il faut garder à l'esprit que des infections mortelles au *Clostridium sordelli* ont été signalées après la voie médicamenteuse, responsables de 8 décès en Amérique du Nord [9].

Le tableau clinique initial associe des douleurs pelviennes, malaise, hypothermie, hypotension, associés à une hyperleucocytose et une hémococoncentration. Néanmoins, le taux de complications infectieuses par la voie médicamenteuse reste très nettement inférieur à la voie chirurgicale et aucun accident de ce type n'a été rapporté en Europe ou Asie. La responsabilité du misoprostol par voie vaginale a été évoquée. Les taux d'infections sévères semblent diminuer avec la voie sublinguale et l'association d'une antibiophylaxie.

Aux Etats-Unis et dans la plupart des centres en France, l'administration du misoprostol par voie vaginale a été abandonnée au profit de la voie sublinguale ou jugale (les comprimés fondent entre l'arcade dentaire supérieure et la face interne de la joue). Cette dernière permet une efficacité optimum de la méthode tout en limitant les effets secondaires comme les diarrhées et les vomissements.

Les avantages pour le médecin

Actuellement, près de trois-quarts des 220 000 IVG annuelles sont à la charge du secteur public. Avec la restructuration et

POINTS FORTS

- ➔ Concerne les grossesses précoces.
- ➔ Accessible en soins de proximité.
- ➔ Méthode efficace et sûre.
- ➔ Respecte l'autonomie et la confidentialité des couples.
- ➔ Très bonne acceptabilité lorsqu'elle est pratiquée à la maison.

le regroupement de l'offre de soins, près de 5 % des centres assurent plus de 25 % des IVG [1]. Compte tenu du déséquilibre entre la demande et l'offre de soins, les capacités d'accueil des unités sont souvent saturées, entraînant des délais d'attente longs, notamment durant la période estivale.

Par ailleurs, l'aspiration chirurgicale reste sur le plan financier un acte sous-coté par rapport à son coût réel. L'avantage de la voie médicamenteuse dans ce contexte permet une externalisation des soins de proximité et une augmentation de l'offre de soins.

Enfin, dans notre expérience, la voie médicamenteuse entraîne moins de refus de soins pour clause de conscience, ce qui permet d'élargir le nombre de médecins participant à la prise en charge de ces femmes.

Conclusion

L'accès à l'IVG ainsi que sa prise en charge dans de bonnes conditions figurent parmi les objectifs de la loi de Santé publique de 2004. La voie médicamenteuse est une méthode simple, rapide, efficace, non invasive, peu iatrogène et sans nécessité d'une anesthésie et avec un faible coût financier.

Lorsqu'elle est pratiquée à domicile, elle préserve l'intimité des patientes, permet le choix de la date d'expulsion ainsi que

l'implication du partenaire. Elle s'inscrit désormais dans les soins primaires et de proximité, réalisable par tout médecin ayant une formation adaptée.

Bibliographie

1. AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2004. Rapport IGAS. www.igas.gouv.fr
2. LIEVRE M, SITRUK-WARE R. Metaanalysis of 200 or 600 mg mifépristone in association with prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception*, 2009; 80: 95-100.
3. ROBSON SC, KELLY T, HOWEL D *et al.* Randomised preference trial of médical versus surgical termination of pregnancy less than 14 weeks' gestation. *Health Technology Assessment*, 2009; 13: 53.
4. HAMOUDA H, TEMPLETON A. Medical and surgical options for induced abortion in first trimester. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2010; 24: 503-516.
5. PROVENSA M, MIMARI R, GREGOIRE B *et al.* Medical abortion at home and at hospital: a trial of efficacy and acceptability. *Gynecol Obstet Fertil*, 2009; 37: 850-856.
6. HEIKINHEIMO O, GISSLER M, SUHONEN S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choice affect risk of repeat abortion. *Contraception*, 2008; 78: 149-154.
7. FIALA C, SAFAR P, BYGDEMANN M *et al.* Verifying the effectiveness of médical abortion: ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003; 109: 190-195.
8. TRINDER J, BROCKELHURST P, PORTER R *et al.* Management of miscarriage: expectant, médical or surgical? Results of a randomised controlled trial. *BMJ*, 2006; 332: 1 235-1 240.
9. METTES E, ZANE S, GOULD C. Fatal *Clostridium sordelli* infections after medical abortions. *NEJM*, 2010; 363: 1 382-1 383.

L'auteur a déclaré avoir été invitée par le Laboratoire NordiPharma à des congrès médicaux.