

2020

**LIGNES DIRECTRICES
CLINIQUES SUR LES
SOINS EN
AVORTEMENT**



naf

NATIONAL
ABORTION
FEDERATION



Lignes directrices cliniques sur les soins en avortement

2020

©2020 National Abortion Federation
1090 Vermont Ave, NW, Suite 1000
Washington, DC 20005
www.prochoice.org

La Fédération Nationale de l'Avortement est l'association professionnelle des fournisseurs de soins en avortement. Notre mission est d'unir, représenter, servir et soutenir les fournisseurs de soins en avortement à assurer des soins axés sur les patientes et fondés sur les données probantes.

Table des Matières

Introduction	i
REMARQUES RELATIVES À LA MISE EN FORME	iv
1. QUI PEUT PRATIQUER DES AVORTEMENTS?	1
2. ÉDUCATION DES PATIENTES, COUNSELING ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ....	3
3. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS.....	7
4. EXAMENS DE LABORATOIRE	12
5. ÉCHOGRAPHIE LIMITÉE AUX SOINS EN AVORTEMENT.....	15
6. AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX PRÉCOCE	18
7. L'AVORTEMENT PAR ASPIRATION AU PREMIER TRIMESTRE.....	27
8. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES DE LOCALISATION INCERTAINE.....	30
9. AVORTEMENT PAR DILATATION ET ÉVACUATION	34
10. AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX APRÈS LE PREMIER TRIMESTRE.....	40
11. ANALGÉSIE ET SÉDATION	44
12. SOINS POST-INTERVENTION.....	52
13. ÉVALUATION DES PRODUITS DE CONCEPTION.....	56
14. PROCÉDURES D'URGENCE.....	58

Introduction

La mission de la Fédération Nationale de l'Avortement (FNA) est d'unir, représenter, servir et soutenir les fournisseurs de soins en avortement à assurer des soins axés sur les patientes et fondés sur les données probantes, Une partie importante de ce travail consiste à élaborer et assurer l'existence de directives et de normes fondées sur les données probantes ainsi qu'à former les fournisseurs de services quant aux technologies et techniques les plus modernes.(1) Les programmes de la FNA permettent aux femmes d'obtenir des soins de la plus haute qualité en matière d'avortement.

À l'instar des versions précédentes, la version 2020 des Lignes directrices cliniques sur les soins en avortement (LDCA) de la FNA sert de guide aux établissements pour établir leurs directives cliniques. Les LDCA sont élaborées par consensus, sur la base d'un examen rigoureux de la littérature médicale pertinente et des résultats relatifs à la santé des femmes.(2-6) Ces lignes directrices visent à fournir des paramètres permettant de s'assurer que les patientes aient accès à des soins de la plus haute qualité en matière d'avortement.

Les LDCA de la FNA ont été publiées pour la première fois en 1996 et ont fait l'objet de révisions annuelles. Depuis leur création, elles se sont inspirées de la méthodologie décrite par David Eddy, MD, dans *A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach*.(7) Les lignes directrices de pratique clinique sont définies comme des séries d'énoncés élaborés de façon méthodique qui visent à aider praticiens et patientes à prendre des décisions relativement aux soins de santé les plus appropriés. Ils représentent une tentative de communiquer un grand nombre de connaissances médicales dans un format pratique et facilement utilisable. Depuis 2018, les recommandations de l'Institut de médecine (Institute of Medicine)(8) ont été intégrées aux LDCA..

Lorsque les résultats d'une intervention sont connus, les choix qui s'ouvrent aux praticiens sont limités. Mais lorsque les résultats d'une intervention sont incertains ou variables, et/ou lorsque les préférences des patientes quant à ces résultats sont incertaines ou variables, les praticiens doivent avoir la possibilité d'adapter leur pratique à des cas individuels. C'est pour cela qu'il existe trois différents types de directives, à géométrie variable: les normes, les recommandations et les options:

- 1) **Les NORMES** sont destinées à être appliquées dans pratiquement tous les cas. Les écarts seront rares et difficiles à justifier.
- 2) **Les RECOMMANDATIONS** sont directives par nature. Elles n'ont pas la force des normes, mais leur non-respect exige une justification clinique documentée et rationnelle. Elles autorisent une certaine latitude dans la gestion clinique.
- 3) **Les OPTIONS** sont neutres par rapport au choix du traitement. Elles suggèrent simplement que différentes interventions sont disponibles et que différentes

personnes font des choix différents. Elles peuvent contribuer au processus d'apprentissage et ne nécessitent aucune justification.

Les LDCA de la FNA incluent une liste de références pour chaque section et, dans les cas nécessitant une clarification, des éléments de discussion. Ces directives sont censées être des documents vivants, sujets à révision à mesure que de nouvelles données médicales deviennent disponibles.

Les publications de Medline ont été recherchées sur Pubmed. Une recherche automatique et mensuelle utilisant les termes suivants a été créée: "(((avortement provoqué [MeSH Sujet Principal]) OU mifepristone) OU avortement médical" OU "avortement provoqué" OU "aspiration utérine"

La recherche portait sur les essais cliniques, les rapports de cas, les études comparatives, les revues, la méta-analyse, la revue systématique et lignes directrices chez l'homme à partir du 1er janvier 2018. La recherche effectuée le 12 décembre 2019 a donné 374 résultats. En outre, une recherche portant sur les résumés de grandes conférences, des références dans des articles et des recherches connexes ne portant pas sur l'avortement (par exemple, dans les domaines de l'analgésie et de la sédation) a été réalisée.

Ont été incluses les études qui traitaient des sujets du GPC et qui modifiaient, actualisaient ou qui supportaient considérablement une recommandation actuelle. Ont été exclues les études non-pertinentes, à la méthodologie médiocre, aux résultats non concluants, ou qui n'ajoutaient rien de substantiel à une recommandation actuelle.

18 nouvelles études ont été intégrées dans les LDCA de 2020 car elles modifiaient un ou plusieurs énoncés ou renforçaient considérablement la preuve supportant un énoncé. Les changements faits à chaque directive ont été basés sur les études incluses dans les LDCA et ont été rédigés par le directeur médical de la FNA, Alice Mark, MD, MSc. Les études ont été analysées par le Comité des directives cliniques de la FNA et les modifications apportées à chaque directive ont été révisées et approuvées par l'ensemble du comité. Une synthèse de la façon dont une nouvelle étude a pu modifier une directive sera disponible dans un module en ligne.

Les membres du Comité de politique clinique de la FNA en 2019 sont:

Sarah Prager, MD, MAS, Présidente
Sue Carlisle, MD, PhD
Lorie Chaiten, JD
Vicki Cowart
Angel M. Foster, DPhil, MD, AM
Melissa Grant
Daniel Grossman, MD
Suzanne Morris, MD
Lisa Perriera, MD, MPH
Rolanda Ryan, RN, MHSA
Ann Schutt-Ainé, MD

Elizabeth Talmont, MSN, NP
Cristina Villarreal Velásquez
Katie Watson, JD
Beverly Winikoff, MD, MPH

En 2020, le terme «avortement médical» a été remplacé par le terme «avortement médicamenteux» et ce afin de refléter le fait que tous les avortements, que l'avortement de fosse par aspiration, la dilatation et l'évacuation, ou l'avortement médicamenteux sont des actes médicaux, et que le terme «avortement médicamenteux» reflète plus justement la prise de médicaments pour provoquer l'avortement. (9)

Remarque: Les LDCA ne sont pas destinées à informer les membres sur les aspects juridiques et réglementaires pouvant affecter la pratique de l'avortement. Les administrateurs, le personnel et les cliniciens sont censés connaître les lois locales, provinciales, territoriales et nationales pertinentes, ainsi que les exigences et les limites de leurs fonctions et champs d'exercice professionnel. Les membres de la FNA doivent s'assurer que tous les employés avec qui ils travaillent ont accès aux ressources informationnelles et de soutien.

Références:

1. Field M, Lohr KE. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
2. Eddy D. Clinical decision making: from theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA. 1990;263(22):3077, 3081, 3084. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342221>)
3. Hadorn DC, McCormick K, Diokno A. An annotated algorithm approach to clinical guideline development. JAMA. 1992;267(24):3311-4. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1597913>)
4. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med. 1992;152(5):946-52. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1580720>)
5. Walker RD, Howard MO, Lambert MD, Suchinsky R. Medical practice guidelines. West J Med. 1994;161(1):39-44. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7941505>)
6. James B. Implementing practice guidelines through clinical quality improvement. Front Health Serv Manage. 1993;10(1):3-37; discussion 54-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10127902>)
7. Eddy D. A Manual for Assessing Health Practice and Designing Practice Policies: The Explicit Approach. Philadelphia: American College of Physicians; 1992.
8. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011. (<http://nap.edu/13058>)
9. Weitz TA, Foster A, Ellertson C, Grossman D, Stewart FH. "Medical" and "surgical" abortion: rethinking the modifiers. Contraception. 2004;69(1):77-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2003.08.017>)

REMARQUES RELATIVES À LA MISE EN FORME

Telles que présentées dans ce document, les normes, les recommandations et les options sont de nature hiérarchique. Il est donc attendu que les pratiques cliniques s'alignent sur les directives les plus exigeantes relatives à un point spécifique. Dans le but de clarifier les relations entre les recommandations et/ou les options et les normes et/ou les recommandations qui leur sont supérieures, les directives de la FNA ont été numérotées et formatées selon le système suivant:

Dans chaque section, les normes sont numérotées consécutivement en commençant par le numéro de section associé à une décimale. Par exemple, la première norme de la section 1 sera la norme 1.1.

Les recommandations sont également numérotées consécutivement dans chaque rubrique principale, avec des chiffres placés à droite du numéro de section et de la première décimale. Lorsqu'une recommandation suit une norme, elle est en retrait par rapport à la norme et le numéro de cette norme se trouve à gauche de la première décimale (par exemple, la Recommandation 1.1.1). Lorsque la recommandation est isolée et n'est pas liée à une norme spécifique, elle n'est pas incluse dans la section de cette dernière, et il y aura un zéro à la place de la première décimale (par exemple, Recommandation 1.0.1).

Les numéros consécutifs indiquant les options dans chaque rubrique principale sont placés à droite du numéro de section, de la décimale de la norme et de la décimale de la recommandation. Lorsqu'une option suit une norme ou une recommandation précédente, elle est incluse en dessous de cette norme ou recommandation et le numéro identifiant cette option se trouve à droite de la décimale de la recommandation si il y en a une (par exemple, option 1.1. 0.1 ou Option 1.1.1.1). Lorsque l'option est autonome et n'est pas liée à une norme ou à une recommandation spécifique, elle n'est pas incluse dans la section de l'une de ces dernières et des zéros seront placés dans la position de la norme et de la recommandation (par exemple, Option 1.0.0.1).

1. QUI PEUT PRATIQUER DES AVORTEMENTS?

Énoncé de politique: L'avortement est une procédure sécuritaire lorsque dispensée par des cliniciens qualifiés.(1) La grande majorité des avortements, y compris l'avortement par aspiration, la dilatation-évacuation, et l'avortement médicamenteux après le premier trimestre, peuvent être fournis sans danger dans les cabinets médicaux ou les cliniques autonomes..(2) La télémédecine peut être utilisée en toute sécurité, y compris en cas d'avortement médicamenteux et pour recueillir le consentement éclairé (3, 4).

Norme 1.1. L'avortement sera réalisé par des cliniciens autorisés*. Cette catégorie inclut les médecins de diverses spécialités, ainsi que les infirmières sages-femmes, les infirmières praticiennes spécialisées, les infirmières autorisées ainsi que d'autres professionnels de la santé. (5)

Recommandation 1.1.1. La documentation précisant les privilèges attachés au champ d'exercice de chaque clinicien devrait être conservée.

Recommandation 1.1.2. Des privilèges d'admission à l'hôpital ne sont pas nécessaires pour dispenser des soins d'avortement en toute sécurité. (2, 6)

Norme 1.2. Tous les cliniciens qui pratiquent des avortements doivent avoir reçu une formation relativement aux soins en avortement, incluant la prévention, la reconnaissance et la gestion des complications.

Norme 1.3. Tous les membres du personnel qui fournissent des services aux patientes doivent avoir suivi une formation appropriée, par exemple, en échographie, en counseling, en sédation, en interprétation des tests de laboratoire, en prévention des infections et autres services aux patientes.

Norme 1.4. Une liste de cliniciens de référence doit être mise à la disposition des patientes si celles-ci ne peuvent pas être prises en charge par un clinicien de votre établissement. †

Références:

1. Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, et al. Abortion-related mortality in the united states: 1998–2010. *Obstet Gynecol.* 2015;126(2):258-65. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000945>)

* Le terme «autorisé» est utilisé ici pour indiquer qu'une personne est légalement autorisée à exercer sa profession dans le lieu où il exerce sa profession. Les lois varient selon les pays concernés (les États-Unis, le Canada, le Mexique et la Colombie).

† Ce qui peut inclure la ligne téléphonique de référence de la FNA

2. Roberts SCM, Upadhyay UD, Liu G, Kerns JL, Ba D, Beam N, et al. Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions. JAMA. 2018;319(24):2497-506. (<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.7675>)
3. Fok WK, Mark A. Abortion through telemedicine. Curr Opin Obstet Gynecol. 2018;30(6):394-9. (<http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000498>)
4. Grossman D, Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. Obstet Gynecol. 2017;130(4):778-82. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002212>)
5. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a california legal waiver. Am J Public Health. 2013;103(3):454-61. (<http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2012.301159>)
6. Jatlaoui TC, Boutot ME, Mandel MG, Whiteman MK, Ti A, Petersen E, et al. Abortion Surveillance - United States, 2015. MMWR Surveill Summ. 2018;67(13):1-45. (<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6713a1>)

2. ÉDUCATION DES PATIENTES, COUNSELING ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Énoncé de politique: Obtenir le consentement éclairé de la patiente et s'assurer que sa décision d'avorter est prise volontairement, sont des éléments essentiels du processus d'avortement.

Consentement éclairé

Norme 2.1. Le clinicien doit s'assurer que le personnel concerné et la patiente aient une discussion durant laquelle des informations correctes lui sont communiquées relativement à l'avortement et à ses alternatives, ainsi que sur les risques et les bénéfices potentiels. La patiente doit avoir l'opportunité d'obtenir des réponses à ses questions avant que l'intervention ne soit effectuée.

Option 2.1.0.1. L'information peut être communiquée sur une base individuelle ou en groupe.

Norme 2.2. Les notes au dossier doivent démontrer que la patiente atteste avoir compris l'acte d'avortement et ses alternatives, les risques et les bénéfices potentiels, et que sa décision est volontaire. Bien que d'autres risques puissent être évoqués, la patiente doit au minimum être informée des risques suivants (1 - 5):

- (1) Hémorragie
- (2) Infection
- (3) Poursuite de la grossesse
- (4) Décès

Pour les procédures chirurgicales d'avortement (aspiration utérine ou dilatation-évacuation), les risques supplémentaires suivants doivent être inclus dans l'information:

- (5) Perforation
- (6) Les dommages aux organes, y compris l'hystérectomie.

Éducation des patientes et Counseling

Norme 2.3. Chaque patiente doit avoir l'opportunité de discuter confidentiellement de ses questionnements et préoccupations relatifs à l'avortement. (6-10)

Norme 2.4. La procédure d'avortement devra être aussi rapide que les bonnes pratiques médicales le permettent.

Norme 2.5. Les informations concernant le suivi après la procédure et les méthodes de contraception devront être disponibles aux patientes, dans l'établissement qu'elles auront consulté.

Recommandation 2.5.1. Les cliniciens devraient souligner à la patiente l'importance de contacter l'établissement où elle a consulté, en cas de nécessité ou pour toute préoccupation.

Recommandation 2.5.2. Les cliniciens devraient respecter les lignes directrices fondées sur des données probantes concernant le counseling en contraception.(11)

Norme 2.6. Toutes les précautions raisonnables doivent être prises afin de respecter la confidentialité des données personnelles de la patiente.

Recommandation 2.6.1. La patiente devrait être informée de toute communication d'information la concernant à une tierce partie.

Recommandation 2.6.2. La patiente devrait être avisée des personnes ou organismes qui pourraient recevoir des communications concernant les services qui lui ont été rendus. La discussion devrait aussi porter sur les conséquences du recours à une assurance privée ou publique quant à la confidentialité de ses données personnelles.

Discussion: Le consentement éclairé et le counseling relatifs à l'avortement sont deux processus différents. Le but du consentement éclairé est de s'assurer que la décision de la patiente est volontaire et éclairée. L'éducation et le counseling aux patientes incluent une discussion portant sur les sentiments et préoccupations exprimés par la patiente, ce qui peut inclure une aide à la prise de décision, les méthodes de contraception, la clarification des valeurs ou l'orientation vers d'autres professionnels. Une référence vers des services communautaires devrait être disponible en cas de nécessité ou si les besoins de la patiente ne sont pas de la compétence du personnel de la clinique.

Lorsque l'avortement est sécuritaire et légal, le risque global de décès est inférieur à 1 pour 100 000 avortements.(4, 5, 12) Les décès liés à la grossesse sont significativement plus élevés.(13, 14)

Risques de décès liés à la grossesse par pays (14)

Pays	Taux de mortalité maternelle*
Canada	7
États-Unis	17
Mexique	38
Colombie	64

*décès par 100,000 naissances

Références:

1. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, et al. Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):175-83. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000603>)
2. Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion: SFP Guideline 20102. *Contraception.* 2011;83(4):295-309. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.11.006>)
3. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):22-8. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000910>)
4. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):729-37. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60>)
5. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol.* 2012;119(2, Part 1):215-9. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>)
6. Perrucci AC. *Decision Assessment and Counseling in Abortion Care: Philosophy and Practice.* Lanham: Rowman & Littlefield; 2012.
7. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education, and counseling. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. p. 48-62.
8. Needle R, Walker L. *Abortion Counseling: A Clinician's Guide to Psychology, Legislation, Politics, and Competency.* New York: Springer; 2007.
9. Gold RB, Nash E. State abortion counseling policies and the fundamental principles of informed consent. *Guttmacher Policy Review.* 2007;10(4):6-13. (<http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/4/gpr100406.html>)
10. Baker A. *Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference.* Granite City: Hope Clinic for Women; 1995.

11. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. MMWR. 2016;65(3):1-104. (<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>)
12. Jatlaoui TC, Boutot ME, Mandel MG, Whiteman MK, Ti A, Petersen E, et al. Abortion surveillance - United States, 2015. MMWR Surveill Summ. 2018;67(13):1-45. (<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6713a1>)
13. Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. Obstet Gynecol. 2017;130(2):366-73. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002114>)
14. World Health Organization, World Bank Group, UNICEF, United Nations Population Fund. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: 2015. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>)

3. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Énoncé de politique: Les patientes et le personnel de santé sont susceptibles d'être exposés à des pathogènes transmissibles par le sang et à d'autres matières potentiellement infectieuses. La transmission d'infections aux patientes peut survenir lorsque les contrôles des instruments* et des pratiques de travail†, qui réduisent l'exposition, ne sont pas respectés. Il est important de manipuler correctement les produits chimiques et autres matériaux nécessaires à la désinfection afin de réduire les risques pour le personnel. La prévention et le traitement des infections réduisent la morbidité post-avortement.

Norme 3.1. Des contrôles des instruments et des pratiques de travail doivent être mis en place afin de réduire l'exposition des patientes et du personnel aux agents infectieux. Les cliniques doivent protéger les employés et les patientes contre l'exposition à des matières biologiques dangereuses. (1)

Norme 3.2. Les mains doivent être lavées ou désinfectées avant et après chaque contact avec une patiente. (2-4)

Norme 3.3. De l'équipement de protection individuelle doit être fourni à tout le personnel. (1, 5-8)

Recommandation 3.3.1. Le personnel nouvellement engagé et à risque d'exposition potentielle devrait recevoir une formation initiale dans le cadre de son orientation.

Recommandation 3.3.2. Une formation régulière destinée à l'ensemble du personnel devrait avoir lieu au moins tous les trois ans.

Recommandation 3.3.3. Le vaccin contre l'hépatite B devrait être fourni gratuitement au personnel.

Norme 3.4. Des plans visant à réduire l'exposition des travailleurs et des patientes aux infections doivent être établis et suivis. (5, 7, 9)

Recommandation 3.4.1. L'évaluation, la prophylaxie et le suivi post-exposition devraient être disponibles pour les patientes ou le personnel exposés, quels qu'en soient l'agent potentiellement infectieux et la source.

* Le contrôle des instruments : les instruments disponibles et les dispositifs qui isolent ou éliminent les dangers dans le milieu de travail, tels que les contenants d'élimination des objets tranchants.

† Contrôle de pratiques de travail: modification de la façon dont une tâche est exécutée et qui réduit la probabilité qu'un employé soit exposé au sang ou à d'autres matières potentiellement infectieuses.

Norme 3.5. Tous les instruments qui entrent en contact avec les patientes doivent être correctement nettoyés et désinfectés entre chaque patiente.(10)

Norme 3.6. Tous les instruments entrant dans l'utérus doivent être stériles.

Option 3.6.0.1. Le col de l'utérus et le vagin peuvent être nettoyés avec un agent bactéricide, bien que les essais aléatoires n'aient pas démontré l'efficacité de cette pratique.(11)

Norme 3.7. La tubulure et les aspirateurs utérins manuels doivent être soumis à une désinfection ou une stérilisation puissante.(10)

Norme 3.8. Tous les tissus prélevés dans l'établissement doivent être considérés comme présentant un risque biologique et être manipulés, entreposés et éliminés de manière à réduire au minimum le risque d'exposition. Un protocole de manipulation, de stockage et d'élimination des tissus doit être en place.

Norme 3.9. Les contenants pour objets tranchants doivent être facilement accessibles.

Norme 3.10. La prophylaxie antibiotique de routine doit être utilisée pour les procédures chirurgicales d'avortement (aspiration utérine et dilatation et évacuation).(12, 13)

Recommandation 3.10.1. Toutes les patientes subissant un avortement devraient recevoir des antibiotiques préalablement à la procédure.(11, 14, 15)

Recommandation 3.10.2. La prise d'antibioprophylaxie ne devrait pas être poursuivie après le jour de l'intervention.(11, 14, 15)

Option 3.10.2.1. La prise d'antibiotiques peut être débutée au moment de l'insertion des dilatateurs osmotiques.

Option 3.10.2.2. Les antibiotiques ne sont pas nécessaires pour les patientes choisissant un avortement médicamenteux.(16) Il n'existe pas suffisamment de preuves pour justifier une antibioprophylaxie systématique en cas d'avortement médicamenteux.

Recommandation 3.10.3. Des antibiotiques supplémentaires ne sont pas recommandés pour la prophylaxie de l'endocardite chez les patientes souffrant d'un souffle au cœur ou d'autres problèmes cardiaques.(13, 17, 18)

Recommandation 3.10.4. Les patientes devraient se voir proposer des tests de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée.(19) Les tests ne devraient pas retarder la procédure.

Option 3.10.4.1. Un traitement empirique de la chlamydia peut être envisagé chez les patientes présentant des antécédents, des signes ou des symptômes d'infection actuelle.

Norme 3.11. Toute infection diagnostiquée doit être traitée de manière appropriée.

Recommandation 3.11.1. Pour les infections documentées du tractus génital, on doit prescrire des traitements basés sur les données probantes.(19)

Discussion: Les politiques des organismes de réglementation (voir les références) peuvent être utiles afin d'élaborer des plans de protection du personnel et des patientes contre les matières potentiellement infectieuses. Un exemple de plan de contrôle de l'exposition peut être trouvé dans les ressources d'apprentissage en ligne à <https://members.prochoice.org> Des techniques appropriées pour la collecte, l'étiquetage, l'élimination des matières biologiques dangereuses et pour la stérilisation des instruments font partie intégrante de tout plan considéré comme complet.

Le traitement accéléré des partenaires peut être envisagé chez les patientes ayant un diagnostic connu d'infection transmissible sexuellement.(20, 21)

Références:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention checklist for outpatient settings: minimal expectations for safe care. 2015. (http://www.cdc.gov/hai/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care+Checklist_508_11_2015.pdf)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the hicpac/shear/apic/idsa hand hygiene task force. MMWR: 2002. (<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Hand hygiene in healthcare settings [cited 2016]. Available from: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>.
4. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)
5. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Universal precautions and routine practices. 2011. (<http://www.ccohs.ca/oshanswers/prevention/universa.html>)
6. Centers for Disease Control and Prevention. Bloodborne Infectious Diseases: HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C. 2013. (www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/)

7. Occupational Safety and Health Administration. Bloodborne pathogens and needlestick prevention [cited 2015]. Available from: www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html.
8. Ontario Hospital Association. Bloodborne diseases surveillance protocol for Ontario hospitals. 2018. ([https://www.oha.com/Documents/Blood%20Borne%20Diseases%20Protocol%20\(November%202018\).pdf](https://www.oha.com/Documents/Blood%20Borne%20Diseases%20Protocol%20(November%202018).pdf))
9. Occupational Safety and Health Administration. Standard 1910.1030: Bloodborne pathogens. 2001. (www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=10051)
10. Rutala WA, Weber DJ, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. Center for Disease Control & Prevention, 2008. (http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf)
11. Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion: SFP Guideline 20102. Contraception. 2011;83(4):295-309. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.11.006>)
12. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1996;87(5 Pt 2):884-90. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8677129>)
13. Van Eyk N, van Schalkwyk J. Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures. J Obstet Gynaecol Canada. 2012;34(4):382-91. (<http://soqc.org/guidelines/antibiotic-prophylaxis-in-gynaecologic-procedures/>)
14. Levallois P, Rioux JE. Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: results of a clinical controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 1988;158(1):100-5. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3276193>)
15. Darj E, Stralin EB, Nilsson S. The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. Obstet Gynecol. 1987;70(5):755-8. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3658286>)
16. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. N Engl J Med. 2009;361(2):145-51. (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0809146>)
17. Guiahi M, Davis A. First-trimester abortion in women with medical conditions: SFP Guideline 20122. Contraception. 2012;86(6):622-30. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.09.001>)
18. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association. Circulation. 2007;116(15):1736-54. (<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095>)

19. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR. 2015;64(3):1-137.
(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>)
20. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance on the use of expedited partner therapy in the treatment of gonorrhea 2016 [cited 2016]. Available from:
<https://www.cdc.gov/std/ept/gc-guidance.htm>.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. US Department of Health and Human Services. 2006;
(<https://www.cdc.gov/std/treatment/eptfinalreport2006.pdf>)

4. EXAMENS DE LABORATOIRE

Énoncé de politique: L'allo-immunisation Rh peut compromettre la santé de l'enfant issu d'une grossesse subséquente.(1)

Norme 4.1. Les tests de groupe Rhésus (Rh) doivent être proposés à toutes les patientes dont le groupe Rh est inconnu plus de 56 jours à partir de la date des dernières menstruations..

Recommandation 4.1.1. En deçà de 56 jours à partir de la dates des dernières menstruations, les patientes et les prestataires peuvent renoncer aux tests Rh et aux immunoglobulines anti-D pour les patientes Rh négatives. (2-5)

Norme 4.2. Le groupe Rh, ou le refus éclairé des tests Rh, doit être documenté pour toutes les patientes plus de 56 jours à partir de la date des dernières menstruations.

Recommandation 4.2.1. La preuve peut être obtenue par un test sur place, une source extérieure ou par la déclaration de la patiente.

Recommandation 4.2.2. Des tests supplémentaires pour la recherche de sensibilité ou d'autres anticorps ne sont pas nécessaires pour les patientes subissant une interruption de grossesse, y compris le test de Du («D faible»).

Norme 4.3. L'administration d'immunoglobulines Rh doit être proposée aux patientes dont on sait qu'elles sont Rh négatif (-) et qui ont dépassé la période des 56 jours. Si l'immunoglobuline Rh n'est pas administrée dans l'établissement, d'autres mesures doivent être prises pour leur administration et être documentées.

Recommandation 4.3.1. Une patiente qui refuse les immunoglobulines Rh devrait signer un formulaire de refus éclairé.

Norme 4.4. L'anémie et le risque de saignement doivent faire l'objet d'une évaluation.(6)

Recommandation 4.4.1. Les tests d'hémoglobine ou d'hématocrite devraient être facilement accessibles.

Recommandation 4.4.2. Préalablement à une aspiration utérine et à un avortement médicamenteux du premier trimestre, une analyse de l'hémoglobine / hématocrite et tout autre

test de laboratoire devraient être réalisées selon les antécédents médicaux et les symptômes de la patiente. Il n'a pas été démontré que la mesure systématique de l'hémoglobine ou de l'hématocrite réduisent les complications.

Recommandation 4.4.3. Avant l'administration de méthotrexate, une formule sanguine complète (FSC) devrait être envisagée chez les patientes présentant des antécédents de dyscrasie sanguine.

Recommandation 4.4.4. L'hémoglobine ou l'hématocrite devrait être vérifiés préalablement à tout avortement pratiqué après le premier trimestre.

Discussion: De nouvelles preuves épidémiologiques et cliniques indiquent que le risque d'hémorragie materno-fœtale causée par un avortement précoce, est négligeable et que les tests Rh et la prise d'immunoglobulines Rh pourraient ne pas être nécessaires. (2) Il est raisonnable de renoncer aux tests Rh et anti-D immunoglobuline pour les femmes ayant tout type d'avortement avant 56 jours. Le fait de renoncer au test Rh et à l'immunoglobuline anti-D pour ceux qui utilisent un avortement médicamenteux avant 70 jours de LMP peut également être envisagé.

Pour les tests Rh sur place, l'usage de méthodes avec lames/tubes/spots approuvées est acceptable.

Une anémie modérée ou asymptomatique justifie rarement de reporter l'avortement.

Références:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization. *Obstet Gynecol*;2017;130(2):e57-70. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002232>)
2. Mark A, Foster AM, Grossman D, Prager SW, Reeves M, Velásquez CV, et al. 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(5):265-66. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.02.008>)
3. Hollenbach SJ, Cochran M, Harrington A. "Provoked" feto-maternal hemorrhage may represent insensible cell exchange in pregnancies from 6 to 22 weeks gestational age. *Contraception*. 2019;100(2):142-6. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.051>)
4. Wiebe E, Campbell M, Aiken A, Albert A. Can we safely stop testing for rh status and immunizing rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. *Contraception: X*. 2019;100001. (<http://dx.doi.org/doi.org/10.1016.j.conx.100001>)

5. Horvath S, Luning Prak ET, Schreiber CA. A highly sensitive flow cytometry protocol shows fetal red blood cell counts in first-trimester maternal circulation well below the threshold for Rh sensitization. *Contraception*. 2018;98(4):332. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2018.07.011>)
6. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: SFP Guideline 20131. *Contraception*. 2013;87(3):331-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>)

5. ÉCHOGRAPHIE LIMITÉE AUX SOINS EN AVORTEMENT

Énoncé de politique: L'utilisation de l'échographie n'est pas obligatoire pour les avortements du premier trimestre. L'utilisation correcte de l'échographie peut éclairer la prise de décision clinique en matière d'avortement.

Norme 5.1. Les membres du personnel qui réalisent les examens échographiques et les cliniciens qui les interprètent doivent, soit disposer de documents confirmant leurs habilités, soit suivre un programme de formation. La formation doit inclure une période de supervision. La preuve du suivi de cette formation doit être conservée.

Norme 5.2. Un système d'évaluation des compétences des membres du personnel qui effectuent les examens échographiques et des cliniciens qui les interprètent doit être mis en place.

Norme 5.3. Les patientes doivent être informées du but et des limites de l'examen échographique dans le cadre des soins en avortement.

Norme 5.4. Les patientes doivent être informées du diagnostic échographique, y compris, le cas échéant, de l'échec précoce de grossesse.(1, 2)

Norme 5.5. Les résultats de tous les examens échographiques et l'interprétation de ces résultats doivent être conservés dans le dossier médical. Cette documentation doit également inclure le nom du professionnel qui a effectué et interprété l'examen.(3)

Recommandation 5.5.1. Les images échographiques devraient être conservées dans le dossier médical, en particulier aux fins d'évaluation des compétences.

Recommandation 5.5.2. Un formulaire standard pour documenter les résultats de l'échographie et leur interprétation devrait être utilisé.

Norme 5.6. Un examen échographique limité doit inclure les éléments suivants:

(1) un scan complet de l'utérus dans les plans transversal et longitudinal afin de confirmer une grossesse intra-utérine;

(2) une évaluation du nombre d'embryons / fœtus;

(3) des mesures pour documenter l'âge gestationnel (4, 5);

(4) l'évaluation des éléments diagnostics de la grossesse, tels que le sac vitellin ou la présence ou l'absence d'activité cardiaque fœtale / embryonnaire; et

(5) l'emplacement du placenta au deuxième trimestre.

Recommandation 5.6.1. Lorsque cliniquement nécessaire, l'évaluation d'autres structures pelviennes (c'est-à-dire, les structures annexielles et le cul-de-sac) devrait être réalisée et documentée, ou une référence appropriée devrait être faite aux fins d'une évaluation plus approfondie.

Norme 5.7. Lorsqu'une patiente ayant une cicatrice utérine antérieure présente un placenta prævia ou un placenta inférieur bas, ou qu'une autre anomalie placentaire est suspectée, une échographie supplémentaire doit être faite sur place ou une référence appropriée doit être effectuée.(6-8)

Norme 5.8. L'équipement d'échographie doit être correctement entretenu.

Norme 5.9. Toutes les sondes échographiques doivent être désinfectées entre chaque patiente.

Discussion: Vous trouverez des ressources de formation en échographie dans la partie "ressources d'apprentissage en ligne de la FNA" de notre site internet réservé aux membres, à l'adresse <https://members.prochoice.org>.

Selon l'American Institute of Ultrasound in Medicine , en collaboration avec le American College of Obstetrics and Gynecology et le American College of Radiology, un «examen échographique limité» est effectué lorsqu'une question spécifique requérant une investigation est posée.(3, 9, 10)

Références:

1. Goldstein SR, Reeves MF. Assessing pregnancy status and gestational age. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, editors. Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. London: Wiley-Blackwell; 2009.
2. Perriera L, Reeves MF. Ultrasound criteria for diagnosis of early pregnancy failure and ectopic pregnancy. Semin Reprod Med. 2008;26(5):373-82. (<http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1087103>)
3. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM Practice Parameter for the Performance of Obstetric Ultrasound Examinations. Laurel, MD: American Institute of Ultrasound in Medicine, 2013. (<http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>)
4. Rossavik IK, Torjusen GO, Gibbons WE. Conceptual age and ultrasound measurements of gestational sac and crown-rump length in in vitro fertilization pregnancies. Fertil Steril. 1988;49(6):1012-7. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3286286>)

5. Hadlock FP, Shah YP, Kanon DJ, Lindsey JV. Fetal crown-rump length: reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high-resolution real-time US. *Radiology*. 1992;182(2):501-5. (<http://dx.doi.org/10.1148/radiology.182.2.1732970>)
6. Rac MWF, Dashe JS, Wells CE, Moschos E, McIntire DD, Twickler DM. Ultrasound predictors of placental invasion: the placenta accreta index. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(3):343.e1-e7. (<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.10.022>)
7. Bowman ZS, Eller AG, Kennedy AM, Richards DS, Winter Iii TC, Woodward PJ, et al. Accuracy of ultrasound for the prediction of placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(2):177.e1-e7. (<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.029>)
8. Esakoff TF, Sparks TN, Kaimal AJ, Kim LH, Feldstein VA, Goldstein RB, et al. Diagnosis and morbidity of placenta accreta. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37(3):324-7. (<http://dx.doi.org/10.1002/uog.8827>)
9. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM Official Statement: Limited Obstetrical Ultrasound. American Institute of Ultrasound in Medicine, 2009. (<http://www.aium.org/officialStatements/19>)
10. American College of Obstetricians Gynecologists. Practice Bulletin No. 101: Ultrasonography in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009;113(2, Part 1):451-61. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819930b0>)

6. AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX PRÉCOCE

Énoncé de politique: L'utilisation de médicaments est une méthode sûre et efficace pour induire un avortement précoce.(1-2) L'offre d'un counseling et d'un suivi appropriés en augmenteront la sécurité et l'acceptabilité. L'avortement médicamenteux par télémédecine est une option sûre. (3, 4)

Norme 6.1. L'évaluation initiale doit inclure les antécédents médicaux pertinents.

Norme 6.2. La patiente doit être informée de l'efficacité, des effets secondaires et des risques, y compris la possibilité de saignements excessifs, d'infection et de tératogénicité des médicaments utilisés.(5)

Recommandation 6.2.1. Il n'est pas contre-indiqué d'allaiter en cas d'avortement médicamenteux avec la mifépristone et le misoprostol. Les patientes devraient être informées que l'allaitement peut être poursuivi sans interruption, sans avoir à se préoccuper des effets secondaires sur les nourrissons.(6, 7)

Option 6.2.1.1. Le cas échéant, les patientes peuvent être informées qu'il n'existe aucun moyen prouvé de renverser les effets de la mifépristone.(8)

Option 6.2.1.2. La non-prise de misoprostol fondée sur des données probantes, après prise de mifépristone peut entraîner des saignements inhabituels, en particulier après 49 jours. (9)

Norme 6.3. La patiente doit être informée qu'une aspiration utérine peut s'avérer nécessaire.

Norme 6.4. Les instructions données à la patiente doivent inclure des informations écrites et orales portant sur la prise des médicaments à domicile et les symptômes des complications de l'avortement.

Norme 6.5. L'établissement doit fournir un contact pour le service d'urgence rejoignable 24 heures sur 24 et doit offrir un service d'aspiration utérine ou assurer la référence de la patiente vers un établissement offrant ce service.

Norme 6.6. La confirmation de la grossesse doit être documentée. Il convient de s'assurer que l'âge gestationnel soit dans les limites définies par le protocole d'avortement médicamenteux de l'établissement.

Recommandation 6.6.1. Si une échographie a été réalisée et qu'une gestation intra-utérine n'a pas été confirmée, le régime thérapeutique d'avortement médicamenteux doit être offert à la patiente, de même qu'une évaluation appropriée pour une grossesse de localisation incertaine, comme indiqué dans la section 8 des LDCA, « Prise en charge des grossesses de localisation incertaine ».

Norme 6.7. Les DIU doivent être retirés préalablement à tout avortement médicamenteux.

Recommandation 6.7.1. Si un DIU ne peut pas être retiré et que cela implique un retard de l'avortement médicamenteux, la patiente devrait se faire proposer un avortement chirurgical par aspiration utérine.

Norme 6.8. Dans le cadre de l'avortement médical, il faut avoir recours à un régime thérapeutique basé sur les données probantes.

Recommandation 6.8.1. Là où cela est légalement disponible et accessible, la mifépristone et le misoprostol devraient être utilisés.(10-12)

Recommandation 6.8.2. Lorsque la mifépristone n'est pas légalement disponible ou inaccessible, des solutions thérapeutiques à base de misoprostol seul devraient être proposées.(2)

Option 6.8.2.1. La mifépristone peut être prise en dehors du cadre clinique. (13)

Recommandation 6.8.3. Dans les cas d'avortement médicamenteux, l'administration de la mifépristone par voie orale et du misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale est recommandée pour les gestations allant jusqu'à 70 jours.(14-19)

Recommandation 6.8.4. Pour l'avortement médicamenteux de 71 à 77 jours, en dehors du schéma thérapeutique, une deuxième dose de misoprostol, 800 mcg, doit être administrée quatre heures après la première dose de misoprostol. (20)

Recommandation 6.8.5. Pour l'avortement médicamenteux à 64-70 jours, le traitement peut inclure une deuxième dose de misoprostol, 800 mcg, quatre heures après la première dose de misoprostol. (21)

- Recommandation 6.8.6. Lorsque la mifépristone n'est pas légalement disponible ou accessible, le misoprostol seul peut être administré (22-23)
- Recommandation 6.8.7. Lorsque le méthotrexate et le misoprostol sont utilisés, une dose de méthotrexate, basée sur les données probantes, par voie orale ou intramusculaire suivie, trois à cinq jours plus tard, de misoprostol par voie vaginale est recommandée pour les gestations allant jusqu'à 63 jours.(2, 24)
- Norme 6.9. Le niveau de confort de la patiente pendant le processus d'avortement médicamenteux doit être pris en considération. L'analgésie ou d'autres mesures de confort doivent être discutées et offertes au besoin.
- Recommandation 6.9.1. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'ibuprofène devraient être préférés à l'acétaminophène pour contrôler la douleur.(25)
- Norme 6.10. Les patientes doivent avoir un suivi pour confirmer que l'avortement est complet. La confirmation peut être établie par échographie, test de hCG, examen physique ou autre évaluation ayant lieu à l'établissement de soins de santé, par téléphone ou par communication électronique.(26-28)
- Recommandation 6.10.1. Le suivi devrait être programmé dans les 14 jours suivant le début de l'avortement médicamenteux.(12)
- Recommandation 6.10.2. Les tests de hCG urinaires très sensibles ne doivent pas être faits durant les quatre semaines qui suivent l'avortement médicamenteux est complet.(29-32)
- Option 6.10.2.1. Des tests de grossesse urinaires semi-quantitatifs ou à faible sensibilité peuvent être utilisés.(32-36)
- Recommandation 6.10.3. L'épaisseur de l'endomètre ne devrait pas être utilisée pour guider la prise en charge suite à l'avortement médicamenteux.(37, 38)
- Recommandation 6.10.4. L'utilisation systématique de plusieurs doses de misoprostol afin d'améliorer les chances de succès de l'avortement ne devrait pas être proposée.(39, 40)
- Option 6.10.4.1. Des doses supplémentaires de misoprostol (800 mcg par dose) peuvent être administrées lors de la constatation d'une persistance du sac gestationnel ou de la poursuite de la grossesse.(41, 42)

Norme 6.11. Il convient de documenter quels médicaments ont été délivrés et prescrits.

Discussion: Les avortements médicamenteux et leur suivi ont évolué rapidement au cours de la dernière décennie et continueront probablement de s'améliorer.

Le régime thérapeutique recommandé par la FNA pour l'avortement médicamenteux jusqu'à 70 jours de gestation est la mifépristone 200 mg, par voie orale, suivie dans les 24 à 48 heures par la prise de misoprostol 800 mcg, par voie buccale, vaginale ou sublinguale. Le misoprostol vaginal peut être utilisé si l'intervalle de temps entre la mifépristone et le misoprostol est raccourci. Des informations supplémentaires sur les avortements médicamenteux et leur suivi peuvent être trouvés dans les ressources d'apprentissage en ligne de la FNA, sur le site <https://members.prochoice.org>.

L'avortement médicamenteux effectuée plus tard au cours de la grossesse présente des taux d'efficacité plus élevés lorsque des doses répétées de misoprostol sont administrées. De 64 à 70 jours, une deuxième dose de misoprostol 800 mcg quatre heures après la première dose peut être utilisée. De 71 à 77 jours, une deuxième dose de misoprostol 800 mcg quatre heures après la première dose doit être administrée (voir le tableau 1).

Tableau 1: Efficacité des régimes de 200 mg de mifépristone par voie orale et de misoprostol par semaines (16, 20, 21, 43)

	Efficacité générale	Grossesse continuée
57-63 jours		
○ Misoprostol 800 mcg buccale x 1 dose	93.5%	3.1%
64-70 jours		
○ Misoprostol 800 mcg buccale x 1 dose	92.3%	3.6%
○ Misoprostol 800 mcg buccale q 4 hours x 2 doses	99.6%	0.4%
71-77 jours		
○ Misoprostol 800 mcg buccale x 1 dose	86.7%	8.7%
○ Misoprostol 800 mcg buccale q 4 hours x 2 doses	97.6%	1.6%

La mifépristone seule n'est pas aussi efficace qu'un régime combiné et présente un risque plus élevé de grossesse continuée. La mifépristone seule n'est pas un médicament abortif efficace et présente un risque élevé que la grossesse continue. (10) Il n'y a aucune preuve de haute qualité que la progestérone administrée directement après l'ingestion de mifépristone augmente le taux de grossesse continuée, en

comparaison avec l'absence de prise. (8) Il a été récemment nécessaire d'interrompre un essai contrôlé randomisé de progestérone par rapport au placebo après l'arrêt de la mifépristone en raison de saignements nécessitant une intervention, en particulier chez les patientes de plus de 49 jours de gestation. (9) Les lois qui obligent les prestataires d'avortements à discuter avec leurs patientes de méthodes non démontrées pour interrompre le processus d'avortement constituent une violation de l'éthique médicale en ce qu'elles obligent les prestataires à discuter d'un traitement expérimental sans aucun bénéfice avéré.

Rien n'indique que l'exposition à la mifépristone ait un effet tératogène sur une grossesse en cours.(44) L'exposition au misoprostol au début de la grossesse double le risque de malformations fœtales majeures en cas de poursuite de la grossesse; ce risque passe alors d'environ 2% dans les cas de non exposition à 4% en cas d'exposition au misoprostol.(45) L'exposition au méthotrexate à forte dose entraîne des taux élevés de malformations ou d'avortements spontanés.(46)

Les tests de grossesse à haute sensibilité, tels que ceux trouvés en pharmacie, détectent généralement des niveaux d'hCG inférieurs à 25-50 mUI / ml. Ces tests ont un taux élevé de résultats positifs jusqu'à 30 jours après un avortement médical réussi. (30) Les femmes ne devraient pas recourir à un test de grossesse très sensible dans les quatre semaines qui suivent la confirmation que l'avortement médicamenteux est complet. Les tests de grossesse multiniveaux et à faible sensibilité, qui détectent des niveaux d'hCG de 1000-2000 mUI / mL peuvent être plus précis pour le suivi de l'avortement médicamenteux. (32-36)

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont supérieurs à l'acétaminophène pour la douleur liée à l'avortement médicamenteux. (28) Des narcotiques légers et des mesures complémentaires telles que des coussins chauffants peuvent aussi être utiles.

Références:

1. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;[epub (11):CD002855. (<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub4>)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstet Gynecol*. 2014;123(3):676-92. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000444454.67279.7d>)
3. Fok WK, Mark A. Abortion through telemedicine. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):394-9. (<http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000498>)
4. Grossman D, Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstet Gynecol*. 2017;130(4):778-82. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002212>)
5. Gonzalez CH, Vargas FR, Perez AB, Kim CA, Brunoni D, Marques-Dias MJ, et al. Limb deficiency with or without Mobius sequence in seven Brazilian children associated with

- misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American J Med Genetics*. 1993;47(1):59-64. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8368254>)
6. Sääv I, Fiala C, Hämäläinen JM, Heikinheimo O, Gemzell-Danielsson K. Medical abortion in lactating women--low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(5):618-22. (<http://dx.doi.org/10.3109/00016341003721037>)
 7. Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, Schweer H, Watzler B, Zimmermann R, et al. Misoprostol versus methylethergometrine: pharmacokinetics in human milk. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(6):2168-73. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.008>)
 8. Grossman D, White K, Harris L, Reeves M, Blumenthal PD, Winikoff B, et al. Continuing pregnancy after mifepristone and "reversal" of first-trimester medical abortion: a systematic review. *Contraception*. 2015;92(3):206-11. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.001>)
 9. Creinin MD, Hou MY, Dalton L, Steward R, Chen MJ. Mifepristone antagonization with progesterone to prevent medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2019;[epub 2019/12/07]. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003620>)
 10. Ngoc NTN, Blum J, Raghavan S, Nga NTB, Dabash R, Diop A, et al. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*. 2011;83(5):410-7. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.09.002>)
 11. Blum J, Raghavan S, Dabash R, Ngoc NT, Chelli H, Hajri S, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118(2):166-71. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.039>)
 12. Department of Reproductive Health and Research. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/index.html)
 13. Conkling K, Karki C, Tuladhar H, Bracken H, Winikoff B. A prospective open-label study of home use of mifepristone for medical abortion in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(3):220-3. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.09.022>)
 14. Gouk EV, Lincoln K, Khair A, Haslock J, Knight J, Cruickshank DJ. Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation. *BJOG*. 1999;106(6):535-9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10426609>)
 15. Boersma AA, Meyboom-de Jong B, Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curacao. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(2):61-6. (<http://dx.doi.org/doi:10.3109/13625187.2011.555568>)
 16. Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, Goldberg AB, Lichtenberg ES, Ball C, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol*. 2012;120(5):1070-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23090524>)

17. Bracken H, Dabash R, Tsertsvadze G, Posohova S, Shah M, Hajri S, et al. A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: a prospective comparative open-label trial. *Contraception*. 2014;89(3):181-6. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.018>)
18. Sanhueza Smith P, Pena M, Dzuba IG, Martinez ML, Peraza AG, Bousiequez M, et al. Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reprod Health Matters*. 2015;22(44 Suppl 1):75-82. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(15\)43825-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(15)43825-X))
19. Abbas D, Chong E, Raymond EG. Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception*. 2015;92(3):197-9. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.018>)
20. Dzuba IG, Chong E, Hannum C, Kurbanova D, Lichtenberg ES, Lugo-Hernández EM, et al. Outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 77 days of gestation. Oral presentation at the North American Forum on Family Planning, Denver, CO. 2016.
21. Castillo P, Sanhueza Smith P, Lugo-Hernández EM, Castaneda Vivar JJ, Bousiequez M, Dzuba IG. Does a repeat dose of 800 mcg misoprostol following mifepristone improve outcomes in the later first trimester? A retrospective chart review in Mexico City. Poster presented at National Abortion Federation Annual Meeting, Montreal, Canada. 2017.
22. Sheldon WR, Durocher J, Dzuba IG, Sayette H, Martin R, Velasco MC, et al. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. *Contraception*. 2019;99(5):272-7. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.02.002>)
23. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):137-47. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003017>)
24. Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, et al. Clinical practice guideline: medical abortion. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2016;38(4):366-89. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.01.002>)
25. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril*. 2009;91(5):1877-80. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.01.084>)
26. Bracken H, Clark W, Lichtenberg ES, Schweikert SM, Tanenhaus J, Barajas A, et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone–misoprostol. *BJOG*. 2011;118(1):17-23. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02753.x>)
27. Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception*. 2012;86(1):67-73. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.11.010>)

28. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):264-72. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181c996f3>)
29. Godfrey EM, Anderson A, Fielding SL, Meyn L, Creinin MD. Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. *Contraception.* 2007;75(5):378-82. (<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=17434020&D=medl>)
30. 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. (<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782409003874>)
31. Parashar P, Iversen OE, Midboe G, Myking O, Bjorge L. Medical abortion in the first trimester: the use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007;12(4):366-71. (<http://dx.doi.org/10.1080/13625180701536300>)
32. Blum J, Sheldon WR, Ngoc NTN, Winikoff B, Nga NTB, Martin R, et al. Randomized trial assessing home use of two pregnancy tests for determining early medical abortion outcomes at 3, 7 and 14 days after mifepristone. *Contraception.* 2016;94(2):115-21. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.001>)
33. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9969):698-704. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61054-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61054-0))
34. Lynd K, Blum J, Ngoc NT, Shochet T, Blumenthal PD, Winikoff B. Simplified medical abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121(2):144-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.022>)
35. Blum J, Shochet T, Lynd K, Lichtenberg ES, Fischer D, Arnesen M, et al. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study. *Contraception.* 2012;86(6):757-62. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.005>)
36. Cameron ST, Glasier A, Johnstone A, Dewart H, Campbell A. Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception.* 2015;91(1):6-11. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.09.009>)
37. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstet Gynecol.* 2009;34(1):104-9. (<http://dx.doi.org/10.1002/uog.6404>)
38. Reeves MF, Lohr PA, Harwood BJ, Creinin MD. Ultrasonographic endometrial thickness after medical and surgical management of early pregnancy failure. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):106-12. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000296655.26362.6d>)
39. Honkanen H, Ranta S, Ylikorkala O, Heikinheimo O. The kinetics of serum hCG and progesterone in response to oral and vaginal administration of misoprostol during medical

- termination of early pregnancy. *Hum Reprod.* 2002;17(9):2315-9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202418>)
40. von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG.* 2003;110(9):808-18.
41. Reeves MF, Kudva A, Creinin MD. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception.* 2008;78(4):332-5. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.06.002>)
42. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Engl J Med.* 2018;378(23):2161-70. (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1715726>)
43. Hsia JK, Lohr PA, Taylor J, Creinin MD. Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64 and 70 days' gestation. *Contraception.* 2019;100(3):178-81. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.006>)
44. Bernard N, Elefant E, Carlier P, Tebacher M, Barjhoux CE, Bos-Thompson MA, et al. Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: an observational prospective study. *BJOG.* 2013;120(5):568-74. (<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12147>)
45. Vauzelle C, Beghin D, Cournot MP, Elefant E. Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: prospective follow-up study. *Reprod Toxicol.* 2013;36:98-103. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.reprotox.2012.11.009>)
46. Yedlinsky NT, Morgan FC, Whitecar PW. Anomalies associated with failed methotrexate and misoprostol termination. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 Pt 2):1203-5. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000154002.26761.41>)

7. L'AVORTEMENT PAR ASPIRATION AU PREMIER TRIMESTRE

Énoncé de politique : L'avortement provoqué est l'une des procédures les plus sécuritaires en médecine. Les directives suivantes visent à décrire les étapes qui rendent cette procédure la plus sécuritaire possible.

Norme 7.1. Les antécédents médicaux pertinents doivent être obtenus.

Norme 7.2. La grossesse doit être confirmée et l'âge gestationnel doit être évalué.

Recommandation 7.2.1. Lorsque l'âge gestationnel ne peut pas être raisonnablement déterminé par d'autres moyens, l'échographie devrait être utilisée.

Norme 7.3. Une évaluation initiale appropriée doit être réalisée. La pression artérielle de base et le pouls doivent être mesurés chez toutes les patientes.

Recommandation 7.3.1. L'examen physique devrait être réalisé conformément aux antécédents médicaux et aux symptômes de la patiente.

Norme 7.4. Le col de l'utérus doit être correctement dilaté pour l'âge gestationnel.

Recommandation 7.4.1. La dilatation cervicale peut être effectuée grâce à l'utilisation de dilateurs cervicaux rigides. Les dilateurs coniques tels que les dilateurs Pratt ou Denniston sont préférés aux dilateurs non coniques comme les dilateurs Hegar.(1)

Recommandation 7.4.2. Lorsque le misoprostol est utilisé pour la préparation cervicale, un régime fondé sur des preuves doit être suivi. (2-5)

Option 7.4.2.1. L'utilisation systématique du misoprostol avant les interventions peut réduire certaines complications rares, mais devrait être mise en perspective avec l'augmentation potentielle de la douleur et autres effets secondaires perçus par les patientes.(5)

Option 7.4.2.2. Les dilateurs osmotiques peuvent être envisagés lorsque l'on redoute une dilatation difficile du col de l'utérus.(6)

Norme 7.5. Les procédures d'avortement au premier trimestre devraient se faire par aspiration de l'utérus et non par curetage.(7-9)

- Recommandation 7.5.1. L'aspiration utérine est efficace tout au long du premier trimestre, y compris avant la confirmation d'une grossesse intra-utérine à l'échographie.(10)
- Recommandation 7.5.2. Le curetage ne devrait pas être systématiquement effectué après une aspiration utérine.
- Recommandation 7.5.3. Les utérotoniques ne devraient pas être utilisés systématiquement après une aspiration utérine au premier trimestre de la grossesse.(11)

Discussion: Aucune preuve ne soutient le recours systématique au curetage ou à un utérotonique après une aspiration utérine au premier trimestre de la grossesse.

La préparation cervicale a une efficacité limitée et n'est pas nécessaire en préalable à un avortement de routine au premier trimestre. Son utilisation doit être mise en balance avec le temps prolongé passé dans l'établissement, les effets secondaires et la satisfaction de la patiente. Si le misoprostol est utilisé pour la préparation cervicale, un régime fondé sur des preuves est le misoprostol 400 mcg par voie buccale, vaginale ou sublinguale, une à trois heures avant la procédure d'avortement. (4, 5)

Références:

1. Hulka JF, Lefler HT, Jr., Anglone A, Lachenbruch PA. A new electronic force monitor to measure factors influencing cervical dilation for vacuum curettage. *Am J Obstet Gynecol.* 1974;120(2):166-73. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4411687>)
2. Singh K, Fong YF, Prasad RN, Dong F. Evacuation interval after vaginal misoprostol for preabortion cervical priming: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 1999;94(3):431-4.
3. Sharma S, Refaey H, Stafford M, Purkayastha S, Parry M, Axby H. Oral versus vaginal misoprostol administered one hour before surgical termination of pregnancy: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2005;112(4):456-60. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00255.x>)
4. Sääv I, Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: a double-blinded RCT. *Human Reproduction.* 2015;30(6):1314-22. (<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dev071>)
5. Meirik O, Huong NTM, Piaggio G, Bergel E, von Hertzen H. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *The Lancet.* 2012;379(9828):1817-24. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61937-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61937-5))
6. Allen RH, Goldberg AB. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks' gestation): SFP Guideline 20071. *Contraception.* 2007;76(2):139-56. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.05.001>)

7. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Consensus statement on uterine evacuation: Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. London: FIGO, 2011.
(<https://www.figo.org/sites/default/files/FIGO%20DC%20Statement.pdf>)
8. Department of Reproductive Health and Research. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012.
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/index.html)
9. Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD. Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
10. Lichtenberg ES, Paul M. Surgical abortion prior to 7 weeks of gestation: SFP Guideline 20132. Contraception. 2013;88(1):7-17.
(<http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.contraception.2013.02.008>)
11. Kerns JL, Pearlson GA, Mengesha BM, Harter K, Jackson RA, Drey EA. The UP trial: a randomized controlled trial of uterotonic prophylaxis with methylergonovine maleate for late dilation and evacuation abortions. Contraception. 2017;96(4):270.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.036>)

8. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES DE LOCALISATION INCERTAINE

Énoncé de politique: De nombreuses patientes consultent très tôt durant la grossesse, avant qu'une grossesse intra-utérine puisse être visualisée à l'échographie. Quand le test de grossesse d'une patiente est positif et que la localisation de la grossesse est incertaine, une grossesse intra-utérine reste le diagnostic le plus courant, mais la possibilité d'une grossesse extra-utérine doit être envisagée. La procédure d'avortement devrait être offerte à ces patientes, et un suivi doit être garanti pour s'assurer que la grossesse est terminée. Si l'avortement est retardé, permettant ainsi la visualisation de la grossesse à l'échographie, la patiente doit être évaluée par un clinicien, des précautions liées au risque de grossesse ectopique doivent être données et la planification d'un suivi doit être établie.

Norme 8.1. Un clinicien évaluera la patiente en cas de grossesse de localisation incertaine afin de déterminer le risque de grossesse extra-utérine.(1-3)

Recommandation 8.1.1. L'évaluation doit comprendre une évaluation des antécédents personnels ainsi qu'un ou plusieurs des actes suivants: examen physique, échographie, tests de hCG quantitatifs sériés et / ou aspiration utérine.(4)

Recommandation 8.1.2. L'avortement devrait être offert même si la localisation de la grossesse est incertaine.(5-7)

Norme 8.2. Chaque établissement doit avoir un protocole écrit pour évaluer les grossesses de localisation incertaine. Tout le personnel concerné dans cet établissement doit être familier avec ce protocole.

Recommandation 8.2.1. Ce protocole peut inclure la possibilité de références à d'autres praticiens, le cas échéant.

Norme 8.3. Toutes les patientes dont la localisation de la grossesse est incertaine doivent être informées des options qui s'offrent à elles pour l'évaluation et la prise en charge. Les symptômes et les dangers associés à une grossesse extra-utérine, ainsi qu'un plan en cas d'urgence, à savoir quand et comment consulter un médecin d'urgence, doivent être revus avec la patiente et documentés.

Recommandation 8.3.1. Chaque établissement devrait avoir un feuillet d'information pour les patientes décrivant les signes de danger d'une grossesse ectopique et le dossier médical devrait indiquer que la patiente a reçu ce document.

Norme 8.4. Lorsqu'un avortement médicamenteux ou par aspiration est déclenché pour une patiente qui présente une grossesse de localisation incertaine, il faut vérifier et documenter que la grossesse est terminée. Ceci peut être démontré par l'examen des produits de conception aspirés ou par le suivi des taux d'hCG sériés selon des algorithmes basés sur des données probantes.

Norme 8.5. Lorsqu'une grossesse intra-utérine ne peut pas être identifiée avec certitude à l'échographie, un clinicien doit revoir les antécédents personnels de la patiente, les images échographiques et vérifier la présence de signes et symptômes de grossesse extra-utérine. Un clinicien doit discuter des risques et des signes de danger liés à une grossesse extra-utérine avec la patiente.

Option 8.5.1.1. Lorsque l'avortement est reporté, les taux d'hCG peuvent être utilisés pour déterminer si une patiente présente un risque élevé de grossesse extra-utérine et si elle nécessite une évaluation immédiate.

Norme 8.6. Le suivi de la patiente doit se poursuivre jusqu'à l'apparition de l'un des événements suivants:

(1) le diagnostic de grossesse extra-utérine a été écarté;

(2) on s'est assuré que la grossesse de localisation incertaine était terminée; ou

(3) la patiente a été transférée à un clinicien approprié et on a documenté cette référence.

Norme 8.7. Les patientes présentant des symptômes suspects de grossesse extra-utérine doivent être évaluées en urgence.

Discussion: Une combinaison d'évaluation clinique, échographie pelvienne, tests de hCG sérique quantitatifs sériés, et / ou examen des produits de conception aspirés est souvent nécessaire pour distinguer une grossesse intra-utérine d'une grossesse extra-utérine.(1) Bien qu'un sac gestationnel puisse habituellement être visualisé à quatre à cinq semaines avec une échographie transvaginale, il peut être confondu avec un pseudo-sac associé à une grossesse extra-utérine.(8, 9) Bien qu'une visualisation du sac vitellin ou de l'embryon soit nécessaire pour confirmer définitivement une grossesse intra-utérine à l'échographie,(10) la non visualisation de ces structures ne devrait pas retarder les soins d'avortement.

Bien qu'il s'agisse d'une cause importante de morbidité et de mortalité liées à la grossesse, l'implantation ectopique n'a été reportée que chez moins de 1% des patientes se présentant pour un avortement provoqué.(5, 11)

Après un avortement par aspiration, si les produits de conception (POC) n'ont pas pu être identifiés, une évaluation supplémentaire consiste en l'utilisation de tests de hCG quantitatifs sériés. Un test de hCG de base peut être obtenu et un deuxième test de hCG peut être effectué 24-48 heures plus tard. S'il y a une diminution de 50% ou plus du niveau d'hCG, aucun autre suivi de la grossesse ectopique n'est nécessaire.(12-14) Dans le cas contraire, une évaluation plus approfondie devrait être entreprise pour dépister une grossesse ectopique.

De même, après un avortement médicamenteux, le test d'hCG peut être utilisée pour exclure une grossesse extra-utérine tout en évaluant simultanément le succès de l'avortement médicamenteux.(15, 16)

Pour plus d'informations et de protocoles a propos de la gestion de la grossesse dans un lieu incertain, veuillez visiter le site Web réservé aux membres de la FNA: <https://members.prochoice.org>, section des ressources de l'apprentissage en ligne.

Références:

1. Kulp JL, Barnhart KT. Ectopic pregnancy. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, editors. Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. London: Wiley-Blackwell; 2009.
2. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. Arch Gynecol Obstet. 2009;279(4):443-53. (<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-008-0731-3>)
3. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. Fertil Steril. 2006;86(1):36-43. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.12.023>)
4. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. Obstet Gynecol. 2001;97(3):464-70. ([https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01159-5](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01159-5))
5. Edwards J, Carson SA. New technologies permit safe abortion at less than six weeks' gestation and provide timely detection of ectopic gestation. Am J Obstet Gynecol. 1997;176(5):1101-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9166176>)
6. Goldstone P, Michelson J, Williamson E. Effectiveness of early medical abortion using low-dose mifepristone and buccal misoprostol in women with no defined intrauterine gestational sac. Contraception. 2013;87(6):855-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.013>)
7. Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. Contraception. 2009;80(3):282-6. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.03.010>)
8. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2009;361(4):379-87. (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp0810384>)

9. Perriera L, Reeves MF. Ultrasound criteria for diagnosis of early pregnancy failure and ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med.* 2008;26(5):373-82. (<http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1087103>)
10. Goldstein SR, Reeves MF. Assessing pregnancy status and gestational age. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, editors. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care.* London: Wiley-Blackwell; 2009.
11. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol.* 1990;76(1):129-35. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2359559>)
12. Midgley AR, Jr., Jaffe RB. Regulation of human gonadotropins. II. Disappearance of human chorionic gonadotropin following delivery. *J Clin Endocrinol Metab.* 1968;28(12):1712-8. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5749054>)
13. Steier JA, Bergsjø P, Myking OL. Human chorionic gonadotropin in maternal plasma after induced abortion, spontaneous abortion, and removed ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1984;64(3):391-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6462569>)
14. Rizkallah T, Gurpide E, Vande Wiele RL. Metabolism of hCG in man. *J Clin Endocrinol Metab.* 1969;29(1):92-100. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5762326>)
15. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology.* 2003;109(2):190-5. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115\(03\)00012-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115(03)00012-5))
16. Honkanen H, Ranta S, Ylikorkala O, Heikinheimo O. The kinetics of serum hCG and progesterone in response to oral and vaginal administration of misoprostol during medical termination of early pregnancy. *Hum Reprod.* 2002;17(9):2315-9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202418>)

9. AVORTEMENT PAR DILATATION ET ÉVACUATION

Énoncé de politique: L'avortement par dilatation et évacuation (D & E) après 14 semaines d'aménorrhée est une intervention ambulatoire sécuritaire, lorsque pratiquée par des cliniciens dûment formés au sein de cabinets médicaux, de cliniques autonomes, de centres de chirurgie ambulatoire et d'hôpitaux.(1-6)

Norme 9.1. Des antécédents médicaux pertinents doivent être colligés et un examen physique approprié doit être effectué.

Recommandation 9.1.1. L'obésité sans comorbidité ne devrait pas justifier une restriction ou un retard dans l'accès au D & E.(7-9)

Norme 9.2. Avant toute interruption de grossesse cliniquement estimée à plus de 14 semaines depuis la date des dernières menstruations (DDM), l'âge gestationnel doit être vérifié par échographie, en utilisant un tableau publié validé des mesures fœtales.

Norme 9.3. La patiente doit être correctement évaluée et préparée pour la procédure.

Recommandation 9.3.1. Un accès veineux doit être installé avant l'évacuation.

Recommandation 9.3.2. Lorsque le décès fœtal est induit, il devrait être administré selon un protocole standardisé.(10-16)

Recommandation 9.3.3. Chez une patiente présentant une cicatrice utérine antérieure, et après qu'une évaluation appropriée ait exclu le spectre du placenta accreta, la patiente peut subir une intervention en ambulatoire. (17)

Norme 9.4. Lorsque des agents de préparation cervicale sont utilisés pendant la nuit ou à l'extérieur de l'établissement, un plan en cas d'urgence doit être en place et communiqué à la patiente.

Norme 9.5. La dilatation appropriée du col doit être effectuée de manière douce et graduelle.(18, 19)

Recommandation 9.5.1. Les dilateurs osmotiques, le misoprostol, la mifépristone et/ou autres agents de préparation cervicale devraient être utilisés pour faciliter la dilatation.(20-23)

Recommandation 9.5.2. L'anesthésie locale doit être utilisée pour la gestion de la douleur avec le placement d'un dilateur osmotique. (24, 25)

Recommandation 9.5.3. Un régime thérapeutique basé sur les données probantes devrait être utilisé pour l'utilisation du misoprostol, quant à sa posologie, son horaire et sa voie d'administration.(23, 26-30)

Option 9.5.3.1. Les dilateurs osmotiques Dilapan et/ou le misoprostol peuvent être utilisés durant une même journée pour la dilatation cervicale.(26, 28, 29, 31)

Norme 9.6. Tous les instruments introduits dans la cavité utérine doivent être stériles.

Norme 9.7. Des pratiques fondées sur les données probantes doivent être utilisées afin réduire le risque de complications.

Recommandation 9.7.1. L'échographie durant l'intervention devrait être utilisée afin de faciliter la visualisation des instruments, la localisation des parties fœtales, la vérification que l'utérus est vide, la réduction du risque de perforation utérine et afin de raccourcir la procédure.(32-34)

Recommandation 9.7.2. Si possible, l'anesthésie par inhalation devrait être évitée en raison de son association à un risque accru d'hémorragie.(35, 36)

Norme 9.8. Les utérotoniques doivent être disponibles pour aider à contrôler les saignements utérins.(38)

Recommandation 9.8.1. L'injection intracervicale ou paracervicale d'un agent vasoconstricteur prophylactique peut être utilisée pour réduire les pertes sanguines.(37)

Discussion: La préparation du col utérin avant la dilatation et l'évacuation peut être réalisée par l'intermédiaire de plusieurs agents, utilisés seuls ou en combinaison. Le misoprostol est couramment utilisé. Une dose de 400mcg est soutenue par la plupart des études.(38)

Lorsque le décès fœtal est induit, il devrait être administré selon un protocole standardisé. Un modèle de protocole pour l'injection de digoxine est disponible sur <https://members.prochoice.org>. La digoxine intraamniotique ou intrafœtale peut être utilisée. (39, 40) Le chlorure de potassium intracardiaque ou la lidocaïne peuvent également être utilisés. (44)

Références:

1. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstet Gynecol.* 2013;121(6):1394-406. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc>)

2. Bryant AG, Grimes DA, Garrett JM, Stuart GS. Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstet Gynecol.* 2011;117(4):788-92. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820c3d26>)
3. Grimes DA, Schulz KF, Cates W, Jr., Tyler CW, Jr. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. *N Engl J Med.* 1977;296(20):1141-5. (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197705192962004>)
4. Grimes DA, Cates W, Jr., Tyler CW, Jr. Comparative risk of death from legally induced abortion in hospitals and nonhospital facilities. *Obstet Gynecol.* 1978;51(3):323-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/628534>)
5. Cates W, Jr., Schulz KF, Grimes DA, Horowitz AJ, Lyon FA, Kravitz FH, et al. Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions. The role of physician skill and hospital setting. *JAMA.* 1982;248(5):559-63. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6285012>)
6. Grimes DA, Schulz KF. Morbidity and mortality from second-trimester abortions. *J Reprod Med.* 1985;30(7):505-14. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3897528>)
7. Lederle L, Steinauer JE, Montgomery A, Aksel S, Drey EA, Kerns JL. Obesity as a risk factor for complications after second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Obstet Gynecol.* 2015;126(3):585-92. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000001006>)
8. Benson LS, Micks EA, Ingalls C, Prager SW. Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):1065-70. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001692>)
9. Mark KS, Bragg B, Talaie T, Chawla K, Murphy L, Terplan M. Risk of complication during surgical abortion in obese women. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(2):238.e1-238.35. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.018>)
10. Diedrich J, Drey E, for the Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion: SFP Guideline 20101. *Contraception.* 2010;81(6):462-73. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.018>)
11. Senat MV, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy. *BJOG.* 2003;110(3):296-300. (<http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.02217.x>)
12. Jackson RA, Teplin VL, Drey EA, Thomas LJ, Darney PD. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2001;97(3):471-6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239659>)
13. Drey EA, Thomas LJ, Benowitz NL, Goldschlager N, Darney PD. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1063-6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10819828>)
14. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception.* 2010;81(1):67-74. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.08.014>)

15. Molaei M, Jones HE, Weiselberg T, McManama M, Bassell J, Westhoff CL. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion. *Contraception*. 2008;77(3):223-5. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.10.011>)
16. Pasquini L, Pontello V, Kumar S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG*. 2008;115(4):528-31. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x>)
17. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: SFP Guideline 20131. *Contraception*. 2013;87(3):331-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>)
18. Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation: SFP Guideline 20073. *Contraception*. 2008;77(4):308-14. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.01.004>)
19. Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(2):393-7. (<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.123887>)
20. Borgatta L, Roncari D, Sonalkar S, Mark A, Hou MY, Finneseth M, et al. Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: a randomized trial. *Contraception*. 2012;86(5):567-71. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.002>)
21. Carbonell JL, Gallego FG, Llorente MP, Bermudez SB, Sala ES, Gonzalez LV, et al. Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2007;75(3):230-7. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2006.11.007>)
22. Shaw KA, Shaw JG, Hugin M, Velasquez G, Hopkins FW, Blumenthal PD. Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: a randomized trial. *Contraception*. 2015;91(4):313-9. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.014>)
23. Goldberg AB, Fortin JA, Drey EA, Dean G, Lichtenberg ES, Bednarek PH, et al. Cervical preparation before dilation and evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):599-609. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000977>)
24. Soon R, Tschann M, Salcedo J, Stevens K, Ahn HJ, Kaneshiro B. Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2017;130(2):387-92. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002149>)
25. Schivone GB, Lerma K, Montgomery C, Wright P, Conti JA, Blumenthal PD, et al. Self-administered lidocaine gel for local anesthesia prior to osmotic dilator placement: a randomized trial. *Contraception*. 2019;99(3):148-51. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.013>)
26. Grossman D, Constant D, Lince-Deroche N, Harries J, Kluge J. A randomized trial of misoprostol versus laminaria before dilation and evacuation in South Africa. *Contraception*. 2014;90(3):234-41. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.003>)

27. Edelman AB, Buckmaster JG, Goetsch MF, Nichols MD, Jensen JT. Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstet Gynecol.* 2006;194(2):425-30. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.016>)
28. Lyus R, Lohr PA, Taylor J, Morroni C. Outcomes with same-day cervical preparation with dilapan-s osmotic dilators and vaginal misoprostol before dilatation and evacuation at 18 to 21+6 weeks' gestation. *Contraception.* 2013;87(1):71-5. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.07.006>)
29. Goldberg AB, Drey EA, Whitaker AK, Kang MS, Meckstroth KR, Darney PD. Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005;106(2):234-41. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16055570>)
30. Sääv I, Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: a double-blinded RCT. *Human Reproduction.* 2015;30(6):1314-22. (<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dev071>)
31. Maurer KA, Jacobson JC, Turok DK. Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: a case series. *Contraception.* 2013;88(1):116-21. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.12.010>)
32. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *J Ultrasound Med.* 1989;8(2):71-5. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2651693>)
33. Darney PD, Atkinson E, Hirabayashi K. Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: a review of 15 cases. *Obstet Gynecol.* 1990;75(3 Pt 1):441-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2304715>)
34. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. Geneva: 2012. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/index.html)
35. MacKay HT, Schulz KF, Grimes DA. Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol.* 1985;66(5):661-5. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4058825>)
36. Kumarasinghe N, Harpin R, Stewart AW. Blood loss during suction termination of pregnancy with two different anaesthetic techniques. *Anaesth Intensive Care.* 1997;25(1):48-50. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9075514>)
37. Schulz KF, Grimes DA, Christensen DD. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Lancet.* 1985;2(8451):353-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2862514>)
38. Fox MC, Krajewski CM. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation: SFP Guideline #2013-4. *Contraception.* 2014;89(2):75-84. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.001>)

39. Dean G, Colarossi L, Lunde B, Jacobs AR, Porsch LM, Paul ME. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*. 2012;85(2):144-9. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.016>)
40. White KO, Nucatola DL, Westhoff C. Intra-fetal compared with intra-amniotic digoxin before dilation and evacuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1071-6. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001671>)
41. López-Cepero R, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Bol Asoc Med P R*. 2013;105(1):14-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23767379>)
42. Garipey AM, Chen BA, Hohmann HL, Achilles SL, Russo JA, Creinin MD. Transvaginal administration of intraamniotic digoxin prior to dilation and evacuation. *Contraception*. 2013;87(1):76-80. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.07.019>)
43. Tocce K, Sheeder JL, Edwards LJ, Teal SB. Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception*. 2013;88(6):706-11. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.08.005>)
44. Tocce K, Leach KK, Sheeder JL, Nielson K, Teal SB. Umbilical cord transection to induce fetal demise prior to second-trimester D&E abortion. *Contraception*. 2013;88(6):712-6. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.08.001>)

10. AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX APRÈS LE PREMIER TRIMESTRE

Énoncé de politique: L'avortement médicamenteux est une méthode sûre et efficace pour l'interruption de grossesses au-delà du premier trimestre, lorsqu'elle est effectuée par des cliniciens formés, dans des cabinets médicaux, des cliniques autonomes, des centres de chirurgie ambulatoire et des hôpitaux. Le décès foetal induit peut être nécessaire aux âges gestationnels plus tardifs

Norme 10.1. Il convient d'obtenir les antécédents médicaux pertinents et d'effectuer un examen physique approprié.

Norme 10.2. Avant de procéder à l'avortement d'une grossesse cliniquement estimée à plus de 14 semaines depuis la DDM, l'âge gestationnel doit être vérifié par échographie, en utilisant un tableau valide et publié des mesures foetales.

Norme 10.3. La patiente doit être évaluée et préparée de manière appropriée.

Recommandation 10.3.1. Un accès veineux devrait être installé.

Norme 10.4. Les établissements doivent avoir une politique qui détermine si et quand un foeticide est indiqué..

Recommandation 10.4.1. Lorsque le décès foetal induit est utilisé, il doit être administré selon un protocole standardisé.(1-6)

Norme 10.5. Des protocoles d'avortement médicamenteux basés sur les données probantes doivent être utilisés.

Recommandation 10.5.1. Quand disponible et faisable, de la mifepristone 200 mg suivie de misoprostol devrait être utilisée.(7-10)

Option 10.5.1.1. Le misoprostol peut également être utilisé seul.(11)

Option 10.5.1.2. La dose initiale de misoprostol peut être plus efficace si elle est administrée par voie vaginale plutôt que par voie sublinguale,(11) en particulier chez les patientes nullipares. (12)

Option 10.5.1.3. Des doses subséquentes de 400 µg de misoprostol peuvent être plus efficaces lorsqu'elles sont administrées toutes les 3-4 heures; elles sont efficaces par voie vaginale, buccale ou sublinguale.(11)

Option 10.5.1.4. L'ocytocine peut être utilisée selon un protocole pré-établi.

Option 10.5.1.5. Les dilatateurs osmotiques peuvent être utiles lors de gestations tardives.

Recommandation 10.5.2. Les méthodes d'injection intra-amniotique ou d'instillation devraient être évitées, car elles sont moins efficaces et entraînent plus de complications que les régimes thérapeutiques à base de mifépristone-misoprostol ou de misoprostol seul.(13)

Norme 10.6. Une fois que des contractions régulières ont été confirmées, les patientes doivent être surveillées par un personnel de la santé formé à la surveillance des contractions et de l'expulsion, et apte à reconnaître les situations d'urgence.

Norme 10.7. Un clinicien qualifié doit être disponible dès le début de l'induction jusqu'au congé de la patiente en post-avortement.

Norme 10.8. L'accès ou la référence à une prise en charge chirurgicale doit être disponible si une intervention chirurgicale est requise.

Norme 10.9. L'établissement et / ou le clinicien doivent continuer à prendre soin de la patiente jusqu'à ce que l'avortement soit complet ou jusqu'au transfert de la patiente à un clinicien qualifié.

Discussion: Un intervalle de 24 à 48 heures entre la prise de la mifépristone et celle de misoprostol raccourcit le délai entre la prise du misoprostol et l'avortement complet.

On fera preuve de prudence en cas d'usage de dilatateurs osmotiques au cours du deuxième trimestre car ils peuvent prolonger le temps d'induction.(8, 14-16)

La déces fœtal induit doit être fournie en utilisant un régime fondé sur des preuves. Un modèle de protocole pour l'injection de digoxine est disponible sur <https://members.prochoice.org>. La digoxine intraamniotique ou intrafœtale peut être utilisée. (17, 18) Le chlorure de potassium intracardiaque ou la lidocaïne peuvent également être utilisés.(6, 19, 20) Les injections peuvent être effectuées par voie transabdominale ou transvaginales. (21, 22)

Le curetage utérin ou l'aspiration ne doivent pas être systématiquement effectués.

Le risque de rupture utérine lors d'un avortement tardif médicamenteux au misoprostol peut être considérablement augmenté chez les patientes ayant déjà subi deux césariennes ou plus, mais le risque absolu reste faible. (23) Les risques doivent être évalués relativement aux procédures alternatives pour un avortement tardif.

Références:

1. Diedrich J, Drey E, for the Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion: SFP Guideline 20101. *Contraception*. 2010;81(6):462-73. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.018>)
2. Jackson RA, Teplin VL, Drey EA, Thomas LJ, Darney PD. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2001;97(3):471-6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239659>)
3. Drey EA, Thomas LJ, Benowitz NL, Goldschlager N, Darney PD. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(5):1063-6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10819828>)
4. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*. 2010;81(1):67-74. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.08.014>)
5. Molaei M, Jones HE, Weiselberg T, McManama M, Bassell J, Westhoff CL. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion. *Contraception*. 2008;77(3):223-5. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.10.011>)
6. Pasquini L, Pontello V, Kumar S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for fetocide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG*. 2008;115(4):528-31. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x>)
7. Department of Reproductive Health and Research. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/index.html)
8. Borgatta L, Kapp N. Labor induction abortion in the second trimester: SFP Guideline 20111. *Contraception*. 2011;84(1):4-18. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.005>)
9. Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NT, Minh NT, et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011;118(3):601-8. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318227214e>)
10. Nilas L, Glavind-Kristensen M, Vejborg T, Knudsen UB. One or two day mifepristone-misoprostol interval for second trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(9):1117-21. (<http://dx.doi.org/10.1080/00016340701505002>)
11. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;1:CD005216. (<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005216.pub2>)
12. von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Nguyen TM, Marions L, Okoiev G, et al. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: randomized controlled

- equivalence trial. *Hum Reprod.* 2009;24(1):106-12. (<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/den328>)
13. Hou S-P, Fang A-H, Chen Q-F, Huang Y-M, Chen O-j, Cheng L-N. Termination of second-trimester pregnancy by mifepristone combined with misoprostol versus intra-amniotic injection of ethacridine lactate (rivanol®): a systematic review of Chinese trials. *Contraception.* 2011;84(3):214-23. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.018>)
 14. Borgatta L, Chen AY, Vragovic O, Stubblefield PG, Magloire CA. A randomized clinical trial of the addition of laminaria to misoprostol and hypertonic saline for second-trimester induction abortion. *Contraception.* 2005;72(5):358-61. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2005.04.016>)
 15. Jain JK, Mishell JDR. A comparison of misoprostol with and without laminaria tents for induction of second-trimester abortion. *American Journal of Obstet Gynecol.* 1996;175(1):173-7. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70270-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70270-3))
 16. Prairie BA, Lauria MR, Kapp N, Mackenzie T, Baker ER, George KE. Mifepristone versus laminaria: a randomized controlled trial of cervical ripening in midtrimester termination. *Contraception.* 2007;76(5):383-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.07.008>)
 17. Dean G, Colarossi L, Lunde B, Jacobs AR, Porsch LM, Paul ME. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception.* 2012;85(2):144-9. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.016>)
 18. White KO, Nucatola DL, Westhoff C. Intra-fetal compared with intra-amniotic digoxin before dilation and evacuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):1071-6. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001671>)
 19. López-Cepero R, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Bol Asoc Med P R.* 2013;105(1):14-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23767379>)
 20. Senat MV, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy. *BJOG.* 2003;110(3):296-300. (<http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.02217.x>)
 21. Gariepy AM, Chen BA, Hohmann HL, Achilles SL, Russo JA, Creinin MD. Transvaginal administration of intraamniotic digoxin prior to dilation and evacuation. *Contraception.* 2013;87(1):76-80. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.07.019>)
 22. Tocce K, Sheeder JL, Edwards LJ, Teal SB. Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception.* 2013;88(6):706-11. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.08.005>)
 23. Andrikopoulou M, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos AM. Cervical ripening agents in the second trimester of pregnancy in women with a scarred uterus: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(2):177-94. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.03.037>)

11. ANALGÉSIE ET SÉDATION

Énoncé de politique: Des mesures thérapeutiques réduisant l'anxiété, l'analgésie ou l'anesthésie devraient être offertes aux patientes qui consultent pour un avortement, lorsque les avantages qu'ils présentent, l'emportent sur les risques, et ce, afin de répondre de façon appropriée aux besoins d'analgésie et de sédation requis par chaque patiente. Les patientes devraient être impliquées dans le processus de prise de décision relativement au contrôle de la douleur et à la sédation pendant l'intervention.(1-14)

SUR L'UTILISATION DE LA SÉDATION EN GÉNÉRAL - Tous les médicaments utilisés pour la sédation lors d'une procédure ont un potentiel de risque sérieux. Ce risque peut être réduit au minimum en respectant les directives cliniques établies. Les directives élaborées par d'autres organisations portent principalement sur l'anesthésie et la sédation administrées en milieu hospitalier, et s'appliquent à des patients dont l'âge et la santé générale varient considérablement. Indépendamment du médicament ou de la voie d'administration, le degré de dépression du système nerveux central (SNC) est à la base des directives de la FNA.

Les présentes lignes directrices ne traitent pas de l'utilisation de la sédation profonde ou de l'anesthésie générale sauf pour identifier les pratiques de surveillance de base et les fournisseurs appropriés de ces soins; ces derniers sont censés suivre les normes professionnelles relatives aux services d'anesthésie. On s'attend à ce que ces personnes prodiguant une sédation profonde ou une anesthésie générale disposent des médicaments et de l'équipement d'urgence appropriés pour assurer les soins d'une patiente en cas de complication anesthésique.

La promulgation de lignes directrices pour la prestation et le suivi des soins anesthésiques publiés par des organisations telles que l'American Society of Anesthesiologists (ASA)(15), la Société canadienne des anesthésiologistes (CSA), l'American Dental Society of Anesthesiologists (ADSA), l'American Society of Gastrointestinal Endoscopists, ont permis de clarifier de nombreuses questions liées aux soins en anesthésie.

Le confort de la patiente et la réduction de son anxiété sont très dépendants des services de counseling offerts à la patiente ainsi que de la présence de la famille, des amis et du personnel de soutien; ils ne dépendent pas uniquement des mesures pharmacologiques. Des modalités alternatives (telles que les techniques de relaxation, l'acupuncture, l'hypnose) peuvent être utiles pour certaines patientes. Cependant, les directives de la FNA relatives à l'analgésie et à la sédation se concentrent sur la sécurité des méthodes pharmacologiques généralement utilisées dans les services ambulatoires d'avortement.

Définitions(1)

1. **Anesthésie locale** - Élimination ou réduction des sensations, en particulier de la douleur, dans une partie du corps, par application topique ou injection locale d'un médicament. Dans le contexte de l'avortement, l'anesthésie locale implique presque toujours un bloc paracervical.
2. **Sédation légère (Anxiolyse)** - Un état induit par un médicament au cours de laquelle les patientes répondent normalement aux commandes verbales. Bien que les fonctions cognitives et la coordination physique puissent être altérées, les réflexes des voies aériennes, les fonctions respiratoires et cardiovasculaires ne sont pas affectées.
3. **Sédation modérée / Analgésie** - Une dépression de la conscience induite par un médicament, durant laquelle les patientes répondent de façon délibérée* à des stimuli verbaux, seuls ou accompagnés de stimuli tactiles légers. Aucune intervention n'est requise pour maintenir la perméabilité des voies aériennes, et une ventilation spontanée est adéquate. La fonction cardiovasculaire est habituellement maintenue mais peut être altérée. Ce niveau de sédation était auparavant appelé «sédation consciente». Toutefois, ce terme n'est plus recommandé.
4. **Sédation profonde / Analgésie** - Une dépression de la conscience induite par un médicament durant laquelle les patientes ne peuvent pas être facilement éveillées mais qui leur permet de répondre, de façon délibérée, à des stimuli répétés ou douloureux. La capacité de maintien spontané de la fonction respiratoire peut être altérée. Les patientes peuvent avoir besoin d'aide pour maintenir la perméabilité de leurs voies aériennes, et la ventilation spontanée peut être inadéquate. La fonction cardiovasculaire est habituellement maintenue mais peut être altérée.
5. **Anesthésie générale** - Une perte de conscience induite par un médicament, au cours de laquelle les patientes ne peuvent être éveillées, même par des stimuli douloureux. Le maintien spontané de la fonction respiratoire est souvent altéré. Les patientes ont souvent besoin d'aide pour maintenir la perméabilité de leurs voies aériennes, et une ventilation sous pression positive peut être nécessaire en raison d'une ventilation spontanée réduite ou d'une dépression neuromusculaire induite par le médicament. La fonction cardiovasculaire peut être altérée.

La sédation étant un continuum, il n'est pas toujours possible de prédire comment une patiente y répondra. Par conséquent, les praticiens ayant l'intention d'induire n'importe quel niveau de sédation devraient être en mesure de réanimer une patiente dont le niveau de sédation devient plus profond que prévu initialement. Ceci implique de corriger les conséquences physiologiques négatives liées au niveau de sédation

* Le retrait réflexe à un stimulus douloureux n'est PAS considéré comme une réponse délibérée.

exagérée (comme l'hypoventilation, l'hypoxie et l'hypotension) et de ramener la patiente au niveau de sédation initialement prévu.

Norme 11.1. Les diverses stratégies de contrôle de la douleur doivent être discutées avec la patiente.

Norme 11.2. Lorsqu'une sédation légère, modérée, profonde ou qu'une anesthésie générale doit être administrée, les patientes doivent recevoir des informations sur les risques, les bénéfices et les effets secondaires des médicaments qui seront utilisés.

Recommandation 11.2.1. La documentation devrait comprendre les précautions à suivre en raison de l'atteinte transitoire des fonctions cognitives.

Option 11.2.1.1. Un formulaire de consentement éclairé spécifique pour l'analgésie et la sédation peut être utilisé.

Norme 11.3. Une évaluation de la patiente doit être réalisée préalablement à une sédation modérée.

Recommandation 11.3.1. L'évaluation devrait inclure : les antécédents personnels pertinents et une revue des systèmes; une vérification des médicaments utilisés, un examen des voies respiratoires et cardio-pulmonaire comme indiqué par les antécédents de la patiente et la revue des systèmes, et les signes vitaux de base.

Recommandation 11.3.2. Chez les patientes recevant une sédation modérée et ne présentant pas de risque accru d'aspiration, le temps écoulé depuis le dernier repas ne devrait pas limiter l'accès aux soins d'avortement.(2-4)

Recommandation 11.3.3. Un niveau réduit de sédation, une procédure alternative d'avortement, ou la présence d'un professionnel de l'anesthésie pour faire la sédation devraient être envisagés pour les patientes ayant une évaluation des voies aériennes atypiques ou Classification de l'état physique ASA de 3 ou plus (5, 6).

Norme 11.4. Aucune évaluation supplémentaire n'est nécessaire avant l'administration du bloc paracervical et / ou d'AINS.

Norme 11.5. Le praticien en charge de l'avortement doit être immédiatement disponible lorsque la sédation est administrée.

Norme 11.6. Dans les milieux cliniques où l'anesthésie locale ou la sédation sont fournies, les praticiens en charge de l'avortement et / ou de l'administration des médicaments doivent avoir reçu une formation appropriée, avec l'approbation du directeur médical ou de son délégué. (6, 7)

Norme 11.7. Le praticien qui administre une sédation modérée doit posséder: un permis d'exercice pertinent, des habiletés de base en réanimation cardio-respiratoire, la capacité de surveiller la patiente et de la secourir efficacement en cas d'urgence, ainsi que de dépister, de manière appropriée, les patientes qui nécessitent une sédation.

Norme 11.8. Le besoin potentiel d'un accès veineux doit être pris en compte avant d'administrer un niveau quelconque de sédation.

Recommandation 11.8.1. Lorsque la sédation est modérée ou plus profonde, l'accès veineux devrait être maintenu jusqu'à ce que les critères permettant de donner congé à la patiente soient remplis.(Norme 12.5)

Norme 11.9. La lecture de la saturation capillaire d'oxygène, associée à des signaux sonores d'alarme, doit être utilisée lorsque des niveaux de sédation modérée ou plus profonde sont utilisés.

Norme 11.10. Lorsqu'on a recours à la sédation, la surveillance doit permettre de détecter les effets respiratoires, cardiovasculaires et neurologiques des médicaments administrés, et cette surveillance doit être documentée.

Recommandation 11.10.1. La réponse de la patiente à des instructions verbales devrait être vérifiée fréquemment.

Norme 11.11. Lorsque la sédation est modérée ou plus profonde, une personne formée pour surveiller les paramètres physiologiques appropriés, autre que le clinicien qui effectue la procédure, doit être présente. Cette personne ne doit pas effectuer d'autres tâches que celle de surveiller la patiente.(6)

Sédation modérée

Norme 11.12. Lorsqu'une sédation modérée est prévue, il convient de débiter les médicaments pour la sédation avec une dose raisonnable, et de l'ajuster, au besoin, en fonction des caractéristiques individuelles de la patiente, telles que le poids et la tolérance au médicament.(8-10)

Recommandation 11.12.1. Le tableau suivant devrait servir de guide d'utilisation de ces médicaments lors de leur utilisation pour la sédation modérée. Des écarts similaires de doses

d'autres opioïdes et de benzodiazépines peuvent être utilisés.

Médicament	Dose initiale habituelle	Dose initiale maximale	Dose supplémentaire habituelle	Dose supplémentaire maximale
Fentanyl	50-100 mcg	200 mcg	50-100 mcg	100 mcg
Midazolam	1-3 mg	4 mg	1-2 mg	2 mg

Norme 11.13. Lorsqu'une sédation modérée est administrée, au moins une personne ayant des habiletés documentées en réanimation cardio-respiratoire doit être présente dans la salle d'intervention.

Sédation profonde ou anesthésie générale

Norme 11.14. De l'oxygène d'appoint doit être utilisé lors d'une sédation profonde et une anesthésie générale.

Norme 11.15. Le praticien administrant une sédation profonde ou une anesthésie générale ne peut pas être le praticien pratiquant l'avortement.

Recommandation 11.15.1. En cas de sédation profonde et d'anesthésie générale, les éléments suivants devraient être surveillés: la lecture continue de la saturation capillaire d'oxygène, la pression artérielle intermittente et la respiration, soit en monitorant le CO2 expiré, soit par observation clinique.

Recommandation 11.15.2. La surveillance de la température corporelle devrait être disponible.

Norme 11.16. Toute personne responsable de l'administration, de la supervision ou de la surveillance d'une patiente recevant un niveau quelconque de sédation doit détenir une certification de base en matière de réanimation cardio-respiratoire (RCR).

Norme 11.17. Le praticien administrant une sédation profonde ou une anesthésie générale doit respecter les normes professionnelles établies.(23)

Protoxyde d'azote

Norme 11.18. Le N2O doit être auto-administré par la patiente ou par un praticien qualifié en anesthésie.

Recommandation 11.18.1. Le N2O peut être une alternative à la sédation locale ou orale, mais il est moins efficace pour soulager la douleur que la sédation intraveineuse modérée. (12, 13)

Norme 11.19. S'il n'est pas auto-administré, le N2O doit être administré selon les directives de surveillance des patientes obtenant une sédation modérée.

Norme 11.20. L'équipement pour l'administration du N2O / O2 doit:

- (1) atteindre une concentration d'au maximum 70% de N2O inspiré;
- (2) délivrer au moins 30% d'O2; et
- (3) être vérifié et calibré régulièrement.

Recommandation 11.20.1. La concentration de N2O ne devrait systématiquement pas dépasser 50% en l'absence de personnel qualifié en anesthésie.

Recommandation 11.20.2. L'équipement pour l'administration du N2O / O2 devrait inclure un analyseur d'oxygène.

Recommandation 11.20.3. En raison du risque d'exposition professionnelle, il convient de surveiller les niveaux de N2O dans les locaux et de tester les niveaux d'exposition du personnel.

Équipement d'urgence

Norme 11.21. De l'équipement en bon état de fonctionnement et des médicaments non périmés doivent être disponibles sur le site pour les cas d'urgences médicales. Cela doit inclure: un système de distribution d'oxygène, des canules oropharyngées, de l'épinéphrine et des antihistaminiques.

Norme 11.22. Dans les endroits où l'on a recours à des benzodiazépines et des opioïdes, des antagonistes, des bronchodilatateurs et des ballons-masques appropriés, capables de délivrer de l'oxygène, doivent être disponibles.

Recommandation 11.22.1. Les établissements devraient avoir une zone spécifique pour l'équipement d'urgence, lequel comprend l'oxygène, les médicaments et les réserves. Un protocole et un calendrier permettant de vérifier l'équipement et de se débarrasser des médicaments périmés devraient être mis en place.

Norme 11.23. Dans les milieux où la sédation profonde et l'anesthésie générale sont utilisées, les praticiens doivent disposer des médicaments et de l'équipement appropriés pour répondre à une situation d'urgence en anesthésie.

Recommandation 11.23.1. Un défibrillateur devrait être disponible.

Discussion: Le moment de l'apport alimentaire n'augmente pas le risque de sédation modérée.(17-19)

CONCERNANT L'UTILISATION DE N₂O / O₂ - L'oxyde nitreux (N₂O) est utilisé depuis longtemps pour l'analgésie et la sédation, et présente un excellent bilan de sécurité lorsqu'utilisé par des anesthésistes et des cliniciens non-anesthésistes. L'exposition professionnelle au N₂O a été associée à une augmentation du risque d'atteinte neurologique, d'avortement spontané, de réduction de fertilité, de maladie hépatique et rénale. Des recommandations pour l'utilisation sécuritaire de l'oxyde nitreux peuvent être trouvées dans la section des références. Outre l'utilisation de systèmes adéquats de ventilation et d'évacuation, il est recommandé de fournir 100% d'oxygène à la patiente pendant cinq minutes avant de retirer le masque. Cela éliminera tout oxyde nitreux résiduel des voies respiratoires de la patiente et du système de ventilation. L'exposition professionnelle peut être surveillée en demandant aux membres du personnel de porter des badges de dosimétrie personnelle ou en plaçant un spectrophotomètre infrarouge dans la pièce. Bien qu'il n'y ait pas de norme OSHA pour le N₂O, le NIOSH recommande que les concentrations de N₂O en suspension dans l'air soient inférieures à 25 ppm (1995) en utilisant des systèmes d'évacuation bien conçus et en faisant d'autres contrôles techniques, l'entretien de l'équipement, la surveillance de l'exposition et des pratiques de travail sécuritaires.

Références:

1. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation, definitions of general anesthesia and levels of sedation/analgnesia. 2019. (<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia>)
2. Aksel S, Vargas JE, Drey EA, Simon SG, Steinauer JE, Carlisle AS, et al. Fasting stomach volume in the late second and third trimesters of pregnancy versus nonpregnant controls. *Contraception*. 2014;90(3):294. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.209>)
3. Wilson LC, Chen BA, Creinin MD. Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. *Contraception*. 2009;79(2):122-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.08.005>)
4. Wiebe ER, Byczko B, Kaczorowski J, McLane AL. Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. *Contraception*. 2012;87(1):51-4. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.012>)

5. American Society of Anesthesiologists. Physical status classification system [cited 2016]. Available from: <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>.
6. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2002;96(4):1004-17. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964611>)
7. McLemore MR, Aztlan EA. Retrospective evaluation of the procedural sedation practices of expert nurses during abortion care. 2017;46(5):755-63. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.06.003>)
8. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*. 2011;83(2):116-26. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.07.014>)
9. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2010;81(5):372-88. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.008>)
10. Allen RH, Fitzmaurice G, Lifford KL, Lasic M, Goldberg AB. Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2009;113(2 Pt 1):276-83. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181938758>)
11. Dean G, Jacobs AR, Goldstein RC, Gevirtz CM, Paul ME. The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *J Clin Anesth*. 2011;23(6):437-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2011.05.001>)
12. Thaxton L, Pitotti J, Espey E, Teal S, Sheeder J, Singh RH. Nitrous oxide compared with intravenous sedation for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):1192-7. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002915>)
13. Singh RH, Montoya M, Espey E, Leeman L. Nitrous oxide versus oral sedation for pain management of first-trimester surgical abortion - a randomized study. *Contraception*. 2017;96(2):118-23. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.003>)

12. SOINS POST-INTERVENTION

Énoncé de politique: Un suivi et des soins post-intervention appropriés et accessibles sont essentiels au bien-être des patientes.

Norme 12.1. Les patientes qui souhaitent une contraception doivent recevoir la méthode choisie immédiatement après un avortement ou une orientation appropriée doit être effectuée.

Recommandation 12.1.1. Lorsque la patiente le souhaite, la contraception intra-utérine ou les implants contraceptifs devraient être insérés immédiatement après l'évacuation utérine du premier trimestre ou une D&E du second trimestre.(1-3)

Recommandation 12.1.2. Après un avortement médicamenteux, si la patiente le souhaite, la contraception intra-utérine devrait être insérée dès que l'expulsion de la grossesse sera confirmée.(4-6)

Recommandation 12.1.3. Lors d'un avortement médicamenteux, si la patiente le souhaite, les implants contraceptifs devraient être insérés le jour de l'administration de la mifépristone .(7-10)

Option 12.1.3.1. Lors d'un avortement médical, l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt (Depo-Provera®) peut être administré au moment de la prise de la mifépristone, avec un counseling approprié.(10-12)

Norme 12.2. Toutes les patientes ayant reçu une sédation autre que locale ou légère et celles ayant obtenu un avortement du deuxième trimestre doivent être continuellement surveillées pendant la période de récupération par un travailleur de la de santé formé aux soins post-opératoires.

Norme 12.3. Les patientes ayant reçu une sédation modérée ou profonde doivent être surveillées jusqu'à ce qu'elles soient jugées stables hémodynamiquement et non à risque de dépression respiratoire.

Recommandation 12.3.1. Un oxymètre de pouls avec alarmes devrait être utilisé jusqu'à ce que la patiente soit alerte et capable de se déplacer sans aide.

Norme 12.4. Un clinicien doit rester dans l'établissement jusqu'à ce que toutes les patientes soient médicalement stables.

Norme 12.5. Les critères suivants doivent être documentés avant de donner congé à une patiente: elle doit être capable de se déplacer sans aide, sa tension artérielle et son pouls doivent être stables et ses saignements et ses douleurs doivent être contrôlés.

Norme 12.6. La patiente doit recevoir des instructions orales et écrites sur les éléments suivants : à quoi s'attendre après l'intervention, les soins de santé personnels et les signes et symptômes de complications.

Recommandation 12.6.1. Les patientes qui reçoivent une sédation devraient avoir accès à ces instructions avant l'administration du médicament.

Norme 12.7. L'établissement doit fournir un contact d'urgence 24 heures sur 24; ce service triera les appels conformément aux politiques en vigueur. Le service d'urgence ne peut se contenter d'être seulement un message préenregistré.

Norme 12.8. Tout non-clinicien impliqué dans le triage des appels doit être formé à questionner les patientes concernant leur état de santé post-avortement et doit suivre des directives écrites claires indiquant quand une consultation immédiate avec un clinicien est indiquée.

Norme 12.9. Toute patiente présentant un historique suggérant une complication post-opératoire doit avoir accès à un clinicien. L'établissement doit disposer d'un système de référence vers un médecin, au cas où une référence s'avérerait nécessaire.

Recommandation 12.9.1. Les agents utérotoniques devraient être administrés comme indiqué et non de façon systématique. Lorsqu'utilisés, un régime thérapeutique basé sur les données probantes doit être utilisé.

Option 12.9.1.1. Le suivi de routine après la procédure n'est pas requis. Les cliniciens peuvent offrir une visite aux patientes qui le désireraient.(13, 14)

Discussion: Une étude récente montre que l'acétate de Depot Medroxyprogesterone (DMPA) (Depo-Provera®) administré le même jour que la mifépristone peut entraîner une augmentation du risque de continuation de la grossesse, mais n'a pas d'effet sur le risque d'avoir besoin d'une aspiration pour compléter l'avortement, et ce par rapport à la situation où il est administré lors de la visite de suivi.(12) Le taux de satisfaction des patientes est plus élevé en cas d'administration immédiate du DMPA, mais les taux d'utilisation à six mois et les taux de grossesse sont les mêmes et ce en raison des taux élevés d'abandon. Si une femme comprend le risque potentiel d'une continuation de la

grossesse en cours, le DMPA peut être offert et administré au moment de la mifépristone. Le DMPA administré dans les 24 à 48 heures suivant la mifépristone, le jour du misoprostol, n'affecte pas le taux de grossesse continue. (15)

Références:

1. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2208-17. (<http://dx.doi.org/doi:10.1056/NEJMoa1011600>)
2. Hohmann HL, Reeves MF, Chen BA, Perriera LK, Hayes JL, Creinin MD. Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2012;85(3):240-5. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.08.002>)
3. Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaei M, Lerner V, et al. Immediate vs. Delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception*. 2011;83(6):522-7. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.10.005>)
4. Shimoni N, Davis A, Westhoff C. Can ultrasound predict IUD expulsion after medical abortion? *Contraception*. 2014;89(5):434-9. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.006>)
5. Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011;118(3):623-8. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822ade67>)
6. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion — a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e48948. (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0048948>)
7. Raymond EG, Weaver MA, Tan Y-L, Louie KS, Bousiéguéz M, Lugo-Hernández EM, et al. Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;127(2):306-12. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000001274>)
8. Park J, Robinson N, Wessels U, Turner J, Geller S. Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;133(2):217-20. (<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.025>)
9. Sonalkar S, Hou M, Borgatta L. Administration of the etonogestrel contraceptive implant on the day of mifepristone for medical abortion: a pilot study. *Contraception*. 2013;88(5):671-3. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.07.008>)
10. Douthwaite M, Candelas JA, Reichwein B, Eckhardt C, Ngo TD, Domínguez A. Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;133(3):329-33. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.11.009>)

11. Sonalkar S, McClusky J, Hou MY, Borgatta L. Administration of depot medroxyprogesterone acetate on the day of mifepristone for medical abortion: a pilot study. *Contraception*. 2015;91(2):174-7. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.10.010>)
12. Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, Tan Y-L, Bousiéguéz M, Aranguré-Peraza AG, et al. Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):739-45. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000001627>)
13. Gatter M, Roth N, Safarian C, Nucatola D. Eliminating the routine postoperative surgical abortion visit. *Contraception*. 2012;86(4):397-401. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.02.016>)
14. Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine follow-up visits after first-trimester induced abortion. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):738-45. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000115511.14004.19>)
15. Lang C, Chen ZE, Johnstone A, Cameron S. Initiating intramuscular depot medroxyprogesterone acetate 24-48 hours after mifepristone administration does not affect success of early medical abortion. *BMJ Sex Reprod Health*. 2018;[epub 2018/07/28]. (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjsex-2017-101928>)

13. ÉVALUATION DES PRODUITS DE CONCEPTION

Énoncé de politique: L'identification des produits de conception (PDC) suite aux procédures d'avortement permet de confirmer que l'avortement est complet.

Norme 13.1. On doit confirmer que l'avortement est complet avant que la patiente ne quitte l'établissement, sinon une évaluation plus approfondie doit être effectuée.

Recommandation 13.1.1. Le contenu utérin évacué lors de l'avortement doit être examiné avant que la patiente ne quitte l'établissement.

Recommandation 13.1.2. En cas d'arrêt de grossesse du premier trimestre, on peut ajouter du soluté physiologique aux produits de conception pour identifier le sac gestationnel et autres structures.

Option 13.1.2.1. L'utilisation d'un rétro-éclairage peut être pertinente pour identifier les produits de conception.

Option 13.1.2.2. L'envoi des produits de conception pour un examen pathologique supplémentaire n'est pas nécessaire.(1, 2)

Norme 13.2. Lors d'un avortement du premier trimestre, lorsque les tissus obtenus sont insuffisants ou les produits de conception sont incomplets, la patiente doit être réévaluée.

Recommandation 13.2.1. Une ré-aspiration, des tests sériques quantitatifs sériés de hCG et / ou un examen échographique devraient être envisagés.(3-5)

Recommandation 13.2.2. L'hypothèse d'une grossesse extra-utérine devrait être envisagée.

Norme 13.3. Lors d'un avortement au-delà du premier trimestre, l'examen du contenu utérin doit être effectué afin d'identifier le placenta et toutes les parties fœtales importantes.

Recommandation 13.3.1. Si les parties fœtales ne sont pas toutes identifiées, l'évaluation échographique et l'exploration utérine sous échographie devraient être envisagées.

Recommandation 13.3.2. L'établissement et / ou le clinicien devraient continuer à prendre soin de la patiente jusqu'à constatation d'un

avortement complet ou jusqu'à son transfert à un clinicien approprié.

Discussion: Dans le cas où une quantité insuffisante de PDC a été identifiée, le recours à des tests sériques quantitatifs sériés d'hCG permet de faire une évaluation supplémentaire et de rechercher une grossesse ectopique éventuelle. Un premier test d'hCG de base, suivi d'un deuxième test dans les 24-48 heures peuvent être effectués. S'il y a une diminution de 50% ou plus du test d'hCG, aucun autre suivi n'est nécessaire. Sinon, une évaluation plus approfondie, avec recherche de grossesse extra-utérine, devrait être entreprise. Dans cette situation, référez-vous à la section 8 (Gestion de la grossesse de localisation incertaine).

Références:

1. Paul M, Lackie E, Mitchell C, Rogers A, Fox M. Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstet Gynecol.* 2002;99(4):567-71. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12039112>)
2. Heath V, Chadwick V, Cooke I, Manek S, MacKenzie IZ. Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG.* 2000;107(6):727-30. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb13332.x>)
3. Barnhart K, Sammel MD, Chung K, Zhou L, Hummel AC, Guo W. Decline of serum human chorionic gonadotropin and spontaneous complete abortion: defining the normal curve. *Obstet Gynecol.* 2004;104(5 Pt 1):975-81. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000142712.80407.fd>)
4. van der Lugt B, Drogendijk A. The disappearance of human chorionic gonadotropin from plasma and urine following induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985;64(7):547-52. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2417443>)
5. Steier JA, Bergsjø P, Myking OL. Human chorionic gonadotropin in maternal plasma after induced abortion, spontaneous abortion, and removed ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1984;64(3):391-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6462569>)

14. PROCÉDURES D'URGENCE

Énoncé de politique: La gestion appropriée des urgences liées à l'avortement réduit la morbidité et la mortalité. L'hémorragie est l'une des complications immédiates les plus graves d'une procédure d'avortement. La reconnaissance précoce de la source du saignement peut réduire la morbidité et la mortalité. La perforation utérine est aussi une complication de l'avortement qui peut entraîner une morbidité importante. La morbidité est liée au site de la perforation, à l'instrumentation et à l'âge gestationnel.

Norme 14.1. Des protocoles pour la gestion des urgences médicales doivent être mis en place. Ces protocoles doivent inclure des renseignements relatifs au transport d'urgence et des instructions écrites facilement disponibles pour contacter une aide extérieure d'urgence (par exemple, une ambulance).

Recommandation 14.1.1. Des protocoles traitant des sujets suivants devraient être établis: saignement, perforation, arrêt/dépression respiratoire, anaphylaxie et transfert d'urgence.

Recommandation 14.1.2. Le personnel devrait revoir ces protocoles annuellement.

Option 14.1.2.1. Des pratiques annuelles des mesures en cas d'urgence sont encouragées.

Recommandation 14.1.3. Les cliniques devraient envisager de développer des ententes avec un hôpital pour le transfert des patientes en cas d'urgence; ces ententes devraient décrire les moyens de communication, le transport et le protocole pour le transfert.

Norme 14.2. Tous les membres du personnel doivent connaître leurs rôles respectifs en cas de gestion d'urgences médicales.

Norme 14.3. Les fournitures d'urgence doivent être entreposées dans des endroits connus et appropriés, et elles doivent être révisées régulièrement.

Norme 14.4. Au minimum un membre du personnel médical ayant reçu une formation de base en réanimation cardio-respiratoire (RCR) doit être présent pendant les périodes durant lesquelles des avortements sont effectués.

Recommandation 14.4.1. Tout le personnel médical fournissant des soins directs aux patientes devrait avoir suivi la plus récente certification en réanimation cardio-respiratoire (RCR) pour 'travailleur de la santé'.

Norme 14.5. Tous les établissements doivent avoir un protocole portant sur la gestion de l'hémorragie aiguë. (1) Ce protocole doit comprendre les éléments suivants :

- (1) la mise en place d'accès veineux;
- (2) l'administration d'utérotoniques;
- (3) l'évaluation de la cause et / ou de la source du saignement; et
- (4) les critères pour le transfert hospitalier.

Norme 14.6. L'établissement doit disposer d'au moins deux méthodes utérotoniques et / ou mécaniques pour contrôler le saignement.

Norme 14.7. Si une perforation se produit ou est suspectée, même si la patiente est asymptomatique, le protocole de prise en charge doit comprendre les éléments suivants:

- (1) la mise en place d'accès veineux;
- (2) l'observation de la patiente;
- (3) le plan de suivi incluant les mesures pour compléter l'avortement si nécessaire; et
- (4) les critères pour le transfert hospitalier tels que:
 - (i) des viscères intra-abdominaux sont détectés dans la cavité utérine, le col de l'utérus, le vagin, la tubulure d'aspiration ou à l'examen des tissus;
 - (ii) des parties fœtales sont détectées dans la cavité abdominale;
 - (iii) un hématome intra-abdominal ou rétropéritonéal en expansion est détecté; ou
 - (iv) instabilité hémodynamique est présente.

Recommandation 14.7.1. Si la procédure est complétée après qu'une perforation a été soupçonnée, l'évacuation utérine doit être effectuée sous guidage échographique directe ou par laparoscopie.(2, 3)

Discussion: Les saignements excessifs au cours de la procédure et dans la période post-opératoire sont presque toujours dus à une atonie utérine, souvent causée par une évacuation incomplète de l'utérus. Par conséquent, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour assurer l'évacuation complète de l'utérus et augmenter le tonus utérin à l'aide d'utérotoniques ou de massage utérin. Des problèmes surviennent lorsque le saignement est ignoré ou lorsque sa gravité est sous-estimée. Lorsque les cliniciens sont confrontés à un saignement hémorragique qui évolue, ils doivent toujours se rappeler de faire des choses simples comme : continuer d'évaluer les pertes sanguines, mesurer et enregistrer fréquemment les signes vitaux et assurer un accès intraveineux.

Les mesures et produits suivants peuvent être utilisés pour le traitement de l'hémorragie post-avortement:

- a. massage utérin;
- b. méthylergonovine (Methergine);
- c. ocytocine (Pitocin);
- d. vasopressine (Vasopressin);
- e. misoprostol (Cytotec);
- f. carboprost trométhamine (Hemabate);
- g. pression intra-utérine à l'aide d'un ballon Bakri, d'une sonde Foley ou d'un paquetage vaginal; ou
- h. ré-aspiration utérine.

Lorsque le saignement persiste après que l'on se soit assuré de l'évacuation complète de l'utérus et de l'absence de lacérations cervicales ou vaginales visibles, le clinicien doit envisager d'autres complications telles une perforation, une coagulopathie ou un placenta accreta. La patiente peut avoir besoin d'un transfert d'urgence immédiat pour gérer ces conditions.

Les perforations sont souvent occultes et peuvent être difficiles à identifier.(4-6) Si une perforation est suspectée, il est plus sûr de procéder comme s'il y en avait une.

Au premier trimestre, les perforations sont souvent asymptomatiques et se guérissent d'elles-mêmes.(7, 8) La plupart des perforations sont médianes et / ou fundiques.(9) Si elles surviennent avant la succion, elles peuvent habituellement être observées et suivies de près.(8) Une perforation latérale peut impliquer des vaisseaux sanguins utérins et, si c'est le cas, elle sera plus dangereuse.

Au deuxième trimestre, même une perforation asymptomatique peut justifier un transfert à l'hôpital pour évaluation dépendamment des instruments impliqués dans la perforation. (10, 11) La morbidité peut être plus importante due à l'augmentation du débit sanguin utérin et à l'utilisation d'instruments plus gros.

Références:

1. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: SFP Guideline 20131. *Contraception*. 2013;87(3):331-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>)
2. Kohlenberg CF, Casper GR. The use of intraoperative ultrasound in the management of a perforated uterus with retained products of conception. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1996;36(4):482-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9006840>)
3. Lauersen NH, Birnbaum S. Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol*. 1973;117(4):522-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4270312>)
4. Amarin ZO, Badria LF. A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271(3):203-6. (<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-003-0592-8>)
5. Berek JS, Stubblefield PG. Anatomic and clinical correlates of uterine perforation. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;135(2):181-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/474668>)
6. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ, Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA*. 1984;251(16):2108-11. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6708260>)
7. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;161(2):406-8. ([http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(89\)90532-2](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(89)90532-2))
8. Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995;74(5):373-5. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778431>)
9. Mittal S, Misra SL. Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *Int J Gynaecol Obstet*. 1985;23(1):45-50. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2860032>)
10. Darney PD, Atkinson E, Hirabayashi K. Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstet Gynecol*. 1990;75(3 Pt 1):441-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2304715>)
11. Pridmore BR, Chambers DG. Uterine perforation during surgical abortion: A review of diagnosis, management and prevention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1999;39(3):349-53. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10554950>)

naf

NATIONAL
ABORTION
FEDERATION

