

LE MISOPROSTOL POUR LE
TRAITEMENT DE
L'AVORTEMENT INCOMPLET:

UN MANUEL INTRODUCTIF

LE MISOPROSTOL POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET:

UN MANUEL INTRODUCTIF

COLLABORATRICES:

JENNIFER BLUM, JILLIAN BYNUM, RASHA DABASH, AYISHA DIOP, JILL DUROCHER,
ILANA DZUBA, MELANIE PEÑA, SHEILA RAGHAVAN, BEVERLY WINIKOFF

REDACTRICES DE LA PUBLICATION:

SHEILA RAGHAVAN ET JILLIAN BYNUM

REMERCIEMENTS:

NOUS EXPRIMONS NOTRE RECONNAISSANCE À LA FONDATION WILLIAM ET FLORA HEWLETT,
À LA FONDATION DAVID ET LUCILE PACKARD ET À L'AGENCE SUÉDOISE DE COOPÉRATION
INTERNATIONALE AU DÉVELOPPEMENT DONT LE FINANCEMENT A SUBVENTIONNÉ NOS
TRAVAUX PORTANT SUR LE MISOPROSTOL POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT
INCOMPLET ET A RENDU POSSIBLE LA MISE AU POINT DU
PRÉSENT GUIDE D'UTILISATION.



Tous droits de reproduction du contenu intégral réservés à Gynuity Health Projects © 2009. Le présent ouvrage ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite expresse des auteurs. Veuillez contacter Gynuity Health Projects à l'adresse pubinfo@gynuity.org pour toute autorisation de reproduire le présent ouvrage.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A.
Tél: 1.212.448.1230
Télécopie: 1.212.448.1260
Site web: www.gynuity.org
Courriel: pubinfo@gynuity.org

SOMMAIRE

I.	Introduction	1
II.	Synthèse du misoprostol pour l'avortement incomplet	3
	• Le misoprostol: définition et propriétés	
	• La Formulation	
	• L'efficacité potentielle pour traiter l'avortement incomplet	
	• L'innocuité	
	• L'acceptabilité	
	• Comparaison avec d'autres méthodes de traitement	
	• Le misoprostol comme nouveau traitement notable de l'avortement incomplet	
III.	Traitement de l'avortement incomplet par le misoprostol	8
	• Qui est qualifié à recevoir du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet?	
	• Qui peut fournir du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet?	
	• Dose et moment choisi pour l'administration	
	• Voie d'administration	
	• L'innocuité du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet	
IV.	Prestation de services, calendrier des visites et gestion des complications	14
	• L'échographie	
	• L'expérience des prestataires	
	• Le calendrier des visites cliniques	
	• La gestion des effets secondaires et des complications	
	• Le suivi	

V.	Counseling, mise à disposition d'informations et prestation de services	20
	• Choix d'une méthode	
	• Détermination de l'éligibilité	
	• Préparation des femmes à ce à quoi elles devraient s'attendre	
	• Services de planification familiale et de contraception	
	• Services de santé génésique et autres services de santé	
	• Formation des prestataires et du personnel	
	• Partenariats entre collectivité et prestataires de services	
	• Établissements et fournitures souhaitables (mais non nécessaires)	
VI.	Intégration du misoprostol aux services existants de soins après avortement	30
VII.	Grossesses arrêtées	32
VIII.	Perspectives	35
IX.	Annexe	37
	• Foire aux questions	
X.	Références	42

I. INTRODUCTION

Le lancement du présent guide d'utilisation suit de près l'inclusion en avril 2009, du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et de l'avortement spontané dans la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS.¹ Le comité d'experts sur la sélection et l'utilisation des médicaments essentiels a établi que le misoprostol est aussi efficace que la chirurgie et peut-être plus sûr et plus abordable dans certains endroits. Ce nouveau statut marque un tournant dans le rôle du misoprostol en partant d'une technologie prometteuse à un médicament essentiellement consacré, reconnu à l'échelle internationale pour le traitement de l'avortement incomplet.

Environ une grossesse reconnue sur cinq échoue spontanément au cours du premier trimestre² et un taux supplémentaire de 22 % finit par un avortement provoqué.³ Un avortement incomplet peut découler d'une perte de grossesse soit spontanée soit provoquée et survient lorsque les produits de conception ne sont pas complètement expulsés de l'utérus.

Dans nombre de régions du monde, l'avortement incomplet est étroitement lié à l'avortement à risques. Dans les endroits où les services d'avortement sont limités, les femmes pourraient solliciter des interruptions de grossesse auprès de prestataires non qualifiés, subir des procédures dans des établissements où les normes médicales minimales font défaut ou les deux.⁴ Certaines femmes pourraient avoir recours à l'auto-avortement. Ces conditions augmentent la probabilité que les femmes subissent des complications liées à l'avortement et qu'elles sollicitent un traitement pour une interruption de grossesse incomplète.⁵ Un traitement sûr et efficace de l'avortement incomplet constitue un moyen important de réduire la morbidité et la mortalité relatives à l'avortement, notamment dans les endroits où l'avortement légal est restreint.

L'avortement incomplet peut être traité avec la prise en charge non interventionniste, ce qui permet une évacuation spontanée de l'utérus, ou avec la gestion active à l'aide de méthodes chirurgicales ou médicamenteuses. De nombreux prestataires ne préfèrent pas la prise en charge non interventionniste en raison de son efficacité relativement faible et du fait que l'intervalle de temps passé avant l'expulsion spontanée est imprévisible.⁶ La norme de soins pour la gestion active varie selon l'établissement mais elle concerne traditionnellement l'anesthésie générale ou locale. Les méthodes chirurgicales sont très efficaces pour le traitement de l'avortement incomplet. Toutefois, ces traitements nécessitent des prestataires

qualifiés, un équipement particulier, des conditions de stérilité et souvent, l'anesthésie, critères qui sont tous limités dans de nombre d'endroits.⁶

Les méthodes médicamenteuses pour le traitement de l'avortement incomplet nécessitent peu de ressources et peuvent être administrées par des prestataires de niveau inférieur et intermédiaire.⁷ Ces technologies pourraient élargir l'accès aux services pour les femmes résidant loin des établissements de soins chirurgicaux. Le misoprostol constitue la forme la plus courante de traitement médicamenteux ayant fait l'objet d'une étude approfondie et offre aux femmes souhaitant éviter une chirurgie effractive et l'anesthésie, un traitement alternatif très efficace.⁸ Dans les milieux démunis où l'accès aux méthodes chirurgicales est limité, tels que les centres de soins primaires et secondaires, le misoprostol permet dans la grande majorité des cas de se faire traiter sans nécessiter un aiguillage vers les établissements de soins supérieurs.⁸ En outre, dans la plupart des pays, le misoprostol est largement disponible, facile à administrer, stable à température ambiante, accessible et peu coûteux. Le misoprostol fournit aux femmes et aux prestataires une option de traitement sûr, efficace et non effractive pour le traitement de l'avortement incomplet, qui est particulièrement utile dans les endroits où l'équipement est limité et les prestataires qualifiés sont peu nombreux. Dans les endroits où les services de soins après avortement (SAA) ont été introduits pour faire face à la morbidité et la mortalité liées à l'avortement à risques, le misoprostol peut être facilement intégré à ces services.

INFORMATIONS RELATIVES AU PRESENT GUIDE D'UTILISATION

Le présent guide d'utilisation a été mis au point à l'intention des prestataires et des décideurs qui s'intéressent à étudier le misoprostol en vue de traiter l'avortement incomplet, qu'il découle d'une perte de grossesse spontanée ou provoquée. Le but de ce guide d'utilisation est de faire la synthèse de la littérature disponible en vue de fournir des directives cliniques adéquates, efficaces et sûres pour l'usage du misoprostol dans le traitement de l'avortement incomplet. Le Chapitre II porte sur l'efficacité, l'innocuité et l'acceptabilité du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet tandis que les Chapitres III à V présentent une vue d'ensemble des critères d'admissibilité des bénéficiaires de la méthode, les régimes posologiques recommandés, le calendrier des visites cliniques, la gestion des effets secondaires, le counseling et la prestation de services. Le Chapitre VI traite de la manière dont le misoprostol peut être intégré aux services SAA existants et le Chapitre VII fournit de brèves informations sur les grossesses arrêtées.

II. SYNTHÈSE DU MISOPROSTOL POUR L'AVORTEMENT INCOMPLET

A. LE MISOPROSTOL: DEFINITION ET PROPRIETES

Le misoprostol (ayant diverses appellations commerciales dont la plus courante est Cytotec®) est autorisé dans plus de 80 pays, essentiellement pour la prévention de l'ulcère gastrique lié à l'usage à long terme d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine E₁ qui affecte comme les prostaglandines naturelles, plus d'un type de tissu, y compris la paroi abdominale et le muscle lisse de l'utérus et du col utérin.^{6,9,10} Au cours des deux dernières décennies, la recherche sur l'utilisation du misoprostol en santé génésique s'est rapidement développée en raison de ses propriétés utérotoniques et de maturation cervicale très efficaces.^{6,10} À présent, le misoprostol constitue un traitement accepté et largement utilisé pour la maturation cervicale, l'induction de l'avortement des premier et second trimestres, la prévention de l'hémorragie du post-partum et l'avortement incomplet. En même temps, peu de produits au misoprostol ont été autorisés pour les usages en matière de santé génésique.

B. LA FORMULATION

Le misoprostol est plus couramment fabriqué comme comprimé de 200 µg destiné à l'administration orale, bien que des comprimés de 100 µg existent également dans certains pays.¹⁰ Des formulations vaginales sont également disponibles dans certains endroits, généralement comme suppositoires de 25 µg, mais également sous forme de doses plus fortes. Le misoprostol comporte plusieurs avantages notables par rapport aux autres agents ayant des propriétés utérotoniques. Par exemple, il est stable à température ambiante¹¹ alors que d'autres produits nécessitent la réfrigération ou la congélation. Certains autres produits sont uniquement administrés par injection.⁹ Le misoprostol est moins coûteux et plus largement disponible que les autres traitements.¹¹ Avec l'apparition chaque année de nouveaux produits et des génériques du misoprostol, l'on peut s'attendre à ce que son prix baisse au fur et à mesure que sa disponibilité s'accroît.

C. L'EFFICACITE POTENTIELLE POUR TRAITER L'AVORTEMENT INCOMPLET

Le misoprostol est efficace pour vider l'utérus à cause de sa capacité à provoquer des contractions utérines et à amollir le col de l'utérus. L'usage du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet est bien établi parmi les femmes

qui ont une taille utérine inférieure ou égale à 12 semaines d'aménorrhée (DDR).¹² Une utilisation réussie du misoprostol se concrétise par une évacuation complète de l'utérus sans recours à une intervention chirurgicale. Très rarement, une intervention chirurgicale pour terminer l'avortement pourrait être nécessaire pour les produits de conception retenus, les saignements abondants ou à la demande de la femme. Les taux d'efficacité mentionnés dans la littérature sont divergents en raison des différences de régimes posologiques, de moment pour déterminer l'issue du processus et de critères d'inclusion et d'exclusion. Cependant, des études récentes ont essayé de standardiser ces variables et ont réalisé une haute efficacité. Dans l'ensemble, dans les études incluant plus de 100 femmes et utilisant le misoprostol dans au moins un bras (600 µg de misoprostol oral ou 400 µg de misoprostol sublingual) avec au moins 7 jours avant le suivi, l'efficacité était en moyenne 95 % (voir tableau 1), avec des taux de réussite aussi élevés que 99 %.¹³

Tableau: 1 Le misoprostol et l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour le traitement de l'avortement incomplet

Année	Auteur	N	Traitement	Temps mis avant la réussite	Réussite
2009	Diop A, et al. ¹⁴	150; 150	600 µg de misoprostol oral; 400 µg de misoprostol sublingual	Jours 7 & 14	94,6%; 94,5%
2007	Bique C, et al. ¹⁵	123	600 µg de misoprostol oral; AMIU	Jours 7 & 14	91%; 100%
2007	Dao B, et al. ¹⁶	227	600 µg oral misoprostol; AMIU	Jours 7 & 14	94,5%; 99,1%
2007	Shwekerela B, et al. ¹³	150	600 µg oral misoprostol; AMIU	Jours 7 & 14	99%; 100%
2005	Ngoc NTN, et al. ¹⁷	150; 150	600 µg de dose orale unique ou double*	Jour 7	95,3%; 93,8%
2005	Weeks A, et al. ¹⁸	160	600 µg de misoprostol oral; AMIU	Jours 7 à 14	96,3%; 91,5%

* 150 femmes ont reçu une dose supplémentaire de 600 µg de misoprostol oral 4 heures plus tard (Ngoc NTN, et coll.)

D. L'INNOCUITE

Des millions d'hommes et de femmes à travers le monde utilisent le misoprostol depuis son autorisation en 1988 pour la prévention des ulcères gastriques liés à l'usage chronique d'AINS. Aspect plus important, le misoprostol a été utilisé sans danger pour l'avortement incomplet dans de nombreux pays. Le misoprostol n'a pas été lié aux effets sur la santé féminine à long terme et les effets secondaires prolongés ou graves sont pratiquement inexistants.

E. L'ACCEPTABILITE

Les femmes et les prestataires estiment que le misoprostol est très acceptable pour le traitement de l'avortement incomplet. Beaucoup de femmes rapportent qu'elles choisiraient le misoprostol encore au cas où elles auraient besoin d'un traitement pour l'avortement incomplet à l'avenir. Dans plusieurs pays, les recherches dans les milieux démunis ont indiqué que plus de 90 % des femmes étaient «très satisfaites» ou «satisfaites» du traitement au misoprostol.^{13, 16, 17, 18}

F. COMPARAISON AVEC D'AUTRES METHODES DE TRAITEMENT

L'avortement incomplet peut être traité par la prise en charge non interventionniste, chirurgicale ou médicale. La prise en charge non interventionniste consiste à permettre à l'utérus d'évacuer spontanément les produits de conception sans l'intervention du prestataire. En règle générale, la prise en charge non interventionniste donne lieu à de faibles taux de réussite par rapport à la gestion active (chirurgicale ou médicamenteuse).¹⁹ Les procédures d'évacuation chirurgicale comprennent la dilatation et le curetage (D&C), l'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) et l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Ces méthodes produisent un fort taux de réussite (91,5 à 100 %) mais entraînent un léger risque de complications graves y compris les infections, lacérations cervicales et les perforations utérines. Surtout, il est possible que la prise en charge chirurgicale ne puisse pas être pratiquée dans plusieurs endroits. Le misoprostol fournit une option de traitement efficace, sûr et acceptable aux femmes qui n'ont pas accès au traitement chirurgical ou qui désirent éviter les procédures effractives. Les taux d'infection gynécologique suivant la prise en charge non interventionniste, chirurgicale et médicamenteuse de l'avortement incomplet sont faibles (2 à 3 %) et ne diffèrent pas selon la méthode de

traitement.²⁰ En outre, l'usage a montré que les femmes estiment que le misoprostol est aussi acceptable que l'AMIU; en fait, dans certaines études, il y a eu plus de femmes qui ont indiqué être « très satisfaites » du traitement au misoprostol que pour le traitement par l'AMIU.^{13,16,18} Veuillez vous reporter au Tableau 2 pour une comparaison des méthodes de gestion de l'avortement incomplet.

Tableau 2: Comparaison de la prise en charge non interventionniste, médicamenteuse et chirurgicale de l'avortement incomplet

	Qui peut offrir le traitement?	Qu'est-ce qui est requis pour offrir le traitement?	Quels sont les risques?
Non interventionniste	Prestataires de niveau intermédiaire et qualifiés	Capacité à diagnostiquer le problème	Échec; nécessité de recourir au médicament ou à la chirurgie pour terminer l'avortement
Médicamenteuse	Prestataires de niveau intermédiaire et qualifiés	Ce qui précède et fournitures médicamenteuses	Échec; nécessité de recourir à la chirurgie pour terminer l'avortement; effets secondaires
Chirurgicale	Prestataires qualifiés	Tout ce qui précède, matériel chirurgical et une salle spéciale	Lacération cervicale; perforation utérine; échec rare

G. LE MISOPROSTOL COMME NOUVEAU TRAITEMENT NOTABLE DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

Dans les pays où l'avortement légal est réglementé, le modèle de SAA fournit un cadre de soins destinés aux femmes qui ont des complications découlant d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité (voir page 7). Le traitement de l'avortement incomplet constitue un volet essentiel des services de SAA et le misoprostol peut servir d'option de traitement efficace. Le traitement au misoprostol peut être facilement intégré aux services de SAA existants avec une formation initiale pour les prestataires. En outre, le misoprostol est une option de traitement sûr et efficace pour les SAA dans les endroits où il n'existe pas d'autres options de traitement ou là où il existe peu de prestataires qualifiés.

Volets essentiels des soins après avortement dans les endroits où les services d'avortement sont restreints²¹

1. Partenariats entre la collectivité et les prestataires de services pour la prévention
 - Prévenir les grossesses non désirées et les avortements à risques
 - Mobiliser des ressources en vue d'aider les femmes à recevoir des soins adéquats et en temps utile pour les complications découlant de l'avortement
 - Assurer que les services de santé reflètent les besoins et attentes de la collectivité et y satisfont
2. Counseling
 - Identifier et satisfaire les besoins émotionnels, de la santé physique des femmes et s'enquérir de leurs préoccupations
3. Traitement
 - Traiter l'avortement incomplet et à risques et les complications potentiellement mortelles
4. Services de contraception et de planification familiale
 - Aider les femmes à prévenir une grossesse non désirée et à pratiquer l'espacement des naissances
5. Services de santé génésique et autres
 - De préférence fournis sur site ou par le biais d'aiguillages vers d'autres établissements accessibles au sein des réseaux de prestataires

III. TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET PAR LE MISOPROSTOL

A. QUI EST QUALIFIEE A RECEVOIR DU MISOPROSTOL POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET?

Critères d'éligibilité

Le misoprostol peut être utilisé pour l'avortement incomplet non compliqué à un stade précoce.

Les femmes qualifiées présentent ce qui suit:

- Un col ouvert
- Des saignements vaginaux ou des antécédents de saignements vaginaux durant cette grossesse
- Une taille utérine de 12 semaines d'aménorrhée ou moins

Évaluation de la taille utérine

Les prestataires devraient évaluer la taille utérine d'une femme avant de lui administrer du misoprostol. Une femme présentant un utérus inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée est éligible au traitement au misoprostol. La taille utérine peut être estimée au moyen d'un examen physique. Une datation précise de l'âge gestationnel initial n'est pas nécessaire à condition que la taille utérine soit équivalente à celle d'une grossesse de 12 semaines d'aménorrhée ou moins au moment où la femme se présente pour traitement.

Les femmes qui NE sont PAS qualifiées présentent ce qui suit:

- Une allergie connue au misoprostol ou à une autre prostaglandine
- Une grossesse extra-utérine soupçonnée
- Des signes d'infection pelvienne et/ou de septicémie

- Une instabilité ou un choc hémodynamique

Précautions d'usage du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet:

- Dispositif intra-utérin (DIU) en place: Les femmes qui ont un DIU en place devraient se le faire enlever avant l'administration du misoprostol.
- Informations aux femmes qui allaitent: le misoprostol se métabolise rapidement dans l'organisme,^{22,23} toutefois, de petites quantités de misoprostol ou de son métabolite pourraient passer dans le lait maternel. Aucun effet indésirable n'a été rapporté parmi les nourrissons qui tètent et il n'existe aucune incidence connue découlant de cette exposition.²⁴ En cas d'inquiétude, il devrait être recommandé aux femmes de se débarrasser du lait maternel produit pendant les toutes premières heures suivant l'administration du misoprostol.
- Taille utérine de 12 semaines d'aménorrhée ou plus: le misoprostol peut être utilisé avec prudence chez les femmes dont la taille de l'utérus est supérieure à 12 semaines d'aménorrhée (p. ex. grossissement de l'utérus dû aux fibromyomes).

Mythe: Le misoprostol n'est pas un traitement approprié pour les femmes dans les zones rurales

Il se pourrait que le misoprostol soit l'option de traitement le plus approprié pour les femmes rurales parce que les soins peuvent être fournis par des prestataires de niveau intermédiaire en l'absence d'équipement chirurgical et d'échographie. Si un établissement de traitement n'est pas en mesure de terminer l'avortement par la chirurgie en cas d'échec de la méthode, une clinique centrale peut fournir ces soins.

B. QUI PEUT FOURNIR DU MISOPROSTOL POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET?

Le misoprostol peut être fourni par les prestataires de niveau intermédiaire et qualifiés qui interviennent dans les établissements de soins primaires, secondaires et tertiaires. La compétence la plus importante consiste à savoir qui pourrait profiter

du traitement. Les prestataires qui offrent d'autres services de santé génésique pourraient déjà avoir les compétences requises pour offrir le misoprostol comme option de traitement pour l'avortement incomplet.

Mythe: Seuls les médecins peuvent administrer le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet

 tant donné la nature du traitement au misoprostol (un traitement par voie orale) le personnel soignant qualifié non médecin peut être composé de prestataires pour un traitement efficace, ce qui augmenterait le nombre de prestataires. Dans certains endroits, les infirmières, les sages-femmes et les autres prestataires qualifiés non médecins, utilisent déjà le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet.

C. DOSE ET MOMENT CHOISI POUR L'ADMINISTRATION

De forts taux d'efficacité et des profils d'effets secondaires acceptables ont été obtenus avec une dose orale unique de 600 μg ^{13,14,15,16,18} et une dose sublinguale unique de 400 μg de misoprostol¹⁴ à la fois. De récentes recherches ont montré que ces deux régimes posologiques conviennent tout aussi bien.¹⁴ Un dosage répété durant un bref intervalle ne semble pas améliorer l'efficacité.²⁵ Le régime posologique du dosage recommandé consiste en une administration unique de soit 600 μg de misoprostol oral, soit 400 μg de misoprostol sublingual (voir Tableau 3). La dose la plus faible pourrait être avantageuse dans les endroits où le coût du misoprostol est une source de préoccupation. La réussite du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet au premier trimestre est indépendante de l'âge gestationnel au moment de la fausse couche/l'avortement.²⁶

Tableau 3: Régimes posologiques recommandés du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet^{12,27}

Dose de misoprostol	Voie d'administration
600 mcg	orale
400 mcg	sublinguale

Madagascar: Adaptation d'un régime posologique de 400 µg de misoprostol sublingual pour les SAA aux normes et protocoles nationaux de santé génésique

À Madagascar, un grand hôpital-maternité a récemment mené une étude comparant une dose de 400 µg de misoprostol sublingual à celle de 600 µg de misoprostol oral pour le traitement de l'avortement incomplet.¹⁴ Peu après le lancement de l'étude, les prestataires ont clairement observé que le traitement au régime du misoprostol produisait de forts taux d'efficacité en plus d'un accès accru et des services améliorés. Des médecins surchargés ont vu leur charge de travail baisser pendant que des infirmières sages-femmes examinaient et traitaient des patientes hospitalisées pour SAA. Ces prestataires de niveau intermédiaire étaient également chargés du suivi des patientes. Étant donné le coût plus faible d'une dose de 400 µg par rapport à celui d'une dose de 600 µg et l'efficacité similaire, le Ministère de la Santé a ajouté un régime de 400 µg de misoprostol sublingual pour le traitement de l'avortement incomplet aux Normes et Protocoles nationaux de santé génésique.

À Madagascar, de futurs programmes comprennent l'élargissement de l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet aux niveaux inférieurs du système. La priorité consistera à fournir une formation et à mettre au point des programmes d'études à l'intention des prestataires de niveau inférieur. Le potentiel du misoprostol pourrait être mieux atteint comme traitement de première intention dans les établissements de santé au niveau communautaire lorsqu'il est utilisé par les prestataires de santé de niveau inférieur tels que les infirmières et les sages-femmes.

D. VOIE D'ADMINISTRATION

Le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet a été administré par voie vaginale, orale et sublinguale.^{14,28,29,30} Nombre d'études ont démontré une efficacité (supérieure à 90 %) et une acceptabilité très haute lorsque la voie orale est utilisée.^{13,14,15,16,18} Les femmes ainsi que les prestataires trouvent la voie orale efficace, simple et acceptable. En outre, la plupart des comprimés de misoprostol sont formulés pour l'administration orale. Une évolution récente a montré que l'administration d'une dose sublinguale plus faible est aussi efficace que l'administration orale.¹⁴ Si le misoprostol est pris par voie sublinguale, la femme garde le comprimé sous sa langue pendant environ 30 minutes. Tout fragment restant peut être avalé avec de l'eau.

E. L'INNOCUITE DU MISOPROSTOL POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

Le misoprostol a fait l'objet d'études pour le traitement de l'avortement incomplet dans nombre de pays et d'endroits. Des milliers de femmes désirant des soins après avortement sans presque aucun effet secondaire, l'ont utilisé. Le misoprostol n'a pas été lié à des répercussions de longue durée sur la santé des femmes.

Les problèmes d'innocuité communément cités comprennent:

- Les saignements excessifs: Les saignements excessifs justifiant une transfusion, sont rares;³¹ par rapport aux autres traitements, le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet n'est pas plus susceptible de donner lieu à une transfusion que les autres traitements.¹⁹
- Anémie: Le traitement au misoprostol n'est pas lié à un risque accru d'anémie. Une étude récemment menée indique qu'il n'existe pas de différence cliniquement significative du changement du taux d'hémoglobine entre les femmes traitées au misoprostol et l'AMIU pour l'avortement incomplet. Très peu de femmes ont fait l'expérience de baisses cliniquement significatives du taux d'hémoglobine (0,3 % de misoprostol, 0,9 % d'AMIU).³²

- Infection: Le risque d'infection est faible. Le taux d'infection parmi les femmes qui reçoivent du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet est identique au taux d'infection parmi les femmes qui reçoivent d'autres traitements.^{19,20} L'affirmation selon laquelle le misoprostol augmenterait le risque d'infection est sans fondements.
- Grossesse extra-utérine: Le misoprostol ne peut pas causer, compliquer ou traiter une grossesse extra-utérine. La méthode est contre-indiquée pour une grossesse extra-utérine suspectée.¹² Il est toutefois possible de confondre les symptômes d'une grossesse extra-utérine (douleurs pelviennes et saignements par exemple) à ceux d'une perte de grossesse spontanée. Une évaluation soigneuse avant le traitement et un bon jugement clinique sont cruciaux pour identifier les femmes qui présentent une grossesse extra-utérine soupçonnée afin qu'elles puissent être orientées pour un diagnostic et un traitement appropriés.
- Utilisation chez les femmes ayant des antécédents de césarienne: Il n'existe aucune raison clinique de priver de misoprostol les femmes ayant préalablement eu une césarienne. Ces femmes n'ont pas été exclues des études portant sur le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet; en général, le misoprostol utilisé pour l'avortement incomplet conformément aux directives susmentionnées, ne présente pas de danger pour cette tranche de la population.
- Effets tératogènes: Les femmes sollicitant des services de SAA n'ont pas de grossesse viable; par conséquent, les préoccupations relatives aux effets tératogènes potentiels du misoprostol n'entrent pas en ligne de compte pour cette indication.

IV. PRESTATION DE SERVICES, CALENDRIER DES VISITES ET GESTION DES COMPLICATIONS

A. L'ÉCHOGRAPHIE

L'équipement échographique n'est pas indispensable pour fournir du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet. Le misoprostol peut être offert dans les établissements de SAA et à tous les niveaux de soins où l'équipement échographique fait défaut ou là où l'échographie est trop onéreuse. Les antécédents médicaux et un examen clinique peuvent diagnostiquer un avortement incomplet; une évacuation complète peut être évaluée à l'aide du même ensemble de techniques cliniques.³³ Plusieurs études récentes menées dans les milieux démunis ont utilisé l'échographie pour diagnostiquer l'avortement incomplet (<5 % des diagnostics ont été confirmés par échographie) ou pour confirmer une évacuation utérine.^{13,14,15,18}

L'échographie peut être utilisée si le prestataire a des compétences de la technique: le risque majeur concerne l'interprétation exagérée de quantités normales de débris dans l'utérus, qui peut entraîner une interruption de grossesse chirurgicale non nécessaire. Les prestataires devraient être informés qu'il a été établi qu'à la visite de suivi, l'échographie des femmes ayant été traitées au misoprostol de façon satisfaisante, indique qu'elles ont un large spectre d'épaisseur endométriale; de ce fait, il est recommandé que la décision de mener une évacuation chirurgicale repose sur les signes cliniques plutôt que sur les résultats de l'échographie.³⁴ Une intervention non nécessaire pour évacuer l'utérus pourrait survenir lorsque les prestataires voient des débris sur l'échographie mais interprètent mal son importance clinique.³⁵

Mythe: L'échographie est nécessaire avant et après le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet

Nombre de prestataires s'inquiètent d'offrir le misoprostol dans les endroits où l'échographie pourrait ne pas être disponible. Toutefois, l'échographie n'est pas nécessaire pour utiliser le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet. Les antécédents médicaux et l'examen clinique suffisent pour le diagnostic de l'avortement incomplet; l'évaluation complète peut être évaluée de la même manière. La pratique a démontré l'innocuité et l'efficacité du misoprostol en l'absence d'échographie systématique.^{13,14,15,18} Les prestataires peuvent orienter les femmes vers des établissements dotés d'équipement échographique s'ils ne sont pas certains du statut de la femme suivant le traitement au misoprostol.

B. L'EXPERIENCE DES PRESTATAIRES

L'efficacité du misoprostol comme option de traitement pour les services de soins après avortement dépend en partie de la connaissance que le prestataire a du régime posologique et de la confiance qu'il y place. Au moment d'utiliser le misoprostol comme option de traitement pour les services de SAA, l'efficacité de la méthode dépend en partie de la connaissance que le prestataire a du régime posologique et de la confiance qu'il y place. L'évaluation clinique du moment où une intervention chirurgicale est médicalement nécessaire et de sa probabilité, est subjective et dépend de l'expérience acquise avec la méthode. Les prestataires qui ont confiance au régime posologique et qui le connaissent, sont plus susceptibles de prendre des décisions cliniques qui évitent l'intervention chirurgicale.³⁶ Un prestataire dépourvu d'expérience pourrait se sentir gêné de permettre que le misoprostol suive son cours ou pourrait mal évaluer le statut du processus d'avortement et décider de mener une intervention chirurgicale. En conséquence, à mesure que les prestataires s'habituent au misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet, les taux de réussite augmenteront en général.²⁵

C. LE CALENDRIER DES VISITES CLINIQUES

Une femme qui choisit le misoprostol pour le traitement de son avortement incomplet a habituellement une visite initiale et pourrait être encouragée à avoir une visite de suivi. Durant la visite initiale, le diagnostic de l'avortement incomplet est fait, la femme reçoit le counseling et les informations relatives à ce à quoi elle doit s'attendre avec le traitement et le misoprostol est administré. Selon le système de soins et la préférence du prestataire et de la patiente, la femme peut prendre le misoprostol soit à la clinique, soit à domicile. Il n'existe aucune raison médicale de garder les femmes en observation à la clinique après l'administration du misoprostol.

Mythe: Les femmes devraient être gardées en observation à la clinique après l'administration du misoprostol ou jusqu'à ce que l'avortement soit complet

Il n'existe pas de raison médicale de garder les femmes en observation à l'hôpital ou à la clinique suivant l'administration du misoprostol. Les femmes peuvent être renvoyées à domicile avec le misoprostol pour le prendre plus tard ou immédiatement après l'avoir pris à la clinique. Elles devraient être informées des effets secondaires potentiels, comment y faire face et quand elles doivent solliciter des soins supplémentaires. Plusieurs cas récents dans des milieux démunis ont suivi ces directives et réalisé une haute efficacité avec de faibles taux de complications.^{13,15,16,18}

Les prestataires devraient également s'assurer d'impartir assez de temps pour que le misoprostol agisse dans la mesure où la durée du processus peut varier d'un jour à plusieurs semaines.³⁷ Afin d'éviter une intervention chirurgicale non nécessaire, la visite de suivi prévue pour évaluer l'état de santé, devrait être fixée pas moins de 7 jours après l'administration du misoprostol. Ce calendrier de visites est lié à des taux de réussite régulièrement élevés mais la méthode échoue pour environ une (1) femme sur 20. À moins qu'elle soit médicalement nécessaire pour le contrôle

hémostatique ou la prévention de l'infection, une intervention chirurgicale avant 7 jours n'est pas recommandée. Les femmes devraient être informées qu'elles peuvent solliciter de l'aide médicale tout au long du traitement en cas de besoin.

Mythe: Le misoprostol m'est pas aussi sûr que les méthodes chirurgicales; le misoprostol a un taux plus élevé de saignements abondants comparé aux méthodes chirurgicales

Les femmes devraient être informées de ce à quoi elles devraient s'attendre après le traitement au misoprostol et du moment où elles devraient solliciter de l'aide en cas de saignements abondants. Les saignements excessifs nécessitant une transfusion ne sont pas plus susceptibles de découler du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet que de la prise en charge chirurgicale. Certaines recherches indiquent que plus de femmes rapportent des saignements abondants avec la prise en charge médicamenteuse par rapport à la prise en charge chirurgicale,^{15,16,18} alors que d'autres recherches trouvent les modèles de saignements similaires suivant le traitement avec soit le misoprostol, soit les méthodes chirurgicales.^{32, 38}

D. LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET DES COMPLICATIONS

Les effets secondaires liés au misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet ont été bien étudiés et sont faciles à prendre en charge en règle générale. Chaque femme devrait être informée des effets secondaires potentiels et de la manière de les gérer. Les femmes devraient également être enjointes de solliciter des soins supplémentaires (soit à la clinique, soit dans un établissement d'urgence) en cas de saignements très abondants et/ou prolongés ou de fièvre persistante. Le Tableau 4 énumère les effets secondaires courants et les stratégies de gestion.

Tableau 4: Effets secondaires courants du misoprostol et leur gestion lorsqu'utilisé pour les SAA

	Description	Gestion
Douleur/ crampes	Les crampes apparaissent souvent durant les toutes premières heures mais peuvent commencer dès 30 minutes suivant l'administration du misoprostol. La douleur peut être plus forte que celle régulièrement éprouvée durant les règles menstruelles.	<ul style="list-style-type: none"> > Position assise ou couchée confortable > Bouillotte ou coussin chauffant > Paracétamol/acétaminophène > Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'ibuprofène
Frissons/fièvre	Les frissons constituent un effet secondaire fugace quoique courant du misoprostol. La fièvre est moins commune et n'indique pas nécessairement une infection. En général, la montée de la température ne dure pas plus de quelques heures. Bien que l'infection soit rare, la fièvre ou les frissons qui persistent pendant plus de 24 heures pourraient indiquer une infection.	<ul style="list-style-type: none"> > Réassurance que les frissons et la fièvre sont des effets secondaires fréquents du misoprostol > Antipyrétiques en cas de besoin > Si la fièvre ou les frissons persistent pendant plus de 24 heures ou apparaissent plus d'un jour après la prise du misoprostol, les femmes devraient être enjointes de contacter un prestataire médical
Saignements	En général, les saignements vaginaux commencent dans l'heure suivant l'administration du misoprostol. Les saignements durent souvent 5 à 8 jours en moyenne (mais pourraient se poursuivre jusqu'à deux semaines). Les pertes vaginales légères peuvent persister jusqu'aux prochaines règles menstruelles.	<ul style="list-style-type: none"> > Donner des informations aux femmes sur le volume de saignements prévu > Les femmes devraient être invitées à informer un prestataire médical si elles éprouvent ce qui suit: <ul style="list-style-type: none"> • Trempage de plus de 2 serviettes hygiéniques très grandes (ou l'équivalent local) chaque heure pendant plus de 2 heures consécutives • Saignements abondants soudains après que les saignements ont diminué ou se sont arrêtés pendant plusieurs jours • Saignements continus pendant plusieurs semaines avec vertiges ou étourdissement
Saignements abondants	Les saignements abondants et/ou prolongés qui causent un changement significatif du taux d'hémoglobine ne sont pas courants. Quelques femmes présenteront des saignements abondants selon les directives susmentionnées.	<ul style="list-style-type: none"> > Intervention chirurgicale pour terminer l'avortement au cas où les saignements seraient abondants ou prolongés > Administration de liquides intraveineux si un compromis hémodynamique se manifeste > La transfusion devrait être uniquement fournie en cas d'indication médicale claire
Nausées/ vomissements	Les nausées et les vomissements pourraient survenir et souvent disparaître dans les 2 à 6 heures. ¹²	<ul style="list-style-type: none"> > Rassurer les femmes que la nausée et les vomissements sont des effets secondaires éventuels > Un antiémétique pourrait être administré si nécessaire

Tableau 4: cont.

Diarrhée	La diarrhée est un effet secondaire courant, fugace du misoprostol qui devrait disparaître en l'espace d'un jour.	<ul style="list-style-type: none"> > Rassurer les femmes que la diarrhée est parfois liée à l'utilisation du misoprostol et disparaît rapidement
Infection	Une infection endométriale et/ou pelvienne établie est rare. L'infection est généralement traitée à l'aide d'antibiotiques oraux.	<ul style="list-style-type: none"> > La femme devrait être évaluée si une infection est soupçonnée > S'il y a des signes de septicémie ou d'infection grave, les femmes devraient immédiatement subir une évacuation chirurgicale et recevoir une couverture antibiotique > Les infections graves pourraient nécessiter une hospitalisation et des antibiotiques parentéraux

E. LE SUIVI

Tout suivi de routine programmé par les prestataires devrait être prévu pas moins de 7 jours après le traitement au misoprostol. Toutefois, très peu de visites de suivi s'avèrent être médicalement nécessaires pour la femme. Les femmes devraient être informées des symptômes de rétention de tissus et d'infection afin qu'elles sachent lorsqu'une visite de suivi est médicalement nécessaire.

Les femmes qui retournent à la clinique pour le suivi devraient être enjointes de rapporter les effets secondaires subis et les modèles de saignements. Un examen bimanuel permettra au prestataire de déterminer si l'utérus est ferme, rétroversé et de la taille d'avant la grossesse. Des situations dans les milieux pauvres ont montré que les antécédents de la patiente et l'examen clinique ne suffisent pas à établir si le processus est achevé.^{13,14,15,18} S'il est estimé qu'une femme a des produits de conception retenus mais n'éprouve aucun signe d'infection ou de saignements graves, le choix entre une visite de suivi supplémentaire environ une semaine plus tard et une évacuation chirurgicale immédiate (soit par D&C soit par l'aspiration par succion) devrait lui être donné. On pourrait également offrir aux femmes une dose supplémentaire de misoprostol lors de la visite de suivi, dans la mesure où cela pourrait être utile.

V. COUNSELING, MISE A DISPOSITION D'INFORMATIONS ET PRESTATION DE SERVICES

La mise à disposition d'informations constitue un volet important des soins après avortement. Les femmes devraient être informées de l'état de santé, des résultats des tests, des options de traitement et de gestion de la douleur, des soins de suivi et des lieu et moment où elles devraient chercher de l'aide en cas de complications.²¹ Le counseling et la mise à disposition d'informations sont particulièrement importants lorsque le misoprostol est utilisé pour le traitement de l'avortement incomplet. En préparant les femmes aux effets potentiels, les prestataires peuvent réduire la probabilité que les femmes soient anxieuses et sollicitent une intervention chirurgicale non nécessaire. Les femmes qui sont à l'aise et qui ont confiance en la méthode pourraient être plus susceptibles d'avoir une expérience positive et satisfaisante.

A. CHOIX D'UNE METHODE

Une brève description de chacune des méthodes de traitement devrait être fournie à la femme si le prestataire lui en présente plus d'une. La femme devrait avoir la possibilité de choisir le traitement qu'elle préfère à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications cliniques pour l'utilisation de toute méthode spécifique. Il est important de fournir des informations exhaustives, exactes et impartiales en vue de permettre aux femmes de choisir la méthode qui soit la plus appropriée pour elles. (Pour une comparaison des méthodes non interventionniste, chirurgicale et médicamenteuse, veuillez vous référer au Chapitre II.) Les prestataires devraient prendre le temps d'expliquer aux femmes qu'en cas d'échec du misoprostol ou de la prise en charge non interventionniste, elles pourraient devoir subir une intervention chirurgicale. Le Tableau 5 compare certains avantages et inconvénients du traitement chirurgical et médicamenteux pour l'avortement incomplet, tels qu'indiqués par les femmes.

Tableau 5: Avantages et inconvénients du traitement au misoprostol par rapport au traitement chirurgical, tels qu'indiqués par les femmes

	Traitement au misoprostol	Traitement chirurgical (D&C, AMIU, AEIU)
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> > peut éviter la chirurgie et l'anesthésie > plus naturel, comme la menstruation > les femmes peuvent être plus habilitées, plus impliquées > simple à prendre > soins avec hospitalisation non nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> > plus rapide > contrôlé par le prestataire > la femme peut être moins impliquée
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> > saignements, crampes et effets secondaires (réels ou redoutés) > attente, incertitude 	<ul style="list-style-type: none"> > effractif > faible risque de blessure utérine ou cervicale > faible risque d'infection > manque de confidentialité, d'autonomie

B. DETERMINATION DE L'ELIGIBILITE

Il est important que les prestataires examinent chaque femme pour s'assurer qu'elle remplit les critères d'admissibilité (voir le Chapitre III.) Une brève liste récapitulative citant la façon de déterminer si une femme est qualifiée à utiliser le misoprostol, se trouve ci-après.

- Posez des questions: Les prestataires devraient poser des questions en vue d'établir si les symptômes de la femme pourraient indiquer une grossesse extra-utérine. Les femmes qui présentent une grossesse extra-utérine soupçonnée devraient être orientées pour un diagnostic et un traitement adéquats. Les prestataires doivent également demander à la femme si elle est allergique au misoprostol ou à une autre prostaglandine.
- Examen clinique, y compris examen bimanuel: Les prestataires devraient confirmer que le col cervical de la femme est ouvert et que la taille de son utérus est inférieure à celle d'un utérus de 12 semaines d'aménorrhée.
- Exclure les signes d'infection grave: examinez la femme pour déceler un endolorissement utérin significatif, une fièvre $>38^{\circ}\text{C}$ et des pertes malodorantes. Si la femme présente au moins deux de ces symptômes, une évacuation chirurgicale immédiate devrait être pratiquée et le misoprostol ne devrait pas être administré.
- Exclure l'instabilité hémodynamique: Examinez la pression artérielle / le pouls de la femme. Les femmes qui ont une faible pression systolique et une haute fréquence du pouls pourraient nécessiter une intervention chirurgicale. Réexaminez ces femmes afin de déterminer si leurs signes vitaux indiquent une instabilité hémodynamique ou la crainte/l'anxiété.
- Déterminez si des précautions supplémentaires devraient être prises: Déterminez si la femme a un DIU en place et le cas échéant, enlevez-le avant le traitement au misoprostol. Demandez à la femme si elle est sous anticoagulants; ou si elle présente un trouble hémostatique connu, une prudence supplémentaire est recommandée. Alors qu'il n'existe aucune incidence connue de l'exposition au lait maternel, en ce qui concerne la femme, il peut lui être recommandé de se débarrasser du lait maternel pendant les toutes premières heures après l'administration du misoprostol.

Mythe: Le misoprostol n'est pas un traitement approprié si le prestataire soupçonne que la femme a essayé de compromettre sa grossesse

Les prestataires sont fréquemment préoccupés du traitement au misoprostol parmi les femmes qu'ils soupçonnent d'avoir essayé de compromettre leur avortement. Au cas où la femme présenterait des signes d'infection grave, un traitement chirurgical immédiat devrait lui être fourni. Autrement, le misoprostol peut être fourni pour traitement même si le médicament a été utilisé pour déclencher l'avortement. Il a été rapporté que l'administration de doses répétées de misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet a été effectuée sans l'apparition d'aucun effet indésirable.^{17,25} De nombreuses études ont indiqué que le traitement au misoprostol convient adéquatement pour les femmes qui ont pu provoquer leur avortement avec le misoprostol.^{14,16}

C. PREPARATION DES FEMMES A CE A QUOI ELLES DEVRAIENT S'ATTENDRE

Une discussion portant sur le traitement au misoprostol avec les femmes sollicitant des services d'avortement incomplet, devrait inclure ce qui suit:

- Une réponse aux questions des femmes: les femmes devraient avoir l'opportunité de poser des questions et devraient recevoir des réponses satisfaisantes avant de sélectionner une méthode de traitement.
- Informations relatives au misoprostol: Expliquez comment le misoprostol est administré et comment il agit. Informez les femmes que le misoprostol causera des contractions utérines et fera expulser les produits de conception restants.

- Taux de réussite: Expliquez que sur toutes les 20 femmes traitées au misoprostol, environ 1 (une) d'entre elles nécessitera une procédure chirurgicale pour achever le processus.
- Compréhension de la méthode: Expliquez que le contenu de l'utérus est susceptible de se vider dans la semaine qui suit l'administration du misoprostol.
- Effets secondaires: Expliquez que les femmes qui prennent le misoprostol ressentiront probablement des douleurs, des crampes et des saignements. Elles pourraient également avoir des frissons, de la fièvre, la nausée ou la diarrhée. Informez les femmes que ces effets secondaires disparaissent généralement après quelques heures bien que les saignements identiques aux règles menstruelles puissent se poursuivre pendant quelques jours.
- Soins de suivi: Les femmes devraient être encouragées à retourner à la clinique une à deux semaines plus tard en vue de déterminer si la méthode a été couronnée de succès.
- Complications éventuelles: Une description complète des complications devrait être fournie aux femmes. Les signes et les symptômes de complications graves devraient être expliqués de manière approfondie. Il pourrait être utile au besoin, de donner aux femmes un numéro de téléphone à appeler au cas où elles auraient des questions ou seraient préoccupées. Toutes les femmes devraient être enjointes de solliciter des soins d'urgence en cas de complications graves (voir le Chapitre IV pour les complications qui nécessitent une surveillance médicale.).
- Coût: Dans les centres de traitement où la femme paie pour les soins après avortement, le coût des options de traitement devrait faire l'objet d'une discussion.

D. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DE CONTRACEPTION

Toutes les femmes devraient être informées que la fertilité revient rapidement après la perte de grossesse au premier trimestre. En discutant des options de planification familiale avec les femmes durant le traitement de l'avortement incomplet, les prestataires peuvent aider à prévenir de futures grossesses non désirées. Les prestataires devraient garder à l'esprit que l'avortement incomplet peut découler d'une perte de grossesse soit spontanée soit déclenchée et alors que certaines femmes pourraient désirer la contraception, d'autres pourraient vouloir des informations relatives à une nouvelle grossesse.

Les sujets suivants devraient faire l'objet d'une discussion avec les femmes:

- Rassurez la femme qu'en règle générale, il n'y a pas de raison de croire qu'elle aura des difficultés à poursuivre une autre grossesse à terme à l'avenir.
- Il est fréquemment conseillé aux femmes qui souhaitent tomber enceintes encore d'attendre jusqu'à ce qu'elles aient au moins un cycle de règles menstruelles avant d'essayer de concevoir.
- La contraception devrait être offerte aux femmes qui ne désirent pas tomber enceintes à proche terme, qu'elles peuvent utiliser immédiatement. Ces femmes devraient recevoir des informations adéquates relatives à la contraception. Une méthode contraceptive appropriée dépendra des besoins et des préférences de chaque femme ainsi que de la disponibilité au niveau local. Reportez-vous au Tableau 6 pour les options en matière de contraception et les endroits où elles peuvent être offertes suivant l'administration du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet. Certains contraceptifs peuvent être offerts lors de la première visite alors que d'autres peuvent être intégrés à une visite de suivi si elle est prévue.

Tableau 6: Méthodes contraceptives et moment où elles peuvent être offertes sans danger après l'administration du misoprostol pour les soins après avortement

Méthode contraceptives	Moment où la méthode peut être offerte
Préservatifs	Lors de la première visite
Contraceptifs oraux	Lors de la première visite
Gelée, mousse, comprimés ou films contraceptifs	Lors de la première visite
Capot cervicale	L'ajustement devrait être reporté jusqu'à l'arrêt des saignements et jusqu'à ce que l'utérus retrouve sa taille d'avant la grossesse (après les premières règles menstruelles)
Diaphragme	Lors de la première visite
Contraceptifs injectables	Lors de la première visite
Implants	Lors de la première visite
Dispositifs intra-utérins (DIU)	Lors de la visite de suivi
Stérilisation	Les femmes sollicitant la stérilisation pourrait vouloir choisir le traitement chirurgical pour l'avortement incomplet dans la mesure où la stérilisation et l'achèvement du processus d'avortement peuvent être effectués en même temps

E. SERVICES DE SANTE GENESIQUE ET AUTRES SERVICES DE SANTE

Il est important de procéder à la visite de suivi afin de déterminer si la femme a besoin de services supplémentaires de santé génésique ou autres. L'intégration de ces services aux soins après avortement permet aux prestataires de soulever d'autres questions de santé alors que les femmes sont en contact avec les prestataires de soins de santé. Les orientations adéquates peuvent être effectuées au cas où l'établissement ne pourrait pas fournir ces services supplémentaires. D'autres services de santé pourraient comporter sur:²¹

- L'éducation à la prévention, le dépistage et le traitement des IST
- Le diagnostic et le traitement de l'infertilité
- L'éducation à l'hygiène
- L'aiguillage et le counseling pour les cas de violence sexuelle et/ou conjugale
- Le dépistage de l'anémie

F. FORMATION DES PRESTATAIRES ET DU PERSONNEL

Une formation approfondie sur la façon d'utiliser le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet améliorera la facilité et la technique d'utilisation de la méthode. Les cas recensés sur le traitement au misoprostol pour les soins après avortement indiquent qu'au fur et à mesure que les prestataires se familiarisent avec la méthode et que leur confiance en elle s'accroît, les taux de réussite et la satisfaction s'accroîtront également. Un cours de formation initiale sur le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet, devrait comporter les volets suivants:

- Pharmacologie et mécanisme d'action du misoprostol
- Disponibilité, conservation, efficacité et acceptabilité du misoprostol
- Admissibilité, contre-indications et précautions
- Diagnostic de l'avortement incomplet

- Rôle de l'échographie
- Régimes posologiques de l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet
- Counseling lors de l'utilisation du misoprostol comme option de traitement pour l'avortement incomplet
- Gestion des effets secondaires et des complications potentielles
- Suivi et évaluation de l'état de santé
- Mise à disposition après l'avortement de services de contraception et de planification familiale
- Mise à disposition après l'avortement de services de santé génésique et d'autres services médicaux

En règle générale, les études de cas sont assez utiles lors de la formation des prestataires, notamment lorsqu'il s'agit de discuter de l'évaluation de l'état de santé et de la gestion des effets secondaires. En supplément, les jeux de rôle et les activités de groupe sont souvent efficaces pour la formation sur le counseling et l'admissibilité.

G. PARTENARIATS ENTRE COLLECTIVITE ET PRESTATAIRES DE SERVICES

La collaboration entre les membres de la collectivité, les travailleurs sanitaires non professionnels, les prestataires de services et les guérisseurs traditionnels est cruciale pour améliorer la santé génésique des femmes.²¹ Par exemple, le misoprostol pourrait constituer l'option de traitement le plus approprié pour les femmes rurales parce qu'il peut être fourni par des prestataires de niveau intermédiaire en l'absence de prestataires chirurgicaux qualifiés ou de matériel chirurgical; toutefois, la méthode n'est pas efficace à 100 % et les prestataires qui ne peuvent pas pratiquer la procédure chirurgicale pour compléter l'avortement, devraient être en mesure d'orienter les femmes vers des prestataires qualifiés en cas d'échec de la méthode. De même, si l'établissement ne fournit pas de soins d'urgence, les prestataires devraient être en mesure de reconnaître les signes de danger et d'orienter les femmes vers les établissements appropriés.

H. ÉTABLISSEMENTS ET FOURNITURES SOUHAITABLES (MAIS NON NECESSAIRES)

- Équipement échographique: Tel qu'il a été discuté précédemment, l'échographie n'est pas nécessaire pour la prestation des services. Cependant, l'échographie pourrait être utile pour le diagnostic des complications rares.
- Médicaments analgésiques/antiémétiques: Ces médicaments peuvent être donnés aux femmes à l'avance pour qu'elles les prennent au besoin afin de soulager les effets secondaires éventuels.
- Immunoglobuline anti-RhD: Il n'existe présentement pas suffisamment de données pour recommander l'utilisation d'immunoglobulines anti-RhD pour l'avortement à un stade très précoce du premier trimestre. Si les normes locales en matière de soins indiquent de l'immunoglobuline anti-RhD pour les femmes de rhésus B négatif recevant un traitement pour l'avortement incomplet, ce traitement devrait alors être fourni en combinaison avec le misoprostol.

VI. INTEGRATION DU MISOPROSTOL AUX SERVICES EXISTANTS DE SOINS APRES AVORTEMENT

Le misoprostol pour l'avortement incomplet peut être facilement intégré aux services existants de SAA. Les prestataires qui pratiquent l'évacuation chirurgicale (D&C, AMIU, AEIU) pour les SAA peuvent ajouter le misoprostol à leurs choix de traitement, de préférence en permettant aux femmes de choisir entre les méthodes médicamenteuses et chirurgicales. Les exigences de base de l'utilisation du misoprostol pour les SAA concernent le personnel qualifié et les comprimés de misoprostol. Le personnel devrait être capable de diagnostiquer l'avortement incomplet, de déterminer l'admissibilité au traitement du misoprostol, de confirmer l'avortement complet et d'orienter les femmes et/ou de leur fournir des soins d'urgence en cas de besoin. En conséquence, les prestataires de SAA ont déjà les compétences requises pour offrir le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet. Les prestataires qui n'offrent présentement pas de services de SAA mais qui offrent présentement des services de planification familiale, des soins prénatals ou d'autres services de santé génésique, peuvent intégrer le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet à condition qu'ils aient accès à un établissement central au cas rare où la méthode échouerait ou où des complications surviendraient.

Intégration du misoprostol aux services existants de SAA: Expérience dans deux hôpitaux égyptiens

En 2008, une étude clinique au Centre Hospitalier Universitaire d'El Galaa, au Caire et à la Maternité Shatby à Alexandrie a comparé le misoprostol à l'AMIU pour le traitement de l'avortement incomplet.³² Près de 700 femmes ont été traitées pour l'avortement incomplet avec de forts taux de réussite (misoprostol 98,3 %, AMIU 99,7 %). Les saignements et les effets secondaires rapportés par les femmes ont été comparables et les femmes étaient très satisfaites de leur traitement au misoprostol.

L'intégration du misoprostol aux services existants de SAA par le biais de l'étude pilote a fourni une expérience significative aux prestataires en leur permettant de prendre confiance en l'efficacité et en l'innocuité d'un régime posologique sublingual de 400 µg de misoprostol. Au départ, les prestataires étaient réticents à permettre aux femmes de quitter l'hôpital immédiatement après la prise du misoprostol, mais au fil du temps, ils n'ont établi aucune raison de prolonger le séjour des femmes. Ils sont également devenus convaincus de l'importance des antécédents médicaux et de l'examen clinique pour le traitement des SAA et ont considéré l'échographie non pas comme un outil essentiel de diagnostic régulier, mais comme un moyen de confirmer l'évaluation clinique. Ces changements de pratiques et d'attitudes des prestataires ont donné lieu à l'acceptation du misoprostol comme option de traitement adéquat de l'avortement incomplet et au développement réussi des services de SAA.

VII. GROSSESSES ARRETEES

Alors que les informations présentées dans ce guide d'utilisation concernent l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet, le misoprostol peut être également utilisé pour traiter la grossesse arrêtée/la grossesse avec sac embryonnaire vide. La grossesse arrêtée/la grossesse avec sac embryonnaire vide est diagnostiquée par l'échographie et est définie comme une grossesse où il n'existe pas d'embryon (sac vide) ou une mort fœtale non décelée. En règle générale, les femmes qui font l'expérience d'une grossesse arrêtée présentent peu ou pas de saignements et ne présentent aucun autre signe ou symptôme visible.³⁹

Les régimes posologiques recommandés pour la grossesse arrêtée/la grossesse avec sac embryonnaire vide sont de 800 µg de misoprostol administré par voie vaginale ou 600 µg de misoprostol donné par voie sublinguale.³⁹ Le Tableau 7 énumère plusieurs études qui ont examiné un éventail de régimes posologiques avec des taux de réussite oscillant entre 50 et 93%.

Tableau 7: Le misoprostol pour les grossesses arrêtées précoces: avortement manqué/grossesse avec sac embryonnaire vide

Année	Auteur	N	Dose de misoprostol (µg)	Dose supplémentaire de misoprostol	Temps mis avant la réussite	Réussite
2007	Shankar M, et coll. ⁴⁰	75	800 par voie vaginale	400 par voie orale dans un intervalle de 3 heures jusqu'à 2 doses à partir du lendemain	Jour 7 à 10	77,3 %
2007	Sharma D, et coll. ⁴¹	50	600 par voie sublinguale	600 toutes les 3 heures jusqu'à 1800	72 heures	86%
2006	Tang OS, et coll. ⁴²	180	600 par voie sublinguale	600 toutes les 3 heures jusqu'à 1800; 90 patientes ont reçu 400 par voie sublinguale chaque jour pendant 7 jours supplémentaires	Jour 9	92 % groupe de base; 93 % groupe de traitement prolongé
2006	Vejborg TS, et coll. ⁴³	254	400 par voie vaginale ou 800 par voie vaginale	Aucune	Jour 2 à 4	Grossesses arrêtées: 43% 400 µg; 59 % 800 µg Avec sac embryonnaire vide: 36% 400 µg; 47% 800 µg

Tableau 7: cont.

2005	Agostini A, et coll. ⁴⁴	276	800 par voie vaginale	Aucune	24 heures	65,2 %
2005	Blohm F, et coll. ⁴⁵	64	400 par voie vaginale	Aucune	Jour 6 à 7	81%
2005	Kovavisarach E, et coll. ⁴⁶	114	600 ou 800 par voie vaginale	Aucune	24 heures	46 % 600 µg; 68 % 800 µg
2005	Lister MS, et coll. ⁴⁷	18	800 par voie vaginale	800 par voie vaginale 24 heures plus tard si nécessaire	48 heures	83%
2005	Sifakis S, et coll. ⁴⁸	108	400 par voie vaginale	400 par voie vaginale toutes les 4 heures jusqu'à 1200 par jour pendant 3 jours	Jour 3	91%
2005	Zhang J, et coll. ⁴⁹	454	800 par voie vaginale	800 par voie vaginale au 3 ^{ème} jour, si nécessaire	Jour 8	88 % grossesses arrêtées; 81 % grossesse avec sac embryonnaire vide
2004	Bagratee JS, et coll. ⁵⁰	45	600 par voie vaginale	600 par voie vaginale au 2 ^{ème} jour, si nécessaire	Jour 7	87%
2004	Davis AR, et coll. ⁵¹	77	800 par voie vaginale à sec ou 800 par voie vaginale humecté	Aucune	Jour 30	85%
2004	Gilles JM, et coll. ⁵²	80	800 par voie vaginale à sec ou humecté	Dose répétée 48 heures plus tard si nécessaire	Jour 7	85%
2004	Graziosi GC, et coll. ⁵³	79	800 par voie vaginale	800 par voie vaginale 24 heures plus tard si nécessaire	48 heures	53%
2004	Murchison A, et coll. ⁵⁴	44	800 par voie vaginale	800 par voie vaginale 24 heures plus tard si nécessaire	48 heures	78%
2004	Ngoc NTN, et coll. ⁵⁵	198	800 par voie orale ou 800 par voie vaginale	Aucune	Jour 2 & Jour 7	Jour 2: 42 % par voie orale; 53 % par voie vaginale Jour 7; 89 % par voie orale; 93 % par voi vaginale

Tableau 7: Le misoprostol pour les grossesses arrêtées précoces: avortement manqué/grossesse avec sac embryonnaire vide: cont.

2004	Taner CE, et coll. ⁵⁶	54	200 par voie orale et 800 par voie vaginale	Aucune	24 heures	89%
2003	Al Inizi SA, et coll. ⁵⁷	27	400 par voie vaginale	400 par voie vaginale toutes les 12 heures jusqu'à 4 doses	48 heures	70%
2003	Tang OS, et coll. ⁵⁸	80	600 par voie vaginale ou 600 par voie sublinguale	Dose répétée toutes les 3 heures jusqu'à 1800 au maximum	Jour 7	87,5 % (moyenne pondérée)
2002	Kovavisarach E, et coll. ⁵⁹	27	400 par voie vaginale	Aucune	24 heures	63%
2002	Muffley PE, et coll. ⁶⁰	25	800 par voie vaginale	800 par voie vaginale 24 et 48 heures plus tard si nécessaire	Jour 3	60%
2002	Wood SL, et coll. ⁶¹	25	800 par voie vaginale	800 par voie vaginale	48 heures	80%
2001	Demetroulis C, et coll. ⁶²	26	800 par voie vaginale	Aucune	8 à 10 heures	77%
2001	Ngai SW, et coll. ⁶³	25	400 par voie vaginale	400 par voie vaginale aux 3ème et 5ème jours	Jour 15	80%
2000	Ayres de Campos D, et coll. ⁶⁴	74	600 par voie vaginale (humecté de solution saline)	600 par voie vaginale 4 à 5 heures plus tard si nécessaire	10 à 12 heures	57%
1999	Autry A, et coll. ⁶⁵	9	800 par voie vaginale	Aucune	Jours 10 à 14	89%
1999	Chung TKH, et coll. ⁶⁶	321	400 par voie orale	400 par voie orale toutes les 4 heures	24 heures	50%
1998	Zalanyi S, et coll. ⁶⁷	25	200 par voie vaginale	200 toutes les 4 heures jusqu'à 800	10 heures	88%
1997	Creinin M, et coll. ⁶⁸	20	400 par voie orale ou 800 par voie vaginale	Dose répétée 24 heures plus tard si nécessaire	Jour 3	25 % par voie orale; 88 % par voie vaginale
1997	Herabutya Y, et coll. ⁶⁹	43	200 par voie vaginale	Aucune	24 heures	83%

VIII. PERSPECTIVES

Étant donné son innocuité, son efficacité et sa facilité d'utilisation, le misoprostol représente une importante option pour le traitement des femmes qui présentent un avortement incomplet. Ce guide d'utilisation montre la façon dont le misoprostol peut être fourni dans les milieux démunis où la demande de services pourrait être forte et la disponibilité de prestataires qualifiés et d'équipement est souvent rare. Le misoprostol peut accroître l'accès au traitement pour celles qui en ont le plus besoin – les femmes qui présentent des complications découlant d'avortements clandestins provoqués.

Les associations professionnelles telles que le collège américain de gynécologie-obstétrique recommande le misoprostol pour les soins après avortement et l'organisation mondiale de la santé a ajouté le misoprostol à sa Liste modèle de médicaments essentiels pour la gestion de l'avortement incomplet et de la fausse couche.¹⁷ Ces recommandations reposent sur une évaluation d'un grand nombre de recherches portant sur la gestion de l'avortement incomplet qui montre que le misoprostol est comparable à l'innocuité et à l'efficacité des traitements chirurgicaux. En outre, les prestataires de niveau intermédiaire non qualifiés en techniques chirurgicales peuvent utiliser la méthode, tout en réduisant ainsi le fardeau des soins dans les établissements de soins de niveau supérieur qui sont pourvus de l'équipement et des compétences nécessaires à un traitement chirurgical. L'introduction du misoprostol dans les établissements de santé de niveau primaire et secondaire peut accroître les options pour les femmes tout en réduisant les coûts du système de soins.

À présent, les conditions requises sont créées pour l'introduction du misoprostol aux services. Le misoprostol peut être facilement intégré aux services existants de soins après avortement ou établi comme option de traitement là où les autres options font défaut. Les suggestions fournies dans le présent guide d'utilisation peuvent aider à faciliter l'utilisation du misoprostol d'une manière simple et traditionnelle.

Afin d'optimiser l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet, une formation est nécessaire pour les prestataires de même qu'un approvisionnement durable en médicaments. Les étapes suivantes de la recherche

programmatisées pourraient comprendre le développement de modèles de prestation de services convenables et des analyses coûts-avantages qui comparent le misoprostol aux méthodes chirurgicales. Il sera utile d'en apprendre plus sur l'utilisation du misoprostol dans les milieux ruraux, parmi les populations ayant de forts taux d'infection non traitée ainsi que sur la mise en évidence de tout saignement abondant et d'autres complications. Ces initiatives peuvent aider les décideurs à gagner du terrain pour approuver, promouvoir et accroître l'utilisation du misoprostol de manière systématique pour le traitement de l'avortement incomplet.

En définitive, des services d'interruption de grossesse sûrs et efficaces sont nécessaires pour non seulement traiter les complications de l'avortement, mais surtout pour les prévenir. Par conséquent, les services pour traiter l'avortement incomplet n'éliminent pas le besoin d'accès aux services de planification familiale et d'avortement sans risques pour toutes les femmes. Pour celles qui ont effectivement besoin du traitement de l'avortement incomplet, le misoprostol devrait compléter l'accès à un traitement chirurgical sans risques dans la mesure où le traitement chirurgical sera parfois nécessaire selon l'état de santé de la femme, ses préférences et en appoint en cas d'échec du traitement initial. Des programmes exhaustifs pour traiter l'avortement incomplet avec des rôles pour le misoprostol aussi bien que pour les services chirurgicaux, améliorera la qualité des services offerts aux femmes, en fournissant un éventail d'options de traitement et de soins adéquats.

Le misoprostol peut radicalement transformer la manière dont les services sont fournis, les lieux de prestation et le type de prestataires qui fournissent les services d'avortement incomplet. Le misoprostol a le potentiel de réduire les complications résultant de l'avortement spontané et provoqué dans les milieux démunis où l'accès aux options de traitement sûr et efficace et leur disponibilité font encore défaut. Le misoprostol représente une importante technologie pour la santé féminine et le temps d'aller de l'avant est venu.

IX. ANNEXE

FOIRE AUX QUESTIONS

Durant les formations ou la prestation de services, des questions relatives à l'utilisation du misoprostol pour une nouvelle indication, pourraient être soulevées. Une liste de questions fréquemment posées et les réponses éventuelles qui pourraient être utiles se trouvent ci-après.

- **Le misoprostol est-il sans risque pour le traitement de l'avortement incomplet?**
Oui, le misoprostol a été utilisé en toute sécurité par des milliers de femmes à travers le monde pour traiter l'avortement incomplet. Parmi plus de deux mille femmes ayant été traitées lors des études cliniques récentes, il y a eu moins d'une douzaine d'hospitalisations, le plus souvent pour des traitements mineurs.
- **Quels sont les avantages du misoprostol en cas de disponibilité d'une alternative chirurgicale sûre?**
Le misoprostol constitue une autre option sûre de l'évacuation chirurgicale. Pour certaines femmes qui redoutent la chirurgie, le traitement sous anesthésie et préfèrent le traitement ambulatoire, le misoprostol pourrait être préférable. De plus, il pourrait être moins coûteux pour les systèmes de santé.
- **Les femmes sont-elles satisfaites du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet?**
Oui, les niveaux de satisfaction sont élevés parmi les femmes qui reçoivent un traitement au misoprostol. La plupart des femmes rapportent qu'elles choisiraient le misoprostol au cas où elles auraient encore besoin du traitement à l'avenir. Le fait d'offrir aux femmes un choix des méthodes de traitement est idéal dans les endroits où c'est faisable.

- Quelles sont les compétences requises pour offrir le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet?**

Les prestataires doivent être en mesure d'identifier les femmes qui ont besoin du traitement pour l'avortement incomplet et doivent être capables de diagnostiquer une infection grave qui nécessite des soins chirurgicaux immédiats. Une femme qui présente un utérus de 12 semaines d'aménorrhée ou moins est éligible pour le traitement. La taille utérine peut être estimée par les prestataires au moyen d'un examen physique. Les compétences chirurgicales ne sont pas nécessaires pour offrir le misoprostol.
- Quel type d'aiguillage est nécessaire vers les services spécialisés?**

Les femmes présentant un avortement incomplet, qui choisissent le traitement au misoprostol et remplissent les critères de traitement, peuvent être traitées sans aiguillage vers les services spécialisés. Plus de neuf femmes sur dix qui étaient précédemment orientées vers un niveau de soins supérieur, n'auront pas besoin d'aiguillage vers des services spécialisés une fois que le misoprostol est disponible. Tout système d'aiguillage vers des services spécialisés ayant déjà été mis en place pour les soins après avortement, peut être utilisé pour les femmes non admissibles au misoprostol et pour les cas compliqués.
- L'échographie est-elle nécessaire avant et après l'utilisation du misoprostol pour l'avortement incomplet?**

Non, l'échographie n'est pas requise au moment d'offrir le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet. Les antécédents et un examen cliniques peuvent diagnostiquer un avortement incomplet; une évacuation complète après le traitement au misoprostol peut être évaluée au moyen du même éventail de techniques cliniques. L'inconvénient majeur de l'usage de l'échographie concerne l'interprétation exagérée de quantités normales de débris dans l'utérus, ce qui peut entraîner une procédure chirurgicale non nécessaire pour compléter le processus d'avortement.
- Le misoprostol est-il sûr pour les femmes qui n'ont jamais accouché et qui font l'expérience d'une fausse couche?**

Oui, le misoprostol est une méthode sûre pour les femmes qui font une fausse couche et qui n'ont jamais accouché.

- **L'utilisation du misoprostol est-elle sans danger pour les femmes ayant précédemment subi une césarienne?**

Oui, il n'existe aucune raison clinique de refuser le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet chez les femmes ayant précédemment subi une césarienne. De nombreux essais étudiant l'utilité du médicament pour le traitement de l'avortement incomplet, n'ont pas exclu ce groupe de femmes. (Une taille utérine de < 12 semaines d'aménorrhée assurera que le misoprostol demeure sans risque pour les femmes qui présentent des cicatrices utérines.)

- **Une femme qui présente un avortement incomplet peut-elle être traitée au misoprostol même si elle a pu avoir déjà pris le misoprostol (pour provoquer l'avortement)?**

Oui. Certains prestataires ont exprimé leurs préoccupations relatives à l'administration à nouveau du misoprostol aux femmes si elles l'ont déjà pris avant de se présenter à l'établissement de santé. Le misoprostol peut être offert pour le traitement même si le médicament a été utilisé pour provoquer l'avortement. Il a été rapporté que des doses répétées de misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet ne produisent aucun effet indésirable. De nombreuses études ont montré que le traitement au misoprostol convient parfaitement aux femmes qui ont pu provoquer leur avortement à l'aide du misoprostol.

- **Le misoprostol peut-il être utilisé si la femme présente plus de 12 semaines d'aménorrhée?**

La directive qui figure dans cette brochure portant sur l'utilisation du misoprostol pour l'avortement incomplet est applicable lorsque la taille utérine n'est pas plus grande que prévu pour une grossesse de 12 semaines. Toutefois, la durée de l'aménorrhée pourrait être plus longue que 12 semaines dans la mesure où il se pourrait que le contenu de l'utérus eût déjà été expulsé. En règle générale, des doses plus faibles sont nécessaires pour remplir les conditions d'efficacité et de sécurité lorsque l'utérus est plus grand.

- Une femme devrait-elle recevoir du misoprostol si elle présente des signes d'infection?**

Les femmes qui présentent au moins deux signes d'infection (endolorissement utérin significatif, fièvre >38°C, écoulement vaginal malodorant) devraient subir une évacuation chirurgicale immédiate et recevoir une couverture antibiotique.
- Quels sont les effets secondaires du traitement au misoprostol?**

Les effets secondaires prévus comprennent la douleur, les crampes, la nausée, les vomissements, la fièvre et les frissons. Ces effets secondaires sont facilement pris en charge, fugaces et généralement légers. La majeure partie des femmes rapportent que les effets secondaires sont tolérables.
- Les femmes qui reçoivent le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet deviennent-elles anémiques?**

Non, ce traitement n'est pas lié à un risque accru d'anémie. En fait, les données issues d'une étude ayant été récemment menée sur ce sujet, n'indiquent aucune différence cliniquement significative du changement du taux d'hémoglobine parmi les femmes ayant été traitées au misoprostol ou subi une AMIU. Très peu de femmes éprouvent des baisses cliniquement significatives du taux d'hémoglobine.
- Le traitement au misoprostol accroît-il le risque d'infection?**

Non, il n'existe aucune donnée qui corrobore que le traitement au misoprostol accroît le risque d'infection.
- Les femmes devraient-elles systématiquement recevoir des antibiotiques avec le misoprostol?**

Non, une couverture antibiotique systématique n'est pas nécessaire. Les normes locales relatives à l'usage d'antibiotiques devraient être respectées. Le prestataire pourrait établir que la femme nécessite une couverture antibiotique compte tenu de ses antécédents ou de son examen clinique.

- Une visite de suivi est-elle nécessaire?**

Dans nombre d'endroits, les visites de suivi représentent la norme en matière de soins suivant le traitement chirurgical aussi bien que le traitement médicamenteux. Étant donné les très forts taux d'efficacité rapportés avec les traitements chirurgical et médicamenteux, peu de visites de suivi s'avèrent toutefois, médicalement nécessaires. Il est important de sensibiliser la femme sur les signes de tissu retenu et d'infection afin qu'elle sache lorsqu'une visite de suivi est nécessaire pour protéger son état de santé (voir page 19).
- L'évacuation chirurgicale est-elle nécessaire si l'examen échographique révèle à la visite de suivi l'absence de débris mais l'épaississement de l'endomètre?**

Non. Des études ont montré que l'épaisseur endométriale ne constitue pas un facteur prédictif fiable de la nécessité d'une procédure chirurgicale. Il est recommandé que la décision de pratiquer une évacuation chirurgicale repose sur des signes cliniques plutôt que sur les résultats de l'échographie.
- Est-il sûr de donner à la femme une autre dose de misoprostol et de lui demander de revenir une semaine plus tard si l'avortement n'est pas complet à la visite de suivi?**

Oui, si l'avortement n'est pas complet à la visite de suivi et que la femme est cliniquement stable et qu'elle accepte de continuer à attendre que son utérus se vide, une autre dose de misoprostol peut lui être offerte.
- La contraception peut-elle être utilisée après le traitement au misoprostol?**

Oui, la contraception peut être offerte à la femme après le traitement au misoprostol, comme avec les services classiques de soins après avortement. Presque tous les contraceptifs peuvent être offerts à la première visite alors qu'un DIU peut être inséré lors d'une visite de suivi, si c'est prévu.

X. REFERENCES

1. Unedited Draft Report of the 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009. (Accessed May 2009 at http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEBuneditedTRS_2009.pdf.)
2. Greibel CP, Halvorsen J, Goleman TB, et al. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician* 2005; 72 (7): 1243-1250.
3. Warriner IK, Shah IH, eds. Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute, 2006.
4. World Health Organization. Definition of unsafe abortion, 2009. (Accessed May 2009 at http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html.)
5. Singh, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: Estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887-1892.
6. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (2 Pt 1): 465-468.
8. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized outpatient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6(3): 141-144.
9. Shannon CS, Winikoff B, eds. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a Seminar: May 7-8, 2001. New York: Population Council, 2004.
10. Goldberg AB, Greenberg M, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine* 2001; 344 (1): 38-47.
11. Shannon C. Misoprostol: Investigator's brochure. New York: Gynuity Health Projects, 2006.

12. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, et al. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99: S186–S189.
13. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11): 1363-1367.
14. Diop A, Rakotovao J, Raghavan S, et al. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception* 2009; 79: 456-462.
15. Bique C, Usta M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-226.
16. Dao B, Blum J, Thieba B, et al. Is misoprostol a safe, effective, acceptable alternative to manual vacuum aspiration for post abortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 114(11): 1368-1375.
17. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005; 72(6): 438-442.
18. Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(3): 540-547.
19. Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, et al. Expectant, medical or surgical management of first-trimester miscarriage: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(5): 1104-1113.
20. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trials (miscarriage treatment (MIST) trial). *British Medical Journal* 2006; 332: 1235-1240.
21. Postabortion Care Consortium Community Task Force. Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model. Postabortion Care Consortium. July, 2002. (Accessed May 2009 at http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=PAC_Model.)

22. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, et al. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Human Reproduction* 2002; 17(2): 332-336.
23. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, et al. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 90(1): 88-92.
24. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: A randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1248-1253.
25. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103: 860-865.
26. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4): 901-907.
27. Consensus Statement: Instructions for use – misoprostol for treatment of incomplete abortion. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
28. Moodliar S, Bagratee JS, Moodley J. Medical v. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 91: 21-26.
29. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001; 108: 213-214.
30. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001; 16(11): 2283-2287.
31. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007 Jan; 196(1):31.e1-7.
32. Dabash R, Cherine M, Darwish E, et al. Misoprostol (400 mcg) sublingual vs. MVA for the treatment of incomplete abortion in Egypt. 2009. *In submission*.

33. Robledo C, Zhang J, Troendle J, et al. Clinical indicators for success of misoprostol treatment after early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99(1):46-51.
34. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2009; 34(1): 104-9.
35. Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Weeks A. Misoprostol: first-line therapy for incomplete miscarriage in the developing world. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11):1337-1339.
36. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 45(2): 122-127.
37. Coughlin LB, Roberts D, Haddad NG, et al. Medical management of first trimester incomplete miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004; 24(1): 67-68.
38. Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, et al. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 337-346.
39. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, et al. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99 Suppl 2: S182-185.
40. Shankar M, Economides DL, Sabin CA, et al. Outpatient medical management of missed miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 27(3): 283-286.
41. Sharma D, Singhal SR, Rani XX. Sublingual misoprostol in management of missed abortion in India. *Tropical Doctor* 2007; 37(1): 39-40.
42. Tang OS, Ong CY, Tse KY, et al. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction* 2006; 21(1):189-192.
43. Vejborg TS, Rorbye C, Nilas L. Management of first trimester spontaneous abortion with 800 or 400 ug vaginal misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92: 268-269.

44. Agostini A, Ronda I, Capelle M, et al. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility & Sterility* 2005; 84(4):1030-1032.
45. Blohm F, Friden BE, Milsom I, et al. A randomised double blind trial comparing misoprostol or placebo in the management of early miscarriage. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 112: 1090-1095.
46. Kovavisarath E, Jamnansiri C. Intravaginal misoprostol 600 mcg and 800 mcg for the treatment of early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 90: 208-212.
47. Lister MS, Shaffer LE, Bell JG, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vaginal misoprostol for management of early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 193(4): 1338-1343.
48. Sifakis S, Angelakis E, Vardaki E, et al. High dose misoprostol used in outpatient management of first trimester spontaneous abortion. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 2005; 272: 183-186.
49. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al for the National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(8): 761-769.
50. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, et al. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.
51. Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, et al. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004; 19(7): 1655-1658.
52. Gilles JM, Creinin MD, Barnhardt K, et al for the National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190(2): 389-394.

53. Graziosi GC, Mol BW, Reuwer PJ, et al. Misoprostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: A randomized trial. *Human Reproduction* 2004; 19(8): 1894-1899.
54. Murchison A, Duff P. Misoprostol for uterine evacuation in patients with early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190: 1445-1446.
55. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, et al. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 87: 138-142.
56. Taner CE, Nayki U, Pirci A. Misoprostol for medical management of first-trimester pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 407-408.
57. Al Inizi SA, Ezimokhai M. Vaginal misoprostol versus dinoprostone for the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 83(1): 73-74.
58. Tang OS, Lau WN, Ng EH, et al. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.
59. Kovavisarach E, Sathapanachai U. Intravaginal 400ug misoprostol for pregnancy termination in cases of blighted ovum: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42(2): 161-163.
60. Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 187: 321-326.
61. Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: A randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99: 563-566.
62. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, et al. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001; 16(2): 365-369.

63. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, et al. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001; 16(7):1493-1496.
64. Ayres-de-Campos, Teixeira-da-Silva J, Campos I, et al. Vaginal misoprostol in the management of first-trimester missed abortions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 71: 53-57.
65. Autry A, Jacobsen G, Sandhu R, et al. Medical management of non-viable early first trimester pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1999; 67: 9-13.
66. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, et al. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility & Sterility* 1999; 71(6):1054-1059.
67. Zalanyi S. Vaginal misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 105: 1026-1035.
68. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 768-772.
69. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1997; 56: 263-266.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A
tél: 1.212.448.1230
télécopie: 1.212.448.1260
site web: www.gynuity.org
courriel: pubinfo@gynuity.org

Gynuity
HEALTH PROJECTS