

IVG médicamenteuse sur une
grossesse de localisation
indéterminée

Docteur Philippe FAUCHER
GCS Bluets - Trousseau

Définition – Situation du problème

- Lorsque l'échographie pelvienne ne met pas en évidence de grossesse intra utérine ou de grossesse extra utérine , la grossesse est dite de localisation indéterminée
- Cette situation peut correspondre à des grossesses trop jeunes pour être visualisée par échographie, à des grossesses arrêtées ou à des grossesses extra utérine

Le problème est le même pour des femmes qui n'ont pas fait d'échographie et qui se présentent très tôt pour demander une IVG ou avec un taux d'HCG < 1500

L'expérience prouve que la crainte de la GEU est la principale inquiétude des praticiens

Cette crainte conduit très souvent à reporter la date de l'IVG et à multiplier les examens pour éliminer le diagnostic de GEU

- Les conséquences en terme de coût et de vécu de l'IVG ne sont pas négligeables

Évaluation de l'âge gestationnel

Semaine d'aménorrhée	Limite inf. de la normale	Limite sup. de la normale	Moyenne
3	10	180	
4	16	6000	
5	550	15000	3000
6	2400 - 7000	70000	28000
7	10000- 25000	130000	57000
8	30000- 46000	190000	94000
9	35000- 48000	160000	87000

Fréquence de la GEU

- Risque de GEU dans la population générale = 1 à 2 %
 - Risque moindre dans la population des femmes demandant une IVG (le plus souvent jeunes et fertiles)
 - Pour Fiala : fréquence de la GEU = 0.02%
 - Etude aux USA 2009-2010 dans les centres d'IVG : 0,007%
- 1 décès sur 233 805 IVG lié à une GEU méconnue

Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion

Kelly Cleland, MPA, MPH, Mitchell D. Creinin, MD, Deborah Nucatola, MD, Montsine Nshom, MPH, and James Trussell, PhD

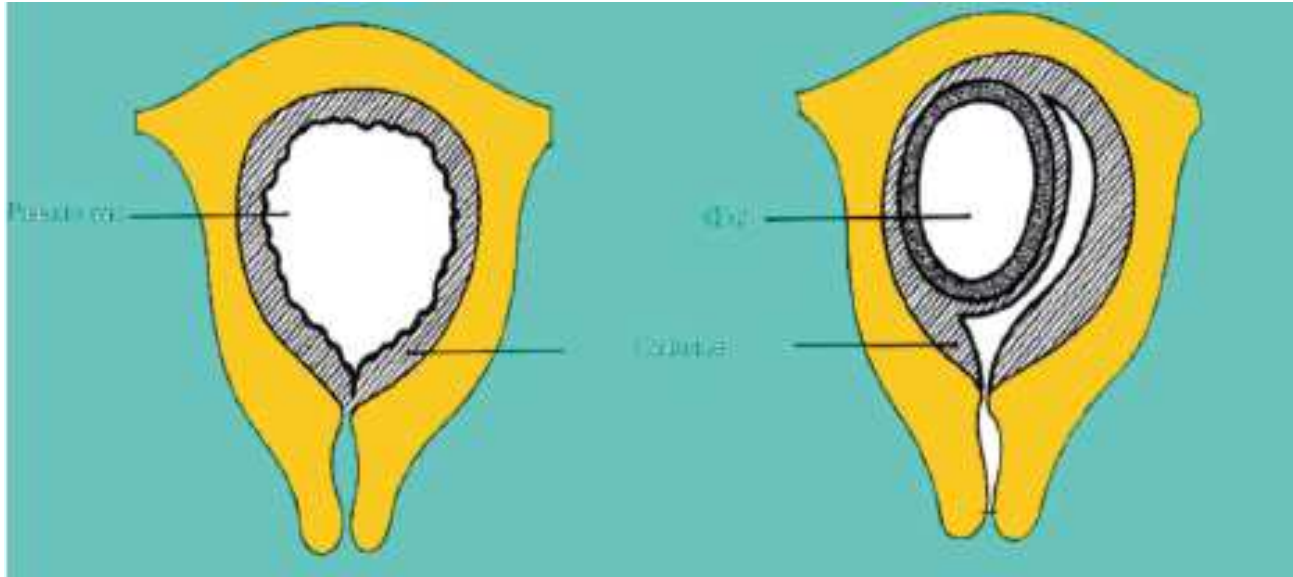
- Planned Parenthood Health Centers
- 2009 – 2010
- IVG med jusqu'à 63 jours
- Antibioprophylaxie systématique
- Système centralisé de rapports des effets indésirables et complications
- 233 805 IVG médicamenteuses

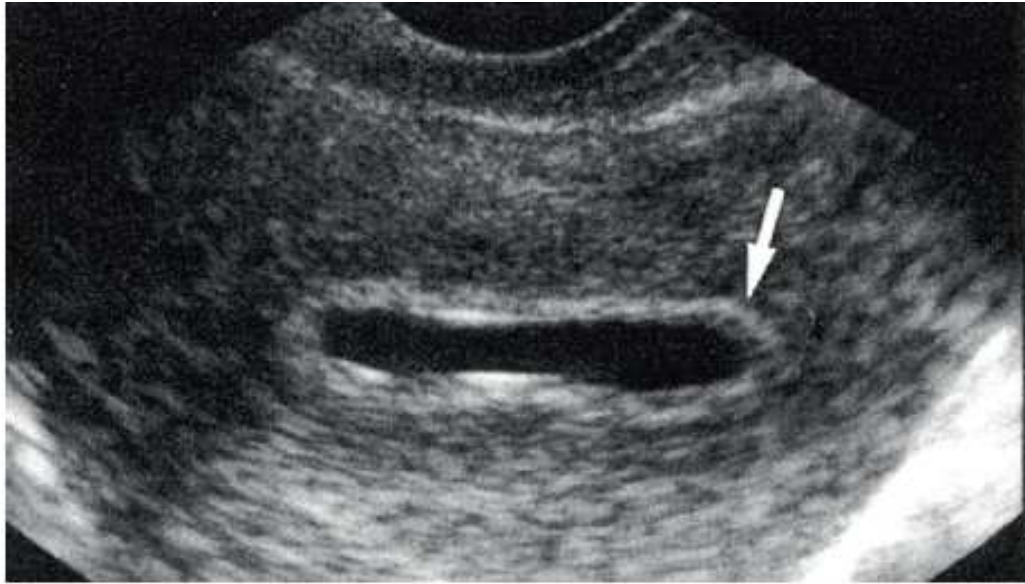
- Fréquence globale des complications (GIU et GEU incluses) : 0.65% (0.16% sans)
-

- GEU : 7 pour 100 000
-> 1 décès (Tx mortalité 0.4 pour 100 000)
 - Grossesse évolutive : 0.5 %
-> 94,6 % ont eu une aspiration
-

- Prise en charge aux urgences : 0.1%
- Hospitalisation : 0.06%
- Transfusion : 0.05 %
- Infection : 0.016%
- Antibiothérapie IV : 0.02%

- Il n' y a pas de recommandations pour dépister systématiquement la GEU chez les femmes enceintes
- Un diagnostic précoce de GEU à l'occasion d'une demande d'IVG pourrait permettre d'éviter un traitement chirurgical (abstention thérapeutique, traitement médical)
- Le diagnostic de GEU repose sur la confrontation d'un dosage d'HCG et d'une échographie mais des erreurs d'interprétations sont possibles (pseudo-sac gestationnel)





- Il n'est pas question de ne jamais chercher à faire le diagnostic de GEU mais plutôt **ne pas chercher à éliminer ce diagnostic systématiquement** chez une femme qui consulte pour une IVG
- Lorsqu'il existe des facteurs de risque de GEU , la recherche d'une GEU est légitime
- Lorsqu'il n' y a pas de facteurs de risque de GEU, l'élimination du diagnostic de GEU n'est pas indispensable si la grossesse est très jeune (vacuité utérine à l'échographie, moins de 1500-2000 d'HCG)
- Il est en effet possible de faire une IVG médicamenteuse avec un maximum de sécurité lorsque la grossesse n'est pas localisable par l'échographie.

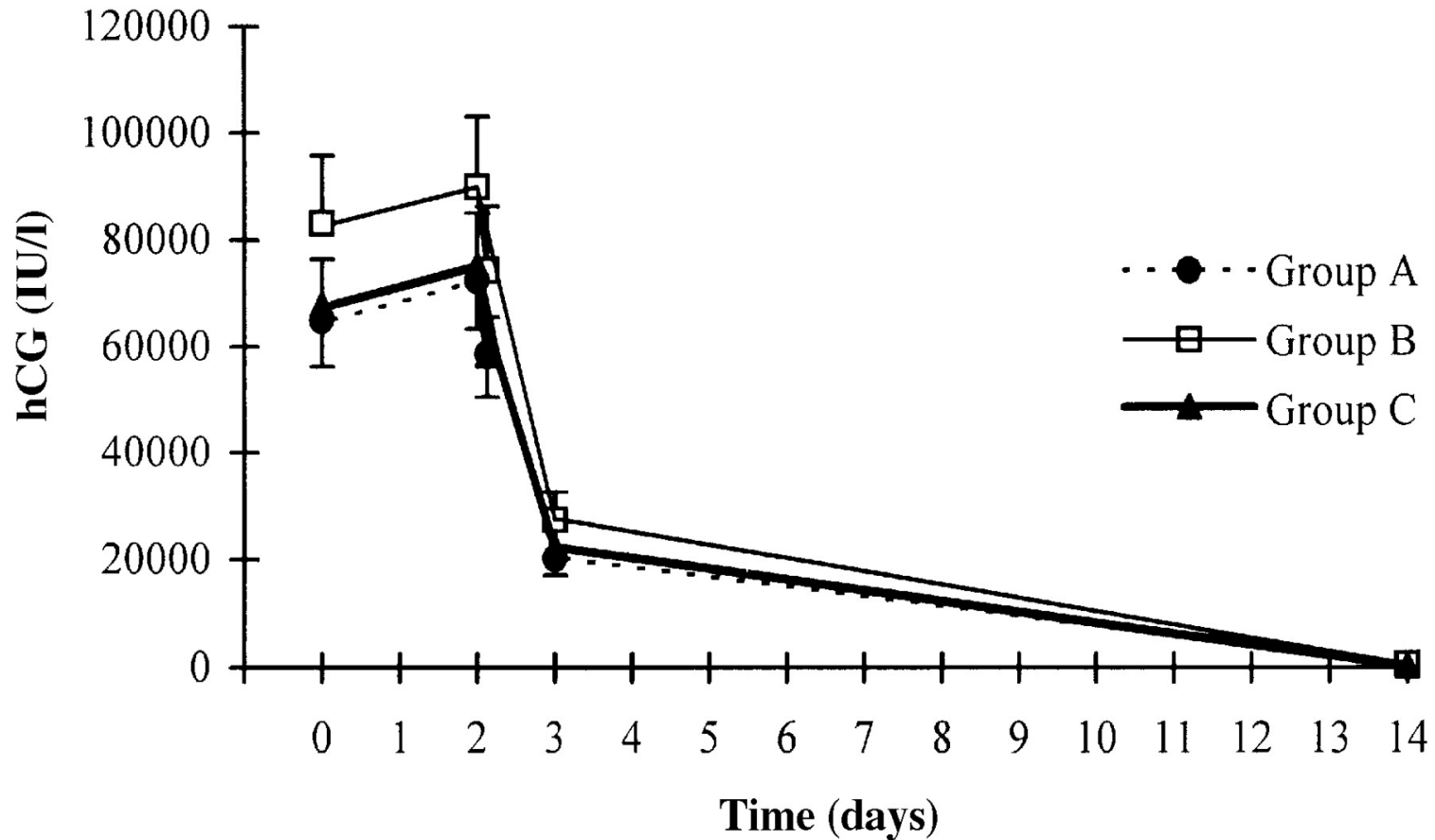
Evaluer les facteurs de risque de GEU

- Antécédent de GEU
- Antécédent de plastie tubaire
- Grossesse obtenue par PMA
- Ligature de trompes
- DIU en place
- Antécédent de salpingite ou IGH
- Douleurs
- Saignements

Informez les femmes sur les symptômes qui nécessitent une consultation en urgence

- Douleurs et saignements existent dans l'avortement médicamenteux mais aussi ...dans la GEU
- MAIS les caractéristiques de la douleur ne sont pas les mêmes
- Symptômes de déglobulisation :
 - Pâleur cutanéomuqueuse
 - Vertiges, malaise, perte de connaissance, fatigue brutale
 - Accélération de la fréquence cardiaque
 - Essoufflement
 - Céphalées
 - Soif

Faire un suivi par dosage d'HCG plasmatique



Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present

Eric A. Schaff*, Stephen L. Fielding, Steven Eisinger, Lisa Stadalius

Reproductive Health Program, Department of Family Medicine, University of Rochester School of Medicine, Rochester, NY, USA

- 30 femmes
- 200mg Mifepristone / 800 µg Misoprostol vaginal
- Si HCG > 2000 et pas de sac : urgences
- J4 : HCG + échographie
- Si décroissance HCG > 50% , suivi par téléphone 1 fois /semaine à domicile avec test urinaire jusqu'à négativation
- Si décroissance < 50 % : nouvelle dose de misoprostol et suivi entre J1 et J 15

- Terme moyen = 40 jours
- Taux d'HCG moyen = 547
- 1 GEU diagnostiquée avant la prise des médicaments
- 2 aspirations : 1 grossesse évolutive et 1 cas « compliqué » (GIU et IGH)
- 1 GEU diagnostiquée après la prise des médicaments
- 1 femme perdue de vue
- Taux de succès = 25/27 (93%)
- Décroissance HCG > 50 % = 23 femmes
- Décroissance HCG < 50 % = 6 femmes (2GIU,1 GEU et 3 femmes qui ont vu leur taux chuter brutalement ensuite)

Effectiveness of early medical abortion using low-dose mifepristone and buccal misoprostol in women with no defined intrauterine gestational sac

Philip Goldstone*, Jill Michelson¹, Eve Williamson

Marie Stopes International Australia, PO Box 1635, Melbourne VIC 3001, Australia

Received 28 August 2012; revised 8 October 2012; accepted 10 October 2012

- Efficacité terme très précoce quand on ne voit pas de sac gestationnel à l'échographie
- Etude rétrospective
- 200mg Mifépristone / 800 µg buccal misoprostol
- Dosage HCG entre J5 et J7
- Téléphone dès réception du résultat
- Visite à J15

- 68 femmes (entre Mars et Décembre 2010)
- Taux moyen HCG = 1215
- 1 GEU : exclusion avant prise des médicaments
- Echec = 9.0% (6/67) versus 3.5% (465/13,345) OR (95% CI)=2.72 (1.17–6.33), p=.041
- Grossesse évolutive = 7.5% (5/67) vs. 0.6% (83/13,345) OR (95% CI)=12.72 (4.98–32.46), p <.001]
- 56/ 67 ont un taux HCG avant et après la prise des médicaments :
 - 80.4 % (45/56) ont une chute d'HCG > 50%
 - 19,6% (11/56) ont une chute d'HCG < 50% : 6 echecs et 5 succès

Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days ☆☆☆

Mary Gatter^a, Kelly Cleland^b, Deborah L. Nucatola^{a,*}

^a*Planned Parenthood Los Angeles, 400 West 30th St., Los Angeles, CA 90007*

^b*218 Wallace Hall, Office of Population Research, Princeton University, Princeton, NJ 08544*

Received 24 June 2014; revised 7 January 2015; accepted 7 January 2015

Factors associated with successful medical abortion in women using mifepristone 200 mg and misoprostol 800 mcg buccally (N=13,373)

	Successful <i>n</i> (%)	Unsuccessful <i>n</i> (%)	OR	95% CI
Gestational age (days)				
22–28	539 (97.3)	15 (2.7)	0.72	0.41–1.25
29–35	1067 (98.8)	13 (1.2)	1.68	0.94–3.01
36–42	2465 (98.8)	30 (1.2)	1.65	1.09–2.50
43–49	4722 (98.1)	94 (2.0)	Ref	
50–56	3045 (96.9)	97 (3.1)	0.62	0.47–0.83
57–63	1228 (95.5)	58 (4.5)	0.42	0.30–0.58
Total patients	13,066 (97.7)	307 (2.3)		

Faire un suivi par dosage d'HCG plasmatique

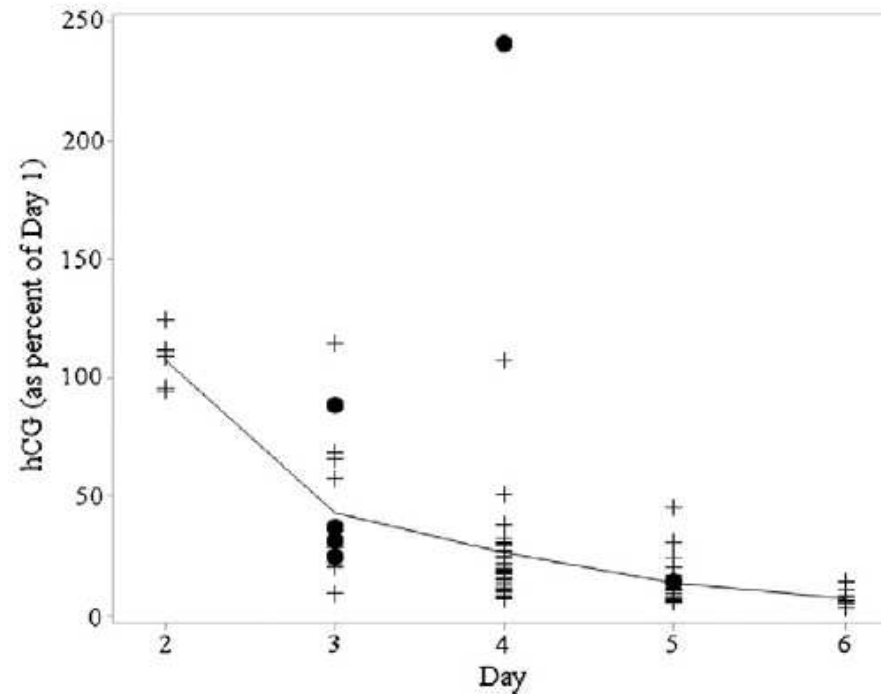


Fig. 1. Percent of serum hCG decline from Day 1 for all patients ($N=88$). Each repeat serum hCG value is plotted as a percent of the initial hCG value drawn on Day 1. A line of best fit is shown, created with a locally weighted scatter plot smoothing method. Repeat values from a patient with a successful medication abortion are represented with (+), while the values from the six patients with medication abortion failure are represented with (●).

Faire un suivi par dosage d'HCG plasmatique

- Le dosage doit être précoce autour de J7 voir plus tôt
- Une chute de 80 % des HCG à est attendue 7 jours après la prise de mifepristone en cas de succès de la méthode médicamenteuse (ou de 50 % 2 jours après la prise de misoprostol)
- Il faut avoir un taux initial d' HCG
- Si la chute des HCG n'est pas satisfaisante, le diagnostic de GEU doit être éliminé

Medical Abortion

Providing medical abortion

9. Rh immunoglobulin is recommended to Rh negative women undergoing medical abortion beyond 49 days from last menstrual period and may be offered before 49 days. (Level III-C)
10. Women who have risk factors for ectopic pregnancy and/or clinical symptoms, such as abdominal pain and vaginal bleeding, should have an ultrasound and be adequately followed. (Level III-A)
11. Women who have a pregnancy of unknown location and request medical abortion should receive abortion care without delay provided that they have no clinical symptoms of ectopic pregnancy (EP). If the transvaginal ultrasound demonstrates an empty uterus and the bhCG is > 2000 IU/L, the woman should be evaluated for an EP and appropriate counselling, investigations, and follow-up should be arranged. (Level III-B)
12. All women with a pregnancy of unknown location, and women who have not had a pre-abortion ultrasound, must have serial bhCG levels until ectopic pregnancy has been excluded and/or the abortion is complete. (Level III-A)

Alternatives

- Autres protocoles
 - Utiliser du Methotrexate au lieu de Mifepristone
 - Faire 2 dosages d'HCG à 48h d'intervalle avant de donner la Mifepristone ?
- Faire des aspirations instrumentales très précoce (avec vérification du produit d'aspiration ++)