

André Seidenberg, B. von Castelberg, B. Stutz, B. Maggi, D. Oertle, H. Diggelmann

Interruptions de grossesse ambulatoires médicamenteuses au cabinet?

Une comparaison prospective de 552 cas

Résumé

Les interruptions de grossesse ambulatoires médicamenteuses peuvent-elles se pratiquer au cabinet du médecin de famille ou seulement dans un centre gynécologique?

Cette étude comparative et prospective analyse les résultats des traitements de 382 interruptions de grossesse ambulatoires médicamenteuses effectuées dans trois cabinets de médecins de famille avec ceux de 170 interruptions pratiquées dans un centre de gynécologie obstétrique. Les résultats furent tout aussi satisfaisants dans un environnement médicalisé que dans l'autre; ils totalisaient 552 traitements ambulatoires durant une période allant du 1er juillet 2006 au 31 décembre 2007. La qualité du traitement se confirme également en comparaison avec les résultats d'études contrôlées effectuées dans d'autres centres et environnements médicalisés.

Dans les sociétés dont le niveau d'approvisionnement médical est élevé, les médecins de famille peuvent eux aussi pratiquer les interruptions de grossesse médicamenteuses, à condition qu'ils possèdent une expérience en gynécologie et qu'ils soient familiarisés avec cette méthode. Même si le contrôle direct de l'expulsion paraît inapproprié, la continuité du suivi est déterminante pour la réussite du traitement. Il faut assurer une disponibilité continue, au moins par téléphone. Le questionnement par téléphone, par courrier postal ou par e-mail contribue à éviter les failles lors de la surveillance.

Depuis le début du siècle passé, l'interruption de grossesse ambulatoire dans le canton de Zurich est pratiquée par des médecins de premier recours installés [1]. Dans les cliniques, les avortements demandaient généralement un séjour stationnaire. Ce n'est que depuis l'introduction de la méthode médicamenteuse en 1999 que les hôpitaux proposent à leur tour plus fréquemment des interruptions de grossesse ambulatoires. En Suisse, plus de 50% des interruptions de grossesse se pratiquent aujourd'hui par traitement médicamenteux [2].

Durant la première période de grossesse, le régime à base de mifépristone plus misoprostol offre une méthode d'interruption de grossesse ambulatoire médicamenteuse peu contraignante. La méthode est éprouvée sur le plan international; sa sécurité est bien documentée dans des études (vues d'ensemble [3, 4] et surveillance post-marketing [5]). Les directives recommandent cette méthode jusqu'à 63 jours d'aménorrhée [6, 7] et dans l'Union européenne, le traitement par mifépristone sous forme de Mifégyne® est autorisé jusqu'à une limite de neuf semaines d'aménorrhée. Ces dernières années, de nombreux essais ont cherché à faciliter l'application en simplifiant le régime de surveillance [8-12].

La fréquence et l'intensité des effets secondaires dépendent des particularités de l'environnement médicalisé et de la méthode d'application des médicaments. Comme mesure de succès du traitement, on utilise habituellement le pourcentage de curetages complémentaires nécessaires: il doit être le plus bas possible. Plus le médecin traitant possède d'expérience, plus le taux de curetages complémentaires est faible.

Nous avons voulu vérifier l'hypothèse selon laquelle les interruptions de grossesse médicamenteuses ambulatoires peuvent se pratiquer

avec succès aussi bien dans un centre de gynécologie obstétrique que dans le cabinet d'un médecin de premier recours, pour autant que ce dernier possède de l'expérience en matière d'interruption de grossesse. Le contrôle de la qualité du traitement fait l'objet de cette étude prospective et comparative.

Méthodes

La présente étude prospective et comparative s'est déroulée dans le cadre du «Zürcher Abruptio Kränzchen¹» (ZAK). Le ZAK est un cercle de qualité faisant partie du réseau de médecins de Zurich ZMED. Parmi les participants figuraient le service ambulatoire d'une clinique publique – la Frauenklinik Maternité de l'hôpital Triemli de la Ville de Zurich – et cinq médecins travaillant dans trois cabinets privés de médecine de premier recours.

Dans un but prospectif, toutes les interruptions de grossesse médicamenteuses furent enregistrées du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2007. L'indication d'interruption de grossesse fut posée après un conseil médical et sur décision de la femme uniquement, conformément à la législation en vigueur en Suisse. En même temps que leur demande d'interruption de grossesse, les patientes ont signé leur accord pour l'utilisation anonyme des données dans un but scientifique. La commission cantonale d'éthique n'a pas jugé nécessaire d'octroyer une autorisation formelle pour cette étude.

En principe, les femmes auraient pu également choisir une méthode chirurgicale pour l'interruption de grossesse ambulatoire, aussi bien à la Frauenklinik que dans les trois cabinets médicaux. A la Frauenklinik, les femmes non domiciliées en Suisse ne furent pas prises en charge pour des raisons de recouvrement des coûts par les caisses maladie. Pour les mêmes raisons, il pouvait également arriver que la Clinique refuse des femmes domiciliées hors du canton. Ce furent les seuls motifs de refus. En Suisse, la caisse maladie obligatoire prend en charge la base des coûts du traitement. Dans les cabinets médicaux privés, un certain nombre de femmes avaient choisi de payer de leur poche un forfait allant de 450 à 600 euros: les raisons invoquées étaient la franchise élevée de leur contrat individuel de caisse maladie, la discrétion ou d'autres motifs personnels.

Les données anonymisées furent recueillies de façon unifiée dans un fichier excel. A la Frauenklinik, ce furent les étudiants et les étudiantes en soins infirmiers qui saisirent les données; dans les cabinets privés, ce furent les médecins traitants. Ils relevèrent: les données démographiques, le canton (resp. le pays) de domicile et le pays d'origine; puis les grossesses antérieures, le nombre de naissances, le nombre d'interruptions de grossesse, la durée d'aménorrhée déterminée par l'examen échographique effectué en début de traitement, les données concernant la prise de mifépristone et de misoprostol (moment, manière d'application et dosage), les curetages complémentaires, les abandons et les complications ou les particularités.

Les modalités du traitement variaient quelque peu de cas en cas, et elles ne furent pas adaptées en vue de l'étude. Les dosages administrés et les délais étaient variables: il pouvait s'agir d'une prise de 200 ou de 600 mg de mifépristone et, 36 à 48 heures plus tard, de 800 resp. de 400 µg de misoprostol. La mifépristone fut toujours prise par voie orale et sous surveillance comme la loi l'exige, aussi bien à la Frauenklinik qu'au cabinet des médecins de premier recours. Le misoprostol fut administré par voie vaginale ou orale, voire combiné dans certains cas; à certaines femmes on laissa le choix d'appliquer le misoprostol chez elles, à la Frauenklinik ou au cabinet médical.

Le traitement fut précédé d'un examen échographique vaginal ou abdominal permettant de déterminer la durée de l'aménorrhée et la localisation. En général le succès du traitement fut contrôlé par échographie sur le lieu même du traitement initial: une minorité de patientes effectuèrent ce contrôle dans un autre cabinet médical. Dans certains cas isolés, le traitement par mifépristone débuta déjà avant les 35 jours d'aménorrhée nécessaires à la détermi-

¹ Cercle zurichois de l'avortement

nation échographique sûre d'une grossesse. Dans ces cas-là on effectua, en début de traitement ainsi que sept à dix jours plus tard lors du contrôle, un test sérique β -HCG en supplément à l'échographie; une chute de niveau d'un facteur dix est considérée comme une réussite signalant la fin du traitement, resp. elle est suffisante pour exclure la persistance d'une grossesse extra-utérine (qu'on ne peut pas encore exclure avant le traitement).

Les médecins prescrivirent des antibiotiques soit par routine, soit après des frottis cervicaux ou vaginaux. Pour les curetages complémentaires, les critères étaient variés.

Les médecins travaillant au service ambulatoire de la Frauenklinik avaient en général encore peu d'expérience en gynécologie et ils changeaient fréquemment de poste. Cependant ce furent toujours des médecins expérimentés faisant partie des cadres qui posèrent les indications pour un curetage complémentaire. Les cinq médecins des cabinets de médecine de famille pratiquent également la gynécologie et ils avaient déjà effectué des interruptions de grossesse ambulatoires par curetage aspiratif sous anesthésie locale bien avant l'introduction de la méthode médicamenteuse.

Après la collecte des données dans un fichier excel, on les dénombra et on effectua le test du χ^2 (chi-2).

Résultats

Du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2007, le service ambulatoire de gynécologie obstétrique a enregistré 170 cas d'interruption de grossesse médicamenteuse, et les trois cabinets de médecins de famille 382 cas; le total se monte donc à 552 cas.

L'âge moyen des femmes était de 28,7 ans. En moyenne, la grossesse non désirée en question était la deuxième (rang exact: 2,2); et elles avaient déjà accouché 0,8 fois et interrompu leur grossesse 0,4 fois auparavant. Toujours en moyenne, le traitement commença après 43,7 jours d'aménorrhée (détermination échographique). Le contrôle après traitement fut effectué chez 88,2% des patientes.

Tableau 1

Données démographiques et nombre d'abandons.

Total	552	moyenne	max.	min.	%
Frauenklinik	170				
Cabinets médicaux	382				
Age	toutes	28,7	45,5	15,0	
	Frauenklinik	28,4	45,5	16,1	
	cabinets médicaux	28,8	45,0	15,0	
Nombre de gestations	toutes	2,2	9	1	
	Frauenklinik	2,4	8	1	
	cabinets médicaux	2,2	9	1	
Parité	toutes	0,8	5	0	
	Frauenklinik	0,9	5	0	
	cabinets médicaux	0,7	4	0	
Interruptions de grossesse antérieures	toutes	0,4	5	0	
	Frauenklinik	0,4	4	0	
	cabinets médicaux	0,4	5	0	
Interruptions de grossesse médicamenteuses antérieures	toutes	0,2	4	0	
	Frauenklinik	0,2	2	0	
	cabinets médicaux	0,2	4	0	
Age gestationnel en jours	toutes	43,7	58	32	
	Frauenklinik	46,5	58	36	
	cabinets médicaux	42,5	56	32	
Abandon	toutes	65			11,8%
	Frauenklinik	23			13,5%
	cabinets médicaux	42			11,0%

On procéda au curetage complémentaire dans 19 cas (3,4%, cf. tab. 3); quatre curetages (2,4%) furent effectués à la Frauenklinik, et quinze (4,7%) dans les cabinets des médecins de premier recours. La différence n'est pas significative ($\chi^2 = 2,46$; $p = 0,11$).

Le nombre de femmes venant de l'étranger pour se faire avorter en Suisse était faible. Elles furent traitées dans les trois cabinets médicaux privés. Pour des raisons de recouvrement des coûts, l'Hôpital Triemli de Zurich, qui a participé à l'étude, n'a pas le droit de prendre en charge les femmes non domiciliées en Suisse, sauf urgence. Pour les mêmes raisons formelles, le nombre de patientes venues d'autres cantons est plus élevé dans les pratiques privées.

Nous n'avons constaté aucune complication suivie de lésions persistantes. Il a fallu procéder à un curetage en urgence une fois, cinq heures après l'application de misoprostol, et une autre fois le 11^e jour suite à une forte hémorragie. Nous n'avons pas procédé à l'enregistrement systématique des infections; il a fallu traiter une endométrite, et l'on a identifié six infections à *chlamydia* ou d'autres IST. Occasionnellement, on a observé d'autres complications telles que la dépression ou une ambivalence persistante; cependant elles n'ont pas fait non plus l'objet d'un enregistrement systématique, de même que la nausée, les vomissements, l'intensité des saignements ou de la douleur.

Avant et après la prise des médicaments, les femmes pouvaient disposer d'un suivi psychologique soit directement dans chacun des lieux de traitement, soit ailleurs et dans ce cas on leur fournissait les renseignements nécessaires ou proposait un transfert. La plupart des femmes ont renoncé à ces offres de conseil ou de suivi.

Discussion

Dans les trois cabinets de médecine de premier recours, les résultats des traitements sont comparables à ceux du centre de gynécologie obstétrique. La qualité du traitement ressort également de la comparaison de ces résultats avec ceux d'autres études contrôlées effectuées dans des centres et environnements médicalisés différents (vue d'ensemble dans [3]).

Les données relevées sur les patientes comme l'origine, l'âge, le nombre de gestations, la parité, le nombre d'interruptions de grossesse antérieures et l'âge gestationnel sont comparables. Les femmes commencent le traitement après 43,7 jours d'aménorrhée en moyenne;

Tableau 2

Domicile et origine.

Domicile	toutes	hôp.	cab.
ZH	443	158	285
CH	523	166	357
Etranger	24	0	24
Sans indic.	5	4	1
Origine			
CH	237	82	155
Etranger	314	87	227
Sans indic.	1	1	0

Tableau 3

Nombre de curetages complémentaires.

		n	
Total	19	552	3,4%
Frauenklinik	4	170	2,4%
Cabinets médicaux	15	382	4,7%

chi-2 2,46
p = 0,11

elles s'y décident donc à un stade très précoce. Tous les environnements médicalisés considérés dans l'étude offraient un accès au traitement facile et rapide, et ils garantissaient le libre choix entre les méthodes de traitement médicamenteuses et chirurgicales. La plupart des femmes désiraient suivre un traitement médicamenteux, ce qui confirme les résultats d'autres études [13, 14]. En Suisse, la méthode médicamenteuse est appliquée dans plus de la moitié des interruptions de grossesse [2, 15].

Bien que la législation des pays voisins soit plus restrictive et rende l'interruption de grossesse par mifépristone plus misoprostol compliquée ou impossible, rares sont les femmes venant en Suisse pour une interruption de grossesse en ambulatoire. Les prix pratiqués pour une interruption de grossesse en Suisse sont comparables à ceux des destinations de voyage plus connues pour cette intervention. En Suisse, ce traitement n'a jamais fait l'objet d'une publicité active.

Par contre, les cabinets de médecine de premier recours dont l'accès est facile connaissent un afflux de patientes venant des cantons plus ou moins proches qui sont plus contraignants dans les formalités légales à accomplir en pratique pour effectuer une interruption de grossesse. Bien que le législateur suisse ait voulu faire accepter le droit à l'auto-détermination et à l'égalité en matière d'avortement en tentant d'harmoniser l'application des différentes législations cantonales, il n'y a que partiellement réussi.

Le taux de curetage complémentaire, inférieur à 5%, était comparable à celui d'autres études (vue d'ensemble dans [3]). Ce taux était moins élevé dans le centre de gynécologie, bien que le niveau d'expérience gynécologique des médecins assistants du service ambulatoire soit en général relativement faible alors que les médecins de recours participants comptaient de nombreuses années de pratique abortive. La différence entre les taux du centre de gynécologie et ceux des cabinets médicaux n'est pas significative.

Il n'existe pas de directives unifiées régissant l'indication du curetage complémentaire. Lors des analyses de cas individuels, on distingue trois situations:

- hémorragie sévère – ni la chute d'hémoglobine ou d'hématocrite, ni aucun autre critère quantitatif d'hémorragie n'ont été relevés dans notre collectif;
- échec du traitement et persistance de l'embryon ou du tissu embryonnaire;
- évolution retardée et microrragie persistante – impatience grandissante de la patiente et/ou du médecin.

Il faut souvent poser l'indication du curetage complémentaire en présence de symptômes peu clairs, voire même parfois en l'absence de tout symptôme. La frontière entre les catégories reste très imprécise. Dans la pratique, il faut relativiser la faiblesse du taux de curetage comme critère de succès. A notre avis, en cas de microrragie persistante, l'indication d'un curetage complémentaire est admissible sur simple demande de la patiente, sans que l'on doive l'étayer par d'autres symptômes plus tangibles. Il faut cependant remarquer que la fréquence des curetages complémentaires diminue avec l'expérience des médecins traitants.

Selon nos observations, les différences entre les pratiques des médecins participants et l'environnement ambulatoire du centre gynécologique n'exercent aucune influence sur le succès du traitement. Il semble toutefois que la continuité de la prise en charge puisse avoir un impact sur la qualité du traitement considérée au sens large. Les deux types d'environnement médicalisé autorisent, dans différentes mesures, la prise de misoprostol à domicile [16, 17]. Lors d'une interruption de grossesse, les femmes privilégient le contexte de traitement leur offrant la plus grande autonomie.

Dans deux cas d'évolution retardée et de curetage complémentaire, il semble que le vomissement ou la non prise de misoprostol aient joué un rôle. Même si une surveillance proprement dite ne paraît pas nécessaire, il semble que l'intensité du suivi exerce une influence sur la

réussite du traitement. Il faut garantir une disponibilité permanente et rester atteignable pendant toute la durée du traitement, ne serait-ce que par téléphone. Nous recommandons aux médecins de s'assurer systématiquement de l'observance thérapeutique des patientes le jour de la prise de misoprostol (lorsque celle-ci s'effectue à domicile) et lors de la surveillance.

Le taux d'abandon variait fortement d'un médecin à l'autre, en fonction de l'intensité du suivi par téléphone, par courrier ou par e-mail. Par contre, les médecins traitants ou l'hôpital étaient presque toujours mis au courant des cas de curetage complémentaire.

Dans un environnement assurant un approvisionnement médical de haut niveau, les médecins avec expérience connaissant bien l'interruption de grossesse médicamenteuse peuvent effectuer ce traitement en obtenant d'aussi bons résultats dans un cabinet médical que dans un centre de gynécologie obstétrique. Même si le contrôle direct de l'expulsion semble inapproprié, il faut absolument maintenir la continuité de la surveillance pour que le traitement soit efficace. Il faut rester atteignable en continu ne fût-ce que par téléphone. Téléphone, lettres et e-mails permettent d'éviter les coupures dans le suivi et d'en améliorer encore la qualité.

Références

- 1 Minelli M. Tabuthema Abtreibung; Informationen, Fakten, Adressen. Bern: Paul Haupt; 2000.
- 2 Rey AM. Die Erzeugelmacherin - Das 30-jährige Ringen um die Fristenregelung, Memoiren. Zürich: Xanthippe; 2007.
- 3 Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue: Review article. *Contraception*. 2006;74:66-86.
- 4 Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: A review of the evidence. *Obstet Gynecol*. 1997;89:790-6.
- 5 FDA registration of mifepristone (2000). www.fda.gov/cder/foi/label/2000/206871bl.htm.
- 6 ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001, service de recommandation et références professionnelles. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IVGRAP.pdf.
- 7 RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion, Evidence-based Clinical Guideline Number 7, 2004. www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/induced_abortionfull.pdf.
- 8 Harper C, Ellertson C, Winnikoff B. Could american women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception*. 2002;65:133-42.
- 9 Fiala C, Winikoff B, Helstrom, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004;70:387-92.
- 10 Faucher P, Baunot N, Madelenat P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: A prospective study of 433 patients. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005;33:220-7.
- 11 Hamoda H, Critchley HO, Paterson K, Guthrie K, Rodger M, Penney GC. The acceptability of home medical abortion to women in UK settings. *British J Obst Gynecol*. 2005;112:781-5.
- 12 Lupton M. Termination of pregnancy by telemedicine: an ethicist's viewpoint, Commentary. *Br J Obst Gyn*. 2008;115:1071-3.
- 13 Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect*. 1995;185:142-8.
- 14 Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ*. 1993;307:714-7.
- 15 Office fédéral de la santé publique. Bulletin. Juillet 2008.
- 16 Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *J Fam Pract*. 1997;44:353-60.
- 17 Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*. 1999;60:167-72.
- 18 Aubeny E. Evolution depuis 1989, en France, des interruptions volontaires de grossesse par mifépristone (RU486) associée à un analogue de prostaglandine. *Contracept Fertil Sex*. 1997;25:777-81.

Correspondance:

Dr André Seidenberg, Weinbergstrasse 9
8001 Zürich, andre.seidenberg@hin.ch
www.seidenberg.ch