

Faisabilité et avantages du traitement médicamenteux par misoprostol des avortements incomplets de moins de 12 semaines d'aménorrhée

Feasibility and advantages of the treatment by misoprostol in the incomplete abortions less than 12 weeks

L.N. Rainibarijaona*, T.J. Rajaonarison, T.M. Rakotomboahangy,
H.R. Andrianampanalinarivo

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction. Les avortements incomplets, une complication de l'avortement spontané ou d'une interruption volontaire de la grossesse, restent un problème majeur des femmes malgaches en âge de procréer. Notre objectif était de démontrer la faisabilité et les avantages du traitement médicamenteux par misoprostol des avortements incomplets inférieurs à 12 semaines d'aménorrhée.

Patientes et méthodes. Etude rétrospective descriptive allant du janvier 2007 au juillet 2007. Durant cette période, nous avons pu répertorier 48 cas d'avortements incomplets dont 41 sont traités par le misoprostol. Le traitement consiste en l'administration per os de 2 comprimés de 200 µg de misoprostol en sublingual en prise unique avec un contrôle clinique et échographique au 7^{me} jour du traitement.

Résultats. Durant notre étude, 75,6% des patientes étaient âgées de moins de 29 ans. Elles étaient presque toutes des paucipares. Elles avaient présenté un avortement incomplet de moins de 9 semaines d'aménorrhée dans 65,85% des cas.

Les motifs de consultation étaient dominés par des métrorragies (97,56%). L'examen échographique révélait une image de rétention de moins de 30 mm dans 75,61% des cas et une image de sac ovulaire dans 7,31% des cas. Le taux de réussite était de 97,56% parmi les patientes vues en contrôle au septième jour du traitement.

Conclusion. L'utilisation du misoprostol dans le traitement médicamenteux des avortements incomplets est une alternative à la méthode chirurgicale. A efficacité égale avec les autres méthodes, elle a l'avantage d'être facile à manipuler, accessible et acceptable sous contrôle médical.

Mots-clés : avortement incomplet, 12 semaines d'aménorrhée, misoprostol

Abstract

Introduction. A complication of spontaneous abortion or termination of pregnancy, incomplete abortion remains a big problem for Malagasy women. The aim was to demonstrate the feasibility and benefits of drug therapy of the incomplete abortion under 12 weeks by using misoprostol.

Patients and methods. This is a retrospective descriptive transversal study from January 2007 to July 2007. During this period, we were able to identify 48 cases of which 41 were treated with misoprostol. Treatment consists of oral administration of 2 tablets of 200µg of misoprostol, sublingual, as a single dose with clinical and ultrasound control seven days after treatment.

Results. In our study, 75.6% of patients were under 29 years and they are paucipares. They had an incomplete abortion under 9 weeks in 65.85% of cases. The reasons for consultation were dominated by bleeding. Ultrasound examination was revealed image of retention under 30 mm in 7.61% of cases and images of gestational sac were visualized in 7.31%. The control at the seventh day of treatment showed 97.56% of success.

Conclusion. The use of misoprostol in the medical treatment of incomplete abortions is an alternative to surgical method. In equal effectivity with another method, it has the advantage of being easy to use, accessible and acceptable.

Key words: incomplete abortion, 12 weeks of amenorrhea, misoprostol

Introduction

L'avortement spontané ou « fausse couche » est l'arrêt, sans intervention extérieure, d'une grossesse avant qu'elle ait atteint l'âge de la viabilité fœtale, soit actuellement pour l'OMS moins de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou moins de 500 g. Il est considéré précoce s'il apparaît avant 12 SA [1]. On parle d'avortement incomplet quand l'expulsion de produit de la grossesse est partielle donc le processus d'avortement est inachevé. La partie retenue du sac ovulaire peut être complètement décollé mais le plus souvent la rétention est due à un décollement incomplet du trophoblaste ou du placenta. Cette rétention ovulaire peut être à l'origine des métrorragies très importantes et d'un choc hémorragique. L'objectif de cette étude était de démontrer la faisabilité et les avantages du traitement médicamenteux par misoprostol des avortements incomplets inférieurs à 12 SA.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Juillet 2007 au CHU Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo Madagascar. Toutes les femmes admises pour des avortements incomplets inférieurs à 12 SA ont été recrutées. Les critères d'exclusion étaient la présence d'hémorragie abondante avec trouble hémodynamique, la présence d'une infection, l'absence de preuve échographique de l'avortement incomplet.

Les patientes arrivaient en consultation de sa propre initiative ou sont référées par un médecin. Elles bénéficiaient d'une visite médicale et d'un traitement médical par misoprostol en ambulatoire. Le misoprostol était administré avec une posologie de 2 comprimés de 200 µg, en sublingual, en prise unique immédiatement après la consultation.

Les recommandations suivantes étaient faites aux patientes : information sur les risques de l'expulsion spontanée (saignements, douleurs expulsives, prescriptions d'antalgiques), les éventuels effets indésirables digestifs du traitement, les risques de traitement chirurgical complémentaire (absence d'expulsion complète, hémorragie) et la nécessité de revoir les patientes 7 jours après en deuxième consultation pour une réévaluation clinique et un contrôle échographique de la vacuité utérine.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, la gestité et parité, le terme de la grossesse, le motif de consultation,

les résultats échographiques et les résultats cliniques et échographiques au 7^{ème} jour post- thérapeutique.

Résultats

Ont été inclus dans notre étude 41 patientes présentant un avortement incomplet inférieurs à 12 SA parmi les 48 venues en consultation.

L'âge moyen des patientes était de 28 ans (extrêmes : 19 ans et 42 ans). La moyenne de leur gestité était de 2,63 avec des extrêmes allant de 1 gestité à 6 gestités. Le terme moyen des grossesses était de 8 semaines et 2 jours avec des extrêmes de 7 et 12 SA.

Les signes cliniques étaient représentés principalement par des métrorragies, accessoirement des douleurs pelviennes peuvent être retrouvées à des intensités variables.

La mesure de la taille du reste du matériel ovulaire intra-utérin est variable allant de 5 mm à 42 mm et nous avons noté la présence de sac ovulaire chez trois patientes. Le tableau I résumait les données cliniques obstétricales des patients inclus.

Tableau 1. Répartition selon les données cliniques obstétricales des patientes présentant un avortement incomplet inférieur à 12 SA (n=41).

Caractéristiques des patientes	Effectif	Pourcentage
Gestité		
[1-2]	26	63,41
[3-4]	10	24,39
>4	5	12,19
Parité		
Nullipare	14	34,14
Paucipare [1-3]	24	58,53
Multipare >3	3	7,31
Terme (Semaines d'aménorrhée)		
< 9	27	65,85
[9-12]	14	34,14
Signes cliniques		
Algies pelviennes	17	41,46
Métrorragies	40	97,56
Signes échographiques		
Matériel ovulaire ≤ 30 mm	31	75,61
Matériel ovulaire [30-40] mm	10	24,39
Présence de sac ovulaire	3	7,31

La réponse thérapeutique était analysée au 7^{ème} jour par un examen et échographique. En définitive, le taux de réussite global de la méthode a été de 97,56% par l'absence de saignement et une vacuité utérine à l'échographie. Les effets indésirables retrouvés étaient essentiellement des douleurs abdominales (Tableau II).

Tableau 2. Répartition selon les effets indésirables, les résultats cliniques et échographiques du traitement par misoprostol (n=41).

		n	%
Douleurs		4	9,75
Saignement à J7	Absent	40	97,56
	Présent	1	2,43
Rétention à J7	Absente	40	97,56
	Présente	1	2,43

Discussion

Les avortements sont parmi les premiers motifs de consultation en Gynécologie, que l'avortement soit spontané ou provoqué une évacuation incomplète de l'utérus constitue une complication. Sa prise en charge médicale doit être rapide, efficace et sûre permettant une convalescence courte et être sans conséquence sur la fertilité ultérieure. Durant les sept mois d'étude, 41 cas d'avortements incomplets ont été recensés. Dans notre étude, nous avons choisi la dose de 400 µg en sublingual en prise unique. Cette dose nous a permis d'obtenir un taux d'évacuation complète de plus de 95% comparable à celui obtenu par d'autres auteurs ayant utilisé un protocole similaire. L'étude de Blum en 2007 utilisait la même dose de 400 µg en sublingual [3]. Diop, *et al.* dans leur étude en 2009, avaient choisi la même dose et voie d'administration [4] avec un taux de réussite à 94,5%. Plus tard, les recommandations de l'OMS de 2012 préconisaient la même posologie et la même voie d'administration [2]. Les caractéristiques des femmes présentant cette pathologie ont été étudiées, avec comme particularité concernant l'âge des patientes où prédominent les jeunes femmes de moins de 29 ans dans les deux-tiers des cas à 75,6%. La plupart des femmes sont des paucipares à 58,53% des cas. La population active sur le plan sexuel est constituée essentiellement par des jeunes ce qui explique la forte proportion de cette pathologie chez les moins de 29 ans. Dans notre cas, la

réussite du traitement ne dépendait ni de la gestité ni de la parité des patientes vu que très peu d'échec était retrouvé au final. Une analyse faite par Agostini, *et al.* avaient montré un taux de réussite inversement proportionnel à la parité de 70,9% pour les nullipares, 73,7% pour les primipares, 56,6% pour les femmes avec parité 2 et 54,2% pour les femmes avec parité supérieure à 2 [5].

L'âge moyen de la grossesse est de 8 SA et 2 jours avec des extrêmes de 7 à 12 SA. Notre étude montre l'efficacité du traitement par misoprostol des grossesses avant 12 SA, au-delà de cette date d'autres protocoles de traitement sont utilisés. Avant 9 SA, l'efficacité du traitement médicamenteux est admise par de nombreuses études. Plus tard, des études récentes montraient un fort taux de réussite avant 12 SA. Carbonnell [6], en 2002, obtient un taux de succès de 84% avec 800 µg de misoprostol pour des interruptions volontaires de grossesses entre 9 et 12 SA et Dabash, *et al.* [7], en Egypte en 2010, avaient obtenu un taux de succès à 96,8% et très récemment au Gabon en 2013, l'étude de Mayi-Tsonga, *et al.* avaient retrouvé un taux de réussite à 95,7% [8].

Le signe clinique qui prédominait dans notre étude, étant présent chez presque toutes les femmes, était les métrorragies retrouvées à 97,56%. En effet, la quantité du saignement avant le traitement constitue un des critères de sélection de la patiente au traitement. Selon les recommandations du CNGOF, un contexte hémorragique ou des douleurs pelviennes insupportables nécessitent une évacuation chirurgicale d'urgence (curetage ou aspiration) [9]. Peuvent s'y associer des douleurs pelviennes d'une importance variable également. En tout, un bon état clinique avant le traitement constitue une indication du traitement médicamenteux.

Par rapport aux signes échographiques conditionnant le choix du traitement, notre étude a pris la limite supérieure de 40 mm pour pouvoir entreprendre le traitement. Les trois-quarts des patientes avaient moins de 30 mm de rétention mais au-delà l'efficacité du traitement est discuté. D'autres auteurs mettaient la limite plus haute, comme Nielsen, *et al.* qui avaient retrouvé 80% de vacuité utérine au 5^{ème} jour avec un diamètre antéro-postérieur en sagittal de la rétention compris entre 10 et 50 mm [10]. Chipcase, *et al.* retrouvaient un taux de succès à 100% avec des mesures plus basses de 5 à 25 mm [11]. Or, une étude plus récente conclut que la mesure antéro-postérieure des images échogènes intra-utérines sur une coupe sagittale ne semble pas être prédictive des risques de geste chirur-

gical secondaire ou de saignements persistants [12]. La présence ou non de sac ovulaire peut conditionner aussi l'efficacité du traitement car presque la totalité de nos patientes n'ont pas présenté à l'échographie de sac ovulaire, pour certains auteurs [13] un sac ovulaire de moins de 40 mm conditionne la réussite du traitement. En effet, la présence de sac ovulaire est plutôt en faveur d'un avortement en cours ou menaçant.

Plusieurs effets indésirables sont attribués au misoprostol (saignement, contractions douloureuses, diarrhée, fièvre, frissons, nausées et vomissements), mais ceux-ci sont dose-dépendant. La dose recommandée est de 200 à 800 µg. A 400 µg, il semble que l'effet secondaire est minime [14,15]. Aucun effet indésirable majeur n'a été signalé dans notre série. Les douleurs nécessitant une analgésie après misoprostol étaient moins fréquentes qu'après un curetage, ce que confirment d'autres auteurs [16,17].

Tout suivi de routine programmé devrait être prévu pendant au moins 7 jours après le traitement au misoprostol [18]. Il comprend à la fois un examen clinique et échographique. La clinique seule ne suffit pas dans certains situations essentiellement dans les milieux pauvres pour déterminer si le processus est achevé ou non [4,19,20].

Après avoir expliqué aux femmes le déroulement du traitement, elles acceptent facilement le traitement médicamenteux par rapport au traitement chirurgical [20]. Les raisons invoquées sont le plus souvent la prise en charge immédiate et ambulatoire. L'hospitalisation peut être évitée avec l'anesthésie et l'acte chirurgical. L'indice de satisfaction des patientes traitées médicalement est généralement excellent. Ceci pourrait être dû au fait que le traitement médicamenteux est moins douloureux et peu coûteux.

Conclusion

Notre étude avait montré le niveau élevé d'efficacité et d'innocuité, à l'utilisation de misoprostol dans le traitement des avortements incomplets de moins de 12 SA. D'ailleurs depuis le misoprostol comme traitement médical des avortements incomplets constitue une stratégie opérationnelle bénéfique pour notre service. Cette étude confirme la recommandation de l'OMS qui propose le misoprostol comme traitement alternatif à l'intervention chirurgicale dans tous les centres de santé maternelle. Mais, il faut réglementer la vente de cet-

te molécule pour limiter son utilisation intempestive et sans contrôle médical.

Références

1. Lansac J, Berger C, Magnin G. Grossesse qui saigne au premier trimestre. Obstétrique, Collection Pour le praticien. Masson, 4^{ème} éd. 2003; 257-67.
2. OMS. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. 2012; 2^{ème} édition. Genève.
3. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, *et al.* Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99: 186-9.
4. Diop A, Rakotovo 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; 79:456-62.
5. Agostini A, Ronda I, Capelle M, *et al.* Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of Misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertil Steril* 2004; 84(4): 1030-2
6. Carbonell JL, Velazco A, Varela L, *et al.* Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6: 39-45.
7. Dabash R, Ramadan MC, Darwish E, *et al.* A randomised controlled trial of 400µg sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 111 (2): 131-5.
8. Mayi-Tsonga S, Minkobame U, Mbila A, *et al.* Première expérience de l'utilisation du Misoprostol comme soin après avortement (SAA) à Libreville, Gabon. *Pan Afr Med J* 2014 ; 18 : 301.
9. Ferté-Delbende C, Robin G, Letombe B. Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieure à 12 semaines de gestation). Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients. 34^{ème} Journées Nationales du CNGOF, 2010.
10. Nielsen S, Sahlin M, Platz- Christensen J. Randomised trial comparing expectant with medical management for first trimester miscarriages. *BJOG* 1999; 106: 804-7.
11. Chipcase J, James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *BJOG* 1997; 104: 840-1.
12. Beucher G, Benoist G, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37: 257-64.
13. Beucher G. Traitement médical des fausses couches spontanées précoces. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 401-6.
14. Hamoda H, Flett GMM. Medical termination of pregnancy in the early first trimester. *J Fam Plan Reprod Health Care* 2005; 31(1): 10-4.
15. Szymanska M, Suchonska B, Ziolkowska K, *et al.* Use of Misoprostol in the termination of missed abortion. *Med Wieku Rozwoj* 2003; 7(3 supp 1): 307-12.
16. Chung TKH, Lee DTS, Cheung LP, *et al.* Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparison surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertil Steril* 1999; 71: 1054-9.
17. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, *et al.* A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Hum Reprod* 2001; 16: 365-9.
18. Blum J, Bynum J, Dabash R, *et al.* Le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet: un manuel introductif. *Gynuity Health Projects* 2009.
19. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, *et al.* Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. *BJOG* 2007; 114: 1363-67.
20. Weeks A, Alia G, Blum J, *et al.* A randomized trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstet Gynecol* 2005; 106(3): 540-7.