

Prise en charge initiale du saignement du premier trimestre chez la femme enceinte par un protocole structuré.



**Marie-Luce de Varennes
Paola Lagos Arévalo
UMF des Hautes Laurentides**

Introduction

- Saignements vaginaux du premier trimestre: jusqu'à 20% des grossesses
- 50% des cas: avortement spontané
- Source d'angoisse importante
- Cliniques d'évaluation précoce de grossesse (EPAC)
 - prise en charge plus rapide
 - réduction des hospitalisations
 - diminution des coûts



**La prise en charge initiale
par un protocole
structuré aide-t-elle à
assurer des soins plus
rapides que la prise en
charge traditionnelle?**

Méthodologie


Pubmed/medline/CINAHL

Limites: anglais, français,
espagnol

16 études

critères
inclusion/exclusion

4



MeSH: First trimester pregnancy, emergency service/ hospital, emergency department, ambulatory care facilities, pregnancy complication, Pregnancy outcome, outpatient clinic/ hospital, advance nursing practice.

Mots clés: First trimester bleeding, early Pregnancy Assessment Unit (EPAU), early Pregnancy Assessment Clinic (EPAC), early Pregnancy Assessment Protocol (EPAP), protocol, assessment unit/ outpatient, waiting time

Méthodologie

Pubmed/medline/CINAHL

Limites: anglais, français,
espagnol

16 études

critères
inclusion



- Femmes âgées de 16-49 ans
- Enceinte de moins de 12 semaines
- Hémodynamiquement stable

4

Méthodologie

Pubmed/medline/CINAHL

Limites: anglais, français,
espagnol

16 études

critères
exclusion

4

Évaluation de la satisfaction (2)
Description de 6 mois avec protocole (1)
Diminution des coûts (4)
Comparaison du traitement chirurgical
vs conservateur (1)
Évaluation de l'échographie (2)
Facteurs qui affectent le séjour à
l'urgence (1)
Lettre à l'éditeur (1)

Méthodologie

Pubmed/medline/CINAHL

Limites: anglais, français,
espagnol

16 études

critères
exclusion

4

(2013) Wendt

(2012) Wendt

(2009) O'Rourke

(2005) Brownlea

Résultats

Études	Wendt (2013)	Wendt (2012)	O'Rourke (2009)	Brownlea (2005)
Lieu	Australie			
Type	Observation			
Interventions	Comparaison 6mois pré/post protocole	Comparaison 1an pré EPAC et 5ans post	Comparaison 9mois pré EPAP et 5, 7 mois post	Comparaison 2mois pré et 2 mois 1,4,7 ans post protocole
Population	584	4958	283	346
Méthodologie	☺	☺	☹	☹
Temps de séjour pré/post	173/152	290/214	303/137	136/76
Diminution (min)	21 min	76 min	166 min	54 min
Statistiquement significatif	non (p= 0.09)	oui (p<0.001)	??? Mais p<0,001 pour les issues secondaires	Oui (p<0.001)

Résultats

Études	Wendt (2013)
Lieu	Australie
Type	Observation
Interventions	Comparaison 6mois pré/post protocole
Population	584
Méthodologie	☺
Temps de séjour pré/post	173/152
Diminution (min)	21 min
Statistiquement significatif	non (p= 0.09)

Points forts:

- Description démographique
- Critères d'inclusion et d'exclusion bien définis
- Échantillons pré et post comparables
- Tests statistiques appropriés

Points faibles:

- Période d'étude courte

Résultats

Études	Wendt (2013)	Wendt (2012)
Lieu	Australie	Australie
Type	Observation	Observation
Interventions	Comparaison 6mois pré/post protocole	Comparaison 1an pré EPAC et 5ans post
Population	584	4958
Méthodologie	☺	☺
Temps de séjour pré/post	173/152	290/214
Diminution (min)	21 min	76 min
Statistiquement significatif	non (p= 0.09)	oui (p<0.001)

Points forts:

- Très bonne méthodologie
- Excellent échantillon de patientes
- Représentatif de la population de ML
- Période d'étude longue
- Étude réalisée par des infirmières

Points faibles:

- Inclusion des patientes hors des heures d'ouverture
- Limite d'AG pour l'étude?

RÉSULTATS

Études		O'Rourke (2009)	Brownlea (2005)
Lieu	<p><u>Points forts:</u> -Étude dans un milieu rural</p> <p><u>Points faibles:</u> -Interventions mal définies -Conflits d'intérêts? Source de subvention? -Critères d'inclusion? -Période d'étude courte et morcelée -Gynécologues et/ou radiologistes de garde disponibles - Valeur p inconnue???</p>	Australie	Australie
Type		Observation	Observation
Interventions		Comparaison 9mois pré EPAP et 5, 7 mois post	Comparaison 2 mois pré et 2 mois 1,4,7 ans post protocole
Population		283	346
Méthodologie		☺	☺
Temps de séjour pré/post		303/137	136/76
Diminution (min)		166 min	54 min
Statistiquement significatif		???	???
		p<0,001 pour les issues	Oui (p<0.001)

RÉSULTATS

Études		Brownlea (2005)
Lieu	<u>Points forts:</u>	Australie
Type	-Puissance adéquate (80%)	Observation
Interventions	-Tests statistiques appropriés	Comparaison 2
	-Longue période de suivi	mois pré et 2
		mois 1,4,7 ans
		post protocole
Population	<u>Points faibles:</u>	346
Méthodologie	-Pas de description démographique	☹
Temps de séjour pré/post	-Critères d'inclusion et exclusion mal définis	136/76
Diminution (min)	-Pas de comparaison de l'échantillon pré et post	54 min
Statistiquement significatif		Oui (p<0.001)

Discussion

- **Points positifs**
 - Bonne revue de la littérature: beaucoup de mots clés et de MeSH
 - 2 articles récents avec une bonne méthodologie et un grand échantillon de patientes
 - Bonne taille d'échantillon: 6171 patientes au total
 - Études concordantes (une seule qui n'est pas statistiquement significative)
 - Tests statistiques appropriés
 - Population comparable à celle de Mont-Laurier
 - Protocole intéressant pour une région éloignée
-

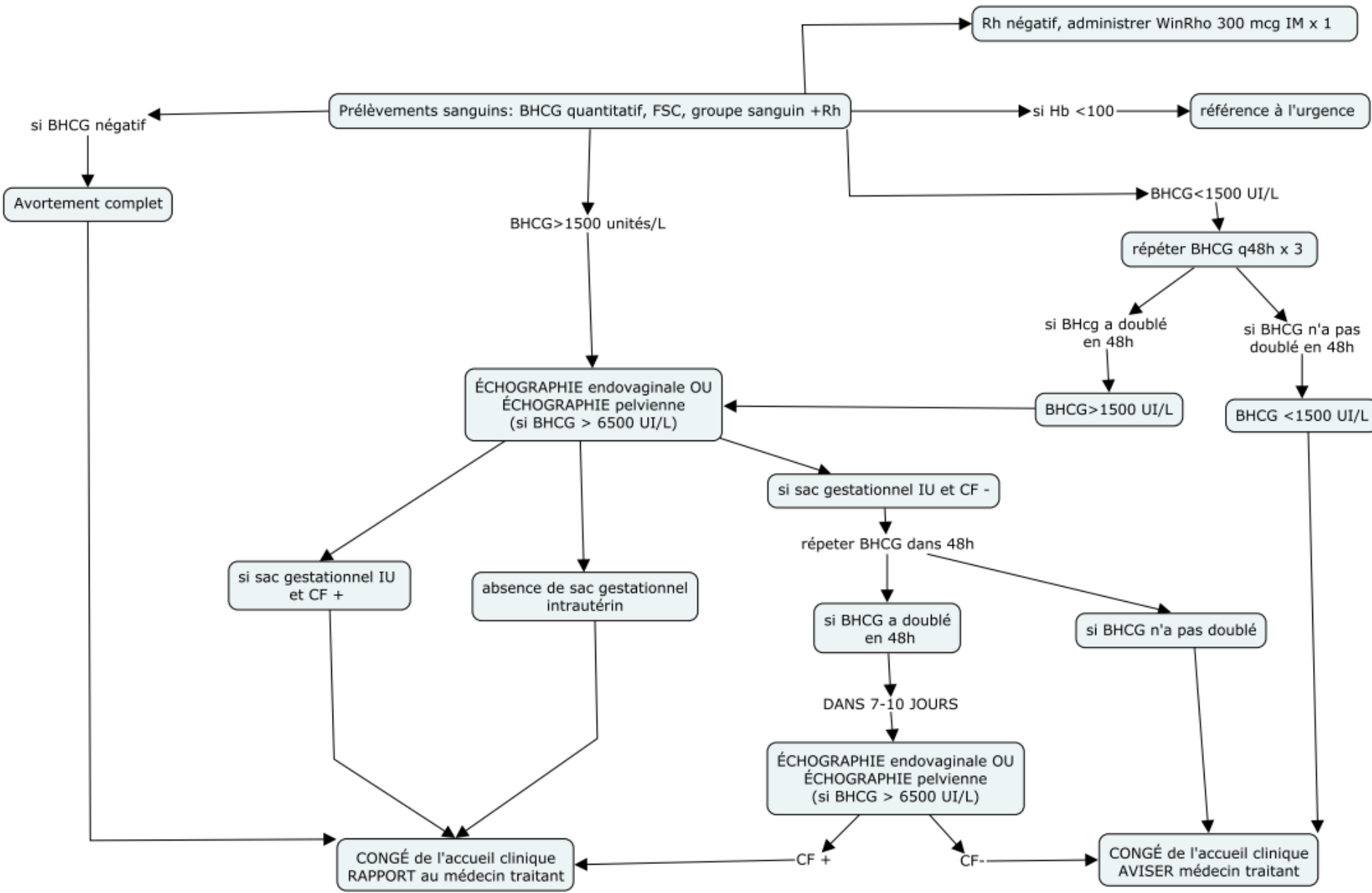
Discussion

- **Points négatifs**
 - 2 articles écrit par le même auteur
 - Toutes les études sont réalisées en Australie
 - La plupart des études ont lieu durant une courte période de temps
 - Dans certaines études des gynécologues sont disponibles
 - 1 article qui n'a pas de valeur p
 - Pas d'exemple de protocole utilisé
-

CONCLUSION

- Un protocole diminue le temps de séjour à l'urgence
 - Cliniquement?
 - Structure le suivi des patientes
 - Uniformise la prise en charge des patientes
 - Augmente probablement la satisfaction des patientes
 - Plus d'études à ce sujet pourraient être intéressantes
 - Il apparaît donc bénéfique d'instaurer un protocole de prise en charge des saignements du premier trimestre dans notre milieu
-

Protocole



Références

1. Akhter P, Padmanabhan A, Babiker W, Sayed A, Molelekwa V, Geary M: Introduction of an early pregnancy assessment unit: audit on the first 6 months of service. *Irish journal of medical science* 2007, 176(1):23-26.
 2. Wendt K, Crilly J, May C, Bates K, Saxena R: An outcomes evaluation of an emergency department early pregnancy assessment service and early pregnancy assessment protocol. *Emergency medicine journal : EMJ* 2014, 31(e1):e50-54.
 3. Brownlea S, Holdgate A, Thou ST, Davis GK: Impact of an early pregnancy problem service on patient care and Emergency Department presentations. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 2005, 45(2):108-111.
 4. Bignardi T, Condous G: Comment on: The early pregnancy assessment project: The effect of cooperative care in the emergency department for management of early pregnancy complications. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49: 110-114. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 2009, 49(5):563; author reply 563-564.
 5. O'Rourke D, Wood S: The early pregnancy assessment project: the effect of cooperative care in the emergency department for management of early pregnancy complications. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 2009, 49(1):110-114.
 6. Rhone SA, Hodgson ZG, Moshrefzadeh A, Maurer C: A Canadian urban early pregnancy assessment clinic: a review of the first year of operation. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC* 2012, 34(3):243-249.
 7. Wren J, Craven B: A cost-effectiveness study of changing medical practice in early pregnancy. *Clinical performance and quality health care* 1999, 7(4):172-177.
 8. Iyoke CA, Lawani OL, Onoh RC: Views of Nigerian gynecologists on the need to establish and implement early pregnancy assessment units (EPAUs) in Nigerian hospitals. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2014, 126(3):283-284.
 9. Poddar A, Tyagi J, Hawkins E, Opemuyi I: Standards of care provided by early pregnancy assessment units (EPAU): a UK-wide survey. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 2011, 31(7):640-644.
 10. Edey K, Draycott T, Akande V: Early pregnancy assessment units. *Clinical obstetrics and gynecology* 2007, 50(1):146-153.
-

Références

11. Shillito J, Walker JJ: Early pregnancy assessment units. *British journal of hospital medicine* 1997, 58(10):505-509.
 12. Bradley E, Hamilton-Fairley D: Managing miscarriage in early pregnancy assessment units. *Hospital medicine* 1998, 59(6):451-456.
 13. Dawson AJ, Cohen DR: Early pregnancy assessment units. *Bmj* 1991, 302(6787):1273.
 14. Bigrigg MA, Read MD: Management of women referred to early pregnancy assessment unit: care and cost effectiveness. *Bmj* 1991, 302(6776):577-579.
 15. Tunde-Byass M, Cheung VY: The value of the early pregnancy assessment clinic in the management of early pregnancy complications. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC* 2009, 31(9):841-844.
 16. Wattimena J, Pelosi M, Cheney K, Green T, Black KI: Factors affecting length of stay for women presenting with early pregnancy complications to a public hospital emergency department. *Emergency medicine Australasia : EMA* 2013, 25(1):22-27.
 17. Crilly J, Wendt K, Beatson N. A structure and process evaluation of an Early Pregnancy Assessment Clinic (EPAC) in one Australian Emergency Department: part 1. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2012;15:68—76.
 18. Wendt K, Crilly J, Beatson N. An evaluation of early pregnancy outcomes in one Australian Emergency Department: Part 2. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2012) 15, 77—85
 19. Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière (2013). Ordonnance Collective-4.25 : Initier les examens paracliniques après référence en gynécologie à l'accueil clinique.
 20. Centre de santé et des services sociaux de Sept-Îles (2012). Ordonnance collective : saignement utérin sans douleur du premier trimestre OC-14-41.
 21. Beaulieu, J. (2011) Je saigne, tu saignes, elles saignent, *Médecin du Québec*. Volume 46, numéro 11
 22. Centre de santé et des services sociaux de Trois Rivières. PM 5009 Saignement sans douleur du premier trimestre de grossesse.
 23. Centre de santé et des services sociaux de Laval (2013). Ordonnance collective : Initier des mesures diagnostiques et une consultation pour des usagères présentant un saignement vaginal sans douleur au 1er trimestre de la grossesse (OC 103)
 24. Morin, L., Van den Hof, M.C. (2005). SOGC Clinical practice guidelines, Ultrasound Evaluation of First Trimester Pregnancy Complications. *JOCG* 161, 581-85.
 25. TORONTO NOTES 2014
-