

Notes :

- Des études portant sur le misoprostol pour la MFIU comprennent souvent une combinaison de fœtus vivants et décédés. Les données particulièrement relatives aux fœtus décédés ne sont pas approfondies. Les régimes posologiques proposés reflètent les données disponibles et le consensus d'experts.
- Une dose d'attaque de misoprostol ne comporte aucun avantage clinique apparent.
- L'administration vaginale du misoprostol n'est pas recommandée si du sang ou d'autres fluides sont présents dans le vagin.
- La prise du misoprostol moins de 24 heures après celle de la mifépristone peut entraîner un temps plus court entre l'administration de la mifépristone et l'expulsion du fœtus mais un temps plus long entre la première dose de misoprostol et l'expulsion fœtale. L'intervalle entre la mifépristone et le misoprostol peut être choisi selon la préférence et la convenance personnelle de la femme, du prestataire et du système de soins de santé. La mifépristone peut être fournie à la femme pour être prise à domicile et cette dernière peut retourner à l'établissement pour la prise du misoprostol.
- La prise d'analgésiques peut être entamée au même moment que celle du misoprostol. Les AINS en particulier ne neutralisent pas le mécanisme d'action du misoprostol.
- La MFIU constitue en particulier un facteur de risque pour les troubles de la coagulation, notamment si le fœtus est décédé depuis plus de 2 semaines.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Directives : La mifépristone en association avec le misoprostol ou le misoprostol seul pour le traitement de la mort fœtale in utero entre 12 et 24 semaines d'aménorrhée. Gynuity Health Projects. Février 2014.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter www.gynuity.org

Ce document fera l'objet d'un examen et d'une mise à jour périodiques avec les informations les plus récentes et les résultats de la recherche.

© Gynuity Health Projects, 2014.

Février 2014



DIRECTIVES

LA MIFÉPRISTONE EN ASSOCIATION AVEC LE MISOPROSTOL OU LE MISOPROSTOL SEUL POUR LE TRAITEMENT DE LA MORT FŒTALE IN UTERO ENTRE 12 ET 24 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE

CONTEXTE

La mifépristone (un antiprogéstatif) et le misoprostol (une prostaglandine) sont souvent utilisés conjointement en vue de provoquer l'expulsion fœtale et placentaire dans les cas de mort fœtale in utero (MFIU). La mifépristone provoque la maturation cervicale et facilite les contractions utérines alors que le misoprostol provoque les contractions utérines. Les deux médicaments sont commercialisés sous diverses dénominations commerciales et sont disponibles individuellement ou conjointement. Le misoprostol seul est utilisé en vue de provoquer l'expulsion fœtale et placentaire dans les cas de MFIU dans les milieux où la mifépristone n'est pas disponible.

INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI

Les informations suivantes concernent l'utilisation de la mifépristone en association avec le misoprostol ou du misoprostol seul en vue de provoquer l'expulsion fœtale et placentaire avec un fœtus décédé* dont l'âge est estimé entre 12 et 24 semaines depuis le premier jour des dernières menstruations (LMP). Presque toutes les femmes expulseront effectivement la grossesse avec l'utilisation de ces médicaments. L'utilisation de la mifépristone en association avec le misoprostol entraîne un temps moyen d'expulsion fœtale inférieur à 10 heures ; les régimes posologiques à base de misoprostol seul prennent plus de temps, avec un temps moyen d'expulsion fœtale d'environ 16 heures.

CONTRE-INDICATIONS

Antécédents d'allergie à la mifépristone ou au misoprostol.

* Pour les informations relatives aux fœtus vivants, veuillez vous reporter aux Directives relatives au déclenchement de l'avortement pour les grossesses de 12 à 24 semaines d'aménorrhée à l'aide de la mifépristone en association avec le misoprostol ou du misoprostol seul

PRÉCAUTIONS

- Un accouchement par césarienne préalable et/ou un âge gestationnel avancé ne devraient pas constituer des contre-indications pour l'utilisation de ces médicaments. Au fur et à mesure que la grossesse évolue, l'utérus devient plus sensible au misoprostol ; de ce fait, la dose de misoprostol peut être réduite de 200 µg pour les grossesses de plus de 24 semaines et pour les femmes ayant subi de multiples chirurgies utérines. La rupture utérine survient rarement.
- Rien ne permet de penser que les médicaments utilisés pour provoquer l'expulsion fœtale et placentaire soient nuisibles aux nourrissons qui têtent. Toutefois, une très petite quantité de la plupart des médicaments présents dans le sang d'une femme passe effectivement dans le lait maternel et certaines femmes peuvent choisir de jeter le lait maternel pendant quelques heures suivant la prise des comprimés.
- D'autres méthodes d'évacuation devraient être prises en considération en cas de diagnostic de placenta prævia total.

EFFETS ET EFFETS SECONDAIRES

La plupart des femmes trouvent les effets secondaires supportables. Les effets secondaires graves surviennent rarement.

SAIGNEMENTS

Les saignements sont inhabituels suite à l'administration de la mifépristone et sont en règle générale légers lorsqu'ils surviennent.

Les saignements peuvent survenir dès 30 minutes après la première dose de misoprostol ou peuvent prendre plusieurs heures à apparaître. On peut s'attendre à des saignements plus abondants immédiatement avant et tout de suite après la délivrance du fœtus.

Les saignements excessifs sont rares et s'ils surviennent, ils sont plus probables entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta. Bien qu'ils soient moins fréquents que durant l'accouchement à terme, les urgences dues aux saignements devraient être prises en charge de la même façon que les saignements excessifs post-partum.

Les femmes devraient être enjointes de prendre contact avec leur prestataire au cas où : (1) soit elles imbiberaient plus de deux serviettes hygiéniques de taille maxi chaque heure pendant plus de deux heures consécutives, (2) soit les saignements se poursuivraient de façon continue pendant plusieurs semaines et seraient accompagnés de perte de connaissance ou d'étourdissements. En règle générale, les saignements durent 7 à 14 jours suivant la procédure avec des microrragies pouvant durer jusqu'aux menstruations suivantes. Les menstruations surviennent habituellement 4 à 6 semaines après l'administration du misoprostol et peuvent être précédées d'une ovulation fertile.

DOULEUR

Les douleurs et les crampes utérines sont des caractéristiques régulières du déclenchement à l'aide de ces médicaments.

La douleur peut survenir dès 30 minutes après la première dose de misoprostol ou peut prendre plusieurs heures à apparaître. Selon la durée du processus et l'intensité des contractions, la douleur peut être modérée à sévère. La durée du processus tend à être plus longue durant la phase ultérieure de la grossesse. Des analgésiques devraient être fournis à toutes les femmes et peuvent inclure les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les narcotiques et/ou l'anesthésie régionale. La prise de ces médicaments peut se faire au moment de l'administration du misoprostol. Une combinaison de méthodes peut être adéquate en vue d'assurer que la femme est à l'aise. La douleur disparaîtra après l'expulsion du fœtus et du placenta.

FRISSONS ET/OU FIÈVRE

Les frissons sont des effets secondaires fréquents quoique passagers du misoprostol. La fièvre est moins courante, est aussi habituellement passagère et n'indique pas nécessairement une infection. Une fièvre ou des frissons qui durent plus de 24 heures après la dernière dose de misoprostol peuvent indiquer une infection et la femme devrait consulter un médecin. L'utilisation courante d'une antibiothérapie n'est pas nécessaire.

NAUSÉE ET VOMISSEMENTS

La nausée et les vomissements peuvent survenir et disparaîtront 2 à 6 heures après la dernière dose de misoprostol. En cas de besoin, un antiémétique peut être utilisé.

DIARRHÉE

La diarrhée peut également se produire suivant l'administration du misoprostol et devrait disparaître après quelques heures.

CONGESTION MAMMAIRE

La congestion mammaire peut survenir après l'expulsion du fœtus durant cet intervalle d'âge gestationnel et peut durer entre quelques jours et une semaine. Des analgésiques, des blocs réfrigérants et la compression mammaire à l'aide d'un soutien-gorge serré, d'un bandage ou d'un autre vêtement peuvent être utiles.

DOSE ET ADMINISTRATION

Le régime posologique recommandé est la mifépristone suivie 12 à 48 heures plus tard du misoprostol toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion. (Le misoprostol peut être administré toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion au cas où la mifépristone ne serait pas disponible)

DOSE DE MIFÉPRISTONE : 200 mg par voie orale

DOSE DE MISOPROSTOL : 400 µg (deux comprimés de 200 µg) par voie buccale (dans la joue), sublinguale (sous la langue) ou vaginale

Pour la voie sublinguale et buccale, garder les comprimés en position pendant environ 30 minutes, puis avaler les fragments restants.

**BIBLIOGRAPHIE POUR LES «
DIRECTIVES : LA MIFÉPRISTONE
EN ASSOCIATION AVEC
LE MISOPROSTOL OU LE
MISOPROSTOL SEUL POUR
LE TRAITEMENT DE LA MORT
FŒTALE IN UTERO ENTRE 12 ET
24 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE »**

Bracken H, Ngoc NTN, Banks E et al. Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: a double-blind randomized controlled trial. *Contraception* 2013; in press.

Chittacharoen A, Herabutya Y, Punyavachira P. A randomized trial of oral and vaginal misoprostol to manage delivery in cases of fetal death. *Obstet Gynecol* 2003;101(1):70-3.

Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Med* 1998;7(3):115-9.

Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death (review). *The Cochrane Collaboration*. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2010. Chichester: Wiley.

Elhassan EM, Abubaker MS, Adam I. Sublingual compared with oral and vaginal misoprostol for termination of pregnancy with second-trimester fetal demise. *Int J Gynecol Obstet* 2008;100(1): 82-3.

Feldman DM, Borgida AF, Rodis JF, Leo MV, Campbell WA. A randomized comparison of two regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(3):710-3.

Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99(2):190-3.

Jain JK, Kuo J, Mishell DR Jr. A comparison of two dosing regimens of intravaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):571-5.

Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks) (review). *The Cochrane Collaboration*. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2009. Chichester: Wiley.

Niromanesh S, Hashemi-Fesharaki M, Mosavi-Jarrahi A. Second trimester abortion using intravaginal misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89(3):276-7.

Perritt JB, Burke A, Edelman AB. Interruption of nonviable pregnancies of 24-48 weeks' gestation using medical methods: release date June 2013 SFP guideline #20133. *Contraception* 2013;88(3):431-9.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. RCOG Green-top Guideline No. 55, 2010. London: RCOG Press; 2010.

Wagaarachchi PT, Ashok PW, Narvekar NN, Smith NC, Templeton A. Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109(4):443-7.

© Gynuity Health Projects, 2014.



Février 2014