

Notes :

- 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 et toutefois une période plus longue entre la première dose de misoprostol et l'expulsion fœtale. L'intervalle entre la prise de la mifépristone et celle du 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.
- En cas de non expulsion du placenta dans les 30 minutes suivant l'expulsion fœtale, une dose supplémentaire de misoprostol peut être fournie. Si l'expulsion du placenta n'est pas achevée 3 heures après la prise de la dose supplémentaire, il est adéquat de mener des interventions standards visant à évacuer l'utérus. (Reportez-vous à Green 2007 pour de plus amples informations relatives à la prise en charge du placenta)
- 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.
- Pour de plus amples informations relatives à l'interruption des grossesses de plus de 12 semaines d'aménorrhée, veuillez vous reporter à : OMS/RHR. Avortement sans risques : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé (2^{de} édition), 2012. Ce document peut être consulté sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Directives : 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. 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

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

CONTEXTE

La mifépristone (un antiprogéstatif) et le misoprostol (une prostaglandine) sont souvent conjointement utilisés pour l'interruption de grossesse. 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 régime posologique à base de misoprostol seul est utilisé pour les interruptions de grossesse dans les milieux où la mifépristone n'est pas disponible.

INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI

Les informations qui suivent concernent l'utilisation de la mifépristone en association avec le misoprostol ou du misoprostol seul pour les interruptions de grossesse (avec un fœtus vivant*) estimées entre 12 et 24 semaines depuis le premier jour des dernières menstruations (LMP). Presque toutes les femmes ont un avortement réussi 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 décédés, veuillez vous reporter aux Directives relatives à l'utilisation de la mifépristone en association avec le misoprostol ou du misoprostol seul pour le traitement de la mort fœtale in utero entre 12 et 24 semaines d'aménorrhée

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 l'avortement médicamenteux 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 constituent des caractéristiques habituelles de l'avortement médicamenteux.

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'achèvement de l'avortement.

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 se produire après l'avortement durant cet intervalle d'âge gestationnel et peut durer quelques jours à 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 : DÉCLENCHEMENT
DE L'AVORTEMENT POUR LES
GROSSESSES DE 12 À 24 SEMAINES
D'AMÉNORRÉE À L'AIDE DE LA
MIFÉPRISTONE EN ASSOCIATION
AVEC LE MISOPROSTOL OU DU
MISOPROSTOL SEUL »**

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: second-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 2013 (Practice Bulletin; no. 135);121(6):1394-406.

Brouns JFGM, van Wely M, Burger MPM, van Wijngaarden WJ. Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception* 2010;82:266-75.

Cabrera Y, Fernandez-Guisasola J, Lobo P, Gamir S, Alvarez J. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination: a meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;51:158-165.

Chaudhuri S, Banerjee PK, Mundle M, Mitra SN. A comparison of two regimens of misoprostol for second trimester medical termination of pregnancy: a randomized trial. *Trop Doct* 2010;40:144-8.

Ellis SC, Kapp N, Vragovic O, Borgatta L. Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception* 2010;81:441-5.

Goh SE, Thong KJ. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. *Contraception* 2006;73(5):516-9.

Green J, Borgatta L, Sia M, Kapp N, Saia K, Carr-Ellis S, et al. Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception* 2007;76(4):310-3.

Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:148-53.

Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Gomez Ponce de Leon R, Mittal S, Tang OS. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99:178-81.

Hou S, Chen Q, Zhang L, Fang A, Cheng L. Mifepristone combined with misoprostol versus intra-amniotic injection of ethacridine lactate for the termination of second trimester pregnancy: a prospective, open-label, randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151:149-53.

Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in second trimester medical abortion. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1304-10.

Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson KG. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update* 2007;13(1):37-52.

Mentula M, Suhonen S, Heikinheimo O. One- and two-day dosing intervals between mifepristone and misoprostol in second trimester medical termination of pregnancy—a randomized trial. *Hum Reprod* 2011;0(0):1-8.

Ngoc NTN, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NTB, Minh NTH, et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;118(3):601-8.

Pongsatha S, Tongsong T. Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *J Obstet Gynaecol Res* 2013:1-6.

Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2013;121(6):1335-47.

Society of Family Planning. Clinical guidelines: Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception* 2011;84:4-18.

Tanha FD, Gologachi T, Niroomand N. Sublingual versus vaginal misoprostol for second trimester termination: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:65-9.

Tripti N, Namrata S. Misoprostol vs. mifepristone and misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *J Obstet Gynecol India* 2011;61(6):659-62.

von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Huang NTM, Marions L, Okoiev G, et al. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: a randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod* 2008:1-7.

© Gynuity Health Projects, 2014.



Février 2014