

DIRECTIVES

MISOPROSTOL DANS LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET ET DE LA FAUSSE-COUCHE SPONTANEE

GENERALITES

Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1, commercialisé pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique lié à l'utilisation chronique d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Induisant également des contractions utérines, il est souvent utilisé, hors indications officielles, pour le traitement des arrêts précoces de grossesse (avortement incomplet et grossesse arrêtée). Des études ont montré l'efficacité et l'innocuité dans cette indication. Les informations suivantes sont à l'attention des professionnels de la santé.

INDICATIONS

Le misoprostol est indiqué dans le traitement de l'avortement incomplet et de la grossesse arrêtée pour les femmes dont **la taille de l'utérus est de moins de 12 semaines d'aménorrhée**. Le taux de réussite avec les doses recommandées est compris entre 66 et 100% dans le cas d'un avortement incomplet et entre 60 et 93% dans le cas des grossesses arrêtées.

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie connue au misoprostol ou à d'autres prostaglandines.
- Suspicion de grossesse ectopique.

*Pour les grossesses arrêtées, après confirmation du diagnostique et/ou col utérin complètement fermé, le schéma posologique recommandé est le suivant: administration **par voie vaginale d'une dose unique de 800 µg de misoprostol.***

On retrouve un taux de succès supérieur lorsqu'un suivi prolongé est effectué (7 à 14 jours) ceci afin que l'expulsion ait le temps de se compléter. Un geste chirurgical n'est pas recommandé avant 7 jours sauf s'il est médicalement nécessaire.

Remarques:

- Il semble qu'une administration répétée de misoprostol permette d'augmenter le taux de réussite.
- Il semble qu'une administration répétée de misoprostol permette d'augmenter le taux de réussite.

SOURCE À CITER

Consignes d'utilisation: Misoprostol dans le traitement de l'avortement incomplet et de la fausse-couche spontanée. Rencontre d'experts sur le misoprostol organisée par Reproductive Health Technologies Project et Gynuity Health Projects. 9 juin 2004. New York, NY.

Pour une liste de référence concernant ce document ou pour plus d'information, consultez les sites www.gynuity.org or www.rhtp.org

Ce document sera régulièrement revu et mis à jour en fonction des données les plus récentes et des avancés de la recherche.

© 2008 Gynuity Health Projects et Reproductive Health Technologies Project



Mis à jour juin 2008

- Signe de péritonites et/ou de septicémie.
- Signes d'instabilité hémodynamique ou de choc.

PRECAUTIONS

- Chez les femmes porteuses d'un stérilet, le retrait du stérilet est impératif avant l'administration du misoprostol.
- Une attention toute particulière doit être donnée aux femmes porteuses de troubles de la coagulation ou sous traitement anti-coagulant.
- La prudence s'impose pour toute utilisation du misoprostol chez une femme ayant une hauteur utérine de plus de 12 semaines d'aménorrhée alors que le terme est inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée (utérus fibromateux).
- Une infime portion de misoprostol ou d'un métabolite actif pourrait être retrouvé dans le lait maternel. Cependant aucun effet secondaire n'a été reporté chez l'enfant nourri au sein.

EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires prolongés ou graves sont rares.

SAIGNEMENTS

Les saignements commencent souvent le premier jour, en général dans l'heure suivant la prise du misoprostol. Ils peuvent habituellement durer pendant deux semaines, mais des saignements peu importants (spotting) peuvent se prolonger jusqu'à la menstruation suivante. La femme devra être avertie de contacter le prestataire dans chacun des cas suivants : (1) si le sang qu'elle perd imbibé deux serviettes hygiéniques (modèle maxi) par heure pendant plus de deux heures, (2) si les saignements s'arrêtent et reprennent soudainement et de façon abondante, (3) si les saignements se prolongent plusieurs semaines et si elle commence à avoir des étourdissements et des malaises.

CONTRACTIONS DOULOUREUSES

Les contractions débutent le plus souvent dans les premières heures, voire dans les 30 minutes seulement après l'administration du misoprostol. La douleur peut être bien plus intense que celle de règles normales. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou des analgésiques pourront être prescrits pour le contrôle de la douleur sans nuire pour autant à l'efficacité de la méthode.

FRISSONS ET/OU FIEVRE

Les frissons sont un effet secondaire fréquent, mais transitoire. La fièvre est plus rare et n'indique pas obligatoirement une infection. Si besoin, un antipyrétique peut être prescrit. Si la fièvre ou les frissons persistent plus de 24 heures après la prise du misoprostol, ils peuvent être le signe d'une infection et la femme devra alors consulter un médecin.

NAUSEE ET VOMISSEMENTS

Nausée et vomissements peuvent survenir. Ils disparaissent entre 2 et 6 heures après l'administration du misoprostol. Si besoin, un antiémétique peut être prescrit.

DIARRHEE

L'administration du misoprostol peut s'accompagner d'une diarrhée qui disparaît normalement en une journée.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Pour les avortements incomplets, le schéma posologique recommandé est le suivant: soit l'administration par voie orale d'une dose unique de 600 µg de misoprostol, soit l'administration par voie sublinguale (en les plaçant sous la langue) d'une dose unique de 400 µg de misoprostol.

LISTE DE REFERENCES
“DIRECTIVES: MISOPROSTOL DANS
LE TRAITEMENT DE L’AVORTEMENT
INCOMPLET ET DE LA FAUSSE-
COUCHE SPONTANEE”

Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.

Bique C, M. Ustá, B. Debora, E. Chong, E. Westheimer and B. Winikoff. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-6.

Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103: 860-865.

Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995 Oct; 102(10):832-5.

Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999 Jun; 71(6):1054-9.

Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89: 768-772.

Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov; 114(11):1368-75.

Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001 Feb; 16(2):365-9.

Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception* 79 (2009) 456–462.

Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidegaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; Aug 81 (8) 781-2.

Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: Non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993; 306: 894-5.

Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 56: 263-6.

de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995 Sep 9; 311(7006):662.

Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 Aug;187(2):321-5; discussion 325-6.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001 July;16(7):1493-6.

Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 72 (2005) 438-442.

Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004 Nov; 87 (2): 138-42.

Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001 Feb;108(2):213-4.

Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: A randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001 Nov;16(11): 2283-7.

Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, Mashaka N, Westheimer E, Clark W, Winikoff B. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov.

Zang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.

Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005 Sep;106(3):540-7.

Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 99: 563-566.

Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353:761-9.

© 2008 Organisée par Gynuity Health Projects

Gynuity
HEALTH PROJECTS

juin 2008