

MISOPROSTOL-SEUL

POSOLOGIES RECOMMANDÉES 2017

Taille utérine < 13 semaines	Taille utérine 13 à 26 semaines	Taille utérine > 26 semaines ⁸	Utilisation post-partum
<p>Interruption de grossesse^{a,b,1} 800 µg SL toutes les 3 heures <u>ou</u> VV*/Bucc toutes les 3–12 heures (2–3 doses)</p>	<p>Interruption de grossesse^{1,5,6} 13 à 24 semaines : 400 µg VV*/SL/Bucc toutes les 3 heures^{a,e} 25–26 semaines : 200 µg VV*/SL/Bucc toutes les 4 heures^f</p>	<p>Interruption de grossesse^{1,5,9} 27–28 semaines : 200 µg VV*/SL/Bucc toutes les 4 heures^{f,g} > 28 semaines : 100 µg VV*/SL/Bucc toutes les 6 heures</p>	<p>Prévention de l'hémorragie post-partum (HPP)^{i,2,10} 600 µg VO (x1) <u>ou</u> Prévention secondaire de l'HPP^{i,11} (perte de sang approx. ≥ 350 ml) 800 µg SL (x1)</p>
<p>Grossesse arrêtée (œuf clair)^{c,2} 800 µg VV* toutes les 3 heures (x2) <u>ou</u> 600 µg SL toutes les 3 heures (x2)</p>	<p>Mort fœtale^{f,g,1,5,6} 200 µg VV*/SL/Bucc toutes les 4–6 heures</p>	<p>Mort fœtale^{2,9} 27–28 semaines : 100 µg VV*/SL/Bucc toutes les 4 heures^f > 28 semaines : 25 µg VV* toutes les 6 heures <u>ou</u> 25 µg VO toutes les 2 heures^h</p>	<p>Traitement de l'HPP^{k,2,10} 800 µg SL (x1)</p>
<p>Avortement incomplet^{a,2,3,4} 600 µg VO (x1) <u>ou</u> 400 µg SL (x1) <u>ou</u> 400–800 µg VV* (x1)</p>	<p>Avortement inévitable^{g,2,3,5,6,7} 200 µg VV*/SL/Bucc toutes les 6 heures</p>	<p>Déclenchement du travail^{h,2,9} 25 µg VV* toutes les 6 heures <u>ou</u> 25 µg VO toutes les 2 heures</p>	
<p>Préparation du col utérin pour l'avortement chirurgical^d 400 µg SL 1 heure avant la procédure <u>ou</u> VV* 3 heures avant la procédure</p>	<p>Préparation du col utérin pour l'avortement chirurgical^a 13–19 semaines : 400 µg VV 3 à 4 heures avant la procédure > 19 semaines : doit être associée à d'autres modalités</p>		

References

- a WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014
- b von Hertzen et al. Lancet, 2007; Sheldon et al. 2016 FIAPAC abstract
- c Gemzell-Danielsson et al. IJGO, 2007
- d Sääv et al. Human Reproduction, 2015; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010
- e Dabash et al. IJGO, 2015
- f Perritt et al. Contraception, 2013
- g Mark et al. IJGO, 2015
- h WHO recommendations for induction of labour, 2011
- i FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012
- j Raghavan et al. BJOG, 2015
- k FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012

Notes

- 1 Si la mifépristone est disponible (ce qui est préférable), suivre la posologie prescrite pour mifépristone + misoprostol
- 2 Fait partie de la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels
- 3 En cas d'avortement incomplet/ inévitable, la femme doit recevoir un traitement en fonction de la taille utérine et pas de l'âge gestationnel déterminé par la date des dernières règles (DDD)
- 4 Laisser agir pendant 1-2 semaines sauf en cas de saignement excessif ou d'infection
- 5 Une dose supplémentaire peut être administrée si le placenta n'a pas été expulsé 30 minutes après l'expulsion du fœtus
- 6 Plusieurs études ont limité le nombre de dose à 5 ; la plupart des femmes ont une expulsion complète avant l'utilisation des 5 doses, mais d'autres études ont poursuivi au-delà de 5 et atteint un taux de réussite plus élevé sans problème de sécurité
- 7 Y compris la rupture des membranes quand l'accouchement est indiqué
- 8 Suivre le protocole locale en cas de césarienne antérieure ou de cicatrice d'hystérotomie
- 9 Si seuls les comprimés de 200 µg sont disponibles, des doses inférieures peuvent être préparées par dissolution dans l'eau (voir www.misoprostol.org)
- 10 Si l'ocytocine n'est pas disponible ou les conditions de stockage sont inadéquates
- 11 Option pour les programmes communautaires

Voie d'administration

- VV – administration par voie vaginale
- SL – sublinguale (sous la langue)
- VO – orale
- Bucc – buccale (dans la joue)

* Évitez la VV (voie vaginale) en cas de saignements et/ou de signes d'infection

La voie rectale n'est pas recommandée. Son profil pharmacocinétique n'est pas associé à une meilleure efficacité