

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