Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 110 (2012)
Heft: 4

Artikel: Déclenchement de l'accochement par Misoprostol
Autor: Zimmermann, R. / Hösli, I. / Drack, G.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949363

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Avis d'experts

Déclenchement de l'accouchement par Misoprostol

Le Misoprostol montre une efficacité supérieure aux prostaglandines E2 tout en ayant un profil de risque comparable et un coût nettement inférieur à celles-ci. Ainsi, le Misoprostol est le médicament utilisé le plus fréquemment pour le déclenchement de l'accouchement. Malgré cela, son indication n'est pratiquement pas officiellement enregistrée en Europe, que ce soit pour le déclenchement de l'accouchement ou pour le traitement de l'atonie utérine. Son utilisation «off-label» nécessite donc une indication médicale correcte, une information de la patiente et une surveillance étroite de la mère et de l'enfant.

R. Zimmermann, G. Drack, I. Hösli, O. Irion, D. Surbek, P. Hohlfeld,
Commission assurance de qualité, Gynécologie suisse, Berne

Le Misoprostol est un analogue synthétique de prostaglandine E1, admis en Suisse pour le traitement des ulcères gastriques et duodénaux à la dose de 800 µg/jour. En raison de son puissant effet utéro-tonique, la notice comprend une contre-indication pour les femmes enceintes[1]. Swissmedic a cependant reconnu son emploi en obstétrique depuis des années, puisque son emploi est admis par exemple comme inducteur de contractions lors d'interruptions de grossesse du 1er trimestre (notice concernant la Mifegyne®;[1]). En raison d'un bon rapport risques-bénéfices lors déclenchement du travail, de sa grande disponibilité et de la possibilité de le conserver à température ambiante, l'OMS l'a mis sur sa liste des médicaments essentiels[2]. Le Misoprostol est également recommandé par la FIGO et l'ACOG pour diverses indications durant la grossesse et le post-partum[3–5].

Le Misoprostol a été comparé aux prostaglandines E2 dans de nombreuses études randomisées incluant plus de 30 000 patientes enceintes démontrant une efficacité supérieure (taux supérieur d'accouchement par voie basse et pourcentage plus faible de césariennes)[6]. Contrairement aux prostaglandines E2, il n'a pas d'effet broncho-constricteur et peut être utilisé chez les patientes asthmatiques.

En matière d'effets secondaires, le Misoprostol induit un peu plus souvent des hypercinésies utérines et des modifications du CTG. Les effets secondaires graves, telles que ruptures utérines ou complications néonatales ne sont cependant pas plus fréquentes sauf s'il s'agit d'un status après césarienne (risque de rupture utérine accru). En raison de la rareté de ces événements, cette constatation ne peut pas encore être considérée comme définitive[6,7].

Actuellement, ce qui pose problème, c'est l'utilisation «off-label» de ce médicament. A notre avis le fait que son indication en obstétrique ne soit pas reconnue (à l'exception de quelques pays) malgré le très grand nombre d'études ayant montré son efficacité et sa sécurité, est dû à des raisons essentiellement émotionnelles (le médicament est aussi utilisé dans le cadre des interruptions de grossesse) et à des considérations économiques de la part du fabricant.

Le coût du Misoprostol ne représente que 1% du coût des prostaglandines E2. Il répond donc clairement aux principes de la LAMAL (adéquation, efficacité, économicité): il est plus efficace, plus économique avec un profil de risque tout à fait comparable.

L'utilisation «off-label» de médicaments n'est pas interdite en Suisse, mais implique une plus grande responsabilité du prescripteur et un devoir d'information encore plus détaillé (voir aussi les recommandations de la de la SSGO, lettre d'experts n. 23)[9].

En Suisse, la SAPP (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Perinatale Pharmakologie ou Swiss Association of Perinatal Pharmacology) tente actuellement d'obtenir un élargissement des indications du Misoprostol à l'obstétrique.

Enfin, il faut rappeler que dans de rares cas des complications sévères peuvent survenir et pour la mère et pour l'enfant, quel que soit le médicament utilisé pour déclencher l'accouchement. L'utilisation d'utéro-toniques dans cette indication ne doit donc s'envisager qu'après admission de la patiente en milieu hospitalier en prenant les mesures de surveillance et de précaution appropriées.

Afin de réduire le risque de complications sévères lors d'un déclenchement de l'accouchement par le Misoprostol, les points suivants doivent être respectés:

- Il doit y avoir une indication claire au priming ou au déclenchement.
- Lors d'administration de Misoprostol par voie vaginale, il faut se limiter initialement à des doses de 25 µg espacées de 3–6h avec un maximum de 8 doses.
- Dans des situations particulières, l'application vaginale de Misoprostol peut également être utilisée à raison de 50 µg espacées de 3–6h (maximum 6 doses), en sachant que l'hypercinésie utérine et les altérations du CTG seront un peu plus fréquentes.
- Un autre schéma éprouvé consiste à administrer par voie orale des doses de 20 à 40 µg toutes les 2h avec un maximum de 12 doses[8,10]
- L'efficacité et les effets secondaires sont les mêmes, que l'administration se fasse par voie orale ou vaginale; certains auteurs préfèrent la voie orale[6,7].
- Une surveillance continue de la mère et de l'enfant en milieu hospitalier est obligatoire. L'établissement doit être en mesure d'effectuer une césarienne d'urgence dans un délai court en cas de besoin.
- Le Misoprostol est contre-indiqué en cas d'antécédent d'opération de l'utérus (césarienne, myomectomie par

exemple). Une réserve est également émise pour l'utilisation de ce médicament chez les femmes ayant eu trois ou plus accouchements par voie basse à terme ou lors de grossesses multiples en raison du risque plus élevé de rupture utérine dans ces situations.

- Après l'échec d'un cycle complet de déclenchement de l'accouchement, la situation doit être réévaluée avec la patiente (utilisation d'une autre méthode de déclenchement, décision de césarienne, période de repos, etc.).
- La préparation de la médication à dose correcte doit être assurée par la pharmacie de l'hôpital ou par une autre pharmacie.

Traduction française Dr U. Stoll

Littérature

[1] Arzneimittelkompendium der Schweiz. Documed AG Basel, 2010.
[2] www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf, WHO Model list of essential medicines. 16th list, March 2009 (Unedited version – 30 avril 2009).
[3] Weeks A. and Faundes A. Misoprostol in obstetrics and gynecology. Int J Gynaecol Obstet, 2007. 99 Suppl 2: p. 156–9.
[4] Elati A. and Weeks AD. The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology. BJOG, 2009. 116 Suppl 1: p. 61–9.
[5] ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. Obstet Gynecol, 2009. 114(2 Pt 1): p. 386–97.
[6] Hofmeyr GJ., Gulmezoglu AM. and Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev, 2010. 10: p. CD000941.
[7] Alfirevic Z. and Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev, 2006: p. CD001338.
[8] Weeks A et al. Misoprostol for induction of labor with a live fetus. Int J Gynaecol Obstet, 2007. 99 Suppl 2: p. S194–7.
[9] Surbek, D.V. et al. «Off-label use» von Arzneimitteln in Gynäkologie und Geburtshilfe. Expertenbrief Nr. 23, SSGO, 2007 (Allemand et Français).
[10] Dällenbach et al. Oral misoprostol or vaginal dinoprostone for labor induction: a randomized controlled trial, Am. J Obstet Gynecol, 2003; 188: 162–7.
[11] Surbek D.V., Bösiger H., Hösli I., Pavic N., Holzgreve W. A double-blind comparison of the safety and efficacy of intravaginal Misoprostol and Prostaglandin E2 to induce labor. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 1018–23.
[12] Surbek D.V. Misoprostol for labor induction in term pregnancy. Eur Clinics Obstet Gynaecol 2007; 3: 25–9.

Parution originale:
Lettre d'experts n. 38, Commission assurance de qualité, Gynécologie suisse présidée par le Prof. Daniel Surbek, Berne.

Avec l'aimable autorisation de la SSGO.

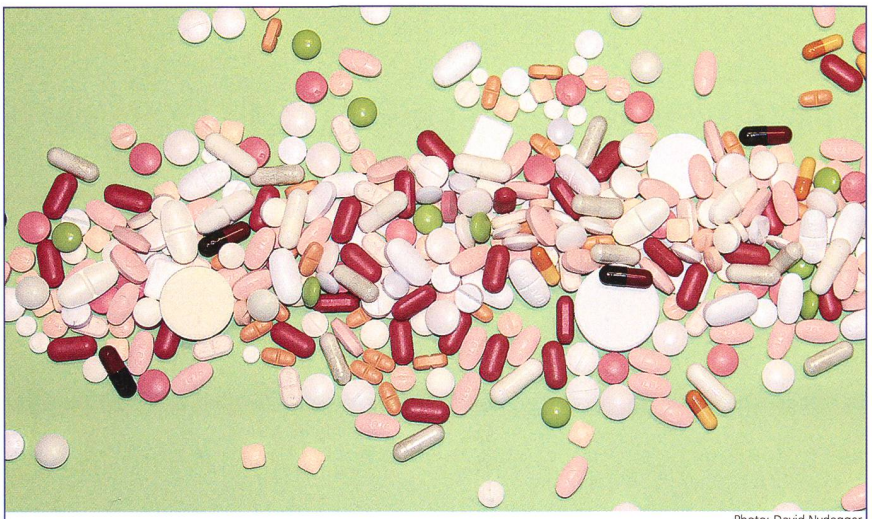


Photo: David Nydegger

Nouvelle étude

Le Misoprostol est souvent utilisé en Suisse

Objectifs

L'utilisation «off-label» de médicaments est fréquent en pratique obstétricale. Aucune donnée n'était toutefois disponible sur la fréquence d'utilisation du Misoprostol pour le déclenchement de l'accouchement à l'échelle du pays et sur l'information des patientes à ce sujet.

Méthodes

Une étude prospective par questionnaire validé en trois langues a été menée dans tout le pays.
Tous les gynécologues obstétriciens enregistrés en Suisse ont été inclus. Sur un total de 1100, 725 (66%) ont rempli le questionnaire mais 69 répondants ont été exclus, parce qu'ils ne pratiquaient plus de manière active. L'analyse porte donc sur un total de 656 questionnaires.

Résultats

- 512 des 656 gynécologues obstétriciens (78%) utilisent le Misoprostol pour déclencher des accouchements. L'administration la plus fréquente du Misoprostol est intravaginale (86%), en une seule dose de 50 µg (94%), ou par plus petites doses espacées de 4 à 6 h (85%).
- Parmi les utilisateurs de Misoprostol, 314 (61%) ont répondu qu'ils n'informaient pas leurs patientes sur l'utilisation «off-label» de ce médicament.
- Parmi les non-utilisateurs de Misoprostol, la principale raison de non-utilisation est l'absence de licence pour indications obstétricales (48%) et la non-disponibilité (14%).
- Si le Misoprostol recevait une licence pour cette indication et s'il était disponible dans le commerce, 69% des non-utilisateurs actuels l'utiliseraient.
- Les non-utilisateurs de Misoprotol utilisent des prostaglandines E2, en gel vaginal, en ovules ou en insertion vaginale à libération constante, ainsi que de l'ocytocine pour induire le travail.

Conclusion

Le Misoprostol est le médicament le plus communément utilisé pour le déclenchement de l'accouchement en Suisse, bien qu'il n'ait pas reçu de licence et bien qu'il existe des médicaments alternatifs ayant reçu une licence. Seule une minorité d'utilisateurs informent réellement les patientes.

Traduction: Josianne Bodart Senn

Source: Elke Krause et al.: Off-label use of misoprostol for labor induction: a nationwide survey in Switzerland, European Journal of Obstetrics & Gynacology and Reproductive Biology 159 (2011).

BIOLYT
Energie vitale... et bien-être depuis 1979

«Cicatrices, la cause de déséquilibres énergétiques et douleurs inexplicables»

Une formation qualifiée et orientée à la pratique, une amélioration des traitements, reconnaître et éliminer les champs perturbateurs dune cicatrice, améliorer le flux énergétique et favoriser le bien-être des clients sont quelques-uns des objectifs de notre stage.Depuis plus de 30 ans, nous sommes orientés vers les **soins des cicatrices.** Nos connaissances et nos expériences sont à la base de notre stage de 2 jours qui se déroulera à:

Lausanne, les samedis 5 mai et 30 juin 2012
09h00 17h00 (pause de midi ~12h00 à 13h30)
Cours reconnus ASCA, RME et FSSF

Contenu du stage
- théorie des cicatrices et leur soin
- point de vue énergétique des cicatrices – quels sont les champs perturbateurs dune cicatrice?
- introduction à la méthode du test musculaire en kinésiologie – exercices pratiques pour tester les cicatrices qui gênent
- techniques dapplication pour lélimination des champs perturbateurs
- effet des crèmes à conductibilité énergétique et leur justification – applications professionnelles – exercices pratiques en petits groupes

Lieu: Hôtel Continental, Place de la Gare 2, 1001 Lausanne
Coût: 370.– pour les 2 journées

Renseignements ou inscription:
Tél. 091 796 19 00, Fax 091 796 19 46
Email: geuggis@biolyt.com – www.biolyt.com

"Un bébé enrhumé, ça tient combien de temps en apnée ?"

Physiodose

Le sérum physiologique
hygiénique, pratique et économique. Rinçage des yeux et des paupières, humidification de la muqueuse nasale et nettoyage des plaies.

Le mouche bébé
par aspiration, facile à entretenir et avec embouts stérilisables.

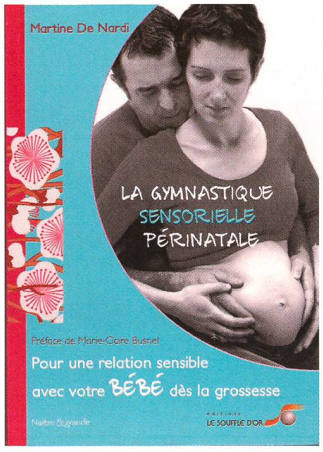
Disponible en pharmacies et drogueries.
Distribution: F. Uhlmann-Eyraud SA - 1217 Meyrin - www.uhlmann.ch

Martine De Nardi

La gymnastique sensorielle périnatale

Le Souffle d'or, 2010, 260 p.
Illustrations et photos
en noir et blanc
ISBN = 2-84058-399-8

Ayant eu récemment l'opportunité de participer à une initiation à la gymnastique sensorielle périnatale (GPS par la suite), je me suis saisie de cet ouvrage avec grand intérêt. Son auteure est responsable pédagogique du diplôme universitaire en GPS et, entre autres, praticienne de la relation materno-fœtale en France.
La méthode GPS offre un grand potentiel de découvertes et d'apprentissage, car cette approche considère l'humain dans sa globalité et dans ses liens avec les autres et son environnement. Elle favorise le contact avec soi-même, le partenaire et le bébé in utero à partir du corps et est de ce fait assez proche de l'haptonomie.
La GPS intègre cinq approches (manuelle, gestuelle, introspective, verbale et écrite) afin de développer une relation et une communication sensorielles et sensibles. C'est une méthode à la fois préventive et curative.
Le livre se veut un guide pratique pour les futurs parents curieux de découvrir une approche globale de préparation à la naissance, mais il est évident que cette méthode nécessite un apprentissage avec une personne qualifiée pour intégrer les différentes dimensions.
Douce et centrée sur l'introspection et l'expérimentation de mouvements à partir des mouvements de base, la GPS permet de ré-harmoniser le corps et l'esprit, les émotions et l'action et d'acquérir une plus grande autonomie en valorisant ses propres ressources.
La GSP permet au couple de cheminer vers la parentalité tout en laissant chacun développer son identité propre et son rôle spécifique, de mieux gérer l'accouchement afin de s'adapter aux différents imprévus de la périnatalité.
L'ouvrage est conçu comme un entretien avec la journaliste Nathalie Calmé. La GPS, discipline relativement récente, utilise un vocabulaire spécifique qu'il faut d'abord s'approprier, ce qui rend cette lecture plutôt exigeante. La bibliographie est riche et les nombreuses photos en noir et blanc ainsi que les témoignages constituent un «plus» indispensable.
J'ai eu la chance de pouvoir suivre une initiation à la GSP en découvrant les mouvements de



base. C'est particulièrement la globalité de cette approche qui m'attire tant pour les préparations à la naissance que pour les suivis périnataux plus complexes.

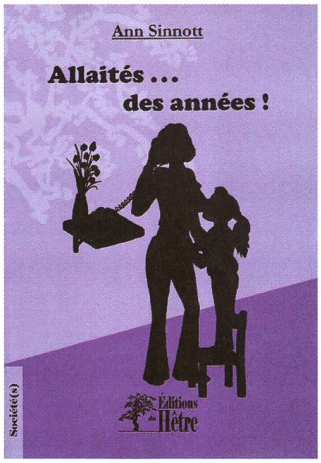
Heike Emery,
sage-femme indépendante

Ann Sinnott

Allaités… des années

Ed. du Hêtre, 2011, 352 p.
ISBN = 2-2-36105-004-7

Ann Sinnott n'est pas de profession médicale ou paramédicale. Après la naissance de son premier enfant, elle fait appel à La Leche League pour un soutien à l'allaitement et devient par la suite une active de cette association. Elle avait le projet d'allaiter sa fille 6 mois et de reprendre son métier à mi-temps. Elle y renonce par la suite, continue d'allaiter sa fille jusqu'à ce qu'elle se sèvre seule à 6 ans et demi et écrit en freelance sur les questions de santé et les enfants dans la presse britannique. C'est cette expérience de l'allaitement au long cours qui la décide à écrire un livre afin de dissiper les mythes et les ignorances à propos de l'allaitement long.
Afin de documenter son livre, elle a interrogé des mères et des pères de 48 pays différents qui vivaient ou avaient le projet de vivre un allaitement au long cours. Cette enquête représente 2040 familles, 4038 enfants et des périodes d'allaitement allant de 2 à 11 ans. Aucune étude n'avait encore été faite sur l'allaitement au long cours que ce soit du point de vue du développement physique ou psychique. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un allaitement au long cours passe généralement inaperçu par crainte de la censure.
Tout au long de ce livre, l'auteure met en lumière le point du vue de la mère, du père, de l'enfant, du couple, de la dyade allaitante. De nombreux témoignages viennent compléter ses réflexions et résumés d'études. Les messages principaux de ce livre sont la nécessité d'une attitude non jugeante vis-à-vis de ces mères et principalement du personnel soignant. Elle insiste sur le fait que le sevrage doit venir de l'enfant lorsque celui-ci est émotionnellement prêt. Cela crée chez lui un sentiment d'autonomie et d'indépendance. L'impact du sevrage forcé y est longuement expliqué.
Un livre intéressant, que l'on soit pour ou contre l'allaitement au long cours. Il permet de se mettre du côté des mères qui ont fait ce choix et de réaliser ce qu'est leur quo-



tidien afin que nous puissions les accompagner au mieux.

Carole Burdet,
sage-femme et conseillère
en lactation IBCLC