

INTERRUPTION SPONTANEE DE GROSSESSE

Dr Clouet-Delannoy

Fédération de Gynécologie-Obstétrique

CHU Paule de Viguié

AVORTEMENTS SPONTANES
et
MORT FŒTALE IN UTERO

Définitions

- OMS : avortements spontanés = expulsion hors de l'organisme maternel d'un fœtus de moins de 500gr ou de 22 SA
- En pratique
 - 1er trimestre (avant 12 SA) = FCS précoce
 - 2ème trimestre (12-25SA) = FC tardive
 - 3ème trimestre (après 25SA) = mort fœtale in utéro (MFIU)

**FAUSSES-COUCHES
SPONTANÉES PRÉCOCES**

- **Définition** = interruption spontanée de grossesse avant 12 SA
- **2 tableaux cliniques** différents
 - arrêt d 'évolution de la grossesse sans expulsion
 - expulsion de l 'embryon ou du fœtus vivant mais non viable
- Concerne 15 à 20% des grossesses, 40% d 'anomalies CHS
- A part, FCS à répétition et maladie trophoblastique

Diagnostic clinique

- Interrogatoire
 - Métrorragies
 - Douleurs pelviennes
 - Disparition des signes Σ de grossesse
 - Asymptomatique
- Examen
 - métrorragies +/- débris d 'origine endoutérine
 - col perméable au doigt
 - volume utérin discordant

Diagnostic échographique

- Voie abdominale et endovaginale
 - localisation de l'œuf
 - vitalité et activité cardiaque
- Images pathologiques
 - utérus vide
 - sac gestationnel vide (œuf clair)
 - embryon AC -
 - hématome décidual
 - grossesse molaire

Intérêt des dosages biologiques

- Dosage quantitatif des β HCG
 - cinétique \Rightarrow à 48h
 - taux isolé \uparrow +++ \Rightarrow môle hydatiforme
- Groupage sanguin Rhésus

Diagnostic différentiel

- Menace de fausse-couche
 - clinique : métrorragies avec grossesse évolutive (30% des grossesses)
 - échographique : grossesse évolutive avec hématome décidual
- Grossesse extra-utérine

Etiologies

- Anomalies génétiques (28 à 78 %)
- Anomalies utérines
 - anomalies congénitales
 - DES Σ
 - synéchies utérines
 - béance cervico-isthmique
 - utérus fibromyomateux

Etiologies (2)

- Avortements endocriniens
 - déficit lutéal
 - dysthyroïdies
 - trouble métabolisme glucidique
- Avortements d 'origine infectieuse
 - parasites : toxoplasmose, paludisme,
 - bactéries: listériose, brucellose, mycoplasmes, uréaplasma ...
 - virus : herpes, CMV, rubéole, rougeole, oreillons

Etiologies (3)

- Causes iatrogènes
 - prélèvements trophoblastique, liquide amniotique...
- Facteurs environnementaux
 - tabac
 - alcool
- Causes immunologiques (FCS à répétition)

Traitement

- **Fausse-couche en cours ou imminente**
 - si métrorragies et/ou douleurs +++
 - aspiration endo-utérine sous AL ou AG avec examen anatomo-pathologique
 - si métrorragies et douleurs modérées
 - <8SA : antalgiques simples (paracétamol, AINS), surveillance
 - >8SA : aspiration endo-utérine

Traitement (2)

- **Fausse-couche asymptomatique**
 - $<8SA$: abstention 8 jours et si pas d'expulsion, traitement chirurgical ou médical
 - $>8SA$: traitement chirurgical
- **Fausse-couche incomplète**
 - traitement médical ou chirurgical

Traitement (3)

- **Risques du traitement chirurgical**
 - Immédiats
 - perforation utérine
 - aspiration incomplète \Rightarrow rétention secondaire
 - endométrite
 - A distance
 - synéchies
 - béance cervico-isthmique

Traitement (4)

- **Traitement médical**
 - repose sur analogues des prostaglandines :
misoprostol
 - voie vaginale ou voie orale
 - 2 à 6 cp en 3 prises avec antalgiques associés
 - risques : expulsion incomplète, effets secondaires du misoprostol
- **Immunoglobulines anti-D si Rh -**

Maladies trophoblastiques

Maladies trophoblastiques

- Môle partielle, môle embryonnée
 - associée à une triploidie dans 99% des cas
- Môle hydatiforme
 - 1/1500 grossesse; 5% \Rightarrow môle invasive, 0,5% \Rightarrow choriocarcinome
- Môle invasive
- Choriocarcinome (1/10 000 à 1/70 000)
 - 50% suite à môle hydatiforme, 25 à 30% à FCS banale, 20 à 25% grossesse normale

Môle embryonnée et môle hydatiforme

- Clinique
 - métrorragies
 - vomissements gravidiques +++
 - pré-éclampsie au 1er trimestre
 - ↑ ↑ volume utérin/âge gestationnel
 - hyperthyroïdie
- Examens paracliniques
 - β HCG ↑ ↑ (100 000 à 1M)
 - échographie : image typique avec trophoblaste multivacuolaire

Môle (2)

- Bilan pré-thérapeutique
 - β HCG, groupage sanguin, NFS, BH+/- uricémie, créatininémie si HTA, bilan thyroïdien
 - radio pulmonaire
- Traitement
 - évacuation utérine par aspiration sous AG et sous échographie

Môles (3)

- Surveillance post-thérapeutique
 - échographie à 15j
 - β HCG 1/sem avec décroissance exponentielle et régulière en moins de 12 sem
 - rémission si 3 dosages successifs de β HCG négatifs
 - puis surveillance 1/mois pendant 1an
 - Grossesse contre-indiquée pdt cette période

Môle (4)

- Pronostic
 - 80 % des MH et 97% des ME guérissent sans traitement complémentaire
 - 8 % évoluent vers une maladie gestationnelle persistante : môle invasive ou choriocarcinome

Môle invasive et choriocarcinome

- Circonstances de diagnostic
 - au décours de la surveillance d'une ME ou MH
 - apparition d'une métastase pulmonaire, hépatique ou cérébrale
- Traitement
 - chimiothérapie

Fausses-couches spontanées à répétition

- **Définition**

- 3 FCS consécutives

- **Étiologies**

- génétiques : anomalies CHS parentaux, anomalies génétiques moléculaires, aneuploidie
- hormonales: insuffisance lutéale, OPK, DID
- anomalies anatomiques utérines: cloison, utérus bicorne, synéchies, DES Σ
- maladies thrombophiliques :déficit ATIII, prot C, S, RPCa, hyperhomocystéinémie...
- pathologies auto-immunes : SAPL+++
- inexpliquées : 50 à 75%

Bilan des FCS à répétition

- Caryotypes des parents
- Hystérosalpingographie
- Recherche des ACC et ACL (2 prélèvements à 6 sem d 'intervalle)

= recommandations actuelles

Traitement

- Uniquement si SAPL



aspirine et héparine

FAUSSES-COUCHES TARDIVES

Etiologies maternelles

- Infectieuses
 - virales
 - bactériennes: listériose, strepto B
- Mécaniques
 - béance cervico-isthmique
 - utérus fibromyomateux
 - DES Σ

Etiologies fœtales

- Anomalies chromosomiques
- Σ polymalformatif

Clinique

- Douleurs pelviennes type contractions utérines
- Métrorragies
- Pertes de liquide amniotique
- Signes de chorio-amnionite: hyperthermie, leucorrhées purulentes, utérus contractile et douloureux

MORT FŒTALE IN UTERO

Définition

- Nulle circulaire 2001 : MFIU = tous décès foetaux à partir de 500 gr (poids de naissance) et/ou 22SA
- Comprend décès avant travail et per-partum
- En pratique, MFIU = décès avant travail et à partir de la période de prise en charge foétale (25SA +/- 1 sem selon équipes)
- 40 % des MFIU entre 22 et 27 SA

Diagnostic

- Diminution ou arrêt des mouvements fœtaux perçus par la patiente
- +/- associés à des signes de la lignée étiologique : métrorragies, crise d'éclampsie, hyperthermie...
- Confirmé par échographie

Facteurs de risques

- Socio-économiques et démographiques : femmes issues des DOM-TOM, Afrique Sud Saharienne et Europe du Sud; bas niveau socio-économique
- Age maternel : risque ↑ aux âges extrêmes
- Parité : risque ↑ avec grande multiparité
- ATCD obstétricaux : risque de récurrence × 4

Etiologies

- Causes maternelles
 - pathologie vasculaire (50% des cas) : HTA, pré-éclampsie, HRP
 - pathologie infectieuse parasitaire, virale ou bactérienne
 - RPDE
 - voie hématogène (micro-abcès rétroplacentaires)
 - voie ascendante à membranes intactes
 - au cours d 'HRP centraux ou marginaux (strepto B)

Etiologies (2)

- Autres causes maternelles
 - diabète gestationnel ou pré-gestationnel
 - cholestase gravidique
 - traumatismes
 - malformations utérines (DES Σ)
 - pathologies immunologiques (lupus, SAPL)
 - états thrombophiliques : déficit protéine C, S, AT III, mutation du facteur V Leiden et du II

Etiologies (3)

- Causes fœtales
 - malformations qui diagnostiquées conduisent le plus souvent à une IMG
 - RCIU sévère
- Causes annexielles
 - chorioangiome
 - infarctus de la plaque basale
 - Σd brides amniotiques
 - anomalies funiculaires

Etiologies (4)

- Inexpliquées 30% des cas

Bilan

- ATCD personnels et familiaux
- Déroulement de la grossesse avec résultats des examens réalisés
- Bilan d'hémostase
- Recherche pathologie materno-fœtale:
 - HTA, néphropathie, pathologie autoimmune
 - diabète, cholestase gravidique
 - allo-immunisation érythrocytaire, hémorragie fœto-maternelle

Bilan (2)

- Caryotype foetal
- Recherche pathologie infectieuse
 - prélèvement vaginal, ECBU,
 - prélèvement bactériologique du placenta
 - sérologies CMV, parvovirus B19 + recherche par PCR sur LA, sang foetal et placenta
- Examen anatomo-pathologique du foetus et du placenta (accord parental pour autopsie)

CAT pratique

- « annonce » de la MFIU
- déclenchement expulsion par prise de mifépristone puis 48 h après première prise, péridurale et misoprostol ou syntocinon en fonction du terme
- surveillance du BH (risque de défibrination)
- bilan étiologique
- soutien psychologique +++

Cas clinique

Mme X, 30 ans, se présente aux Urgences pour des douleurs pelviennes diffuses. Test de grossesse urinaire positif, aménorrhée de 8SA.

1-Que recherchez vous:

- à l'interrogatoire?
- à l'examen clinique?

2-Quels examens para-cliniques demandez-vous et qu'en attendez-vous?

3-Vous rassurez Mme X. Elle revient vous vous voir 15 jours plus tard pour des métrorragies. L'écho retrouve un hématome déciduel du pôle inférieur de l'œuf, avec une grossesse évolutive. Quelle est votre CAT?

4-Elle revient enfin à 4h du matin pour des métrorragies très abondantes. Quelle est votre CAT diagnostique et thérapeutique?

Cas clinique 1

- Question 1
 - ATCD personnels médicaux, chirurgicaux et obstétricaux
 - Métrorragies associées?
 - Volume utérin, sensibilité du TV, perméabilité des orifices cervicaux, MLU associée
- Question 2
 - échographie : sac gestationnel, embryon BCF+
 - pas de β HCG si grossesse évolutive

- Question 3
 - quantifier abondance et retentissement des métrorragies
 - calmer si douleurs associées
 - +/- hospitalisation si métrou+++ et/douleurs
 - groupage sg +/- immunos anti-D
 - repos avec AT et contrôle à 15 j

- Question 4
 - évaluation importance et retentissement des métrorragies
 - examen gynécologique : métrorragies d'origine endocervicale avec débris trophoblastiques (anapath), col perméable
 - voie veineuse avec soluté de remplissage et antalgiques simples
 - aspiration endo-utérine en urgence si mauvaise tolérance ou si abondance+++
 - pas d'immunos si RH- et si immunos < 3sem

Cas clinique 2

- Mme B, G1P0 24 ans se présente à l'échographie du 1er trimestre (12SA)
 - Critères d'évolutivité recherchés?
 - Absence d'embryon visualisé, trophoblaste épaissi, hétérogène, multivacuolisé. Diagnostic évoqué ?
 - CAT ?

Cas clinique 3

- Mme M, G3P2 à 37SA se présente aux urgences pour disparition des mouvements fœtaux depuis 48h. Vous ne pouvez que confirmer la MFIU.
 - Que recherchez vous à l 'interrogatoire? À l 'examen clinique?
 - Quel bilan biologique demandez vous?
 - Quelle est votre CAT pratique?

- Interrogatoire
 - ATCD perso médicaux et chirurgicaux et obstétricaux (pds naissance enfants)
 - déroulement dernières semaines de grossesse: prurit, syndrome grippal, céphalées...
- Examen clinique
 - HU, TA, protéinurie, œdèmes, lésions de grattage, éruption cutanée...

- Bilan biologique

- bilan d 'hémostase, NFS plaquettes, urée, créatinine plasmatiques, bilan hépatique,
- RAI, Kleihauer
- sérologies virales CMV, parvovirus surtout
- glycémie à jeun et post-prandiale, HbA1c
- ACAN, ACC, ACL
- groupage ABO, Rh, Kell

- CAT pratique

- débuter maturation cervicale par prise de mifépristone et organiser le déclenchement
- prévoir avec les parents les prélèvements nécessaires au bilan étiologique : anapath placenta, examen bactériologique du placenta, prélèvements foetaux, autopsie
- organiser soutien psychologique et préparer les parents aux diverses formalités (obsèques)