



# HENRI JEAN PHILIPPE

## PROFESSOR

*Sociétés Actions pour la Santé des Femmes (ASF)*

*Faculty of medicine, University of Paris Descartes*

*France*

VIETNAM - FRANCE - ASIA - PACIFIC  
CONFERENCE ON OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Ho Chi Minh City, May 19<sup>th</sup> - 20<sup>th</sup>, 2016

16<sup>th</sup>

# Conduite à tenir en cas d'avortements spontanés

Pr Henri-Jean Philippe

*Hôpital Cochin*

*Faculté de médecine Paris Descartes*

CNGOF

# Avortement spontané

## o Synonymes :

o fausse couche spontanée = FCS

## o Définition (OMS de 1976) :

o expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire moins de 500 grammes et/ou de moins de 22 semaine de gestation

# Classification chronologique

- o Avortement spontané précoce <14SA
- o Avortement spontané tardif 14-22SA

# Plan

- o Grossesse d'évolution incertaine
- o Grossesse arrêtée
- o FCS incomplète
- o FC Tardive
- o Avortements spontanés à répétition

# Grossesse d'évolution incertaine

- o Image échographique (par voie endovaginale) montrant un sac gestationnel  $< 25$  mm sans embryon ou une image d'embryon  $< 7$  mm sans activité cardiaque.

# Conduite à tenir CAT

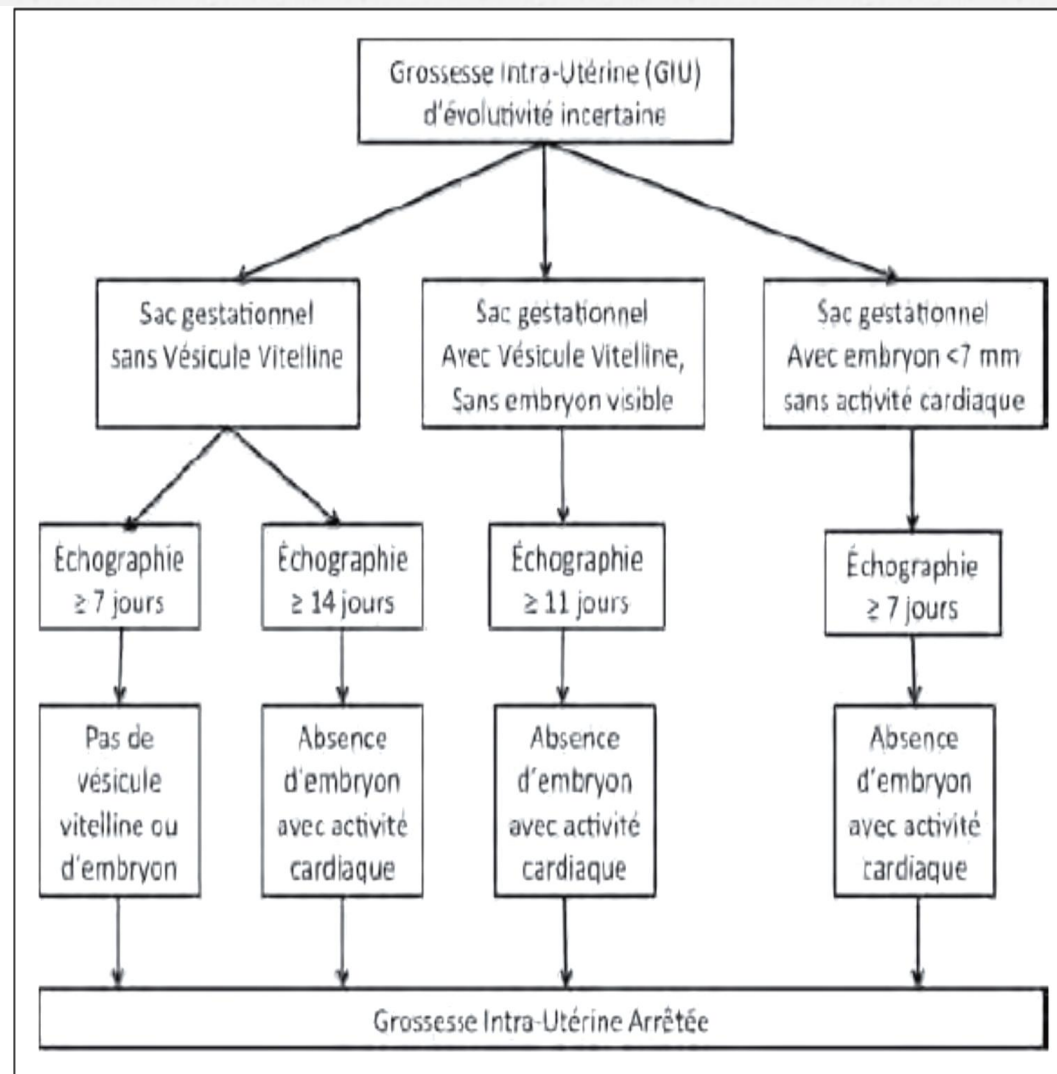


- o En cas de GIU d'évolutivité incertaine présentant un sac gestationnel :
  - o sans vésicule vitelline => contrôle échographique **14 jours**
  - o **En l'absence d'activité cardiaque à l'échographie = arrêt**

- o En cas de GIU d'évolutivité incertaine présentant un sac gestationnel :
- o **Avec vésicule vitelline** => contrôle échographique **11 jours**
- o **En l'absence d'activité cardiaque à l'échographie = arrêt**



- o En cas de GIU d'évolutivité incertaine présentant un sac gestationnel :
- o Avec embryon visible => contrôle échographique 7 jours
- o **En l'absence d'activité cardiaque à l'échographie = arrêt**



# En cas de menace de FCS

- o **Il n'est pas recommandé donc inutile :**
  - o Supplémentation en vitamine,
  - o Traitement par progestérone ou hCG,
  - o Repos allongé

# CAT

## en cas de grossesse arrêtée

- o Deux options thérapeutiques peuvent être proposées : l'aspiration ou le misoprostol .
- o Les risques de complications à court terme, traumatiques, hémorragiques et infectieuses, de ces 2 méthodes sont **rare et comparables** (< 5 %)
- o L'**expectative n'est pas recommandée**, car elle augmente les risques d'absence d'expulsion spontanée, de traitement chirurgical non programmé et de transfusion sanguine

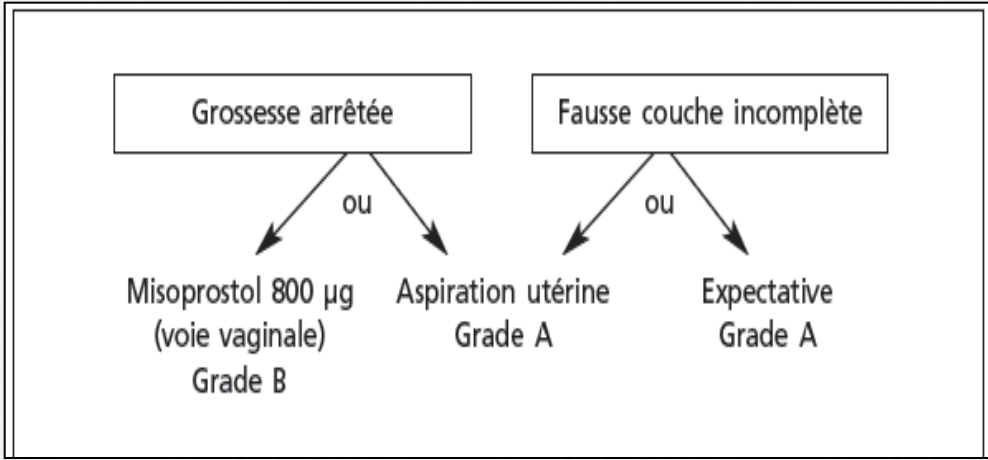
- o **Le traitement par aspiration d'une grossesse arrêtée est plus efficace** que le misoprostol
- o **Le traitement médical par misoprostol est moins coûteux** mais responsable de **saignements plus prolongés**, de **douleurs plus fréquentes** et d'un **risque d'hospitalisation non programmée plus élevé** .

# Utilisation du misoprostol

- o Le misoprostol doit être administré par **voie vaginale** à la **dose unique de 800 µg**, éventuellement renouvelée au bout de 24-48 heures (taux de succès le plus souvent supérieur à 80 %)
- o **L'administration préalable de mifépristone n'est pas recommandée .**
- o **En cas de persistance du sac gestationnel après la prise de misoprostol, il semble raisonnable de respecter un certain délai (deux jours à deux semaines) avant d'envisager une autre alternative thérapeutique .**

# CAT en cas de FCS incomplète

- o 2 options thérapeutiques peuvent être proposées : l'aspiration ou l'expectative
- o L'expectative peut être proposée en première intention, mais il n'est pas possible de définir une limite à sa durée.
- o Le traitement chirurgical (aspiration) permet des taux d'évacuation complète élevés (97-98 %) pour des risques de complications hémorragiques et infectieuses faibles (< 5 %). Il permet également de réduire les risques de consultations et de traitement chirurgical non programmés par rapport aux autres alternatives . **L'aspiration chirurgicale doit être préférée au curetage** car elle est plus rapide, moins douloureuse et moins hémorragique.
- o En cas de FC incomplète, le traitement médical par misoprostol n'est pas **recommandé**, car il n'améliore pas le taux d'évacuation utérine complète à deux semaines par rapport à une simple expectative et ne réduit pas les risques de complications hémorragiques et infectieuses.





# Après une FCS

- o Il ne peut pas être recommandé de faire un bilan après 1 ou 2 FCP, sauf en cas de suspicion de pathologie maternelle sous-jacente.
- o En cas de souhait d'une nouvelle grossesse, il est recommandé de ne pas différer la survenue de cette nouvelle grossesse

# CAT en cas de menace de FC tardive

- o En cas de col ouvert ou de protrusion des membranes avec absence de chorioamniotite, et/ou rupture des membranes => **cerclage selon la technique de Mc Donald** combiné à une tocolyse par indométacine et à une antibiothérapie
- o En cas de col court isolé (moins de 25 mm à l'échographie) non dilaté => **progestérone** vaginale quotidienne (90-200 mg par jour) maintenue jusqu'à 34 SA
- o En cas de col court avec **antécédent de fausse couche tardive** ou d'accouchement prématuré => **cerclage**

# Exploration en cas de FCT

- o **En dehors de la grossesse => rechercher une malformation utérine ou une pathologie utérine acquise, accessibles à une cure chirurgicale par Echographie, Hystérocopie ou IRM**
- o **Pendant une grossesse ultérieure => mesure de la longueur du col utérin par échographie endovaginale entre 15 et 24 SA**

# Traitement préventif en cas d'antécédent de FCT

- o Cloison utérine et un antécédent de FCT => sectionner la cloison utérine sous Hystérocopie
- o Utérus en T => Discuter metroplastie
- o Pathologies intra-utérines => correction des anomalies acquises de la cavité utérine
- o FCT et col court => cerclage
- o FCT après 20 SA isolé => traitement par progestérone

**Menace de FCT** : Existence des modifications cervicales éventuellement associées à la présence de contractions utérines  $\geq 14$  SA et  $< 22$  SA.

**Bilan initial (Grade B) :**

- Interrogatoire : recherche un antécédent de FCT et/ou d'accouchement prématuré
- Température et pouls maternels
- Examen au spéculum : précise la présence de la poche des eaux dans le vagin
- Mesure de la longueur cervicale par échographie endovaginale
- +/- Prélèvement vaginal à la recherche d'une vaginose bactérienne
- NFS et CRP
- Tocométrie externe : recherche de contractions utérines

**Exclusion :**

- Rupture prématurée des membranes
- Chorioamnionite

**Col court** ( $\leq 25$  mm) à l'échographie

**Col dilaté\***  
+/- poche des eaux dans le vagin

**Antécédent d'accouchement prématuré et/ou de FCT**

**Non**

**Oui**

**Traitement par Progestérone vaginale (Grade A)**

**Cerclage (Grade A)  
Repos (Grade C)**

**Cerclage (Mc Donald)  
Tocolyse (indométacine)  
Antibiothérapie et repos**

\* Le col dilaté est défini dans les différentes études par : une dilatation cervicale  $> 2$  cm à l'échographie transvaginale ou  $> 4$  cm au toucher vaginal ou une poche des eaux visibles au niveau de l'orifice du col utérin ou protruse dans le vagin.

# Avortements spontanés à répétition (ASR)

- o Fausses couches spontanées à répétition
- o Fausses couches spontanées répétées
  
- o Définition : la survenue de trois avortements successifs
- o Elles concernent 1 à 5 % des couples fertiles

# Explorations en cas de FCSR

- o Diabète ,
- o SAPL , anticoagulant circulant, anticardiolipine,
- o Hypothyroïdie avec la présence d'Ac anti-TPO et anti-TG,
- o Carence vitaminique (B9, B12), une hyperhomocystéinémie,
- o Hyperprolactinémie,
- o Altération de la réserve ovarienne (CFA à l'échographie pelvienne à J3 du cycle et/ou dosage d'AMH),
- o Malformation utérine ou une anomalie utérine acquise accessible à un traitement chirurgical
- o Caryotypes du couple et si cela est facilement réalisable, une analyse cytogénétique du produit de FC
- o **il n'est pas recommandé de réaliser un bilan de thrombophilie ni l'étude des polymorphismes génétiques.**

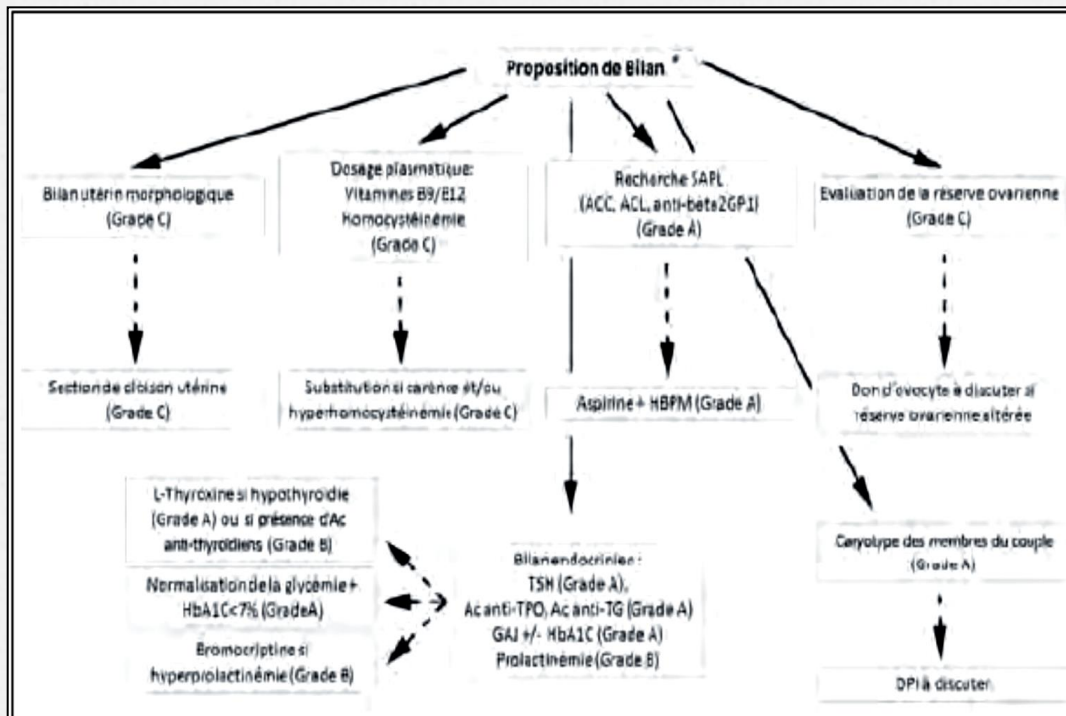
# CAT

## pour une prochaine grossesse

Traitement spécifique pour :

- o Anomalies acquises de la cavité utérine=> chirurgie
- o SAPL => aspirine et HBPM
- o Hypothyroïdie et/ou porteuse d'Ac anti-thyroïdiens (anti-TPO, ou anti-TG)=> L-Thyroxine
- o Carence vitaminique B12 => vitamine B12 (250 à 500 µg/jour par voie orale ou 1 000 µg/semaine par voie parentérale
- o Sinon pas de traitement pour FCSR inexpliqué par l'aspirine, des HBPM, ou des immunoglobulines intraveineuses





# Conclusions

1. Grossesse d'évolution incertaine : respecter les délais avant de faire un diagnostic de grossesse arrêtée
2. TT des grossesses arrêtées : supériorité de l'aspiration mais possibilité de Misoprostol
3. TT FCS incomplète : supériorité de l'aspiration mais possibilité d'expectative
4. En cas de menace de FCT, cerclage et progestérone sont à discuter
5. En cas de FCS à répétition, bilan complet mais limité et traitement en fonction de l'efficacité démontrée.