

Les avortements spontanés

Cours de 5ème année de médecine

Présenté par :

Dr MEZAACHE-H

Maitre Assistante en gynéco-obstétrique

I. Introduction – Définitions :

- ▣ La survenue d'un avortement spontané (AS) est la plus fréquente des complications gravidiques. Selon l'Organisation mondiale de la santé, il s'agit de l'expulsion ou de l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500 g.
- ▣ Par principe sont exclues de cette définition les grossesses molaires et ectopiques.
- ▣ On appelle :
 - menace d'avortement : la survenue de métrorragies non douloureuses pendant la période de gestation avant 22 SA. La grossesse peut se poursuivre ou s'interrompre ultérieurement ;
 - avortement spontané (AS) ou « fausse couche » : l'arrêt, sans intervention extérieure, d'une grossesse avant qu'elle ait atteint l'âge de la viabilité fœtale, soit actuellement pour l'OMS moins de 22 SA et/ou moins de 500 g, ce qui le distingue de l'accouchement prématuré. L'avortement sera précoce s'il apparaît avant 12 SA et tardif au-delà.

Une fausse couche (FCSP) peut correspondre à :

- L'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine jusqu'ici évolutive.
- L'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine arrêtée
 - Les avortements spontanés à répétition (ASR) sont définis par l'existence d'au moins trois avortements consécutifs avant 12 SA. Une enquête étiologique devient légitime.

II. Épidémiologie :

Il Quinze à vingt pour cent des femmes enceintes font une fausse couche. Un certain nombre de facteurs de risque ont été identifiés :

- l'âge de la femme; le risque de fausses couches augmente avec l'âge.
- les antécédents de fausses couches ; Si le risque de fausse couche est de 8 % après une fausse couche, il est de 40 % après trois et de 60 % après quatre fausses couche
- l'origine ethnique.
- les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle.
- la parité.
- les antécédents d'IVG (Interruption volontaire de la grossesse).

III. Etude clinique :

1-Signes fonctionnels :

-Les métrorragies représentent un signe quasi constant, métrorragies de sang rouge et d'abondance variable, parfois cataclysmiques, aboutissant à l'expulsion de l'œuf.

- Douleurs pelviennes à type de crampes d'intensité variable.

- Disparition des signes sympathiques de grossesse (nausées, tension mammaire ...).

2-Interrogatoire :

C'est un temps essentiel, il précisera les éléments suivants :

- ❖ Âge de la femme.
- ❖ désir de grossesse.
- ❖ antécédents (d'accouchements, de fausses couches, de grossesses extra-utérine avec leur modalité de traitement et leurs éventuelles complications, mais également d'antécédents d'intervention pour une synéchie, une cloison utérine).
- ❖ histoire actuelle :

On précisera :

la date des dernières règles; la date de début des métrorragies le caractère spontané ou provoqué ; le volume et la durée de ces métrorragies; l'existence de douleur à type de coliques expulsives ou de contractions faisant craindre l'expulsion imminente de l'œuf; l'existence ou surtout la disparition des signes sympathiques de grossesse, qui font penser l'arrêt de la grossesse ; l'existence d'une fièvre faisant penser à une cause infectieuse ou à des manœuvres abortives.

3-Examen physique :

- Étude des signes généraux :

La pâleur, le pouls, la tension permettent de juger de l'importance et du retentissement de l'hémorragie.

- Examen de l'abdomen.

L'abdomen peut être souple ou ballonné, contracturé ou non, douloureux ou non.

- Examen au spéculum :

Il est indispensable ; Si le saignement est en cours, on précisera les caractères, on retrouvera parfois des débris placentaires, une caduque, des vésicules molaïres qui seront prélevées et envoyées en anatomopathologie, Il permet de rechercher une cervicite, une vaginite (ces lésions peuvent être la cause du saignement ou simplement associées).

- Toucher vaginal :

Il apprécie l'état :

- ▮ du col utérin : soit long postérieur, fermé, soit au contraire court ouvert, laissant passer le doigt.
- ▮ du corps utérin, qui peut être de volume correspondant à l'âge de la grossesse.
- ▮ des culs-de-sac latéraux et du cul-de-sac de Douglas.

4-Examens complémentaires :

- Dosage des HCG : pour affirmer la grossesse et préciser son évolutivité
Les dosages d'HCG ne renseignent pas sur la localisation de l'œuf qui peut être intra- ou extra-utérin
- Échographie: C'est un examen essentiel, qui permet d'apprécier :
 - la vitalité de l'œuf.
 - sa topographie.
 - sa qualité.
- Un œuf avec une activité cardiaque positive est un signe de bon pronostic.
- Un œuf clair sans embryon signe un avortement d'origine génétique.
- Une image en flocons de neige sans embryon signe la môle hydatiforme.
- Les hématomes sont fréquemment observés.

IV. Conduite thérapeutique :

- ▮ Dans tous les cas, il faut prévoir une prévention de l'iso-immunisation rhésus si la femme est Rh- (+++).

A-En cas de menace d'avortement :

si l'échographie a montré un œuf vivant; le repos à domicile et l'abstinence sexuelle sont habituellement prescrits bien qu'aucune preuve d'efficacité n'ait été rapportée .

les antibiotiques par voie locale et générale peuvent être employés s'il existe une cervicite ou en cas de menace d'avortement fébrile.

On fera précéder leur administration par un prélèvement bactériologique endocervical.

B- si l'échographie a montré une grossesse arrêtée :

o attendre l'expulsion spontanée à domicile si la femme :

ne saigne pas,

a des saignements qui ne dépassent pas le volume des règles,

n'a pas de fièvre

o Après discussion avec la patiente, il est possible d'envisager l'expulsion de la grossesse arrêtée. Deux méthodes sont disponibles :

• un traitement médical par prostaglandines si l'œuf est de petite taille et les hémorragies peu importantes.

• un traitement chirurgical dans les autres cas. Ce traitement chirurgical :

- implique l'hospitalisation,

- la réalisation d'un bilan préopératoire et d'une consultation d'anesthésie,

- se déroule sous anesthésie générale ou locale : dilatation du col, aspiration avec une canule.

C- En cas d'avortement en cours, l'évolution spontanée se ferait vers une majoration des hémorragies et des douleurs, l'ouverture du col, l'expulsion de l'œuf qui est parfois très hémorragique.

[] Une FCSP ne nécessitera aucun traitement s'il est complet (expulsion complète de l'œuf). Un traitement ne sera indiqué que si la fausse couche est incomplète, c'est à dire qu'il persiste du matériel intra utérin à l'échographie endovaginale ou hémorragique.

[] Deux possibilités thérapeutiques de prise en charge d'une FCSP incomplète

=> Aspiration endo-utérine par une canule d'aspiration reliée à un « aspirateur » éventuellement complété par un curetage doux. L'examen anatomopathologique des débris ovulaires sera réalisé (parfois, découverte d'une môle hydatiforme).

=> Abstention thérapeutique en attente de l'expulsion spontanée et complète de l'œuf. Il faudra ensuite s'assurer de la vacuité utérine. La patiente doit être informée du risque

d'échec ou de fausse couche spontanée hémorragique pouvant indiquer la réalisation d'une aspiration endo-utérine secondaire.

- Une aspiration endo-utérine sera indiquée en urgence en cas d'avortement spontané précoce hémorragique.
- Le produit d'avortement est systématiquement envoyé pour examen anatomopathologique.

N.B : dans les avortements tardifs on pratique un curage biludital

V. Complications d'avortement spontané :

- Hémorragies : par rétention, perforation...
- Infection : par rétention, perforation ou geste endo-utérin septique.
- Rétention.
- Perforation.
- Syndrome d'Asherman : synéchies utérines secondaires à un curetage
Allo-immunisation rhésus.

VI. Diagnostic étiologique :

- Il ne pourra être précisé qu'après l'expulsion de l'œuf :
- Origine chromosomique :

Les fausses couches d'origine chromosomique sont les plus fréquentes, Les anomalies chromosomiques sont responsables de 60 % des avortements uniques et cette fréquence est d'autant plus grande que l'avortement est précoce (70 % avant 6 SA). Dans 96 % des cas, il s'agit d'anomalies de nombre. Elles sont favorisées par l'âge maternel et le vieillissement des gamètes. L'examen du placenta, l'enquête pratiquée, l'étude du caryotype peuvent en apporter la preuve.

▫ Causes infectieuses :

L'infection est la seconde cause de fausse couche (15 %); elle peut être soit:

- générale : virale , à germes banals ou parasitaires
- locale : cervicite, endométrite, vaginoses bactériennes

Ces causes infectieuses sont à rechercher si la fausse couche a lieu dans un contexte fébrile.

▫ Malformations utérines :

Les malformations utérines sont responsables de fausses couches tardives. Il peut s'agir de

- anomalies congénitales : hypoplasie, utérus bicorne, cloisonné.

□ anomalies dues à la prise de diéthylstilbestrol (Distilbène®) par la mère pendant la grossesse.

□ anomalies acquises : fibromes, synéchies, béances cervicales primitives ou secondaires à des dilatations forcées instrumentales.

▮ Causes endocriniennes :

Les causes endocriniennes sont liées à une insuffisance lutéale ; L'endomètre ayant un développement inadéquat, l'implantation se fait mal et l'avortement se produit.

▮ Causes immunologiques :

Les causes immunologiques doivent être recherchées en cas de fausses couches à répétition. Il s'agit d'une diminution de la tolérance maternelle vis-à-vis de l'œuf. Parmi les mécanismes on note la présence :

d'anticorps antiphospholipides , d'une thrombophilie acquise (déficit en protéine S, résistance en protéine C activée, hyperhomocystéinémie) ou congénitale (mutation du facteur V Leiden, du facteur II)...

VII. Diagnostic différentiel :

▮ Lésion bénignes et malignes du vagin ou du col utérin.

▮ Grossesse extra-utérine.

▮ Môle hydatiforme.

▮ Placenta bas inséré.

VIII. Traitement préventif :

La mise en évidence d'une des étiologies ci-dessus impose la mise en route d'un traitement adapté. Si aucune cause n'est retrouvée, il n'est pas recommandé de prescrire de l'aspirine, des HBPM ou des immunoglobulines intra veineuses pour prévenir les récurrences. Il est recommandé de prescrire un traitement associant de l'aspirine et une HBPM uniquement en cas de SAPL (syndrome des antiphospholipides). Pour les patientes ayant une thrombophilie génétique mais sans manifestation clinique personnelle, l'association de l'aspirine et d'une HBPM n'est pas recommandée pour prévenir les récurrences ...