

# Avortements spontanés

## I-généralités :

**1-définition :** Expulsion hors des voies génitales d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de 1000 grammes, avant 28 semaines d'aménorrhée, actuellement moins de 500 grammes, et avant 22 semaines d'aménorrhée .

**2-fréquence :** 10-15% des grossesses, avec un pic aux extrêmes de la vie génitale ; il faut distinguer un avortement unique ou isolé et un avortement à répétition ( > ou = 0 3 abrt successifs sans grossesse menée à terme).

## II-Etiologies :

**1-selon le moment de la survenue :** ABRT PRECOCE < ou = 12 SA dûs à des anomalies ovulaires (contenu) ABRT TARDIFS > 12 SA dûs à des anomalies du contenant (col, utérus)..

### 2- étiologies des ABRT à répétition :

**a-causes générales et métaboliques :** HTA et maladies cardiovasculaires, néphropathies, diabète ( abrt tardif sauf coma hyperosmolaire), maladie de Wilson, anémie mégaloblastique.

#### **b-causes mécaniques : utéro-cervicales**

\*anomalies du verrou cervico isthmiques : 15-25% des ABRTS spontanés, dûs à une béance cervico isthmique ou à une déchirure cervicale propagée à l'isthme, c'est un ABRT tardif, qui devient de plus en plus précoce, il est brutal, rapide, facile, non malformé. Le diagnostic se fait en dehors de la grossesse par une HSG ou par calibrage du col et pendant la grossesse par echo endovag le traitement se fait par cerclage

\* malformations utérines congénitales ( uterus cloisonné, bicorne, à eperon, hypoplasiques)

\*déformation de la cavité : fibrome

\*anomalies de l'endomètre : endométrite, synéchies

c-causes endocriniennes : déficit lutéal(15%), OPK, hyperandrogénie, hyperprolactinémies, dysthyroïdie.

**d-causes immunologiques :** isoimmunisation rhésus, maladies autoimmunes.

**e-thrombophilie :** résistance à la protéine C activée, déficit en protéine S, antithrombine III, mutation du facteur II, hyperhomocystéinémie .

### 3-etiologies des ABRTs isolés :

\*traumatiques

\*intoxication

\*ovulaires : anomalies de l'implantation, grossesse gémellaires, grossesse molaire.

### 4-etiologies communes aux ABRTs isolés et ABRTs à répétition :

**a-infectieuses :** l'ABRT est dû à la virulence du germe et/ou à la fièvre

\*infections aiguës : urinaires, pleuropulmonaires, grippe

\*tréponème : abrt tardif.

\*rubéole, rougeole, oreillons, CMV, hépatite

\*toxoplasmose

\*listériose, mycoplasmes, chlamydia.

**b-chromosomiques** : 60% des grossesses avec aberrations chromosomiques s'interrompent avant 10SA, ces anomalies peuvent être du nombre (96%) ou de structure (4%)

**c-psychosomatiques** :

**d-socio-économiques** :

### III-clinique :

1-phase de menace d'abrt :

\*MA précoce : -signes fonctionnels : métrorragies, douleur pelviennes

-signes généraux : état général bon ; TA pouls normaux

-spéculum : saignement d'origine endométrine, col d'aspect gravide

-TV : col fermé, ou perméable ; culs-de-cas libres et indolores ; utérus augmenté de volume

Echo : gsse : date, chorionicité, activité cardiaque, trophoblaste

-beta HCG : diagnostic, évolutivité.

\*MA tardif : - signes fonctionnels : métrorragies +/-, douleur pelviennes +++

-spéculum : saignement d'origine endométrine, col bant

-Tv : modification cervicales

Echo : gsse : date, chorionicité, activité cardiaque, trophoblaste, longueur du col

\*evolution : vers la résolution sous traitement ou spontanément soit vers l'ABRT confirmé.

2-ABRT en cours :

a-ABRT précoce : -signes fonctionnels : métrorragies de +en + abondantes, douleur pelviennes rythmées ;

-spéculum : saignement d'origine endométrine, parfoi sac gestationnel en voie d'expulsion.

TV : col modifié

L'expulsion se fait rarement en bloc

b-ABRT tardif : - signes fonctionnels : douleur pelviennes à type de contraction utérines, sang+/-;

-speculum : col béant, membranes protruses.

TV : col ouvert.

L'expulsion se fait soit en bloc soit en 2 temps

L'ABRT spontané est généralement peu hémorragique, naturel, avec peu de complications.

IV-diagnostic différentiel : forme pseudo abortive de GEU, grossesse molaire, ABRT provoqué (inf, contexte, trauma), métrorragie de causes gynécologiques, syndrome de HALBAN ( signes d'imprégnation gravidiques)

### **V-Conduite à tenir:**

**1-menace d'ABRT précoce :** -s'assurer de l'évolutivité de la grossesse

-traitement standard qui comprend un repos (non strict), abstinence sexuelle, antispasmodique, éviter la constipation

-pas de traitement hormonal avant 10SA sauf si preuve d'insuffisance lutéale ( progesterone 100mg /j).

**2-menace d'ABRT tardif:** -s'assurer de l'évolutivité de la grossesse

-rechercher et traiter la cause

-traitement hormonal: progesterone 100mg/j

-tocolyse si contractions utérines +/- modifications cervicales

-cerclage à "chaud"

**3-ABRT en cours:**

a-gsse jeune: l'expulsion de l'oeuf parait complet, arrêt du saignement, on vérifie la vacuité utérine à l'échographie, le curetage peut être évité;

b-gsse après 12 SA: c'est un mini accouchement, le curetage doit être évité sauf si curage difficile.

c-à la sortie: trt ATB n'est pas systématique, vaccin anti-D si Rh -.

**4-devant une maladie abortive:**

a-prévention: e n dehors de la grossesse: traiter les infections, correction des malformations, myomectomie, libérer les synéchies, traitement des maladies générales.

b-pendant la grossesse: si terrain immunologique, prévention par un anti agrégeant ou anti coagulant, si insuffisance lutéale: progestatif dès le retard des règles; si BCI , cerclage prophylactique

**V-Conclusion :** l'ABRT est un accident fréquent , souvent anodin, mais les ABRTs à répétition impose une recherche étiologique et un traitement adapté pour optimiser les chances d'une grossesse ultérieure.