

Mort fœtale in utero (MFIU)

Professeur Franck Perrotin
Centre Olympe de Gouges
Service de gynécologie obstétrique B
Groupement de Gynécologie Obstétrique, Médecine fœtale et Reproduction humaine
Hôpital Bretonneau. CHRU de Tours.

- **8,2‰** naissances.

- **Diagnostic :**

C'est le décès du fœtus avant le début de travail (2 derniers trimestres).

Il repose sur l'échographie fœtale : absence d'activité cardiaque, signes de macération.
Les clichés doivent être datés et signés.

- **Etiologies :**

Elles sont nombreuses, souvent multiples et intriquées.

L'étiologie est malheureusement indéterminée dans 30% des cas, même après un bilan complet.

1. Causes maternelles :

- *Générales* : âge maternel, parité, facteurs socio-économiques, antécédents de MFIU.
- *Diabète* : 3% des MFIU, surtout les diabètes insulino-requérant mal équilibrés.
- *Hypertension artérielle* : soit préexistante à la grossesse, soit la prééclampsie et ses complications (HRP, éclampsie, HELLP).
- *Les thrombophilies biologiques* : syndrome des antiphospholipides, les mutations du facteurs V Leiden et du gène 20210A de la prothrombine, les déficit en antithrombine III, en protéine C et S et l'hyperhomocystéinémie.
- *Les pathologies hépatiques* : la cholestase gravidique, HELLP syndrome (donne 20 à 30% de MFIU), la stéatose hépatique aigüe gravidique.
- *Lupus érythémateux aigüe gravidique* (risque de 20% de MFIU).
- *Les pathologies thyroïdiennes* : principalement la maladie de Basedow avec un taux d'anticorps élevé.
- *Les toxicomanies* : alcool, drogue, médicaments
- *Traumatismes* (accidents de la voie publique, violences physiques, chutes.....)

2. Les infections : 10 à 25% des MFIU

Surtout la *pyélonéphrite aigüe* par contamination hématogène (E.Coli).

Par voie ascendante : *streptocoque B* et *E.Coli*.

Les pathologies virales dominées par le *CMV* et le *Parvovirus B19*.

La *listériose*.

La *toxoplasmose*.

3. Les causes annexielles

- Aigues :
 - *HRP* : 5 à 15% des MFIU.
 - *Infarctus placentaire* (si atteinte de plus de 30% du placenta).
 - *Placenta praevia* (hémorragie).
 - *Hémorragie de Benkiser*.
 - *Anomalies du cordon* (les nœuds au cordon multiplient par 4 le risque de MFIU) sauf le circulaire !!!!!!!.
 - *Les brides amniotiques*.

- Chroniques : *RCIU, dépassement de terme*.

- *Chorioangiome placentaire* : (tumeur vasculaire bénigne du placenta)

4. Causes fœtales :

- *Anomalies chromosomiques* : 5 à 10% des MFIU.

- *Malformations fœtales* (multiples).

- *Anémie fœtale* : *alloimmunisation Rhésus* surtout, les infections à *Parvovirus B19*, plus rarement les *thalassémies et déficit en pyruvate kinase*.

- *La grossesse gémellaire* : 1 à 7% de MFIU. Le risque est multiplié par 3 en cas de grossesse monochoriale : syndrome transfuseur-transfusé, jumeau acardiaque et l'insertion vélamenteuse du cordon.

BILAN

MATERNEL :

Glycémie à jeun et post-prandial et HbA1c, NFS, plaquettes, fibrinogène, TP, TCA, ionogramme sanguin, créatinine, urée

RAI

Test de Kleihauer

Bilan hépatique et acide urique

Sérologies virales : toxoplasmose, rubéole, CMV, Parvovirus B19

TSH

Prélèvement vaginal, endocol, ECBU

Anticorps anticardiolipides, facteur antinucléaire, antithrombine III, protéines C et S, mutation du facteur 5 LEIDEN, mutation du gène de la prothrombine 20210A, hyperhomocystéinémie (à distance)

Prélèvement de liquide amniotique et/ou prélèvement de sang fœtal :

Caryotype fœtal

PCR à la recherche de CMV, ParvovirusB19

PLACENTA :

Examen bactériologique et parasitologique

Examen anatomopathologique

FŒTUS :

Examen macroscopique : recherche de malformations apparentes, mensurations (périmètre crânien, taille, poids), sexe

Prélèvements cutanés et de cordon

Radiographies du squelette

Photographies

Autopsie + + +

○ **Conduite à tenir :**

L'hospitalisation dans un premier temps n'est pas nécessaire, une fois le bilan réalisé et qu'une pathologie infectieuse ou de la coagulation (CIVD) a été éliminée.

L'expulsion doit être programmée et expliquée à la patiente.

Les modalités sont les suivantes :

- ❖ *J1* : prise de la misoprostone (Miféquine), 600mg en une prise 48h avant l'expulsion (hospitalisation non nécessaire).

❖ *Soir de J2* : hospitalisation en unité de grossesses pathologiques. Pose des lamineuses 12 heures avant l'expulsion.

❖ *J3 : jour de l'expulsion.*

Pose d'une analgésie péridurale (ne pas oublier la consultation d'anesthésie dans le bilan).

Mise en place des comprimés de Cytotec® en intravaginal, à raison de 2 comprimés toutes les 3h, avec une rupture précoce de la poche des eaux. En cas d'utérus cicatriciel la dose de Cytotec® est diminuée de moitié.

Une fois l'expulsion faite, une révision utérine est préconisée.

❖ *J4 ou J5* selon le terme et le désir de la patiente : sortie de la patiente avec un inhibiteur de la lactation, et bien sûr un rendez-vous de consultation à distance pour un examen clinique et la poursuite du bilan étiologique.

○ **Complications**

- 1) L'infection amniotique secondaire : peut entraîner une endométrite, voire une septicémie .Elle est plus fréquente en cas de rupture de la poche des eaux.
- 2) La CIVD : sa prévention passe par un délai de prise en charge rapide de la MFIU.
- 3) La rupture utérine (risque de 3,8%).
- 4) Hémorragie souvent conséquence des troubles de la coagulation ou d'une rupture utérine.