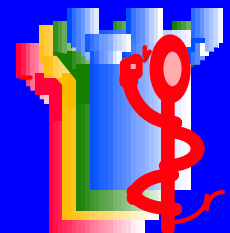


# Fausses couches spontanées

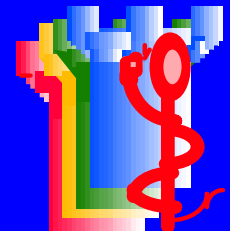


**J. Lansac**  
**CHU Tours**



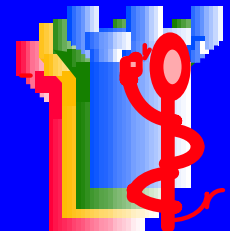
# Définition

- **Avortement** : expulsion produit de conception avant 22SA ou enfant <500g. (OMS)
- **Menace d 'avortement** : Métrorragies <28SA
- **Fausses couches à répétition** >3FCS Successives



# Epidémiologie

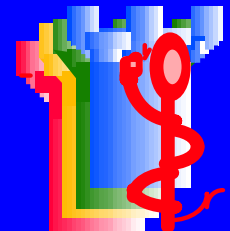
- 10 à 15% des femmes enceintes font une FC entre 5 et 8SA
- 70% des œufs fécondés avortent avant 6SA
- Sur 100 Avortements : 58 infra cliniques
- 1 femme sur 4 saigne au premier trimestre
  - 50% font une FCS
  - 50% iront à terme mais :
    - Mortalité périnatale X1,3
    - Prématurité X1,2



# Facteurs de risque

- Age > 30 ans : OR=2,3
- Antécédent de FC : OR=2,3
- Origine ethnique ( Afrique du nord ) : OR=2,1
- Problèmes psychologiques : OR=3
- Tabac = RRX3
- N 'ont pas de rôle:

Parité	PMA	MST
IVG	Contraception (OP, Stérilet)	



# La menace d 'avortement

■ **SF:** Métrorragies , hydrohématorrhée

Douleurs pelviennes faibles ou nulles

■ **Interrogatoire:** Date des dernières règles

Disparition des signes symapthiques de Gr.

Fièvre ? Volume saignements?

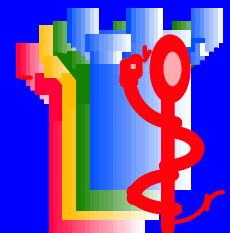
■ **Examen physique :**

Seins : mou , lait ?

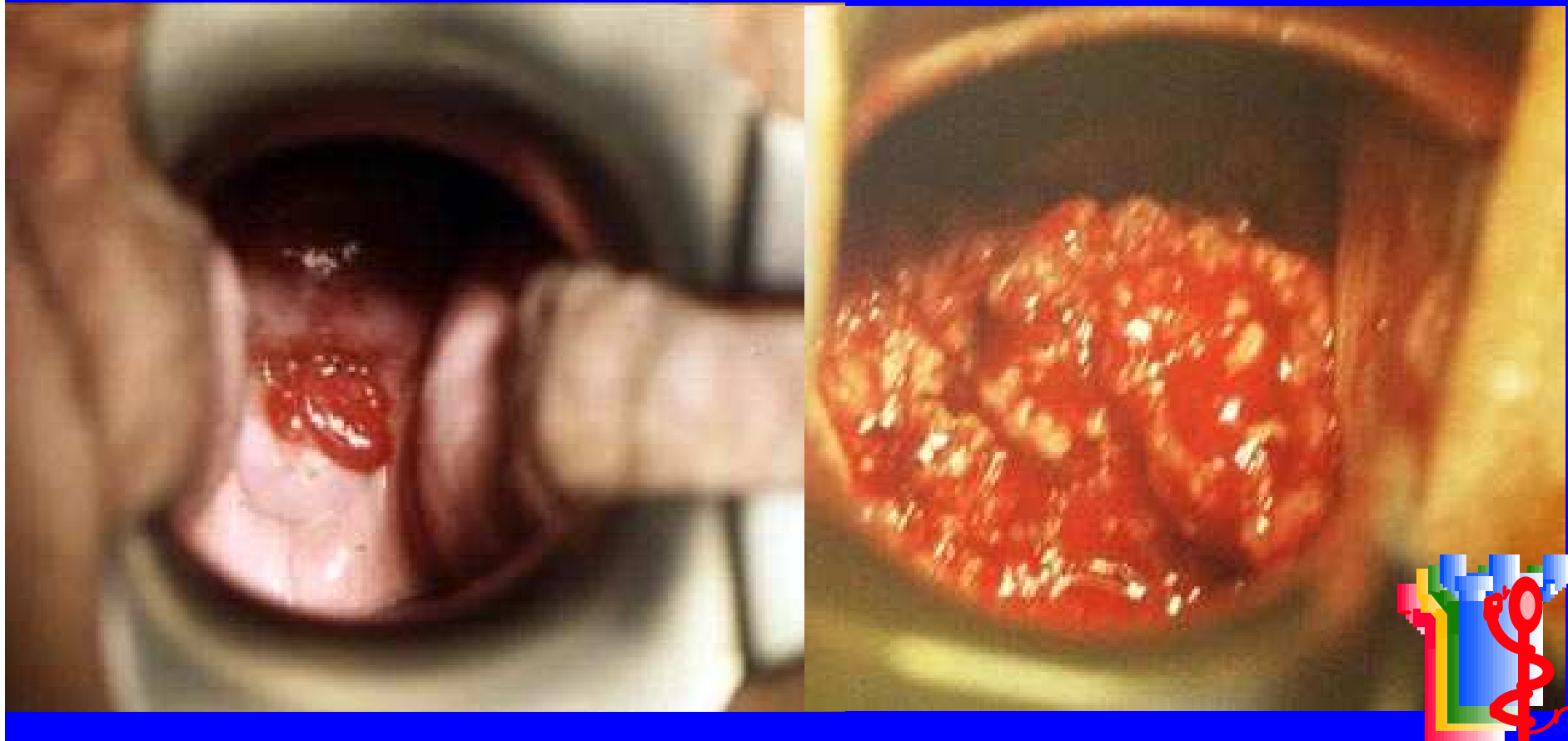
Spéculum: polype , cancer , débris ovulaire

TV: col ouvert fermé ?

Utérus NI ou < age Gr .



# L'examen au spéculum



# Les examens complémentaires

## ■ Grossesse vraisemblable = Écho. Vaginale

Sac visible à 4 SA

Embryon à 5SA

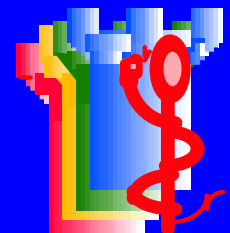
Activité cardiaque: 7SA

Affirme Gr. Intra utérine , vitalité ?

## ■ Grossesse douteuse = $\beta$ HCG quantitatifs

Dès 10 J après fécondation

Double toutes les 48 Heures





LARD

4.5 / DPT 95 mm / G 70

2.8 / G 162

2.5KHz / 65 Hz

2 mm / SD 57.3mm / 0°

1: -0.09 m/s

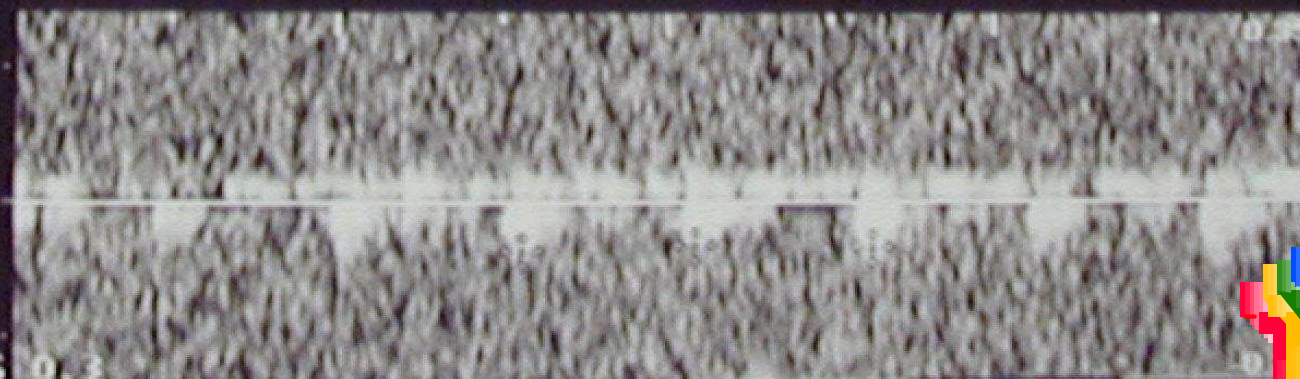
art Rate

111 bpm

HNIVUS Tours

02/05/2001

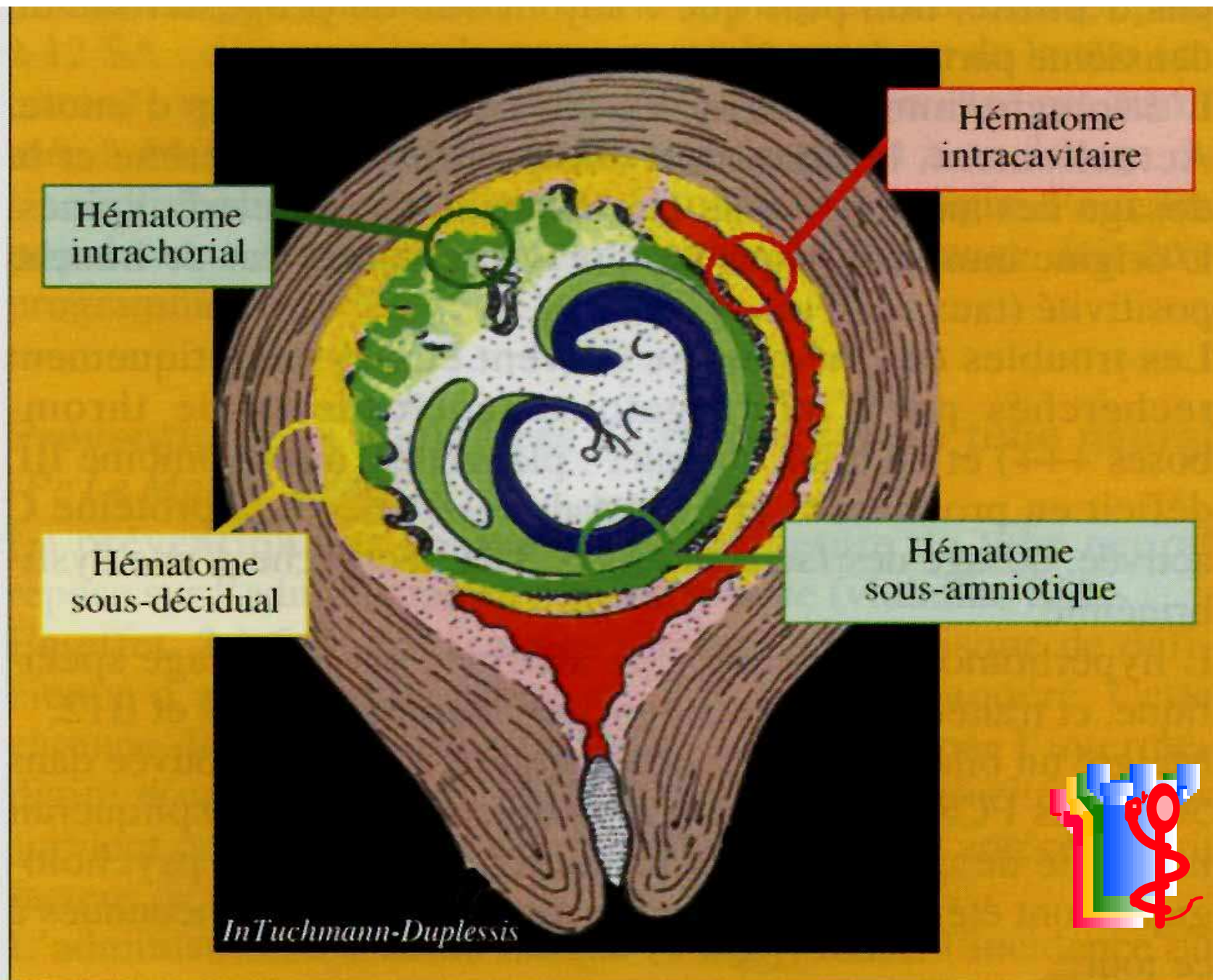
CFM:2.8 / PRF 1.3KHz / FLT H/G 102 13:25:26



4dB HI 0.8 TIS 0.3

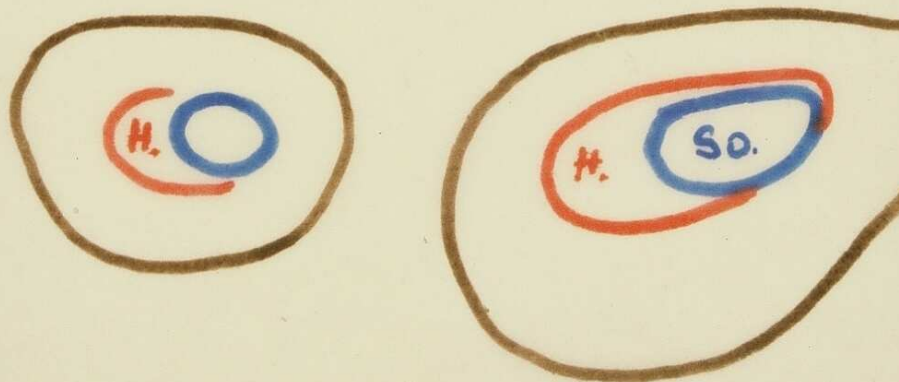
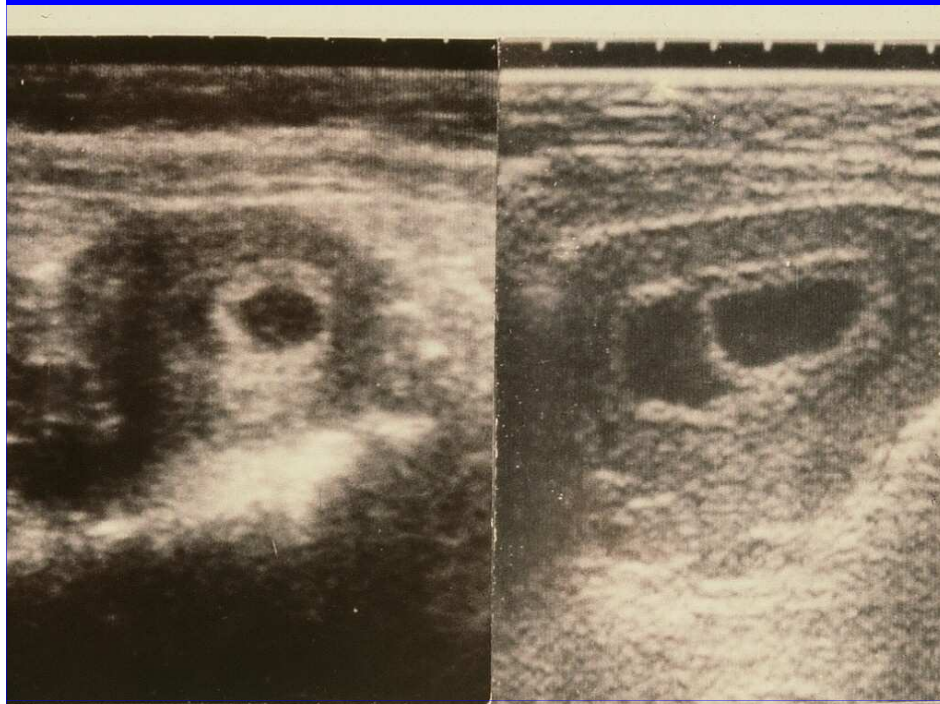






**Figure 1.** Apport de l'échographie dans les métrorragies du 1<sup>er</sup> trimestre.

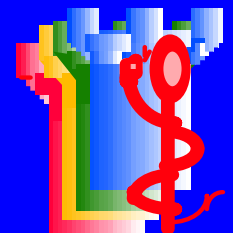
# Échographie Hématome Péri ovulaire



6s DDR

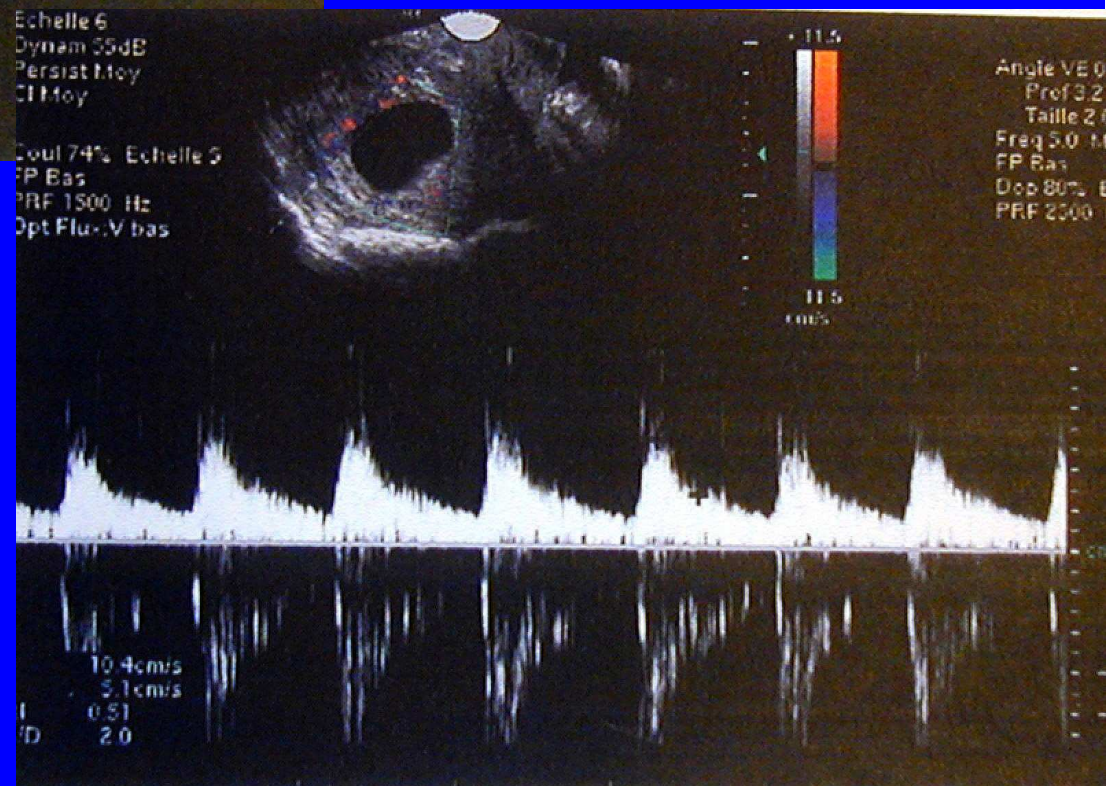
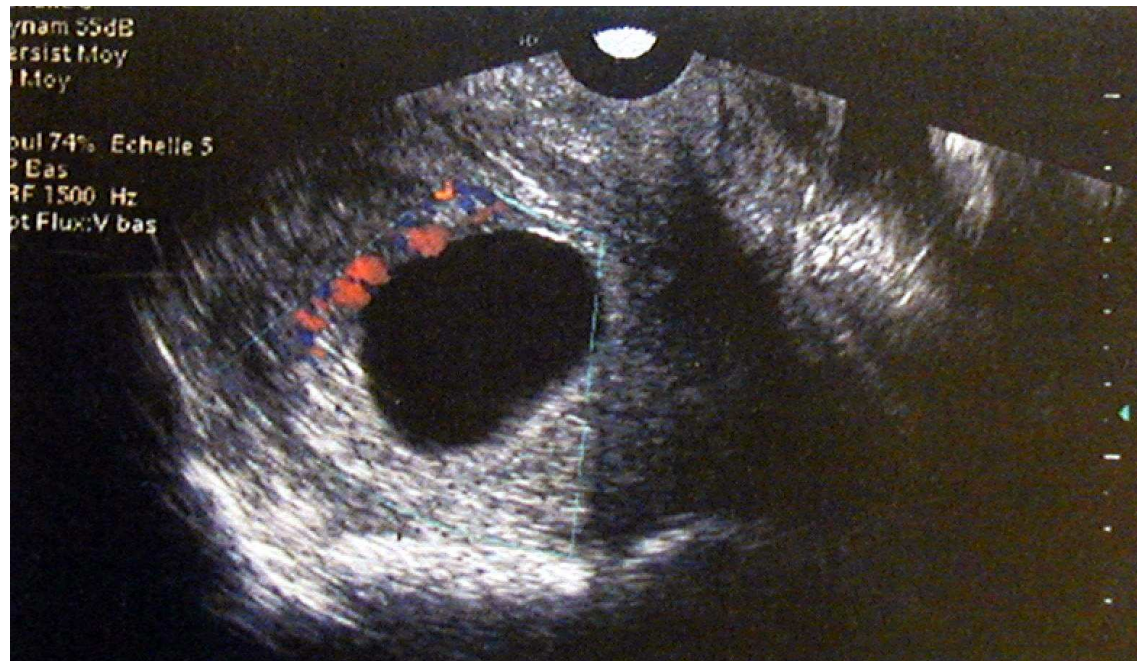
7s

SAC OVULAIRE + HÉMATOME



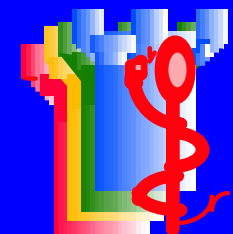
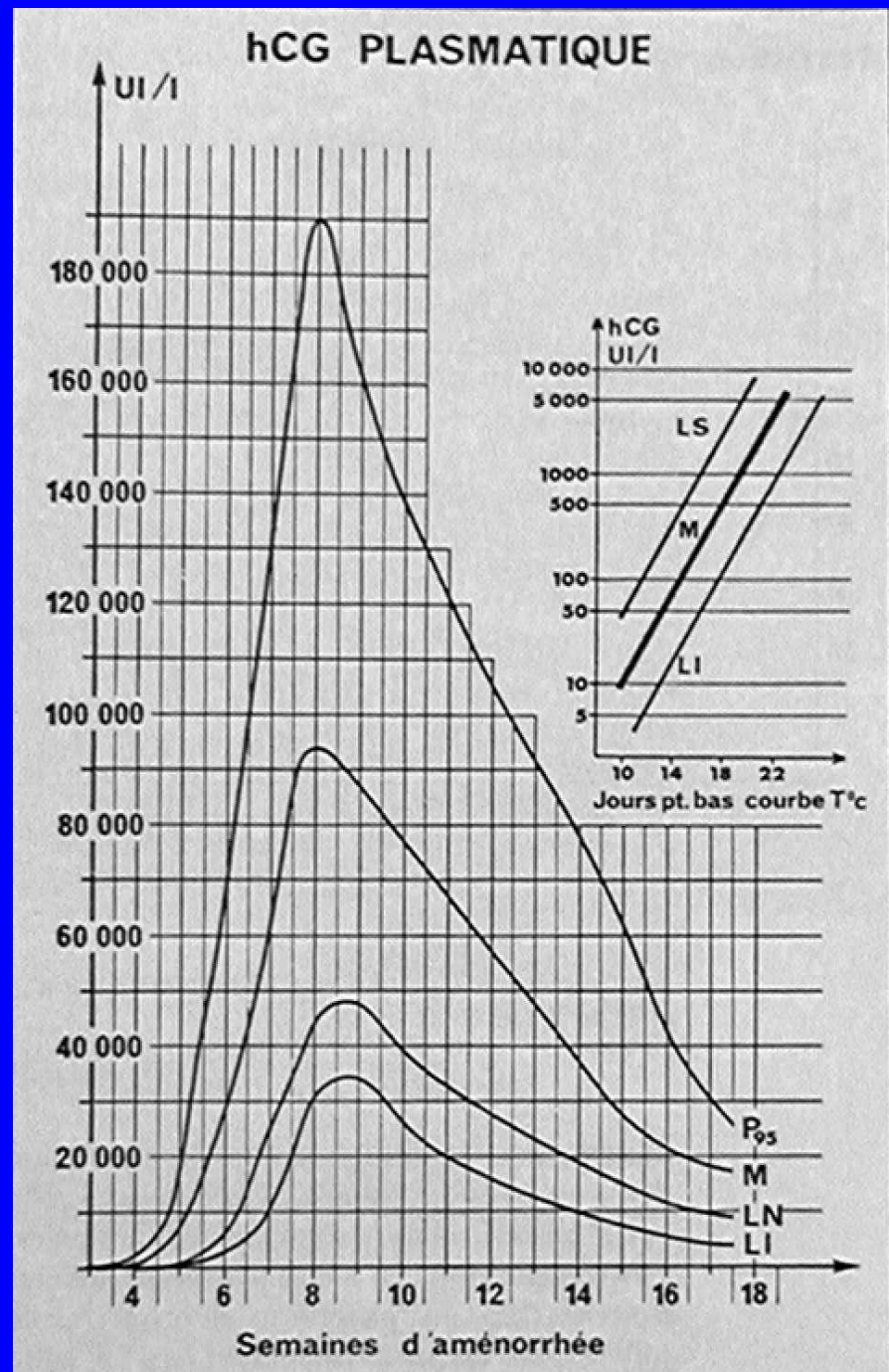


# Écho Œuf clair

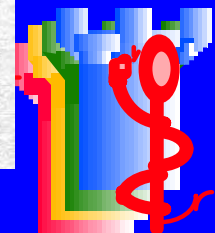
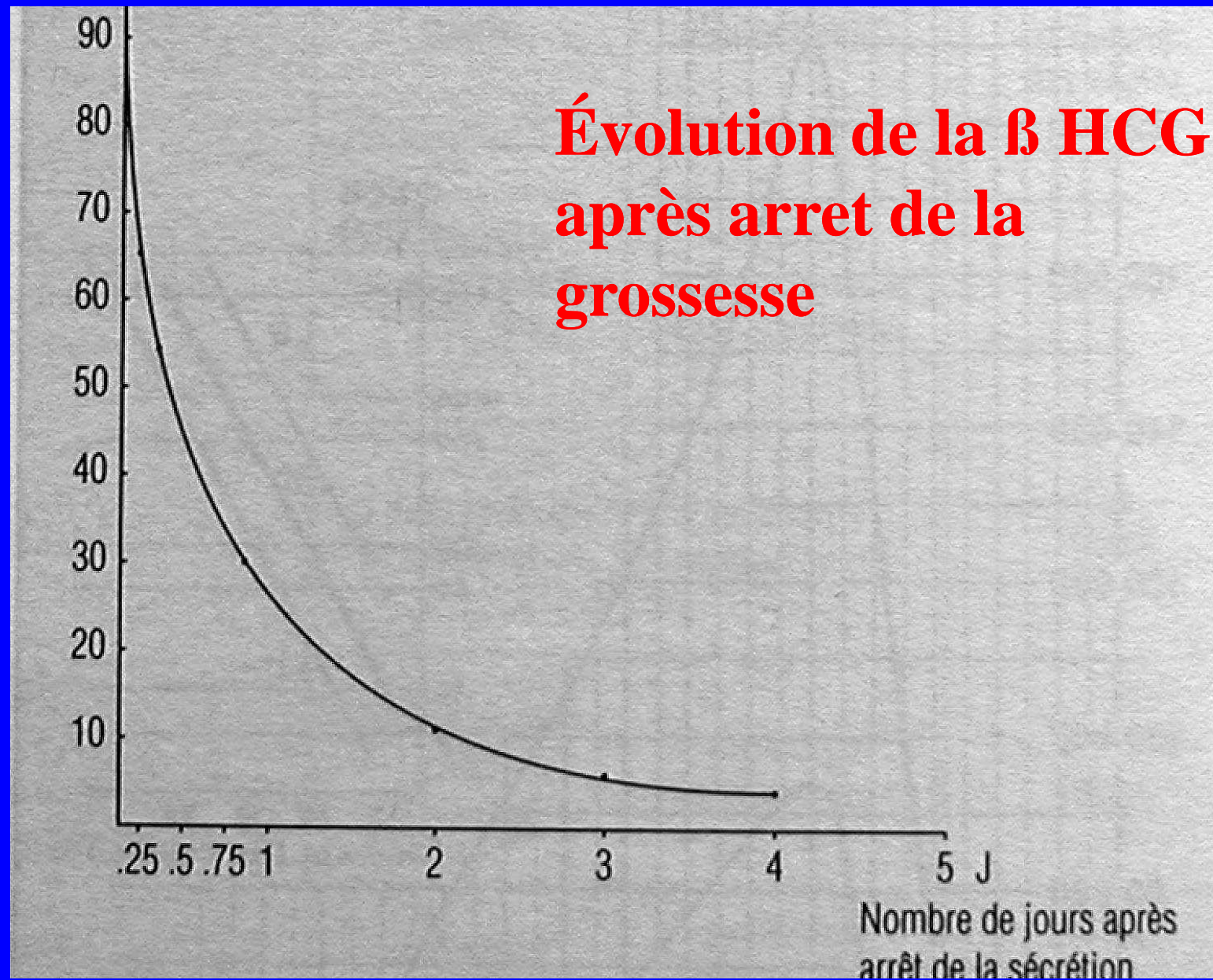




# Évolution de la $\beta$ HCG Grossesse évolutive



## Évolution de la $\beta$ HCG après arrêt de la grossesse



# Causes ovulaires

- **Anomalies chromosomiques :** **Âge maternel**



70% des FCS < 6SA

40% des FCS entre 6 et 10 SA

5% après 12SA

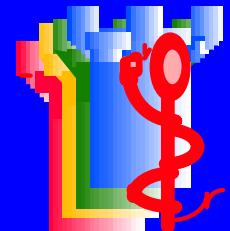
**Anomalies de nombres :** Trisomies 21,18 ... = 54%

Triploïdies 20%

Monosomies 13%

Translocation 4%

**Anomalies de la méiose :** Trisomie , monosomie  
**de la fécondation :** Triploïdie





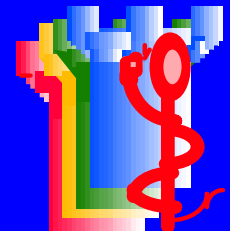
# Causes ovulaires non Chromosomiques

- Grossesses multiples
- Anomalie insertion placenta
- Aplasie funiculaire
- Artère ombilicale unique
- Hydramnios
- Malformations



# Les causes infectieuses

- **Contamination** : voie ascendante  
Voie hématogène
- **Germes banaux** : pyelonéphrite coli, listéria  
Infection cervicale  
Chlamydia
- **Virus** : Rubéole , herpes , grippe , CMV
- **Parasites** : Toxo , paludisme , Rickettsioses

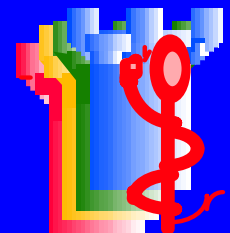


# Causes utérines

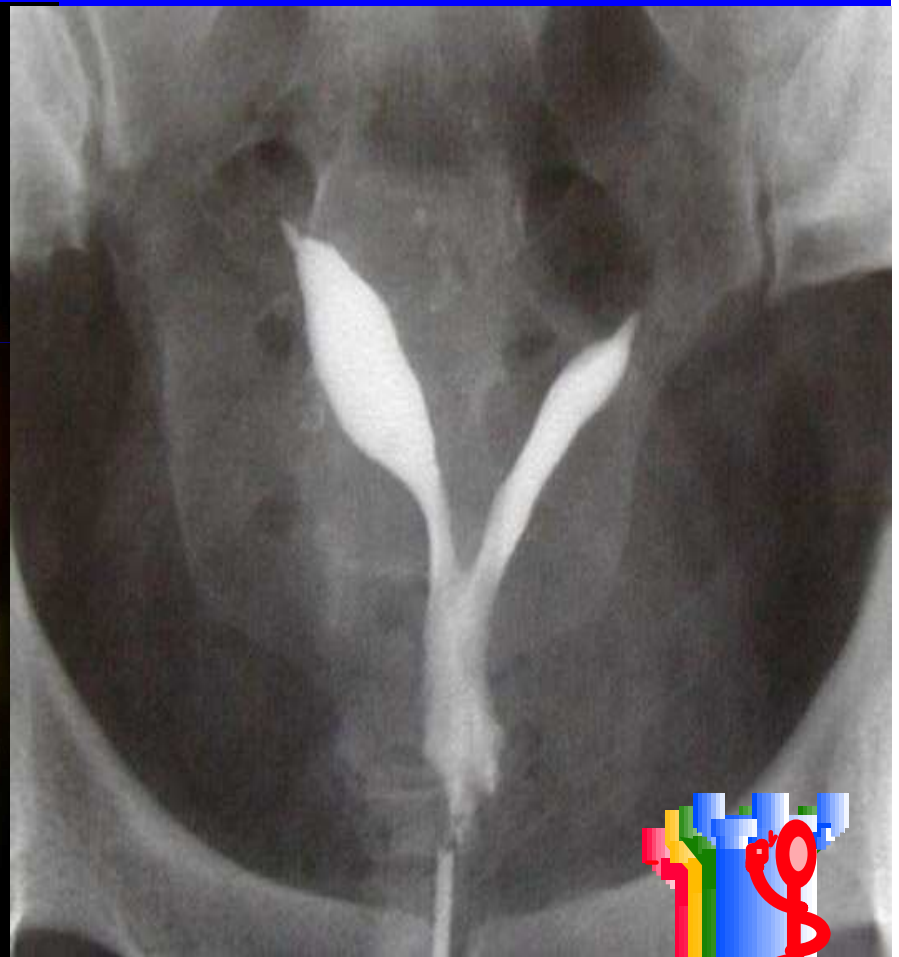
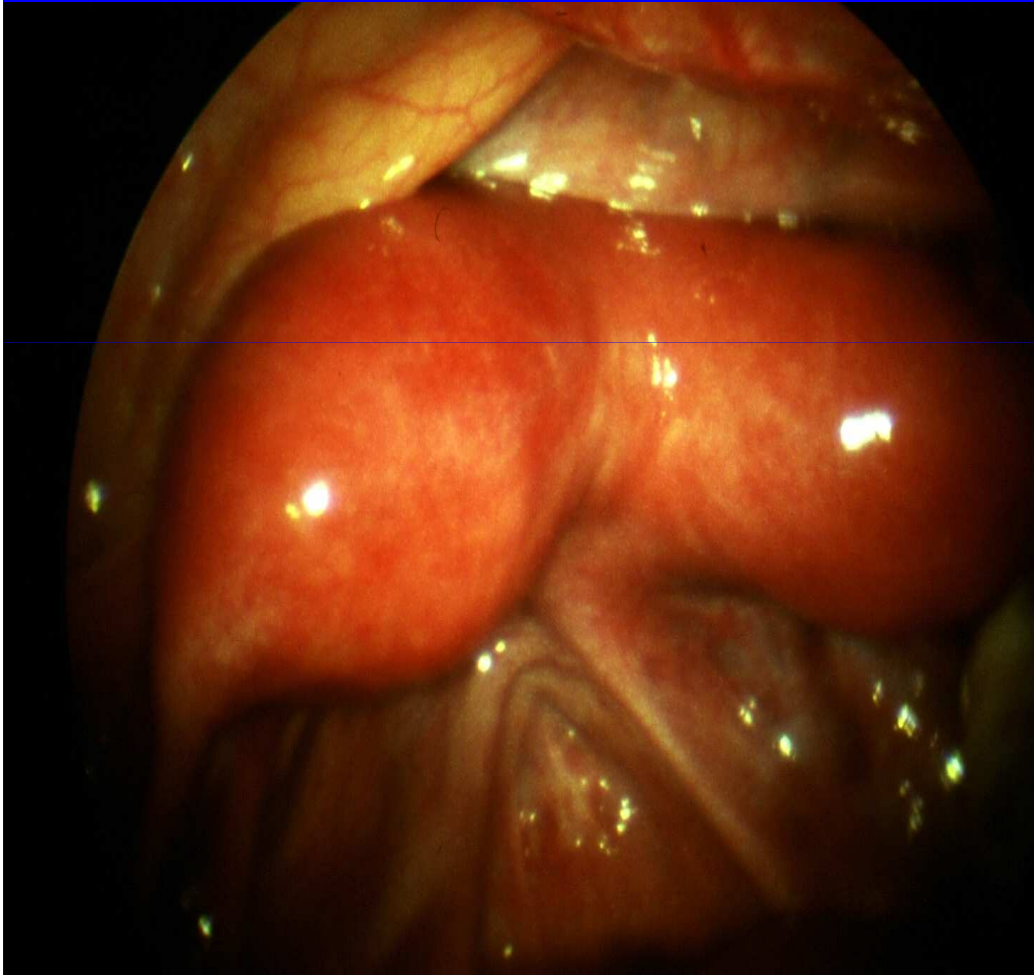
- **Congénitales** : Utérus bicorne , unicorne , hypoplasie , béances , DES
- **Acquises** : fibromes, synéchies , béances
- **Caractéristiques** : FC tardives 2 eme Trimestre

Œuf vivant

Répétition

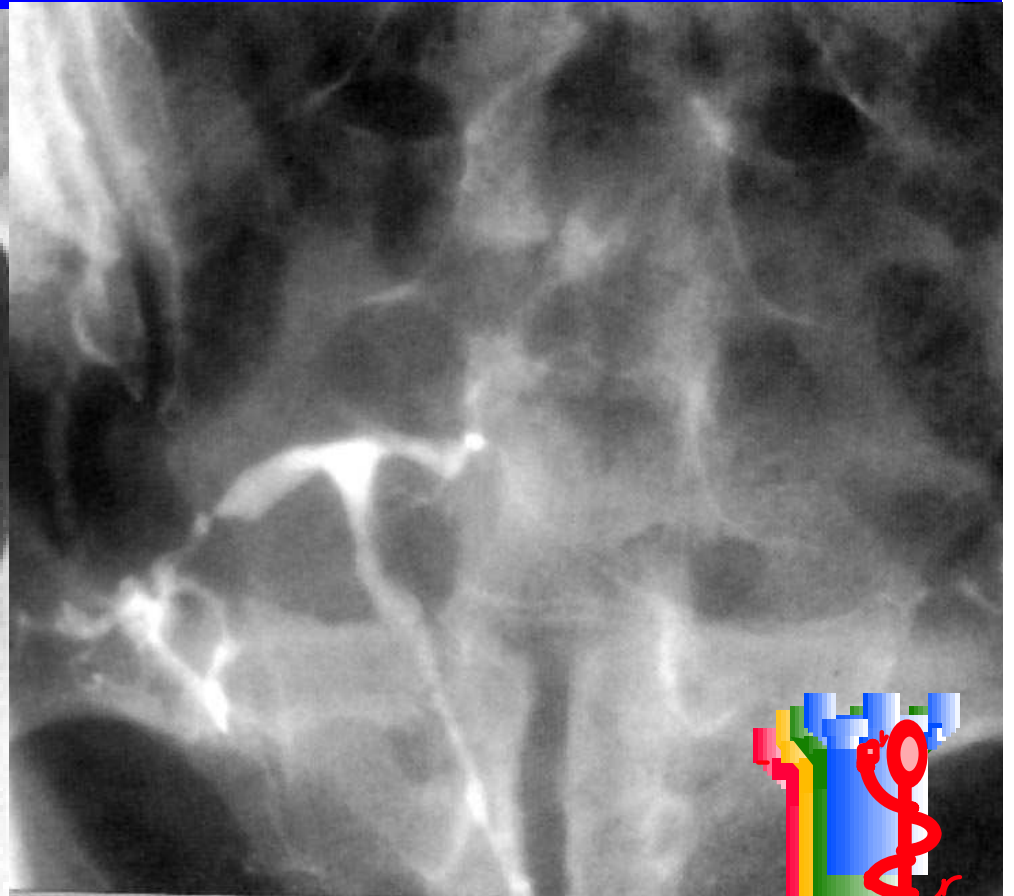


# Utérus bicornue



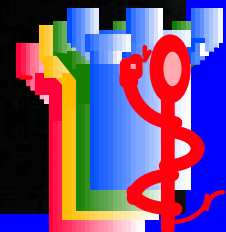
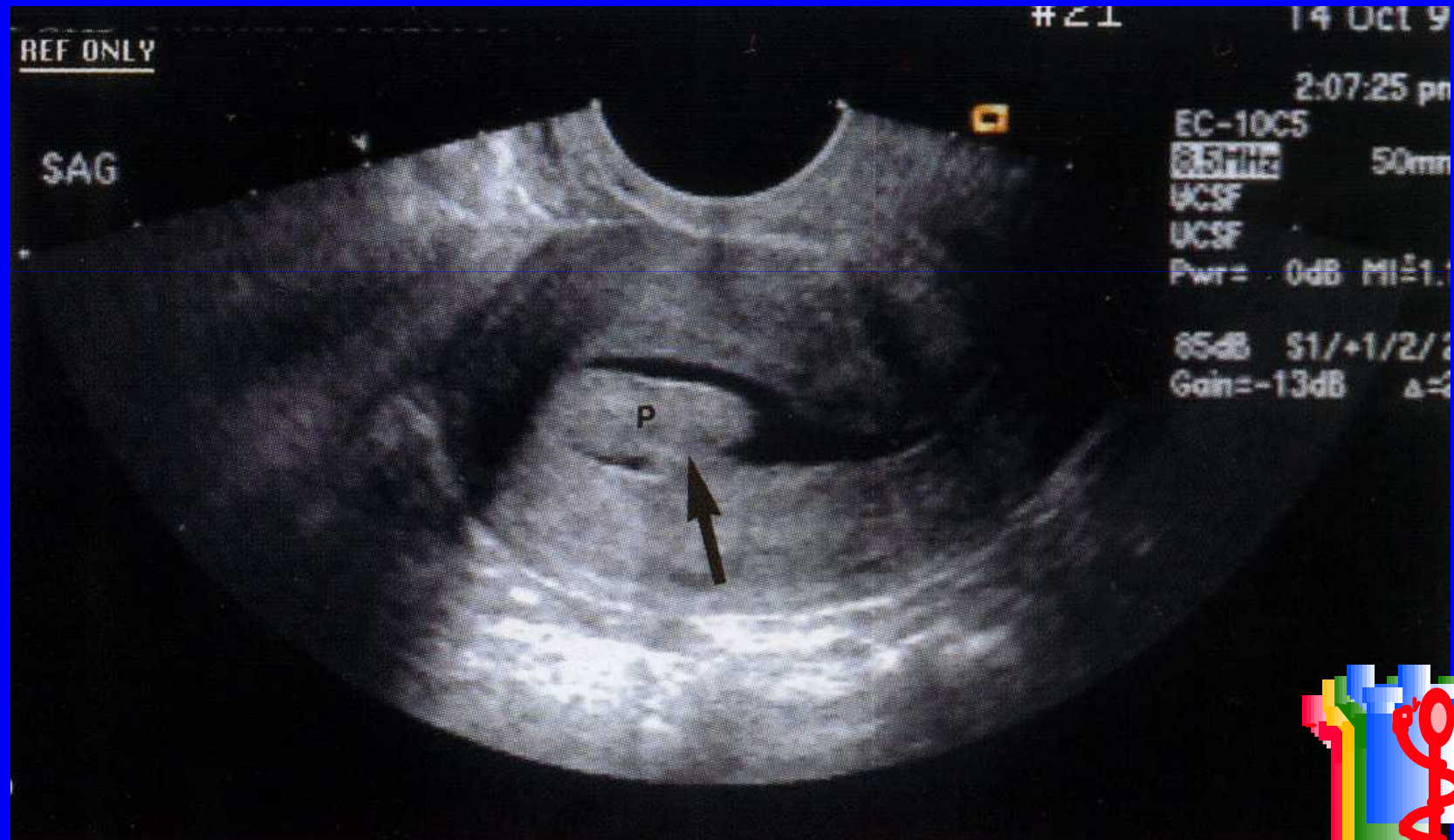
Utérus unicorne

DES



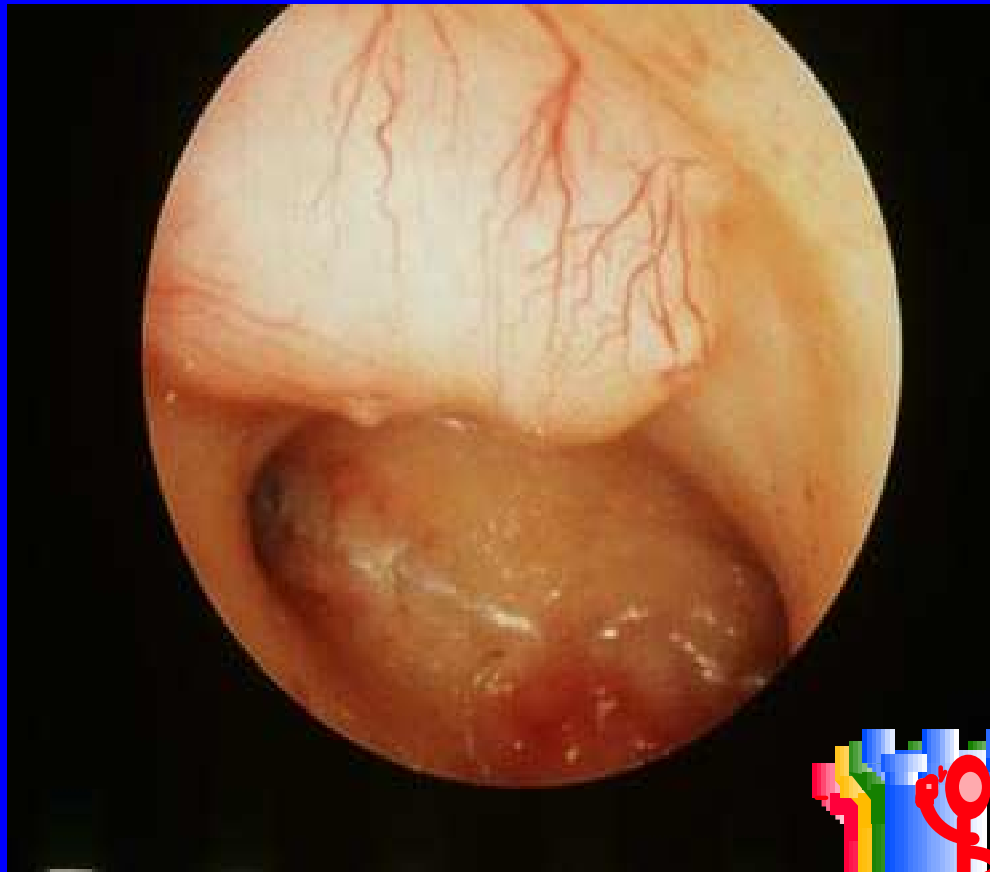


# Fibrome intra cavitaire





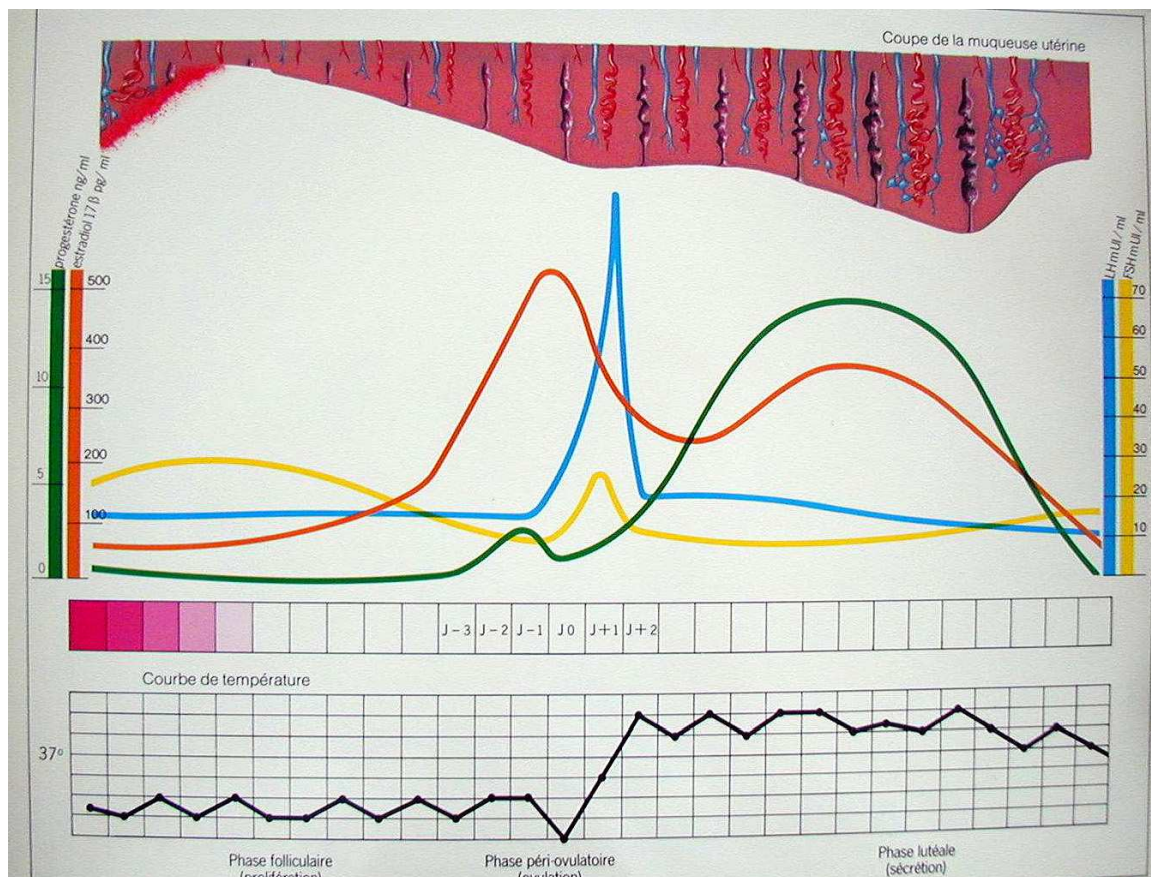
# Fibrome



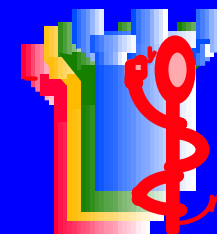
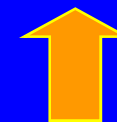
# Synéchie



# Cause endocriniennes



- Insuffisance lutéale : dysovulation , OPK, Prl
- Hypothyroïdie
- Hyperandrogénie surrénalienne
- Diabète mal équilibré .



# Causes immunologiques

- **Diminution de la tolérance maternelle** vis à vis de l'œuf greffe semi allogénique

- **Maladie générale auto-Immune = Lupus**

Ac anti prothrombinase

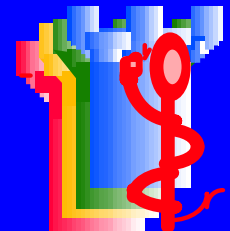
Ac anticardiolipidiques

Ac antinucléaires

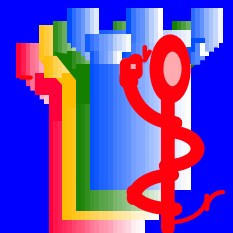
anticoagulants circulants

- **Causes allo-immunes :**

Ac Anti Lymphocytes paternels



**15 à 20% des FCS spontanées  
sont sans causes**



# Conduite à tenir

- **Menace FCS:**

**Œuf vivant** → repos

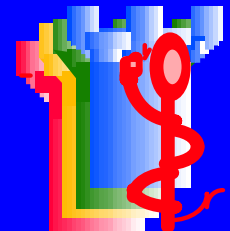
contrôle Écho J8

**Grossesse arrêtée : expectative**

Methergin 10 Gttes X3/J

Misoprostol (Cytotec®) 2cp intra vaginal

Aspiration si saignement abondant ,douleurs



# Conduite à tenir

■ **Avant 10SA** : surveillance à domicile

+ Methergin 10Gttes X3 /J

Hospitalisation si saignement > règles ,  
douleurs ,

Fièvre > 38°

■ **Après 10SA** Hospitalisation pour aspiration

■ Dans tous les cas sérum anti D si Rh Négatif:Natead®





# Bilan si plus de 3 FCS consécutives

- Infection cervico vaginale et traitement

- Anomalie endocrinienne : Glycémie

DH: O2, FSH, LH, Prl , TSH

- Anomalie utérine : Écho , HSG, Hystéroscopie

- Génétique : consultation , Caryotype des deux parents

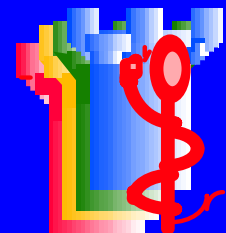
- Immunologique : Ac anti prothrombinase

Ac anticardiolipidiques

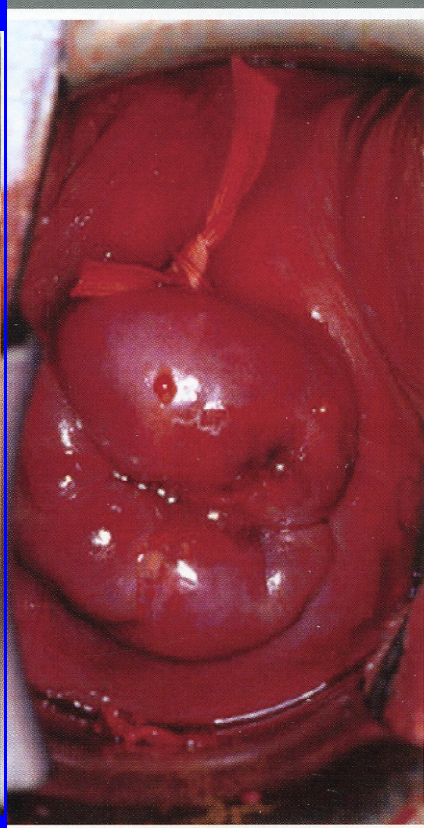
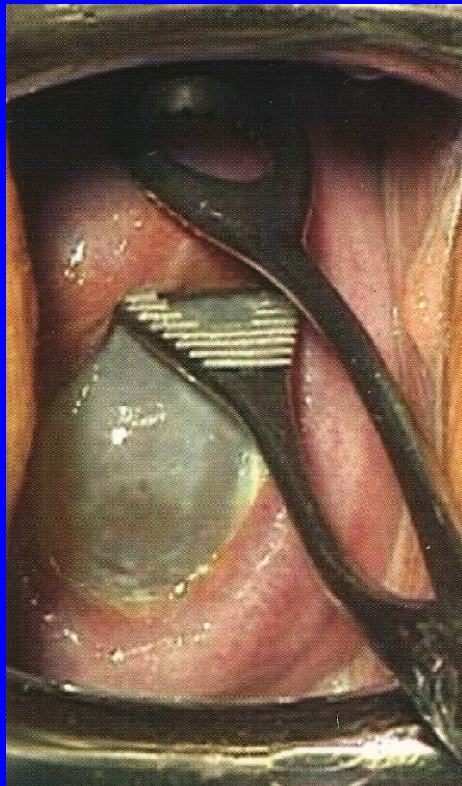
Ac antinucléaires

anticoagulants circulants

Ac. Anti lymphocytes paternels



# Indications du cerclage



**Deux Fausses couches tardives**

**+1 accouchement prématuré**

**Col < 15 mm en echo**

# Prévention

- Conseil génétique si anomalie génétique connu
- Traitement des infections cervico-vaginales
- Anomalies utérines = résections cloisons  
cure synéchie ,  
myomectomie
- Equilibrer diabète , améliorer ovulation
- Immunologie : aspirine  $\pm$  corticoïdes , Anti coagulants

