

Les Avortements

Dr Yaici M
Clinique Ibrahim ghara
Bab el oued

- Définitions
- EPIDEMIOLOGIE
- Les tableaux cliniques
 - A/ Menace d'ABRT
 - B/ Avortement inévitable
- Diagnostic différentiel
- Les étiologies:
 - / Les causes chromosomiques
 - / Les anomalies utérines
 - / Les causes hormonales
 - / . Les avortements de cause générale
 - / contexte infectieux ou fébrile
- Les Complications
- Séquelles
- Traitement
- Abrt provoqué

Définitions :

* L'avortement spontané ou fausse couche: est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, pesant moins de 500 grammes et/ou de moins 22SA (ou moins de 20 SG)

* **Une menace d'avortement** est une métrorragie sans dilatation du col se produisant pendant cette période et indiquant la survenue possible d'une fausse couche chez une femme dont la viabilité de la grossesse intra-utérine a été confirmée.

Deux types ABRTS: * Avortement précoce
* Avortement spontané tardif

Le diagnostic repose sur des arguments
cliniques + échographiques

Le traitement comprend généralement une
surveillance attentive de la grossesse pour une
menace d'avortement .
si une fausse couche spontanée s'est produite ou
apparaît inévitable, la surveillance de l'évacuation
utérine

EPIDEMIOLOGIE

*L'avortement spontané est un accident fréquent de la grossesse: il concernerait **12 à 15%** des grossesses apparemment normales.

*Au moins **1 femme sur 10** présenterait un avortement spontané au cours de sa vie

15 grossesses sur 100 s'interrompent, parmi lesquels :

- 14 sont des avortements spontanés précoces ;
- 1 est un avortement spontané tardif.

Environ 87 % des avortements surviennent au stade embryonnaire et 13 % au stade fœtal de l'évolution.

En pratique on distingue: sur le plan clinique

- * **Avortement spontané précoce:** se produit au T1: période embryonnaire (< 12 SA)
- * **Avortement spontané tardif:** période foétale précoce (12 -22 SA): foetus pèse entre 100 gr et moins de 500 gr.
- * **Avortements spontanés à répétition- maladie abortive:** trois avortements ou plus et sans grossesse intercalaire menée à terme. chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

*ABRT spontané : survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou général volontaire.

*ABRT provoqué clandestin : interruption délibérée par la femme enceinte elle-même ou une autre personne non qualifiée.

*ABRT préventif médical : ITG : pour préserver la vie et/ou la santé de la mère

Les tableaux cliniques

A/ Menace d'ABRT

B/ Avortement inévitable (l' ABRT en cours) :

- Complet
- Incomplet

A/ Menace d'ABRT (circonstances de découverte):

- Femme qui se dit **enceinte** (interrog: jeune + DDR)
(Aménorrhée + signes sympathiques de grossesse)
- **Métrorragies**
- **Douleurs** pelviennes à type de **CU**

A-1) Le diagnostic positif

La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un **décollement partiel du sac** gestationnel ; ce décollement est à l'origine :

a/ **des métrorragies** souvent de faible abondance ;

b/ parfois mais pas toujours des **douleurs pelviennes** évoquant les règles car la présence d'un petit hématome au niveau du décollement de trophoblaste représente un facteur déclenchant de la **contractilité utérine**. CU

c/ L'examen met en évidence :

- du **sang** en provenance de l'orifice du col utérin mais pas d'écoulement ni de liquide amniotique et pas de débris trophoblastiques dans le vagin ou dans le canal endocervical.
- l'orifice interne du **col utérin** est souvent **fermé**.
- **L'échographie** peut montrer : une **vitalité de la grossesse** conservée

A-2/ Le diagnostic différentiel :

- 1-La grossesse extra-utérine (GEU).
- 2-La grossesse molaire (avortement molaire) .

A-3/ L'évolution de la grossesse

* Soit favorable avec la poursuite normale de la grossesse:

- Cette évolution survient spontanément ou après quelques attitudes thérapeutiques, en particulier le **repos**.
- Dans ce cas les **métrorragies s'arrêtent, les contractions utérines et les douleurs associées disparaissent.**
- **L'échographie confirme la poursuite de l'évolution normale** de la grossesse et la disparition du décollement trophoblastique par la résorption-expulsion des micro-hématomes qui ont été déjà mis en évidence au niveau du site du décollement du trophoblaste.

* Soit défavorable donc la poursuite du processus **d'avortement et l'expulsion.**

B/ . Avortement inévitable :(l'avortement en cours)

B- a) Le diagnostic positif :

- 1-Douleurs pelviennes** intermittentes de type de **contractions utérines**
- 2-Métrorragie** souvent importante avec de caillots rouges, provenant à l'examen, du canal endocervical
- 3-écoulement du liquide amniotique** (dans les grossesses avancées) ; l'orifice interne du col utérin est dilaté.
- 4-Disparition des signes sympathiques de grossesse**

B- b) Examen :


- 1- métrorragies +/-détris d'origine endo-utérine**
- 2- col perméable au doigt**
- 3- volume utérin discordant**

B-c) Diagnostic échographique :

- Voie abdominale et endovaginale :
 - localisation de l'œuf
 - vitalité et activité cardiaque
- Images pathologiques :
 - utérus vide : (ABRT terminé)
 - sac gestationnel vide (œuf clair)
 - embryon AC – : (Gsse arrêtée)
 - hématome décidual
 - grossesse molaire

B-d) Intérêt des dosages biologiques

- Dosage quantitatif des β HCG

- cinétique \Rightarrow à 48h
- taux isolé $\uparrow+++ \Rightarrow$ môle hydatiforme
 une Gsse qui s'arrête

- Groupage sanguin Rhésus

B-e) Diagnostic différentiel :

- **Menace de fausse-couche :**

- clinique : métrorragies avec grossesse évolutive (30% des grossesses)
- échographique : grossesse évolutive avec hématome décidual

- **Grossesse extra-utérine :**

- utérus vide ou pseudo sac + image de sac gestationnel latéro-utérin

B-f/ Évolution :

B-f: 1) Avortement complet :

- Surviendra en quelques heures ou quelques jours.
- Avant la 8 ème semaine d'aménorrhée, souvent l'expulsion est complète.

Dans ce cas l'expulsion des produits de la grossesse est complet :

- L'utérus, lors de l'examen bimanuel est bien **rétracté** et beaucoup plus petit que la durée de la grossesse ne laisserait supposer ;
- l'orifice cervical peut être **fermé**,
- l'échographie montre une cavité **utérine vide** de tout produit de la grossesse

B-f : 2) Avortement incomplet :

- L'expulsion de produit de la grossesse est partielle donc le processus d'avortement est inachevé cette rétention ovulaire empêche l'utérus de se contracter et se rétracter on peut voir dans certains cas l'apparition des métrorragies très importantes pouvant être à l'origine de choc hémorragique.
- La prise en charge rapide est nécessaire pour stabiliser la patiente et réaliser le **curetage évacuateur de l'utérus**.

* La patiente se plaint de :

- **Douleurs** de type de contractions utérines avec **Métrorragie** qui peuvent être abondantes : malaises orthostatiques et des syncopes.
- Parfois les patientes peuvent signaler l'évacuation de débris de gestation.

* L'examen met en évidence :

- **Un utérus augmenté** de taille mais souvent de volume inférieur au terme gestationnel attendu ;
- Un orifice interne du **col dilaté** avec parfois, des débris de gestation dans le vagin ou dans le canal endocervical ;

* **L'échographie rétention** partielle de produit de la grossesse.

* La prise en charge rapide est nécessaire pour stabiliser la patiente et réaliser le curetage évacuateur de l'utérus

Diagnostic différentiel

Se pose avec les hémorragies du 1er Trimestre :

▶ *1. Saignement d'origine cervicale ou vaginale :*

Traumatique

Néoplasique (Kc du col)

Polype cervical

Examen au sp : élimine cette éventualité

▶ *2. GEU (grossesse extra utérine)*

. Examens clinique : UTN, MLU

Echo + BhCG

Voire cœlioscopie en cas de doute



► La môle hydatiforme (grossesse molaire)

Les métrorragies sont fréquentes ;

Une exagérations des vomissements ;

Le volume de l'utérus est exagéré pour l'âge estimé de la grossesse (dans la moitié des cas).

Une toxémie ou une hyperthyroïdie peuvent être présentes ;

Des kystes ovariens (lutéiniques) volumineux peuvent être perçus dans les régions annexielles.

L'échographie confirme le diagnostic : *Utérus anormalement gros pour l'âge de la grossesse et contenant des images floues, diffuses, floconneuses donnant l'aspect en tempête de neige*

- *Elévation importante et rapide des taux de hCG (gonadotrophine chorionique humaine*

Les étiologies

1. Les causes chromosomiques : Les aberrations chromosomiques :

- a) Les triploïdies (20 % des cas) (nombre de chromosomes : $3n = 69$).
- b) Les tétraploïdies, moins fréquentes (6 %), où l'on retrouve $4n$ chromosomes = 92.
- c) Les trisomies sont fréquentes, représentant plus de la moitié des anomalies chromosomiques retrouvées.
- d) Les monosomies sont plus rares.
- e) Les anomalies chromosomiques qualitatives intéressent en plus le nombre des chromosomes et leur structure. Elles représentent 3 % des anomalies; dans ce cadre on retrouver un syndrome d'avortement à répétition car elles sont liées à un remaniement du caryotype parental. La cause de l'aberration est donc permanente et le risque de récurrence de l'avortement spontané est constant.

2. Les anomalies utérines :

Elles sont causes d'avortements à répétition tardifs survenant au cours du 2ème trimestre de la grossesse.

a) La béance cervico-isthmique:

- se définit comme un élargissement du défilé cervico-isthmique qui est souvent raccourci, associé à un défaut d'occlusion de l'orifice interne du col.
- La béance cervico-isthmique est en règle organique, reconnaissable en dehors de la grossesse ; dans 1 % des cas, elle est fonctionnelle et ne se manifeste qu'en cours de grossesse.

b) Les malformations utérines corporeale :

*** congénitales :**

- les utérus cloisonnés
- les utérus bicornes
- Les hypoplasie utérine
- utérus DES (distilbéne)
- BCI congénitale associée a une malformation utérine

*** Acquises:**

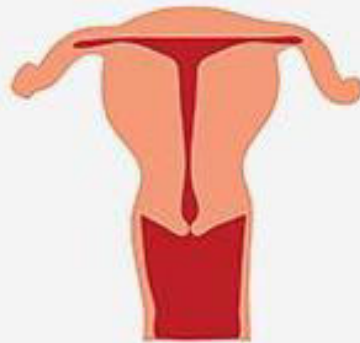
- fibromes,
- synéchies ,
- béances post accouchement traumatique

Seraient responsables d'avortements à répétition plus ou moins tardifs ou d'accouchements prématurés

Congenital Mullerian Anommalies



Normal Uterus



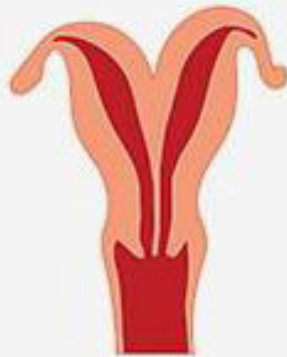
Class I: Uterine Hypoplasia
and/or agenesis



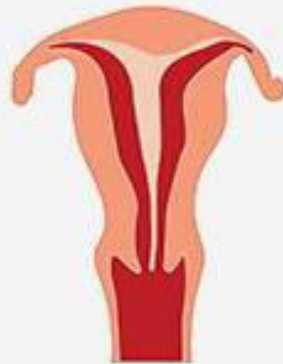
Class II: Unicornuate
Uterus



Class III: Uterus Didelphys



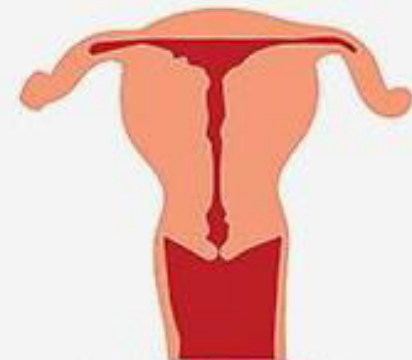
Class IV: Bicornuate Uterus



Class V: Septate uterus



Class VI: Arcuate uterus



Class VII: Diethylstilbestrol
(DES) Drug Related

3. Les causes hormonales :

a) L'insuffisance fonctionnelle du corps jaune

(Insuffisance lutéale)

- peut être soupçonnée, en dehors de la grossesse, par l'étude de la courbe ménothermique ;
- le plateau progestatif est court et l'hyperthermie s'établit lentement, en plusieurs jours.

b) L'Hypothyroïdie

4. Les avortements de cause générale

- HTA
- Le diabète
- Maladies de système LED
- Syndrome des anticorps antiphospholipides le SAPL
Peut être primitif (isolé) ou secondaire lupique (associé au LED.)

Les critères biologiques reposent sur le dosage des anticorps antinucléaires et anticardiolipines. De la même façon, les thromboses utéroplacentaires entraînent des infarctus.

- Intoxications alcool tabagiques, médicaments tératogènes

5. Avortement dans un contexte infectieux ou fébrile

- Contamination voie ascendante ou par Voie hématogène
- Germes banaux :
 - ascendante (strept B , E Coli, cervicite chlamydia ou mycoplasme)
 - sang : listeria et tréponème
- Virus: Rubéole , herpes , grippe , CMV , Parvovirus B19
- Parasites: Toxopl , paludisme , Rickettsios

- * Les infections virales seraient plus fréquentes durant le 1er trimestre
- * Les virus et les protozoaires traversent plus facilement que les bactéries
- * Les infections bactériennes transcervicales après le 1er trimestre

6. Les Avortements à répétition

- À partir du 3e avortement successif sans grossesse normale intercalée

Les Complications

1. **Hémorragie grave** : Pouvant entraîner un état de choc
2. **Infection** :
 - * Fièvre - Leucorrhées purulente - Endométrite, pelvipéritonite, abcès, septicémie. met en jeu le Pronostic vital, pronostic fonctionnel
 - * Perforation utérine lors d'un curetage
 - * Syndrome d'Asherman: synéchies provoquées par le curetage
3. **Coagulopathie de consommation** : Rétention prolongée d'un œuf mort.

Séquelles

- Salpingites chroniques
- Stérilité : tubaire ou ut /synéchie
- ABRT à répétition
- BCI
- Troubles psychiques : Culpabilité, dépression
- Complications obstétricales ultérieures (GEU, PP, P Acreta, hgie de délivrance)

Traitement

- **Avortement en cours ou imminentes**
 - Si métrorragies et/ou douleurs +++
 - aspiration endoutérine sous AL ou AG avec examen anatomo-pathologique
- **Avortement asymptomatique**
 - <8SA : abstention 8 jours et si pas d'expulsion, traitement chirurgical ou médical
- **Avortement incomplète**
 - traitement médical ou chirurgical

• **Risques du traitement chirurgical**

- **Immédiat**
 - perforation utérine
 - aspiration incomplète \Rightarrow rétention secondaire
 - endométrite
- **A distance**
 - synéchies
 - béance cervico-isthmique

• **Traitement médical**

- **repose** sur analogues des prostaglandines : misoprostol voie vaginale ou voie orale 2 à 6 cp en 3 prises avec antalgiques
- risques : expulsion incomplète, effets secondaires du misoprostol
- **Immunoglobulines anti-D si Rh -**

L'AVORTEMENT PROVOQUE

1. Définition:

- * On parle d'avortement provoqué lorsqu'une manœuvre a été utilisée clandestinement pour interrompre une grossesse évolutive non désirée. Il s'agit de moyens mécaniques ou chimiques.
- * L'Avortement clandestin constitue une des **premières causes de mortalité maternelle en Afrique.**

2. Diagnostic L'avortement provoqué est caractérisé par les signes suivants: **svt c'est des abrt incomplet**

- **L'hémorragie** de sang rouge, sans caillots parfois très abondante avec état de choc.
- **La rétention** des débris placentaires
- Les signes **infectieux**

3. Objectifs thérapeutiques Essentiellement, il s'agit de:

- Evacuer la cavité utérine pour arrêter l'hémorragie
- Prévenir l'infection (antibiothérapie)
- et les complications thromboemboliques (heparinothérapie).

Complications de l'avortement provoqué

- **Complications Immédiates :**

- Syncope lors de la dilatation cervical
- Déchirure du vagin ou du col de l'utérus
- Hémorragie
- Perforation de l'utérus

- **Complications secondaire :**

- Rétention placentaire simple
- Rétention placentaire infectée
- Endométrite, voir salpingite
- Métrorragies.

- **Complications tardives :**

- Synéchies utérines
- La stérilité
- Béances cervico isthmique
- le tétanos