

Les Avortements

Les Avortements Spontanés

Définition

- L'avortement est défini comme l'expulsion du produit de conception avant sa viabilité
- Sur le plan légal : avant 28 SA et sur le plan médical(OMS): poids <500gr
- Il est dit précoce : lorsque l'arrêt de la grossesse survient pendant la vie embryonnaire <12 SA
- Au-delà il est considéré comme tardif .
- Les AVRTS spontanés surviennent en dehors de toute tentative volontaire locale ou générale.

Intérêt de la question

- Accident souvent isolés mais peut devenir une véritable maladie abortive.
- Le risque de récurrence augmente à chaque échec nécessitant un bilan étiologique lourd avec quelques possibilités thérapeutiques
- Les avortements incomplets sont source de complications infectieuses
- Impact psychologique sur la femme +++

Diagnostic

- **Avortements précoces :**

1. ***Menace d'avortement :***

-**SE**: 2 signes essentiels qui viennent compliquer la grossesse:

Métrorragies : spontanées , sang rouge ou noir persistant d'abondance variable, la présence de caillots de sang signe l'éminence de l'avortement.

- ***Douleurs pelviennes***: coliques expulsives médianes irradiant aux lombes, inconstants
- ***l'interrogatoire*** doit rechercher :
 - DDR , écho récente ,test de gsse
 - Diminution des S sympathique de la gsse
 - Fléchissement de la courbe de T°
 - Épisode infectieux récent
 - Gsse sur DIU
 - Conditions de vie
 - Nbre d'AVRTS antérieurs
 - Age de la femme plus de 38ans
 - Gpe sg rhésus
- ***l'examen clinique :***
 - Apprécier le retentissement du saignement sur l'état général
 - Vérifier la T°
 - Ex au spéculum: col d'aspect gravide, saignement d'origine endo-utérine (éliminer une cause locale du saignement)

- Toucher vaginal: parfois col post long fermé mais svt il est déjà modifié , CDS latéraux et post st libres et indolores
- TV + palper Abd: utérus mou ,graveide ,son volume est en rapport ou pas avec l'âge présumé de la gsse

-Ex complémentaires:

- **Echographie pelvienne:** endo vaginal
- ✓ Confirme la gsse intra utérine
- ✓ Vérifie l'évolutivité de la gsse :

Mesure du diamètre du sac gest < 7SA ,et LCC >7SA

Vitalité ovulaire:

AC ; 7sa

Aspect du SG: tonicité, aplatissement, présence ou non d'embryon

Nbre de SG

MAF 8 SA

Présence de décollement trophoblastique

- **Dosage plasmatique des béta HCG:**

Étude de la cinétique sur 48 h : soit tx normal,soit stagnation ou décroissance des taux

-évolution :

Guérison: sous trt tocolytique , surveillance écho ds 2jrs

Ou vers l'avortement confirmé en cours

2. Avortement en cours:

SF: sont plus intenses et plus prononcés:

Métrorragies abondantes, cailloutées

Douleurs abdomino-pelvienne à type de colique expulsive qui augmente en fréquence et en intensité

Ex clinique :

Saignement abondant gênant l'ex clinique ; caillots de sang et débris trophoblastique

Col +\ - ouvert

Parfois; sac ovulaire distend la région cervico isthmique

- **Tv** ; col perméable aux deux orifices ,partie basse de l'utérus est distendu par l'œuf

Ex complémentaires :

Échographie :

Œuf mort ; AC néante

Œuf clair ;SG>20mm sans image embryonnaire

Sac en voie d'expulsion dans le défilé cervico- isthmique sans activité

Vacuité utérine avec caillots intra utérins

Béta HCG : diminution ou stagnation des taux

- **Evolution:**

- ☐ **avortement complet :**

L'expulsion de l'œuf survient rapidement, peu hémorragique, porte souvent sur l'œuf complet

Vacuité utérine confirmée par l'échographie

Ds tt les cas le produit sera adressé à l'anapath

Il se complique rarement d'infection

Après l'avortement, l'involution utérine est rapide ,les règles surviennent 4 semaines après l'accident

Une montée laiteuse n'est pas rare

- ☐ **avortement incomplet: rétention trophoblastique :**

Source d'hémorragies importante jusqu'au choc hémorragique

Et complications infectieuses: fièvre, métrorragies abondantes malodorantes purulentes , utérus mou douloureux à la mobilisation

Les complications vont de l'endométrite , pelvi-péritonite,abcès pelvien, choc septique

Avortement tardif

- La symptomatologie est proche d'un accouchement prématuré , se fait en 3 temps:

- ✓ dilatation cervical , douloureuse et hémorragiques

- ✓ Expulsion du fœtus

- ✓ Expulsion du placenta est souvent incomplète intérêt d'un curage bi digital

Diagnostic différentiel

- Causes locales : vaginales (vaginite infectieuse, déchirure vaginale) cervicales (cervicite, kc du col, ectropion)
- GEU
- mole hydatiforme
- avortements provoqué

Avortements spontanés à répétition

- **Définition:**

Défini par la survenue chez un couple d'au moins 2 avortements qu'il y ait eu ou non accouchements dans l'intervalle.

- La maladie abortive définie la succession d'au moins 3 avortements.

Etiologies

A- CAUSES ANATOMIQUES: Responsables d'avortement du 2e trimestre.

1/ Bécance cervico-isthmique: d'origine traumatique, congénitale ou médicamenteuse = DES syndrome

2/ Malformations utérines (utérus cloisonné, bicorne.)

3/ Déformations utérines (fibrome utérin, synéchies utérines.)

4/ Hypoplasie utérine.

5/ Hypo vascularisation de l'endomètre.

B- CAUSES INFECTIEUSES:

1/ A Chlamydia trachomatis.

2/ A Listéria monocytogenes.

3/ A HSV, etc.

C- CAUSES ENDOCRINIENNES:

1/ Hyperprolactinémie.

2/ Hyper androgénie.

3/ Hypothyroïdie.

4/ Insuffisance lutéale ou maladie du corps jaune, nécessitant une biopsie de l'endomètre réalisée au 3e jour d'ascension thermique sur la courbe ménothermique ou au 24e jour du cycle. Ainsi qu'un dosage de la progestérone à J16, 18 et 20 du cycle qui révèle un pool ≤ 10 ng/ml. Le traitement repose sur l'HCG jusqu'à 14 SA.

D- CAUSES CHROMOSOMIQUES: 4%. Le caryotype parental n'est demandé qu'après plusieurs avortements spontanés.

E- CAUSES GÉNÉTIQUES: Implique le gène de la Transferrine, situé sur l'allèle C3 du chromosome 17 paternel.

F- CAUSES IMMUNOLOGIQUES:

- *Avortements auto-immunes:*
 - a. *Syndrome de Soulier – Boffa: C'est Nilson qui a mis en évidence les anticorps anticoagulants circulants associant des antithromboplastines circulants entraînant des pertes fœtales à répétition avec des accidents thrombotiques infra-cliniques et infra-biologiques.*
 - b. *Syndrome des antiphospholipides "APL": Peut être primitif (isolé) ou secondaire lupique (associé au LED.) Les critères cliniques sont l'association des ASR avec des thrombophlébites. Les critères biologiques reposent sur le dosage des anticorps antinucléaires et anticardiolipines.*
- *Avortements allo-immunes: L'hypothèse des anticorps bloquants ramène la tolérance de la grossesse, qui est une Allogreffe*

G- FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX:

1/ Tabagisme.

2/ Alcoolisme.

3/ Polluants.

4/ Champs magnétiques.

H- FACTEURS PSYCHOLOGIQUES.

BILAN étiologique à demander devant ASR

- **1^{ère} intention:**

NFS, TP, TCK

CMT , prélèvements bactériologiques

Glycémie, HGPO

HSG

Dosage hormonaux: FSH, LH, prolactine, 17 b œstradiol, T3, T4, TSH

Caryotype parental

Biopsie de l'endomètre

- **2^{ème} intention:**

Ac anti lymphocyte paternels

Ac Anti coagulant circulant

Ac anti DNA natifs et dénaturés

C3 , C4

Traitement

- **Traitement de la menace d'avortement:**

- s'assurer de la vitalité ovulaire +++
- Repos complet ++++ les antispasmodiques st contestés
- Le TRT hormonal : progestérone naturelle
- TRT anti infectieux: adapté en fonction du contexte, PV, séro dc des IST
- Surveillance clinique et échographique renforcé
- Au T2; la tocolyse est par les β -mimétiques à partir de 20SA, sinon progestérone

- **Conduite à tenir devant un avortement en cours:**

Hospitalisation

Abord veineux solide

Utéro toniques : 05 UI syntocinon

Curetage hémostatique évacuateur si col ouvert , gros utérus ou métrorragies persistantes avec rétention ovulaire

Antibiothérapie à large spectre

Vérification échographique de la vacuité utérine

Prévention anti D en cas de Rh(-)

Ex anaphat des débris ovulaires

Traitement des ASR est étiologique

- Correction des troubles endocriniens éventuels ; équilibrer un diabète, adm de la progestérone en cas d'insuffisance lutéale
- Trt du SAPL : *Antiagrégants plaquettaires, type Aspégic à 100 mg/jr et Anticoagulants, type héparine ou HBPM (Lovenox®, ou Fraxiparine®.)*

- *Immunoglobuline polyvalentes*
- *ASR par béance cervico-isthmique: le trt est préventif par le Cerclage .*
- *Soutien psychologique*

Avortements provoqués

- **Définition:**

L'avortement provoqué survient suite à des manœuvres destinées à interrompre la gsse en dehors de toute indication médicale il est dis interruption volontaire de gsse IVG

- **Intérêt de la question:**

Il s'agit d'un acte criminel ,sanctionné par des complications graves voir même la mortalité non négligeable ,les séquelles ne st pas moindres

Clinique

- ✓ Hémorragies abondantes faite de saignement rouge mêlé à des caillots de sang
- ✓ Ecoulement du liquide amniotique ; clair au début puis mêlé à du sang
- ✓ Douleurs constantes vives , continues, paroxystiques de siège hypogastrique
- ✓ Signes généraux: fièvre , hypotension ,pâleur intense, pouls accéléré
- ✓ Ex clinique:
 - Produits abortives dans le vagin
 - Lésions cervicales :déchirure, dilatation forcé ou traumatique du col
 - Pole inferieur de l'œuf bombe et distend le col béant
 - Les membranes sont rompus
 - Cotylédon placentaire
 - Ou seulement des caillots de sang
 - Utérus est mou sensible ,augmenté de taille avec un col perméable aux deux orifices

Complications de l'avortement provoqué

1/ Complications locales:

Rétention placentaire

Hémorragies

Infection localisé à l'utérus

Lésions traumatiques: perforation utérine, lésions cervico-isthmique, lésions du vagin

Infarctus utérin

2/ Complications régionales:

Pelvipéritonite

Abcès du douglas

Phlegmon du ligament large

Salpingite

Péritonite

Cplxs veineuse

3. Complications générales:

Septicémie à germe banaux

Toxi-infection : à perfringens+++

Intoxications

Lésions neurologiques

CONCLUSION

Les ABRTS spontanés du T1 et T2 et les menaces d'avortement sont les motifs fréquents de consultation

La CAT vise à traiter la cause de la menace et entretenir une enquête étiologique en ASR qui reste la problématique et dont les nouvelles traitements sont en cours d'évaluation