

PERTE GROSSESSE

D'APRES LES RPC DU CNGOF DECEMBRE 2014

TERMINOLOGIE

Une grossesse intra-utérine (GIU) est une grossesse implantée dans la cavité utérine (cicatrice de césarienne exclue).

Une grossesse ectopique (souvent appelée « grossesse extra-utérine (GEU) ») est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine : cornuale, cervicale, sur cicatrice de césarienne, tubaire, ovarienne ou abdominale.

Une grossesse de localisation indéterminée (GLI) est une grossesse pour laquelle le dosage des hCG est positif (urinaire ou sanguin), mais pour laquelle l'échographie n'objective pas de grossesse, quel qu'en soit le siège.

Une grossesse intra-utérine d'évolution incertaine correspond, en échographie endovaginale, à un sac gestationnel < 25 mm (moyenne de 3 mesures orthogonales) sans embryon, ou à un embryon ayant une LCC < 7 mm sans activité cardiaque.

Une grossesse intra-utérine évolutive certaine est une grossesse intra-utérine avec un embryon présentant une activité cardiaque.

Une grossesse « biochimique » est un diagnostic rétrospectif de perte de grossesse précoce pour laquelle le test de grossesse (urinaire ou sanguin) s'était révélé positif puis s'est négativé sans qu'il ait été possible de localiser cette grossesse à l'échographie.

Une grossesse intra-utérine (GIU) est une grossesse implantée dans la cavité utérine (cicatrice de césarienne exclue).

Une grossesse ectopique (souvent appelée « grossesse extra-utérine (GEU) ») est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine : cornuale, cervicale, sur cicatrice de césarienne, tubaire, ovarienne ou abdominale.

Une grossesse de localisation indéterminée (GLI) est une grossesse pour laquelle le dosage des hCG est positif (urinaire ou sanguin), mais pour laquelle l'échographie n'objective pas de grossesse, quel qu'en soit le siège.

Une grossesse intra-utérine d'évolution incertaine correspond, en échographie endovaginale, à un sac gestationnel < 25 mm (moyenne de 3 mesures orthogonales) sans embryon, ou à un embryon ayant une LCC < 7 mm sans activité cardiaque.

Une grossesse intra-utérine évolutive certaine est une grossesse intra-utérine avec un embryon présentant une activité cardiaque.

Une grossesse « biochimique » est un diagnostic rétrospectif de perte de grossesse précoce pour laquelle le test de grossesse (urinaire ou sanguin) s'était révélé positif puis s'est négativé sans qu'il ait été possible de localiser cette grossesse à l'échographie.

PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

A l'arrivée de la patiente :

- Hémodynamique (pression artérielle, pouls, température) et EVA
- Interrogatoire :
 - o Recueil des antécédents notables pouvant influencer la décision du choix de traitement (médical ou chirurgical) : drépanocytose homozygote ; notion de précarité-patiente isolée...
 - o Recueil des traitements habituels de la patiente (antiagrégants/anticoagulants ?)
 - o Notion de malaise à domicile
- Examen clinique avec évaluation de l'abondance des saignements
- Echographie pelvienne endovaginale

BONNES PRATIQUES ECHOGRAPHIE PELVIENNE ENDOVAGINALE

- Mesure du sac gestationnel : moyenne de 3 mesures : calipers sur le BORD INTERNE du sac

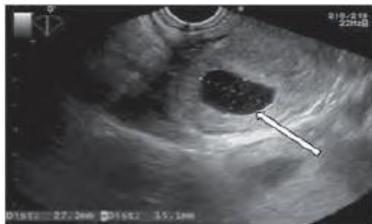
2 dans le plan sagittal

1 dans le plan transversal

- Mesure de la LCC :

1 coupe sagittale

calipers sur les BORDS EXTERNES de la partie craniale et caudale

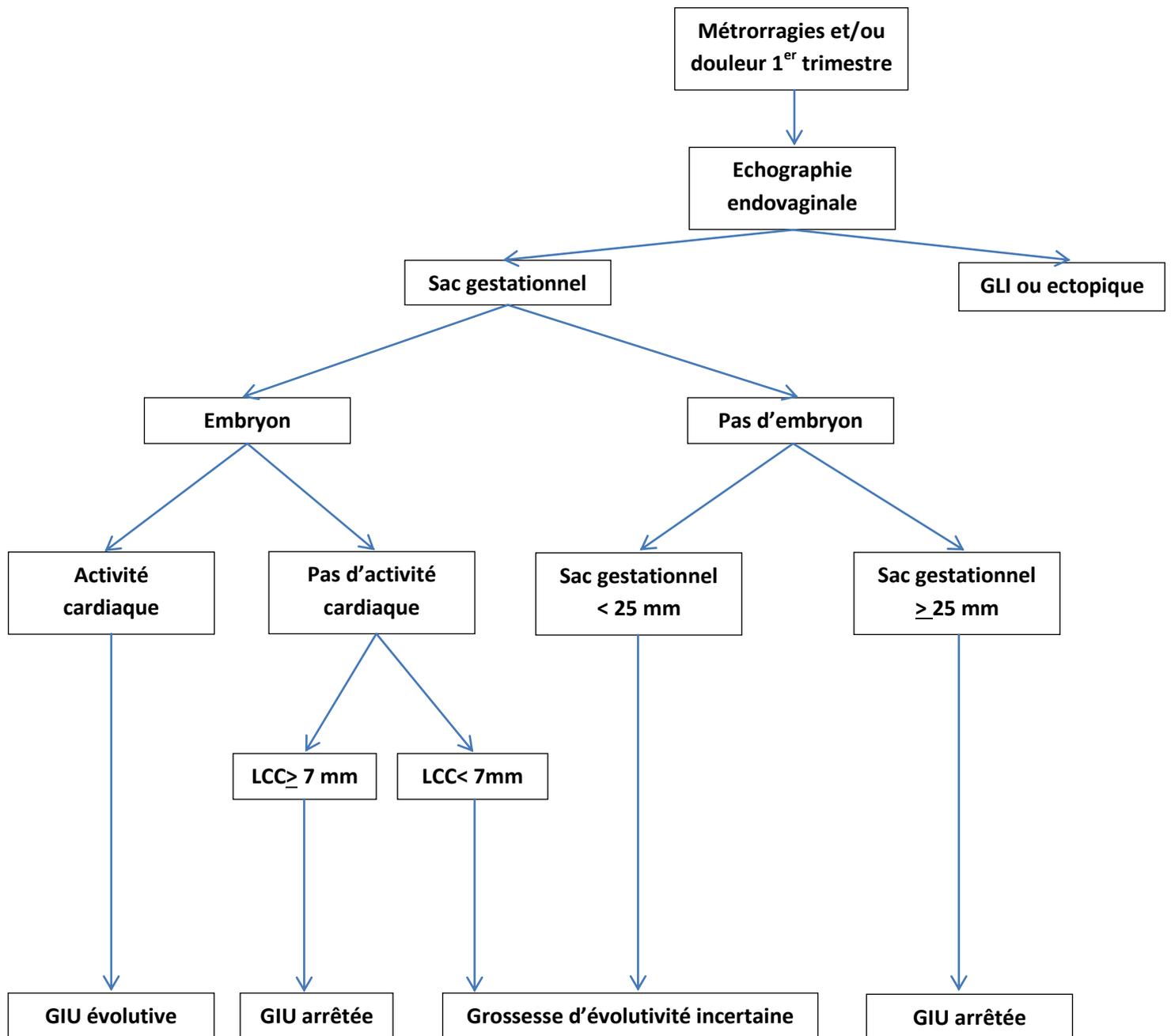


****Aucune donnée n'existe pour définir la place du Doppler dans le diagnostic d'évolutivité d'une grossesse intra utérine***

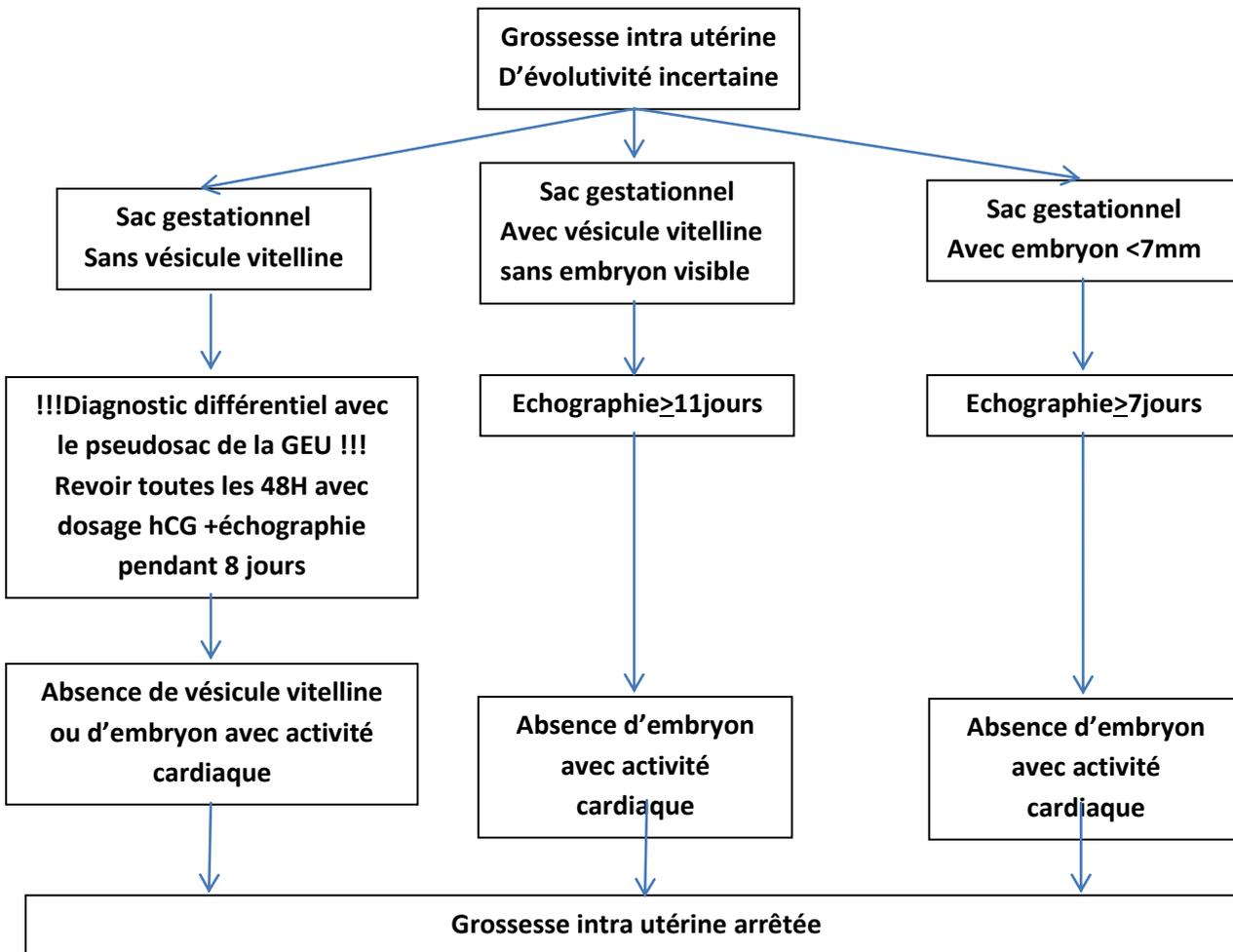
****Aucune donnée n'existe sur l'innocuité du Doppler au premier trimestre***

- Bilan (= NFS, plaquette, TP-TCA, fibrinogène, mise à jour de la carte de groupe, RAI) + voie veineuse si : Fréquence cardiaque >100bpm,
et/ou Saignements nécessitant \geq protection par heure,
et/ou EVA >7.

DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE DES GROSSESSES SYMPTOMATIQUES



**DELAIS NECESSAIRES POUR AFFIRMER UNE GROSSESSE ARRETEE
EN CAS DE GROSSESSE D'EVOLUTIVITE INCERTAINE**



EN CAS DE GLI

Seuil au-delà duquel on peut EXCLURE une GIU EVOLUTIVE hCG = 3510 U/ml

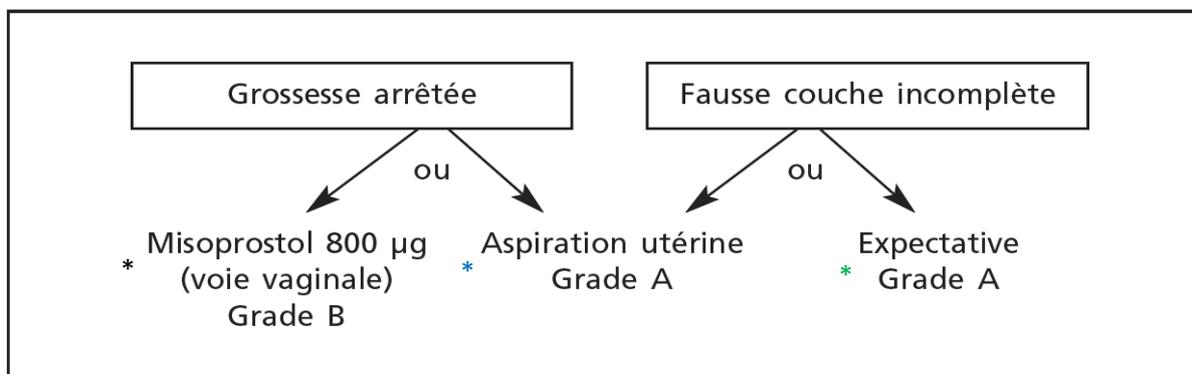
Si hCG < 2000 U/ml et augmentation à 48h < 15% : on peut EXCLURE une GIU EVOLUTIVE

(Pour info, si progestéronémie < 3,2 ng/ml : on peut EXCLURE une GIU EVOLUTIVE)

Une cinétique croissante ou décroissante des hCG n'exclut pas une grossesse ectopique

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES PRECOCES

OBTENTION DE LA VACUITE UTERINE



Grossesse arrêtée : l'expectative n'est pas recommandée car elle augmente :

le risque de chirurgie non programmée

le risque de transfusion

* MISOPROSTOL 800µg = 4cps en dose unique intra vaginale

Puis : contrôle échographique une semaine plus tard : si échec : Aspiration utérine.

OU

* ASPIRATION : à proposer d'emblée si : anémie mal tolérée, traitement anticoagulant, certaines maladies chroniques (avec anémie chronique ou mauvaise tolérance de la douleur), précarité avec isolement, mauvaise compliance ou compréhension du français.

Fausse couche incomplète : le Misoprostol n'est pas recommandé car il n'est pas plus efficace que l'expectative et ne réduit pas le risque de complications hémorragique ou infectieuses.

* EXPECTATIVE = contrôle échographique après les prochaines règles ou à un mois

OU

* ASPIRATION : idem.

NB : Le protocole pour les fausses-couches incomplètes s'applique à l'identique pour les rétentions post-IVG médicamenteuses.

**GIU et métrorragies et/ou douleurs pelviennes
avec ou sans antécédent de fausse couche**

Il n'est PAS RECOMMANDE :

- NI DE SUPPLEMENTATION VITAMINIQUE
- NI DE TRAITEMENT PAR PROGESTERONE
- NI DE TRAITEMENT PAR Hcg
- NI REPOS ALLONGE

EN CAS DE PERTE DE GROSSESSE

PAS DE DONNEE

- POUR PRECONISER UNE ANALYSE HISTOLOGIQUE DU PRODUIT DE FAUSSE COUCHE
- POUR PRECONISER UNE ANALYSE CARYOTYPIQUE
- PAS DE BILAN AVANT 3 FCP SAUF SI PATHOLOGIE MATERNELLE SOUS JACENTE

**SI SOUHAIT DE NOUVELLE GROSSESSE, IL EST RECOMMANDE :
DE NE PAS DIFFERER LA SURVENUE DE CETTE NOUVELLE GROSSESSE**

FERTILITE ULTERIEURE ET SYNECHIE

- Fertilité ultérieure est identique quel que soit le traitement après une fausse couche précoce
- Découverte synéchie dans les 12 mois suivants un traitement chirurgicale :

Fréquente : 20%

Risque augmenté au-delà de 2 fausses couches traitées chirurgicalement

PLACE DE L'HYSTEROSCOPIE APRES UNE FAUSSE COUCHE PRECOCE

-En présence de signes cliniques : Aménorrhée, hypoménorrhée

-Si suspicion d'une rétention trophoblastique prolongée (: à partir d'un 1 mois post traitement initial).

La résection de résidu trophoblastique à l'anse (sans électricité...) est plus efficace que le curetage à l'aveugle et pourvoyeur de moins de synéchie.