

Avortements spontanés et provoqués



Dr;Chouali leila

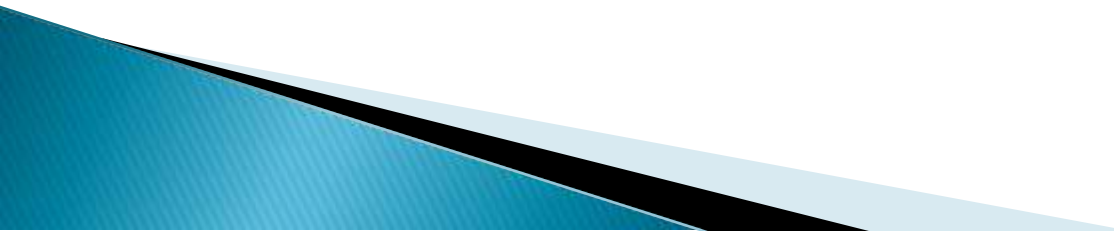
*Maitre Assistante Hospitalo-Universitaire
Gynecologie Obstetrique*



Définitions

- ▶ *Interruption spontanée de la grossesse avant la période de viabilité légale (22 SA) ou médicale (500g)*
- ▶ *OMS : expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire pesant moins de 500 grammes et/ou de moins de 22 semaine de gestation (ou 24 semaines d'aménorrhée)*

Sont exclues de cette définition:

- *les grossesses « biochimiques » (β hCG positif sans œuf intra-utérin)*
 - *les grossesses molaire*
 - *les grossesses ectopiques*
- 

Épidémiologie

- ▶ *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*
- ▶ • *Le risque d'avortement spontané augmente avec le nombre*
- ▶ *15 grossesses sur 100 s'interrompent ainsi, parmi lesquels :*
 - *14 sont des avortements spontanés précoces ;*
 - *1 est un avortement spontané tardif.*

Classification clinique

- ▶ *En pratique on distingue:*
- ▶ *Avortement spontané précoce: période embryonnaire (avant 12 SA)*
- ▶ *Avortement spontané tardif: période fœtale précoce (12 -22 SA)*
- ▶ *Avortements spontanés à répétition: trois avortements ou plus*

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

ABRTT 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

Avortement infraclinique

Avant l'implantation du blastocyste

Après l'implantation : ce type d'avortement appelé aussi (nidation précocement abortive) ; tout avortement spontané au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire ce qui correspond aux 8e au 17e jours post-conceptionnels

le dosage biologique prémenstruels de bêta HCG

l'examen anatomopathologie de l'endomètre à la suite d'une biopsie de l'endomètre ou sur le pièce opératoire d'une hystérectomie.

Avortement précoce

Ce sont les avortement spontanés cliniquement décelables au cours des 12 premières semaines d'aménorrhée.

Avortement spontané tardif

C'est l'expulsion spontanés, d'un fœtus vivant avant l'entrée en travail

Sont les avortements survenant entre 13^e (ou 12^e) et moins de 22^e semaines d'aménorrhée; le fœtus pèse dans cette période de la grossesse entre 10 grammes et moins de 500 grammes

Avortements spontanés à répétition

- ▶ *Appelés aussi : Maladie abortive*

trois avortements spontanés successifs survenant au premier trimestre de la grossesse correctement documentés (dépistage plasmatique ou urinaire de bêta-HCG ; échographie ; examen anatomopathologique...) ; et sans grossesse intercalaire menée à terme. chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

Particularités de chaque ABRT

1/ ABRT spontané : problème d'étiologie, quand il est répété.

2/ ABRT provoqué : problème de complications.

3/ ABRT médical : problème d'indication +/- technique

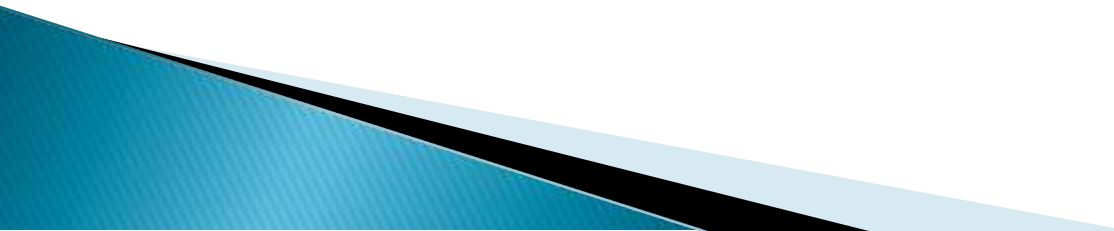
Diagnostic positif

- ▶ *1. Menace d'ABRT (circonstances de découverte)*
 - *Femme qui se dit enceinte (Aménorrhée + signes sympathiques de grossesse)*
 - *Métrorragies*
 - *Douleurs pelviennes à type de CU.*

Menace d'avortement

- ▶ *La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un décollement partiel du sac gestationnel ; ce décollement est à l'origine :*
 - *des métrorragies souvent de faible abondance ;*
 - *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 un facteur déclenchant de la contractilité utérine.*

L'interrogatoire

- *Age*
 - *ATCD Médx Gyn et Chgx Obstét*
 - *L'AG : DDR, CMT (courbe ménothermique), Echo précoce, hCG, MAF*
 - *Des signes sympathiques de grossesse*
 - *Episode infectieux récent : Urinaire, génital,...*
- 

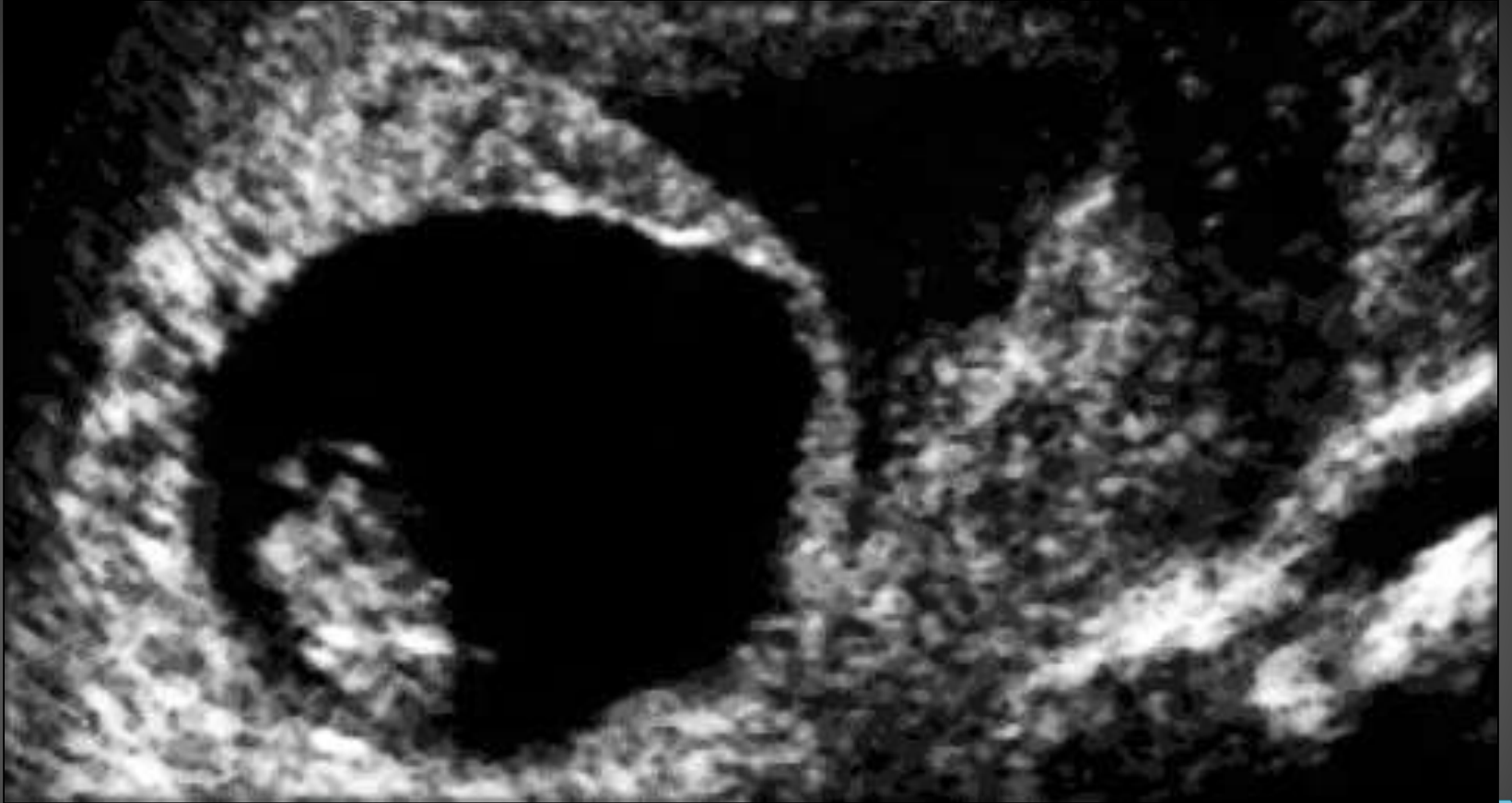
Examen

- ▶ - *Retentissement du saignement sur l'EG : conj, pouls, TA T°*
- ▶ - *Abdomen : souple, indolore*
- ▶ - *Spéculum : saignement venant de l'endocol, (couleur, quantité)*
- ▶ - *TV. : État du col : court ou long, fermé ou perméable*
- ▶ . *HU par rapport à l'AG*
- ▶ . *Annexes libres*

Les examens complémentaires :

- ▶ *Echographie : +++*
- ▶ *- Objective la GIU et précise son évolutivité et sa normalité.*
- ▶ *4 situations :*
- ▶ **GIU évolutive normale*
- ▶ **GIU évolutive avec décollement marginal*
- ▶ **GIU arrêtée, œuf clair*
- ▶ **Grossesse molaire*





Decollement

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*

Avortement inévitable

- ▶ *Le processus d'avortement est réellement déclenché, la grossesse sera expulsée tôt ou tard ; aucun retour en arrière est possible car la contractilité utérine est intense et ne s'arrête qu'à l'expulsion du produit de la grossesse en dehors de la cavité utérine.*

La patiente se plaint de :

- *Douleurs pelviennes intermittentes de type de contractions utérines
Métrorragie souvent importante avec de caillots rouges, provenant à l'examen, du canal endocervical ;
écoulement du liquide amniotique peut être vu au niveau du dôme vaginal ou s'écoulant du col (dans les grossesses avancées) ;
l'orifice interne du col utérin est dilaté (permettant le passage du doigt)*

- ▶ *Évolution : L'évolution vers un avortement incomplet ou complet surviendra en quelques heures ou quelques jours. Avant la huitième semaine d'aménorrhée, souvent l'expulsion est complète mais du tissu placentaire sera vraisemblablement en rétention dans les grossesses de 8 à 14 semaines.*

Avortement incomplet

- ▶ *La patiente se plaint de :*
 - *Douleurs de type de contractions utérines : Métrorragie qui peuvent être abondantes avec des signes évoquant une spoliation sanguine importante : malaises orthostatiques et des syncopes, modifications posturales du pouls et de la pression artérielle.*
 - *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 montre des signes en faveur d'une 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 (par curette et pince à faux germes ou par aspiration*



Placenta >>
en voie d'expulsion

The image is a grayscale ultrasound scan showing the internal structures of the female reproductive system. The uterus is the large, textured mass in the center. The placenta is visible as a distinct, darker area on the left side, appearing to be in the process of being expelled. The vagina and uterus contain retained blood, which is visible as a darker, more homogeneous area on the right side. The overall texture is grainy, typical of medical ultrasound.

< Utérus - myomère

< Sang retenu
dans le vagin
et l'utérus



Avortement complet

- ▶ *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, et l'échographie montre une cavité utérine vide de tout produit de la grossesse.*

Rétention d'une grossesse arrêtée

- ▶ C'est une rétention des produits de la conception bien après la mort reconnue de l'embryon ou du fœtus, avec une période d'une durée de deux mois

se manifeste par :

- L'aménorrhée persistant ; Ou des métrorragies minimales (en forme de la mare du café) ou des pertes brunâtres ;
- Régression des signes de grossesse (les nausées, les vomissements, les modifications des seins...);
- ▶ L'examen montre :
 - La croissance de l'utérus gravidique est inférieure à celle que l'on attend, les bruits du cœur fœtal disparaissent..
 - L'échographie confirme l'arrêt de l'évolution de la grossesse et détermine l'âge gestationnel au moment de la survenue de cette arrêt.
- ▶ Si la rétention des produits de la grossesse se prolonge 4 semaines ou plus, on doit prendre en considération la possibilité de la survenue de troubles de l'hémostase majeurs avec des saignements abondants. Selon l'âge de la grossesse, l'évacuation des produits de la grossesse peut être soit par curetage-aspiration, soit par déclenchement médicamenteux (pour les termes de grossesse dépassant 12 à 14 semaines d'aménorrhée).

Avortement septique

- ▶ *Avortement associé à un syndrome infectieux local (chorio-amnionite - endométrite) mais l'infection généralisée associée est possible (septicémie, choc septique, coagulation inter-vasculaire disséminée "CIVD" et insuffisance rénale).*

L'avortement septique est souvent observé après :

- *une rupture des membranes prolongée et négligée ;
une grossesse intra-utérine avec un stérilet en place ;*
 - *une tentatives illégales d'interruption de grossesse.*
-
- ▶ *Cliniquement :*
 - *fièvre au moins 38°C ;
sensibilité abdominale, avec ou sans défense ou contracture ;
un écoulement purulent à travers l'orifice cervicale et une sensibilité utérine et annexielle ;*
 -

Diagnostic différentiel

Se pose avec les hémorragies du 1er Trimestre :

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

Traumatique

Néoplasique (Kc du col)

Polype cervical

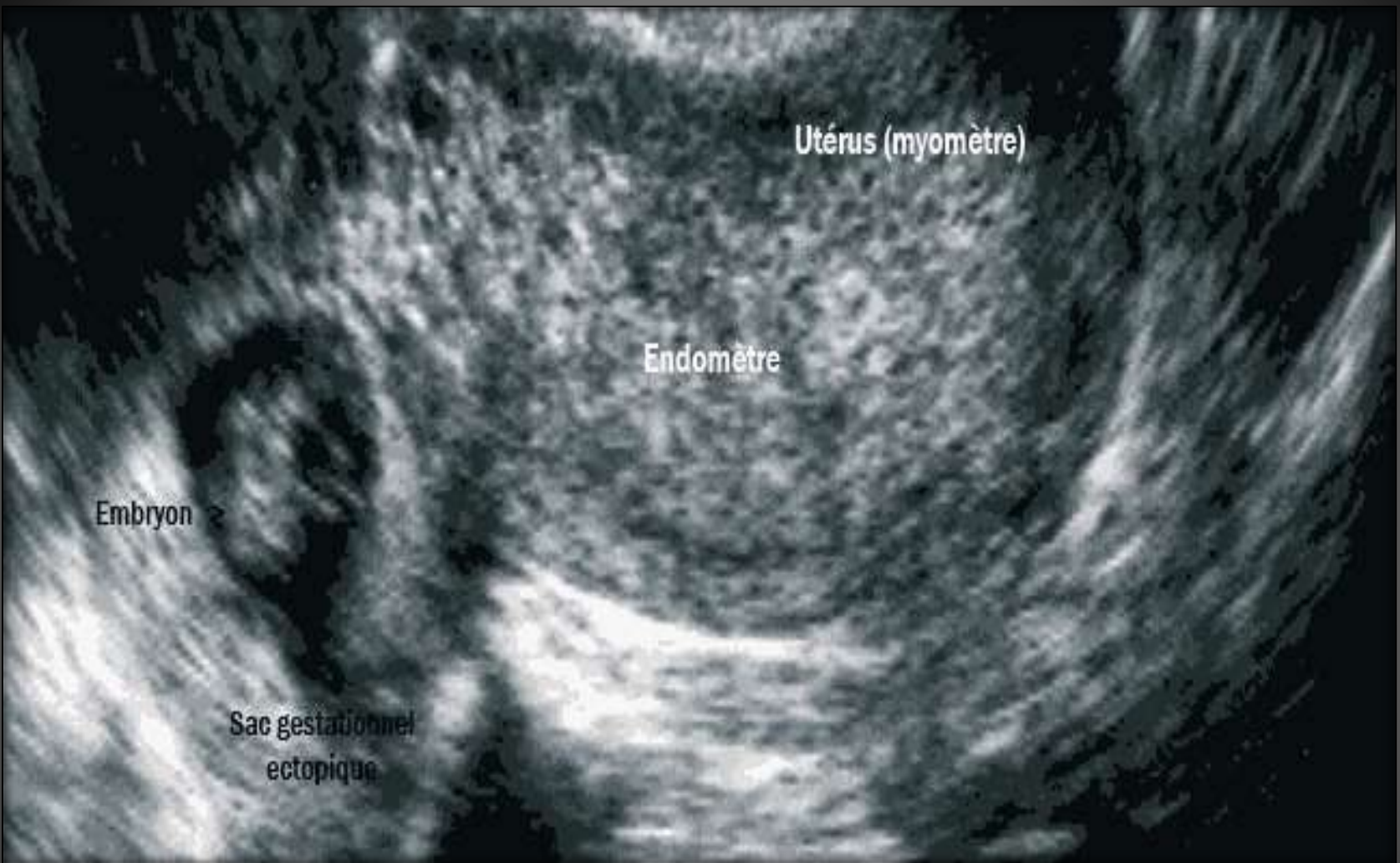
Examen au sp : élimine cette éventualité

▶ *2. GEU (grossesse extra utérine)*

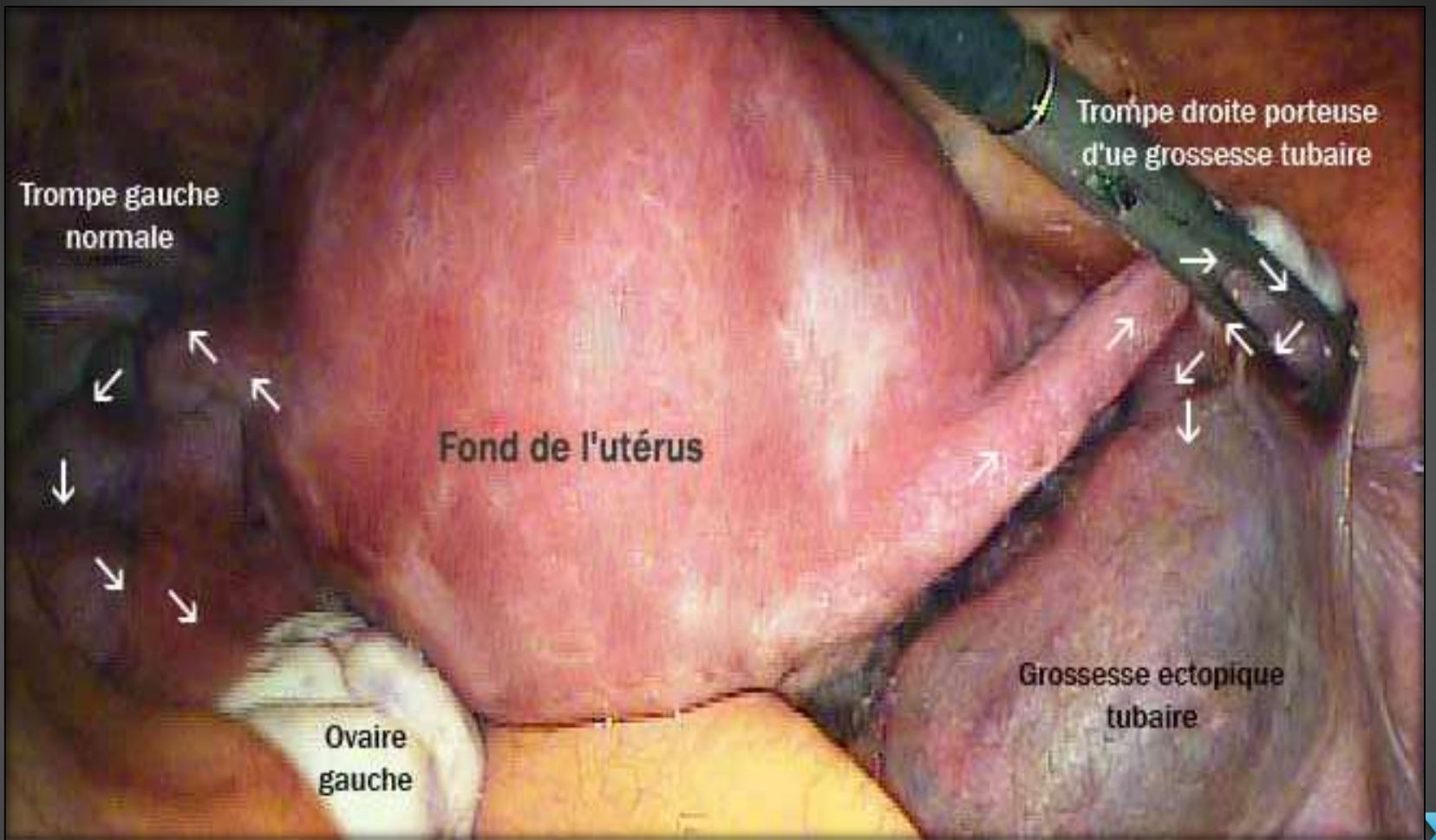
. Examens clinique : UTN, MLU

Echo + BhCG

Voire cœlioscopie en cas de doute



GEU



▶ *La môle hydatiforme (grossesse molaire)*

Les métrorragies sont fréquentes ;

Une exagérations des vomissements ;

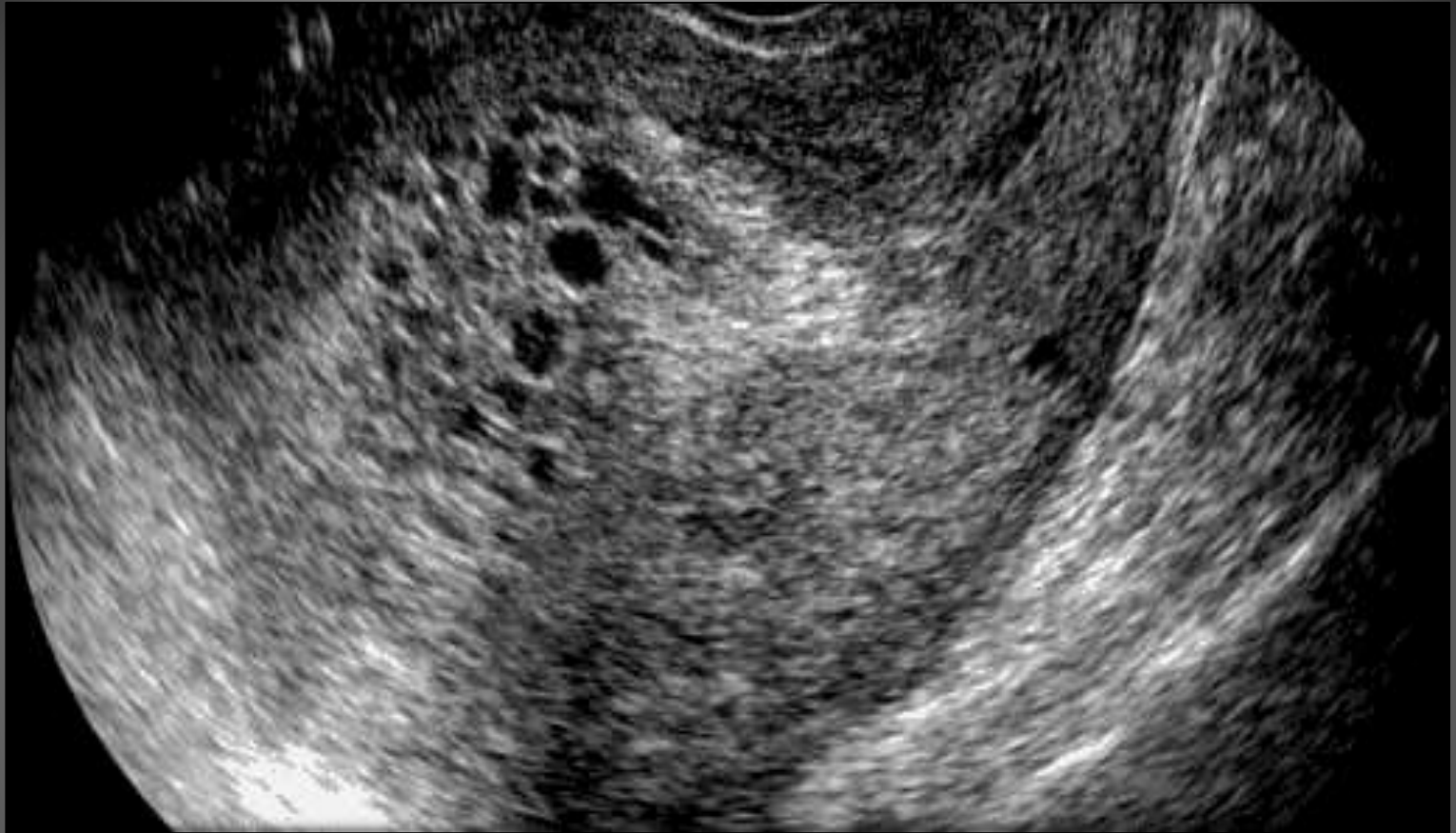
Le volume de l'utérus est exagéré pour l'âge estimé de la grossesse (dans la moitié des cas).

Une toxémie ou une hyperthyroïdie peuvent être présentes ;

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

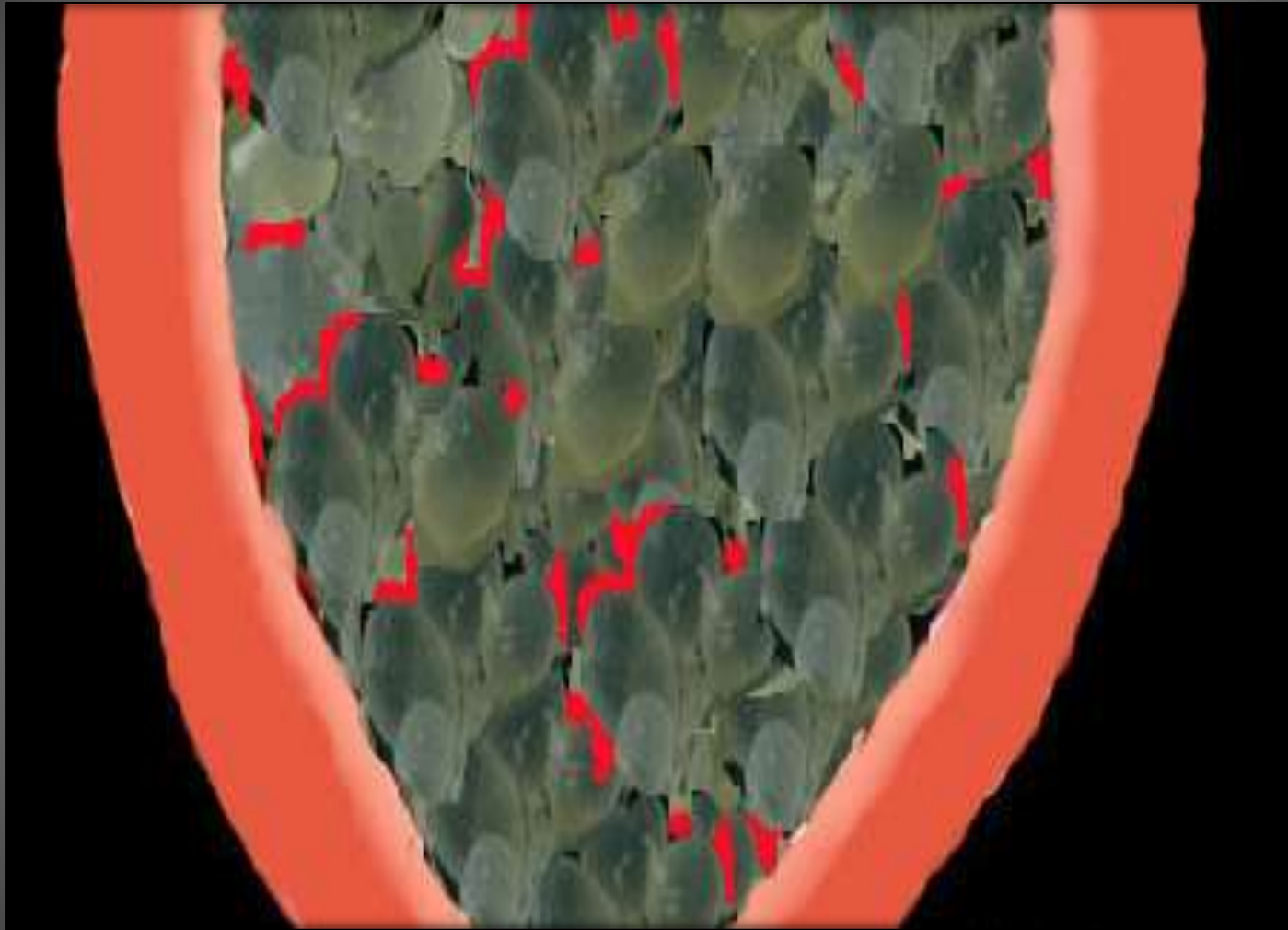
L'échographie confirme le diagnostic : *Utérus anormalement gros pour l'âge de la grossesse et contenant des images floues, diffuses, floconneuses donnant l'aspect en tempête de neige*

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

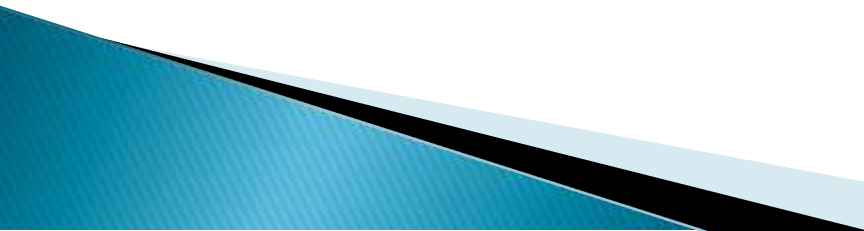


mole





Enquête étiologique

- ▶ *. ATCDF : maladies héréditaires, ATCD thromboemboliques*
 - ▶ *. ATCD méd. : endocriniens, infectieux, irradiation.*
 - ▶ *. ATCD chirurgicaux : chirurgie abdomino pelvienne*
 - ▶ *. ATCD obstétricaux : gestité, parité, gsses ant (déroulement, terme, manœuvres, AVS antérieur et traitement reçus)*
 - ▶ *. ATCD gynéco : cycle, vie génitale*
- 

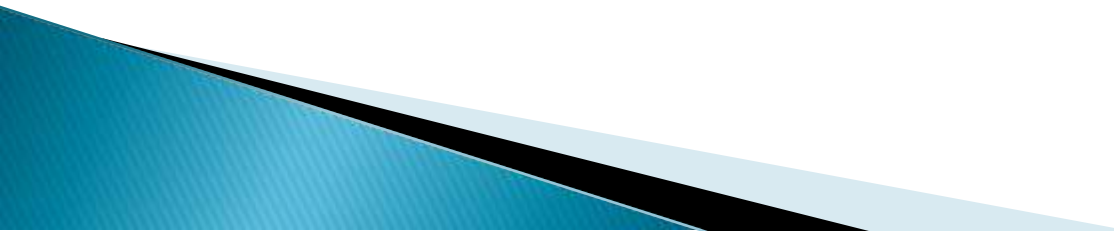
Étiologies



Les anomalies chromosomiques

- ▶ *responsables d'avortement spontané sont issues d'un accident de la réduction chromosomique.*
- ▶ *trisomie (21 ou autre) : trois exemplaires de chromosomes au lieu de deux, ce qui aboutit à un chromosome surnuméraire ;*
- ▶ *diandrie : fécondation d'un ovocyte par deux spermatozoïdes (œuf à 69 chromosomes) ;*
- ▶ *tétraploïdie : mauvaise réduction de tous les chromosomes (œuf à 92 chromosomes).*
- ▶ *À noter : ces problèmes de réduction chromosomique ont très peu de risques de se reproduire à nouveau.*

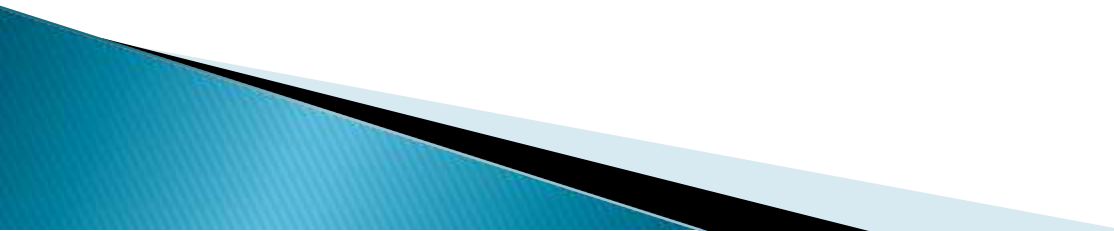
Causes ovulaires

- ▶ *Anomalies chromosomiques :*
70% des FCS < 6SA
 - ▶ *Anomalies de nombres: Trisomies Triploïdies*
Monosomies Translocation
 - ▶ *Anomalies de la méiose: Trisomie , monosomie*
 - ▶ *Anomalies de la fécondation: Triploïdie*
- 

Causes ovulaires non Chromosomiques

- ▶ *Grossesses multiples*
- ▶ *Anomlie insertion placenta*
 - ▶ *Aplasia funiculaire*
- ▶ *Artère ombilicale unique*
 - ▶ *Hydramnios*
 - ▶ *Malformation*

Avortement dans un contexte infectieux

- ▶ *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*
- 

Les causes infectieuses

- ▶ *Contamination*

voie ascendante

Voie hématogène

- ▶ *Germes banaux*

- ▶ *Virus: Rubéole , herpes , grippe , CMV*

- ▶ *Parasites: Toxo , paludisme , Rickettsios*

Infections bactériennes

▶ *Par voie ascendante:*

Streptococque B

galacticae + fréquent

Escherichia coli

▶ *Par voie sanguine:*

Listeria monocytogène

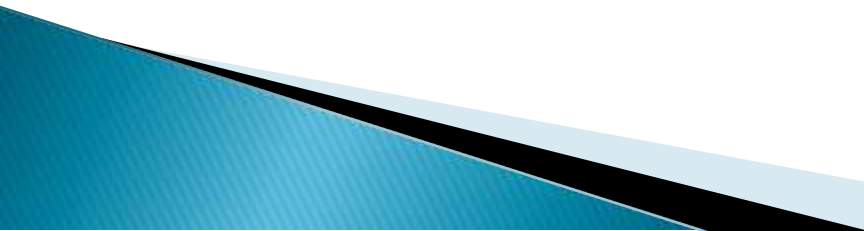
Tréponème pallidum

Infections virales

- ▶ *Herpès: source hématogène
infection ascendante du col infecté sécrétions
cervicales procédures invasives*
- ▶ *Cytomégalovirus (CMV) 2.5% mères porteuses du
virus
infection primaire-atteinte de tous les canaux
excréteurs de l'organisme et le système nerveux
central*

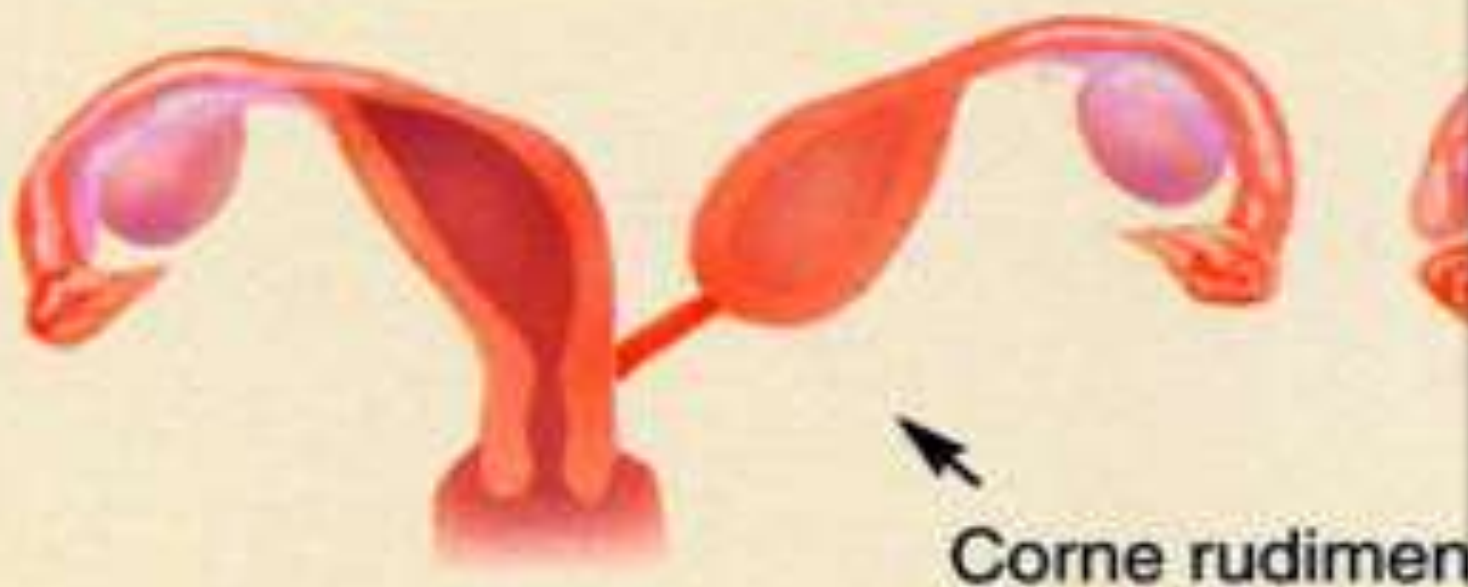
- ▶ *Parvovirus B19 avortement anasarque foetal
oédème des villosités*
- ▶ *HIV moins de transmission que les autres virus
présentation variée peu de réaction inflammatoire
encéphalite à HIV du nouveau né*

Infections parasitaires

- ▶ *Toxoplasmose*
 - ▶ *Infection par les ovocytes: chat, sable, terre, végétaux, eau contaminée*
 - ▶ *Passe la barrière placentaire*
- 

Causes utérines

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



Unicorne avec utérus
controlatéral rudimentaire



Causes utéro-cervicales

- ▶ *Incompétence cervico-isthmique*
- ▶ • *Acquis e: accouchements, dilatations cervicales, conisation*
- ▶ • *Congénitale: associée à des malformations, exposition au DES*
- ▶ • *Malformations utérines*
- ▶ • *Myomes et autres anomalies intracavitaires (synéchies)*
- ▶ • *Exposition in utero au DES*

Les anomalies utérines

- ▶ *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.*

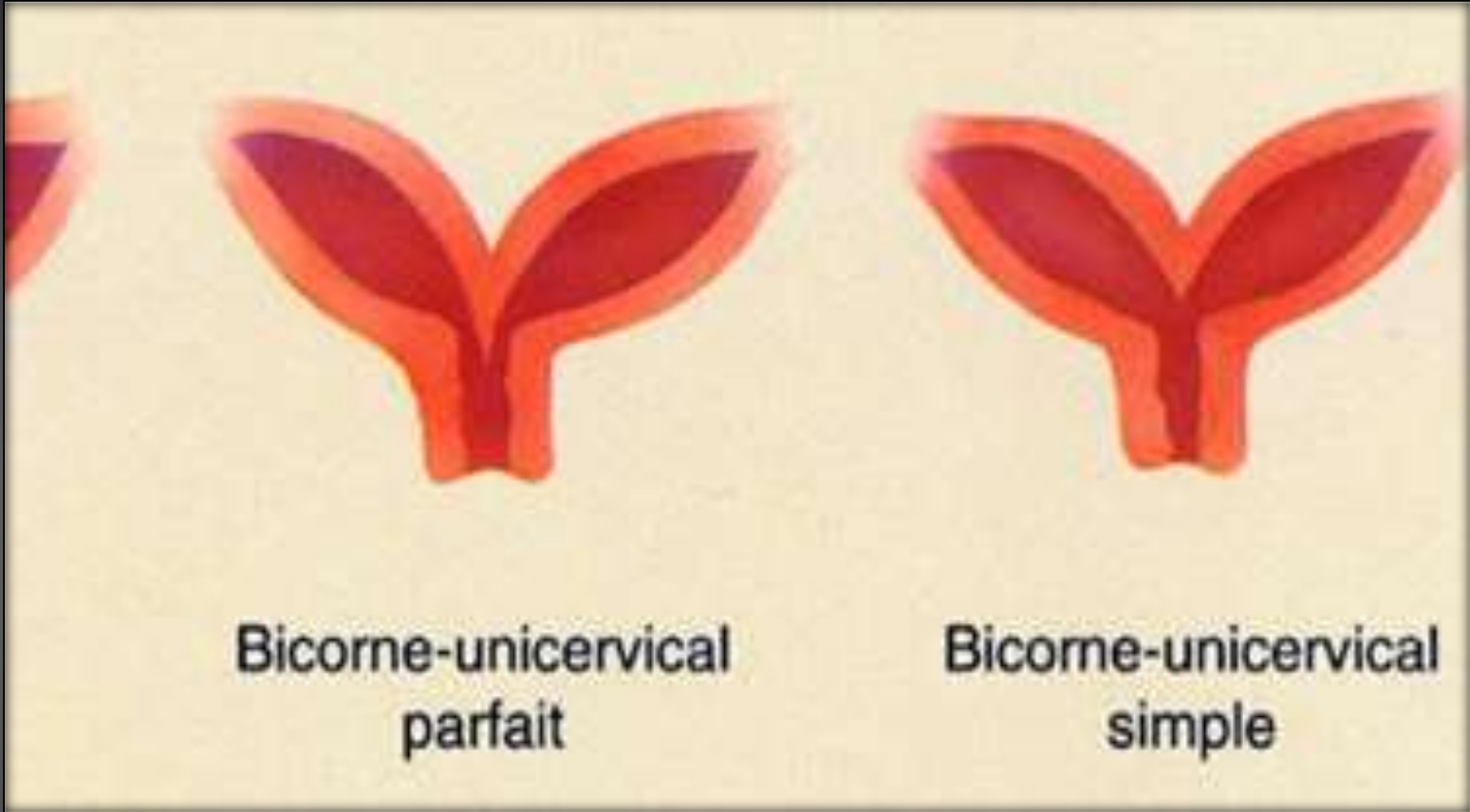
- ▶ *Les malformations utérines corporéales*

- les utérus cloisonnés*

- les utérus bicornes*

- les 'hypoplasie utérine*

- ▶ *-seraient responsables d'avortements à répétition plus ou moins tardifs ou d'accouchements prématurés*





Cloisonné subtotal



Cloisonné corporel



Les causes hormonales

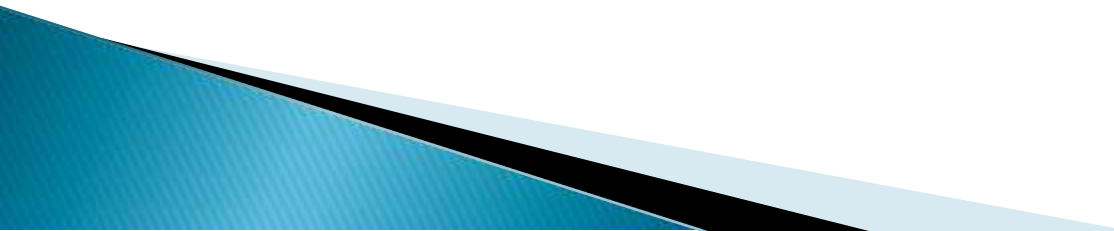
- ▶ *L'insuffisance fonctionnelle du corps jaune*

(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.

- ▶ *L'Hypothyroïdie*

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

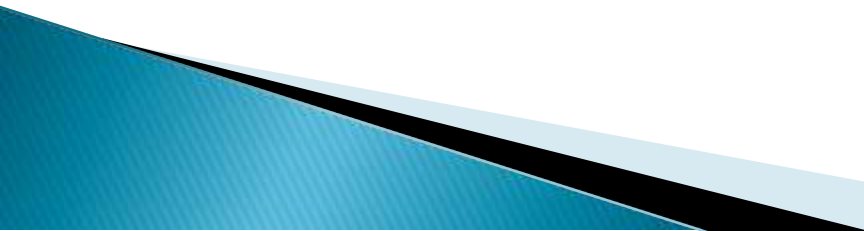
Causes immunologiques

- ▶ *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 anticardiolipidiques*
 - Ac antinucléaires*
 - anticoagulants circulants*
- ▶ *Causes allo--immunes :Ac Anti Lymphocytes paternels*

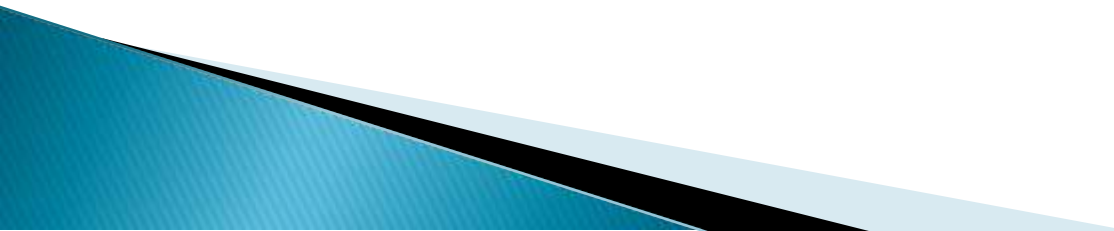
Les malformations graves du fœtus

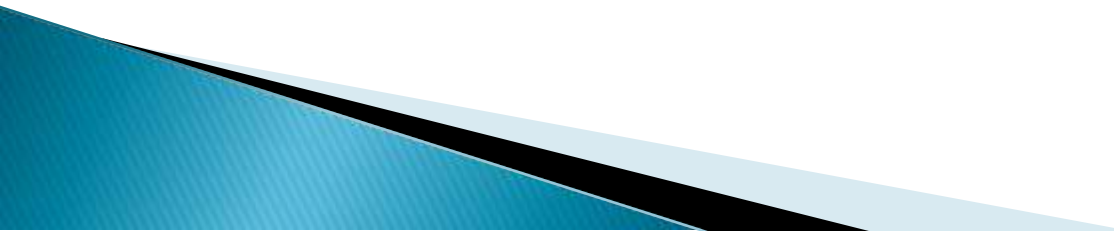
- ▶ *malformations cardiaques ;*
- ▶ *malformations digestives ;*
- ▶ *problèmes du système nerveux ;*
- ▶ *parfois plusieurs malformations réunies.*
- ▶ *Ces malformations provoquent des avortements tardifs et des morts in utero.*

Maladies maternelles

- ▶ *Maladies qui changent rapidement l'homéostasie (choc hypovolémique, fièvre*
 - ▶ *Maladies qui augmentent l'irritabilité du myomètre hémorragie rétro-placentaire, chorioamnionite*
 - ▶ *Hypertension chronique ou gestationnelle*
 - ▶ *Implantation placentaire anormale ou insuffisante*
 - ▶ *Insuffisance hormonale (diabète, hypothyroïdie*
- 

Les avortements de cause générale

- ▶ *HTA*
 - ▶ *Le diabète*
 - ▶ *maladies de système LED*
 - ▶ *syndrome des anticorps anti-phospholipides le SAPL*
 - ▶ *intoxications alcool tabagiques*
- 

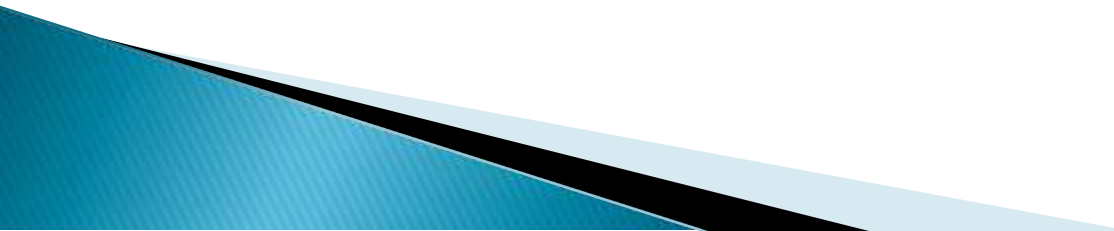
- ▶ *Médication maternelle*
 - ▶ *Effet tératogène de certains médicaments*
 - ▶ *Toxines environnementales*
 - ▶ *Alcool*
 - ▶ *Rôle de la cigarette*
- 

Alimentation maternelle

- ▶ *Une malnutrition selon sa durée, le type et sa sévérité peut affecter selon le stade du développement: la croissance de l'embryon ou du fœtus le développement des organes La croissance cellulaire, la différenciation de la plupart des tissus, incluant le système nerveux central*
- ▶ *influencés par un apport maternel alimentaire*
- ▶ *insuffisant en quantité ou qualité*

- ▶ *Déficiencia en zinc disminue l'actividad antimicrobiana del líquido amniótico y puede jugar un rol en la corioamnionitis*
- ▶ *Déficiencia en ácido fólico aumenta el riesgo de defectos de cierre del tubo neural o el riesgo de fisuras labiales palatales*

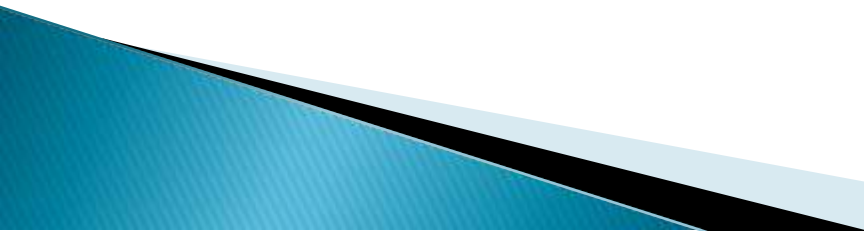
Autres facteurs

- ▶ *Appareils contraceptifs (IUD)*
 - ▶ *Contraception orale insuffisante*
 - ▶ *Age maternel : très jeunes OU plus âgées*
- 

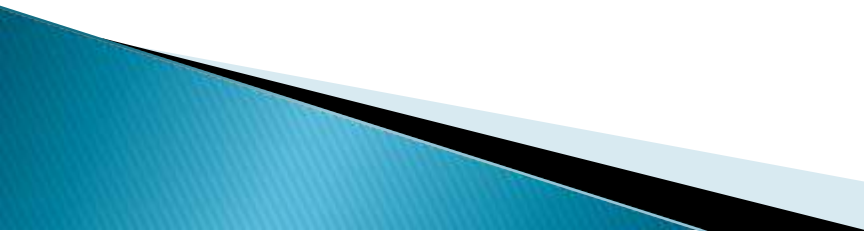
Complications :

- ▶ *1. Hémorragie grave : Pouvant entraîner un état de choc*
- ▶ *2. Infection : Fièvre - Leucorrhées purulente - Endométrite, pelvipéritonite, abcès, septicémie. Pronostic vital, pronostic fonctionnel*
- ▶ *3. Coagulopathie de consommation : Rétention prolongée d'un œuf mort, ou Une hémorragie importante avec transfusion massive*

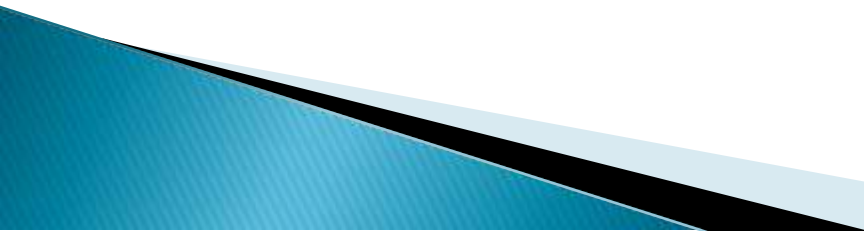
Complications

- ▶ - *Pelvipéritonites, abcès tubo – ovarien*
 - ▶ - *Péritonite généralisée*
 - ▶ - *Complications thromboemboliques*
 - ▶ - *Septicémie : à perfringens, BGN, Tétanos*
 - ▶ - *Accidents neurologiques en fonction des produits ingérés*
- 

Complications

- ▶ *Hémorragiques*
 - ▶ *Lorsque l'œuf reste bloqué dans le canal cervical*
 - ▶ • *Infectieuses*
 - ▶ *Endométrite sur rétention intra-utérine*
 - ▶ • *Iatrogènes*
 - ▶ *Perforation utérine lors d'un curetage*
 - ▶ *Syndrome d'Asherman: synéchies provoquées par le curetage*
 - ▶ • *Psychologiques*
- 

Séquelles

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

Prise en charge médicale

- ▶ *Concernant le produit de conception:*
- ▶ • *Attente de l'expulsion spontanée*
- ▶ • *Expulsion provoquée par misoprostol (Cytotec^o)*
- ▶ • *Curetage utérin évacuateur*
- ▶ • *Anatomopathologie du produit de conception (généralement pas de cause retrouvée)*
- ▶ • *Ne pas oublier l'injection d'Ig anti-D !!!*
- ▶ • *Bilan étiologique*
- ▶ • *Pas de bilan d'emblée sauf cas particulier*
- ▶ • *Rassurer sans banaliser*
- ▶ • *Prise en charge psychologique*

Moyens :

- ▶ *a. Repos en position allongée*
- ▶ *b. Traitement médicamenteux :*

Les B mimétiques (salbutamol)*

- ▶ *- Bloquent les C.U en se liant aux récepteurs B utérins*
- ▶ *- CI : cardiopathie, thyrotoxicose, +/- diabète*
- ▶ *- Effets : palpitations, Tachycardie, H+Glycémie, Angoisse*

. Progestérone naturelle (Utrogestan) : effet sédatif sur le myomètre et tonique sur le sphincter interne col*

ATB : si infection

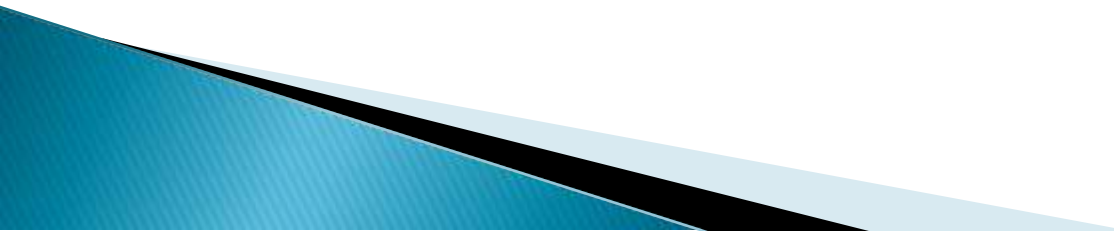
Sérum anti D si F Rh+ mari RH+

Antispasmodiques musculotropes

AINS, antiPg (Indométacine)

Autres trts : Fer, Folates, Vit,...*

. Evacuation utérine :

- *Curage digital*
 - *Aspiration à la canule*
 - *Curetage à la curette*
- 

*Examen du produit d'expulsion +/- anapath +/-
examen bactériolo*

- Femme Rh-, mari Rh+ Anti D

Les indications :

- ▶ *Menace d'Avortement ou décollement marginal du placenta / grossesse normale ;*
 - *Repos, myorelaxants*
 - *Progesterone naturelle si grossesse jeune avec insuffisance lutéale*
 - *Tocolytiques > 18SA*

- ▶ *Avortement fébrile :*
 - *Traiter l'infection*
 - *Différer l'évacuation après imprégnation ATB sauf si hémorragie imp.*
!

Avortement en cours :

- *Avortement complet + hémostase ; Abstention*
- *Avortement incomplet : * Col ouvert ; évacuation*
- * Col fermé ; dilatation col puis évacuation*

Conduite à tenir

▶ *Grossesse arrêtée ; expectative*

Methergin 10 Gttes X3/J

Misoprostol (Cytotec®) cp intra vaginal

Aspiration si saignement abondant ,douleurs

Techniques

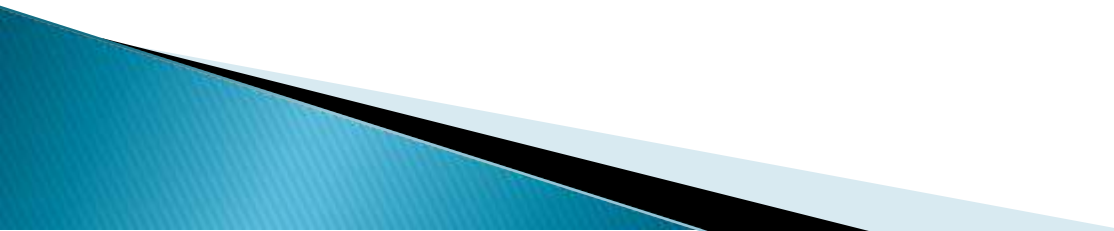
Moyens Médicaux :

▶ *Prostaglandines. PGE2. , PGF2 ., PGA.*

** Maturation cervicale*

** +/- Déclenchement du travail*

** CI : Asthme, Glaucome, Cardiopathie thyrotoxicose, Allergie*

- ▶ ***RU 486 : * Action sur col + myomètre***
 - * CI : Ice surrénalienne, Corticothérapie au long court, Allergie***
 - ▶ ***Ocytocine : après maturation cervicale***
- 

.Indications : fonction de l'AG

< 12 SA : curetage + simple, - traumatisante

- Sous AG

- Asepsie chirurgicale ++ Dilatation ; Evacuation

- Vérification de la vacuité utérine et de l'hémostase

> 12 SA : VB ou VH

▶ *Dilatation – Evacuation*

+/- perfusion ocytocine

- Soit PG (gel ou CP)

- Injection intra amniotique

▶ *- Mini césarienne > 17/18 SA ou Si CI ou échec des autres*

Chirurgicaux

Curetage à la curette

Dilatation cervicale Laminaires PG ou RU

Hystérotomie

Prévention de l'Iso imm. Rh / Anti D

C/ Blocage de la montée laiteuse : si Avortement tardif

D/ Contraception +++

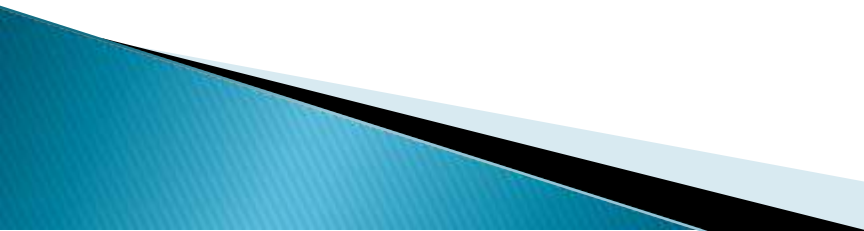
- C.O : si curetage pilule à 50 d'EE

- DIU : si pas de CI

- Stérilisation tubaire après délai de réflexion

Prévention

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

- ▶ *Bilan si plus de 3 FCS consécutives*
 - ▶ *Infection cervico vaginale et traitement*
 - ▶ *Anomalie endocrinienne : Glycémie , FSH,LH, Prolactine, TSH*
 - ▶ *Anomalie utérine : Écho , HSG, Hystéroskopie*
 - ▶ *Génétique : consultation , Caryotype des deux parents*
- 

Prévention : en cas de maladie abortive

- ▶ - *Enquête étiologique orientée*
- ▶ - *Traiter la cause si possible*
- ▶ - *Conseil génétique si anomalie génétique (translocation)*
- ▶ . *Chirurgie : myome, cloison, synéchie, ...*
- ▶ . *Cerclage ~13 SA : BCI*
- ▶ . *Corticoïdes : maladie auto-immune*
- ▶ . *Traitement anti infectieux*
- ▶ . *Equilibre des troubles métaboliques*
- ▶ . *Progesterone si insuffisance lutéale*
- ▶ . *Immuno-modulateurs : cause immunologique*

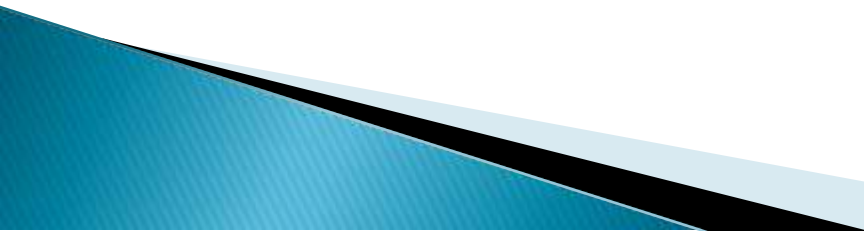
Prévention des avortements tardifs

- ▶ *Prévention primaire = prévention d'amont*
- *Grossesses multiples issues de l'AMP*
- *IVG médicamenteuses, pas de curetage systématique après FCS*
- *Diminuer le nombre d'amniocentèses*
- *Dépistage de la vaginose bactérienne ?*
- ▶ • *Prévention secondaire = au cours de la grossesse*
- *Cerclage prophylactique*
- *Cerclage à chaud*
- *Tocolyse*
- *Antibiothérapie*

L'AVORTEMENT PROVOQUE

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

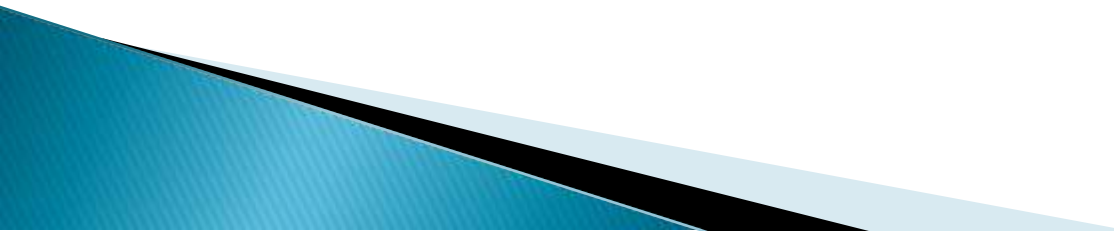
ABRT PROVOQUE CLANDESTIN :

- ▶ *- Injection IU d'eau chaude, eau savonneuse, ou de sondes vésicales*
 - ▶ *- Mdts toxiques*
 - ▶ *- Introduction de matériel traumatique, cp de permanganate de K⁺.*
- 

On peut le diviser en deux groupes :

Avortement thérapeutique pratiqué dans le but de soustraire la mère aux dangers que la grossesse peut lui faire encourir; aucune limite de date n'est exigée

Avortement provoqué non thérapeutique, destiné à supprimer l'embryon ou le fœtus sain porté par une femme saine Avortement Illégal ou criminel

- ▶ *L'avortement provoqué est caractérisé par les signes suivants:*
 - *L'hémorragie de sang rouge, sans caillots parfois très abondante avec état de choc.*
 - *La rétention des débris placentaires*
 - *Les signes infectieux*
- 

Clinique :

Tableau d'infection sévère :

Fièvre : 39 – 40°

frissons

Teint terreux

Speculum.;Métrorragies +/- abondantes fétides

leucorrhées purulentes

Erosions ou lésions traumatiques du col, vagin

*TV.;Uterus mou, douloureux à la mobilisation, mal
involué avec Masse Latero Uterine ou rétro utérine
douloureuse*

Tableau d'infection :

- ▶ - *Délai +/- long après l'épisode abortif T°*
- ▶ - *Métrorragies minimales ou pertes malodorantes*
- ▶ - *Col perméables et utérus mal involué douloureux*
- ▶ *Echo : confirme la rétention : image intra utérine hyperechogène*

Objectifs thérapeutiques

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

Prise en charge :

Remplissage

Mise en condition + traitement du choc

Drogues inotropes +.

*Evacuation différée (sauf hgie imp. !) 24 à 48h
après*

ATB : Triple association

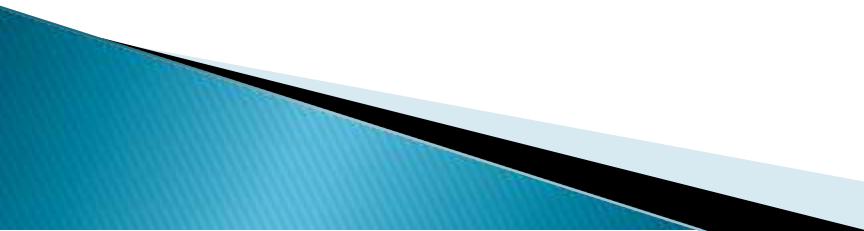
Evacuation en fonction de l'AG, état du col

Prévention de l'IFM (Anti D) et SAT

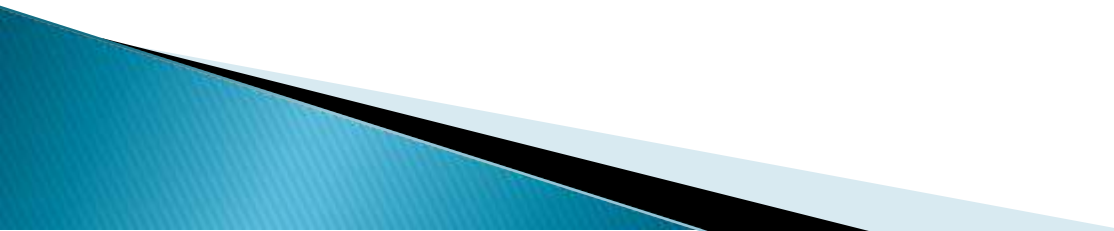
Séquelles

- ▶ *l'infection comme le tétanos*
- ▶ *hémorragie*
- ▶ *Perforation de l'utérus,*
- ▶ *la déchirure du vagin ou du col de l'utérus*
- ▶ *La stérilité*
- ▶ *synéchies utérines*

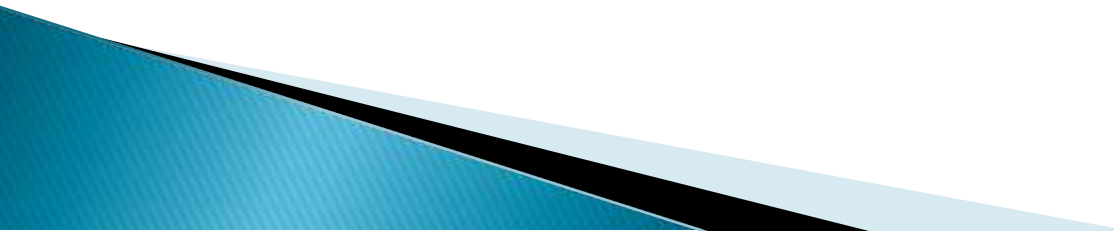
Conséquences Immédiates

- *Mort*
 - *Hémorragie*
 - *Infection et surinfection*
 - *Saignements graves*
 - *Ablation de l'utérus*
 - *Perforation utérine*
 - *Choc Vagal (douleur abortive conduisant à la mort)*
- 

Tardives

- *Stérilité*
 - *Infection chronique*
 - *Atteinte psychologique (culpabilité)*
 - *Tétanos*
 - *Fistules (selles par le vagin, urines par l'anus)*
- 

A retenir

- ▶ *Les avortements sont un problème fréquent de la grossesse*
 - ▶ *10 à 15 % des grossesses diagnostiquées*
 - ▶ *Surviennent à tous les stades de développement de l'embryon ou du fœtus jusqu'en fin du 2ième trimestre*
 - ▶ *Causes diverses*
- 

CONCLUSION :

- ▶ *Les Avortement constituent la 1ère complication de la grossesse motif fréquente de consultation en urgence.*
 - ▶ *Une P.E.C correcte et adaptée à la situation doit être entreprise, car ils peuvent mise en jeu le pronostic vital de la femme ou son pronostic fonctionnel (fertilité).*
 - ▶ *Les Avortements à répétition nécessitent une enquête étiologique à fin de proposer un traitement de la cause constituant une prévention des récives.*
- 