

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

UNIVERSITÉ ABOU BEKR BELKAID  
FACULTÉ DE MEDECINE DR. B.BENZERDJEB  
DÉPARTEMENT DE MEDECINE

---

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE  
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

---

THEME :  
L'AVORTEMENT SPONTANE

*Présenté par :*  
HARCHAOUI AMINA HASNA  
ENNEBATI MALIKA  
GHENNANE KAWTHER  
HERARSI AHMED AMINE

*Encadré par :*  
DR. ZAIBAC.M

SEPTEMBRE 2022



## Remerciement

Nous tenons tout d'abord à remercier le Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

En second lieu, nous tenons à remercier DR. ZAIBAC MANEL, notre directrice de mémoire, pour tout son soutien, aide, orientation et ses précieux conseils et ses encouragements lors de la réalisation de notre mémoire.

Sans oublier tout le personnel de service gynéco-obstétrique de l'EPH MAGHNIA pour leur coopération lors de notre recherche et préparation de ce travail aussi leur contribution d'améliorer nos connaissances et performances pratiques lors notre stage dans le service.

On remercie nos parents pour le soutien inconditionnel dont ils ont fait preuve depuis le début de notre cursus. Merci pour le soutien financier, moral, psychologique et matériel. Si nous sommes ici aujourd'hui, c'est grâce à eux !

On souhaite aussi remercier nos frères, nos sœurs et nos familles pour leur accompagnement et leur soutien sans faille.

A toute personne qui a participé de près ou de loin pour l'accomplissement de ce modeste travail. Ainsi que la réussite de notre stage d'internat.

# Table des matières

<b>I</b>	<b>Partie Théorique</b>	<b>1</b>
<b>1</b>		<b>2</b>
1.1	INTRODUCTION	2
1.2	Définition :	4
1.3	Epidémiologie :	4
1.4	Facteur de risque :	4
1.5	Classification :	5
1.5.1	Classification chronologique :	6
1.5.1.1	avortement précoce :	6
1.5.1.2	avortement tardif :	6
1.5.2	Classification clinique :	7
1.5.2.1	avortement menacé :	7
1.5.2.2	avortement inévitable :	8
1.5.2.3	avortement complet :	9
1.5.2.4	avortement incomplet :	10
1.5.2.5	avortement manqué :	11
1.5.2.6	avortement septique :	11
1.5.2.7	avortement à répétition :	11
1.6	Etiologies :	12
1.6.1	Les causes générales :	12
1.6.2	Les causes infectieuses et parasitaires :	12
1.6.2.1	La syphilis :	12
1.6.2.2	La toxoplasmose :	12
1.6.2.3	Listeriose :	12
1.6.2.4	Rubeole :	13
1.6.2.5	Rickettsioses :	13
1.6.2.6	Herpes :	13
1.6.2.7	Paludisme :	13
1.6.3	Les causes utérines :	14
1.6.3.1	Malformations utérines :	14
1.6.3.2	La béance du col : ou incontinence cervico-isthmique :	19
1.6.3.3	L'hypoplasie utérine :	19
1.6.3.4	Les malpositions utérines et notamment la rétroversion :	19
1.6.3.5	Les myomes utérins :	20
1.6.4	Les causes glandulaires :	20
1.6.5	L'avortement endocrinien :	20
1.6.6	Les causes immunologiques :	20
1.6.7	Les carences vitaminiques :	20
1.6.8	Les causes ovulaires :	21
1.6.8.1	Mole hydatiforme :	21
1.6.8.2	Les anomalies chromosomiques :	21
1.6.9	Les causes liées à l'embryon :	22
1.6.10	Certaines femmes ont-elles un risque plus élevé de fausse couche? :	22
1.6.10.1	L'AGE DE LA MERE AUGMENTE LE RISQUE DE FAUSSE COUCHE :	22
1.6.10.2	LES ANTECEDENTS DE FAUSSE COUCHE AUGMENTENT LE RISQUE D'EN CONNAITRE UNE NOUVELLE :	22
1.7	Diagnostic différentiel :	23
1.8	Diagnostic clinique :	26
1.8.1	Menace d'avortement : (peut régresser) :	26

1.8.2	Avortement en cours : . . . . .	26
1.9	Diagnostic paraclinique : . . . . .	27
1.9.1	L'échographie : . . . . .	27
1.9.2	Dosage hormonale : . . . . .	29
1.10	Complications : . . . . .	29
1.10.1	Complications immédiates : . . . . .	29
1.10.2	Complication à long terme : . . . . .	30
1.11	Conduite à tenir : . . . . .	31
1.11.1	Menace d'avortement : . . . . .	31
1.11.2	Traitement d'avortement : . . . . .	31

## **II Partie Pratique 36**

<b>2</b>		<b>37</b>
2.1	Méthodologie : . . . . .	37
2.1.1	Carte d'étude : . . . . .	37
2.1.2	Type d'étude : . . . . .	38
2.1.3	Période d'étude : . . . . .	38
2.1.4	Population d'étude : . . . . .	38
2.1.5	Recueil des données : . . . . .	38
2.1.6	Définitions opérationnelles : . . . . .	38
2.2	Resultat : . . . . .	39
2.2.1	Les données épidémiologiques : . . . . .	39
2.2.1.1	Fréquence : . . . . .	39
2.3	Conclusion . . . . .	44

## Abreivation

**ABRT** : Avortement.

**F.C.S** Fausse couche spontanée.

**GEU** : Grossesse extra utérine.

**HA** : Hypertension artérielle.

**H.C.G** Hormone chorionique gonadotrope.

**LCC** : Longueur cranio-caudale.

**MAP** : Menace d'accouchement prématuré.

**OMS** : Organisation mondiale de santé.

**RPM** : Rupture prématurée de membrane.

**SA** : Semaine d'aménorrhée.

**TRT** : Traitement.



Première partie

Partie Théorique

# Chapitre 1

## 1.1 INTRODUCTION

L'OMS a révélé quatre types d'avortements :

- L'avortement spontané.
- L'avortement provoqué.
- L'avortement non médicalisé.
- L'avortement septique.

La loi interdit l'avortement provoqué en Algérie en se basant sur les textes religieux mais cela n'empêche pas les avortements clandestins.

L'avortement en Algérie est strictement interdit. La loi dans ce sens est on ne peut plus claire. L'article 304 de code pénal stipule « quiconque par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violence ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte qu'elle y ait consenti ou non est puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 500 à 10.000 dinars. Et si la mort en résulte, la peine est la réclusion de 10 à 20 ans ». Ainsi, chaque femme en Algérie qui pratique un avortement risque non seulement la prison mais également la stérilité, l'infirmité ou la mort. Cela interviendra suite aux conditions non surveillées et non hygiéniques. Du point de vue de la charia, la pratique de l'avortement est interdite.

La présente étude a pour objectif de mettre l'accent sur l'avortement spontané, ses différentes formes et de cerner les facteurs étiologiques susceptibles d'être la cause des fausses couches.

L'avortement spontané est un accident fréquent en obstétrique. Si on prend au hasard les accidents obstétricaux, on s'aperçoit qu'un très grand pourcentage de femmes présente dans leurs antécédents des avortements spontanés.

Le risque d'avortement spontané est plus élevé au cours des 13 premières semaines de grossesse. Certaines femmes subissent un avortement spontané avant même de savoir qu'elles sont enceintes. Le risque d'avortement spontané est plus élevé pour les femmes qui sont âgées de plus de 35 ans et pour les femmes qui en ont déjà subi un.

La plupart du temps, la cause de l'avortement spontané est inconnue. Bien que plusieurs femmes se sentent possiblement coupables d'avoir fait quelque chose susceptible d'avoir provoqué la fausse couche, la plupart des pertes de grossesses n'auraient pas pu être prévenues. Un avortement spontané se produit habituellement lorsqu'il existe un problème empêchant le bébé de se développer de façon appropriée.

Parmi les causes possibles des avortements spontanés, on retrouve :

- Des problèmes chromosomiques (matériel génétique).
- Des problèmes d'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus.
- Des problèmes hormonaux.
- Des infections.
- Des lésions au fœtus.
- Des anomalies des spermatozoïdes ou des ovules.
- Des problèmes physiques des organes reproducteurs de la femme (par ex. anomalie du col de l'utérus, du placenta ou de l'utérus) – ces problèmes ne sont habituellement pas découverts à moins qu'un avortement spontané se produise.

Le symptôme le plus commun d'un avortement spontané est la présence de saignements. On appelle la présence de saignements au début de la grossesse une menace d'avortement spontané. La plupart des femmes qui subissent une menace d'avortement spontané au cours des quelques premiers mois de la grossesse accouchent de bébés en santé, mais certaines d'entre elles subiront un avortement spontané. Parmi les autres symptômes de l'avortement spontané, on retrouve les douleurs lombaires, les douleurs abdominales basses ou le passage par le vagin de matières qui ressemblent à des caillots.

## 1.2 Définition :

L'avortement est la perte d'un embryon ou d'un fœtus lors d'une grossesse.

**Définition (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 20 semaine de gestation (ou 22 semaines d'aménorrhée, c'est à dire 22 semaines à partir du premier jour des dernières règles).

Dans **POPIN Dictionnaire (Dictionnaire Démographique et de la Santé de la Reproduction - Organisation des Nations Unies) :** Expulsion prématurée et naturelle des produits de la conception dans l'utérus, à savoir l'embryon ou le fœtus non viable.

Plusieurs femmes recevront un diagnostic d'avortement spontané suite à des saignements vaginaux et/ou des crampes utérines. D'autres n'auront eu aucun signe avant-coureur de cet arrêt de grossesse que sont les saignements ou les crampes, par exemple, et l'apprendront seulement au moment de leur première échographie. (Morin & Van den Hof, 2006).

L'avortement spontané peut être classé, selon ses caractéristiques cliniques en plusieurs différents catégories.

## 1.3 Epidémiologie :

- Complication la plus fréquente dans les débuts de la grossesse.
- Environ 20% des grossesses connues se terminent en avortement spontané. Cependant, l'incidence réelle est sous-estimée, puisque plusieurs avortements spontanés passent inaperçus si la grossesse n'est pas diagnostiquée.
- Chez les femmes de plus de 40 ans, il y a jusqu'à 45% de fausses couches.
- 80% des fausses couches auront lieu avant 12 semaines de grossesse.
- Les avortements répétés touchent environ 5% des couples.

## 1.4 Facteur de risque :

Les facteurs de risque de fausse couche spontanée comprennent :

- Âge > 35 ans
- Antécédents de fausse couche spontanée.
- Tabagisme
- Utilisation de certains médicaments (p. ex., cocaïne, alcool, de fortes doses de caféine).
- Un trouble chronique mal contrôlé (p. ex., diabète, hypertension, troubles thyroïdiens manifestes) chez la mère.

Il n'a pas été démontré que des troubles thyroïdiens infracliniques, une rétroversion utérine et des traumatismes mineurs provoquaient des fausses couches spontanées.

## 1.5 Classification :

<b>TYPE</b>	<b>Definition</b>
<b>Précoce</b>	<b>Avortement, Avant 12 semaines de gestation</b>
<b>Tardif</b>	<b>Avortement entre 12 et 20 semaines de gestation</b>
<b>Spontané</b>	<b>Avortement non provoqué</b>
<b>Induite</b>	<b>Interruption de grossesse pour raisons médicales ou choix personnel</b>
<b>Thérapeutique</b>	<b>Interruption de la grossesse parce que vie de la femme ou sa santé sont en danger ou parce que le fœtus est mort ou a des malformations incompatibles avec la vie</b>
<b>Menace</b>	<b>Métrorragie se produisant avant 20 semaines de grossesse sans dilatation cervicale et indiquant qu'une fausse couche spontanée peut se produire</b>
<b>Inévitable</b>	<b>Saignements vaginaux ou rupture des membranes s'accompagnant d'une dilatation du col de l'utérus</b>
<b>Incomplet</b>	<b>Expulsion de certains produits de la conception</b>
<b>Complet</b>	<b>Expulsion de tous les produits de la conception</b>
<b>A répétition</b>	<b>≥ 2 à 3 fausses couches spontanées consécutives</b>
<b>Manqué</b>	<b>Mort non détectée d'un embryon ou d'un fœtus qui n'est pas expulsé et qui n'entraîne pas de saignement (également appelé oeuf clair, grossesse non embryonnée ou perte d'embryons)</b>
<b>Septique</b>	<b>Infection grave de contenu utérin pendant, ou peu de temps avant ou après, un avortement</b>

TABLE 1.1- La classification de l'avortement.

### 1.5.1 Classification chronologique :

#### 1.5.1.1 avortement précoce :

ce sont les avortements spontanés cliniquement décelables au cours des 12 (ou 13) premières semaines d'aménorrhée.

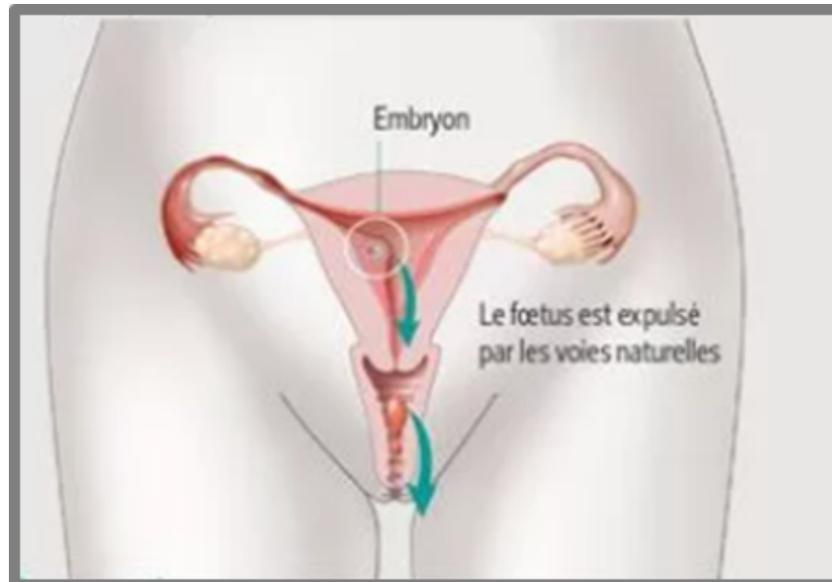


FIGURE 1.1 – avortement précoce

#### 1.5.1.2 avortement tardif :

les avortements tardifs du deuxième trimestre sont les avortements survenant entre 13e (ou 12e) et moins de 22e semaines d'aménorrhée ; le fœtus pèse dans cette période de la grossesse entre 10 grammes et moins de 500 grammes.

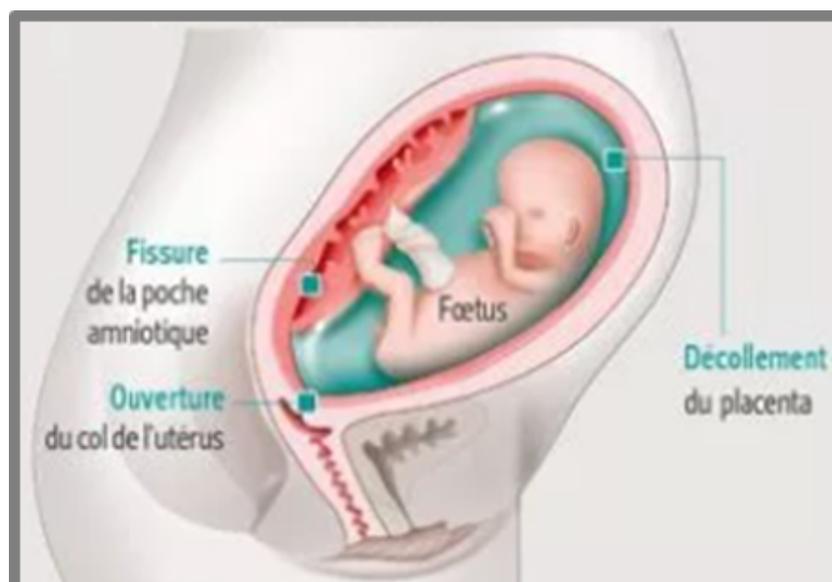


FIGURE 1.2 – avortement tardive

## 1.5.2 Classification clinique :

### 1.5.2.1 avortement menacé :

- La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un décollement partiel du sac gestationnel.
- Se manifeste par des :
  - Métrorragie survenant durant les 20 premières semaines de grossesse (ou 22 semaines d'aménorrhée).
  - Avec ou sans douleurs évoquant les douleurs des règles.
  - Aucune évacuation de débris de gestation ou écoulement du liquide amniotique par rupture des membranes.



FIGURE 1.3 – Grossesse de 9,5 semaines d'aménorrhée évolutive avec une menace d'avortement se manifestant par un décollement du tissu trophoblastique et de métrorragie



FIGURE 1.4 – Menace d'avortement

### 1.5.2.2 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 :
  - Douleur pelvienne.
  - Métrorragies souvent importantes.
  - L'orifice interne du col utérin est dilaté.

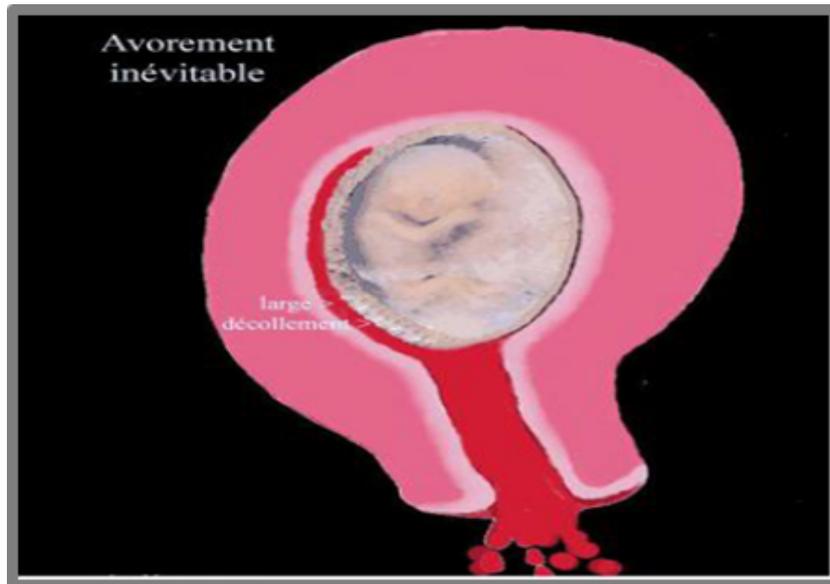


FIGURE 1.5 – avortement inévitable

### 1.5.2.3 avortement complet :

- Dans ce cas l'expulsion des produits de la grossesse est complète.
- L'orifice cervical peut être fermé, et l'échographie montre une cavité utérine vide de tout produit de la grossesse.



FIGURE 1.6 – Échographie Trans vaginale. L'absence du sac gestationnel et la présence de débris intra-utérine sont typiques d'un avortement complet

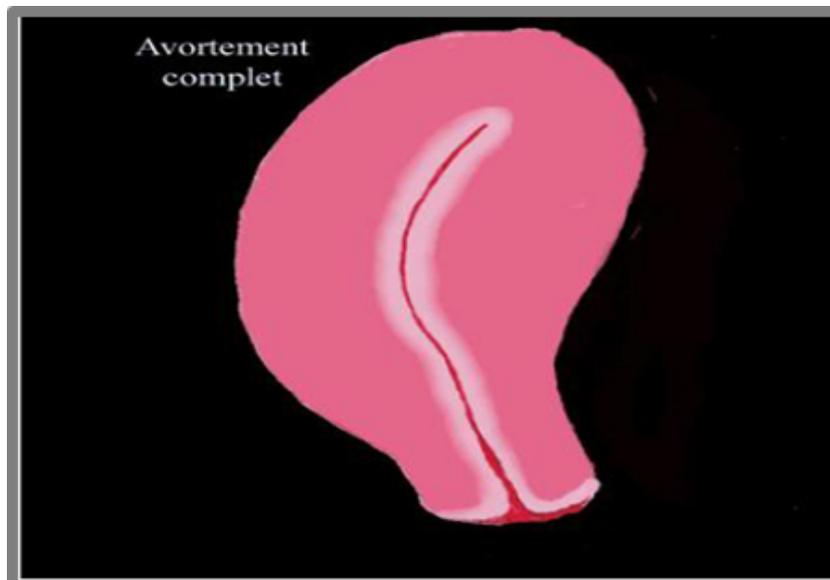


FIGURE 1.7 – avortement complet

#### 1.5.2.4 avortement incomplet :

- L'expulsion de produit de la grossesse est partielle donc le processus d'avortement est inachevé; la partie retenue du sac ovulaire peut être complètement décollée mais le plus souvent la rétention est due à un décollement incomplet du trophoblaste ou du placenta; cette rétention ovulaire empêche l'utérus de se contracter et se rétracter.
- La patiente se plaint de :
  - Douleurs de type de contractions utérines.
  - Métrorragie secondaire à la persistance d'une rétention trophoblastique.
  - Parfois les patientes peuvent signaler l'évacuation de débris de gestation.



FIGURE 1.8 – Échographie Trans vaginale démontre la présence d'un sac gestationnel vide. Un sac gestationnel persistant indique un avortement incomplet

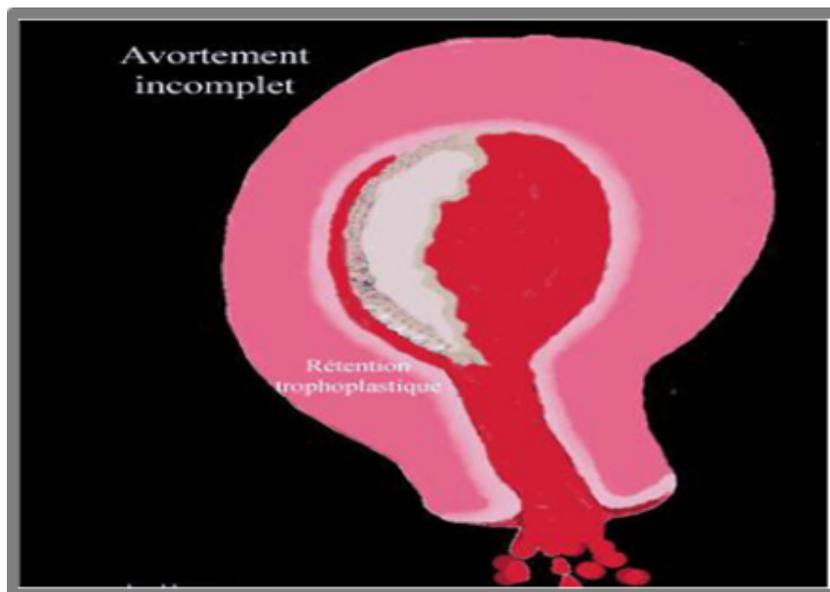


FIGURE 1.9 – avortement incomplet

#### 1.5.2.5 avortement manqué :

- C'est une rétention des produits de la conception bien après la mort reconnue de l'embryon ou du fœtus.
- Est suspecté si l'utérus ne grossit pas progressivement ou si la  $\beta$ -hCG quantitative est basse pour l'âge gestationnel ou si elle ne double pas dans les 48 à 72 heures.
- 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...).

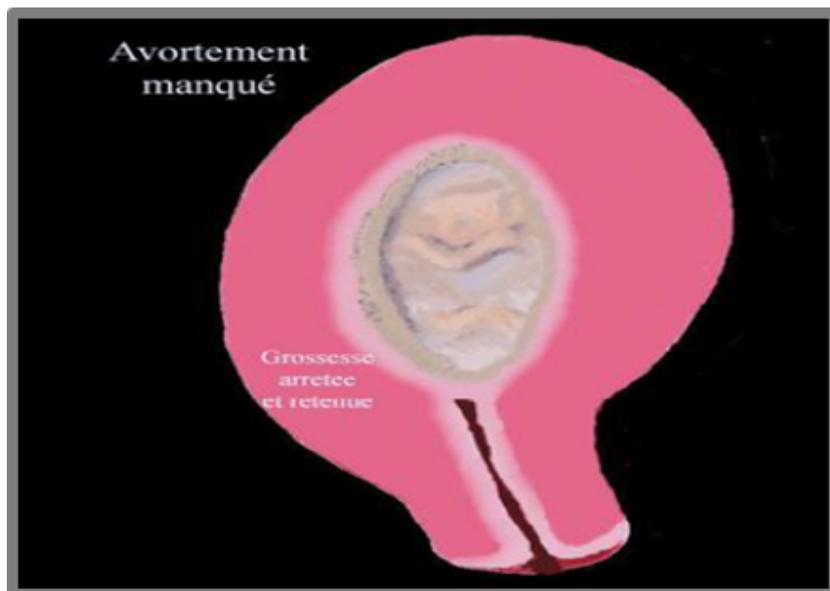


FIGURE 1.10 – avortement manqué

#### 1.5.2.6 avortement septique :

- Avortement associé à un syndrome infectieux local.
- L'avortement septique est souvent observé après :
  - Une rupture des membranes prolongée et négligée.
  - Une grossesse intra-utérine avec un stérilet en place.
  - Une tentative illégale 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.

#### 1.5.2.7 avortement à répétition :

- Définition de l'avortements spontanés à répétition dans la littérature médicale française : C'est la survenue de trois avortements successifs (donc aucune grossesse n'a été menée à terme dans l'intervalle de ces avortements) chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

## 1.6 Etiologies :

### 1.6.1 Les causes générales :

Il est admis que toute maladie grave avec atteinte sévère de l'état général peut conduire à l'avortement. Quant aux traumatismes, ils semblent jouer un rôle plus réduits en dehors des traumatismes abdomino-pelviens directs.

### 1.6.2 Les causes infectieuses et parasitaires :

Certaines infections spécifiques sont réputées abortives :

#### 1.6.2.1 La syphilis :

La syphilis est une infection transmise sexuellement causée par un microbe (bactérie) appelé le tréponème pâle. Le risque de transmission de la syphilis au fœtus durant la grossesse est de l'ordre de 50 %. L'infection peut entraîner un avortement spontané, un accouchement avant terme ou l'accouchement d'un enfant mort-né. Il est donc très important de traiter la syphilis chez la femme enceinte.

#### 1.6.2.2 La toxoplasmose :

La toxoplasmose est une infection due à un parasite : *Toxoplasma gondii*.

Généralement bénigne chez les personnes en bonne santé, cette parasitose peut se révéler redoutable lorsqu'elle survient dans les cas suivants :

- Chez les femmes enceintes (toxoplasmose congénitale).
- Chez les personnes dont les défenses immunitaires sont affaiblies soit par une maladie comme le sida, soit par un traitement dit immunosuppresseur tel que celui administré aux greffés.

Le principal danger de la toxoplasmose vient de la contamination en cours de grossesse chez une femme non immunisée (primo-infestation). Le risque d'infection du fœtus, ses conséquences sur l'évolution de la grossesse et la sévérité de l'atteinte fœtale varient selon le terme de la grossesse.

En cas de contamination maternelle au cours du premier trimestre, la maladie peut provoquer un avortement spontané et l'atteinte fœtale est plus rare (moins de 6 %), mais plus grave.

#### 1.6.2.3 Listeriose :

La listériose est une maladie infectieuse causée par l'ingestion d'aliments contaminés par la bactérie *Listeria monocytogenes* chez les animaux et transmissible à l'Homme.

La maladie non traitée est particulièrement dangereuse, déclenchant très souvent chez une femme enceinte, un avortement spontané au 1er et 2e trimestre, un accouchement prématuré d'un enfant infecté et la mort de l'enfant dans 20 à 30 % des cas.

#### **1.6.2.4 Rubeole :**

La rubéole est une infection virale contagieuse qui peut entraîner une adénopathie, une éruption et parfois des symptômes généraux qui sont habituellement modérés et brefs. Une infection en début de grossesse peut être à l'origine d'une fausse couche spontanée, de mort fœtale tardive ou d'anomalies congénitales.

#### **1.6.2.5 Rickettsioses.**

#### **1.6.2.6 Herpes.**

#### **1.6.2.7 Paludisme.**

### 1.6.3 Les causes uterines :

#### 1.6.3.1 Malformations uterines :

##### \* Uterus bicorne :

L'utérus bicorne est une anomalie fréquente : elle représente 39 % des malformations utérines. Elle survient lors du développement embryonnaire. Elle se traduit par un utérus en forme de cœur, comportant deux cavités distinctes (utérus bicorne bi-cervical) ou partiellement séparées (utérus bicorne uni-cervical).

Chez la femme enceinte, un utérus bicorne est un facteur de risque de complications : l'utérus étant plus petit, cela rend plus difficile le processus de nidation de l'œuf, qui grandit dans un espace plus restreint. C'est la raison pour laquelle une femme dotée d'un utérus bicorne présente plus de risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, de présentation par le siège et de retard de croissance du fœtus.

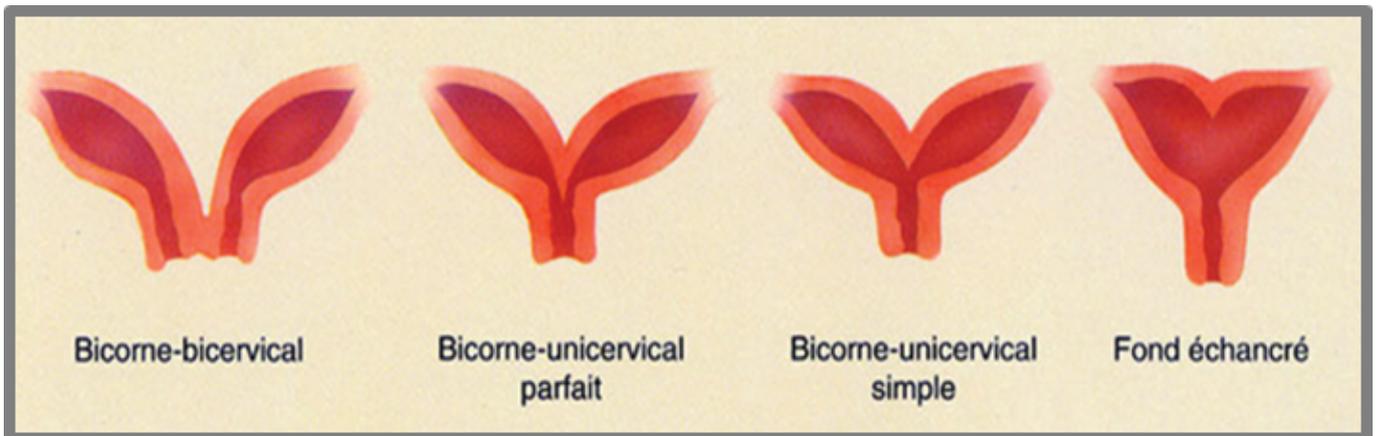


FIGURE 1.11 – classification de l'utérus bicorne



FIGURE 1.12 – utérus bicorne complet sur écho 3D

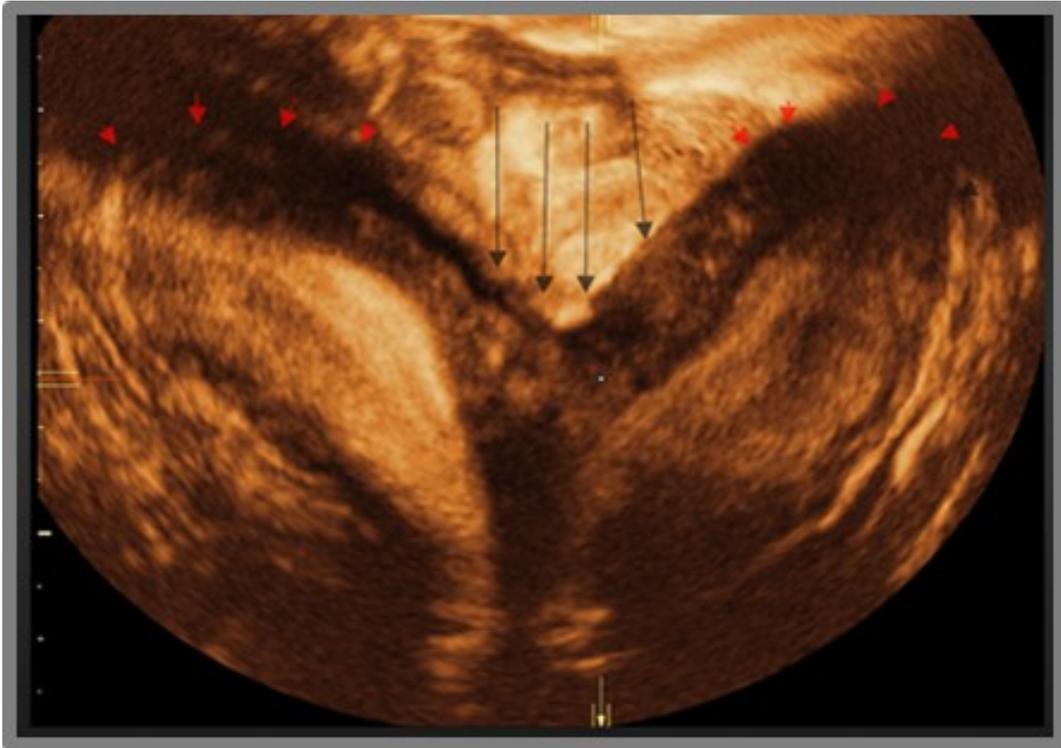


FIGURE 1.13 – utérus bicorne partiel sur écho 3D

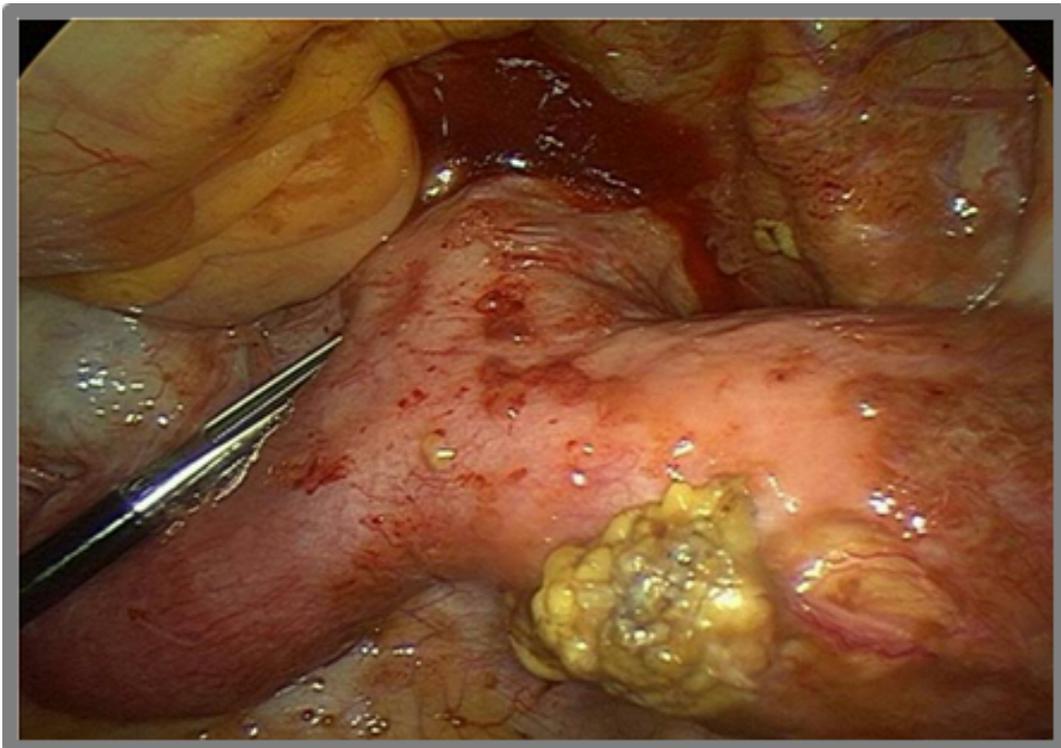


FIGURE 1.14 – Aspect coelioscopique confirmant le diagnostic d'un utérus bicorne

\* **Uterus unicorne :**

C'est une malformation utérine avec développement d'une seule des deux "cornes" et qui normalement se réunissent et fusionnent pour ne former qu'une seule cavité utérine. Il y a donc bien une cavité utérine mais de forme allongée donc inhabituelle. Souvent associé à un dysfonctionnement du col expliquant le possible risque de fausse-couche et/ou accouchement prématuré engendré par ce type d'utérus.

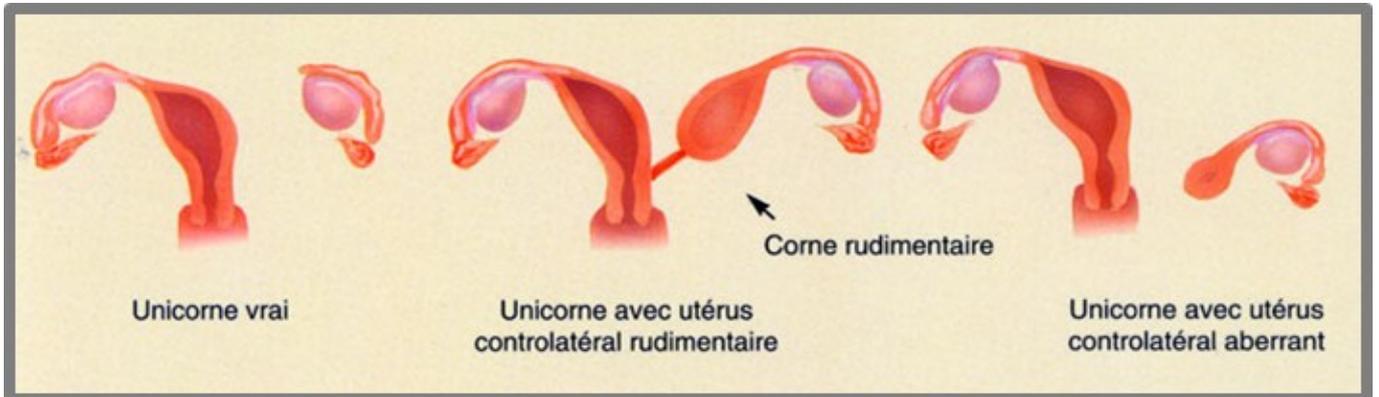


FIGURE 1.15 – classification de l'utérus unicorne

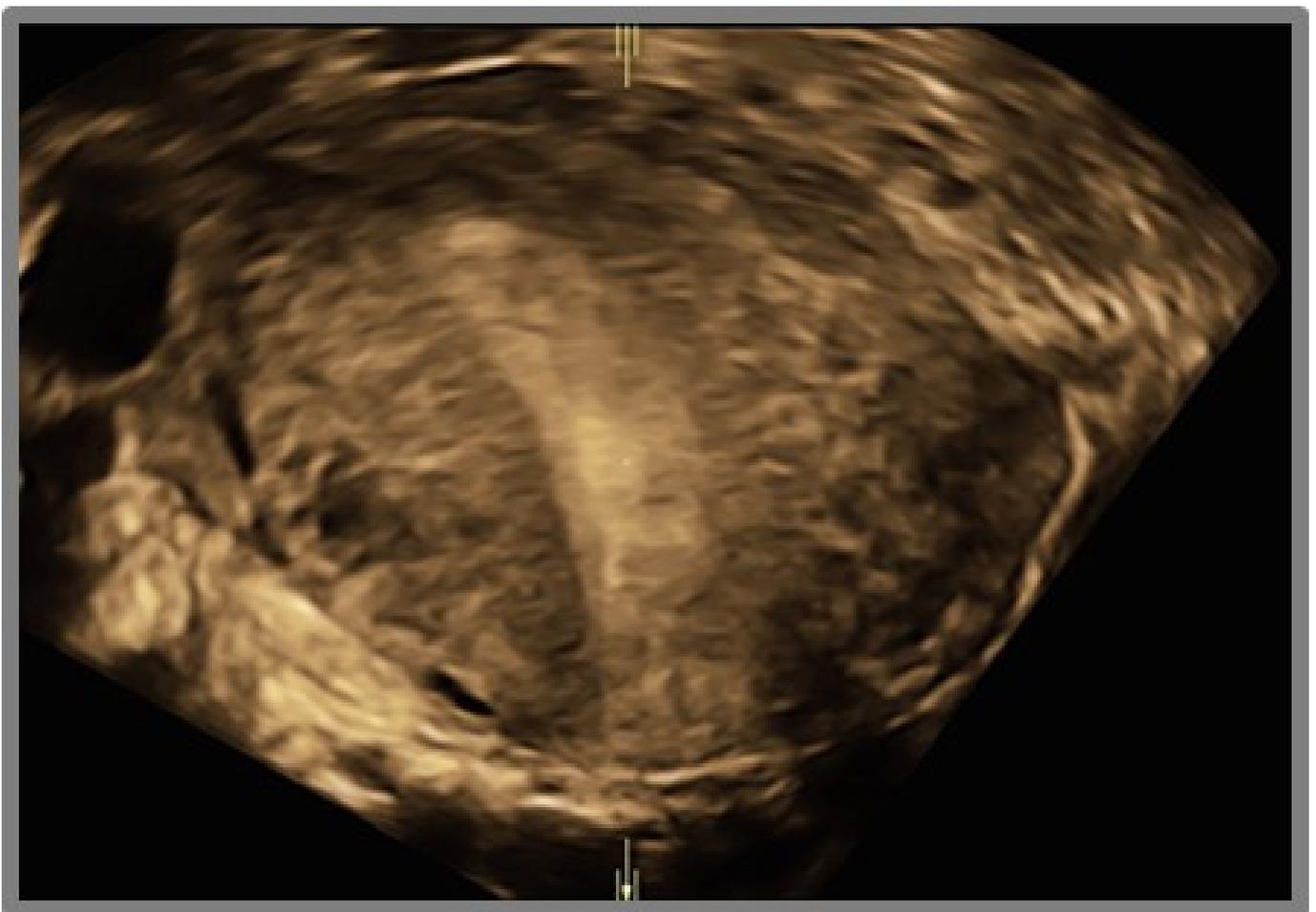


FIGURE 1.16 – utérus unicorne droit sans corne rudimentaire sur écho 3D

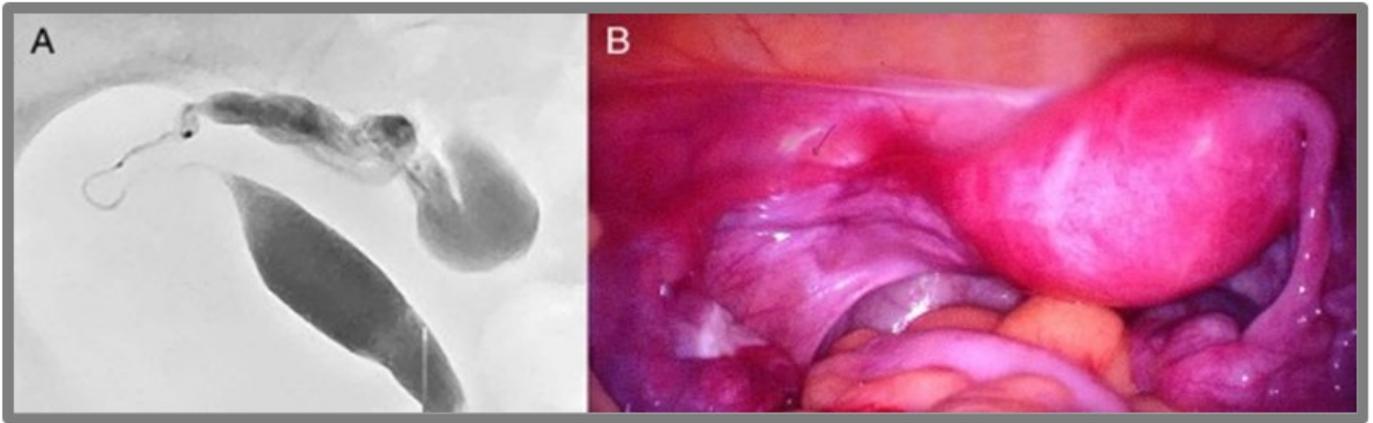


FIGURE 1.17 – A : Les résultats d'une hystérosalpingographie de l'utérus unicorne droit, et la trompe de Fallope dilatée et bloquée. B : Vue laparoscopique de l'utérus unicorne et d'une très petite corne rudimentaire (flèche)✓.

**\* Uterus cloisonné :**

Il s'agit d'une malformation congénitale. Il se caractérise par la présence anormale d'une cloison de séparation interne. Ainsi, l'utérus se trouve divisé en deux cavités distinctes. Cette séparation peut être partielle ou s'étendre jusqu'au col utérin. A noter que parmi les malformations congénitales utérines, l'utérus cloisonné est la plus courante. "Il peut engendrer les mêmes complications que l'utérus bicorne, à savoir fausse couche, accouchement prématuré, présentation par le siège, retard de croissance.

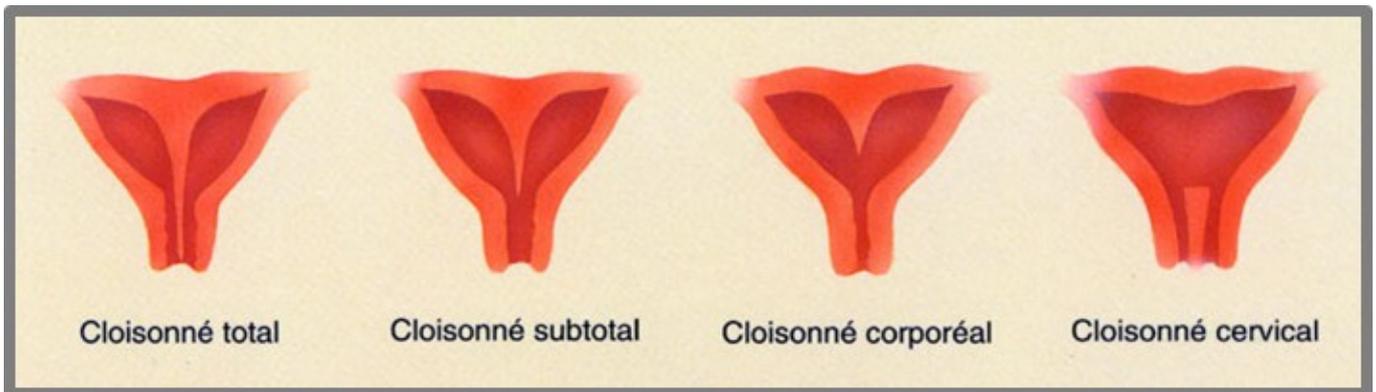


FIGURE 1.18 – classification de l'utérus cloisonné

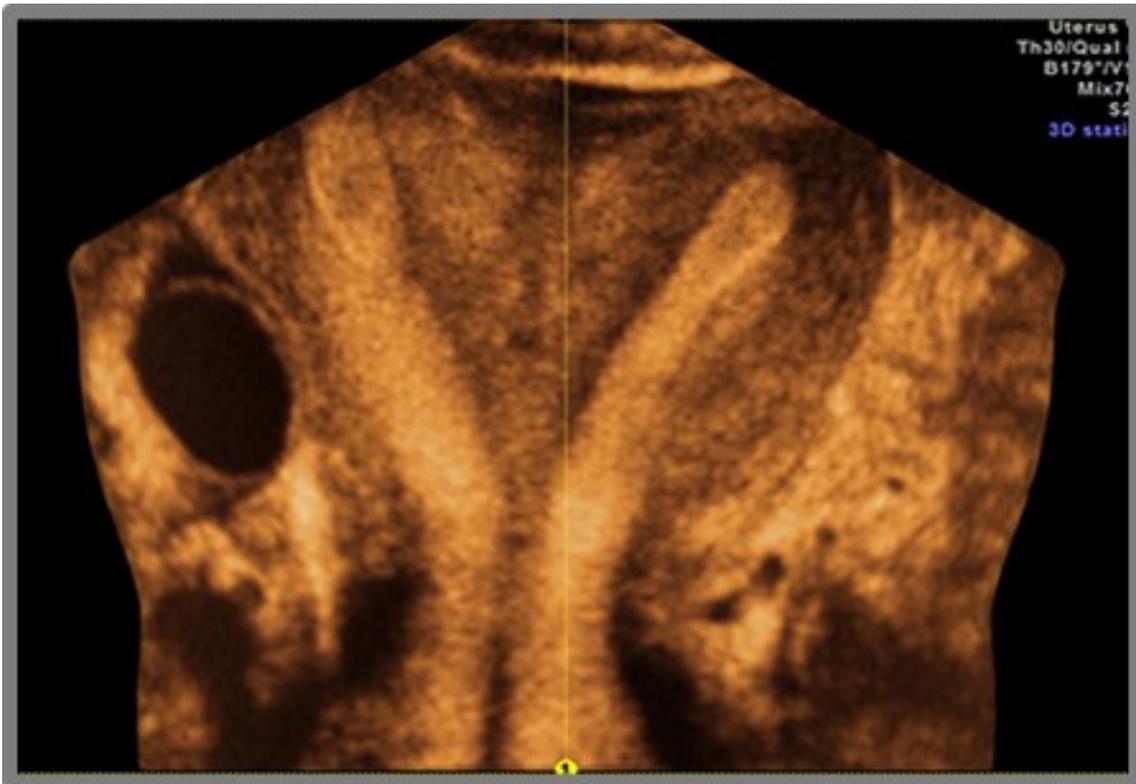


FIGURE 1.19 – utérus cloisonné total sur écho 3D

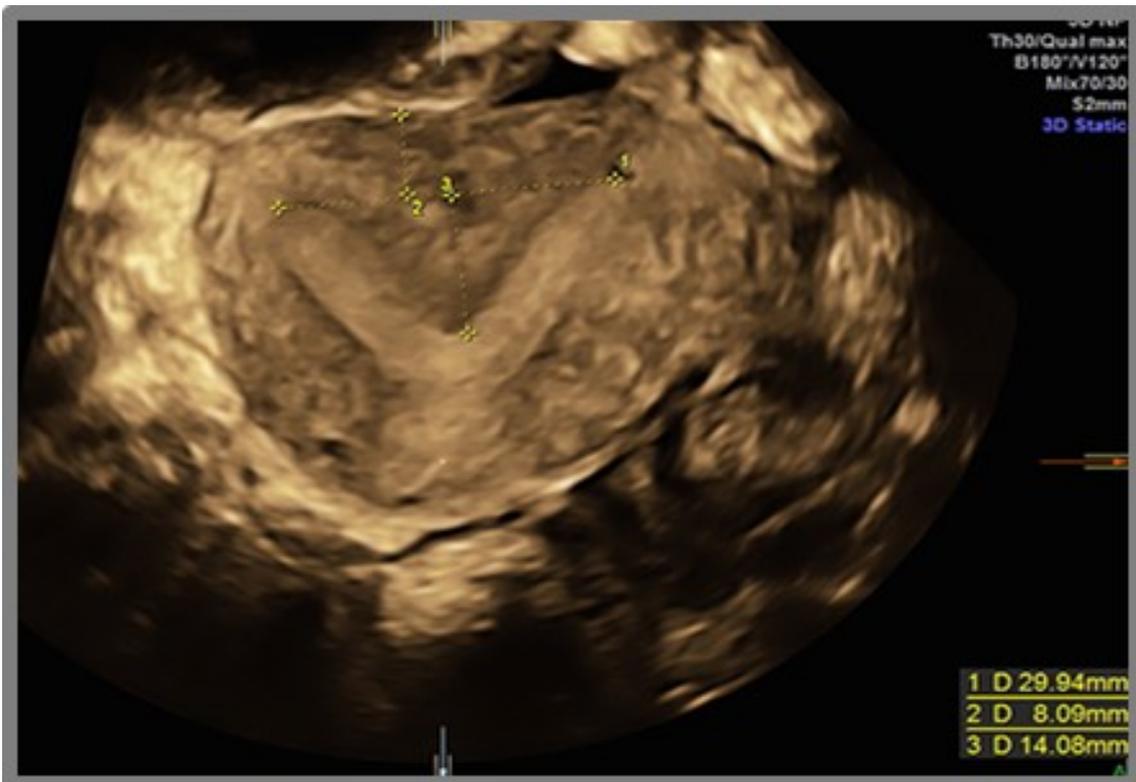


FIGURE 1.20 – utérus cloisonné partiel sur écho 3D

### 1.6.3.2 La béance du col : ou incontinence cervico-isthmique :

Cette béance peut être congénitale ou acquise, à la suite d'un premier accouchement traumatisant, une déchirure du col, une dilatation forcée pour curetage.  
Le diagnostic de la béance est fait, en dehors de la grossesse, par l'hystéroggraphie.

L'histoire clinique est également assez évocatrice : soit d'emblée, soit après un premier accouchement traumatisant, se produisent, de façon répétée, des avortement faciles, indolores, marqué par une rupture prématurée des membranes, et aboutissant à l'expulsion d'un fœtus vivant. Ces avortement d'abord tardifs (4mois et demi, 5 mois) tendent à être de plus en plus précoces.

Lorsque le diagnostic est bien établi, une intervention simple, le cerclage du col ; effectué en début de grossesse, représente la thérapeutique de choix. Il faut savoir cependant que le cerclage n'est pas un geste anodin (il peut déclencher des contractions et avortement) et qu'il ne doit être effectué qu'à bon escient.

### 1.6.3.3 L'hypoplasie utérine :

Il s'agit d'une insuffisance de développement, qui peut exister seule, ou, souvent, coexister avec une malformation.  
A l'inverse de la béance, elle a tendance à donner des avortements de plus en plus tardifs, et peut même aboutir, après plusieurs grossesses, à la naissance d'enfants viables, car l'utérus s'étoffe de grossesse en grossesse.

### 1.6.3.4 Les malpositions utérines et notamment la rétroversion :

Ces anomalies semblent exceptionnellement responsables d'avortements.  
Leur traitement chirurgical ne doit donc être discuté qu'après avoir éliminé toute autre cause.

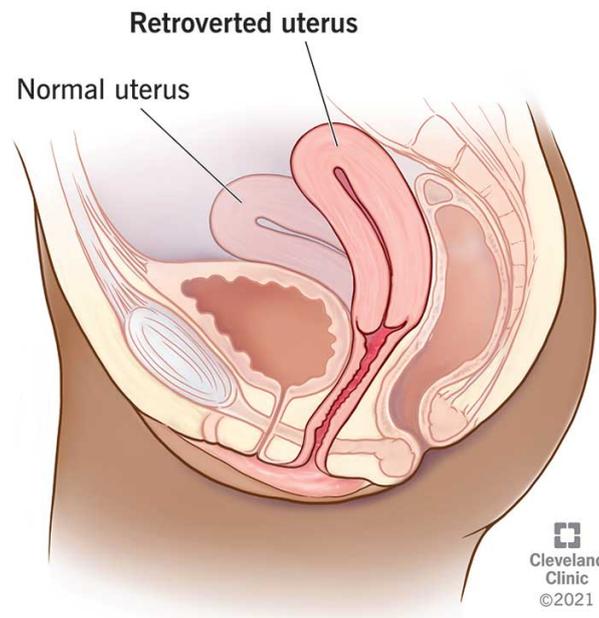


FIGURE 1.21 – utérus rétroversé.

### **1.6.3.5 Les myomes utérins :**

Le fibrome n'est pas une cause très fréquente d'avortement : il peut toutefois jouer un rôle, soit par modification de la forme de la cavité, soit par anomalies conjointes de la muqueuse.

### **1.6.4 Les causes glandulaires :**

La plupart des affections endocriniennes et métaboliques sont susceptibles d'accompagner l'avortement, nous citerons en particulier le diabète, et l'insuffisance thyroïdienne. Certains insistent tout particulièrement sur la nécessité de rechercher les formes frustes de ces maladies et de les traiter.

### **1.6.5 L'avortement endocrinien :**

Sous ce terme peuvent se grouper des avortements survenant au cours du 1er trimestre de la grossesse et dont l'étiologie est hormonale. Si certains ont cru pouvoir nier leur existence, les résultats obtenus maintenant avec les traitements par H.C.G nous paraissent rendre cette discussion caduque. Au cours de dix premières semaines, la sécrétion des estrogènes (estrone et estradiol) et de la progestérone est le fait du corps jaune ovarien gravidique, qui assure donc seule la survie de l'œuf, l'ovaire étant lui-même sous la dépendance de l'H.C. G, sécrété par le syncytiotrophoblaste ovulaire.

Les avortements endocriniens peuvent donc être divisés en deux groupes :

- ceux liés à une insuffisance du corps jaune, entité indiscutable.
- ceux liés à une insuffisance de la sécrétion placentaire d'H.C.G.

Ici, deux possibilités : ou bien, il s'agit d'une insuffisance sécrétoire fonctionnelle au trophoblaste ; ou bien il s'agit d'une altération organique de l'œuf et le traitement par H.C.G se révélera bien incapable de maintenir cette grossesse condamnée ; la chute hormonale constituant, seulement ici, la séquence de l'altération de l'œuf.

### **1.6.6 Les causes immunologiques :**

On sait que le trophoblaste adresse une barrière protectrice (sans doute biochimique) pour préserver l'œuf des phénomènes immunitaires de rejet que ce corps étranger devrait normalement subir. Il est probable que certains avortements sont dus à un défaut de ce mécanisme protecteur.

La recherche des anomalies immunologiques est réservée au patient ayant eu 3 avortements successifs sans grossesse normale. Ce bilan comprend :

VS-TCK, anticoagulant circulant, anticorps anti-cardiolipine, anticorps anti-nucléaires, antiDIFA).

La recherche d'une très grande compatibilité immunologique entre les deux partenaires.

### **1.6.7 Les carences vitaminiques :**

Certains auteurs ont attiré l'attention sur les carences en vitamines C, P, K, E et l'acide folique.

## 1.6.8 Les causes ovulaires :

### 1.6.8.1 Mole hydatiforme :

Un cas très particulier d'anomalie ovulaire est celui de la mole hydatiforme. La mole hydatiforme complète (MHC) est une pathologie du placenta d'origine androgénique (caryotype diploïde uniquement paternel). La prolifération des villosités placentaires est anarchique, hydrotropique et associée à une absence d'embryon.

Ce type de mole est considéré comme une tumeur bénigne. Cette absence du génome maternel peut être expliquée par :

- \* Une destruction / expulsion du pronucléus féminin lors de la fécondation par un ou deux spermatozoïdes, suivie dans les premiers cas d'une endo-réplication des chromosomes.
- \* Un zygote triploïde (fécondation d'un ovocyte par 2 spermatozoïdes) dont la division cellulaire anormale est à l'origine d'un clone cellulaire ne contenant que les chromosomes paternels.
- \* Un défaut nutritionnel pendant la différenciation des ovocytes de l'embryon féminin. Les moles hydatiformes complètes peuvent aussi devenir invasives (on parle de moles invasives) et même agressives (on parle de choriocarcinomes gestationnels).  
Le potentiel de malignité est très affirmé dans ce dernier cas.

### 1.6.8.2 Les anomalies chromosomiques :

La culture de débris ovulaire de F.C.S a montré la fréquence d'anomalie du caryotype. Certains ont voulu voir là une cause majeure, si ce n'est la cause quasi-exclusive des avortements spontanés du 1er trimestre.

De là à ne pas traiter les menaces de F.C.S du 1er trimestre, il n'y avait qu'un pas. Il faut cependant remarquer que rien ne prouve d'une manière certaine que les anomalies observées a posteriori au laboratoire soient la cause de l'avortement et non pas une conséquence, soit des conditions artificielles de culture, soit de l'altération souvent importante des débris tissulaires cultivés, soit de la mauvaise condition de nidation et de nutrition de l'œuf véritable *primun movens* de la F.C.S (ce qui expliquerait alors la fréquence anormalement élevée des aberrations chromosomiques dans les GEU).

Il faut remarquer également que l'observation clinique quotidienne montre que cette étiologie chromosomique a été surestimée; l'utilisation de traitements hormonaux efficaces (HCG) permet d'empêcher un grand nombre de FCS, sans pour autant augmenter la proportion d'enfants anormaux.

Au total, si la réalité des avortements chromosomiques ne saurait être niée, elle ne doit pas être surestimée et ne doit absolument pas conduire à l'abstention thérapeutique devant une menace d'avortement au cours du 1er trimestre.



FIGURE 1.22 – Les anomalies chromosomiques

### 1.6.9 Les causes liées à l’embryon :

Dans environ 60 % des cas, et en particulier pendant le premier trimestre de la grossesse, les fausses couches sont dues à des anomalies de l’embryon qui empêchent son développement normal. Il peut s’agir d’anomalies au niveau des chromosomes (qui se sont mal répartis avant ou après la fécondation) ou d’anomalies du développement embryonnaire (par exemple, au niveau du cœur ou du système nerveux). Dans ce cas, la fausse couche est due à la réaction normale du corps de la mère face à un embryon incapable de survivre.

### 1.6.10 Certaines femmes ont-elles un risque plus élevé de fausse couche ?

Outre la présence d’une maladie chronique mal contrôlée ou d’anomalies de l’utérus ou de son col, certaines femmes ont un risque plus élevé d’avortement spontané.

#### 1.6.10.1 L’AGE DE LA MERE AUGMENTE LE RISQUE DE FAUSSE COUCHE :

Le risque d’avortement spontané augmente avec l’âge de la mère. On estime que ce risque est de 9 % à 20 ans, de 20 % à 35 ans, de 40 % à 40 ans et de 80 % au-delà de 45 ans. De plus, l’âge du père semble également être un facteur de risque, en particulier chez les hommes de plus de 40 ans (le nombre de spermatozoïdes porteurs d’anomalies chromosomiques augmente avec l’âge).

#### 1.6.10.2 LES ANTECEDENTS DE FAUSSE COUCHE AUGMENTENT LE RISQUE D’EN CONNAITRE UNE NOUVELLE :

Si une fausse couche unique n’a aucune influence sur le succès des grossesses futures, l’existence de deux fausses couches successives (avec le même père) semble augmenter le risque d’en développer une nouvelle. À partir de trois fausses couches successives avec le même père, on parle de « maladie abortive » et la recherche approfondie de ses causes est nécessaire.

## 1.7 Diagnostic différentiel :

- Certains sont à éliminer d'emblée :
  - En l'absence de grossesse, de nombreux retard de règles sont catalogués « avortement ».
  - Grossesse extra-utérine.

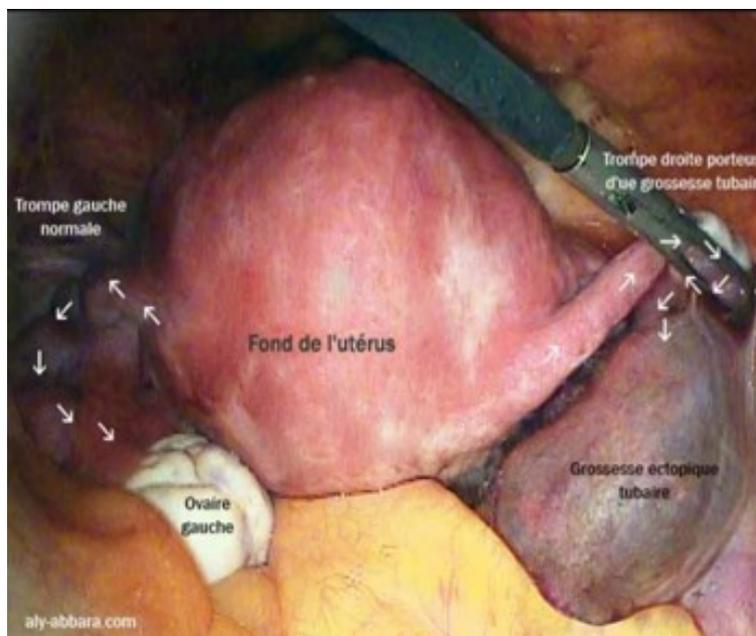


FIGURE 1.23 – grossesse extra-utérine

- Grossesse molaire.

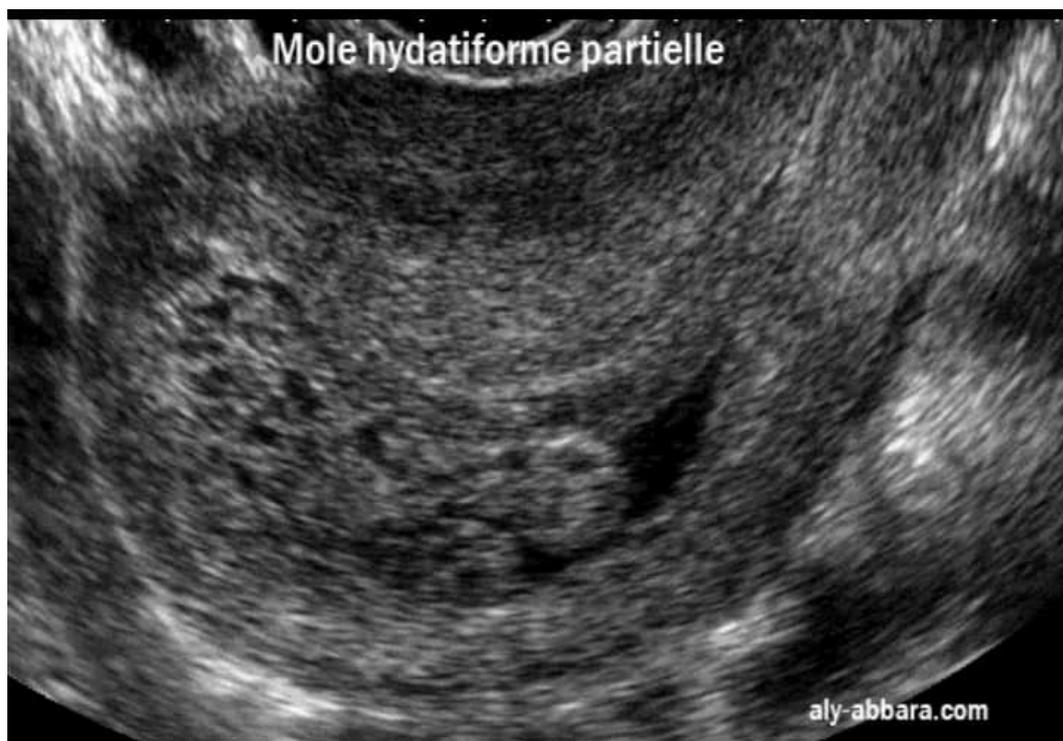


FIGURE 1.24 – grossesse molaire

- Une lésion hémorragique du col peut entraîner des saignements au cours de grossesse sans menace d'avortement.
- Diagnostic différentiel entre avortement provoqué et avortement spontané :
  - Lésion des organes génitaux :
    - \* Lésion du vagin : plaies des culs de sac, perforation, glaires sanglantes.
    - \* Lésion de l'utérus : perforation, infection, infarctus de l'utérus.
  - Lésion de l'œuf et de fœtus :
    - \* Avortement spontané : pas de lésion de l'œuf.
    - \* Avortement provoqué : décollement de membranes, parfois atteinte embryonnaire.



FIGURE 1.25 – Décollement membranaire

## 1.8 Diagnostic clinique :

On a deux phases qui se succèdent :

### 1.8.1 Menace d'avortement : (peut régresser)

La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un décollement partiel du sac gestationnel les signes accompagnateurs sont :

- Des métrorragies inexpliquées type de suintement séro-sanglant rouge ou brun foncé de petite abondance. Les saignements peuvent cesser après quelques jours et être suivis de l'expulsion partielle ou complète des produits de conception, soient l'embryon, le placenta et les membranes. Il se peut aussi que les saignements cessent, sans toutefois entrainer un arrêt de la grossesse. 50% de ces situations résultent en une fausse couche.  
**NB** : un quart des femmes enceintes font l'expérience de saignements vaginaux légers en début de grossesse sans pour autant faire une fausse couche!
- Des contractions utérines douloureuse répétées à type de crampes.
- Le col de l'utérus est souvent fermé :
  - \* TV : utérus gravide taille correspond à l'âge de grossesse le doigtier revient souillé de sang si le col est ouvert.
  - \* Examen au speculum : utérus gravide de couleur violacé avec saignement endo-utérin.
- échographie : activité cardiaque +.
- état générale bonne ou moyennement conservé (malaise plus psychique qu'hémodynamique) si saignement abondant ou patiente tarée (surtout anémie) on peut noter un état de choc.
- signe sympathique de grossesse toujours présent.
- dosage de B-HCG : correspond au nombre de semaine d'aménorrhée (\*2 pour chaque 48h).

### 1.8.2 Avortement en cours :

- Métrorragies souvent importantes avec caillots de sang provenant de l'orifice cervical à l'examen clinique.
- des douleurs à type de colique expulsive ou des contractions qui vont en s'intensifiant.
- Col légèrement ouvert.
- **TV** : utérus augmenté de taille avec un col court parfois effacé ouvert a 1 ou 2Doigts avec parfois expulsion de produit de conception au niveau du vagin.
- Diminution ou Disparition des signes sympathiques de grossesse.
- L'échographie : Voie abdominale et endo-vaginale (plus fiable et bénéfique) permet : La localisation de l'œuf et vérifie la vitalité et l'activité cardiaque.

- Signes majeurs lors d'avortement : aucune activité cardiaque, Ni mouvements actifs, Un embryon tombé au fond du sac gestationnel qui est affaissé, parfois image d'œuf clair : l'embryon a totalement disparu.
- le dosage de B-HCG diminué légèrement ou bien chuté.
- l'état hémodynamique dépend de l'abondance de l'hémorragie si elle est importante on note une altération de l'état générale avec hypotension, pouls diminué pâleur ...

**NB :** Un tableau de choc avec des saignements modérés doit évoquer une GEU en premier!!!

## 1.9 Diagnostic paraclinique :

### 1.9.1 L'échographie :

L'avènement de l'échographie ultrasonore a représenté un progrès décisif dans le diagnostic Précoce de l'arrêt ou non de l'évolution de la grossesse.

L'utérus normal non gravide a un aspect piriforme, avec parfois des échos linéaires lorsque les deux parois utérines ne sont pas accolées; l'implantation ovulaire modifie cet aspect et fait apparaître des échos internes caractéristique.



FIGURE 1.26 – utérus normale non gravide

La morphologie des échos varie beaucoup en fonction du terme; de la 5 -ème semaine d'aménorrhée à la 7 -ème semaine, le sac ovulaire est pratiquement seul visible. Ensuite le diamètre augmente et, de la 8eme à la 11eme semaine, un petit amas d'échos est toujours visible à l'intérieur et près d'un bord de la cavité amniotique : il correspond à l'embryon. On peut visualiser des échos cardiaques à partir de la 8 -ème semaine d'une manière habituelle et parfois à partir de la 6 -ème semaine. Ceci affirme l'évolution de la grossesse, au moment de l'examen.



FIGURE 1.27 – utérus gravide de 5 SA

En cas d'avortement spontanée, l'échographie :

- permet d'affirmer l'évolution de la grossesse en montrant un sac ovulaire dont la taille correspond au terme, et des battements cardiaques.
- permet d'éliminer une GEU s'il existe un œuf intra-utérin.

Il persiste parfois des aspects de diagnostic difficile : quand il existe des échos intra-utérins sans structure ovulaire reconnaissable. La répétition de l'examen après une semaine permet en général de trancher. Cet examen complète le bilan hormonal et donne des résultats immédiats.

### 1.9.2 Dosage hormonale :

- Dosage des gonadotrophines : BRINDEAU et HINGLAIS ont, les premiers, proposé de mesurer l'activité du trophoblaste par la concentration de gonadotrophines chorioniques dans le plasma, en tenant compte de l'âge de grossesse, entre les 7-ème et 14-ème semaines de grossesse, les taux hormonaux se situent entre 2500 et 25000 U.L. Au-dessus de 80000 U.L, il s'agit d'une mole. Entre 500 et 2500 U.L, il s'agit d'une insuffisance trophoblastique et pronostic de la grossesse est toujours réservé. Au-dessous de 500U.L la grossesse est toujours arrêtée (une unité lapine =7 unités internationales).
- anciennement on avait d'autre examen para clinique de diagnostic d'avortement tel que : dosage de prolans, les frottis vaginaux (par élévation de l'index éosinophile et caryopycnotique dosage des stéroïdes urinaire, tous ces examens ont été abandonner et laisser la place pour l'échographie qui affirme son efficacité de diagnostic des avortements.

## 1.10 Complications :

### 1.10.1 Complications immédiates :

- Les complications hémorragiques sévères sont exceptionnelles et peuvent conduire à une révision utérine d'urgence.



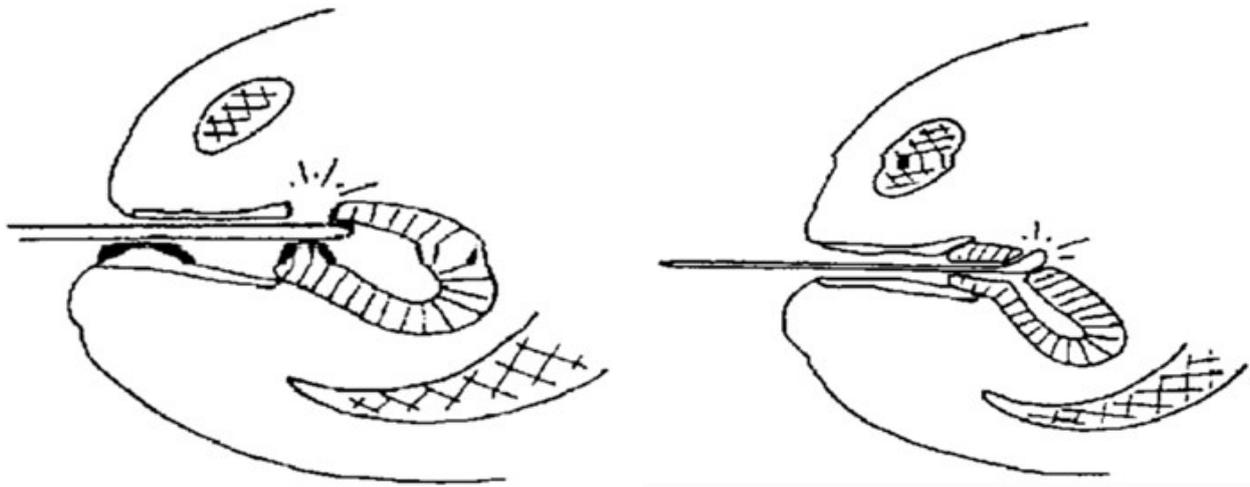
FIGURE 1.28 – Révision utérine bi-digitale

- Les complications infectieuses existent parfois en raison de rétention totale ou partielle d'un Œuf nécrosé. Ces infections minimales se révèlent parfois quelques mois ou années plus tard par une obturation tubaire, en l'absence de toute manœuvre intra-utérine. Rarement ces infections peuvent provoquer des endométrites voire salpingite. Pelvipéritonite ou septicémie sont rares Ceci conduit certains gynécologues à pratiquer dans tous les cas une évacuation instrumentale et une révision utérine. D'autres préfèrent attendre l'évacuation spontanée. Dans le premier cas on ne peut en général retrouver l'embryon, et on risque de créer une béance du col. Dans le second cas on peut observer l'œuf expulsé dans son entier, mais on risque une infection.

\* clinique de complications infectieuses : apparaît dans 10 jours , fièvre à 38-39, métrorragies plus ou moins malodorantes : gros utérus, mou, douloureux à la mobilisation, col ouvert.

\* échographie pelvienne : débris intra-utérins.

- Les complications thromboemboliques : le post-abortum est une période à risque comme le post partum.
- Mortalité.
- Complications du traitement chirurgical : perforation fundique ou isthmique.



Curetage

Perforation

- Complications du traitement médicamenteux : crise d'asthme, HTA, trouble du rythme, angor voire infarctus du myocarde.

### 1.10.2 Complication à long terme :

- Complication du TRT chirurgicale :
  - \* Lésions cervicales : béance cervico-isthmique.
  - \* Lésion utérine : Synéchies.
- Infertilité :
  - \* D'origine tubaire (post infectieuse) ou synéchies utérines (post curetage).
- Iso-immunisation rhésus : 7% en l'absence de séro-prévention.
- Retentissement psychologique : est très variables en fonction de la personnalité, de l'histoire personnelle, mais aussi de la prise en charge.

## 1.11 Conduite à tenir :

### 1.11.1 Menace d'avortement :

- Pour calmer l'irritabilité utérine, on prescrira des substances antispasmodiques. Cette tocolyse s'effectuera par perfusion de 500 cc de SGI 5% + 5 ampoules de SPASFON avec débit lent.
- Traitement pour le saignement :  
**DICYNONE :**
  - \* injection : une injection 2xj.
  - \* Comprimé : 1 Cp 3xj.
- Pour calmer l'angoisse de la malade, outre la psychothérapie toujours importante.
- Conditions d'hygiène le repos au lit au moins jusqu'à cessation du saignement. On évitera la Constipation par laxatifs légers. Les rapports sexuels seront bien proscrits.
- Traitement hormonal a des avantages et des inconvénients. La progestérone a l'avantage d'exercer une action sédatrice sur contractilité utérine de rétablir un équilibre hormonal éventuellement compromis. Elle a l'inconvénient d'entraîner une « fausse sédation » des symptômes et de différer ainsi l'avortement sans éviter la mort fœtale. La progestérone doit être prescrite au début sous forme de progestérone ordinaire en solution retard n'ayant qu'un effet différer. Pour prendre relais de cette thérapeutique immédiate, on s'adressera à la forme retard, les fortes doses paraissent seules actives.
- Traitement étiologique de toutes infections urinaires ou génitales.

### 1.11.2 Traitement d'avortement :

Si la survenue de l'avortement termine par un échec de l'évolution de la grossesse en cours, elle ouvre, en revanche toutes les perspectives de recherches étiologiques qui permettent parfois d'éviter les récurrences.

Il faut d'abord expliquer les différentes options thérapeutiques avec la patiente pour choisir la prise en charge avec elle :

- **Expectative :** attente de l'expulsion spontanée de l'œuf, contrôle échographique à 7 jours. En cas d'expulsion incomplet : traitement médical ou aspiration.
  - \* **indication :** grossesse arrêtée < 8 SA échographique (sac gestationnel < 40 mm et embryon LCC < 20 mm).



FIGURE 1.29 – grossesse arrêtée de 7 SA

- \* **contre-indications** : hémorragie importante et / ou FCS hyperalgique, fièvre, mauvaise acceptation du traitement par la patiente.
- \* **complications** : expulsion hémorragique, rétention ovulaire partielle ou complète, endométrite.
- **Traitement médical ambulatoire** : ex : Misoprostol (Cytotec) en intra-vaginal associé à un traitement antalgique et contrôle échographique à 7 jours.
  - \* **indication** : variable selon les protocoles :
    - Généralement grossesse arrêtée < 8 SA échographique.
    - Accord et bonne observance de la patiente ayant bien compris la prise en charge et ses limites.
    - Domicile à proximité d'une structure hospitalière.
  - \* **contre-indications** :
    - FCS hémorragique et / ou hyperalgique.
    - Fièvre.
    - Mauvaise acceptation du traitement par la patiente.
  - \* **complications** : expulsion hémorragique, échec du traitement ou rétention ovulaire, endométrite.
- **Traitement chirurgical** :
  - ⊗ aspiration endo-utérine Au bloc opératoire +/- associée à un curetage doux +/- sous contrôle échographique (selon les protocoles) :
    - examen anatomopathologique systématique des débris ovulaires.
    - geste simple mais non dénué de risque, à expliquer à la patiente comme tout autre geste chirurgical.

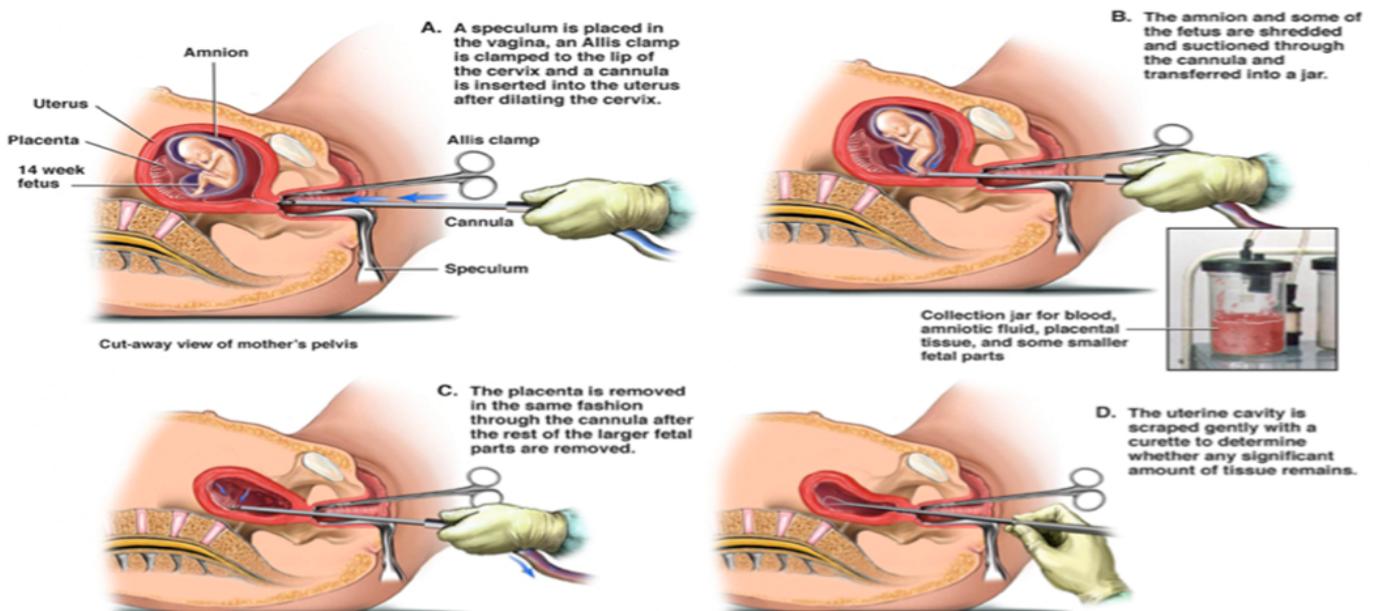


FIGURE 1.30 – aspiration endo-utérine

- ⊗ curetage : se fait donc par voie naturelle en position gynécologique pour introduire la curette , il est nécessaire de dilater le col , grâce à des bougies de diamètre progressifs.

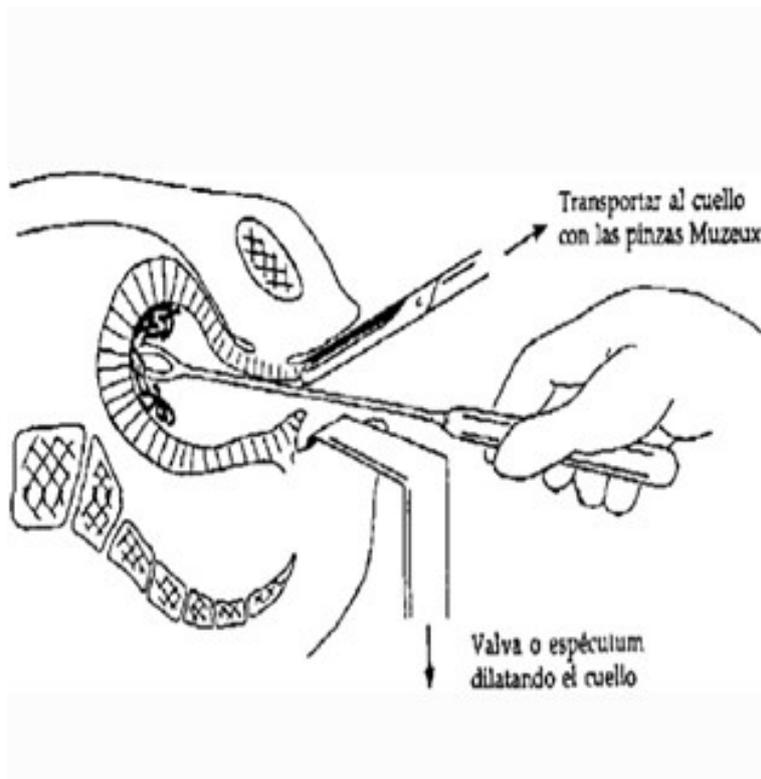
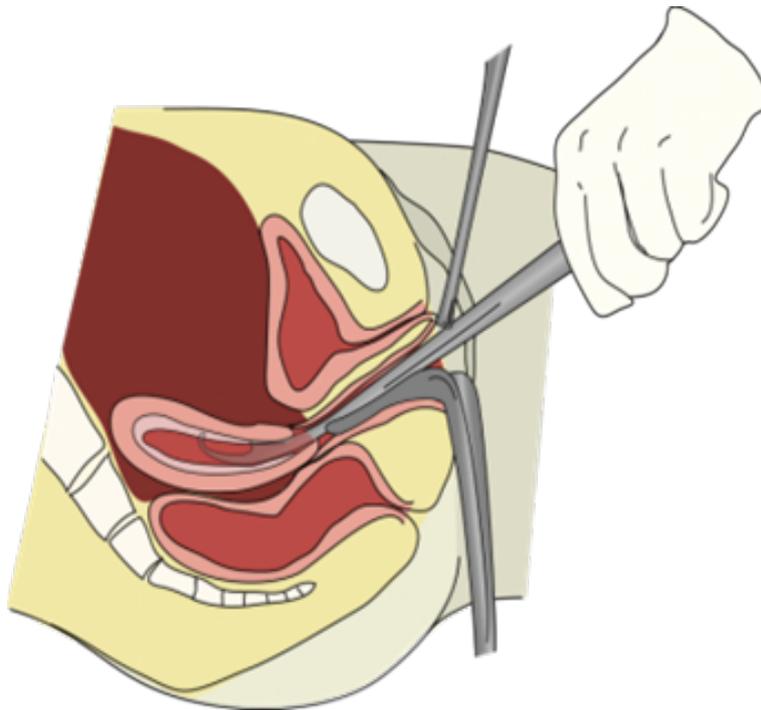
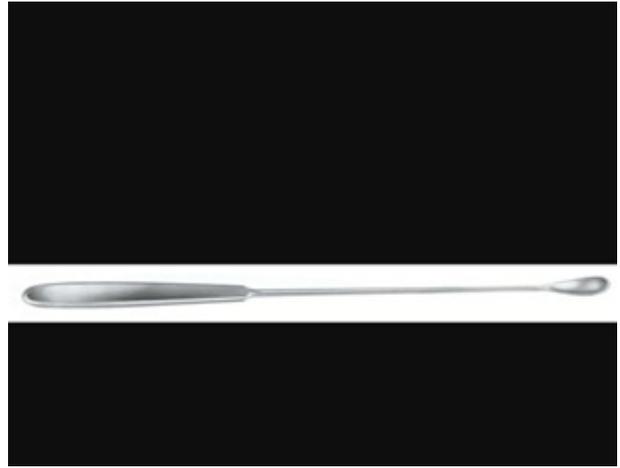


FIGURE 1.31 – Curetage



Instruments utilisé lors de curetage

\* **indication :**

- FCS hémorragique et / ou hyperalgique.
- Grossesse < 8 SA.
- Fièvre.
- Refus du traitement médical par la patiente.
- Absence d'expulsion spontanée ou échec du traitement médical.

\* **complications :**

- Perforation utérine + /- plaie digestive, lacération cervicale.
- Hémorragie pouvant aller jusqu'à l'hystérectomie d'hémostase.
- Endométrite.
- Rétention ovulaire.
- Complications liées à l'anesthésie générale.

Deuxième partie

Partie Pratique

# Chapitre 2

## 2.1 Méthodologie :

### 2.1.1 Carte d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'établissement publique hospitalier de Maghnia. L'EPH comprend 04 services dont celui de la gynéco-obstétrique qui est composé de plusieurs unités et plusieurs salles :

- **unité d'accouchement** : composé de :
  - \* 02 blocs d'accouchements contenant des tables d'accouchement + les différents matériels nécessaires au déroulement d'un accouchement.
  - \* salle néonatale : contenant une plaque chauffante pour les nouveaux nés, ainsi que matériels pour l'aspiration, oxygénothérapie, une pèse électrique pour bébé.
  - \* 02 salles pour les patientes en travail.
  - \* chambre de garde pour les sages femmes.
- **suite de couche** : Ou se faire la surveillance des patientes qui ont accouchées.
- **unité de gynécologie** : Réservé pour hospitalisation des patientes atteintes de différentes pathologies gynécologiques (néoplasie du sein, kyste ovarien, fibrome utérin...).
- **unité d'obstétrique** : Pour la surveillance de grossesse à haut risque type HTA, prééclampsie, MAP, RPM.....
- **salle de consultation et d'admission** : Pour juguler entre les consultations et les urgences; une salle d'échographie et de médecin spécialiste; la pharmacie du service; une salle de soin; chambres de garde pour personnels médical et paramédical.
- **un bloc opératoire** : Ou se déroule les différentes interventions et les accouchements par voie haute; avec une salle de réanimation et de réveil.

### **2.1.2 Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive au service le gynéco-obstétrique d'EPH Maghnia.

### **2.1.3 Période d'étude :**

Cette étude a été menée de Mai 2021 au Mai 2022

### **2.1.4 Population d'étude :**

Cette étude avait concerné les femmes enceintes jusqu'à 22 semaines d'aménorrhée admis au service de gynéco-obstétrique pour des avortements spontanés et des menaces d'avortements.

### **2.1.5 Recueil des données :**

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers médicaux des patientes.

### **2.1.6 Définitions opérationnelles :**

- L'avortement spontané autrement dit fausse couche était défini par la mort embryonnaire ou fœtale non induite ou l'expulsion des produits de conception avant la 22e semaine.
- menace d'avortement était défini par 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.

## 2.2 Resultat :

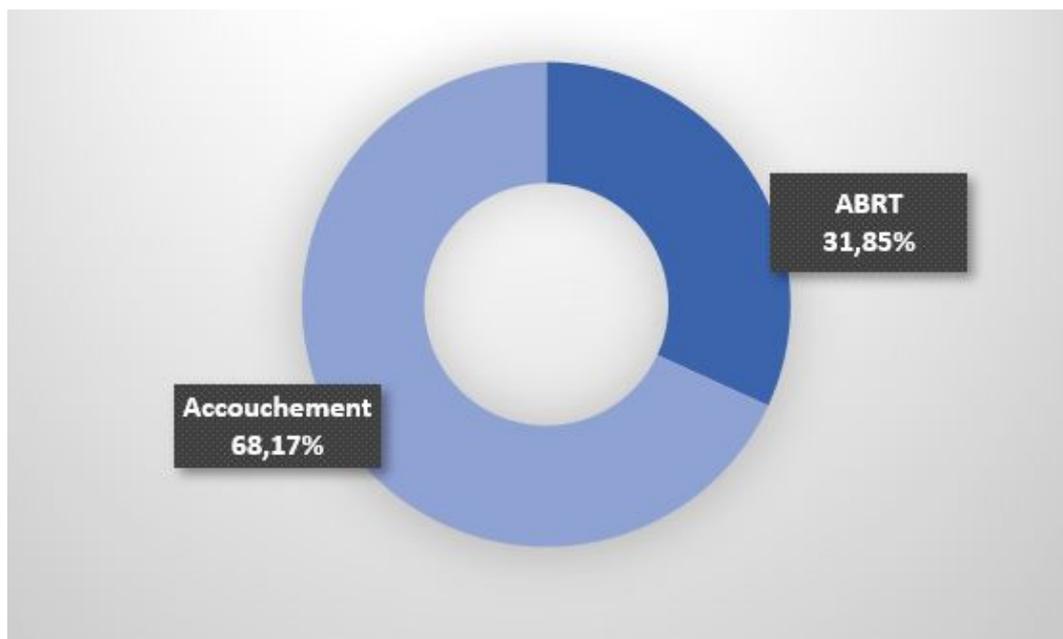
### 2.2.1 Les données épidémiologiques :

#### 2.2.1.1 Fréquence :

Au cours de notre étude allant du MAI 2021 au MAI 2022, nous avons recensé 2731 grossesses dont 244 ont fini par un avortement spontané soit une fréquence de 9%.

	ABRT	Accouchement	Total
Nombre de cas	72	154	226
Fréquence %	31,85%	68,14%	100%

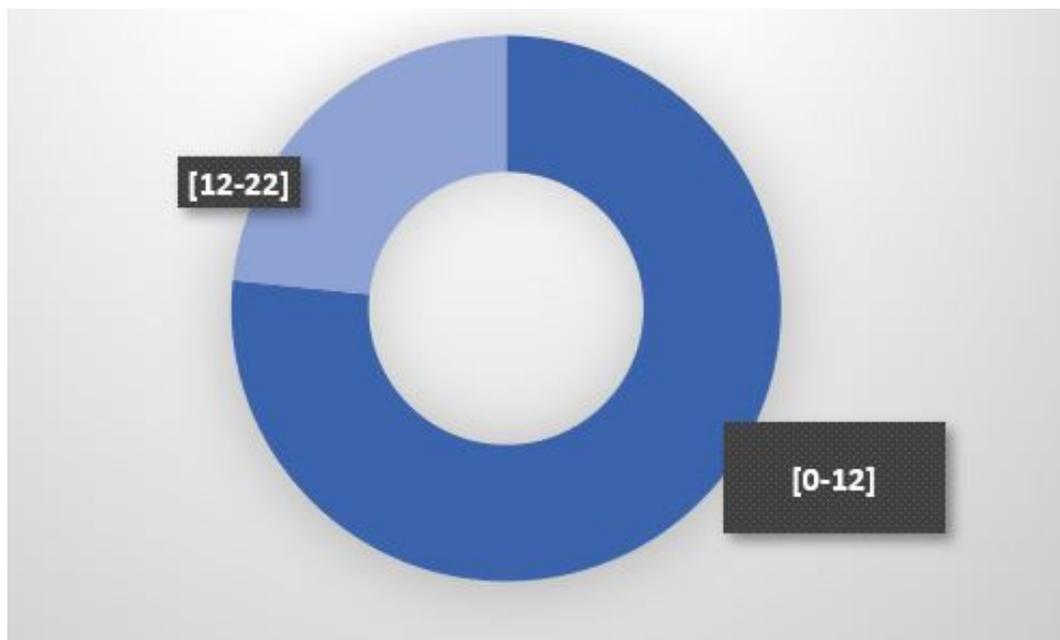
TABLE 2.1 - Menace qui se termine par avortement



- On a noté 226 menaces d'avortement dont 72 cas a fini par un avortement spontané soit une fréquence de 31,85%.

Age gestationnel	[0-12]	[12-22]	Total
Nombre d'avortement	187	57	244
Frequence %	76,64%	23,36%	100%

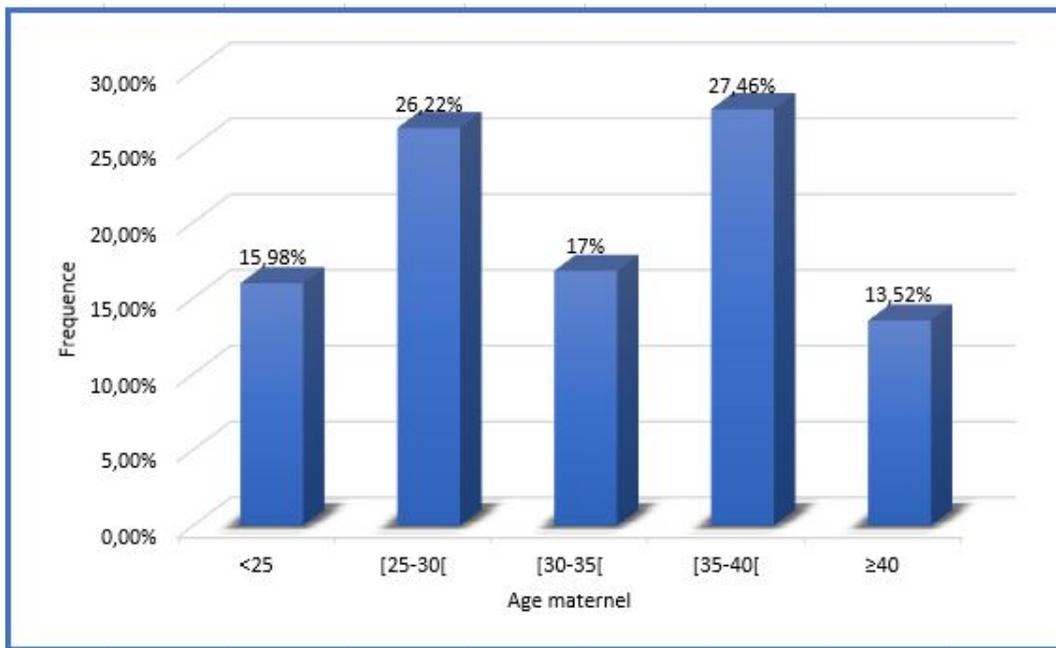
TABLE 2.2 - Répartition d'avortement en fonction de l'âge gestationnel



- On a noté 187 avortements dite précoces dont lesquels l'âge gestationnel  $\leq 12$  s.a avec une fréquence de 76,64%.
- 57 avortements dont lesquels l'âge gestationnel est entre 12 et 22s.a dite tardif.

Age maternel	<25	[25-30[	[30-35[	[35-40[	$\geq 40$	Total
Nombre de cas	39	64	41	67	33	244
Frequence %	15,98%	26,22%	17%	27,46%	13,52%	100%

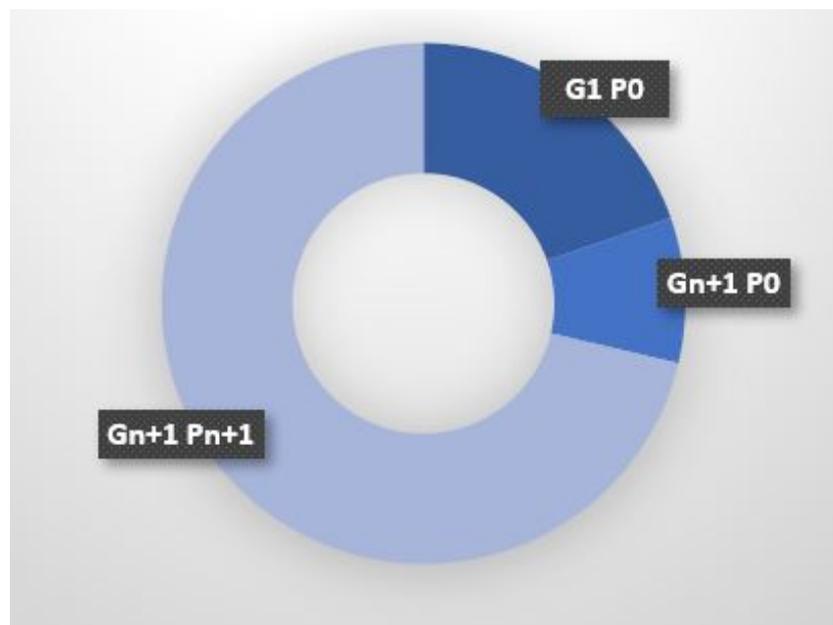
TABLE 2.3 - Répartition de cas en fonction de l'âge maternel



- L'avortement spontané était plus fréquent chez les femmes d'âge entre 35 et 40 ans avec une fréquence de 27,46%.

G P	$G_1 P_0$	$G_{n+1} P_0$	$G_{n+1} P_n$	Total
Nombre de cas	48	22	174	244
Frequence %	19,67%	9,01%	71%	100%

TABLE 2.4 - Répartition de cas en fonction du nombre de gestes et de parités



- Le seuil maximum est chez les femmes multipares avec une fréquence de 71,31%.

---

	≥ 03 abrt	< 03 abrt	Total
<b>Nombre de cas</b>	47	197	244
<b>Frequence%</b>	19,26%	80,73%	100%

TABLE 2.5 - répartition en fonction de nombre d'avortement

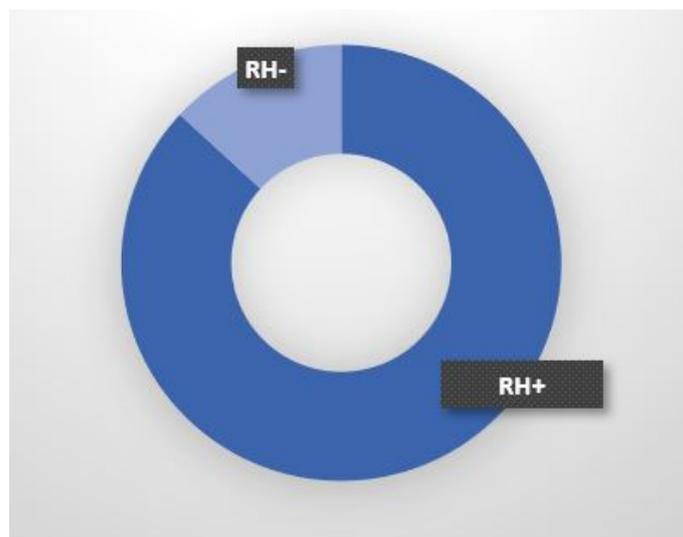


- La maladie abortive dont on parle avec un nombre des avortement ≥03ABRT deviennent de plus en plus intéressant par son seuil remarquable avec une fréquence de 80,73%.

---

	RH+	RH-	Total
<b>Nombre de cas</b>	212	32	244
<b>Frequence%</b>	86,88%	13,11%	100%

TABLE 2.6 - Répartition d'avortement de cas selon rhésus +/-

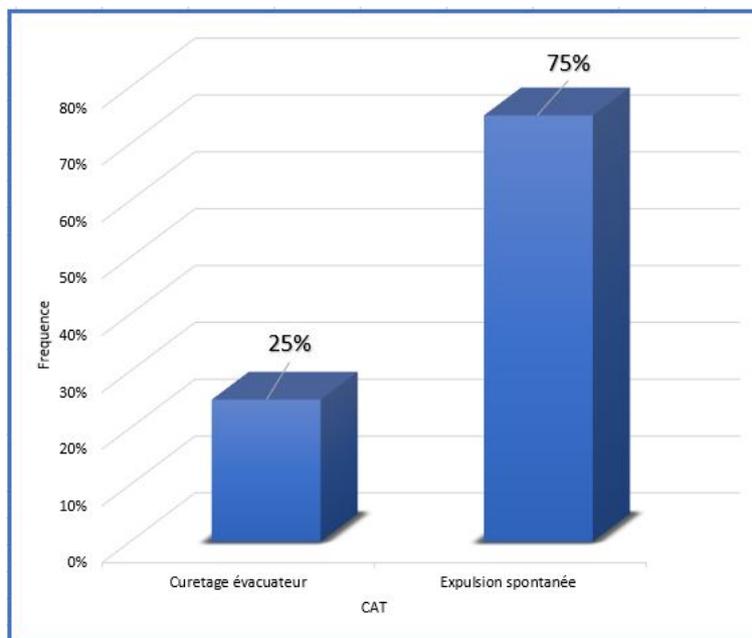


- Parmi les 244 avortements, 13.11% étaient porteuses de rhésus négatif.

---

CAT	Curetage évacuateur	Expulsion spontanée	Total
Nombre de cas	60	184	244
Fréquence%	25%	75%	100%

TABLE 2.7 - Répartition selon la conduite à tenir devant un avortement



- Expulsion spontanée est la méthode la plus utilisée dans 75% des cas.

## 2.3 Conclusion

Au terme de ce modeste travail qui a porté sur une étude descriptive rétrospective de l'établissement de santé publique de Maghnia durant une période de 12 mois allant de Mai 2021 au Mai 2022, les résultats ont montré que parmi les 2731 grossesses, il y avait 244 avortements spontanés avec une fréquence de 9%.

L'étude a montré que les avortements précoces sont au premier plan survenant entre [0sa-12sa] chez les femmes d'âge moyen entre 35 et 40 ans multipares et qui ont subi un ou plusieurs avortements auparavant et dont l'expulsion spontanée du fœtus était la méthode la plus utilisée.

Tandis que les avortements tardifs surviennent au 2ème temps avec une fréquence de 23,36%.

Concernant les menaces d'avortement, on a constaté que parmi les 226 cas de menace, 27 grossesses ont fini par un avortement.

Ainsi que le RH négatif de la mère dont le RH de conjoint est positif, peut exposer la grossesse à un risque d'abrt ou l'a menacé, à cause de la prise en charge inadéquate lors des grossesses antérieures ( la non vaccination par anti D); en plus de la méconnaissance des mamans porteuses de RH négatif de la nécessité de vaccin anti D après chaque accouchement , avortement ou même un saignement minime lors d'une grossesse.

# Recommendation

A la lumière de cette étude, il semble important de rappeler que toutes les femmes enceintes redoutent la fausse couche, la principale complication de la grossesse. Il faut savoir qu'il est impossible de prévenir une fausse couche qui est due à des anomalies génétiques chez le fœtus.

Il est toutefois possible de diminuer les risques de faire une fausse couche en optant pour des habitudes de vie saine, telles que :

- Maintenir un poids santé.
- Évitez de porter des objets lourds.
- Ne pas boire d'alcool.
- Cesser de fumer.
- Bien s'hydrater.
- Il faut fuir le stress et le surmenage.
- Reconnaître les signes qui annoncent un avortement.
- Si vous souffrez d'une maladie chronique tel que diabète, consultez votre médecin afin que vos traitements assurent une santé optimale à vous et votre fœtus.
- Détecter et traiter les infections cervico-vaginales, les anomalies utérines.
- Si vous avez eu plusieurs fausses couches de suite, il peut être recommandé de procéder à une évaluation détaillée de votre santé ou de celle de votre conjoint, afin d'en identifier les causes possibles.

# Références

# Bibliographie

- [1] Dr. Aly ABBARA , Livre *interactif en Gynécologie Obstétrique*.
- [2] LEROY B, Polycopie *Echographie en Gynécologie et Obstétrique (sémiologie)*, 1985.
- [3] UZAN M, *Avortement au premier trimestre*.
- [4] CIRARU-VIGNERON N. , *La môle hydatiforme*.
- [5] ANTONETTE T. DULAY, MD, *Main Line Health System-Avortement spontané (Fausse couche)*-.
- [6] KENNETH R. NISWANDER, MD, *Manual of Obstetric*, 2eme Edition ,1983.
- [7] J.H.BAUDET & B.SEGUY , *Révision accélérée en obstétrique*.
- [8] KAY GOERKE, *Atlas de poche d'obstétrique*,2002.
- [9] CNGOF, *Protocoles en gynécologie obstétrique 2° edition*, ELSEVIER-MASSON, 2018.
- [10] COURBIERE. BLANDINE, *gynécologie obstetrique edition 2012*, 2011.
- [11] BERNARD BLANC & CHARLES SULTAN, *Traité de gynécologie médicale*, 2004.
- [12] JACQUES LANSAC & HENRI MARRET, *Gynécologie pour le praticien 6° edition* , Elsevier Masson, 2018.
- [13] ANDRE BOURSIER, *Précis de gynecologie* , OCTAVE DOIN, 1903.
- [14] DE TOURRIS HENRI & MAGNIN GUILLAUME & PIERRE FABRICE, *Gynécologie et obstétrique manuel illustré 7° edition* , 2000.
- [15] ANTOINE GAVOILLE, *ECN gynécologie obstétrique* ,S-Editions, 2022.
- [16] Code de procédure pénale en Algérie.
- [17] MediResource Inc. 1996 – 2022