



جامعة ابو بكر بلقايد

Universite ABOUBAKR BELKAID tlemcen

كلية الطب الدكتور ب بن زرجب

Faculte de medecine dr .B BENZERDJEB



FAUSSES-COUCHES SPONTANEEES

ENCADREUR: PR.OUALI

PRESENTE PAR :

DR SENNAOUI KHALID

DR OUDA FATIMA ZOHRA

DR HASHAS ZEYNEB

DR KAOUAN SABAH

DR GUERMICH AMEL

2014 | 2015

PLAN DE LA THESE :

- I. INTRODUCTION
- II. EPIDEMIOLOGIE
- III. FACTEURS DE RISQUE
- IV. TERMINOLOGIE
- V. ETIOLOGIES
- VI. CLINIQUE
- VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES
- VIII. COMPLICATIONS
- IX. A NE PAS CONFONDRE
- X. CAT ET TRAITEMENT
- XI. PREVENTION
- XII. ETUDE PRATIQUE

I. INTRODUCTION :

*Si la **fausse couche** est relativement fréquente en ALGERIE (une grossesse sur dix se terminerait par une fausse couche), elle n'en est pas moins un événement difficile à vivre, voire traumatisant, pour la femme comme pour le couple. Et ce, d'autant plus que les fausses couches se répètent...*

*On parle de fausse couche, en cas d'**expulsion** du produit de conception avant sa **viabilité** soit à un âge gestationnel < **28** semaines (180 jours) ou à un poids < **1Kg***
*Selon l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS) ; l'avortement est « l'expulsion l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de **500 g** », ce qui ou correspond à une grossesse de **20-22** semaines.*

L'utérus est recouvert d'une muqueuse qu'on appelle l'endomètre. C'est dans cette muqueuse que l'œuf fécondé s'implante et qu'un réseau de vaisseaux se forme de part et d'autre de l'endomètre (entre la mère et le futur bébé), c'est le placenta. Cette étape est cruciale pour le bon déroulement de la grossesse.

*C'est au cours des **douze premières semaines** que le risque de fausse couche est le plus important. Cette période englobe la fécondation, l'implantation de l'œuf puis l'apparition du placenta, ainsi qu'un début de développement. Les fausses couches de cette période passent souvent **inaperçues**, car l'œuf est si petit qu'il est évacué dans les sécrétions utérines avec les règles. Les **causes de fausse couche** peuvent être multiples :*

- *un embryon qui n'a pas pu s'implanter dans la muqueuse utérine **OU***
- *qui s'est arrêté de se développer après l'implantation.*

*On parle alors de **mortalité embryonnaire précoce** qui est due le plus souvent à des malformations chromosomiques apparues au moment de la fécondation ou au cours des divisions de l'embryon.*

Mais une fausse couche peut survenir plus tardivement, après la douzième semaine d'aménorrhée environ. Il peut s'agir aussi bien de complications de développement, que de problème au niveau de l'utérus ou du col.

*Le placenta peut se détacher de la paroi et induire une hémorragie. Le col de l'utérus peut manquer de tonicité et s'ouvrir, il devient alors une zone de passage pour d'éventuelle infection. Le sac amniotique peut lui aussi être fissuré, ce qui déclencherait également une **fausse couche tardive**.*

II. EPIDEMIOLOGIE :

Fréquence :

Les avortements spontanés représentent de 10 à 20 % des interruptions de grossesse (les chiffres sont incertains, car certaines femmes ne se rendent pas compte qu'elles ont avorté et d'autres ne consultent pas le médecin)

Les avortements de ce type ont généralement lieu dans les dix premières semaines suivant la fécondation ; alors :

- *31% des grossesses avortent après implantation*
- *10 à 15% des femmes enceintes font une fausse couche (FC) entre 5 et 8 SA*
- *70% des œufs fécondés avortent avant 6 SA*
- *Sur 100 Avortements : 58 infra cliniques*
- *1 femme sur 4 saigne au premier trimestre*

50% font une FCS

50% iront à terme mais :

Mortalité périnatale X 1,3

Prématurité X 1,2

III. FACTEURS DE RISQUE :

- *Age > 30 ans : OR=2,3*
- *Antécédent de FC : OR=2,3*
- *Origine ethnique (Afrique du nord) : OR=2,1*
- *Problèmes psychologiques : OR=3*
- *Tabac = RRX3*

IV. TERMINOLOGIE :

Conceptus : *embryon ou fœtus selon l'âge*

Produit de conception : *embryon ou fœtus avec sac gestationnel ou placenta et les membranes*

Âge de conception : *du jour de fécondation au jour de mort in utero ou de l'expulsion d'un conceptus vivant*

Âge gestationnel ou menstruel : *du 1er jour des dernières règles à l'expulsion ou retrait du produit de conception*

Période de rétention intra-utérine : *temps de mort in utero jusqu'à l'expulsion ou le retrait du fœtus*

Avortement Ultra-Précoce (ou infra clinique) : *Appelé aussi : avortement menstruel spontané ; ou nidation précocement abortive. Survient soit :*

- ✗ *avant l'implantation du blastocyste ; ou*
- ✗ *après l'implantation : ce type d'avortement appelé aussi (nidation précocement abortive) ; il désigne tout avortement spontané au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire ce qui correspond aux 8e au 17 e jour post-conceptionnels (depuis la fécondation).*

Dans ces avortements la grossesse est reconnaissable :

- ✗ soit par le dosage biologique prémenstruel de bêta HCG plasmatique (gestation au stade biologique ou chimique) ;*

- ✗ soit lors de l'examen anatomopathologie de l'endomètre à la suite d'une biopsie de l'endomètre ou sur la pièce opératoire d'une hystérectomie.*
L'examen histologique montre dans ces cas là des signes qui sont en faveur du diagnostic d'avortement ultra-précoce.

Si l'on considère toutes les fécondations survenant au cours d'un cycle avec des rapports non protégés en zone fertile, le taux de grossesses par cycle peut atteindre de 85 % par cycle ; et si l'on prend en compte les diagnostics biologiques de grossesse, ce taux peut atteindre le 60 %. Ces taux prouvent que ces avortements infra cliniques sont très fréquents chez l'espèce humaine.

Œuf Clair : *Absence d'embryon ; absence de vaisseaux fœtaux dans les villosités*

Embryon Dégénéré : *tissu embryonnaire identifiable ou non, présence de vaisseaux fœtaux dans les villosités avec érythroblastes.*

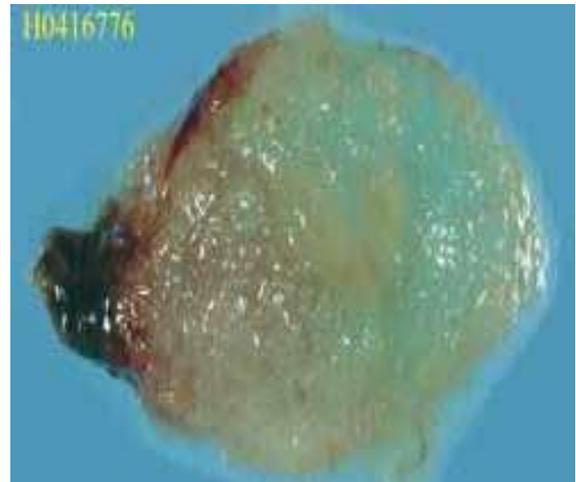
Avortement Spontané Précoce : *durant la période embryonnaire jusqu'à la fin de la 8^{ième} semaine*

Matériel d'avortement précoce :

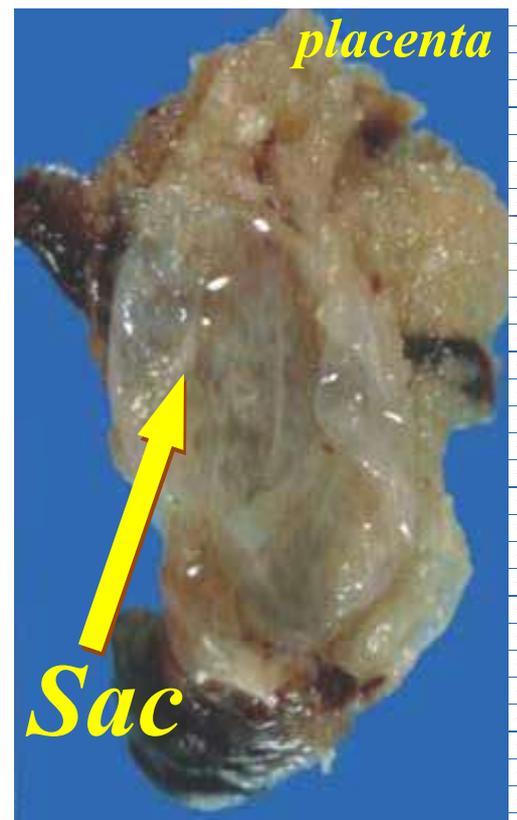
Spécimen incomplet 50%



Sacs rompus ou fragmentés 3



Fragments de tissu décidual seulement 10%



Avortement Spontané Tardif : 9ième à la 20ième semaine du développement foetal

Matériel d'avortement tardif :

Placenta et fœtus vers la fin du 2ième trimestre dont :

50% révèlent une anomalie placentaire

25% causes non spécifiques

25% causes fœtales



Trisomie 13

Menace d'avortement : Perte de sang d'un utérus gravidique sans dilatation cervicale.

Avortement Inévitable : Saignement avec dilatation cervicale et effacement du col.

Avortement Manqué (missed abortion) : Produit de conception retenu plus ou moins depuis 4 semaines in utero.

Avortements Spontanés à Répétition (ASR) :

▲ *Appelés aussi :*

Fausses couches spontanées à répétition (FCSR) ou (RFCS)

Fausses couches spontanées répétées (FCSR) ou (RFCS)

Avortement habituel ou Fausses couches spontanées habituelles. Le : POPIN

Dictionnaire (Dictionnaire Démographique et de la Santé de la Reproduction - Organisation des Nations Unies) définit l'avortement habituel comme l'expulsion d'un fœtus mort ou non viable à environ la même époque de développement d'au moins trois grossesses successives.

Anglais : HABITUAL ABORTION ; Espagnol : ABORTO HABITUAL

▲ *Définition de l'avortement spontané 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.

▲ *Les auteurs distinguent entre deux catégories d'avortements spontanés à répétition:*

☹ *Avortements spontanés précoces à répétition :*

Appelés aussi : Maladie abortive qui est par définition : trois avortements spontanés successifs survenant au premier trimestre de la grossesse (c'est-à-dire durant les premières 15 semaines d'aménorrhée) ; correctement documentés (dépiage plasmatique ou urinaire de bêta-HCG ; échographie ; examen anatomopathologique..), et sans grossesse intercalaire menée à terme.

Mais certains auteurs conservent cette définition pour les avortements survenant au stade embryonnaire de la gestation en donnant cette définition : trois avortements spontanés successifs survenant avant 10 semaines d'aménorrhée ; correctement documentés (dépistage plasmatique ou urinaire de bêta-HCG ; échographie ; examen anatomopathologique...) et sans grossesse intercalaire menée à terme

On distingue :

- ✘ ASR précoces primaires : avortements spontanés à répétition survenant chez des femmes n'ayant pas d'enfant vivant ou de grossesse évolutive au delà de 10 semaines d'aménorrhée.*
- ✘ ASR secondaires : avortements spontanés à répétition survenant chez des femmes ayant un ou plusieurs enfants vivant ou des grossesses évolutives au delà de 10 semaines d'aménorrhée.*

D'autres auteurs donnent cette définition : trois avortements spontanés successifs survenant avant 12 semaines d'aménorrhée et correctement.

☹ Avortement spontanés tardifs à répétition :

Il est défini par la survenue de trois avortements spontanés tardifs successifs et sans grossesse intercalaire menée à terme.

V. ETIOLOGIES :



Penser toujours à l'avortement provoqué clandestin !!!!

a. Causes ovulaires :

*Il s'agit essentiellement des **anomalies chromosomiques** qui sont fréquentes (50 à 60%) et dont leur incidence augmente avec l'âge maternel:*

70% des FCS < 6SA

40% des FCS entre 6 et 10 SA

5% après 12SA

Il s'agit soit d':

Anomalies de nombres :

Trisomies 21,18 ... (47 chromosomes par cellule) = 54%

Triploïdies (69 chromosomes par cellule) = 20%

Monosomies (45 chromosomes par cellule) = 13%

Translocation = 4%

Anomalies de structure (capital génétique mal divisé, mal distribué, jeu incomplet)

En principe, les avortements dans ce cas ne récidivent jamais sauf si l'un des parents porte une anomalie chromosomique telle qu'une translocation.

95% de ces conceptus meurent dans le 1er trimestre

Il peut s'agir aussi des **anomalies non chromosomiques** suivantes :



Anomalies du trophoblaste : à la suite des premières divisions cellulaires, les cellules trophoblastiques peuvent être formées :

de lignées cellulaires normales à 46 chromosomes

de lignées anormales plus élevées

Ainsi ; le trophoblaste de plusieurs fœtus trisomiques est fréquemment en mosaïque (Kalousek 1989)

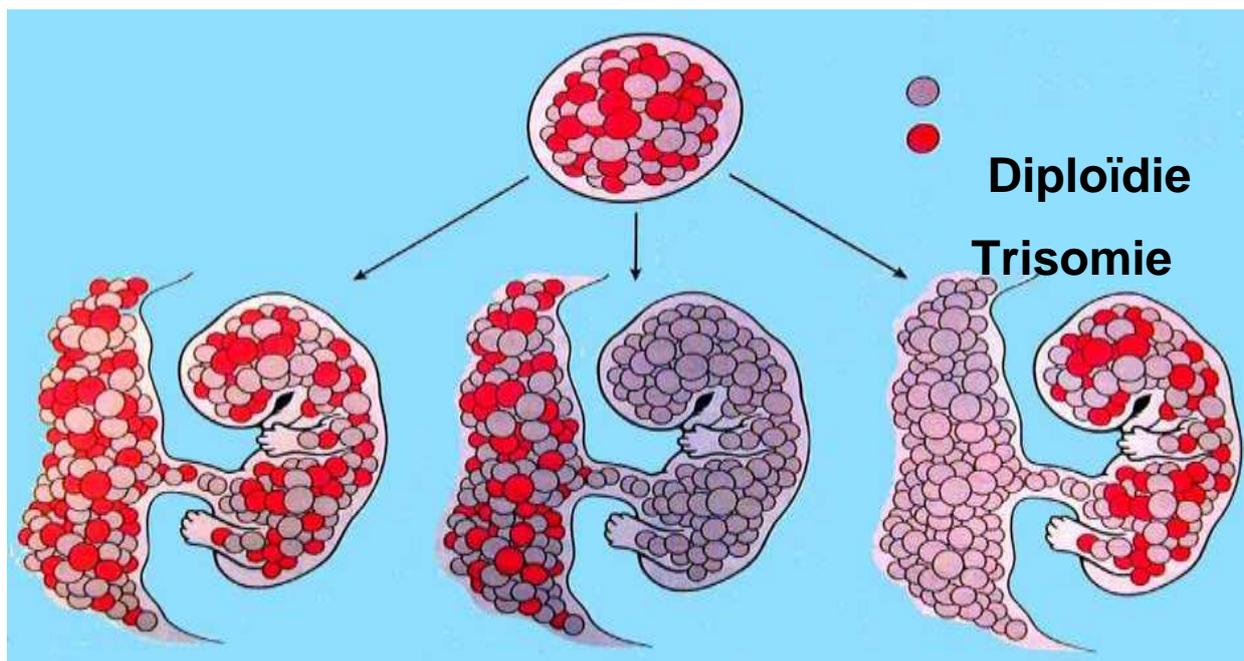
Définition du mosaïsme placentaire :

Présence de deux ou plusieurs lignées cellulaires avec un contenu chromosomique différent Originaires du moment du développement embryonnaire (non séparation, retard d'anaphase, réarrangement structural)

Deux formes de mosaïsme retrouvées: généralisée ou limitée

- **Généralisée** ; survient tôt et toutes les cellules du conceptus sont affectées (trisomie, aneuploïdie du chromosome lié au sexe)

- **Limitée** ; survient durant la séparation et la blastogénèse et se limite soit au placenta, à l'embryon ou au fœtus (1-2% des grossesses)





Anomalie d'insertion placentaire



Aplasia funiculaire



Artère ombilicale unique



Grossesses multiples



Hydramnios



Malformations : peuvent être par exemple :

✘ *Défauts de la paroi abdominale :*

-Omphalocèle :

Faible dans la fermeture de l'herniation de l'intestin moyen vers 10^{ème} semaine (Sac membraneux composé d'amnios et de péritoine) ; associé fréquemment à d'autres anomalies

-Gastrochisis : défaut de fermeture de la paroi abdominale



✘ *Fentes labiales et palatines*

✘ *Uropathie obstructive et anomalies rénales :*

Syndrome de Prune-Belly

Polykystose multikystique



b. Causes locales utérines :

Qu'ils soient congénitaux ou acquis ; les avortements qui en résultent ont en commun les caractéristiques suivantes :

FC tardives 2eme Trimestre

Œuf vivant

Répétition

Elles sont dépistées par l'hystérogographie ou l'hystéroscopie.

Il s'agit de :

① Causes Corporéales : anomalies de la chambre de l'œuf.

La cavité peut être :

-Hypoplasique : réduite dans ses dimensions (DES)

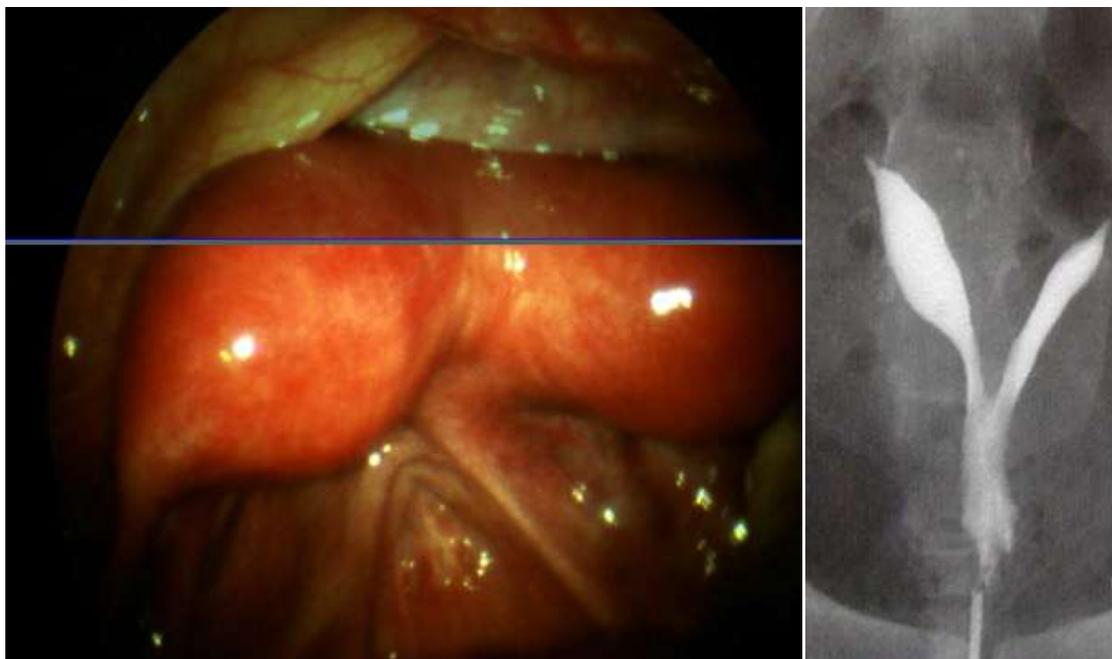
*-Malformée : utérus double ou cloisonné (**bicorne**, à éperon)*

-Déformé par un myome sous muqueux

-Occupé par un polype fibreux

-Obstrué partiellement par des synéchies

Utérus bicorné :



Utérus unicorne :



DES :



Fibrome inta cavitaire :



FIBROME :



Synéchie



② Causes Cervico Isthmiques :

La béance qui peut être acquise ou congénitale. Le tableau est souvent caractéristique :

▲ *Il existe des antécédents d' :*

Avortement provoqué avec dilatation instrumentale du col

Accouchement forcé, à dilatation incomplète

Accouchement rapide de gros enfant

▲ *L'avortement est :*

Tardif : 2^e trimestre

Rapide et peu douloureux, après rupture spontanée des membranes

Et aboutit à l'expulsion d'un fœtus vivant

▲ *Le calibrage par bougies en phase lutéale confirme l'image*

hystérogaphique (bougie n 7-8) et la béance cervico isthmique à 1cm

▲ *Au cours de la grossesse on a proposé de faire le diagnostic par*

échographie (demande une mise au point) et/ou par calibrage per gravidique

(prudence)

▲ *Le traitement est le cerclage, réalisé sans anesthésie, à la fin du 1^{er}*

trimestre



*Ces avortements **récidivent** si la cause n'est **pas traitée**.*

c. Causes infectieuses :

Toute infection aigüe peut provoquer des avortements

Ces avortements peuvent récidiver si l'infection n'est pas découverte et guérie.

L'infection arrive soit :

- *Par voie hématogène (Nécessité de traverser la barrière placentaire au niveau des villosités) :*

Les infections virales seraient plus fréquentes durant le 1er trimestre car les virus et les protozoaires traversent la barrière placentaire plus facilement que les bactéries

- *Par voie ascendante :*

Principalement les infections bactériennes trans-cervicales après le premier trimestre

① Infections Virales :

Herpès:

source hématogène

infection ascendante du col infecté

procédures invasives (monitoring sur le cuir chevelu du fœtus, etc...)

Cytomégalovirus (CMV) :

2-2.5% mères porteuses du virus

Observation chez le fœtus:

-décès des n-nés dans 20-30%

-atteinte de tous les canaux excréteurs de l'organisme et le SNC

Parvovirus B-19 : provoque :

Avortement

Anasarque fœtal

Œdème des villosités

Rotavirus :

Entérovirus

Peut provoquer une myocardite

HIV :

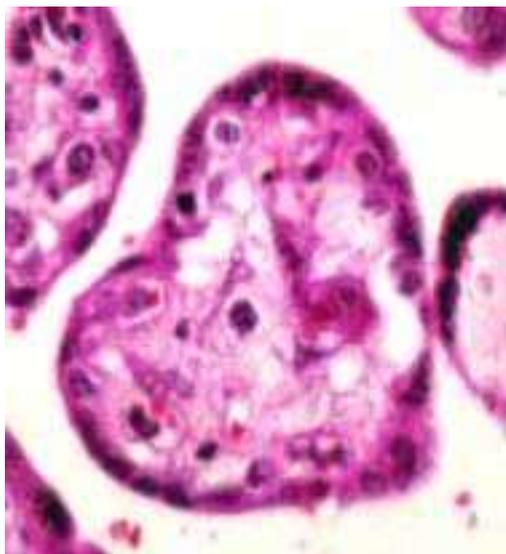
Moins de transmission que les autres virus

Avec présentation variée

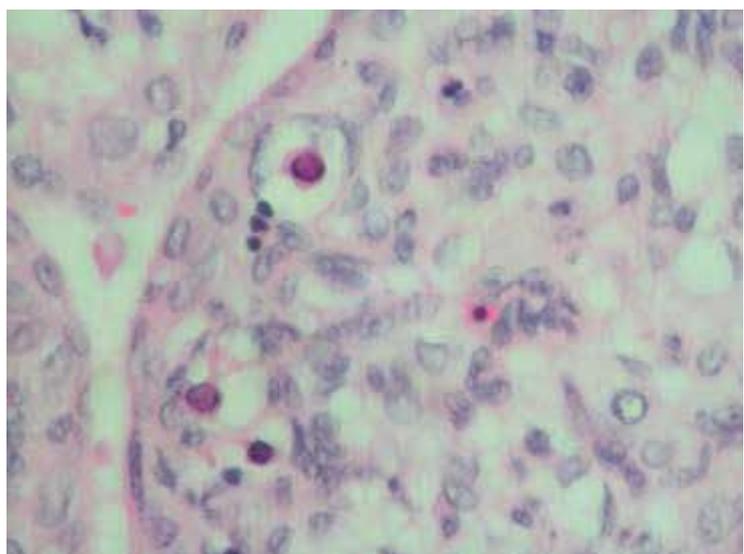
Peu de réaction inflammatoire

Parfois encéphalite à HIV du nouveau-né

CMV



Parvovirus B19



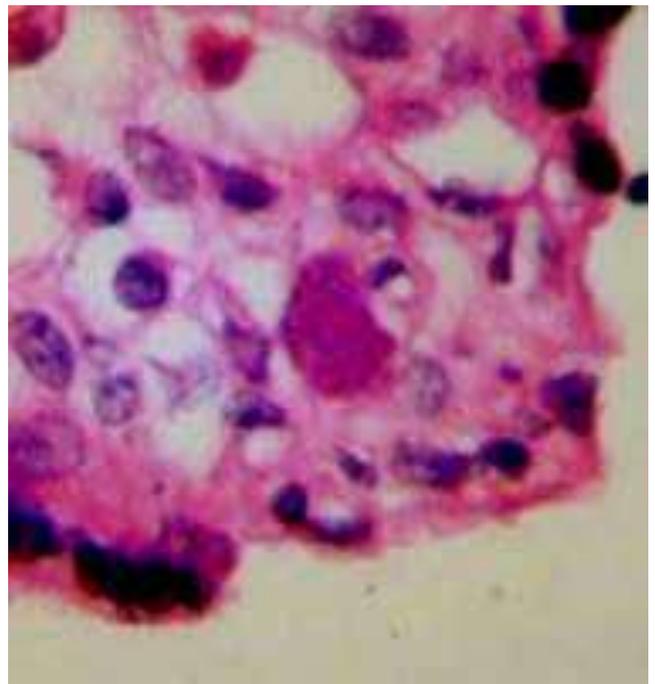
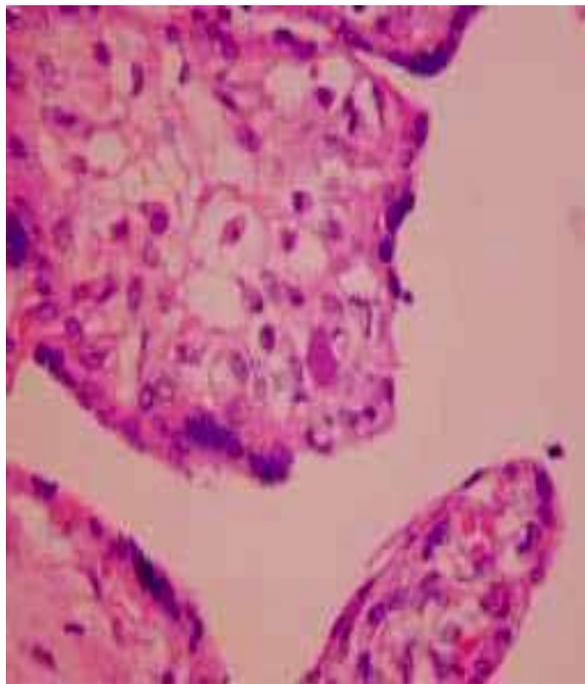
② Infections Parasitaires :

Principalement la toxoplasmose

La toxoplasmose est très rarement en cause (malformations plutôt qu'avortement)

Infection par les ovocytes: chat, sable, terre, végétaux, eau contaminée

Passe la barrière placentaire



③ Infections Bactériennes :

Par voie ascendante:

Streptocoque B-galacticae le plus fréquent

Escherichia coli

Par voie sanguine:

Listeria monocytogène

Tréponème pallidum

d. Cause Endocriniennes :

En dehors d'une hypothyroïdie frustre, elles sont difficiles à affirmer.

Une insuffisance lutéale : peut parfois être en cause mais les traitements progestatifs sont d'une efficacité douteuse.

Parfois hyperandrogénie surrénalienne.

e. Causes Générales :

L'importance du diabète est discutée

- *les syndromes vasculo-rénaux provoquent des avortements tardifs, à répétition de fœtus morts.*
- *L'incompatibilité rhésus n'est pas en cause.*
- *Les intoxications professionnelles sont rares.*

On ne doit pas négliger les causes socio-économiques :

- *Grossesses rapprochées et le jeun âge maternel.*
- *Surmenage physique.*
-

f. Causes Immunologiques :

La recherche d'anomalies immunologiques est réservée aux patients ayant eu trois avortements successifs sans grossesse normale. Ce bilan comprend : VS-TCK, anticoagulant circulant, anticorps anticardioplipines, anticorpe antinucléaires, anti DIFA)

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

g. 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 sont influencés par un apport maternel alimentaire insuffisant en quantité ou qualité, résultant en une disponibilité déficiente pour le fœtus

- Déficience en zinc diminue l'activité antimicrobienne du liquide amniotique et peut jouer un rôle dans la chorioamnionite*
- Déficience en acide folique augmente le risque de défauts de fermeture du tube neural ou le risque de fentes labio-palatines*

h. Autres Facteurs :

Appareils contraceptifs (IUD)

Contraception orale insuffisante

Age maternel : très jeunes, primigestes plus âgées

Médication maternelle :

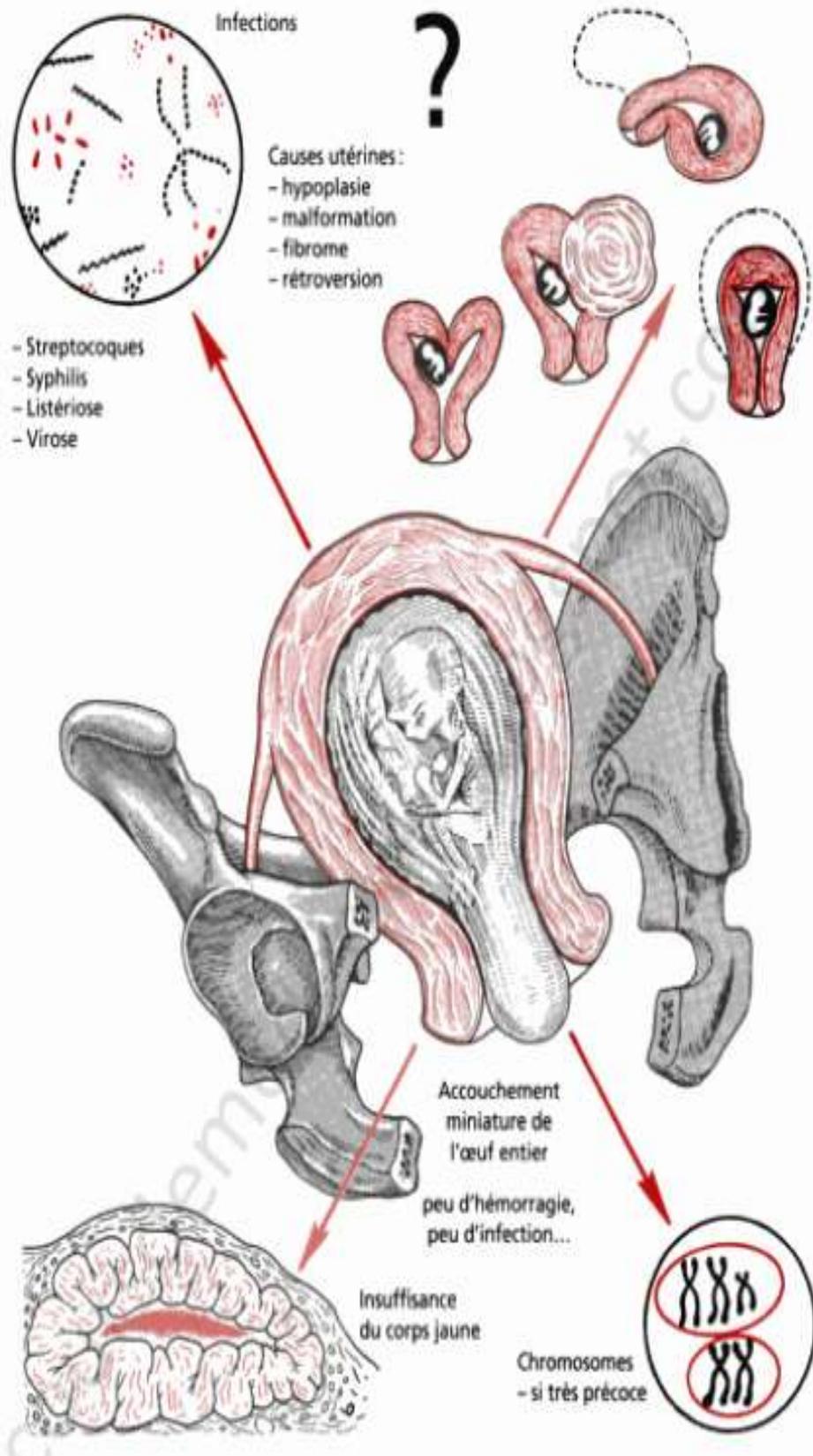
Effet tératogène de certains médicaments (particulièrement ceux sans prescription)

Toxines environnementales

Alcool

Rôle de la cigarette?

Cocaïne



Principales étiologies des avortements spontanés

VI. CLINIQUE :

L'avortement spontané se déroule en 2 phases :

1. Menace d'avortement : caractérisée par :

- ✓ *Métrorragies de petite abondance indolore, faite de sang rouge ou brin foncé*
- ✓ *Parfois Dlr pelvienne modérée a type de Dlr menstruelle avec apparition de contractions utérines répétées*
- ✓ *Au spéculum : utérus gravide, de couleur violacé avec saignement endo-utérin*
- ✓ *TV : montre un utérus augmenté de taille avec col ouvert, le doigtier revient souillé de sang*
- ✓ *Les culs de sac latéraux sont libres*
- ✓ *L'état hémodynamique est en général bon*

2. Avortement en cours : il est annoncé par :

- ✓ *Métrorragies importantes faite de gros cailloux de sang*
- ✓ *Dlr pelvienne augmenté de fréquence, d'intensité a type de colique expulsive*
- ✓ *TV : utérus augmenté de taille avec un col court parfois effacé ouvert a 1 ou 2 doigts*
- ✓ *Parfois le produit de conception est expulsé au niveau du vagin*

VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

✗ L'échographie :

Elle est fondamentale, n'a de valeur qu'à partir de 5 semaines. Elle montre (de préférence per voie vaginale) :

- La forme de sac ovulaire (si plissé et affaissé : avortement inéluctable) et sa localisation intra-utérine.
- Son siège près de l'orifice interne (mauvais pronostic) ou l'insertion du placenta sur l'orifice interne.
- L'existence de structures embryonnaires (si absence ; œuf clair).
- Présence de bruits du cœur, voire de mouvements actifs (si absence ; grossesse arrêtée).
- Elle précise le terme (mesure du sac et de la longueur cranio-caudale).



✘ Le dosage de l'hormone gonadotrophine chorionique :

Particulièrement la sous unité BHCG est utile.

Couplé à l'échographie, il permet le plus souvent de prévoir l'évolution de la grossesse. Un taux bas est de mauvais pronostic.

Une valeur normale est moins formelle (à 1000U/L, le sac intra-utérin est visible par voie vaginale).

VIII. COMPLICATIONS :

L'avortement spontané précoce est rarement compliqué

- *La rétention d'œuf entier nécessite une évacuation (œuf mort ou œuf clair).*
- *La rétention partielle de débris ovulaires peut se compliquer d'infection et nécessite un curetage.*
- *Le déclenchement d'une iso-immunisation chez une femme rhésus négatif e toujours possible, d'où la nécessité d'une prévention par injection de sérum anti-D*

IX. A NE PAS CONFONDRE :

Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical :

- ❑ *Pas de limite ds le temps : à tout moment*
- ❑ *Attestation par 2 médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du Dc*
- ❑ *Les 2 médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1*
- ❑ *Composition LEGALE de l'équipe pluridisciplinaire*
 - ***Si interruption de grossesse pour péril grave pour la santé de la femme :** au moins 3 personnes qui sont 1 médecin qualifié en gynécologie obstétrique, 1 médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue*
 - ***Si interruption de grossesse pour affection grave de l'enfant :** l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation*

- ❑ *Dans tous les cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe*
- ❑ *Accord écrit de la mère, qui peut elle refuser l'ITG*
- ❑ *Etablissement d'un procès verbal signé par les 2 médecins où doit être indiquer le motif de l'ITG dressé en 3 exemplaires (1 par medecin + patiente).*
- ❑ *Une IGPM pratiquee à partir de 22 SA ou si pds > 500g est un accouchement prématuré. Si l'enfant nait vivant, il doit être considéré comme tel. Il doit de plus faire l'objet d'une déclaration à l'état civil de naissance ou de morts-nés*
- ❑ *Déclaration obligatoire et anonyme de l'IGPM au méd. inspecteur départemental de la DDASS par le médecin.*
 - *Ce dernier est chargé de s'assurer que les dispositions légales ont bien été appliqué*
 - *Il peut consulter les dossiers que le directeur de l'établissement doit garde **au moins 3 ans (pas retrouvé ds nouvelle loi alors laissé tel quel)***

Avortement criminel :

L'avortement criminel est l'interruption volontaire de la grossesse, c'est-à-dire l'expulsion prématurée volontairement provoquée, sans nécessité médicale, du produit de conception.

Il faut le différencié de l'avortement naturel et de l'avortement thérapeutique.

L'avortement criminel est le plus souvent pratiqué dans les 1^{er} mois car les complications sont moins graves

① Moyens abortifs :

- Substances abortifs

Leurs actions s'exercent directement sur la fibre utérine provoquant des contractions, soit sur l'œuf provoquant la mort du fœtus et l'expulsion

Leur seuil d'action est généralement très augmenté, et l'avortement n'est qu'un épiphénomène de l'intoxication générale

1-toxiques végétaux :

C'est des substances qui provoquent le flux mensuel, abandonnées actuellement exemple ergot de seigle

2- toxiques minéraux :

Le plomb : injection intra utérine, parfois par voie orale, il provoque une hépatonéphrite aiguë

Le phosphore blanc et la cantharide : poudres d'insectes, très dangereux

Permanganate de potassium : placé dans le fond du vagin, il provoque une nécrose vasculaire et une hémorragie importante avec risque de perforation

Les sels de quinine et les antipaludéens de synthèse

3- substances hormonales

Les œstrogènes ont la réputation d'être abortifs, mais on les utilise réellement dans certaines menaces d'avortement pour maintenir la grossesse.

- Manœuvres abortives

1. manœuvres indirectes

Elles sont abandonnées : injection intra vaginales très chaudes ou très froides, traumatisme du col

2. manœuvres directes

- sur l'utérus : le but est d'obtenir les contractions, introduction d'un objet rigide pour dilater le col, risque de mort par inhibition et les déchirures, parfois c'est pour préparer à des manœuvres sur l'œuf directement

- sur l'œuf : le but est la destruction et l'expulsion, objet rigide et long, parfois c'est l'injection d'eau savonneuse ou eau de javel pour obtenir le décollement de l'œuf

② Diagnostic différentiel entre avortement provoqué et avortement spontané :

- Lésions des organes génitaux :

Lésions du vagin : plaies des culs de sac, perforations, glaires sanguinolentes

Lésion de l'utérus : perforation, infections, infarctus de l'utérus

- Lésions de l'œuf et du fœtus :

Avortement spontané : pas de lésion de l'œuf

Avortement provoqué : décollement des membranes, parfois atteinte embryonnaire.

③ Complications de l'avortement criminel :

Mort par inhibition : mort rapide sur les lieux

Mort par processus embolique, surtout dans les avortements tardifs, la mort est instantanée

Embolie pulmonaire

Embolie cardiaque

Infection suraigüe : tableau de septicémie

Complications rénales : IRA, nécrose corticale bilatérale

④ La législation algérienne :

Le code pénal a consacré dix articles pour les avortements de l'article 304 à l'article 313.

Le législateur a souligné le caractère antisocial de l'avortement et sa détermination d'exercer avec rigueur les répressions



Deux situations où l'avortement est légalement autorisé :

Avortement thérapeutique : la vie de la mère est en danger et absence de toute autre solution médicale

Femmes victimes de viols commis par les terroristes (instruction du 05/05/1998)

La loi sanitaire a consacré l'article 72 pour des mesures de protection maternelle et infantile

Code de déontologie : article 33

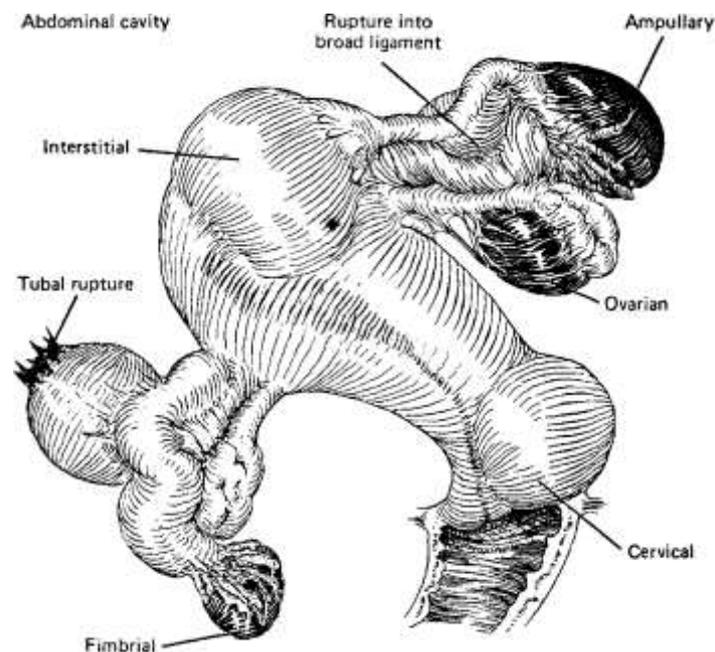
Grossesse extra utérine :

Urgence médicochirurgicale.

Implantation de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine.

Fréquence : en nette augmentation à cause de l'élévation des facteurs de risque.

Problèmes diagnostic et pronostic



Mort fœtale in utéro :

Il s'agit de la mort du fœtus survenant entre 28^e semaine et le début travail.

Elle présente :

- Deux dangers

L'infection ovulaire

L'hémorragie de la délivrance par défibrination

- Deux difficultés

L'attitude thérapeutique qui doit être prudente

L'enquête étiologique à la recherche d'une cause curable est impérative

X. CAT ET TRAITEMENT :

1) Menace d'ABRT :

Au cours du premier trimestre de grossesse 12-14 semaines

- *Repos strict au lit*
- *Tocolyse (arrêter les contractions utérines) par perfusion 500cc de SGI 5% + 5 ampoules de SPASFON avec débit long*
- *Traitement pour arrêter le saignement :*

DICYNONE : injectable 1inj 2x/j

Comprimé : 1cp 3x/j

- *On peut associer un traitement hormonal :*

PROGESTERONE retard 500 on le donne 1inj/j pendant les 3 premiers jours puis 1inj/3j (les 3 inj qui restent)

ULTROGESTAN dosé à 100mg :

3cp/j {
1cp/j par voie orale
2cp en 2x/j par voie vaginale

En associant SPASFON 1sup 3x/j après la fin de la perfusion

- *Traitement étiologique :*

Infection urinaire : NIBIOL 100mg 1cp 3x/j

Infection génital :

AMOXICILLINE 1g=1gel 1gel 3x/j

Antiseptique local par voie génitale: COLPOSEPTINE 1ovule 2x/j

POLYGENAX 1ovule 2x/j

2) ABRT en cours :

- ✗ *Bilan d'urgence*
 - ✗ *Bloc opératoire*
 - ✗ *Opérateur habillé et ganté*
 - ✗ *Malade en position gynécologique*
 - ✗ *Asepsie rigoureuse*
 - ✗ *Mise en place du spéculum*
 - ✗ *Toilette vaginale*
 - ✗ *Traction de la lèvre par la pince de POZZY*
 - ✗ *Introduction de l'hystéromètre pour mesurer la profondeur de l'utérus*
 - ✗ *Introduction de la curette mousse*
 - ✗ *On commence le curetage par la face antérieure, latérale droite, face postérieure, face latérale gauche et termine sur la face antérieure.*
(Sang spumeux → fin de curetage)
 - ✗ *Traitement postopératoire :*
 - ▲ *ATB AMPICILLINE injectable 1g + per os 2g en gel le soir*
 - ▲ *UTEROTONIQUE*
 - ✓ *OCYTOCIQUE : SYNTOCINON inj 5unités 1-2x/j*
 - ✓ *METHERGIN goutte 20gttes 3x/j voie vaginal*
- Injectable : 1inj/j IM*
- Contre indiqué si HTA ou cardiopathie.*

XI. PREVENTION :

CONSEIL GENETIQUE SI ANOMALIE GENETIQUE CONNU

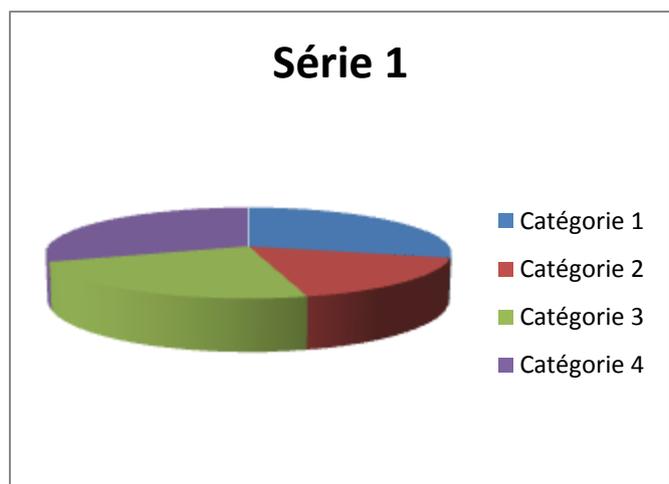
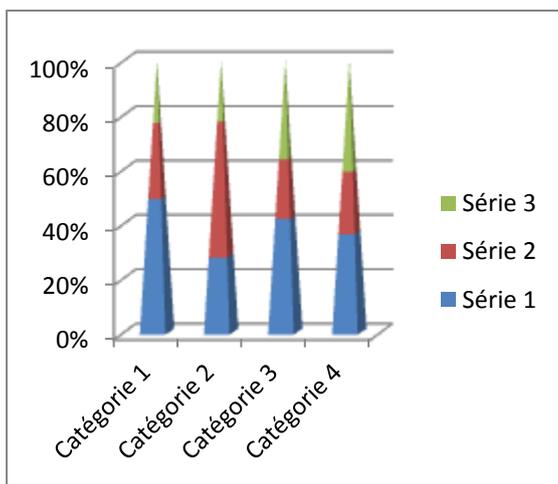
TRATTEMENT DES INFECTIONS CERVICO-VAGINALES

ANOMALIES UTERINES = RESECTIONS CLOISONS, CURE SYNECHIE,
MYOMECTOMIE.

EQUILIBRER UN DIABETE, AMELIORER L'OVULATION

IMMUNOLOGIE : ASPIRINE ± CORTICOÏDES, ANTI COAGULANTS

L'étude pratique



*On a fait notre étude de **16 mois** durant laquelle on a recueilli au total **17544** grossesses parmi eux : **476** cas d'avortements.*

On a utilisé les variables ci-dessous :

1-Le nombre des avortements comptés en fonction de l'âge gestationnel :

<i>Age gestationnel :</i>	<i>]0-12SA]</i>	<i>]12-22SA]</i>	<i>]22-28SA]</i>
<i>Nombre des avortements :</i>	<i>312</i>	<i>152</i>	<i>12</i>

2-Le nombre des cas en fonction de l'âge maternel :

<i>L'âge maternel :</i>	<i><25</i>	<i>]25-30[</i>	<i>]30-35[</i>	<i>]35-40[</i>	<i>≥40</i>
<i>Le nombre des cas :</i>	<i>93</i>	<i>85</i>	<i>165</i>	<i>65</i>	<i>68</i>

3-Le nombre des cas d avortements en fonction du nombre des gestes et de parités :

$n \geq 1$:

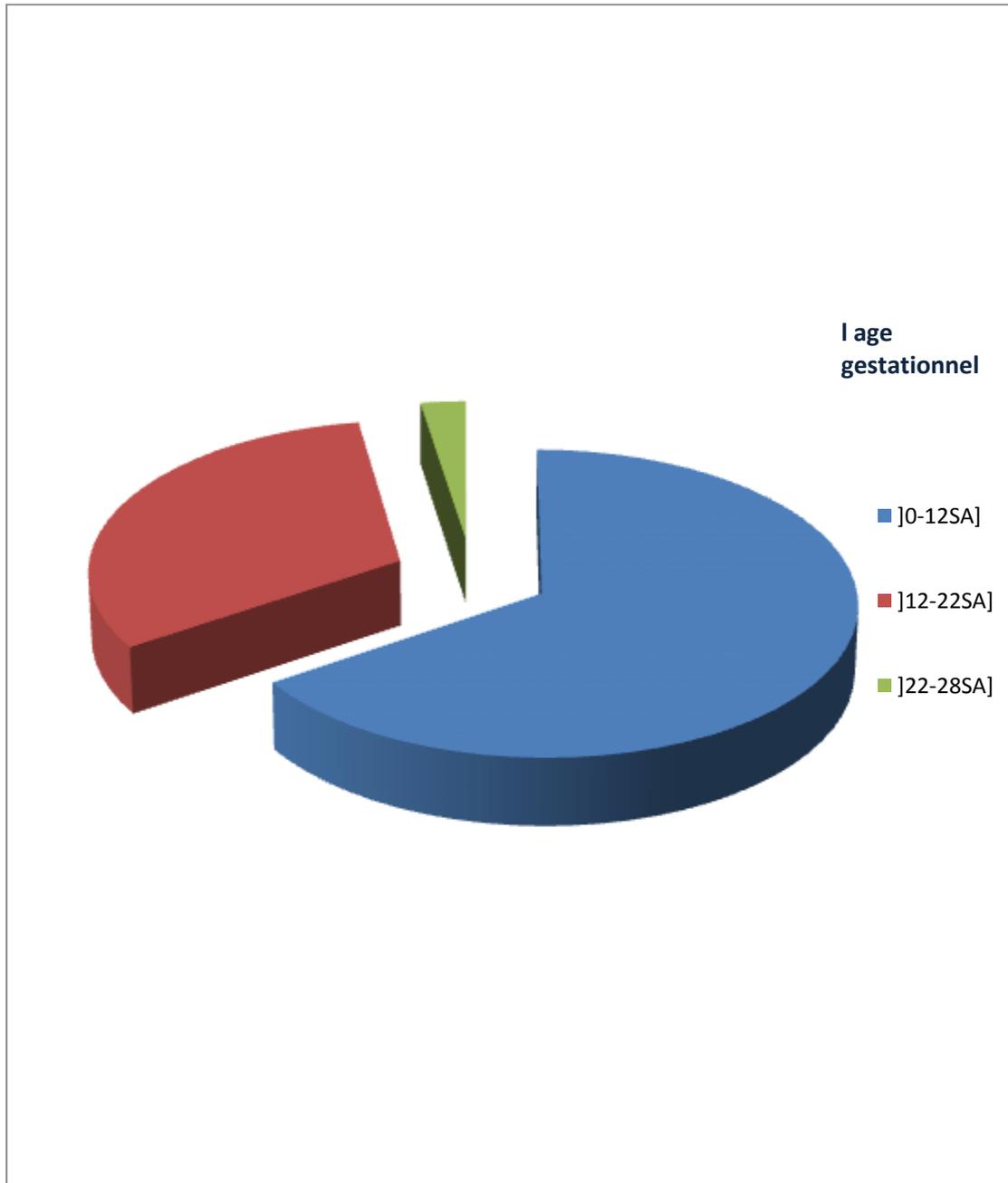
$GP :$	$G_1 P_0$	$G_{n+1} P_0$	$G_{n+1} P_n$
Nombre des cas des avortements :	92	76	308

4-Nombre des cas en fonction du nombres des avortements (maladie abortive) :

Le nombre d avortements :	$\geq 3 AVTs$	$<3AVTs$
Le nombre des cas :	98	378

5-La conduite à tenir devant un avortement :

CAT :	Curetage évacuateur hémostatique :	Expulsion spontanée :
Le nombre des cas :	441	35



Nombre des avortements comptés en fonction de l'âge gestationnel

Commentaire du premier graphe :

En discussion :

**On a noté 312 avortements dont lesquels l âge gestationnel $\leq 12SA$ (1^{er} trimestre),*

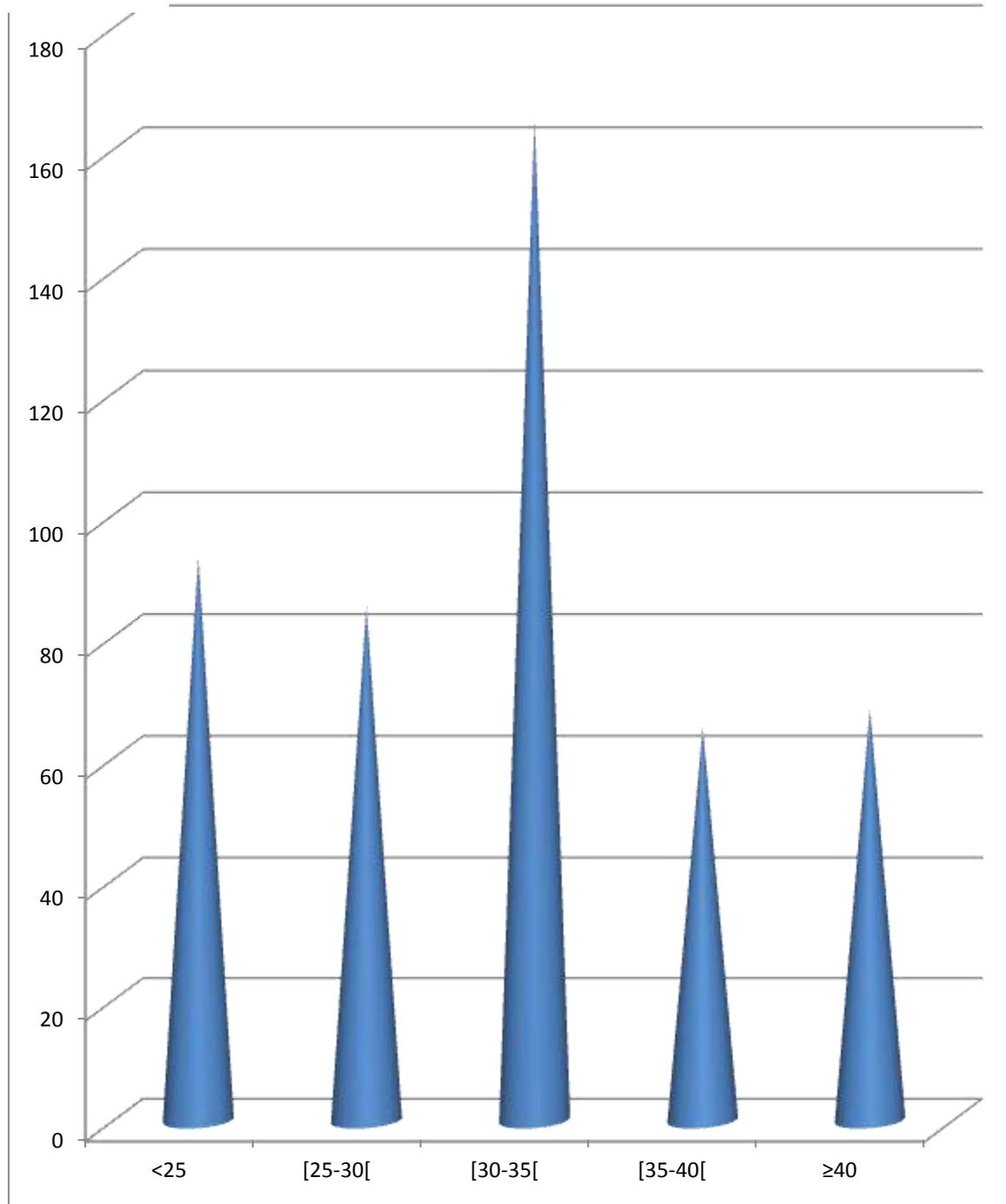
**152 avortements dont lesquels l âge gestationnel [12-22SA] (2^e trimestre),*

**12 avortements dont lesquels l âge gestationnel [22-28SA] (3^e trimestre),*

Conclusion N 1 :

On a conclu que les avortements précoces sont classés en 1^{er} plan ($\leq 12SA$) puis viennent les avortements tardifs avec un seuil minimal,

Nombre des



*L âge
maternel*

*Le nombre des cas en fonction de l âge
maternels*

Commentaire du deuxième graphe :

**On a reçu 93 cas d'avortements dont l'âge < 25 ans,*

**85 cas d'avortements dont l'âge est entre [25-30[,*

**165 cas d'avortements dont l'âge est entre [30-35[,*

**65 cas d'avortements dont l'âge [35-40[,*

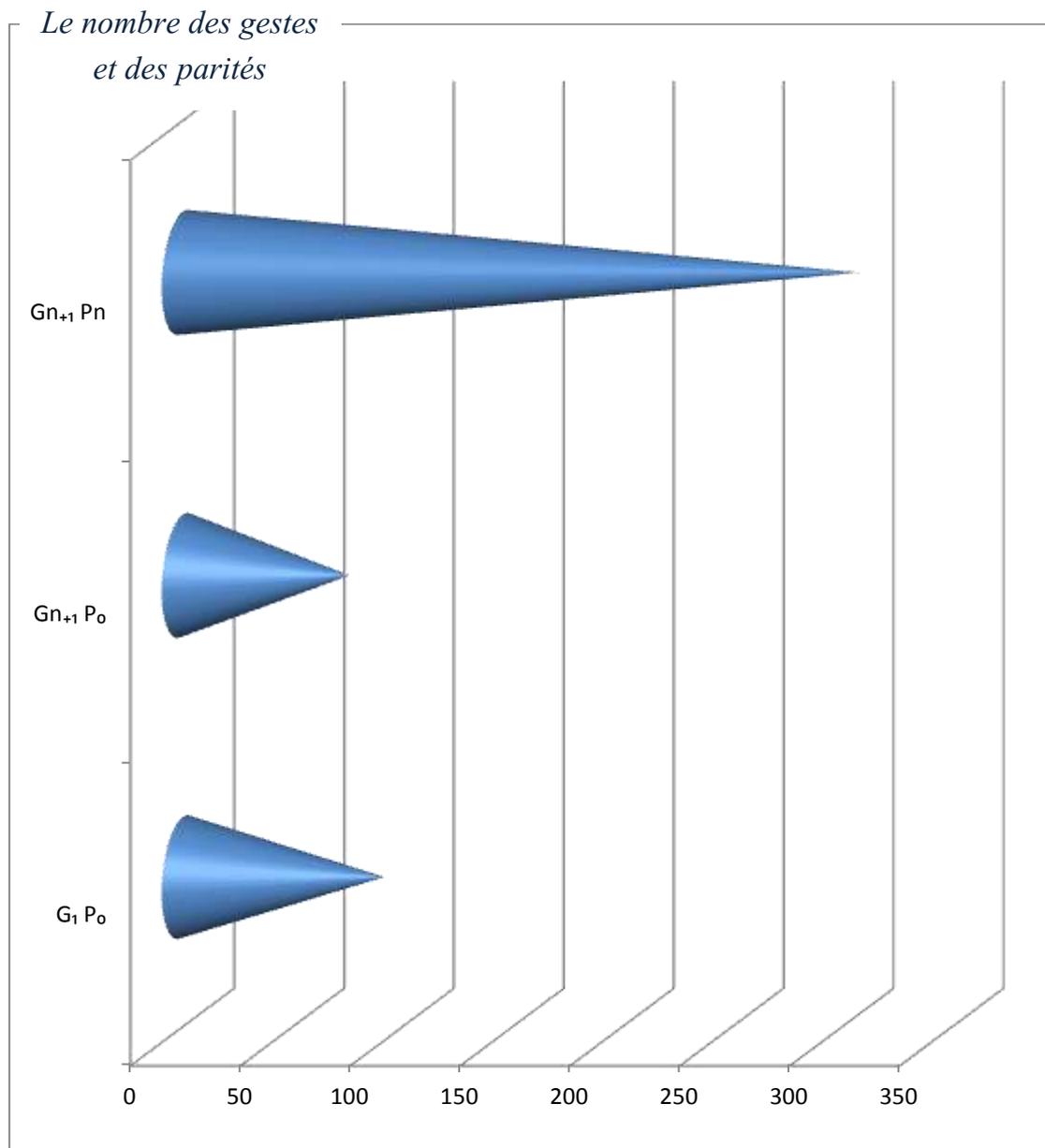
**68 cas d'avortements dont l'âge ≥ 40 ,*

Conclusion N 2 :

On a conclu que le maximum des avortements quand a reçu dont l'âge [30-35[puis avec un seuil moyen

<25 ans ,puis [25-30[avec un seuil proche moyen , un seuil minimal dont l'âge > 35 ans ,

On a vu que le maximum des avortements surviennent chez les femmes plus jeunes ≤ 35 ans.



*Le nombres
des cas
d'avortemen*

*Le nombre des cas d'avortements en
fonction du nombre des gestes et de parités*

Commentaire de troisième graphe :

* $G_1 P_0$: 92 des cas,

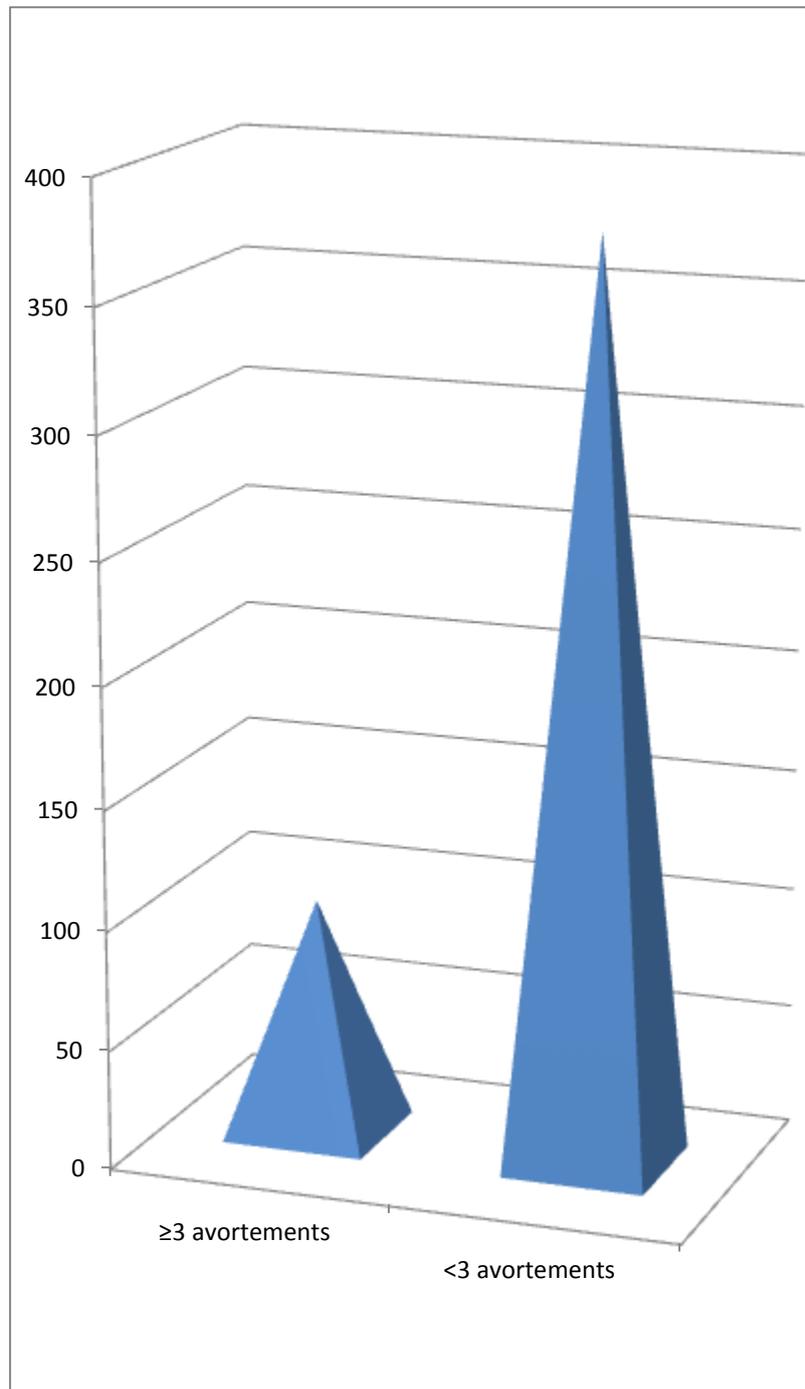
* $G_{n+1} P_0$: 76 cas,

* $G'_{n+1} P_n$: 308 cas,

Conclusion N 3 :

On a conclu que chez les femmes multipares les avortements ont un seuil maximal

Nombre des cas



Nombre des cas en fonction du nombre des avortements

Commentaire de quatrième graphe :

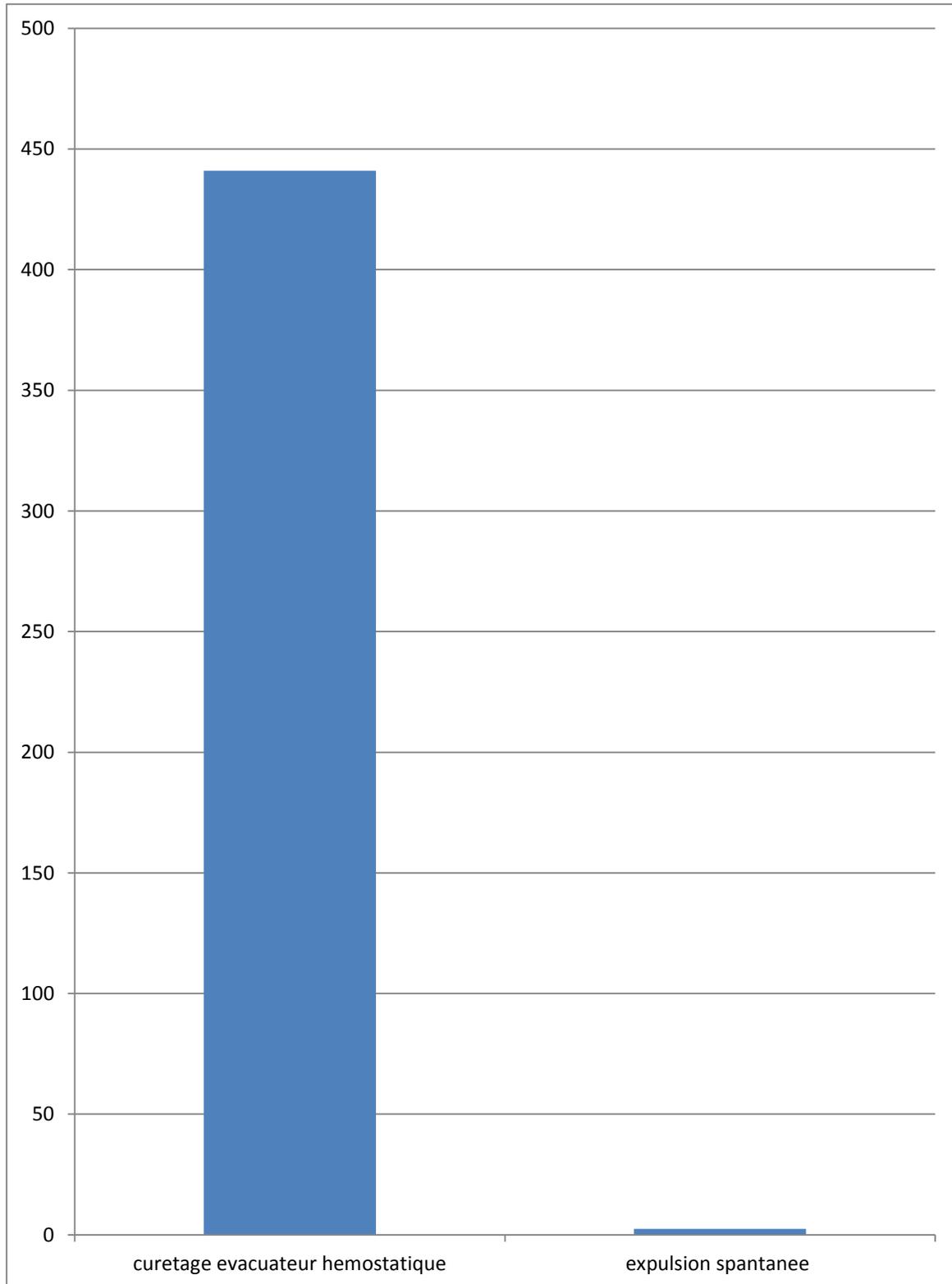
**le nombre des avortements < 3 : chez 378 cas,*

**le nombre des avortements ≥ 3 : chez 98 cas,*

Conclusion N 4 :

La maladie abortive dont on parle avec un nombre des avortements ≥ 3 deviennent de plus en plus intéressante par son seuil remarquable,

Nombre des avortements



*La conduite à tenir devant un
avortement*

Commentaire de cinquième graphe :

**dans 441 cas d avortements :*

CAT : le curetage évacuateur hémostatique,

**dans 35 cas d avortements : l expulsion spontanée est la conduite à tenir,*

Conclusion N 5 :

***On a conclu que le curetage évacuateur hémostatique est la
CAT devant la majorité des avortements,***

CONCLUSION GENERALE DE NOTRE ETUDE PRATIQUE
EFFECTUE :

On résume notre étude pratique faite de 16 mois dont le nombre de grossesse atteint : 17544 cas parmi eux : 476 avortements, donc une fréquence $\approx 2\%$,

Les avortements précoces surviennent au 1^{er} plan : chez les jeunes femmes dont l'âge inférieur ou égale à 35 ans multipares qui ont subi un ou plus d'avortements, dont la CAT dans la majorité du temps est un curetage évacuateur hémostatique,

Les avortements tardifs surviennent au 2^e plan : chez les femmes dont l'âge > 35 ans multipares qui ont subi plus d'un avortement et dont leurs CAT : c'est l'expulsion spontanée,