

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et obstétrique**

—
**Tome XXX
publié le 29.11.2006**



*TRENTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2006*

Fausses couches précoces et rétentions ovulaires: prise en charge immédiate

A. AGOSTINI, J. DE TROYER, M. CAPELLE, J.-P. ESTRADE *
(Marseille)

DÉFINITIONS

Il est important de définir les différentes entités cliniques que recouvrent les termes de fausses couches précoces (FCS) et rétentions ovulaires. En effet, chaque entité correspond à une situation clinique spécifique et à une prise en charge particulière. Il s'agit de définitions anglo-saxonnes peu utilisées en France, qui pourtant correspondent à la pratique médicale quotidienne.

La grossesse arrêtée (*missed or delayed miscarriage*): il s'agit de la découverte fortuite d'une grossesse arrêtée du premier trimestre avec un embryon sans activité cardiaque (*embryonic demise*) ou un œuf clair (*anembryonic pregnancy*) [11].

La menace de fausse couche (*threatened miscarriage*): présence de métrorragies au premier trimestre, absence d'expulsion en cours avec un col fermé.

La fausse couche en cours (*inevitable miscarriage*): présence de métrorragies avec expulsion en cours [1].

* Service de Gynécologie Obstétrique – Hôpital La Conception – Marseille

La fausse couche complète (*complete miscarriage*): disparition des douleurs et des saignements après expulsion associée à une vacuité utérine à l'échographie (absence de débris ovulaires et endomètre <15 mm [8]).

La fausse couche incomplète (*incomplete miscarriage*): persistance de douleurs et/ou de saignements secondaires à la persistance d'une rétention retrouvée à l'échographie (présence de débris ovulaires [14-16, 18]).

La grossesse arrêtée n'est pas une urgence médicale et nécessite une prise en charge particulière. Nous ne traiterons pas cette entité dans ce chapitre

Une autre entité clinique doit être discutée, il s'agit de la grossesse de localisation inconnue. Il s'agit d'une définition anglo-saxonne (*pregnancy of unknown location - PUL*) peu utilisée en France mais qui correspond aussi à une situation clinique fréquente. Par définition, il s'agit d'une grossesse dont la localisation intra ou extra-utérine par échographie est impossible. Il est important de suivre ces patientes avec une courbe de hCG et des échographies régulières afin de déterminer s'il s'agit d'une grossesse intra ou extra-utérine évolutive ou non. Il est préférable en cas de grossesse de localisation inconnue d'être attentiste pour plusieurs raisons. Le risque d'intervention en urgence ou de complications secondaires à un retard de prise en charge n'est pas augmenté [8]. L'évolution spontanée avec négativation des hCG de ces grossesses de localisation inconnue est l'évolution la plus fréquente [9]. Le risque d'erreur thérapeutique en cas de grossesse de localisation inconnue est non négligeable.

LA FAUSSE COUCHE COMPLETE

Il s'agit d'une patiente qui consulte parce qu'elle a fait une fausse couche spontanée dans les heures précédentes. À l'interrogatoire, les saignements ont nettement diminué depuis l'expulsion. L'examen clinique est normal, on vérifiera le retentissement hémodynamique (tension artérielle, pouls, NFS) et on évacuera les débris ovulaires au niveau du vagin ou de l'orifice cervical. La mise en évidence de débris ovulaires confirmera la localisation intra-utérine de la grossesse. L'échographie retrouve une vacuité utérine.

Lorsque le diagnostic de fausse couche complète est basé sur l'interrogatoire (saignements abondants) et l'échographie, dans 6% des

cas il s'agit en fait d'une grossesse extra-utérine atypique [8]. Il est donc primordial de s'assurer qu'il s'agit d'une fausse couche et non d'une grossesse extra-utérine atypique. Il faut récupérer les échographies antérieures, les dosages d'hCG. L'interrogatoire doit faire préciser l'aspect du produit d'expulsion qui parfois est ramené par la patiente. En cas de doute, une surveillance de la décroissance des hCG doit être réalisée.

Ces patientes ne nécessitent pas de traitement particulier en urgence.

LA FAUSSE COUCHE EN COURS

Il s'agit d'une patiente qui consulte en urgence pour saignements secondaires à l'expulsion de l'œuf. Il faut éviter de réaliser une prise en charge active systématique (aspiration, misoprostol) car il s'agit d'un processus en cours qui dans la majorité des cas aboutira à une expulsion complète ne nécessitant pas de traitement [14, 18]. Il est par contre important de garder la patiente en surveillance pendant quelques heures afin d'évaluer les pertes sanguines et leur retentissement : quantité de sang perdu, tension artérielle, pouls, NFS. L'examen au spéculum est très utile, il permet souvent de mettre en évidence des débris ovulaires au niveau de l'orifice cervical. Ces débris seront retirés avec une pince à faux germe, sans pénétration excessive dans la cavité utérine, ce qui permettra une expulsion complète plus rapide. L'échographie permet de confirmer la localisation intra-utérine de la grossesse, l'expulsion ou non du sac gestationnel et la quantité de débris trophoblastiques. Dans ce cadre précis de la fausse couche en cours, l'échographie ne prédit pas le risque de rétention [14]. Bien entendu, le risque d'aspiration sera plus élevé en cas de persistance d'un sac gestationnel chez une patiente qui saigne abondamment.

La douleur doit être calmée par des antispasmodiques et AINS. En cas de douleurs persistantes, on peut utiliser des morphiniques.

La prise en charge psychologique est difficile à réaliser dans ce contexte d'urgence. Il est important d'expliquer à la patiente que la grossesse est arrêtée et que le processus va durer quelques heures.

Il est difficile de proposer une conduite à tenir très précise. On proposera quelques grandes lignes.

La fausse couche hémorragique : il s'agit d'une patiente amenée en urgence pour une fausse couche en cours qui présente un choc hémorragique ou d'une patiente en surveillance qui va se dégrader rapidement en raison de saignements abondants. Dans les deux cas, quelles que soient les données cliniques et échographiques, il faut réaliser une aspiration même si l'on pense que la fausse couche va être complète ou que la quantité de débris ovulaires vue à l'échographie est peu abondante.

La fausse couche en cours non hémorragique : il s'agit d'une patiente stable sans troubles hémodynamiques. Il est important de la garder en surveillance pendant quelques heures. Au terme de cette surveillance, il faut refaire l'examen clinique et l'échographie.

- Les saignements ont nettement diminué et il n'existe pas de rétention à l'échographie, la patiente regagne son domicile et sera revue en consultation dans les jours qui suivent.
- Les saignements ont diminué et il persiste une rétention à l'échographie. Dans cette situation, il est encore plus important de faire participer la patiente au choix thérapeutique. Dans la majorité des cas, la fausse couche sera complète [14, 18]. Le risque de rétention nécessitant un traitement ne semble pas corrélié aux données échographiques. Il faut donc expliquer à la patiente qu'il est très probable que la fausse couche se terminera spontanément et qu'elle continuera à avoir des épisodes de saignements et de douleurs abdominales pouvant l'amener à consulter de nouveau avec risque d'un traitement dans un second temps. En cas de situation personnelle, sociale ou professionnelle particulière, une aspiration peut-être proposée afin d'éviter cette période plus ou moins longue.
- Les saignements persistent et l'échographie ne retrouve aucune modification, une aspiration doit être réalisée. Dans le cadre précis de la fausse couche en cours, il n'existe aucune évaluation d'un traitement en urgence par misoprostol.

Comme précédemment, ces patientes doivent être revues en consultation dans les jours suivants.

LA FAUSSE COUCHE INCOMPLETE

Il s'agit d'une patiente qui consulte pour persistance de douleurs et/ou de saignements secondaires à la persistance d'une rétention retrouvée à l'échographie [15, 16]. Dans certains cas, il s'agit de patientes qui ont fait une fausse couche spontanée dans les jours précédents et qui n'ont pas consulté. Dans ce cas, une grossesse extra-utérine doit être éliminée. Dans d'autres cas, il s'agit de patientes qui ont consulté dans les jours précédents pour une fausse couche en cours.

Cette entité est la plus difficile à gérer pour de multiples raisons. Il n'existe pas de corrélation entre les symptômes cliniques et l'évaluation échographique de la rétention. Il est difficile de faire la part des choses entre la gêne réelle des douleurs et des saignements et le désir de terminer rapidement cet événement douloureux pour la patiente. Il n'existe pas de corrélation entre les données échographiques et la durée d'un retour à la normale [14].

La définition d'un retour à la normale est difficile à préciser. Il s'agit d'une définition clinico-échographique avec disparition des symptômes et absence à l'échographie de débris ovulaires avec une muqueuse inférieure à 15 mm. Cependant il existe souvent une discordance entre la clinique et l'échographie. Certaines patientes vont continuer à saigner ou à avoir mal alors que l'échographie est devenue normale. De même, certaines patientes vont devenir asymptomatiques alors qu'il persiste des débris ovulaires intra-utérins. On peut rapprocher de ces patientes, celles qui sont asymptomatiques dès la fin de la fausse couche et chez qui l'échographie met en évidence une rétention de débris ovulaires.

Expectative

Il est important de garder à l'esprit que dans plus de 90 % des cas de fausses couches incomplètes aucun traitement complémentaire sera nécessaire [14, 18]. C'est probablement pour cette raison que le bénéfice d'une attitude active (aspiration ou misoprostol) n'a jamais été démontré dans le cadre spécifique des fausses couches incomplètes (Tableaux I et II). Le risque de complications secondaires en cas d'expectative n'est pas augmenté par rapport à une prise en charge active. Le nombre d'essais randomisés évaluant spécifiquement les fausses incomplètes est faible [3, 16, 19]. Il est à noter le taux d'échecs

Tableau 1. Études comparatives randomisées expectative versus chirurgie dans le traitement des fausses couches incomplètes

Auteurs	Mesure de la rétention	Comparaison* E/M	Taux de succès (%)	p	Complications (%)	p
Nielsen et al. (16)	15-50 mm	103/52	79/100	NS	3/11	NS
Chipcase et al. (3)	5-25 mm	19/16	100/100	NS	0,5/0,6	NS
Trinder et al. (19)	?	92/90	75/71	NS	3/10	NS
E : expectative ; M : traitement						

élevé, par rapport aux chiffres énoncés plus haut en cas d'expectative, rapporté dans la seule étude qui trouve une différence significative plus élevée en cas d'expectative versus aspiration endométriale [19]. Même si l'expectative est mieux vécue par les patientes [20], la réussite de l'expectative nécessite une adhésion importante de la patiente.

L'aspiration endo-utérine

La place de l'aspiration en première intention dépend de plusieurs facteurs. Il est classiquement admis, sans référence bibliographique, qu'une rétention supérieure à 50 mm est une indication d'aspiration en première intention [2]. Le choix de la patiente est primordial dans la décision thérapeutique [20]. L'aspiration endo-utérine doit être préférée au curetage endométrial qui est plus douloureux et hémorragique [13] et classiquement pourvoyeur de plus de complications à type de synéchies.

Le misoprostol

L'efficacité du misoprostol est moindre que celle de l'aspiration (Tableau II). L'utilisation du misoprostol permettrait dans une proportion importante de cas d'éviter une aspiration. Cependant, l'indication du misoprostol dans la fausse couche incomplète semble limitée. En effet, le misoprostol ne semble pas plus efficace que l'expectative (Tableau I) et ne doit pas être proposé en première intention. En cas d'échec de l'expectative, il est difficile de proposer un traitement qui dans un premier temps amplifiera les symptômes de la patiente et qui présente un risque d'échec non négligeable (Tableau II). Ce traitement sera donc réservé aux patientes qui veulent absolument éviter un geste

Tableau 2. Études comparatives randomisées misoprostol versus chirurgie dans le traitement des fausses couches incomplètes.

Auteurs	Mesure de la rétention	Comparaison* C/M	Taux de succès (%)	p
De Jonge et al. (12)	?	27/23	96/13	< 0,01
Chung et al. (4)	< 6 cm ²	137/225	97/70	< 0,05
Chung et al. (5)	< 6 cm ²	314/321	96/50	< 0,05
Sahin et al. (17)	< 50 mm	40/40	100/93	0,04

*C : chirurgie ; M : traitement médical

endo-utérin ou aux patientes qui sont prêtes à accepter l'échec du traitement médical.

Les indications

La décision thérapeutique doit être partagée. En effet, le traitement proposé sera d'autant mieux vécu s'il s'agit de l'option thérapeutique choisie par la patiente [20]. En l'absence de préférence, l'expectative doit être proposée systématiquement. Elle doit être associée à une adhésion totale de la patiente et une information éclairée sur le risque d'échec.

L'expectative sera interrompue en cas de persistance des symptômes avec rétention échographique au-delà de 2 semaines de surveillance [8] ou avant en cas de désir de la patiente.

En cas d'échec ou de refus de l'expectative, une aspiration est le traitement de première intention. Bien qu'il n'existe aucune preuve bibliographique, une aspiration peut-être proposée en première intention en cas de rétention supérieure à 50 mm.

L'utilisation du misoprostol n'est pas indiquée en cas de refus d'expectative ou abandon de l'expectative par la patiente, car aucune étude n'a montré la supériorité du misoprostol par rapport à l'expectative.

LA CONSULTATION EN FIN DE TRAITEMENT

Quel que soit le type de fausse couche, une consultation doit être prévue en fin de traitement afin de répondre aux questions sur les

causes de cette fausse couche (première fausse couche, fausses couches à répétition) et les risques pour les futures grossesses.

PRÉVENTION DE L'ALLO-IMMUNISATION RHÉSUS

Bases théoriques

L'érythropoièse fœtale définitive, débute dès 7 SA. La possibilité d'un transfert maternel très précoce de cellules de la lignée érythroïde est attestée dès 8 SA. L'antigène Rhésus (RH 1) est présent dès 7 SA. Les cas d'allo-immunisation Rhésus survenant au premier trimestre sont rares, probablement en raison des très faibles volumes de cellules transmises. Dans de nombreux pays (Hollande, Royaume-Uni, USA) une prévention de l'allo-immunisation n'est pas réalisée avant 10 SA. Bien que cette attitude soit défendable théoriquement, il est souvent difficile de préciser le terme exact de la grossesse lorsque l'événement survient. Par conséquent, il paraît plus prudent de ne pas mettre de limite inférieure d'âge gestationnel pour la prophylaxie [6, 10].

Le test de Kleihauer est inutile avant 15 semaines d'aménorrhée, le volume de sang fœtal étant inférieur au volume couvert par 200 µg d'immunoglobulines anti-D.

La recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) s'impose avant chaque administration d'IgRh afin de s'assurer que la femme n'a pas déjà développé une allo-immunisation Rhésus, auquel cas l'injection d'immunoglobulines anti-D n'est pas indiquée, car sans influence sur le cours d'une allo-immunisation déjà constituée. Dans le cas où l'injection d'immunoglobulines anti-D est faite dans un contexte d'urgence, la connaissance du résultat des RAI reste utile.

La présence d'anti-D passifs « résiduels » après prophylaxie ne préjuge en rien de l'efficacité de la prévention. Le seul élément qui permet d'administrer une dose efficace est l'adaptation des doses en fonction du test de Kleihauer. Étant donné que le test de Kleihauer est inutile au premier trimestre, la recherche de RAI passifs « résiduels » est inutile.

Les indications de prévention dans le cadre de la pathologie du premier trimestre de la grossesse sont la môle hydatiforme, les fausses couches spontanées (FCS) ou les menaces de FCS, la grossesse extra-utérine et les traumatismes abdominaux [6]. L'indication en cas de traumatisme abdominal est largement discutable car il est difficile de

donner une définition d'un traumatisme abdominal et d'en apprécier sa sévérité. On inclura les métrorragies sur grossesse dite de localisation inconnue.

En pratique

La prévention de l'allo-immunisation est indiquée chez toute patiente Rhésus négatif avec RAI négative présentant une FCS ou des métrorragies de début de grossesse quelle que soit sa localisation (GIU, GEU, inconnue), quel que soit le terme de la grossesse.

Une recherche d'agglutinines est réalisée avant la prévention.

La prévention doit être réalisée de préférence dans les 72 heures, après vérification de l'absence d'agglutinines. Si le résultat de la RAI ne peut être obtenu qu'après 72 heures, on effectuera la prévention en l'absence du résultat.

La prévention est réalisée par injection d'Immunoglobuline anti-D à la dose de 200 µg. (Rophylac®) par voie veineuse ou intramusculaire.

Le contrôle des RAI passifs et le test de Kleihauer ne sont pas indiqués avant 15 SA.

Résumé

Les fausses couches précoces et les rétentions ovulaires correspondent cliniquement à différentes entités dont la prise en charge est différente. Il est primordial d'éliminer systématiquement une grossesse extra-utérine atypique. En cas de grossesse de localisation inconnue, il est important d'être attentiste. La prise en charge d'une fausse couche en cours doit principalement tenir compte du risque hémorragique et vérifier que l'expulsion a été complète. Le traitement de la fausse couche incomplète doit privilégier l'expectative. Cependant il est primordial de respecter le choix des patientes afin que le traitement choisi soit mieux vécu. La place du misoprostol dans le traitement des fausses couches incomplètes est peu évaluée et semble limitée. Il est important de revoir les patientes à distance de l'événement afin de répondre à la demande d'informations des patientes.

Bibliographie

1. Ankum WM, Wieringa-De Waard M, Bindels PJE. management of spontaneous miscarriage in the first trimester: an example of putting informed shared decision making into practice. *BMJ* 2001; 322: 1343-6.
2. Cahill D. Managong spontaneous first trimester miscarriage. *BMJ* 2001; 322: 1315-6.
3. Chipcase J, James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *BJOG* 1997; 104: 840-1.
4. Chung T, Leung P, Cheung LP, Haines C, Chang AM. A medical approach to management of spontaneous abortion using misoprostol. Extending misoprostol treatment to a maximum of 48 hours can further improve evacuation of retained products of conception in spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997; 76(3): 248-51.
5. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertil Steril* 1999; 71(6): 1054-9.
6. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle Texte des recommandations. 2006; 35: 131-5. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.*
7. Condous G, Okaro E, Khalid A, Rao S, Bourne T. Should complete miscarriages be followed up with serum human chorionic gonadotrophin levels? *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2003; 22: 1-5.
8. Condous G. The management of early pregnancy complications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2004; 18:37-57.
9. Condous G, Kirk E, Lu C, Van Huffel S, Gevaert O, De Moor B, De Smet F, Timmerman D, Bourne T. Diagnostic accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 26(7): 770-5.
10. Cortey A, Brossard Y. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle. Aspects pratiques. 2006; 35: 123-30. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.*
11. Creinin MD, Schwartz JL, Guido RS, Pymar HC. Early pregnancy failure. Current management concepts. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56: 105-13.
12. De Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *BMJ.* 1995; 311(7006): 662.
13. Forna F, Gulmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Systematic Review* 2001; (1): CD 001993.
14. Luise C, Jermy K, May C, Costello G, Collins WP, Bourne T. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ* 2002; 324: 873-5.
15. Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995; 345: 84-6.
16. Nielsen S, Hahlin M, Platz-Christensen J. Randomised trial comparing expectant with medical management for first trimester miscarriages. *BJOG* 1999; 106: 804-7.
17. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized outpatient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2001; 6(3): 141-4.
18. Sairam S, Khare M, Michailidis G, Thilaganathan B. The role of ultrasound in the expectant management of early pregnancy loss. *Ultrasound in Obstetric and Gynecology* 2001; 17: 506-9.
19. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006; 332: 1235-40.
20. Wieringa-de Waard M, Bindels PJ, Vos J, Bonsel GJ, Stalmeier PF, Ankum WM. Patient preferences for expectant management vs. surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage. *J Clin Epidemiol.* 2004; 57(2): 167-73.
21. Agostini A, Ronda I, Capelle M, Romain F, Bretelle F, Blanc B. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertil Steril* 2005 Oct; 84(4): 1030-2.