

Prise en charge des Fausses Couches Précoces et des Fausses Couches Tardives



RECOMMANDATIONS DU CNGOF 2014
DR ESTELLE WAFO
CH MARNE LA VALLÉE (77, FRANCE)



- ***En France***
- Les fausses couches font partie des pertes de grossesse.
- En France, nous distinguons :
- les fausses couches précoces (FCP) anciennement FCS (spontanées) survenant avant 14 SA ; 10% des grossesses
- les fausses couches tardives (FCT) survenant entre 14 SA et 22 SA ; moins de 1% des grossesses

- ***En Asie***
- **Pas de données sur les FC**

- Ex : Données de Grande Bretagne

Facteurs de risque



	FCP	FCT
Terme	Inférieur à 14 SA	14-22 SA
Fréquence	10%	1%
FDR	<p>Excès de café</p> <p>Champs magnétiques > 50Hz</p> <p>Radiations ionisantes</p> <p>Age maternel > 35 ans</p> <p>Age paternel > 45 ans</p> <p>IMC \geq 25 kg/m²</p> <p>Excès d'alcool</p> <p>Tabagisme</p> <p>ATCD d'IVG</p> <p>ATCD de FCP</p> <p>Troubles de la fertilité</p> <p>Altération réserve ovarienne</p>	<p>Trachélectomie</p> <p>Privation de sommeil</p> <p>Age maternel < 16 ou > 35 ans</p> <p>Célibataire</p> <p>Faible niveau d'éducation</p> <p>ATCD de FCP, FCT, Acctpréma, IVG</p> <p>Malformation utérine</p> <p>Réalisation d'une amniocentèse</p> <p>Surtout avant 18 SA</p> <p>Col ouvert, PDE dans le vagin</p> <p>Vaginose bactérienne</p> <p>Col court à T2 < 25 mm à T2</p>

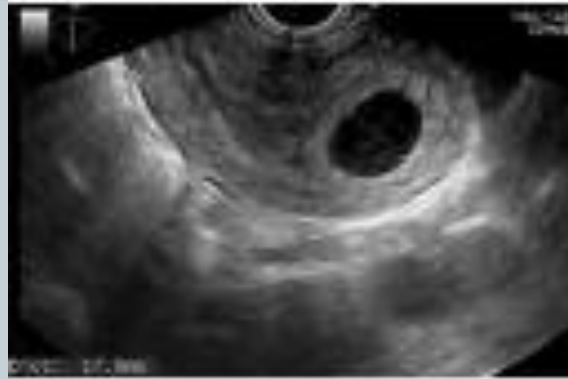
Diagnostic (1)



- Clinique
- Biologique
- What is the diagnostic accuracy of two or more hCG measurements plus progesterone for determining a viable intrauterine pregnancy?
- **Progesterone?**
- Essential hormone secreted by the corpus luteum
- Provides early pregnancy support until placental production takes over at 10 to 12 weeks of gestation.
- Historically, low levels of circulating progesterone have been linked to impending miscarriage and the presence of associated vaginal bleeding.
- It has been postulated, therefore, that a lack of progesterone is a cause of miscarriage rather than a secondary signal of failing pregnancy.



- Signes négatifs
- Absence de vésicule vitelline ou d'écho embryonnaire dans un SG > 25 mm



- Absence d'activité cardiaque sur un embryon de LCC > 7 mm



Grossesse d'évolution incertaine



- Absence de SG et BHCG positifs
- SG et embryon, LCC < 7 mm sans ACF
- SG < 25 mm et sans embryon

Début de grossesse?
 GEU?
 FCP en cours?

BHCG à 48 h
 Echographie à 7 ou 11 jours
 Progestéronémie < 3,2 ng/ml

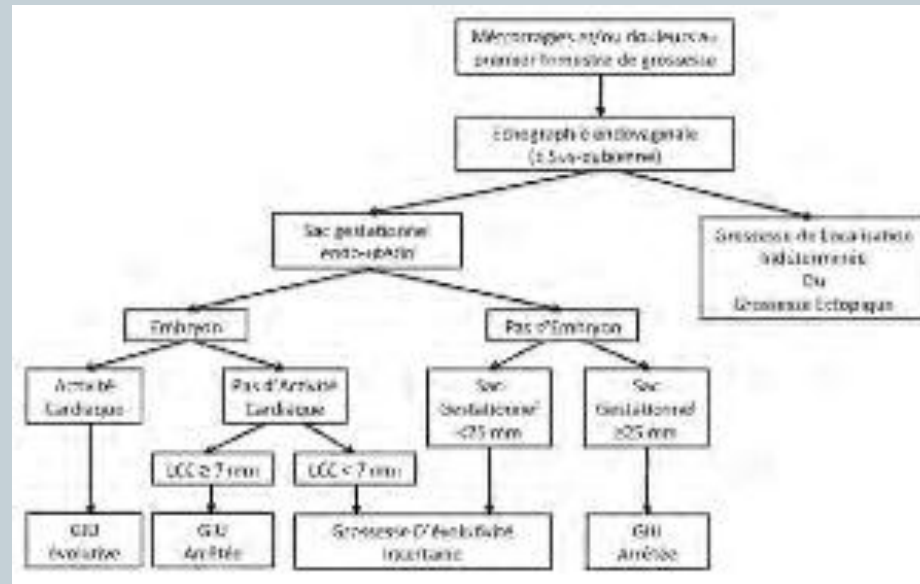
Score de Fernandez : Traitement médical de GEU si score < 13

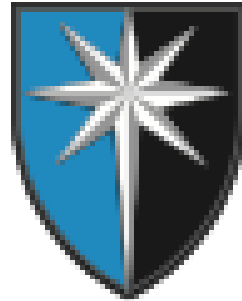
	1	2	3
Terme Jours aménorrhée	> 49	42-49	≤ 42
βhCG plasmatiques mUI/ml	≤ 1 000	1 000-5 000	> 5 000
Progestéronémie ng/ml	≤ 5	5-10	> 10
Douleur	Absente	Provoquée	Spontanée
Hématosalpinx en cm	≤ 1	1-3	> 3
Hémopéritoine en ml	0	1-100	> 100

**Recommandations
pour la pratique clinique**

Les pertes de grossesse

Résumé diagnostique





Royal College of
Obstetricians and Gynaecologists

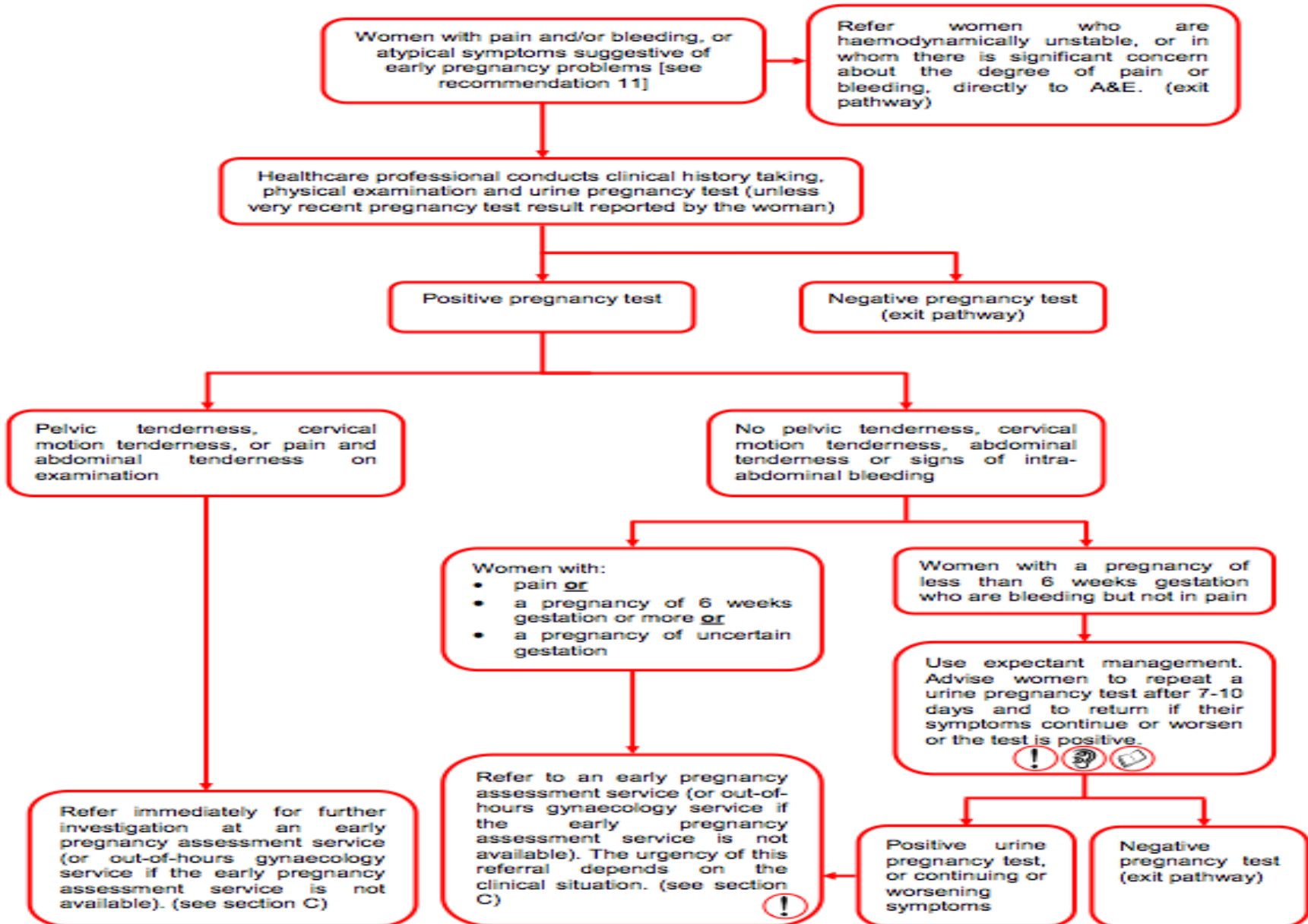
Bringing to life the best in women's health care

Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage

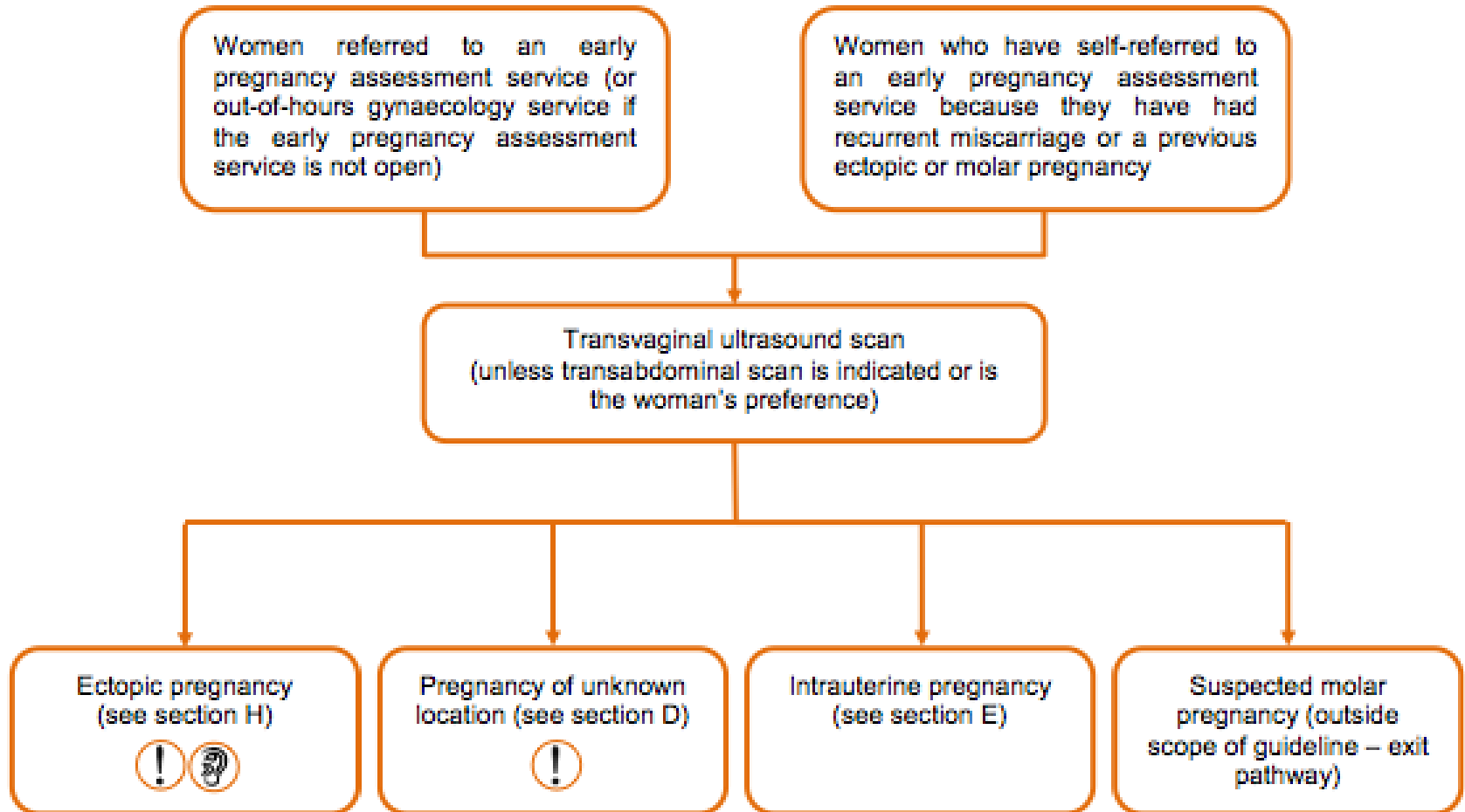
December 2012

NICE Clinical Guideline

Diagnostic (2)



Diagnostic (3)



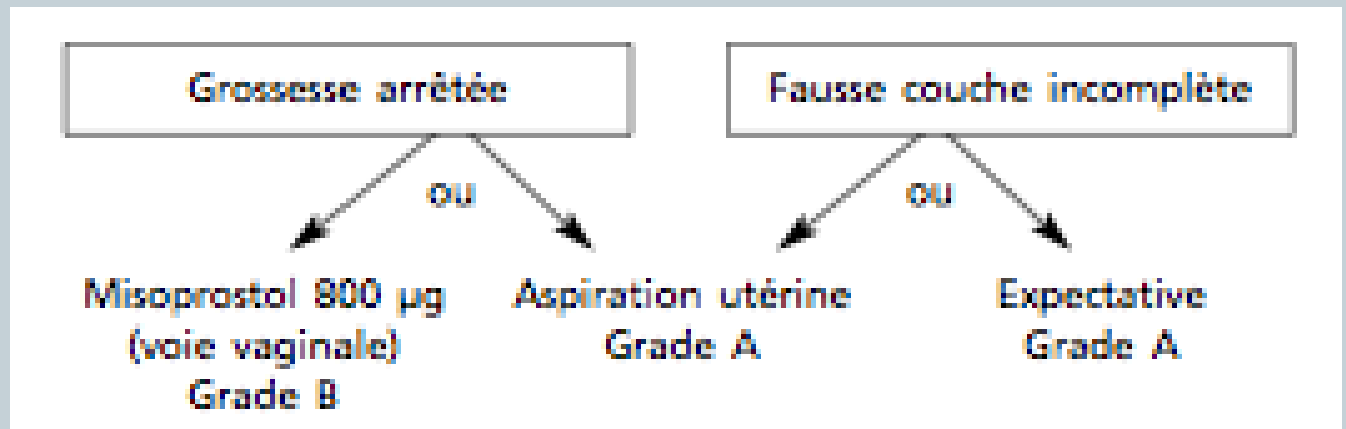


- Métrorragies ou douleurs du T1
- Traitement symptomatique :
 - fer si anémie,
 - antalgique si douleurs,
 - Anti-D si Rhésus négatif
- Ø supplémentation vitaminique
- Ø traitement progestérone ou HCG
- Ø repos allongé

Traitement FCP



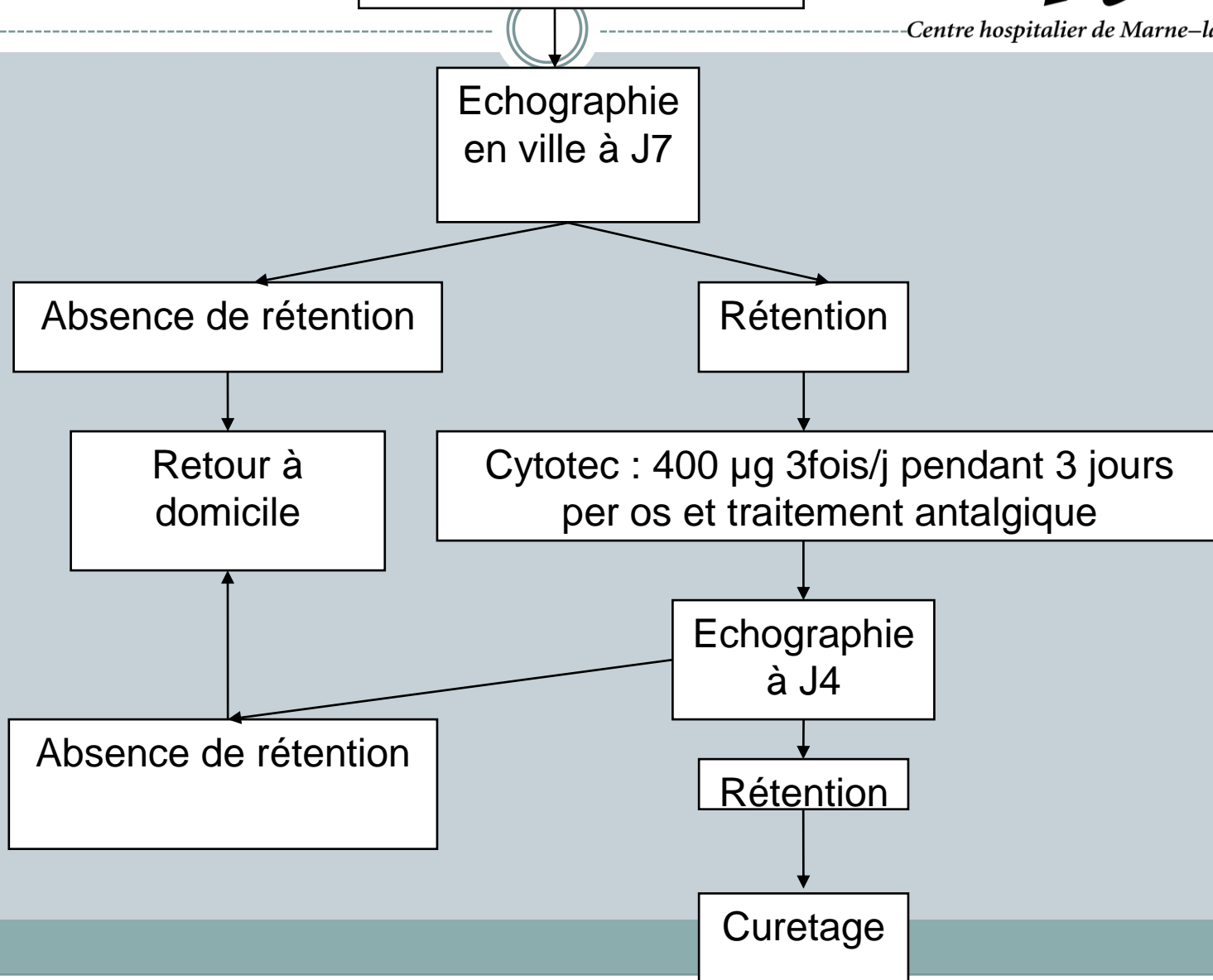
- Médical (per os ou vaginal)
- Chirurgical (AL ou AG)
- Expectative ? (contrôle des juniors, programmation ambulatoire)



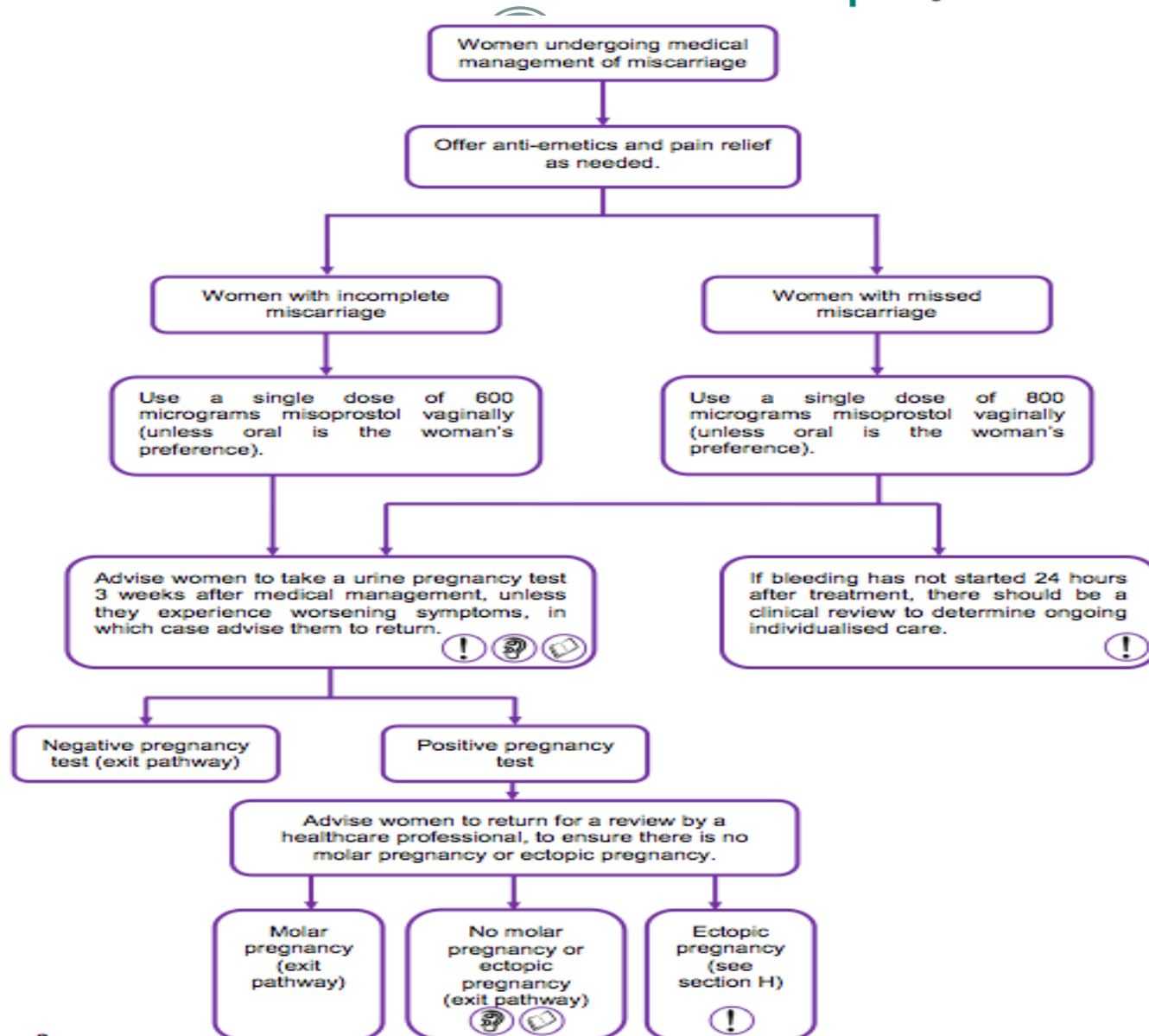
**Terme ≤ 9 SA
(LCC ≤ 25 mm)**



Centre hospitalier de Marne-la-Vallée



Traitement UK



Expectative? Chirurgie?



- Expectative :
- augmentation des risques de fausse couche incomplète,
- du nombre d'intervention chirurgicales (ou supplémentaires) non planifiées de l'utérus,
- d'hémorragies et de transfusions.

- Les risques d'infections et les résultats psychologiques étaient similaires dans les deux groupes.
- Les coûts étaient inférieurs pour la prise en charge expectative.
- Aucune des deux approches n'est clairement supérieure
- Préférences des patientes à privilégier : prise de décision.
- La prise en charge pharmacologique (« médicale ») offre des choix supplémentaires pour les patientes et leurs cliniciens et a été examinée dans d'autres revues.

Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. 2012

Nanda K1, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G

Traitement médical



Royal College of
Obstetricians and Gynaecologists
Bringing to life the best in women's health care



- Do not offer mifepristone as a treatment for missed or incomplete miscarriage.
- Offer vaginal misoprostol for the medical treatment of missed or incomplete miscarriage.
- Oral administration is an acceptable alternative if this is the woman's preference.
- For women with a missed miscarriage, use a single dose of 800 micrograms of misoprostol.



- Where clinically appropriate, offer women undergoing a miscarriage a choice of:
 - manual vacuum aspiration under local anaesthetic in an outpatient or clinic setting **or**
 - surgical management in a theatre under general anaesthetic.
- Provide oral and written information to all women undergoing surgical management of miscarriage about the treatment options available and what to expect during and after the procedure.

Anesthésie Locale? Anesthésie Générale?



- No technique provided reliable pain control in the 26 included studies.

Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep

Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention.

Tangsiriwatthana T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M



- **Emotional and psychological outcomes**
- Comparing expectant management and active treatment there was general consensus among women related to the following issues
- **Health economics**
- Economic evaluation of the miscarriage treatment (MIST) trial (Petrou et al., 2006) in an English setting found that
- the mean cost of surgical management was £200 more expensive than medical management
- the mean cost of medical management was £273 more expensive than expectant management
- > 50% chance that expectant management was the most cost-effective treatment if the decision maker was not prepared to spend more than £70,000 to prevent a single gynaecological infection.



	FCR (> 3 FCP)	MFCT
Bilan	Diabète SAPL Hypothyroïdie (Acanti-TPO) Carence vitamine B9, B12 Hyperprolactinémie Hyperhomocystéinémie Altération réserve ovarienne Malformation utérine Anomalie utérine	Examen au spéculum PV : recherche devaginose Bilan infectieux : NFS-CRP- (ECBU?) Echographie cervicale
Prévention	Vitamine B6, B9, B12 L-Thyroxine Inhibiteur prolactine HBPM = Aspirine (SAPL) Chirurgie utérine	Cerclage Mc Donald Tocolyse Antibiothérapie Progestérone? Repos?

Conclusion



- Diagnostic de FCP peut-être difficile (GEU?)
- Pensez aux antécédents
- Prise en charge non consensuelle
- Adapter prise en charge au contexte médico-économique et social
- Prise en compte de la patiente dans la décision :
 - Retentissement psychologique
 - Réassurance
- Prévention essentielle en cas de FCR et MFCT