



MATERNITE		Procédure n° : GYN P 0005
<i>Responsable : Dr A.NAVEAU</i>	<i>Approbateur : Dr P.PANEL</i>	<i>Version : 1</i>
<i>Fonction : Assistant Hospitalier</i>	<i>Fonction : Chef de Service</i>	<i>Mise à jour :</i>
<i>signature</i>	<i>signature</i>	<i>Date de création : 13/6/2102</i>
		<i>Liste de diffusion : gynecologie</i>
PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES ET/OU FAUSSES COUCHES SPONTANEEES (FCS) AU 1^{ER} TRIMESTRE		

V.BOUVIER

Les fausses couches compliquent 15 à 20 % des grossesses.

Une FCS est vécue de façon très variable par chaque femme en fonction de son histoire personnelle, mais l'impact psychologique est toujours majeur.

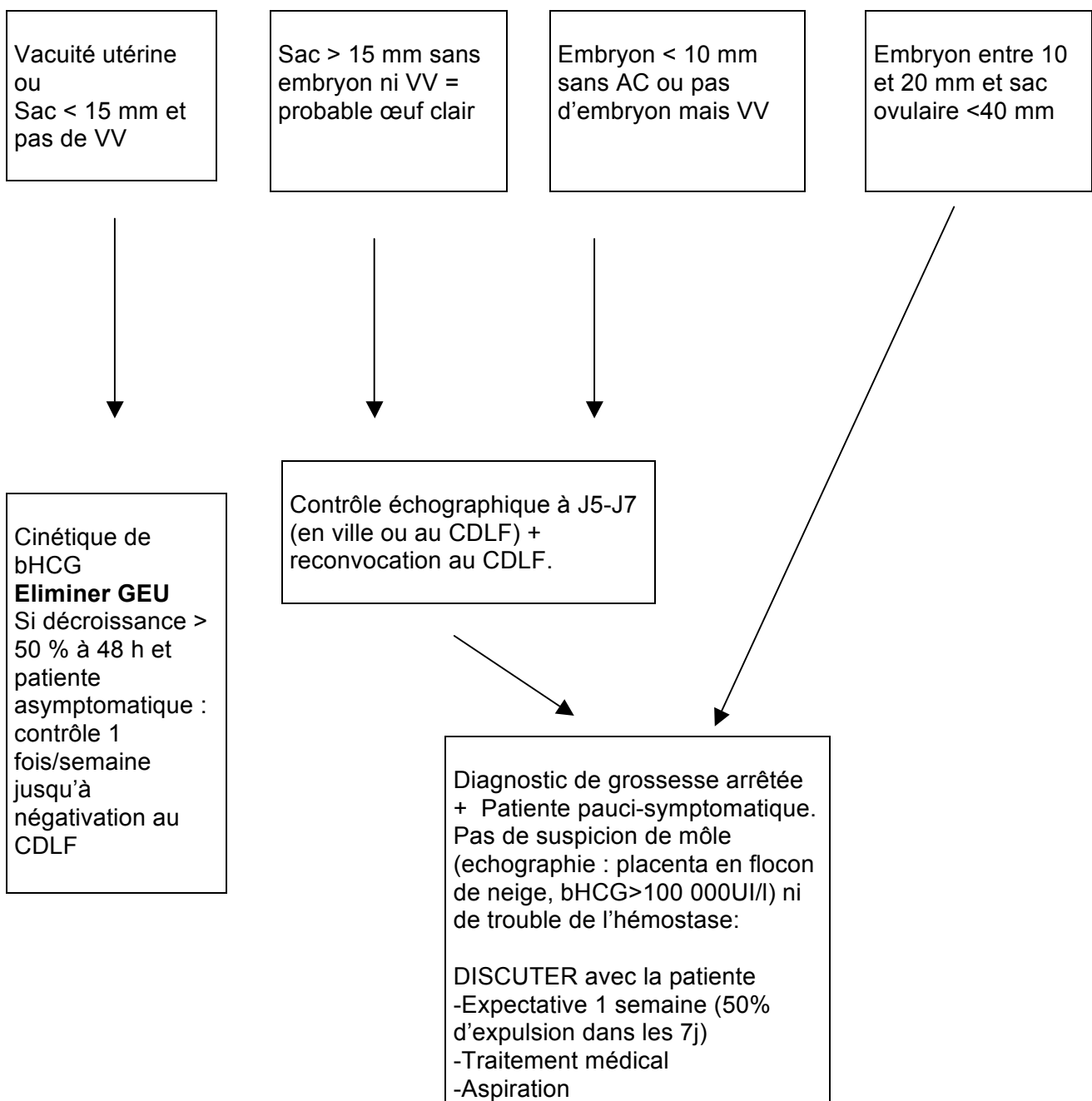
Traitement de la FCS hémorragique ou hyperalgique

- TA, pouls, T° pris par l'infirmière
- Laisser a jeun
- Bilan préopératoire (NFS, hémostase, groupe Rhésus, RAI)
- Mise en place d'une voie veineuse avec perfusion de sérum physiologique
- Appel anesthésiste pour qu'il fasse la consultation d'anesthésie, et l'obstétricien de garde (bip : 9163) pour confirmer l'indication opératoire
- Prévenir le bloc opératoire (IBODE : 8832)
- Monter la patiente directement en salle de réveil après avoir prévenu l'ensemble de l'équipe (avec le dossier +++)
- Aspiration sous AG

**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES
ET/OU FAUSSES COUCHES SPONTANEEES (FCS) AU
1^{ER} TRIMESTRE**

V.BOUVIER

→CAT en fonction de l'échographie :





**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES
ET/OU FAUSSES COUCHES SPONTANEEES (FCS) AU
1^{ER} TRIMESTRE**

V.BOUVIER

VV = vésicule vitelline
GEU = grossesse extra-utérine
CDLF = centre de la femme

Traitement médical

Protocole MISOPROSTOL, (Cytotec®) . Comprimés à 200 µg

On proposera un traitement médical si :

- La LCC est < a 20 mm
 - La patiente ne présente pas de fausse couche hémorragique ni hyperalgique.
 - Il n'y a pas de suspicion de mole hydatiforme.

 - Information de la patiente :
 - Avantages :
 - Risque d'infection ou d'aspiration secondaire pour rétention similaire au traitement chirurgical
 - Evite les complications spécifiques de l'aspiration (synéchies, traumatismes cervicaux, perforations),
 - Inconvénients :
 - Douleur plus durables mais moins intenses que pour un curetage
 - Durée de saignement plus longue (5 à 15 jours, jusqu'à 1 mois dans 1 à 3% des cas).
 - Risque hémorragique aigu avec nécessité d'une aspiration en urgence (0 à 3%).
- Les modalités de la prise en charge a domicile en cas de traitement médical doivent être expliquées (ne pas rester seule ++).
- Risque d'échec : environ 10 à 20%
- Effets secondaires : hyperthermie, frissons, diarrhée.
 - CI : asthme sévère, maladies inflammatoires coliques.

En 1ere intention : Cytotec par voie orale (privilégier voie sublinguale). 2 comprimés, à renouveler toutes les 6 heures, au maximum 3 fois par jour et ce pendant 48 heures.

Ou (en cas de vomissements dans les 30 min suivant la prise ou mauvaise tolérance : douleur, diarrhée)

Cytotec 4 cp soit 800 µg en intra vaginal en 1 fois

Ne pas oublier de prescrire un **antalgique** :

- Ixprim (1 cp/8 heures)
- Ou Efferalgan codeine (2 cp 3/jour).
- +/- AINS en l'absence de contre-indication



**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES
ET/OU FAUSSES COUCHES SPONTANEEES (FCS) AU
1^{ER} TRIMESTRE**

V.BOUVIER

→ **Contrôler à 1 semaine par échographie la vacuité utérine** au sein du service (CDLF)

En cas d'échec du traitement médical ou **de rétention trophoblastique supérieure à 15 mm**, en fonction de la clinique, on peut envisager :

- Une aspiration
- Une 2eme cure de Cytotec après explications données à la patiente sur les risques d'échec plus importants avec contrôle de la vacuité 5 à 7 j après. (voie vaginale si mauvaise tolérance de la 1ère cure)
- A discuter dans tous les cas avec le senior.

En cas de rétention < 15 mm : Proposer contrôle échographique après les prochaines règles.
Proposer 1 mois de contraception.

En cas de rétention persistante à 1 mois, discuter aspiration sous hystérocopie avec chef de garde au bloc opératoire sous AG.

Traitement chirurgical par aspiration

En cas de réalisation d'un traitement chirurgical sans urgence : programmation de 8h à 16h

■ → Indications :

- Refus de la patiente du traitement médical
- LCC > 20 mm ou sac > 40 mm
- suspicion de môle
- trouble de l'hémostase

■ → Information de la patiente

Avantages : efficacité entre 95 et 100 %

Risques :

Complications précoces 4 à 10 % des cas :

Infections : 6 %

Rétention : 2 à 3 %

Perforation, hémorragie, traumatismes cervicaux : moins de 1%

Risque de l'AG

Complications tardives :

Infertilité secondaire (en cas de synéchies sévères favorisées par les curetages itératifs, jusqu'à 30% des cas)

Trouble du cycle, douleur pelvienne

Rarement : risque d'accouchement prématuré, placenta accreta



**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES
ET/OU FAUSSES COUCHES SPONTANEEES (FCS) AU
1^{ER} TRIMESTRE**

V.BOUVIER

■→CAT :

- Bilan pré-opératoire
- RDV consultation d'anesthésie (appeler Dr Bentata 7919 ou anesthésiste de garde 8177)
- Prévenir le service de Gynécologie pour réserver un lit (CDUG poste : 8923 OU 8601 ou service de spécialité chirurgicale 7124 ou chirurgie septique 9364).
- Prévenir le bloc opératoire (poste : 8832)
- Préparation cervicale par Cytotec 2 cp en intra-vaginal 3 à 4 heures avant l'aspiration.
- La patiente doit venir à jeun à 7 h depuis minuit dans le service pour être préparée. En cas d'urgence, la patiente est laissée à jeun et, si son état le permet, la patiente est d'abord hospitalisée dans le service.

En dehors des horaires (pendant la garde) : garder le dossier et le numéro de la patiente pour organiser l'aspiration.

■→Indications à un prélèvement spécifique :

Anatomo-pathologique :

Suspicion de môle

Doute diagnostic (pas de sac intra utérin vu ou < 10 mm sans VV).

Pas d'intérêt en systématique

Exceptionnellement : Caryotype : FCS à répétition > 3 et demande de la patiente. Voir avec le DAN pour récupérer le milieu de culture + consentement à faire signer. Au moment du prélèvement : essayer de récupérer des villosités et ne pas envoyer tout le produit d'aspiration ! (résultat ininterprétable dans ces cas là)

Dans tous les cas : penser à la prévention de l'allo-immunisation rhésus +++ dans les 72 h après début des métrorragies après prélèvement de RAI et sans attendre résultat (sauf si saignement > 72 h). Rophylac 200 µg IM et information de la patiente sur cette prophylaxie. Possibilité de ne pas faire le rophylac si couple rhésus négatif et carte de groupe vues (a discuter avec chef de garde).



**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES
ET/OU FAUSSES COUCHES SPONTANEEES (FCS) AU
1^{ER} TRIMESTRE**

V.BOUVIER

Prise en charge post FCS

Information des signes devant faire re-consulter en urgence : fièvre, douleurs pelviennes intenses, saignements très abondants

Consultation avec gynéco de ville dans 4 à 6 semaines

Proposer contraception

Si désir de grossesse : prescrire acide folique 0.4 mg/jour. Conseiller d'attendre 1 à 3 cycles

Proposer consultation avec psychologue

Consultation au CHV si FCS à répétition (>3 d'affilée) pour bilan (Dr M.C Jacquemot).

Référence :

1. Recommandations CNGOF 2007
2. G.Beucher, T.Baillat, M.dreyfus. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. Etat des connaissances. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 : 5-21.