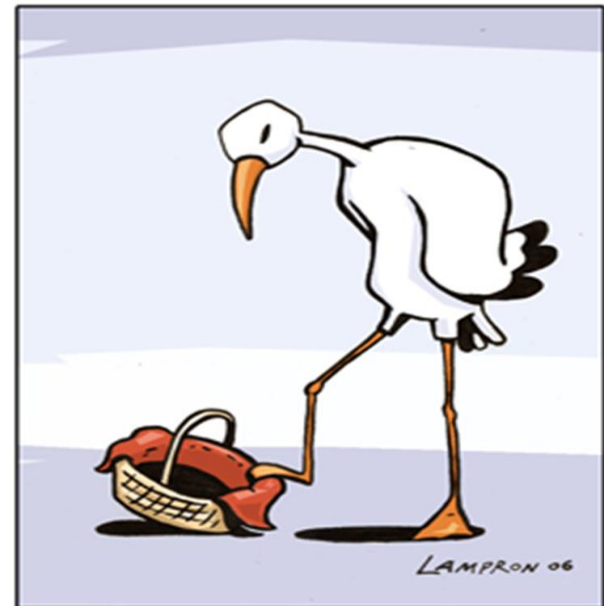


La mort foetale in utéro

Dr L.BOUHMAMA



Définition

- C'est un arrêt d'activité cardiaque fœtale au delà de 15 sa avec un fœtus dont les mensurations échographiques correspondent effectivement à un terme de plus de 15 sa
- => pour les distinguer d'une grossesse arrêtée précoce découverte tardivement.

Diagnostic

- C'est le décès du fœtus avant le début de travail (2 derniers trimestres).
- Selon J .Lansac : désigne par MFIU tout décès fœtal avant la mise en travail, survenant après la limite de viabilité telle qu'elle a été fixée par l'OMS à savoir 22SA ou un poids de naissance de plus de 500g
- Il repose sur l'échographie fœtale : absence d'activité cardiaque, signes de macération.

Définition

- événement particulièrement traumatisant et mal accepté par les couples
- suscitant un mélange de culpabilité et d'interrogation souvent sans réponse précise de la part des équipes médicales

Étiologies

- Elles sont nombreuses, souvent multiples et intriquées.
- L'étiologie est malheureusement indéterminée dans 30% des cas, même après un bilan complet.

Causes maternelles

- **ſGénérales** : âge maternel, parité, facteurs socio-économiques, ATCD de MFIU.
- **ſDiabète** : 3% des MFIU, surtout les diabètes insulino-requérant mal équilibrés.
- **ſHTA** : soit préexistante , soit pré éclampsie et ses complications (HRP, éclampsie, HELLP).
- **ſLes thrombophilies biologiques** : SAPL , les mutations du facteurs V Leiden et du gène 20210A de la prothrombine, déficit en antithrombine III, protéine C et S et l'hyperhomocystéinémie.

Causes maternelles

- **Les pathologies hépatiques** : la cholestase gravidique, Hellp syndrome (donne 20 à 30% de MFIU), la stéatose hépatique aigue gravidique.
- **ſLupus érythémateux aigu** gravidique (risque de 20% de MFIU).
- **ſLes pathologies thyroïdiennes** : principalement la maladie de Basedow avec un taux d'anticorps élevé.
- **ſLes toxicomanies** : alcool, drogue, médicaments
- **ſTraumatismes** (accidents de la voie publique, violences physiques, chutes.....)

Les infections

- 10 à 25% des MFIU
- Surtout la pyélonéphrite aiguë par contamination hématogène (E.Coli).
- Par voie ascendante : streptocoque B et E.Coli.
- pathologies virales dominées par le CMV et le Parvovirus B19.
- La listériose.
- La toxoplasmose.

Les causes annexielles

➤ **Aigues :**

- HRP : 5 à 15% des MFIU.
- Infarctus placentaire (si atteinte de plus de 30% du placenta).
- Placenta prævia (hémorragie).
- Hémorragie de Benkiser.
- Anomalies du cordon (les nœuds au cordon multiplient par 4 le risque de MFIU) sauf le circulaire !!!!!!!.
- Les brides amniotiques.

➤ **Chroniques :** RCIU, dépassement de terme.

➤ **Chorioangiome placentaire :** (tumeur vasculaire bénigne du placenta)

Les causes fœtales

- Anomalies chromosomiques : 5 à 10% des MFIU.
- Malformations fœtales (multiples).
- Anémie fœtale : alloimmunisation Rhésus , les infections à Parvovirus B19, plus rarement les thalassémies et déficit en pyruvate kinase.
- La grossesse gémellaire : 1 à 7% de MFIU. Le risque est multiplié par 3 en cas de grossesse monochoriale : syndrome transfuseur-transfusé, jumeau acardiaque et l'insertion vélamenteuse du cordon.

Diagnostic

Clinique

- **Interrogatoire :**
 - disparition des MAF
 - Diminution du V3 de l'abdomen
 - Amélioration de l'état gravidique (rétrocession des varices , disparation des œdèmes
 - Métrorragies noirâtres +/- glaireuses
 - Complications secondaires à l'étiologies de la MFIU
 - Monté laiteuse

Clinique

- État général :
 - est bon,
 - amélioré même lorsque la mort du fœtus à une cause vasculo-rénale.
 - L'albumine disparaît, la TA baisse, les œdèmes fondent.
-
- Toute fois lorsque la femme apprend la mort de son fœtus, son psychisme va être affecté

Clinique

- Inspection :
 - Le volume de l'utérus n'est pas assez gros pour l'âge de la grossesse

Clinique

- Palpation:
 - HU \searrow par rapport à l'âge de la G ou régression de la HU par rapport à une consultation précédente
 - Utérus mou étalé non contractile , qq fois tonique si HRP
 - Les pôles foetaux sont imprécis
 - Du lait peut s'écouler à l'expression des seins
- Aucun de ces signes n'est suffisamment sensible pour prendre une décision rapide et imprudente. Les erreurs sont fréquentes.
- Répéter l'examen et temporiser. Le diagnostic de certitude est obtenu par **l'échographie**

Clinique

- Auscultation :
 - BCF négatifs
 - Les bruits maternels sont fréquents : souffle utérin ,
répercussion des battement aortiques , bruits hydro aériques

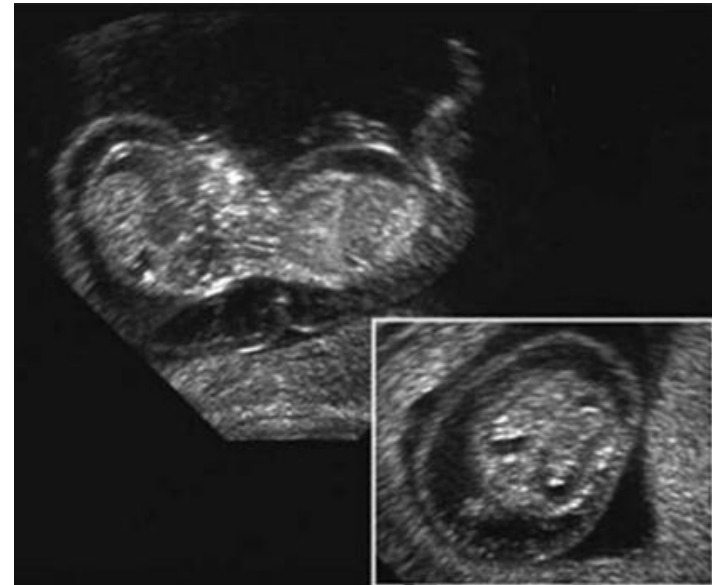
Clinique

- TV:
 - Présentation mal accommodée
 - Ballotement fœtal est moins net
 - Si la tête est dans le segment inférieur , le doigt perçoit des crépitations

Para clinique

- **Échographie :**
 - Absence d'AC et des MAF
 - Si la mort est ancienne : aspect de double contour de crâne
 - Aplatissement de la voute du crâne
 - Asymétrie du crâne
 - Immobilise fœtal
 - Diminution du liquide amniotique
 - Calcification du placenta

Échographie



Para clinique

- **Radio du contenu utérin :**
 - Chevauchement des os du crane : SPALDING I
 - Angulation du rachis :SPALDING II
 - Halo péri céphalique : bande claire entre les os du crane et le cuir chevelu (signe de Devel)
 - Fixité de la position du fœtus à divers examen
 - Collapsus de la cage thoracique
 - Qq bulles de gaz au niveau du thorax
 - Parfois on trouve l'étiologie

Para clinique

Amnioscopie :

- Modification du liquide amniotique : une coloration brun chocolat
- Cet examen est contre indiqué à cause du risque infectieux par RPM

Para clinique

- **Cytologie vaginale :**
 - Dans les jours qui suivent la mort , le frottis garde les caractères cytologiques normaux d'une grossesse évolutives
 - Ultérieurement on note la disparition des cellules naviculaires

Para clinique

- Le taux de gonadotrophines chorionique ↓
- L'oestradiol est effondré

Évolution

Complications

- 1) **L'infection amniotique** secondaire : peut entraîner une endométrite, voire une septicémie .Elle est plus fréquente en cas de rupture de la poche des eaux.
- 2) **La CIVD** : sa prévention passe par un délai de prise en charge rapide de la MFIU.
- 3) **La rupture utérine** (risque de 3,8%).
- 4) **Hémorragie** souvent conséquence des troubles de la coagulation ou d'une rupture utérine

Complications

5) Répercussions psychologiques

- La MFIU constitue toujours une épreuve psychologique pénible pour la femme, nécessitant un soutien
- il importe de ne pas prolonger trop longtemps cette période sans tomber dans un interventionnisme excessif.
- Une meilleure tolérance du travail peut être facilitée par l'installation d'une anesthésie péridurale au cours du travail.

Évolution clinique

- **Durée de rétention** : souvent courte de 3-8j rarement 15 j
- **L'évacuation utérine** : l'accouchement a les particularités suivantes:
 - CU souvent insuffisantes , peuvent être nulles
 - PDE : membranes font hernies par l'orifice de dilatation
 - Mauvaise accommodation des parties fœtales avec relative fréquence des présentations de l'épaule et front
 - Délivrance : rétention
 - Suite de couche : apparition de la montée laiteuse 3^{ème} jour

Évolution anatomique foetus

- **Momification:** au cours du 4^{ème} mois
 - Le foetus se dessèche
 - Les tissus se condensent se réunissent et durcissent
 - Peau de teinte terreuse se plisse et se moule sur les os



Évolution anatomique foetus

- **Macération** : au delà du 5^{ème} mois
- Pendant 48H : pas de modification
- 2-3 jours : phlyctène rougeâtre prédominant aux membres inf
- 3-8 jours les phlyctènes s'étendent et atteignent la face , ces derniers vont se rompre laissant le derme à nu
- 8-12 jours : véritables dislocation du foetus , les os du crane se chevauchement , cuir chevelu trop large forme un vaste plis

Macération



Évolution anatomique annexes

- Le placenta s'œdématie devient grisâtre
- Les membranes sont livides
- Le cordon est infiltré et rougeâtre
- Le liquide amniotique épais de couleur brune

Conduite à tenir

Objectifs

- Le but du traitement est :
 - d'évacuer l'utérus,
 - de prévenir et de traiter les éventuelles complications,
 - Eviter les récurrences.

Bilan initial

- le bilan maternel et foetal est à adapter en fonction du contexte clinique et de la pathologie maternelle associée
- si une cause évidente explique la MFIU (malformation , anomalies chromosomique HRP) on limitera le bilan

Bilan maternel

- **A ADAPTER EN FONCTION DU CONTEXTE**
 - Groupe, Rhésus, RAI
 - Bilan de coagulation : TP, TCA, fibrinogène
 - NFS, Plaquettes
 - Ionogramme, Uricémie, Créatinémie, urée, bilan hépatique
 - Glycémie, HbA1C
 - Bandelette urinaire et albuminurie des 24 H si besoin
 - ECBU, PV
 - Test de Kleihauer
 - Hémocultures si $T^{\circ} > 38^{\circ}$
 - Sérologie en fonction des résultats antérieurs et du contexte : toxoplasmose, rubéole, HIV , CMV, parvovirus B19, listériose, hépatite B, hépatite A, hépatite C, Epstein Barr, Herpès ...

Bilan maternel

- **A distance :**
 - Anticorps anticardiolipides
 - facteur antinucléaire
 - antithrombine III, protéines C et S
 - mutation du facteur 5 LEIDEN
 - mutation du gène de la prothrombine 20210A,
 - hyperhomocystéïnémie

Prélèvement de liquide amniotique et/ou prélèvement de sang foetal

- Caryotype foetal
- PCR à la recherche de CMV, ParvovirusB19

Placenta

- Examen bactériologique et parasitologique
- Examen anatomopathologique

Foetus

- Examen macroscopique : recherche de malformations apparentes, mensurations (périmètre crânien, taille, poids), sexe
- Prélèvements cutanés et de cordon
- Radiographies du squelette
- Photographies
- Autopsie + + +

Décision de déclenchement

- **02 situations :**

- PC maternel mis en jeu : extraction fœtale un urgence

- Pas de facteurs de gravité :

- Lancer une bilan

- Déclenchement du travail

- Accouchement sous analgésie péridural

- Examen du délivre

- Inhibiteurs de la lactation dans le post partum

CAT pratique après MFIU

- Surveillance étroites des paramètres cliniques biologiques et échographies à intervalle rapproché
- Dg anté natal à prévoir si malformations à répartitions
- En cas de MFIU inexpliquée :
 - Surveillance étroite
 - Hospitalisation avant la date anniversaire

Pronostic

- La mort du fœtus est parfois favorable à la mère, surtout lorsqu'elle est due à une néphrite, ou à une HTA .
- Le pronostic d'avenir dépendra de la cause, d'où l'intérêt de la recherche étiologique afin de déterminer le risque de récurrence pour adopter des mesures de prévention.
- Lorsque la cause persiste, ou se renouvelle à chaque grossesse, on peut observer à des dates semblables la mort in utero à répétition.
- La cause de la MFIU à répétition peut cependant rester inconnue

Annonce



- Il s'agit d'annoncer la mort progressivement et lentement pour être entendu par les parents.
- « Je suis désolé(e), j'ai beaucoup de mal à capter les bruits du cœur, je vais effectuer une échographie pour avoir une idée plus précise de ce qui s'est passé ».
- Eviter de regarder les parents immédiatement après la constatation échographique de la MFIU (risque de transmission de stress important).

Annonce



- Respecter le silence.
- Si la mère se montre triste, lui dire «c'est un moment trop difficile ?!» par une reformulation affirmative et interrogative de manière à tout en manifestant une reconnaissance de son ressenti, s'intéresser à ce qu'elle a voulu exprimer.
- Ne pas minimiser le ressenti ni dédramatiser: la douleur éprouvée par la mère
- maintient le lien avec le bébé mort-né.

Conclusion

- L'accompagnement multidisciplinaire, de la patiente affligée par une mort in utéro implique une formation des intervenants
- Les soignants doivent veiller à l'accompagnement du deuil normal et éviter les séquelles psychiatriques qui relèvent de la prise en charge institutionnelle psychopathologique.
- Parallèlement le bilan étiologique rêvait une dimension psychothérapique en plus du fait qu'il permet la prévention des récives de la mort in utéro.

Après l'accouchement

- Les mères d'enfants mort-nés sont tous à risque de développer des problèmes psychologiques
- la mortalité périnatale est associée à une augmentation des taux de dépression du post-partum.
- Un soutien psychologique doit être offert à toutes les femmes à la maternité et pendant la période post-partum

Merci

Tu me manques, Paul Verrept, Pastel, 1999

