RÉFÉRENTIELS D'OBSTÉTRIQUE

PRISE EN CHARGE DES FAUSSES-COUCHES < 14 SA

naître
en languedoc roussillon

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon
Espace Bertin Sans – Bât. C – 1er étage – 59, avenue de Fès
34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

SOMMAIRE

1. GROSSESSES ARRÊTÉES 3

1.1. L'ASPIRATION (GRADE A) : 3

1.2. LE TRAITEMENT MÉDICAL (GRADE B) 3

1.3. L'EXPECTATIVE N'EST PAS RECOMMANDÉE (GRADE A) EN CAS DE GROSSESSE ARRÊTÉE NON SYMPTOMATIQUE 3

2. FAUSSE-COUCHE INCOMPLÈTE 3

2.1. DEUX OPTIONS 4

➪L'ASPIRATION 4

➪L'EXPECTATIVE 4

2.3. REMARQUES : 4

Textes de référence :

- *CNGOF 2014, RPC pour la pratique clinique*
- *Cahier de protocoles du CHU de Montpellier*

Ne jamais oublier les gamma-globulines si la mère est RH négative (200µg), quelque soit la précocité de la grossesse.

1. GROSSESSES ARRÊTÉES

En ce qui concerne les grossesse arrêtées, il existe DEUX OPTIONS, après information aux patientes des avantages et inconvénients relatifs à chacune des deux techniques :

1.1. L'ASPIRATION (GRADE A) :

- Le traitement par aspiration est plus efficace que le traitement médical par Misoprostol.

⇨ **Méthode** :

- Sous anesthésie générale ou anesthésie locale (bloc paracervical, Xylocaïne à 2%) :
  - ✓ Ne pas hésiter à se servir de l'échographie pour guider la canule, éviter une perforation utérine et vérifier la vacuité.
  - ✓ 200µg de Misoprostol en intra-vaginal, dans les 3 heures qui précèdent le geste, facilite le passage du col et peut éviter une dilatation.

1.2. LE TRAITEMENT MÉDICAL (GRADE B)

- De préférence avant 9 SA révolues (Accord Professionnels NLR).
- Consultation anesthésiste non nécessaire sauf facteurs de risque.
- Possibilité de donner le traitement en ambulatoire, hôpital de jour, ou retour à domicile si < 7 SA (à discuter avec la patiente).
- **Dose unique intravaginale de 800 µg de Misoprostol per os ou sublingual.**
- Temps moyen d'expulsion de 10 heures, donc débuter le protocole tôt le matin.
- Revoir la patiente 24 heures plus tard si l'expulsion n'a pas eu lieu pour renouveler le traitement une fois.
- Efficacité de 80% d'expulsions dans les grossesses arrêtées ; d'autant plus efficace que la grossesse est jeune.
- Nécessité d'un contrôle échographique à 8/15 jours
  - Si expulsion incomplète ⇨ Aspiration.

1.3. L'EXPECTATIVE N'EST PAS RECOMMANDÉE (GRADE A) EN CAS DE GROSSESSE ARRÊTÉE NON SYMPTOMATIQUE

- Augmente les risques d'absence d'expulsion spontanée, de traitement chirurgical non programmé et de transfusion sanguine (NP1)

2. FAUSSE-COUCHE INCOMPLÈTE

⇨ **Dans ce cas, le Misoprostol n'est pas recommandé.**

2.1. DEUX OPTIONS

⇨L'ASPIRATION

- Permet de réduire les consultations et le traitement chirurgical non programmé.

⇨L'EXPECTATIVE

- Il n'est pas possible de définir une limite à sa durée.

NB : En cas de rétention trophoblastique prolongée, une hystéroscopie diagnostique et thérapeutique est recommandée.

2.3. REMARQUES :

- Pas d'analyse systématique anatomo-pathologique,, sauf suspicion de maladie trophoblastique ou aspect inhabituel du trophoblaste.
- Ne pas différer la survenue d'une nouvelle grossesse.