

Mortinaissance et deuil : Lignes directrices pour l'enquête faisant suite à une mortinaissance

La présente directive clinique a été élaborée par le comité de médecine fœto-maternelle (MFM) et a été évaluée par le comité de pratique clinique – obstétrique. Elle a été approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEUR PRINCIPAL

Line Leduc, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Dan Farine, MD, FRCSC (président), Toronto (Ont.)

B. Anthony Armson, MD, FRSCS, Halifax (N.-É.)

Monica Brunner, MD, FRCSC, North Vancouver (C.-B.)

Joan Crane, MD, FRCSC, St. John's (T.-N.-L.)

Marie-France Delisle, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Robert Gagnon, MD, FRCSC, London (Ont.)

Lisa Keenan-Lindsay, inf. aut., Oakville (Ont.)

Valérie Morin, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

Robert W Mundle, Windsor (Ont.)

Carol Scheider, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)

John Van Aerde, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

Avantages : Offrir de meilleurs conseils aux femmes au sujet des causes possibles de mort fœtale et des implications en ce qui concerne les futures grossesses.

Recommandations : Un protocole d'enquête devrait être utilisé pour chercher à mettre au jour la cause d'une mort fœtale. (II-B)

Validation : Les résultats obtenus ont été analysés et évalués par le comité de médecine fœto-maternelle et le comité de pratique clinique - obstétrique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Le niveau des résultats et la qualité des recommandations ont été décrits au moyen des critères d'évaluation des résultats du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

Commanditaire : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 28, n° 6, 2006, p. 546–552.

INTRODUCTION

La mortinaissance est définie comme le décès qui survient avant l'expulsion ou l'extraction complète d'un fœtus en étant à plus de 20 semaines de gestation ou dont le poids est supérieur à 500 g¹.

La mortinaissance demeure une complication relativement courante de la grossesse. Bien que le taux de mortinaissance soit passé de 4,9 par 1 000 naissances totales en 1991 à un plancher de 4,1 par 1 000 naissances totales en 1998, il a été de 4,5 par 1 000 naissances totales en 2000². Les professionnels de la santé ont la responsabilité d'offrir du soutien aux familles et de procéder à une enquête sur les causes de la mortinaissance. Une suite complexe d'événements peut souvent précéder la survenue d'une mortinaissance, laquelle peut donc, rétrospectivement, s'avérer difficile à élucider.

Un nombre important de facteurs ont été associés au risque de mortinaissance. Certains d'entre eux peuvent être directement associés à la mort fœtale, alors que d'autres peuvent n'y être associés que de façon indirecte. Par exemple, les troubles hypertensifs peuvent mener à une insuffisance placentaire et à une restriction de la croissance

Résumé

Objectif : Fournir un protocole d'enquête pour aider les fournisseurs de soins de santé à déterminer la cause d'une mort fœtale.

Options : Nous avons pris en considération les protocoles d'enquête sur les morts fœtales qui sont actuellement disponibles au Canada et dans d'autres pays.

Issues : Identification des causes possibles de mortinaissance et leur relation avec les futures grossesses.

Résultats : Des articles associés à l'étiologie de la mort fœtale ont été recensés au moyen d'une recherche menée dans MEDLINE (de janvier 1993 à décembre 2004), la *Cochrane Library* et des protocoles d'enquête issus du *American College of Obstetricians and Gynecologists*, du *Alberta Medical Association Committee on Reproductive Care* et du *Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics*.

Mots clés : Intrauterine fetal death investigation, fetal demise, stillborn

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique⁶³.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique⁶³.

fœtale ou à un décollement placentaire, pour ensuite dégénérer en hypoxie et en mort fœtale. Pour que l'on puisse effectuer des comparaisons appropriées, des définitions standard des causes de mort fœtale s'avèrent nécessaires. Bien que la cause précise de la mort fœtale passe inaperçue dans la plupart des cas, certaines catégories générales peuvent être définies : causes génétiques, causes généralisées maternelles, causes infectieuses, causes placentaires et causes liées à une pathologie fœtale. Le recours à une approche systématique face à la mort fœtale peut s'avérer utile en vue de déterminer une cause. Un questionnaire détaillé peut aider à isoler une étiologie. Un tel questionnaire doit comprendre des questions au sujet des antécédents familiaux (lesquels peuvent révéler une cause héréditaire pouvant expliquer la mortinaissance), des antécédents maternels (y compris les antécédents obstétricaux et médicaux), ainsi que des détails entourant le déroulement de la grossesse actuelle. Il est important de rechercher des pathologies fœtales précises et, au moment de la délivrance, d'examiner le placenta et le cordon ombilical de façon rigoureuse.

Les protocoles existants ont fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'élaboration du présent protocole³⁻⁹. La présente liste d'explorations suggérées ne prétend pas être exhaustive; elle a pour but de servir de guide en vue d'aider les médecins à déterminer la cause de la mortinaissance lorsque l'étiologie n'est pas évidente.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Antécédents familiaux

Face à des cas de mort fœtale inexplicée, il est important de passer en revue les antécédents familiaux en détail afin d'y déceler une cause héréditaire possible pouvant expliquer la mortinaissance. Les troubles familiaux¹⁰⁻¹⁵, des antécédents d'avortements spontanés récurrents¹⁰, la présence d'une thromboembolie veineuse ou d'une embolie pulmonaire¹¹, un enfant né précédemment qui présentait une anomalie congénitale¹², un caryotype anormal ou un syndrome¹³, la présence d'autres pathologies héréditaires¹⁴, un enfant présentant un retard de maturation documenté et une possible consanguinité¹⁵ doivent être pris en considération.

Maladie maternelle

Des pathologies maternelles ont également été identifiées comme étant une cause importante de morts fœtales. Certaines pathologies ont été associées à la mortinaissance, dont les troubles thromboemboliques¹¹, le diabète sucré^{16,17}, les troubles hypertensifs¹⁸, la présence de thrombophilie^{19,20}, les maladies auto-immunes^{21,22}, l'épilepsie²³, l'anémie grave²⁴ et la cardiopathie cyanogénétique maternelle²⁵.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3964328>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3964328>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)