



Avortements spontanés à répétition

Recurrent miscarriage

P. Merviel (Professeur des Universités, praticien hospitalier) *, S. Lanta (Chef de clinique-assistant), G. Allier (Chef de clinique-assistant), O. Gagneur (Praticien hospitalier), S. Najas (Praticien hospitalier), A. Nasreddine (Praticien hospitalier), H. Campy (Praticien hospitalier), P. Verhoest (Praticien hospitalier), P. Naepels (Praticien hospitalier), J. Gondry (Professeur des Universités, praticien hospitalier), J.- C. Boulanger (Professeur des Universités, praticien hospitalier)

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier universitaire d'Amiens, 124, rue Camille-Desmoulins, 80054 Amiens cedex, France

MOTS CLÉS

Avortement spontané à répétition ;
Anticorps antiphospholipides ;
Thrombophilie ;
Malformations utérines ;
Anomalies chromosomiques ;
Aspirine ;
Héparine

KEYWORDS

Recurrent miscarriage;
Antiphospholipid antibodies;
Thrombophilia;
Uterine defects;
Chromosomal abnormalities;
Aspirin;
Heparin

Résumé Les avortements spontanés à répétition (ASR) sont définis par la survenue de trois (ou plus) pertes embryofœtales avant 24 semaines d'aménorrhée. Ils affectent environ 1 % des couples fertiles. Les étiologies sont multiples, cependant dans 50 % des cas aucune cause n'est retrouvée. La classification des causes d'ASR est essentielle pour comprendre le mécanisme physiopathologique, conduire les explorations et décider d'un traitement. Les anomalies utérines, les anomalies chromosomiques et génétiques, les perturbations hormonales ou métaboliques, les causes infectieuses, les thrombophilies héréditaires ou acquises, les anomalies immunologiques, les causes masculines et les facteurs environnementaux sont les principaux facteurs responsables d'ASR.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract Recurrent miscarriage (RM) is defined as three or more consecutive pregnancy losses at less than 24 weeks of gestation; this condition affects 1% of fertile couples. RM is a clinical condition of heterogeneous aetiology; however, in 50% of the cases no cause is identified. Classification of RM is a crucial tool in the investigation, exploration and treatment of pathophysiological mechanisms. Uterine defects, chromosome and genetic abnormalities, hormonal and metabolic disorders, infectious causes, acquired and inherited thrombophilia, immunologic disorders, male and environmental factors are the principal causes of RM.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'avortement spontané (AS) est la plus fréquente des complications gravidiques. Selon l'Organisation

mondiale de la santé, il s'agit de l'expulsion ou l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500 g. On considère qu'environ deux tiers des grossesses s'arrêtent avant le 6^e mois, dont la plupart sous forme infraclinique juste après la conception, ce qui conduit à considérer

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Merviel.Philippe@chu-amiens.fr (P. Merviel).

que la fréquence des AS « cliniques » est de 15 à 20 %. Par principe, on exclut de cette définition les grossesses molaires et ectopiques.

Les avortements spontanés à répétition (ASR) sont définis par l'existence de trois avortements consécutifs au moins. Ils affectent 2 à 5 % des couples sans enfant, touchant de 0,3 à 1 % des grossesses (1 couple sur 200 environ).¹ Environ 5 000 couples français consultent annuellement pour ce problème. L'avortement spontané à répétition du premier trimestre de la grossesse est le plus fréquent : 31,9 % avant 7 semaines d'aménorrhée (SA), 52,3 % entre 8 et 11 SA, 11,1 % entre 12 et 15 SA. Au-delà du premier trimestre, leur fréquence est de 4,7 % (2,5 % entre 16 et 19 SA et 2,2 de 20 à 23 SA).¹

L'augmentation du risque d'AS avec le nombre d'accidents antérieurs est un argument en faveur de la réalité d'un syndrome d'ASR. En effet, si les événements étaient indépendants, le risque d'avoir deux AS successifs serait de 2,3 %, et pour trois AS de 0,34 %. Or, après un AS le risque moyen de récurrence est de 20 %, après deux AS de 28 %, après trois AS de 30 %, et de 45 % après quatre AS.^{2,3} On estime que la probabilité d'avoir un enfant vivant diminue de 23 % à chaque avortement supplémentaire au-delà de trois avortements. Cette augmentation du risque est liée à des variables confondantes : le risque d'AS augmente avec : [3]

- la gravité quelle que soit l'issue des grossesses précédentes. Ainsi, on distingue les ASR primaires (en l'absence d'accouchements antérieurs) et les ASR secondaires (après la naissance d'un enfant). Toute naissance entre les AS ramène le taux de récurrence à 10 % environ ;
- l'âge des femmes (25 % de risque après trois AS si < 30 ans versus 52 % si > 40 ans) ;
- la notion d'infertilité chez le couple.

Dans 25 à 50 % des cas aucune cause n'est retrouvée,⁴ cependant il est probable que des perturbations de la tolérance immunologique de la grossesse soient responsables de ces cas.

Normalement il faut attendre la survenue de trois AS (définition des ASR) pour entreprendre un bilan étiologique. Cependant, même en résistant à la pression légitime des couples « pour trouver une cause, ... et donc proposer un traitement », ce bilan d'ASR est souvent pratiqué après deux AS car les taux de récurrence après 2 ou 3 AS sont proches. Le premier rôle du praticien est d'abord de rassurer le couple en l'informant que la probabilité de mener à bien une grossesse après trois AS est de 60 %.⁵

Anomalies anatomiques utérines

L'embryon s'implante le 5^e jour après la fécondation dans la cavité utérine. L'existence d'une ano-

malie intracavitaire peut donc interférer, non seulement avec l'implantation embryonnaire, mais également avec la poursuite normale de la grossesse. La principale pathologie utérine responsable d'ASR est la malformation utérine. Il s'agit le plus souvent d'ASR au 2^e trimestre de la grossesse.

Malformations utérines

La fréquence des malformations utérines est comprise entre 0,5 et 10 % (moyenne : 2 %), plus élevée dans le groupe des ASR (entre 10 % et 37,5 %).⁶ Makino⁷ rapporte sur 1200 femmes présentant des ASR une fréquence de 15,7 % d'anomalies utérines congénitales. Les malformations le plus souvent en cause dans le cadre des ASR sont les utérus cloisonnés (en particulier totaux) et les utérus hypoplasiques.

Les aplasies mullériennes unilatérales à type d'utérus unicorne ou pseudo-unicorne peuvent être responsables surtout d'infertilité, d'accouchement prématuré, mais plus rarement d'ASR. Seules 38 à 75 % des femmes ayant ce type de malformation ont un enfant vivant. Aucun traitement chirurgical n'est possible dans ce cas ; le cerclage ne sera proposé qu'aux femmes avec antécédents d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés.⁸ La présence d'une corne rudimentaire (65 % des cas) n'est pas un élément défavorable (34 % d'évolution favorable en présence contre 11 % en l'absence de corne).

Les troubles de la fusion sont représentés par les utérus didelphes (bicorne-bicervical) et les utérus bicornes. Ces derniers peuvent être unicervical total ou unicervical corporéal ou fundique. Ces anomalies peuvent être responsables d'ASR ou d'accouchement prématuré. Les utérus didelphes peuvent bénéficier d'une cure chirurgicale par unification des deux hémimatrices (intervention de Strassman), mais les résultats sont inconstants.

Les troubles de la résorption regroupent les utérus cloisonnés, total, subtotal (isthme cloisonné), corporéal (isthme non atteint) ou à fond arqué, communiquant au niveau de l'isthme ou non, se poursuivant sur le col et le vagin. De 9 % à 30 % des femmes présentant des ASR auraient un utérus cloisonné. Le taux d'avortement est de l'ordre de 60 %. Plusieurs mécanismes peuvent être en cause :

- défaut de croissance de taille de l'utérus à cause de la cloison, cependant les métroplasties entraînent souvent une diminution de taille de l'utérus et améliorent l'évolution de la grossesse ;
- incompétence cervicale, mais qui n'explique pas les fausses couches du 1^{er} trimestre ;
- vascularisation et innervation anormale de la cloison à l'origine d'une implantation défec-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319302>

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