 PROCOLE MORT FCETALE IN UTERO	Classeur Protocoles Médicaux	Chapitre	Année / indice	Pages/ nb de pages
	Unité de Gynécologie-Obstétrique	T	2013	1/3

MORT FCETALE IN UTERO

Définition :

Mort in utero survenant au-delà de 14 SA, à distinguer des fausses couches tardives ou des grossesses arrêtées au premier trimestre (pouvant s'expulser secondairement)

BILAN

antécédents:

- gynéco-obstétricaux (MFIU, HRP, RCIU, pré-éclampsie), familiaux (malformations, maladies génétiques, consanguinité, diabète, histoire familiale de thromboses), diabète, auto-immunité, accidents thrombo-emboliques personnels
- l'existence d'un ATCD de MFIU permet éventuellement d'orienter les explorations

Anamnèse :

terme, éléments permettant de dater la mort fœtale, RCIU, choc abdominal, contexte infectieux, complications pendant la grossesse, échographies-dopplers (EPF, malformations, quantité de liquide amniotique) sérologies de la grossesse à revoir, tabac, toxiques

Clinique : fièvre, HTA, albuminurie, métrorragies, HRP

Echographie : biométrie, malformations, anasarque, liquide amniotique

Bilan systématique

1) Bilan sanguin maternel

- NFS, hémostase, groupe, Rh, RAI
- Glycémie à jeun
- Test de Kleihauer
- Sérologies toxo et rubéole sinon immunisée ; sérologie syphilis
- Sérologie CMV et parvovirus B19
- PV, ECBU, +/- hémoculture avec recherche de listeria
- Si HTA : iono sang, créât, bilan hépatique, LDH, haptoglobine, prot/24h

2) prélèvement de liquide amniotique

- caryotype fœtal
- recherche de CMV et parvovirus B19 si sérologie maternelles positives
- bactériologie
- si amniocentèse impossible ou refusée, proposer un prélèvement placentaire pour analyse cytogénétique ou un prélèvement fœtal lors de l'autopsie.

3) examen foetopathologique +++

- examen du fœtus et du placenta
- en cas de refus, proposer un examen externe avec radiographie du squelette
- bactériologie placentaire

Bilan complémentaire selon orientation clinique

Contexte vasculaire, ATCD de thrombose, histoire familiale de thrombophilie → faire à 3 mois

- dosage protéine C, protéine S, antithrombine III
- recherche des mutations facteurs II et facteur V
- dosage homocystéinémie
- FAN, Ac anti DNA natif
- Ac anti cardiolipine
- Ac anti β 2GP-1
- ACC

 PROTOCOLE MORT FŒTALE IN UTERO	Classeur Protocoles Médicaux	Chapitre	Année / indice	Pages/ nb de pages
	Unité de Gynécologie-Obstétrique	T	2013	2/3

Suspicion de consommation de toxique : à faire le jour même

- recherche de toxiques urinaires

En l'absence d'étiologie

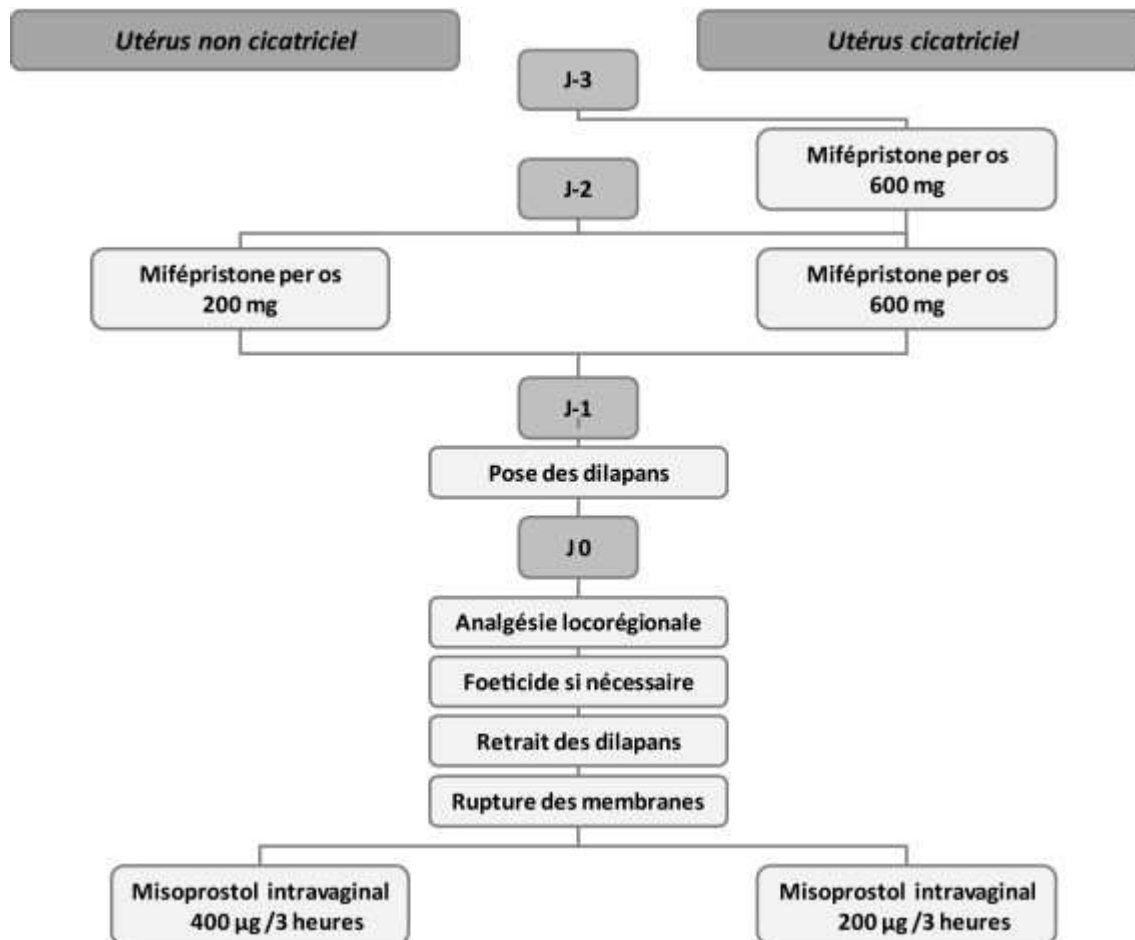
Bilan de thrombophilie discutable, ne pas le prescrire d'emblée, il pourra être discuté avec le résultat de l'analyse anatomopathologique du placenta

Prise en charge pratique : toujours s'adapter au cas particulier

- évacuation utérine urgente en cas d'HRP, infection bactérienne, etc.
 - **pas de césarienne systématique, mais déclenchement d'emblée**
- sinon, au moment de l'annonce, proposer le choix hospitalisation initiale ou retour à domicile
- proposer l'expectative ou le déclenchement, insister sur l'intérêt de l'examen foetopathologique
- soutien psychologique
- prélever bilan préopératoire avec hémostase et bilan étiologique (NB. Prélever si possible le matin plutôt qu'en garde, limiter le bilan étiologique en ambulatoire selon prise en charge)
- **préparation par RU 486 (Mifégyne)**
 - + **Utérus sain** J – 2 = ☒ 1 cp (200 mg)
 - + **Utérus cicatriciel** J – 3 = ☒ 3 cp (600 mg)
 - : J – 2 = ☒ 3 cp (600 mg)
- **J – 1 ☒ Dilapans** (systématique pour les primipares et utérus cicatriciels) 1 à 3 posés en intracervical. Atarax 50 mg + buprénorphine 2 mg, 20 à 30 min avant.
- **J0 ☒ déclenchement** : péridurale et Cytotec 2 cp voie vaginale toutes les 3 H
- **utérus cicatriciel**, ☒ Cytotec demi-dose soit ½ à 1 cp toutes les 3 heures
- **3^{ème} trimestre** :
 - + **si BISHOP défavorable**, ☒ Cytotec ½ à 1 cp toutes les 3h à adapter
 - + **Si BISHOP favorable**, ☒ Syntocinon aux doses habituelles.

Après l'expulsion

- Révision utérine systématique, sauf certitude absolue clinique et écho
- identifier l'enfant (2 bracelets cheville ou poignet)
- poids, sexe, aspect extérieur du fœtus : prendre 2 photos
- proposer à la mère (au couple) de voir le fœtus
- rendez-vous à prendre avant la sortie.



Cas particulier : MFIU d'un jumeau

- **Grossesse bi-choriale** : la grossesse doit être poursuivie en l'absence de survenue d'une CIVD. L'accouchement s'organise comme pour des jumeaux si le décès est récent, comme un singleton si le décès est ancien (sauf si le fœtus décédé est prævia). Un soutien psychologique est souhaitable. Il n'y a pas de risque de lésion cérébrale chez le co-jumeau.
- **Grossesse mono-choriale** : il existe un risque de lésion ischémique cérébrale chez le co-jumeau survivant au moment du décès du jumeau dans 20 à 25% des cas. L'extraction fœtale ne prévient pas les lésions cérébrales. Il faut les rechercher par une échographie cérébrale et une IRM cérébrale 3 semaines après la mort du fœtus. La découverte de ces lésions peut aboutir en raison du pronostic sévère à une demande d'IMG.