

Prise en charge des grossesses arrêtées au GHM

Journée GYNNOVE
Mardi 16 juin 2026



Dr LOPEZ RUIZ Mathilde & Dr PERCHET Juliette
(médecins généralistes)

SOMMAIRE

1 Epidémiologie

2 Diagnostic

3 Prise en charge

4 Les suites

Epidémiologie

Quelques chiffres

Arrêt spontané du développement embryonnaire ou fœtal avant 22 semaines d'aménorrhée (SA), qu'elles soient diagnostiquées avant l'expulsion ou après celle-ci

Fausse couches précoces : avant 14 SA

- environ **15%** des grossesses

L'**âge** est le principal facteur de risque connu :

- vers 25 ans : risque d'environ **12 %**
- augmentation progressive avec l'âge
- vers 42 ans : risque pouvant atteindre **50 %**

Diagnostic échographique

GIU évolutive

Une grossesse évolutive intra-utérine est visible :

- Voie abdominale : **BhCG > 2500 mUI/mL**
- Voie endovaginale : **BhCG > 1500 mUI/mL**

Diagnostic échographique

GIU évolutive

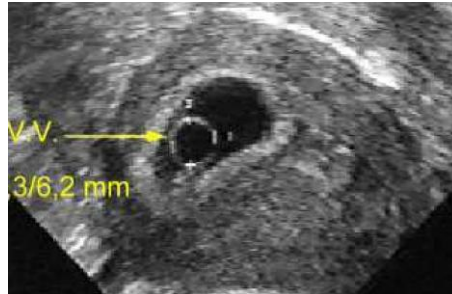
1) SAC GESTATIONNEL

Le premier signe d'une GIU
Image arrondie anéchogène
entourée d'une couronne
hyperéchogène



2) VESICULE VITELLINE

Deuxième signe visible de
GIU.
A partir de 5 SA et doit être
vue chez toutes les
patientes à 5 SA et 5 jours



3) EMBRYON

dès 5 SA : image linéaire
hyperéchogène de 1-2
mm située en périphérie
de la vésicule vitelline.
LCC : plus grande
mesure effectuée



4) ACTIVITÉ CARDIAQUE

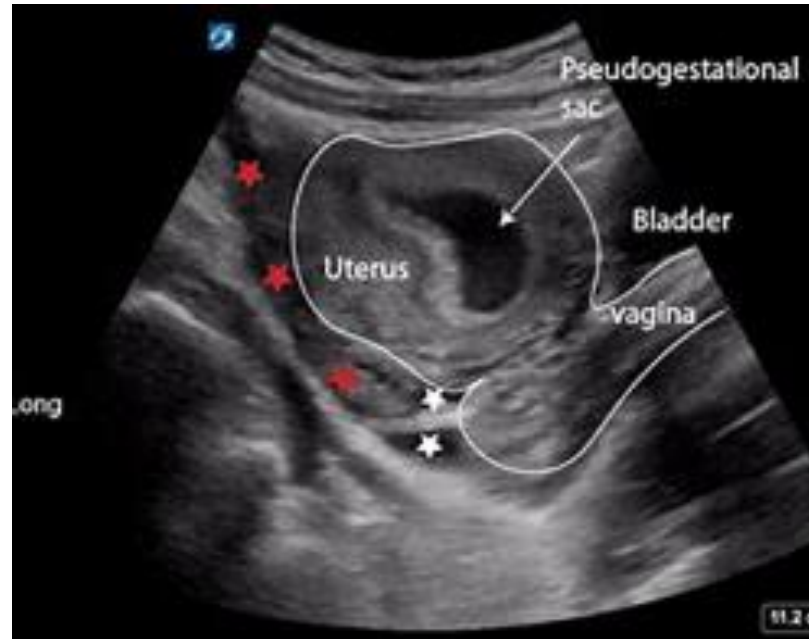
Le Doppler T1
non recommandé
innocuité ?



Diagnostic échographique

Pièges : pseudo sac gestationnel

Sans vésicule vitelline impossible
d'affirmer le caractère intra-utérin
et d'éliminer une GEU



Diagnostic échographique

Môle hydatiforme

- Placenta en flocon de neige
- BhCG > 100 000 UI/L

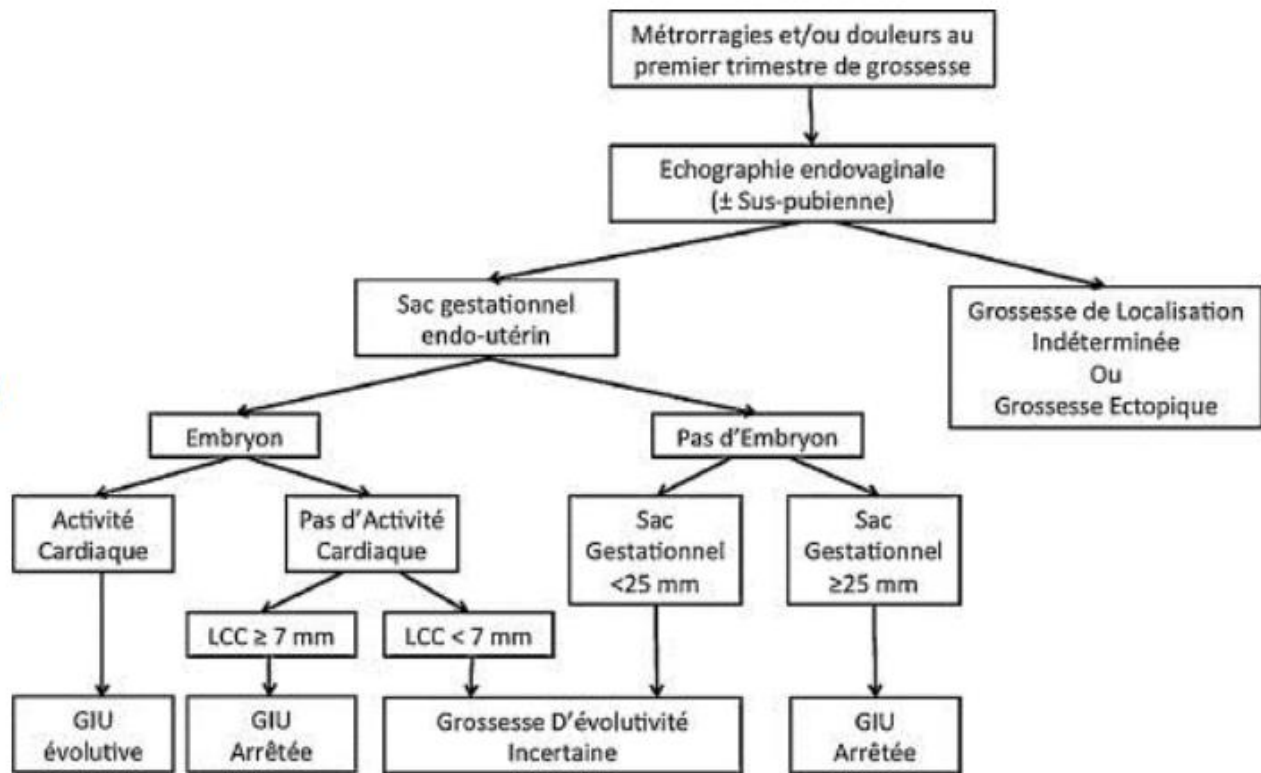


Définition d'une grossesse arrêtée

5 entités différentes

- **Grossesse arrêtée** : découverte fortuite au 1^{er} T
- **Œuf clair** : sac gestationnel > 25mm sans embryon
- **Fausse couche spontanée incomplète** : rétention retrouvée à l'échographie (douleurs et/ou saignements)
- **Fausse couche spontanée complète** : expulsion spontanée de la grossesse, vacuité utérine en échographie
- **Fausse couche en cours** : expulsion en cours + métrorragies actives

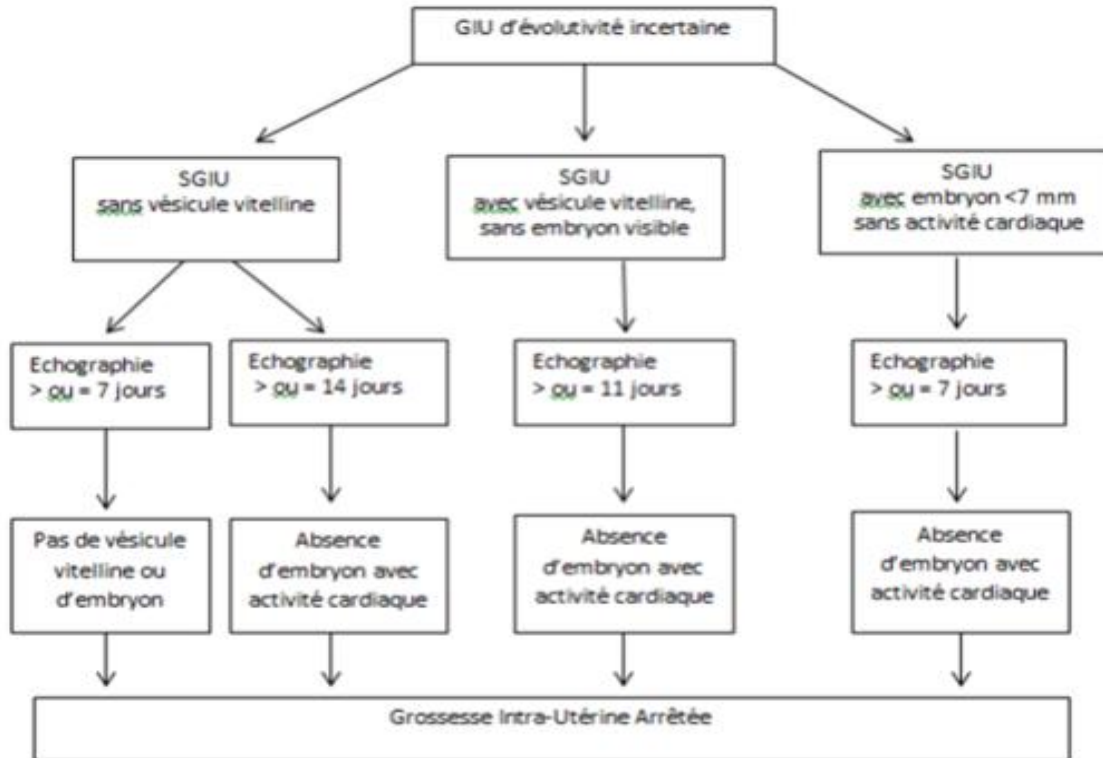
Définition d'une grossesse arrêtée



CNGOF

Recommandations pour la
pratique clinique –
Les pertes de grossesse

GIU d'évolutivité incertaine



CNGOF

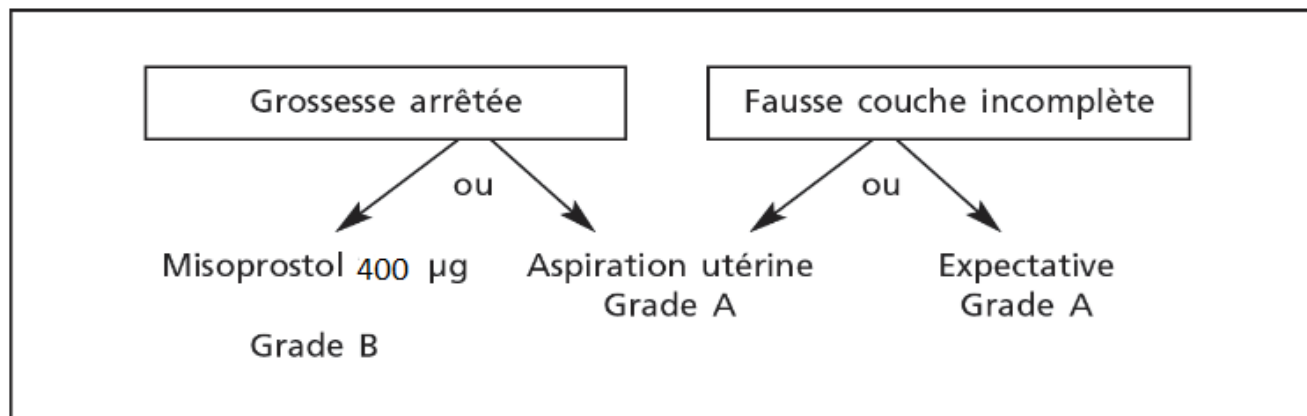
Recommandations pour la
pratique clinique –
Les pertes de grossesse

Prise en charge

Grossesses arrêtées précoces

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ARRETEES PRECOCES

OBTENTION DE LA VACUITE UTERINE

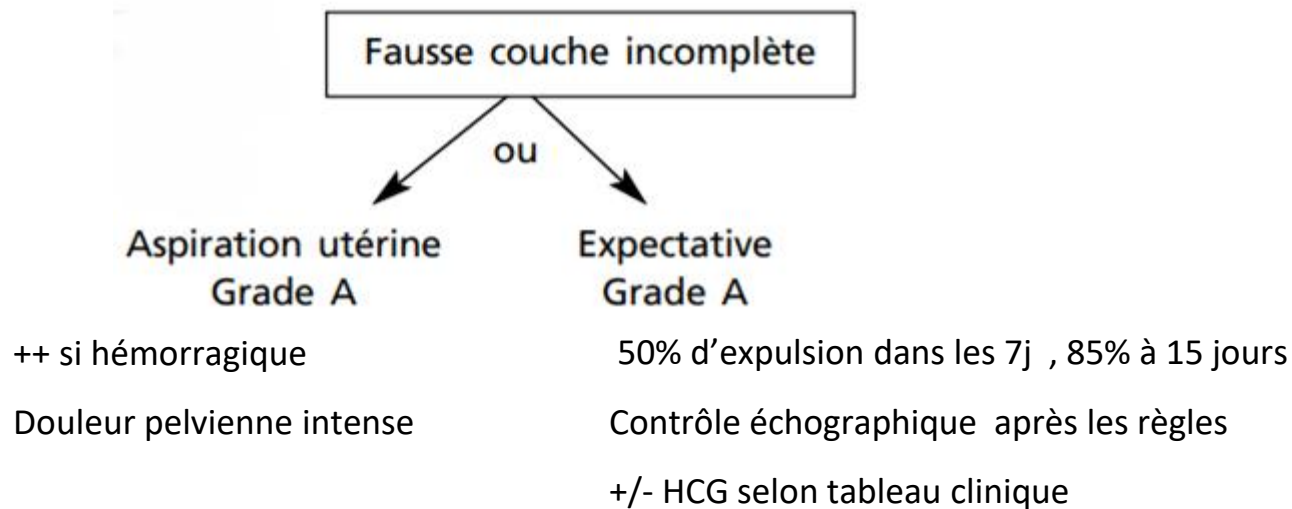


CNGOF

Recommandations pour la
pratique clinique –
Les pertes de grossesse

Prise en charge

Fausse couches incomplètes



Place du MisoOne ???

Selon les ÉTUDES : Le MisoOne n'est pas plus efficace que expectative . Mais en PRATIQUE...

Prise en charge

Grossesses arrêtées

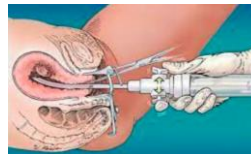
Traitement médical

- LCC < 20 mm et sac gestationnel < 40 mm
- Patiente en sécurité.
- Urgences gynécologiques proches



Traitement chirurgical

- Aspiration endo-utérine en ambulatoire
- Penser bilan pré op



- **Prévention de l'allo immunisation fœto-maternelle si besoin**
- **Rhophylac® 200 après RAI n'est PAS nécessaire si <10 SA (sauf suspicion GEU)**

Prise en charge - Protocole

Misoprostol

- Analogue de la prostaglandine E1 : MisoOne 400 µg /Gymiso200 µg
- Activité utéro tonique et de maturation cervicale puissante

- La posologie initiale : 400 µg per os

1 comprimé, à faire fondre entre la gencive et la joue

+ 1 comprimé à renouveler **après 3 heures** si absence de saignement avec caillots

Sans oublier LES ANTALGIQUES : anti émétique / AINS + palier 2 + bouillote +/- spasfon

- FICHE INFO +++ avec signes devant faire consulter

Prise en charge – Misoprostol

Misoprostol

Contre indications

ABSOLUES :

- Femme susceptible d'être enceinte en l'absence d'un test de grossesse négatif
- Grossesse de 50 jours et plus dans l'interruption médicamenteuse de grossesse
- Hypersensibilité à l'un des composants
- Hypersensibilité aux prostaglandines

RELATIVES :

- Grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie
- Suspicion de GEU

Effets secondaires

- Syndrome pseudo grippal (*frissons, diarrhée, nausées*)
- Hyperthermie $< 38^{\circ}\text{C}$: doit disparaître après 3 heures
→ Si plus de 48H après = **URGENCES**
- Saignements : comme des règles AVEC caillots
→ Si > 2 grosses serviettes par heure pendant 2h = **URGENCES**
- Douleurs (*antalgiques palier 1 et 2 + AINS*)
→ Si antalgiques insuffisants = **URGENCES**

RIEN DANS LE VAGIN !!!

PAS DE BAIN, PAS DE TAMPON, PAS DE CUP, PAS DE PENETRATION PENDANT 15 jours

Prise en charge

Traitement MÉDICAL

Avantages

- Intimité
- Évite les complications spécifiques de l'aspiration (synéchies, traumatismes cervicaux, perforations)
- Sans délai
- A domicile ou en HDJ

Inconvénients

- Effets secondaires aléatoires: hyperthermie, frissons, diarrhée.
- Douleurs aléatoires
- Durée de saignement plus longue (5 à 15 jours en moy)
- Risque hémorragique aigu avec nécessité d'une aspiration en urgence (0 à 3%)
- Nécessité d'un majeur présent (mais HDJ possible)
- **Risque d'échec : environ 10 à 20%**

Prise en charge – Chirurgie

Traitement chirurgical : aspiration endo-utérine

- **Efficacité : 95 et 100 %**
- En ambulatoire
 - anesthésie locale / générale / sédation / (rachianesthésie ?)
 - Dilatation à la bougie avant introduction canule d'aspiration
 - Contrôle échographique en per-opératoire.
- Complications précoces (4 à 10 % des cas)
 - Infections, rétention
 - Perforation utérine
 - Hémorragie, traumatismes cervicaux
 - Synéchies 30%
 - Douleur pelvienne
 - Placenta accreta
 - Risque de l'AG
- Post-Op : saignements possibles, faible abondance, pendant 10 à 15 jours. Peu de douleur.

PAS DE BAIN, PAS DE TAMPON, PAS DE CUP, PAS DE PENETRATION PENDANT 15 jours qui suivent

Prise en charge - GHM

- **Accompagnement Global** ++

- Travail en lien avec les Conseillères Conjugales et Familiales (CCF) du CSS.
- Psychologues si besoin
- LIVRET ARRÊT DE GROSSESSE distribué aux patientes.
 - Info sur les grossesses arrêtées
 - Différentes modalités de PEC
 - Contacts utiles...



SOMMAIRE

1. Les causes
2. Contacts utiles
3. La prise en charge
 - La méthode expectative
 - La méthode médicamenteuse
 - La méthode chirurgicale
4. Les suites immédiates
5. Le processus de deuil
 - Les émotions du deuil
 - Deuil / Choc
 - Culture
 - Désorganisation et tristesse
 - La réorganisation
 - La transformation et la guérison
6. L'impact sur la famille
 - Le couple
 - Les enfants
 - L'enfant
 - Les souvenirs
7. Les suites à distance
 - Les cycles
 - Projet de grossesse
 - Relations sexuelles
 - Exercice physique
 - Retour au travail

- **MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE EN HDJ** => surveillance et accompagnement en service:

- *Avec possibilité de bénéficier de l'intervention de la psychologue, CCF, sage femme acupunctrice...*

Si besoin vous pouvez contacter les **CCF du CSS** de la Clinique Mutualiste : **04 76 70 70 24**

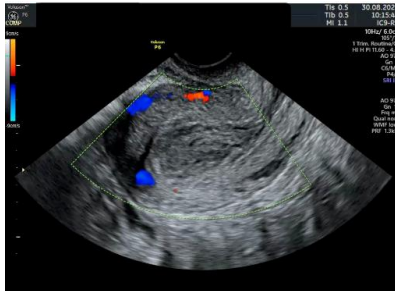
Ou CSS proche de chez vous :

- Planning familial Gambetta et les interquartiers...
- Entretiens gratuits

Prise en charge

Visite de contrôle

- **1 semaine après la prise de Misoprostol**
 - RDV *donné systématiquement*
 - contrôle clinique et échographique : vacuité ?
 - Bilan de FCS à répétition utile ?
- Si rétention <15-20 mm → contrôle échographique après les prochaines règles en externe.



Prise en charge

Si échec du traitement médicamenteux ou rétention

Une aspiration endo-utérine

- Si rétention > 15mm (coupe sagittale) datant < 1 mois : aspiration
- Si rétention > 1 mois : hystéro résection / aspiration

MAIS En fonction de la clinique

- Une 2ème cure de MisoOne, avec contrôle de la vacuité à une semaine

Risque d'échecs plus importants si 2è cure de MisoOne

Prise en charge

En ville

- Misoprostol :
 - Non dispensé aux patientes en pharmacie d'officine (*sauf depuis la covid pour les IVG uniquement*)
 - Les médecins s'approvisionnent directement en officine de ville
 - Prise en charge dérogatoire dans cette indication et sont utilisés dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) « fausses couches précoces ».
- Forfaits de facturation
 - **FFV = 54,80 euros**
 - La consultation
 - Forfait médicamenteux
 - **FFC = 65,45 €**
 - La consultation
 - L'échographie non morphologique de la grossesse
 - Forfait médicamenteux

Montant forfait médicamenteux = 27.76€ TTC (=2 prises de 400 µg)

Incohérence :

Texte : "*doit couvrir l'intégralité du traitement d'une patiente, quel que soit le nombre de boîtes délivrées par le médecin dans la limite de 6 boîtes*"

→ **Qui finance les autres boîtes ??**

Les suites

Et après

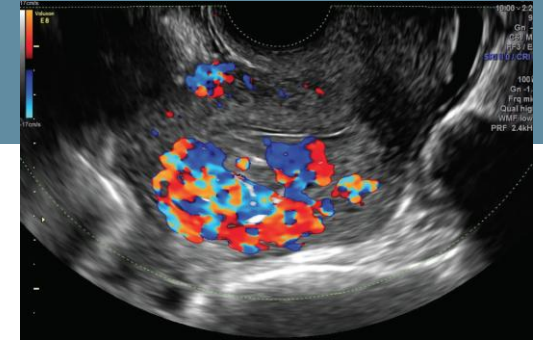
- Dans le cadre d'un désir de grossesse
 - Penser à prescrire Acide folique 0,4 mg
 - +/- Bilan pré-conceptionnel
 - Selon de nombreuses études : grossesse possible dès le premier cycle

Pas de délai avant de concevoir de nouveau

- Si grossesse non désirée
 - Penser à la contraception

Les suites

Rétention trophoblastique vs/ MAV



Malformation Artérioveineuse (MAV)

Malformations rares, composées d'artères et de veines communicantes entre elles par un réseau intermédiaire appelé nidus (court circuit lit capillaire normal, haut débit)

Formation hypoéchogène intra-myéométriale, serpiginieuse, hypervascularisée myométriale.

→ **PEC CHUGA : Échographe référent**
+/- angiIRM +/- embolisation

RT (rétention trophoblastique)

Absence de détachement des résidus trophoblastiques ou placentaires après terminaison de grossesse

- Incidence difficile à évaluer (2.7% à 40%)
- Principales étiologies : IVG médicamenteuses ou chirurgicales, FCS 1er trimestre, grossesse molaire, césariennes
- FDR : âge maternel avancé, nulliparité, le déclenchement et la non progression du travail, la chirurgie et traumatismes utérins antérieurs, placenta accreta
- Avasculaire, pauci- ou hypervascularisée.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Encart contact



Dr LOPEZ RUIZ Mathilde



mathilde.lopezruiz@ghm-grenoble.fr



04.76.70.70.27

Encart contact



Dr PERCHET Juliette



juliette.perchet@ghm-grenoble.fr



04.76.70.70.27