

RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

Réseau Périnatal Lorrain 	RECOMMANDATIONS RPL_2019_MFIU	Version du 18 décembre 2019
	Mort fœtale in utero ≥ 22 SA ou ≥ 500 g Bilan étiologique	Rédaction : Zeineb KEZ, sage-femme Dr Emilie Gauchotte, GO Validation : Conseil de coordination du 14/01/2020

1. Définitions et généralités

1.1. Champ d'application des recommandations

Cette recommandation s'applique dans les cas d'enfants nés sans vie (mort fœtale in utero) à partir de 22 SA ou pour un poids de naissance de 500 g ou plus. Le cas des IMG ne sera pas évoqué.

1.2. Définitions

Une **grossesse arrêtée précoce** est un arrêt de développement avant 14 SA (stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur cranio-caudale et/ou disparition de l'activité cardiaque).

Une **mort fœtale in utero** (MFIU) est l'arrêt spontané de l'activité cardiaque à partir de 14 SA.

Une **fausse couche** est l'expulsion spontanée du contenu utérin avant 22 SA.

L'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine de moins de 14 SA correspond à une **fausse couche précoce** (FCP).

L'expulsion spontanée d'une grossesse **entre 14 SA et 22 SA** correspond à une **fausse couche tardive** (FCT).

L'expulsion spontanée d'une MFIU **après 22 SA** correspond à l'**accouchement** d'un **enfant né sans vie**.

2. Objectifs des recommandations

2.1. Objectif général

- Proposer une recommandation régionale permettant d'harmoniser la prise en charge des morts fœtales in utero en Lorraine, particulièrement concernant le bilan étiologique

2.2. Objectifs spécifiques du RPL

- Améliorer les pratiques professionnelles pour améliorer la prise en charge de la patiente et de sa famille en formalisant la prise en charge médicale et le bilan étiologique à réaliser en

cas de mort fœtale in utéro. Cet objectif spécifique est en lien avec les recommandations relatives au deuil périnatal accessibles sur le site internet du RPL.

- Permettre aux professionnels des maternités lorraines de décliner ces recommandations régionales au sein de leur service par des procédures et protocoles de prises en charge adaptés localement.

3. Facteurs de risque associés à la MFIU retrouvés dans la littérature

Un tableau récapitulatif des principaux facteurs de risque de MFIU, leur risque relatif ainsi que le niveau de preuve est disponible en annexe 1.

4. Etiologies

- Anomalies placentaires : anomalie associée à la MFIU la plus fréquemment rencontrée (environ dans 60 % des cas)
- Anomalies cordonales ou funiculaires (nœud au cordon, cordon long, circulaires, cordon spiralé) : de 7 à 10.4 %
- Hémorragies fœto-maternelles supérieure à 20mL/kg de poids fœtal : 2 à 4 %
- Anomalies chromosomiques : dans 6 à 13 % des MFIU (lorsque le caryotype est réalisé)
- Agents microbiens (bactérien, viral ou parasitaire) : de 10 à 20 %. L'agent viral le plus retrouvé associé aux MFIU est le parvovirus B19, le streptocoque B a été retrouvé dans jusqu'à 45 % des autopsies fœtales.
- Anomalies congénitales : environ 20 %
- Pathologies maternelles : lupus systémique, syndrome des antiphospholipides, mutation du facteur V, déficit en protéine S, cardiopathies congénitales (Eisenmenger et cardiopathies cyanogènes), HTA chronique.

5. Check-list du bilan minimal recommandé en cas de MFIU

Le bilan de MFIU a pour objectifs d'identifier une cause, de permettre éventuellement une prévention active lors de la grossesse ultérieure et de dépister une pathologie maternelle nécessitant une prise en charge spécifique.

Examens sanguins chez la mère à réaliser avant l'accouchement (dans la mesure du possible)

- Numération formule sanguine
- Bilan de coagulation
- CRP
- Détermination du groupe sanguin si non faite précédemment
- Test de Kleihauer
- RAI
- Hémocultures si fièvre maternelle
- Sérologies infectieuses maternelles (parvovirus B19, toxoplasmose, VDRL-TPHA)
- Anticoagulant circulant de type lupique, anticorps anticardiolipine et anti-β2GP1 (recherche d'un syndrome des anticorps antiphospholipides : SAPL)
- Anticorps anti-nucléaires (recherche d'un lupus systémique)
- Glycémie à jeun (recherche d'un diabète de types 1 et 2)
- T4, TSH et anticorps anti-TPO (recherche d'une dysthyroïdie)

- Toxiques urinaires

D'autres examens tel que le bilan de thrombophilie peuvent être demandés en fonction des antécédents maternels et/ou du contexte de la MFIU et des résultats retrouvés dans le bilan initial.

Examens microbiologiques

- Prélèvements infectieux cervico-vaginaux
- ECBU en cas de signes fonctionnels urinaires ou de bandelette urinaire positive
- Prélèvements infectieux placentaires par écouvillonnage

- **Examen histologique du placenta**

- **Autopsie fœtale** (avec accord de la mère) : examen le plus contributif pour déterminer l'étiologie de la MFIU. En cas de refus, une exploration moins invasive pourrait être réalisée avec un **examen externe** associé à une **IRM**.
- **Analyses cyto-génétiques** (avec accord de la mère) : sur le liquide amniotique, sur prélèvement placentaire, prélèvements du fœtus par biopsie cutanée ou tendineuse. Un consentement génétique est nécessaire en vue d'une conservation d'ADN.

Annexe 1 : Principaux facteurs de risque de mort fœtale in utero (RPC CNGOF Pertes de grossesse)

Principaux facteurs de risque de MFIU	Risque relatif (IC 95 %)	Niveaux de preuve
<i>Poids maternel</i>		
25 kg/m ² < IMC < 30 kg/m ²	1,23 (1,09–1,38)	NP1
IMC > 30 kg/m ²	1,63 (1,35–1,95)	NP1
IMC > 40 kg/m ²	2,08 (1,58–2,73)	NP1
20 kg/m ² < IMC	1,36 (0,99–1,86)	NP2
<i>Tabagisme maternel</i>		
Tabagisme actif	1,36 (1,27–1,46)	NP1
Tabagisme passif	1,23 (1,09–1,38)	NP1
<i>Âge maternel</i>		
Âge maternel > 35 ans	1,65 (1,61–1,71)	NP1
Âge maternel > 40 ans	2,29(1,54–3,41)	NP1
Âge maternel < 15 ans	2,6 (2,1–3,3)	NP3
<i>Parité</i>		
Primiparité	1,42 (1,33–1,51)	NP1
Très grande multiparité	1,97 (1,81–2,15)	NP2
Extrême multiparité	2,31 (1,56–3,42)	NP2
<i>Niveau d'éducation/socio-économique</i>		
Niveau d'éducation bas	1,70 (1,4–2,0)	NP1
Niveau socio-économique	1,2 (1,0–1,4)	NP2
<i>Consommation maternelle</i>		
Caféine	1,33 (1,08–1,63)	NP2
Alcool	1,1 (1,02–1,18)	NP1
Cocaïne	1,9 (1,2–3,0)	NP1
<i>Hypertension artérielle</i>		
Chronique	2,6 (2,1–3,1)	NP1
Gravidique	1,3 (1,1–1,6)	NP1
Prééclampsie	1,6(1,1–2,2)	NP1
Éclampsie	2,2 (1,5–3,2)	NP1
<i>Retard de croissance intra-utérin</i>		
Inférieur au 10 ^e percentile	3,9 (3,0–5,1)	NP1
<i>Hématome rétroplacentaire</i>		
	11,4 (10,6–12,2)	NP1
<i>Antécédents obstétricaux</i>		
Antécédent de MFIU	2,6 (1,5–4,5)	NP1
Antécédent de prématurité	1,35 (1,02–1,78)	NP1
Antécédent de césarienne	1,47 (1,17–1,84)	NP1
Antécédent de petit poids à la naissance	2,1 (1,6–2,8)	NP3
<i>Post-terme</i>		
Terme > 42 SA	1,3 (1,08–1,6)	

BIBLIOGRAPHIE

Huchon C, Deffieux X, Beucher G et al. Pertes de grossesse : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 ; 43 (10) : 918-928.

Quibel T, Bultez T, Nizard J et al. Morts fœtales in utero. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 ; 43 (10) : 883-907.

Martinek IE, Vial Y, Hohlfeld P et al. Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2006 ; 35 (6) : 594-606.

Nizard J, Guettrot-Imbert G, Plu-Bureau G et al. Pathologies maternelles chroniques et pertes de grossesse. Recommandations françaises. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 ; 43 (10) : 865-882.