

# Mort In-Utéro

## I- Généralité – définition :

Classiquement la MIU se définit par le décès survenant entre 28 SA et le début du travail, cependant faut sur le plan didactique que sur la similitude de la démarche étiologique, nous considérons les décès survenant au cours des deux derniers trimestres de la grossesse.

Parfois l'éventualité de la MIU est redoutée, car il existe des circonstances anamnestiques ou cliniques évoquant une pathologie réputée fœticide, parfois le MIU est inopinée posant alors le problème de la recherche étiologique et des risques de récurrences lors d'une grossesse ultérieure.

## II- Etiologies :

1. **Causes générales** : le risque de MIU semble augmenter avec :  
L'âge, la parité, les conditions socio-économiques défavorables, antécédents de MIU certaines professions (industrie du métal, du textile, des rayons X...)
2. **Pathologie hypertensive** de la grossesse
3. **Diabète**
4. **Maladie maternelle sévère** à l'origine d'une hypoxie : IC, IRs, IRn...
5. **Maladie du système** tel que : LED
6. **Pathologie hépatique**
  - La cholestase hépatique
  - La stéatose aigüe hépatique gravidique
  - Le HELLP Syndrome •
7. **Intoxication** à la cocaïne ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens
8. **Infection materno-fœtale**
9. **Traumatisme.**

## Causes annexielles

1. **Anoxie aigüe** par atteinte placentaire ou funiculaire : les causes principales sont :
  - a. HRP
  - b. Infarctus placentaire
  - c. Hémorragie importante d'origine placentaire
  - d. L'accident du cordon
2. **Hypoxie chronique** par anomalie fonctionnel du placenta cas de RCIU et le dépassement de terme
3. **Chorioangiome placentaire**
4. **Causes plus rares**

- a. Thrombose ou hématome d'un vaisseau du cordon
- b. Anomalie de l'implantation (placenta circum valata, insertion velamenteuse)
- c. Maladies des brides amniotiques

### C - Causes fœtales :

1. **Anomalies chromosomiques** : représentent 5 à 12 % des MIU (trisomie 13, 18, triploïdie, syndrome de Turner)
2. **Malformation fœtale** majeure dans 4 à 26% des cas (pulmonaire, cardiaque, rénale)
3. **Infection** : elle peut être ascendante ou transplacentaire
  - a. **Ascendante** : favorisée par une insertion basse du placenta, un décollement marginal ou une BCI, tous les germes peuvent être en surtout (Streptocoque B, les colibacilles, et les anaérobies)
  - b. **Transplacentaire** : par voie hématogène
    - i. Infection virale : rubéole CMY
    - ii. Infection bactérienne : listeria
    - iii. Infection parasitaire : toxoplasmose paludisme
4. **Maladie hémolytique**
  - a. **L'immunisation sanguine fœto-maternelle**
  - b. Autres maladies hémolytiques fœtales
    - i. D'origine virale : Parvovirus
    - ii. D'origine hématologique : thalassémie, déficit en G6PD
5. **Hémorragie fœto-maternelle**, foeto-fœtale ou intra-fœtale
6. **Thrombose** d'une veine (rénale, veine porte, veine placentaire) ou d'une artère ombilicale.
7. **Cause métabolique congénitale rare**
8. **Causes tumorales** : la môle embryonnée, une tumeur in utero, hémorragie intra-tumorale

Causes indéterminées : dans 30 % des cas.

### III- Diagnostic de la MIU :

Il est affirmé devant la disparition de l'activité cardiaque fœtale

#### **1- Circonstances cliniques :**

- Surveillance des grossesses à risques
- Contrôle de la perception maternelle des mouvements actifs
- Examen systématique
- Tableau d'urgence par exemple MRP

#### **2- Auscultation ultrasonique** : Pas de bruit du cœur fœtal

#### **3- l'échographie fœtale** : confirme le diagnostic

## IV- Risques maternels :

**1- Infection amniotique secondaire** c'est la complication à redouter surtout après rupture des membranes

**2- Trouble de l'hémostase** : par passage dans la circulation maternelle de thromboplastine placentaire du liquide amniotique à l'origine de CIVD

**3 Répercussions psychologiques**

## V- évacuation utérine :

### 1-Méthodes :

#### a) Moyens pharmacologiques :

- **Syntocinon ®** : le plus utilisé par voie intra-veineuse, contre-indiqué si DEP, sur distension utérine, utérus cicatriciel.
- **Prostaglandine** : par leurs actions sur le myomètre et sur la maturation cervicale.
- **Les analogues des prostaglandines** Surtout le misoprostol (Cytotec®) ?
- **Mifépristone (RU 486)** : par son action anti-progestérone.

#### b) Techniques chirurgicales :

- Dilatation extraction sous anesthésie générale
- Hystérotomie son indication est dictée par l'urgence

### 2- Indications :

La méthode de choix, tient compte du terme, de la cause du décès et ces complications éventuelles de la parité et des antécédents obstétricaux, de la maturation du col :

La méthode de choix est l'expulsion par voie basse après maturation du col.

## VI- Conduite à tenir :

Une fois le diagnostic de MIU est confirmé, impose dans le même temps :

- Une enquête étiologique qui débute avant le déclenchement et se poursuit, par l'examen anatomopathologique du fœtus et du placenta
- Une appréciation des conditions de déclenchement
- Une recherche des complications
- Un soutien psychologique guidé par des psychologues habitués

- Après l'expulsion, il faut pratiquer une prévention en cas de IRH si RH négatif, inhiber la montée laiteuse par du Bromocriptine (Parlodel®), prescrire une contraception.

## **VII- Prévention des MIU :**

Cette prévention se situe à 3 niveaux :

### **1- Prévention dans un contexte de pathologie fœticide :**

La prévention surtout ici l'extraction fœtale avant l'accident. Deux problèmes se pose :

- Ne pas méconnaître la pathologie en cause.
- Décider du terme de l'extraction en mettant en balance les risques de la prématurité en basant sur (compte des MAF, le RCF, L'échographie)

### **2- Prévention d'une récurrence :**

- Lorsque la cause a été retrouvée intérêt du conseil génétique si une malformation est décelable : prescrire de l'aspirine à 100 mg/j dans le contexte de l'HTA
- lorsque aucune cause n'a été retrouvée : la surveillance repose sur les signes de vitalité fœtale

### **3- Prévention des morts fœtales dites inopinées :**

Dépistage de RCIU, dépassement de terme (clinique et paraclinique).

## **CONCLUSION**

La mort fœtale in utero est l'accident redouté de tout obstétricien, sa survenue impose une stratégie bien codifiée permettant :

D'une part, l'évacuation utérine dans les meilleures conditions et avant l'apparition des complications

D'autre part, la pratique d'un bilan étiologique, car la découverte d'une cause aidant considérablement la prise en charge d'une grossesse ultérieure.