

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DES SOINS POST ABORTUM

Sommaire

Introduction	5
Question 1: Comment définir l'avortement ?.....	7
1. Avortement spontané.....	7
2. Avortement provoqué	7
3. Avortement précoce.....	7
4. Avortement tardif.....	7
Question 2: Quelles sont les données épidémiologiques ?.....	8
1. Dans le monde	8
2. Au Maroc.....	8
Question 3: Quels sont les causes et les facteurs de risque des avortements ?.....	9
• Causes des avortements spontanés	9
• Causes des avortements provoqués.....	10
Question 4: Comment faire le diagnostic des différents types d'avortements ?..	12
1. Anamnèse	12
2. Examen général	12
3. Examen gynécologique	12
4. Examens complémentaires.....	13
5. Détermination du stade de l'avortement.....	13
Question 5: Quelles sont les complications des avortements ?	16
1. Complications immédiates ou précoces	16
2. Complications secondaires	16
3. Complications tardives.....	17
Question 6: Quelles sont les modalités de prise en charge des complications des avortements ?	18
1. Choc hémorragique	18
2. Complications traumatiques.....	19
3. Complications infectieuses	20

Question 7: Quelles sont les modalités de prise en charge de l'avortement incomplet ?	22
1. Curage digital	22
2. Curetage hémostatique	22
3. Aspiration électrique	22
4. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) (voir fiche technique)	23
Question 8: Quelle contraception utiliser en post abortum ?.....	24
Documents consultés.....	25
Annexes: FICHES TECHNIQUES.....	26
F1 : Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) jusqu'à 12 SA	27
F2 : Matériel nécessaire pour l'AMIU.....	32
F3 : Diagrammes de prise en charge clinique des complications liées à l'avortement	33
F4 : Saignement en début de grossesse (<22 SA) (Eliminer une cause non gravidique)	37

Introduction

Aujourd'hui, la santé des femmes, et particulièrement la réduction des morbidités et des mortalités maternelles évitables, reste un domaine d'intervention sur lequel l'action ne peut que renforcer le niveau de développement du pays. Beaucoup de progrès ont été réalisés en matière de santé maternelle et néonatale mais demeurent fragiles, en dépit de la mobilisation des services du Ministère de la Santé pour que les femmes enceintes s'orientent en premier recours vers les formations de soins en cas de complication obstétricale.

En effet les études disponibles indiquent que le ratio de la mortalité maternelle a atteint 112 pour 100 000 Naissances Vivantes (Enquête Nationale Démographique à passages répétés 2009-2010 du Haut Commissariat au Plan) et que la structure de cette mortalité maternelle est composée de causes directes évitables dont 90 % sont dûes principalement à l'hémorragie : (54 %) l'hypertension gravidique : (24,2 %), aux infections : (8,1 %) et à l'avortement : (5,6 %) (Enquête Confidentielle des décès maternels (ECDM 2010)/ Ministère de la Santé).

Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconisent que l'avortement est un phénomène courant qui intéresse au moins 15 % des grossesses cliniquement établies. Il peut être de type spontané, provoqué ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et/ou septique.

La possibilité d'un avortement est envisageable devant un saignement vaginal en début de grossesse au cours des 22 semaines d'aménorrhée, d'où la nécessité d'identifier les complications éventuelles et leurs traitements immédiats, surtout suite aux conclusions des consultations nationales effectuées au sujet de la problématique de l'avortement et de l'Interruption Médicale de la Grossesse qui ont montré que la majorité des intervenants penchent pour la criminalisation de l'avortement illégal, à l'exception de quelques cas de force majeure, en raison des souffrances engendrées et des répercussions négatives à la fois sur les plans sanitaires, psychologique et sociale sur la femme, la famille et le fœtus et sur toute la société.

Dans ce contexte, la prise en charge adéquate de la menace d'avortement et /ou de l'avortement devra être maîtrisée par les professionnels de santé pour éliminer l'éventualité des complications qui peuvent induire le décès chez la femme enceinte.

Le présent guide est élaboré pour présenter les conduites à tenir et les recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des soins en post abortum selon les normes de qualité et les orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la communauté scientifique spécialiste dans le domaine.

Ce guide répondra d'une façon simple et pédagogique aux huit questions suivantes:

- **Question 1:** Comment définir l'avortement ?
- **Question 2:** Quelles sont les données épidémiologiques ?
- **Question 3:** Quels sont les causes, les facteurs de risque et les étiologies ?
- **Question 4:** Comment faire le diagnostic des différents types d'avortements ?
- **Question 5:** Quelles sont les complications des avortements ?
- **Question 6:** Quelles sont les modalités de prise en charge des complications des avortements ?
- **Question 7:** Quelles sont les modalités de prise en charge de l'avortement incomplet ?
- **Question 8:** Quelle contraception utiliser en post abortum ?

Question 1: Comment définir l'avortement ?

- ✓ **Selon l'OMS** : l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 SA à compter du premier jour des dernières règles.
Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500g.
- ✓ **Selon le mécanisme de survenue**, on distingue deux types d'avortements :

1. Avortement spontané :

Il survient de lui-même en dehors de toute intervention volontaire.

2. Avortement provoqué :

Il survient après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse. Il peut être :

- **Clandestin** : Lorsque l'avortement est réalisé par des personnes non qualifiées, alors qu'il est autorisé ou non par la législation en vigueur dans le pays. Non autorisé, il est appelé avortement criminel.
 - **Thérapeutique** : Pour soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir.
 - **Eugénique** : Est réalisé lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou d'une malformation non susceptible de traitement au moment du diagnostic.
 - **Social** : Est réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.
 - **Légal** : Autorisé par la loi dans certains pays.
- ✓ **Selon l'âge gestationnel**, on distingue :

3. Avortement précoce :

C'est l'expulsion du produit de conception avant la 12 SA.

4. Avortement tardif :

C'est l'expulsion du produit de conception de 12 SA à 22 SA.

Question 2: Quelles sont les données épidémiologiques ?

1. Dans le monde :

- On estime que 13% de tous les décès maternels dans les pays en développement sont dûs aux avortements clandestins ;
- 40 % des avortements à risque concernent une jeune femme de 15 à 24 ans ;
- 8 millions de femmes par an souffrent de complications liées à un avortement à risque.

2. Au Maroc :

- Les études disponibles indiquent que la structure de la mortalité maternelle est composée de 4 causes principales : hémorragie (54%), troubles hypertensifs (24,2%), infection (8,1%) et l'avortement (5,6%) (Source: Enquête confidentielle sur les décès maternels survenus en 2010 au Maroc).

Question 3: Quels sont les causes et les facteurs de risque des avortements ?

- **Causes des avortements spontanés :**

Les causes sont variées, et peuvent être maternelles ou ovulaires.

1. Causes maternelles :

- **Les causes générales sont essentiellement les maladies :** rénales, cardiaques, hypertensives, carencielles, métaboliques et endocriniennes (hyper ou hypothyroïdie, déficience en œstrogènes, insuffisance lutéale, hyper androgénie) , immunologiques: incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système rhésus, syndrome des anti-phospholipides.
- **Les causes infectieuses :**
Au cours des infections, l'avortement peut survenir par deux mécanismes :
 - ✓ L'hyperthermie qui déclenche les contractions utérines aboutissant au décollement et à l'expulsion de l'œuf ;
 - ✓ La traversée du placenta par les agents pathogènes.
- **Ces infections peuvent être :**
 - ✓ Bactériennes : syphilis, infections urinaires, listériose, rickettsiose, infections à chlamydiae et à mycoplasme...
 - ✓ Parasitaires : toxoplasmose, paludisme ;
 - ✓ Virales : toute virose est susceptible d'entraîner un avortement.
- **Les causes toxiques sont essentiellement**
 - le tabagisme, l'alcoolisme ;
 - les radiations ionisantes ;
 - certains médicaments et certaines plantes.

- **Les causes utérines sont représentées par les anomalies congénitales ou acquises du corps utérin :**
 - Les malformations : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, cordiforme, à éperon, hypoplasies utérines ;
 - Les tumeurs en particulier, les myomes sous muqueux, interstitiels, intra cavitaires ;
 - Les malpositions utérines en particulier les retro déviations fixées de l'utérus ;
 - Les synéchies utérines ;
 - Les anomalies du col utérin congénitales ou acquises : les béances cervico-isthmiques, les hypoplasies et les agénésies cervicales.

- **Les causes traumatiques :** les traumatismes abdominopelviens violents, sont des causes rares avant 10 semaines de grossesse en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

2. Causes ovulaires :

Elles sont essentiellement représentées par les aberrations chromosomiques :

- de nombre : monosomie, trisomie, tétraploïdie ;
- de structure : translocations, chromosomes en anneau, mosaïques ;
- La môle hydatiforme, les anomalies de la greffe de l'œuf, les grossesses multiples.

• Causes des avortements provoqués :

1. D'ordre socio-économique :

- Viol, inceste ;
- Précarité, niveau socio-économique bas, pauvreté ;
- Jeune âge, célibat ;
- Refus de paternité ;
- Grossesse illégitime ;
- Grande multiparité.

2. D'ordre moral :

- L'individualisme par relâchement du lien familial ;
- Le relâchement du lien conjugal (adultère, absence temporaire ou définitive du conjoint) ;
- La séduction ;
- Le discrédit des familles nombreuses ;
- La pression du partenaire ou de la famille ;
- La sélection du sexe des enfants.

Question 4: Comment faire le diagnostic des différents types d'avortements ?

Après avoir éliminé ou pris en charge d'éventuelles complications, faire un examen clinique complet.

1. Anamnèse :

Demander :

- La date des dernières règles ;
- Les caractères des saignements (durée, abondance) ;
- L'existence de crampes (durée; gravité) ;
- L'existence de douleurs abdominales ou à l'épaule ;
- La notion d'évanouissement ;
- La notion de fièvre, de malaise ;
- La notion d'allergie aux médicaments ;
- Vérifier l'état vaccinal en particulier antitétanique.

2. Examen général :

- Noter l'état général de la femme: anémie; pâleur ; altération de l'état général...
- Noter les signes vitaux : T°; pouls; respiration; TA ;
- Faire un examen cardio-vasculaire ;
- Faire un examen abdominal : vérifier d'abord les bruits intestinaux et voir ensuite si l'abdomen est distendu ou rigide.

3. Examen gynécologique :

- Faire l'examen au spéculum pour rechercher :
 - o des pertes malodorantes, des saignements, du pus dans l'orifice cervical et voir si le col est ouvert ou fermé ;
 - o un traumatisme vaginal ou cervical (déchirures, perforations).
- Faire le toucher vaginal pour :

- Estimer l'âge de la grossesse en fonction de la taille de l'utérus et de la date des dernières règles ;
- Examiner le col : ouvert ou fermé ;
- Rechercher une masse pelvienne ou des douleurs pelviennes ;
- Noter l'intensité de la douleur, son siège et ses facteurs déclenchants et ses irradiations (au repos, en touchant, en pressant...).

4. Examens complémentaires :

- Faire le groupage ABO/Rh, taux d'hémoglobine, échographie ;
- Les autres examens complémentaires seront demandés au besoin.

5. Détermination du stade de l'avortement :

- Menace d'avortement ;
- Avortement inévitable ;
- Avortement incomplet ;
- Avortement complet.

1. Menace d'avortement	caractérisée par : <ul style="list-style-type: none"> - Des métrorragies minimales, indolores faites tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées de sérosités, toujours répétées, après retard des règles ; - Discrètes douleurs à type de contractions utérines ; - A l'examen, le col reste long et fermé et la région isthmique est normale ; - L'échographie confirme le diagnostic.
-------------------------------	--

2. Avortement proprement dit	<p>annoncé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'importance des pertes sanguines, et l'apparition de douleurs ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité ; - A l'examen, le col est ouvert, de longueur variable; la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf ; - A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps (au cours des deux premiers mois de la grossesse) ou en deux temps pour les grossesses de 3 -4 mois (expulsion du fœtus; puis du placenta). <p>*En cas d'avortement provoqué, essentiellement par des manœuvres endo-utérines et cervico-vaginales, il peut s'y associer des lésions génitales et ou extra génitales</p>
3. Avortement incomplet	<ul style="list-style-type: none"> - Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires ; - L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse ; - L'avortement incomplet survient lorsque quelques-uns des produits de la conception, mais pas tous, ont été expulsés de l'utérus. Il peut survenir lors d'une fausse couche ou lors d'une tentative pour interrompre la grossesse (avortement provoqué). Si ce problème n'est pas résolu immédiatement, il peut résulter en un saignement excessif et/ou une infection, menant à des problèmes plus sérieux qui menacent la vie de la femme ; - Un avortement incomplet est la complication la plus commune liée à l'avortement.
4. Avortement complet	<ul style="list-style-type: none"> - L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté ; Le saignement se réduit et le col en cours de fermeture ou fermé ; - On ne peut souvent affirmer cliniquement le diagnostic que par des examens répétés ; - En cas de doute, on a recours à l'échographie qui met en évidence un utérus vide ne contenant ni sac ni débris intra-utérin ; - Les produits de conception, le placenta et les membranes sont complètement expulsés de l'utérus.
5. Œuf clair	<p>C'est un gros sac gestationnel avec absence d'embryon dans la cavité amniotique, dont le diagnostic ne peut être affirmé que par l'échographie.</p>

6. Avortement molaire	L'échographie objective l'image en flocon de neige d'un utérus rempli de multiples échos placentaires avec présence de vésicules mais absence de cavité amniotique et d'embryon.
7. Grossesse arrêtée	Le diagnostic est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus, d'un embryon de plus de 4 mm, sans activité cardiaque.
8. Avortement septique	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une complication de l'avortement provoqué ou un avortement spontané incomplet, causé par une infection ascendante ; - La femme se présente cliniquement avec les signes de fausse couche ; - Elle se plaint de malaise et peut avoir des céphalées, des nausées et de la fièvre, des pertes nauséabondes et parfois, des signes de maladie inflammatoire pelvienne ; - L'avortement septique peut se présenter soit sous forme d'infection localisée dans les trompes et la cavité utérine ou de septicémie généralisée avec péritonite.
9. Avortement manqué	<ul style="list-style-type: none"> - Ce terme s'applique lorsque l'embryon meurt, malgré la présence d'un placenta viable ; - Le sac est retenu car le col demeure fermé ; - La mort de l'embryon survient normalement avant 8 semaines de gestation mais le corps de la mère ne reconnaît pas le décès ; - Des pertes brunes causées par la dégénérescence du tissu placentaire peuvent être présentes et l'on peut soupçonner la menace d'un avortement spontané.

Question 5: Quelles sont les complications des avortements ?

On distingue certaines complications qui sont spécifiques aux avortements spontanés et d'autres aux avortements provoqués.

On différencie les complications immédiates, les complications secondaires et les complications tardives.

1. Complications immédiates ou précoces :

- Le choc hypovolémique, toujours secondaire à une hémorragie de grande ou moyenne abondance ;
- La rétention ovulaire ;
- L'anémie entraînée par l'hémorragie ;
- La perforation utérine qui est source d'hémorragie et d'infection locale pouvant se généraliser ;
- La perforation des organes de voisinage ;
- La thrombophlébite intracrânienne ;
- La mort par réflexe cervico-bulbaire : accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et ne survenant qu'en cas d'avortement provoqué par manœuvres intra-cervicales.

2. Complications secondaires :

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

- **Les complications locales** : la physométrie ou l'endométrite ;
- **Les complications locorégionales** : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ;
- **Les complications générales** :
 - Le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortels en raison de la responsabilité quasi-constante du *Clostridium perfringens* ;
 - L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse) ;
 - La phlébite et la thrombophlébite.

3. Complications tardives :

Elles sont gynéco obstétricales et neuropsychiques :

- **Les complications gynéco-obstétricales** : Elles mettent en jeu le pronostic obstétrical de la femme :
 - La stérilité, l'hypofertilité ;
 - Les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béances cervico-isthmiques ;
 - La grossesse extra utérine (GEU) ;
 - Le placenta accreta ou le placenta prævia ;
 - La rupture utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
 - L'hémorragie de la délivrance.
- **Les séquelles neuropsychiques sont** :
 - La névrose dépressive ;
 - Le complexe de culpabilité et d'indignité ;
 - Les algies pelviennes séquellaires.

Question 6: Quelles sont les modalités de prise en charge des complications des avortements ?

1. Choc hémorragique :

1-1- Eléments de diagnostic :

- Pouls faible, rapide (supérieur ou égal à 110 pulsations/ mn) ;
- Tension artérielle basse (systolique et diastolique inférieures ou égales à 9/6 mm Hg) ;
- Pâleur (des conjonctives, de la paume des mains et de la plante des pieds) ;
- Sueurs, extrémités froides ;
- Respiration rapide (supérieure ou égale à 30 cycles /mn) ;
- Anxiété, confusion ou perte de connaissance, agitation.

1-2- Gestes d'urgence :

- Prendre rapidement une voie veineuse avec intranule G16 ou G18 et sécuriser pour faire passer le sérum salé isotonique ;
- Faire un groupage ABO et Rhésus ;
- Demander du sang iso-groupe iso-rhésus ;
- Commencer le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.

1-3- Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
1- Niveau de première ligne (RESSP)	<ul style="list-style-type: none">- Faire coucher la patiente en décubitus dorsal ;- Surélever les jambes ;- Libérer les voies aériennes par extension du cou ;- Oxygéner la patiente si nécessaire (6 à 8 litres/mn) ;- Prendre une voie veineuse avec intranule G16/G18 et sécuriser ;- Placer une perfusion de sérum salé isotonique ;- Placer une sonde urinaire ;- Vérifier la vacuité utérine ;- Transférer vers un niveau supérieur.

2- Hôpitaux de premier recours (CHP)	<p>Idem RESSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer : 1 litre de sérum salé isotonique en 15-20 mn ; - Surveiller le pouls, TA, T°, respiration, diurèse ; - Faire un groupage, un taux d'hémoglobine et ou d'hématocrite ; - Si taux d'Hb est inférieur à 7g/dl ou hématocrite inférieur à 20% : Transfuser. <p>Si patiente stabilisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire une Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) ; - Administrer : utéro-tonique et antibiotiques si choc septique. <p>Si l'état de choc persiste : Transférer vers un niveau supérieur.</p> <p><i>NB : Commencer le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.</i></p>
3- Hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} recours (CHR, CHI)	<p>Idem CHP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la vacuité utérine ; - Refaire une AMIU au besoin ; - Administrer un utéro- tonique au besoin ; - Faire des examens complémentaires si nécessaire ; - Faire la prise en charge étiologique.

NB : Administrer l'anti D si nécessaire (femme rhésus négatif).

2. Complications traumatiques :

Il s'agit des lésions intra abdominales.

2-1- Eléments de diagnostic :

- Hémorragie plus abdomen souple ;
- Péritonite :
 - Abdomen distendu (rigide, tendu et dur) et douloureux à la palpation profonde ;
 - Diminution des bruits abdominaux ;
 - Douleur à l'épaule ;
 - Nausées/vomissements ;
 - Fièvre (température supérieure à 38°C).

2-2- Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
1- Niveau de première ligne (RESSP)	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier les signes vitaux ;- Ne rien donner par voie orale ;- Prendre une voie veineuse avec intranule G18 ou G16 ;- Faire une perfusion de sérum salé isotonique ;- Administrer l'antibiotique (association amoxicilline +acide clavulanique 2g en IVD) ;- Transférer vers un niveau supérieur.
2- Hôpitaux de premier recours (CHP)	Idem RESSP <ul style="list-style-type: none">- Libérer les voies aériennes ;- Oxygéner ;- Vérifier les signes vitaux ;- Demander le groupe sanguin/rhésus et NFS ;- Administrer des antibiotiques par voie veineuse ;- Demander l'ASP, l'échographie abdomino pelvienne ;- Faire une laparotomie si nécessaire ;- Suturer les éventuelles lésions des parties molles : col, vagin...- Transférer si prise en charge adéquate non disponible.
3- Hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} recours (CHR, CHI)	Idem CHP <ul style="list-style-type: none">- Faire la laparotomie.

3. Complications infectieuses :

Il s'agit de l'endométrite, salpingite, pelvipéritonite, péritonite, septicémie :

3-1- Eléments de diagnostic :

- Fièvre (température supérieure à 38°C), frissons et / ou sueur ;
- Pertes vaginales malodorantes ;
- Sensibilité au bas ventre (avec ou sans douleur à la palpation) et à la mobilisation cervicale lors du toucher vaginal ;
- Antécédents d'avortements pratiqués dans des conditions à risque ou de fausses couches ;
- Saignements prolongés (au-delà de 8 jours) ;
- Malaise général.

3-2- Risque de choc septique si :

- Avortement après plus de 14 Semaines d'Aménorrhée (SA);
- Avec fièvre (T° supérieure ou égale à 38° C) ou sans fièvre (hypothermie : T° inférieure à 36°,5) ;
- Chute de la TA, accélération du pouls ;
- Troubles respiratoires ;
- Troubles de conscience ;
- Signes de lésions intra abdominales.

3-3- Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
1- Niveau de première ligne (RESSP)	<ul style="list-style-type: none">- Prendre une voie veineuse avec intranule G16 à G18 et sécuriser ;- Libérer les voies aériennes par extension du cou, aspirer/oxygéner au besoin ;- Vérifier les signes vitaux ;- Administrer un antipyrétique : Paracétamol 1g ;- Administrer un antibiotique (association amoxicilline + acide clavulanique 2g en IVD) ;- Informer la famille de la nécessité de transférer ;- Transférer vers un niveau supérieur.
2- Hôpitaux de premier recours (CHP)	Idem RESSP et en plus <ul style="list-style-type: none">- Faire des examens complémentaires groupe sanguin rhésus, NFS ;- Demander un abdomen sans préparation (ASP) et une échographie si nécessaire ;- Vérifier la vacuité utérine ;- Faire une perfusion de sérum salé isotonique<ul style="list-style-type: none">○ Si patiente stabilisée, faire l'AMIU ;○ Si pas d'amélioration, Transférer.
3- Hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} recours (CHR, CHI)	Idem CHP <ul style="list-style-type: none">• Oxygéner la patiente ;• Faire une hémoculture et adapter l'antibiothérapie en fonction des résultats ;• Faire une laparotomie si nécessaire.

Question 7: Quelles sont les modalités de prise en charge de l'avortement incomplet ?

Les méthodes d'évacuation utérine en cas d'avortement incomplet sont :

1. Curage digital :

- C'est une méthode d'évacuation de l'utérus qui n'est réalisable que lorsque le canal cervical est perméable pour permettre le passage d'un ou de deux doigts ;
- L'évacuation est souvent incomplète et le risque d'infection est grand du fait du non respect des règles de la prévention des infections.

2. Curetage hémostatique :

- C'est la technique qui consiste à évacuer le contenu utérin, à l'aide d'une curette. Elle s'effectue sous anesthésie.
- Les complications du curetage sont :
 - la perforation utérine est favorisée par mauvaise traction du col sur un utérus retro versé ou fortement antéversé ;
 - les traumatismes de la vessie ou de l'intestin ;
 - l'infection.

3. Aspiration électrique :

- Cette méthode utilise une canule reliée à un appareil muni d'un tuyau de raccord qui provoque une dépression d'environ 600 mm de mercure (hg) permettant ainsi l'aspiration ;
- La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la canule de Karman (AMIU).

4. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) (voir fiche technique) :

- Cette technique utilise la succion pour retirer les produits de conception à travers une canule; elle peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique et ne nécessite pas toujours une anesthésie générale. Une anesthésie locale peut être proposée. Elle nécessite la mobilisation de deux personnes au maximum.

Question 8: Quelle contraception utiliser en post abortum ?

- La contraception est une composante essentielle des soins complets d'avortement ;
- Toutes les femmes en post-abortum doivent bénéficier d'un counseling de planification familiale ;
- Les oestro-progestatifs combinés, l'injectable et l'anneau vaginal peuvent être débutés le jour même de l'avortement (grossesse 1er et 2^{ème} trimestre). Leur efficacité est immédiate si ces méthodes sont débutées dans les cinq premiers jours du post-abortum ;
- Les saignements post-abortum ne diminuent pas l'efficacité de l'anneau ;
- Le préservatif est le seul moyen contraceptif qui protège à la fois contre les infections sexuellement transmissibles ;
- Toutes les femmes doivent être sensibilisées à l'utilisation de la contraception d'urgence en cas d'un rapport non protégé.

Documents consultés

1. Avortement sécurisé - World Health Organization 2012/
apps.who.int/iis/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf
2. Soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-
avortement/Apps.who.int/iris/bitstream/10665/204495/1/9789242549263fre.pdf
3. Soins après avortement-usaid / pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABZ638.pdf
4. Normes et protocoles des soins d'avortement Mali; Octobre 2009
5. Soins après avortement centrés sur la femme : Guide de
référence/lpas 2007
6. Soins après avortement: Manual de référence usaid December 2010
7. Abortion Guidelines and Protocol French by IPPF - issuu/
issuu.com/ippfresources/docs/abortion_guidelines_and_protocolir/18
avr. 2012
8. Fiche de Surveillance de la grossesse et du post partum : Support
d'information
9. Guide pour la Surveillance de la grossesse de l'accouchement et du
post partum manuel à l'usage des professionnels de santé.
10. Monitoring des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Maroc :
Guide à l'usage des prestataires et gestionnaires des SONU.
11. Communication pour le changement du comportement cas de « classe
des mères » : Module du formateur
12. « Coaching de la sage femme en milieu rural » : Manuel d'utilisation
destiné aux professionnels de santé

Annexes: FICHES TECHNIQUES

- **Fiche technique 1: Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) jusqu'a 12 SA.**
- **Fiche technique 2: Matériel nécessaire pour l'AMIU.**
- **Fiche technique 3: Diagrammes de prise en charge clinique des complications liées à l'avortement.**
- **Fiche technique 4 : Saignement en début de grossesse (<22 SA) (Eliminer une cause non gravidique)**

Fiche technique 1 :

Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) jusqu'à 12 SA :

Etape 1 : Gestes à faire avant la procédure :

- Confirmer la grossesse, son terme et son siège :
 - Déterminer la taille, la position, la consistance, les contours de l'utérus ;
 - Déterminer la longueur, la consistance et le degré d'ouverture du col ;
- Mettre la femme en confiance ;
- Faire le bilan initial à la recherche de : choc, hémorragie, infection/septicémie, perforation (utérus, appareil digestif, vessie) ;
- S'assurer que la prévention des infections est respectée selon les normes ;
- S'assurer de la disponibilité du protocole de prise en charge des complications ;
- Référer la cliente dans d'autres services si nécessaire.

Etape 2 : Préparer le matériel :

- Utiliser la canule de calibre approprié en fonction de la taille de l'utérus et de la dilatation du col :

4 à 6 SA	4 à 7 mm
7 à 9 SA	5 à 10 mm
10 à 12 SA	8 à 12 mm

- Vérifier le fonctionnement de la seringue :
 - Contrôler la seringue AMIU, faire le vide puis relâcher ;
 - Réaliser à nouveau le vide dans la seringue.

Etape 3 : Préparer la patiente :

- Expliquer la procédure à la patiente ;
- Demander à la patiente de vider sa vessie ou procéder à un sondage vésical ;
- Installer la patiente confortablement ;
- S'assurer que l'analgésie a été donnée au temps approprié ;
- Se laver les mains et porter les gants selon les normes ;
- Faire un examen bi manuel pour déterminer l'âge gestationnel et la position de l'utérus ;
- Placer le spéculum.

Etape 4 : Nettoyer le col :

- Utiliser une technique sans toucher ;
- Nettoyer l'orifice cervical, le col utérin et, si nécessaire, les parois vaginales à l'aide d'une compresse stérile imbibée d'antiseptique. Ne pas repasser sur les zones précédemment nettoyées.

Etape 5 : Procéder à l'anesthésie du col :

- Demander si la patiente est allergique aux produits anesthésiques ;
- Les sites d'injection : 3 heures, 5 heures, 7 heures et 9 heures ;
- Toujours aspirer avec l'aiguille avant de procéder à l'injection ;
- Remplir une seringue 10ml de Xylocaïne 1% sans adrénaline ;
- Retirer le sang ou les tissus du vagin avec une pince en cœur ;
- Appliquer une pince Pozzi sur la lèvre postérieure de l'orifice (à 5 ou 7h) ;
- Exercer une traction sur la pince de Pozzi pour exposer la zone de jonction entre l'épithélium cervical lisse et le tissu vaginal ;
- Introduire l'aiguille juste en-dessous de l'épithélium à une profondeur maximale de 2 à 3 mm et aspirer pour s'assurer qu'on n'est pas dans un vaisseau ;
- Injecter environ 2 ml de xylocaïne à 1% à 3 h, 5h, 7h et 9 h ;

- Attendre environ 2 à 4 mn pour que l'anesthésie ait un effet maximum.

Etape 6 : Procéder à la dilatation du col si nécessaire :

- Insérer la canule à travers l'orifice externe du col tout en la tournant en exerçant une faible pression et s'arrêter juste après l'orifice interne du col ;
- Effectuer ces gestes en douceur afin de prévenir toute lésion du canal cervical.

Etape 7 : Introduire la canule dans l'utérus :

- Faire la manœuvre de contrôle de la mobilité de la canule dans l'utérus par des mouvements doux de va et vient ;
- Pousser lentement la canule de diamètre adéquat jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, puis la retirer légèrement (1 cm environ).

Etape 8 : Aspirer le contenu utérin :

- Adapter la seringue à la canule ;
- Ouvrir la ou les valves de compression de la seringue ;
- Evacuer le contenu par des mouvements de va et vient et de rotation de la canule dans la cavité utérine ;
- Ne pas tenir la seringue par le bras du piston ;
- Dans la mesure du possible, ne pas sortir l'extrémité de la canule au-delà de l'orifice cervical ;
- Vérifier la vacuité de l'utérus avec une canule de plus petite taille (mousse, rétraction de l'utérus, cri de l'utérus) ;
- Retirer la canule et la seringue ;
- Quand la seringue est pleine faire la vider avec la canule en la retirant ;
- Communiquer et rassurer la femme pendant toute la procédure ;

- Respecter les pratiques de prévention des infections tout au long de la procédure.

Etape 9 : Examiner le tissu aspiré :

- Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient, filtrer les débris tout en les plongeant dans l'eau et les examiner ;
- Rechercher les produits de conception (PDC) : les villosités, les membranes, les débris embryonnaires (envoyer les PDC à l'examen anatomo-pathologique) ;
- Evaluer la quantité des PDC en fonction de l'âge gestationnel.

Etape 10 : Faire tout acte nécessaire :

Si les résultats de l'inspection des PDC sont satisfaisants :

- Retirer la pince à col ;
- Retirer le spéculum ou valve ;
- Nettoyer le col utérin avec une compresse stérile pour évaluer la quantité de sang qui continue à s'écouler ;
- Effectuer une palpation bimanuelle pour vérifier la taille et la rétraction de l'utérus ;
- Effectuer toute procédure annexe éventuelle (exemple administration d'ocytocine).

Etape 11 : Suivre les étapes immédiates nécessaires après l'acte y compris le traitement des instruments :

- Informer la patiente que la procédure est terminée ;
- Aider la patiente à se mettre dans une position confortable ;
- Veiller à ce qu'on l'aide à se rendre dans la zone de repos ;
- Traiter les instruments.

Etape 12 : Mettre en observation la patiente :

- Assurer les soins post- aspiration :

- Surveillance de l'état physique (TA, Pouls, T°, respiration, conjonctives, saignement) ;
- Contrôle de la douleur ;
- Administration d'antibiotiques ;
- Traitement d'autres problèmes médicaux éventuels ;
- Suivi et soutien psychologiques ;
- Counseling sur la contraception ;
- Dispensation de la méthode contraceptive choisie par la femme ;
- Détermination du calendrier de suivi médical.

- La sortie de la patiente sera autorisée lorsque :

- les soins à administrer après l'évacuation utérine sont terminés ;
- les éventuelles complications physiques ont été traitées ;
- la femme a été informée de son état et a reçu des consignes appropriés.

Fiche technique 2:

Matériel nécessaire pour l'AMIU :

- Un plateau à instruments avec couvercle ;
- Un spéculum ;
- Une pince à badigeonner ;
- Une cuvette pour recevoir la solution antiseptique ;
- Une pince de Pozzi ou de Museux ;
- Un jeu de dilateurs d'un calibre de 4 à 12mm ;
- Un jeu de canules de 6 à 12 mm ;
- Des adaptateurs ;
- Une seringue à faire le vide ;
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés ;
- De la xylocaïne à 1%.



- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Patte de l'embout2. Pièce interne3. Valve démontée avec ses reliefs4. Piston5. Bras du piston | <ol style="list-style-type: none">6. Pied du piston7. Cylindre8. Click de retenu du collier de blocage9. Collier de blocage10. Canule de Karman |
|--|---|

Fiche technique 3:

Diagrammes de prise en charge clinique des complications liées à l'avortement :

Diagramme 1 : Evaluation initiale

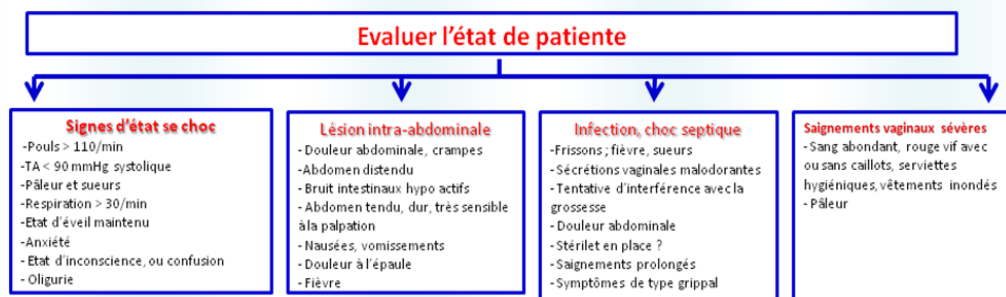


Diagramme 2 : Etat de choc

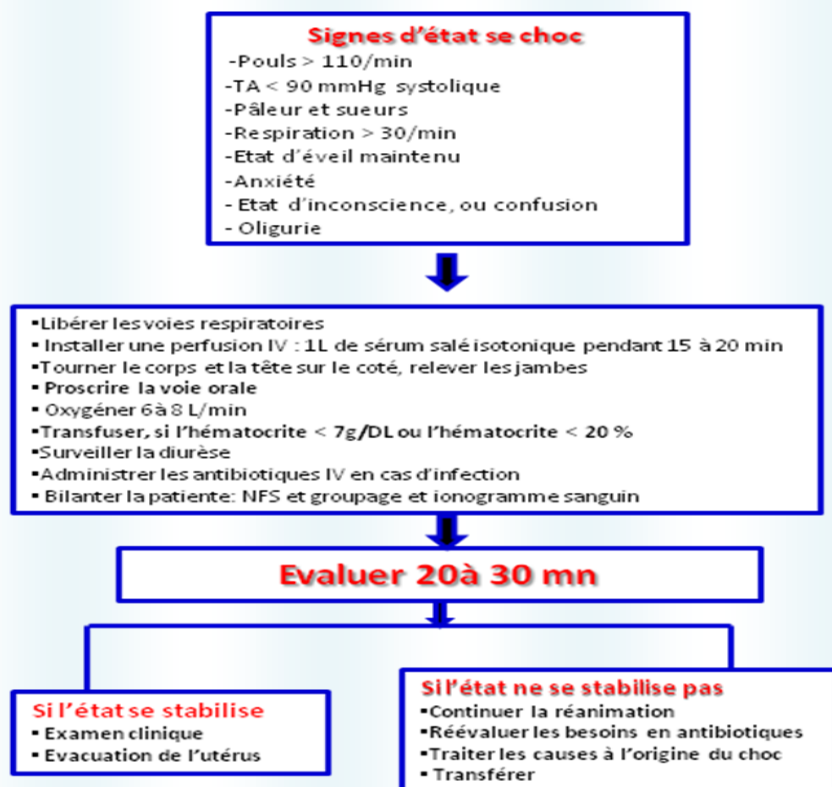


Diagramme 3 : Saignements vaginaux sévères

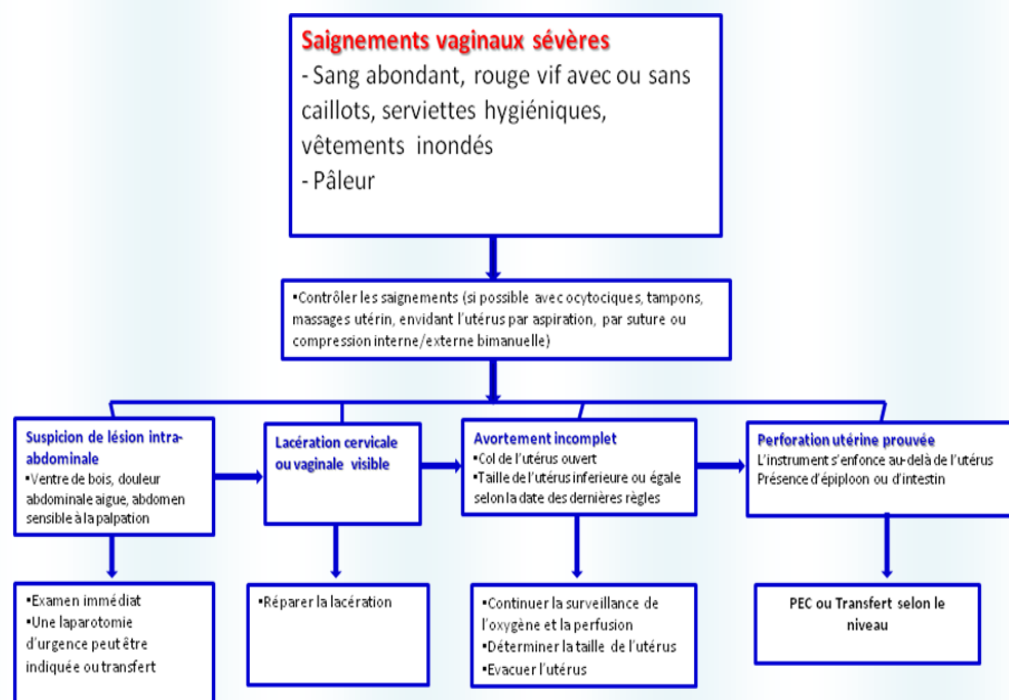


Diagramme 4 : Lésion intra abdominale

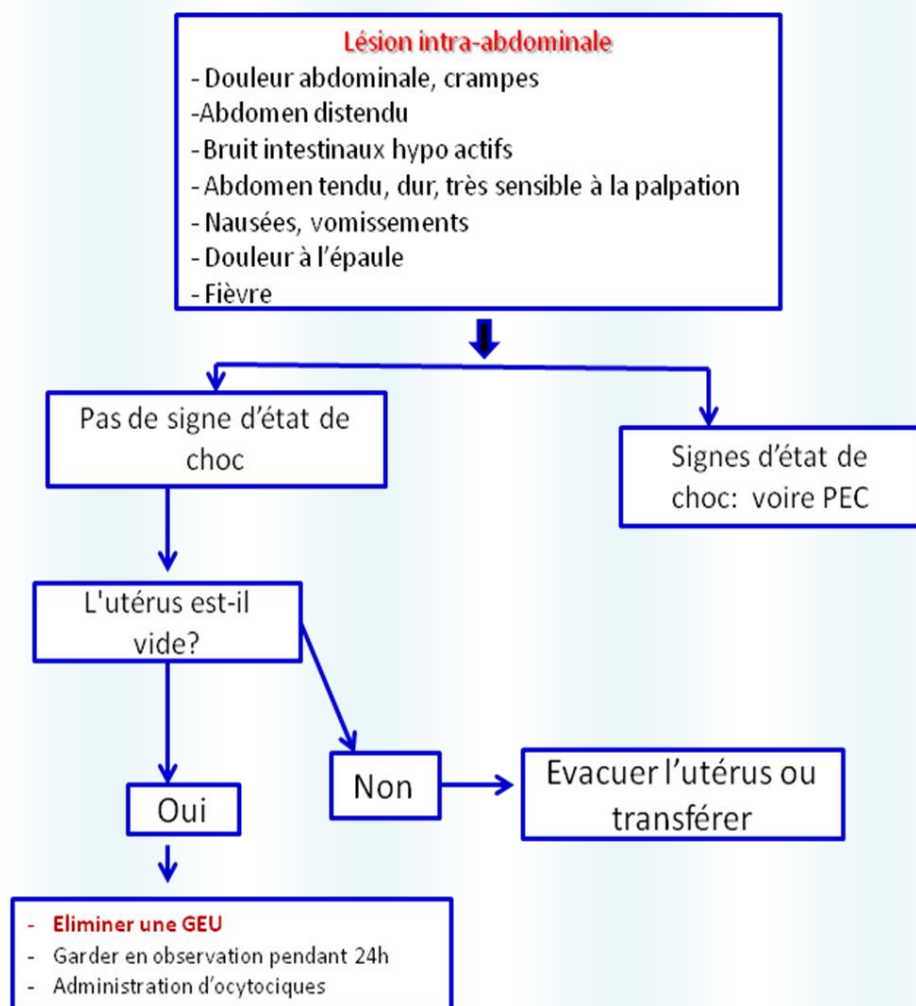
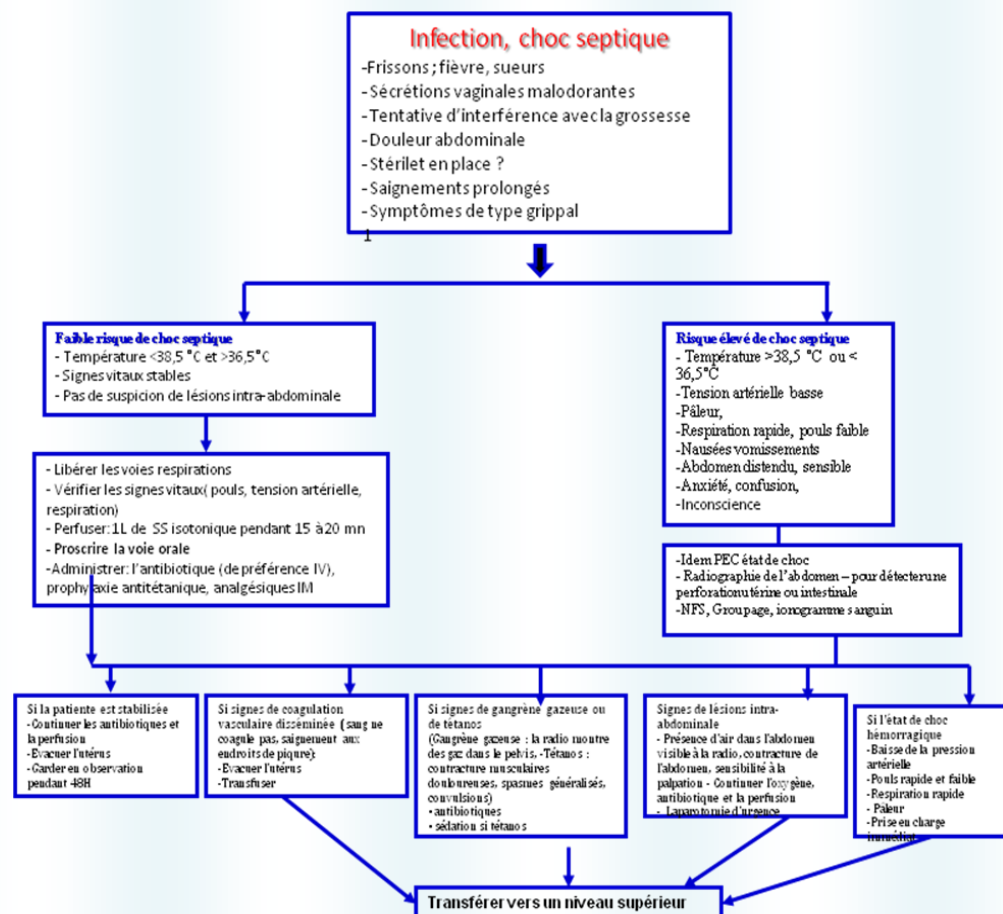
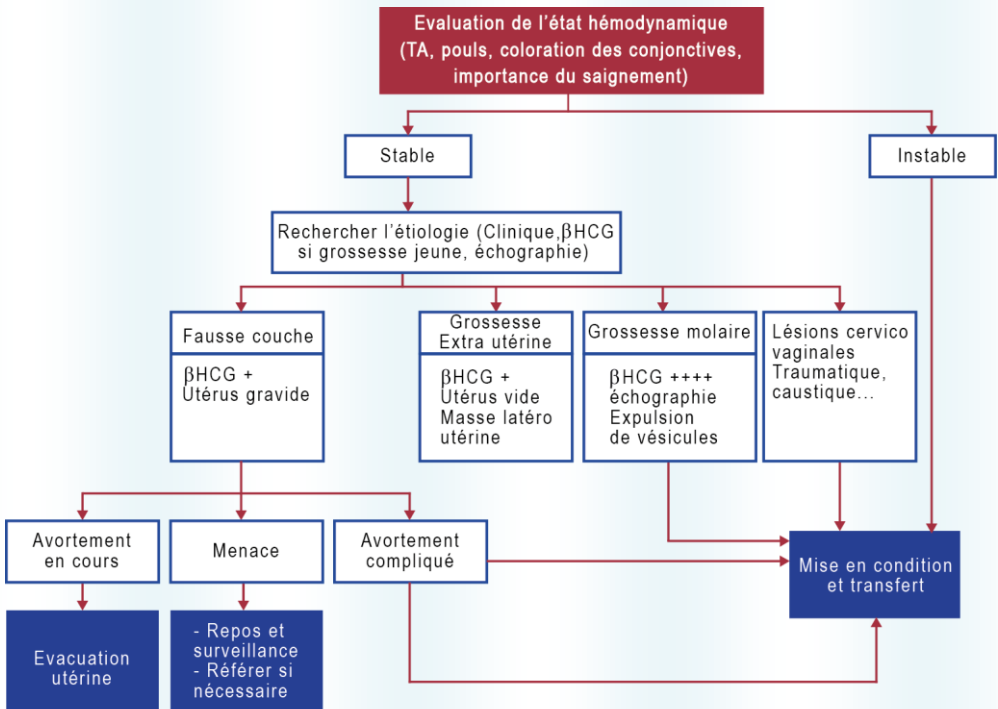


Diagramme 5 : Infection et choc septique



Fiche technique 4 :

Saignement en début de grossesse (<22 SA) (Eliminer une cause non gravidique) :



SA : Semaine d'aménorrhée
βHCG : Gonadotrophine Chorionique Humaine
TA : Tension artérielle

