

Fiche d'information sur les fausses couches précoces

Les fausses couches précoces peuvent être une expérience dévastatrice et difficile. Votre médecin du CFO souhaite vous soutenir à travers ce diagnostic en vous fournissant les connaissances dont vous avez besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de vos soins.

La perte de grossesse ou fausse couche au premier trimestre est la complication la plus courante de la grossesse dans le monde. Elle peut se traduire par la présence dans l'utérus d'un sac gestationnel sans embryon – c'est ce que l'on appelle « une grossesse anembryonnaire » ou « un ovule dégradé ». Elle peut également se traduire par la présence d'un embryon dans l'utérus dont le développement s'est interrompu ou chez lequel on ne détecte plus aucun battement de cœur. Environ 20 % des grossesses se terminent par une fausse couche précoce, et ces risques augmentent avec l'âge.

Un nombre anormal de chromosomes (aneuploïdie) chez l'embryon provoquant l'arrêt de son développement est la cause la plus fréquente de fausse couche précoce. Si vous subissez plusieurs fausses couches successives, soit environ trois, votre médecin du CFO vous informera d'autres tests qui peuvent être effectués pour s'assurer qu'il n'existe pas d'autre raison expliquant la récurrence de vos fausses couches.

Il existe plusieurs façons de traiter une fausse couche précoce. Chaque option a ses avantages et ses inconvénients et votre médecin peut vous aider à choisir la meilleure option pour vous :

1. Prise en charge expectative (surveillance et attente).
2. Prise en charge médicale avec des comprimés de misoprostol.
3. Prise en charge chirurgicale avec aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou dilatation et curetage (D & C).

Selon votre situation personnelle, une option thérapeutique adaptée peut s'avérer nécessaire par rapport à une autre.

Prise en charge expectative :

- Si vous vous sentez bien, surveiller et attendre que l'utérus se vide naturellement est une option très sûre, mais qui peut prendre du temps.
- 1 personne sur 6 commencera à avoir des saignements abondants et des crampes, et l'utérus se videra dans la semaine suivant le diagnostic échographique de fausse couche précoce. Dans plus de 50 % des cas, l'utérus se vide dans les 2 semaines suivant le diagnostic.
- S'il ne se passe rien au-delà de 2 semaines, votre médecin recommandera probablement une autre option thérapeutique (médicale ou chirurgicale).

Prise en charge médicale :

- Un médicament appelé « misoprostol » est prescrit (à raison de 4 comprimés ou 800 µg insérés par voie vaginale).
- Le misoprostol est autoadministré dans l'intimité de votre domicile et commence généralement à agir en quelques heures.
- Le misoprostol est efficace à 70 % après 1 dose et jusqu'à 85 % après 2 doses.
- Le misoprostol induit des contractions de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus permettant l'expulsion des tissus embryonnaires. Il est normal d'avoir des saignements et des crampes lorsque l'utérus se vide. Les effets secondaires incluent la diarrhée, les nausées et une faible fièvre.
- Le misoprostol est l'option la plus couramment sélectionnée au CFO. Dans certains cas, la première dose ne fonctionnera pas et une deuxième dose de 4 comprimés sera nécessaire. Si l'expulsion des tissus embryonnaires ne se produit pas dans les 24 heures suivant la première dose, vous devrez insérer 4 autres comprimés dans le vagin. Si, après deux doses, vous n'avez toujours pas eu de résultats, vous devrez contacter votre médecin du CFO.

Prise en charge chirurgicale :

- L'efficacité de l'aspiration de tous les tissus embryonnaires à l'aide d'une AMIU ou d'une D & C s'élève à plus de 95 %. Habituellement, l'intervention chirurgicale est programmée à une date et à une heure précises, permettant ainsi aux patientes de s'organiser. Vous pourrez rentrer chez vous pour vous reposer quelque temps après la procédure. Vous devriez vous sentir prête à reprendre vos activités normales dès le lendemain, mais il est possible que vous ayez encore des saignements similaires à ceux de vos menstruations pendant environ une semaine. Dans l'ensemble, une AMIU ou une D & C entraînent moins de saignements, mais elles nécessitent l'utilisation d'instruments chirurgicaux, ce qui est potentiellement associé à un faible risque d'infection ou de formation de tissu cicatriciel.

Quand dois-je demander de l'aide ?

Le Centre de fertilité d'Ottawa a un médecin de garde 24 heures sur 24. Si vous avez des questions sur la façon de prendre vos médicaments, ou des préoccupations au sujet de saignements très abondants, de douleurs ou de fièvre, n'hésitez pas à nous appeler. Nous comprenons que ce processus est à la fois éprouvant émotionnellement et physiquement et nous sommes là pour vous soutenir pendant cette période difficile.

Coordonnées :

Pendant les heures d'ouverture : 613 686-3378. Composez le poste qui vous a été communiqué par votre médecin ou suivez les instructions du répertoire téléphonique pour joindre une infirmière ou le bureau de votre médecin.

Après les heures d'ouverture : 613 761-4000. Demandez à parler au médecin de garde pour la FIV.

Ressources de soutien :

Bereaved Families of Ottawa: un système de soutien local d'Ottawa pour les personnes qui ont vécu un deuil découlant de différents types de pertes. <https://bfo-ottawa.org/programmes/>

Pregnancy and Infant Loss Network (PAIL): Groupes locaux de soutien périnatal, ressources et information. Un groupe de soutien en ligne sur Facebook est également offert. <https://pailnetwork.sunnybrook.ca/>

Ce site fournit une liste d'autres ressources que vous pouvez consulter : <https://butterflyboxottawa.weebly.com/resources.html>

Vous trouverez également d'autres ressources de counseling et de soutien sur notre site Web au : <https://conceive.ca/fr/patient-resources/counseling-and-support-groups/>

Références :

1. Shorter et coll. (2019). Management of early pregnancy loss, with a focus on patient centered care. Seminars in Perinatology.
2. ACOG Practice Bulletin, N° 200 (2018).
3. Al Wattar et coll. (2019) Management of first-trimester miscarriage: a systematic review and network meta-analysis. Human Reproduction Update, Vol.25, N°3 p. 362–374.
4. WHO. Clinical practice handbook for safe abortion. (2014).