

Diagnostic et prise en charge de la fausse couche précoce

Vrati M. Mehra BSc MSc, Salwa Farooqi MSc MD, Pallavi Sriram MD, Modupe Tunde-Biyass MBBS

■ *CMAJ* 2025 January 13;197:E18-25. doi : 10.1503/cmaj.231489-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 October 15;196:E1162-8. doi : 10.1503/cmaj.231489

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231489; voir l'éditorial connexe ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241402-f.

La fausse couche précoce est fréquente et souvent éprouvante. Ses répercussions médicales et psychologiques pourraient être évitées par une prise en charge éclairée et empreinte d'empathie. Aussi connue sous les noms de mort fœtale précoce ou d'avortement spontané, la fausse couche précoce se définit par un sac gestationnel anembryonnaire ou contenant un embryon dépourvu d'activité cardiaque avant la 13^e semaine de gestation¹. La fausse couche précoce peut ensuite être subdivisée selon qu'elle est incomplète, complète ou silencieuse, à la suite des résultats de l'examen physique et de l'échographie pelvienne (tableau 1). Si le lieu de l'implantation n'est pas confirmé, il faut écarter un diagnostic possible de grossesse ectopique.

Nous résumons les meilleures données accessibles sur la prévalence, les facteurs de risque, le tableau clinique, le diagnostic, la prise en charge compatissante et le suivi de la fausse couche précoce (encadré 1).

Quelle est l'incidence de la fausse couche précoce?

L'incidence de la fausse couche précoce diffère d'une région du monde à l'autre en partie en raison de l'hétérogénéité de sa défini-

Points clés

- La fausse couche précoce, aussi connue sous les noms de mort fœtale précoce ou d'avortement spontané, est fréquente et éprouvante, et sa prise en charge laisse à désirer au Canada.
- Le diagnostic de fausse couche précoce repose sur un dosage du taux de gonadotrophine chorionique β humaine (β -hCG) sérique et une échographie pelvienne, préférablement transvaginale, pour vérifier la viabilité de l'embryon et distinguer la fausse couche précoce d'une grossesse ectopique.
- La prise en charge peut être non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale.
- La fausse couche précoce peut avoir des effets psychologiques dévastateurs qu'il est possible d'atténuer avec une communication et un suivi empreints d'empathie.

tion. Selon des données prospectives recueillies en Europe et en Amérique du Nord, la fausse couche précoce affecte de 15%–20% de toutes les grossesses cliniquement confirmées². L'incidence rapportée a même été plus élevée (31%) lorsque le

Tableau 1 : Types de fausses couches précoces

Type	Symptômes	Signes à l'examen par spéculum	Signes à l'échographie
Menace de fausse couche précoce	Saignements ou crampes	Col fermé, aucun produit de la conception dans le vagin	Signes possibles de grossesse viable et d'activité cardiaque fœtale
Incomplète	Saignements ou crampes	Col ouvert ou fermé, élimination partielle de produits de conception ou de caillots sanguins dans le vagin	Aucune activité cardiaque fœtale
Inévitable	Saignements ou crampes	Col ouvert et élimination partielle de produits de conception ou de caillots sanguins dans le vagin	Signes possibles de grossesse viable et d'activité cardiaque fœtale
Complète	Saignements ou crampes	Col fermé, produits de conception complètement éliminés, habituellement suivi de saignements ou de saignements	Aucune activité cardiaque fœtale
Silencieuse	Asymptomatique	Col fermé, absence de produits de conception dans le vagin	Aucune activité cardiaque fœtale

Encadré 1 : Revue de la littérature scientifique

Nous avons procédé à une interrogation ciblée de la littérature scientifique des réseaux MEDLINE et Embase depuis leur création jusqu'en juillet 2023 en utilisant les mots clés suivants : « early pregnancy loss », « first trimester loss », « abortion, spontaneous », « abortion, threatened » ou « miscarriage », alliés aux termes « diagnosis », « risk factor* », « impact », « treatment » ou « management ». Nous avons aussi fait une recherche à partir des termes « early pregnancy assessment clinic » ou « early pregnancy clinic ». Nous avons limité la recherche aux articles de langue anglaise. Nous n'avons appliqué aucune restriction quant aux types d'articles, mais nous avons priorisé les lignes directrices de pratique clinique des sociétés et groupes d'obstétrique et gynécologie, les revues systématiques et les méta-analyses. Nous avons aussi utilisé d'autres sources, comme Google Scholar, pour tenter de trouver d'autres documents pertinents.

suivi de la gestation se faisait au moyen de contrôles de la gonadotrophine chorionique β humaine (β -hCG) sérique en début de grossesse³. La fausse couche précoce survient souvent avant même que la grossesse soit confirmée et ses signes sont parfois pris à tort pour un retard des règles ou pour des règles abondantes³. Au Canada, 2 études de cohorte rétrospectives basées dans la population ont estimé l'incidence de la fausse couche précoce à 8,1 % et à 10,1 %–12,5 % des grossesses confirmées en Ontario et au Manitoba, respectivement^{4,5}. Il est difficile de déterminer l'incidence réelle de la fausse couche précoce au Canada et de la comparer à celle d'autres pays en raison des différences entre les provinces.

Quels sont les facteurs de risque?

Environ la moitié de toutes les fausses couches précoces résultent d'anomalies chromosomiques présentes dans l'embryon en développement, comme l'aneuploïdie⁶. L'âge maternel supérieur à 35 ans fait significativement augmenter le risque de fausse couche précoce; à partir de l'âge de 45 ans, ce risque atteint près de 65 %^{2,7}. Parmi les autres facteurs de risque, mentionnons des antécédents de fausse couche précoce, les infections (p. ex., à *Chlamydia trachomatis*), un âge paternel plus avancé, les indices de masse corporelle extrêmes, le tabagisme, la consommation d'alcool, les traumatismes physiques, le stress psychologique et l'exposition à la pollution atmosphérique et à des pesticides^{2,8-10}. Un lien entre la fausse couche précoce et le fait d'être une personne noire a aussi été évoqué et aurait des composantes biologiques (p. ex., prévalence accrue d'anémie, de diabète et de dyslipidémie), génétiques (p. ex., gènes impliqués dans les processus immunologiques et inflammatoires) et socio-économiques¹¹⁻¹⁴.

Quels sont les symptômes?

Les symptômes courants de la fausse couche précoce incluent, seuls ou ensemble : saignements, crampes, douleurs abdominales ou pelviennes et expulsion de produits de conception. Les symptômes d'une grossesse ectopique, qu'il faut d'abord écarter, incluent : une aggravation de la douleur abdominale, des

étourdissements, des saignements ou une douleur projetée à l'épaule¹⁵. Il faut soupçonner un avortement septique en présence de fièvre, d'augmentation de la numération leucocytaire, de douleurs pelviennes, de sensibilité utérine ou d'écoulement purulent. Une fausse couche précoce silencieuse peut également être asymptomatique.

Les crampes ou la douleur peuvent être normales durant la grossesse. Près de 85 % des grossesses s'accompagnent de douleurs abdominales au cours des 7 premières semaines de gestation¹⁵. Des saignements vaginaux ont lieu au cours du premier trimestre dans 25 % de toutes les grossesses ayant une issue normale¹⁶. Selon les études, le risque de fausse couche précoce est 5 fois plus élevé chez les personnes qui présentent des crampes et des saignements (rapport de risque [RR] 5,03 intervalle de confiance de 95 % [IC] 2,07–12,20), comparativement à celles qui n'ont que des crampes¹⁵.

Comment diagnostique-t-on la fausse couche précoce?

La figure 1 résume les étapes qui permettent de distinguer un saignement en début de grossesse, ou la douleur liée à la fausse couche précoce, des autres causes. Il faut toujours procéder à une anamnèse détaillée et à un examen physique pour extraire tout caillot cervical ou vaginal afin de réduire le saignement et faciliter l'examen du col. Les premières analyses incluent une formule sanguine complète et la détermination du groupe sanguin, du facteur Rh et des taux de β -hCG. Les taux sériques de β -hCG confirment la grossesse et une valeur de référence peut être établie à des fins de comparaison avec les taux précédents ou subséquents. Toute instabilité hémodynamique doit être prise en charge et rapidement orientée vers l'équipe de gynécologie¹. Après stabilisation, on procédera à une échographie, préférentiellement transvaginale.

Dans près de 10 % des cas qui présentent des symptômes de fausse couche précoce au cours du premier trimestre, on observe un taux élevé de β -hCG sérique sans localisation du fœtus à l'échographie initiale, on parle alors d'une grossesse de localisation inconnue¹⁷. Il peut s'agir d'une grossesse intra-utérine (viable ou non), d'une grossesse en cours de résolution de localisation inconnue (dont la localisation du fœtus n'a jamais été établie) ou d'une grossesse persistante de localisation inconnue du fœtus, qui doit faire l'objet d'un suivi jusqu'à ce que l'on puisse écarter un diagnostic de grossesse ectopique. L'incidence de la grossesse de localisation inconnue du fœtus est d'environ 15 % des gestations soumises à une échographie transvaginale de routine tôt au cours du premier trimestre¹⁷. En présence d'une grossesse de localisation inconnue du fœtus et de symptômes de fausse couche précoce, le risque de grossesse ectopique s'élève à 8 %–14 % et une intervention médicamenteuse ou chirurgicale empirique serait inappropriée sans un examen plus approfondi¹⁸.

Chez les personnes hémodynamiquement stables, on révéra le β -hCG sérique après 48 heures. Le rapport taux de β -hCG initial : contrôle permet de stratifier le risque de grossesse ectopique¹⁷. Un rapport supérieur à 1,63 oriente vers une

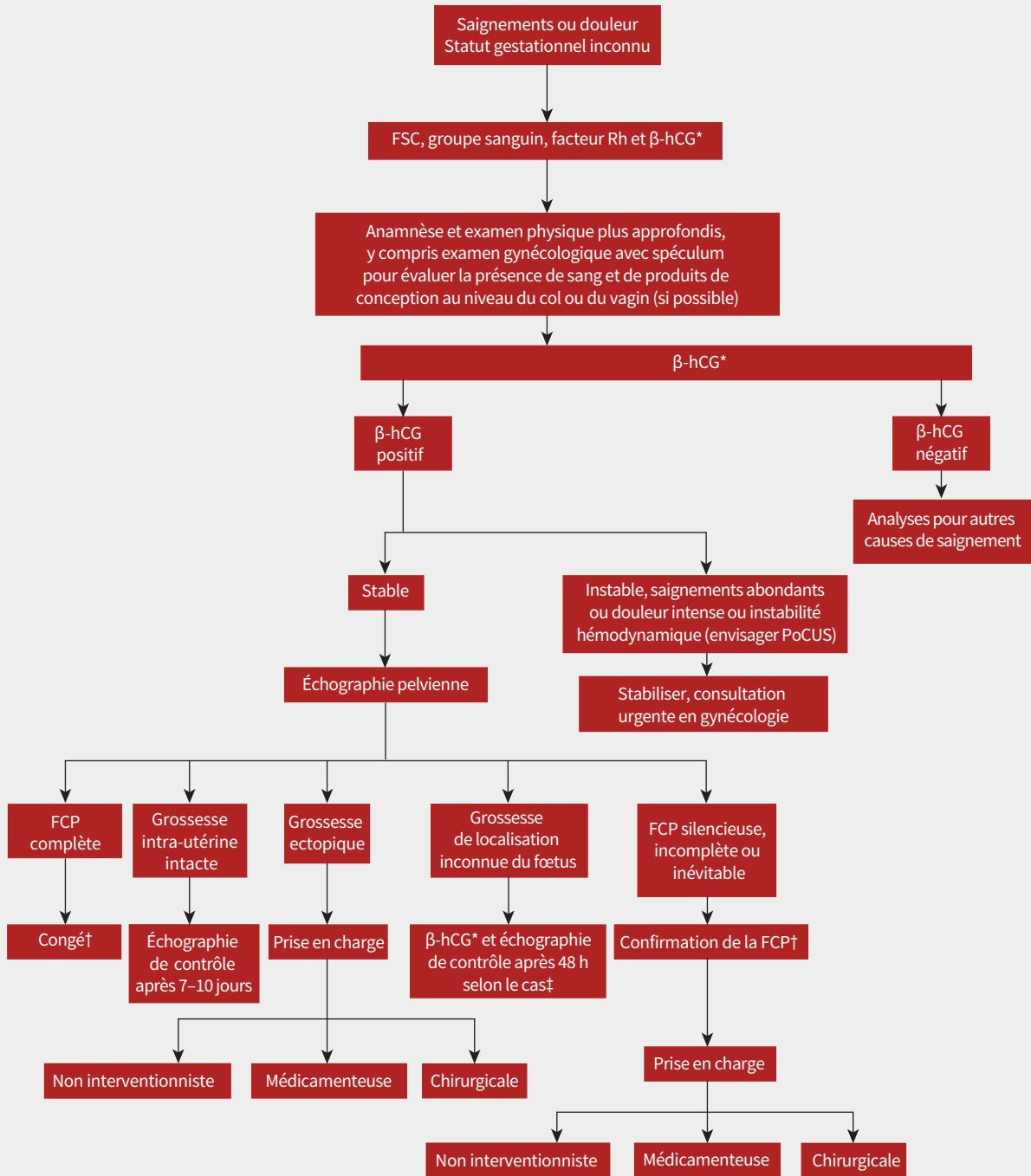


Figure 1 : Diagnostic de fausse couche précoce (FCP). *Si on y a accès, on privilégiera le dosage de la gonadotrophine chorionique β humaine (β -hCG), faute de quoi, une mesure qualitative ou urinaire de la β -hCG peut être utile. †Il faut offrir une prise en charge empreinte d'empathie, centrée sur la patientèle, et suggérer des ressources communautaires. ‡Le rapport β -hCG initiale:contrôle permet de stratifier le risque de grossesse ectopique et déterminera à quel moment effectuer d'autres échographies, si nécessaire. Voir l'onglet Related Content pour une version accessible. Remarque : FSC = formule sanguine complète, PoCUS = point-of-care ultrasonography (échographie portable).

grossesse intra-utérine et il faut alors répéter l'échographie transvaginale 1 semaine plus tard. Un rapport inférieur à 0,5 indique un échec de la grossesse qui s'éliminera naturellement; une seconde échographie serait inutile dans ce cas. Les rapports entre 0,5 et 1,63 indiquent une grossesse ectopique et requièrent

un suivi étroit, la reprise de l'échographie et du dosage de la β -hCG 48 heures plus tard et une consultation en gynécologie¹⁷. D'autres outils de stratification du risque tels que le Modèle de régression M6 sont utiles, mais ne sont pas largement utilisés au Canada¹⁸. La prise en charge non interventionniste des

grossesses de localisation inconnue du fœtus est généralement sécuritaire si le risque de grossesse ectopique est faible, mais un suivi étroit par une équipe médicale est crucial jusqu'à ce que le taux de β -hCG devienne indétectable.

Comment se fait la prise en charge de la fausse couche précoce?

La prise en charge des personnes qui subissent une fausse couche précoce peut être non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale; les soins doivent être personnalisés et dispensés après une prise de décision partagée et un consentement éclairé. En cas d'instabilité hémodynamique ou d'avortement septique présumé, une prise en charge chirurgicale est indiquée. Pour les cas hémodynamiquement stables, sans signe d'infection, on fournira des renseignements qui faciliteront une prise de décision fondée sur les préférences individuelles. Les personnes qui choisissent une prise en charge non interventionniste ou médicamenteuse doivent savoir qu'une

intervention chirurgicale demeure possible si le plan de prise en charge initial échoue.

La prise en charge d'une grossesse ectopique confirmée excède le cadre de la présente revue. Si l'échographie révèle une grossesse non viable, il faut offrir un choix de prise en charge non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale (annexe 1, tableau supplémentaire 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231489/tab-related-content).

Il faut toujours offrir à la personne la possibilité de se faire accompagner durant l'examen, lui expliquer à quoi elle peut s'attendre durant et après la prise en charge et aborder la question du deuil (figure 2 et tableau 2). Les personnes qui souhaitent concevoir de nouveau peuvent le faire lorsqu'elles s'y sentent prêtes émotionnellement et uniquement après leurs premières règles suivant la fausse couche précoce.

Selon le cas, on dirigera les personnes qui subissent une fausse couche précoce vers une clinique d'évaluation du premier trimestre de grossesse (EPAC, pour « early pregnancy assessment clinic »), dotée d'équipes formées pour prodiguer des soins globaux avec empathie¹⁹. Ces cliniques peuvent procéder rapidement à l'évaluation, au diagnostic et à la prise en charge, y compris la coordination de la dilatation et du curetage s'ils sont indiqués ou choisis²⁰⁻²².

Prise en charge non interventionniste

La prise en charge non interventionniste est jugée sécuritaire dans les cas de grossesse intra-utérine avérés et de fausse couche précoce qui sont stables sur le plan médical, qui ne présentent aucune infection pelvienne active ni anémie grave ou trouble de la coagulation, en l'absence d'hémorragie utérine active. Il faut informer les personnes qui choisissent une prise en charge non interventionniste de consulter en cas de saignement excessif, de syncope, de douleur intense ou de fièvre.

Dans jusqu'à la moitié de tous les cas de fausse couche précoce, les produits de conception seront entièrement expulsés spontanément au cours de la semaine qui suit la fausse couche sans intervention médicamenteuse ou chirurgicale, particulièrement en présence de saignements et de crampes^{23,24}. Selon une étude observationnelle de 2002, près de 80 % des personnes ayant subi une fausse couche incomplète ont expulsé le reste des produits de conception au cours des 14 jours suivants, et 91 % au cours des 46 jours suivants²³. C'est une information qu'il faut transmettre aux personnes concernées en leur rappelant qu'elles



Figure 2 : Annonce du diagnostic présumé ou avéré de fausse couche précoce. Voir l'onglet Related Content pour une version accessible. Adapté du Provincial Council for Maternal and Child Health (www.pcmch.on.ca).

Tableau 2 : Ressources à l'intention de la patientèle lors d'une fausse couche précoce

Ressource	Site Web
PregnancyEd	www.pregnancyed.com
Royal College of Obstetricians and Gynecologists, feuillet d'information sur la fausse couche	www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/early-miscarriage-patient-information-leaflet/
Provincial Council for Maternal and Child Health, liste des ressources sur la fausse couche à l'intention des familles et des professionnels de la santé	www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2022/02/PCMCH-Early-Pregnancy-Loss-G-List-of-Pregnancy-Loss-Resources-for-Families-and-Healthcare-Providers_Updated.pdf
Women's Health Education Made Simple	www.whemscanada.org

peuvent passer à une prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale au moment de leur choix ou si cela est indiqué pour des motifs médicaux. Une revue Cochrane de 2017 qui comparait la prise en charge non interventionniste et un traitement médicamenteux au misoprostol par voie vaginale n'a révélé aucune différence quant au nombre de transfusions sanguines requises (RR 3,07, IC de 95 % 0,13–74,28), aux infections pelviennes (RR 2,81, IC de 95 % 0,77–10,33) ou au recours à des analgésiques (RR moyen 1,12, IC de 95 % 0,67–1,88)²⁵.

Les options pour la gestion de la douleur incluent l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avec une ordonnance de courte durée d'opioïdes au besoin. On peut prévoir des consultations de suivi en personne ou en mode virtuel tous les 7–14 jours pour confirmer l'expulsion de tous les produits de conception en fonction de l'évolution clinique et de la résolution des saignements^{17,26}. On peut recourir à l'échographie pour documenter l'absence de sac gestationnel, quoique ce ne soit pas indiqué habituellement, car l'évolution clinique peut en soi confirmer la résolution²⁶. La prise en charge non interventionniste est considérée comme sécuritaire jusqu'à 8 semaines après confirmation de la fausse couche précoce dans la mesure où la personne reste bien sur le plan clinique, sans saignements, anémie ou signes d'infection persistante²⁷.

Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse permet d'éliminer complètement les produits de conception plus rapidement que la prise en charge non interventionniste et devrait être offerte à toutes les personnes stables sur le plan hémodynamique dont la grossesse intra-utérine avérée se termine en fausse couche précoce^{28–30}. Ses avantages incluent son caractère non effractif et la capacité de se l'administrer à la maison.

Le traitement repose sur le misoprostol par voie orale, un analogue des prostaglandines, seul ou en association avec un prétraitement par mifépristone par voie orale, un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone. Le misoprostol induit les contractions utérines, tandis que la mifépristone bloque la progestérone, entraînant une perturbation de l'endomètre et l'avortement³¹. Les contre-indications absolues à une prise en charge médicamenteuse par misoprostol et mifépristone incluent la présence d'un dispositif intra-utérin s'il ne peut pas être retiré, la prise d'anticoagulants (à part l'acide acétylsalicylique), les troubles de la coagulation, les porphyries héréditaires, les symptômes infectieux, l'insuffisance surrénalienne, une grossesse ectopique avérée ou présumée, des antécédents de réactions allergiques à la mifépristone ou au misoprostol et l'utilisation prolongée de corticostéroïdes. Les contre-indications relatives incluent une hémoglobine basse (< 95 g/L) et l'incapacité d'avoir un suivi dans la communauté ou au service des urgences³².

Utilisés en association par voie orale, la mifépristone (200 mg) et le misoprostol (800 mg, 24–48 h après la prise de la mifépristone) sont considérés comme un traitement de première intention pour la prise en charge médicamenteuse de la fausse couche précoce, les résultats étant meilleurs qu'avec le misoprostol seul^{30,31}. Dans un essai randomisé et contrôlé, 23,5 % (IC de

95 % 16,9%–31,1%) des personnes participant au groupe recevant le misoprostol seul ont eu besoin d'une intervention chirurgicale ultérieure par aspiration 1 mois après le début du traitement médicamenteux, contre 8,8 % (IC de 95 % 4,8%–14,6%) des personnes qui avaient reçu la mifépristone et le misoprostol en association²⁹. Un autre essai randomisé et contrôlé publié en 2020, regroupant 771 personnes en situation d'avortement silencieux a révélé que 25 % du groupe sous placebo associé au misoprostol ont eu besoin d'une intervention chirurgicale, contre 17 % du groupe soumis à la mifépristone associée au misoprostol³¹.

Dans le cas des avortements incomplets, une ligne directrice du National Institute for Health and Care Excellence (Institut national pour l'excellence en matière de soins de santé) du Royaume-Uni recommande le misoprostol (1 dose de 600 µg) en monothérapie³³. Les effets indésirables incluent : douleurs, diarrhée, nausées, vomissements, fièvre de bas bruit, frissons, saignement excessif et échec rendant nécessaire une intervention chirurgicale^{34,35}. La mifépristone ne confère aucun autre avantage si le sac gestationnel a été expulsé.

La ligne directrice du American College of Obstetricians and Gynecologists (Collège américain des obstétriciens et gynécologues) recommande d'administrer 1 dose de misoprostol par voie vaginale (800 µg) si la mifépristone n'est pas accessible¹. En l'absence de réponse, une deuxième dose peut être administrée dans les 7 jours suivants¹. Un essai randomisé et contrôlé de 2005³⁶ a révélé que 71 % des personnes ayant subi une fausse couche au cours du premier trimestre (c.-à-d., grossesse anembryonnaire, mort embryonnaire ou fœtale ou avortement spontané incomplet ou inévitable) avaient complètement expulsé les produits de conception en l'espace de 3 jours avec 1 dose de misoprostol (800 µg). Avec une seconde dose de 800 µg, ce taux atteignait 84 %.

Comme avec la prise en charge non interventionniste, il faut offrir des options d'analgésie au moyen d'acétaminophène, d'AINS et d'une ordonnance de courte durée d'opioïdes. Il faut informer les personnes concernées d'un risque de saignements abondants et de crampes qui débute habituellement quelques heures après la prise du misoprostol et qui durent de 3–5 heures²⁸. Une discussion devrait aussi porter sur la possibilité d'observer la présence des produits de conception, surtout lors de gestations de plus de 9 semaines. Les personnes doivent alors retourner au service des urgences en cas de saignements excessifs (saturation de 2 serviettes hygiéniques par heure pendant 2 heures consécutives¹), de présyncope, de syncope ou de douleur abdominale intense. Un saignement plus léger peut ensuite durer en moyenne de 9–16 jours²⁸. Un suivi en mode virtuel ou en personne peut être effectué après 10–14 jours²⁶. Il faut confirmer par échographie l'expulsion des produits de conception et la résolution des saignements¹. Là où l'échographie n'est pas disponible, le dosage de la β-hCG sérique ou urinaire peut être employé comme solution de rechange¹. Si les symptômes de saignements et de crampes persistent, d'autres dosages de la β-hCG sérique et des échographies de contrôle pourraient être nécessaires afin de confirmer que l'avortement est complet.

Malgré son ajout à la Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)³⁷, la

mifépristone n'est pas disponible partout en tout temps³⁸. Les pharmacies n'ont pas toujours la possibilité de stocker et de servir la mifépristone en raison notamment de son coût, des dates de péremption, du nombre relativement peu élevé d'ordonnances et du manque de formation (même si Santé Canada n'exige de formation ni pour les médecins prescripteurs ni pour les pharmaciens); de plus, la mifépristone en tant qu'agent abortif est encore considérée comme hors indication^{38,39}.

Prise en charge chirurgicale

La prise en charge chirurgicale est celle qui requiert le moins d'interactions avec le système de santé. Il s'agit du traitement de première intention en présence d'instabilité hémodynamique, d'un taux d'hémoglobine bas (< 95 g/dL) ou d'une baisse de l'hémoglobine de 20 g/dL. C'est également le traitement standard lorsqu'on soupçonne une grossesse molaire, ou en présence d'un dispositif intra-utérin qui ne peut être retiré ou de signes d'infection^{1,40}. Les risques rares de la prise en charge chirurgicale incluent : lacération du col (1,03%)⁴¹ et pelvipéritonite (1,5%–5,3%)⁴².

La dilatation-aspiration donne de meilleurs résultats que le curetage⁴³. Une revue Cochrane sur les interventions chirurgicales pour la prise en charge des avortements incomplets a fait état d'un taux de complications moindre avec la dilatation-aspiration pour ce qui est des perforations utérines (RR 0,32, IC de 95 % 0,01 à 7,76), des pertes sanguines (différence moyenne -17,10 mL, IC de 95 % -24,05 mL à -10,15 mL) et de la douleur (RR 0,74, IC de 95 % 0,61 à 0,90), comparativement au curetage seul⁴³. Quoique rarement, le curetage a donné lieu à la formation de tissu cicatriciel dans l'endomètre^{43,44}. Contrairement au curetage, l'aspiration peut être effectuée sous bloc paracervical; elle offre une meilleure maîtrise de la douleur, donne lieu à moins d'effets indésirables que la sédation consciente et est utile dans un contexte où on ne peut appliquer la surveillance requise pour la sédation consciente⁴⁵. L'intervention peut être effectuée en cabinet médical par des équipes expérimentées (c.-à-d., EPAC) plutôt qu'au bloc opératoire, ce qui réduit les temps d'attente⁴⁵.

Administration d'immunoglobuline anti-D

La fausse couche précoce est un facteur de risque à l'égard de l'allo-immunisation Rh chez les personnes enceintes RhD négatives si le groupe sanguin du fœtus est RhD positif⁴⁶. L'exposition des érythrocytes RhD négatifs maternels à ceux d'un fœtus RhD positif peut entraîner la production d'anticorps immunoglobulines G (IgG) maternels. Lors de grossesses subséquentes, ces derniers peuvent franchir la barrière placentaire et se lier aux érythrocytes RhD positifs fœtaux, causant la maladie hémolytique du fœtus ou du nouveau-né dont les conséquences peuvent être l'anémie, l'ictère avec un risque élevé de kernictère et l'anasarque fœto-placentaire. L'administration d'immunoglobuline RhD, selon le cas, permet de prévenir ces complications. La ligne directrice canadienne sur la prévention de l'allo-immunisation RhD a récemment été mise à jour (encadré 2).

Encadré 2 : Prévention de l'allo-immunisation Rh chez la patientèle Rh négative qui subissent une fausse couche précoce⁴⁷

- Il faut déterminer le groupe sanguin et le Rh chez toutes les personnes enceintes.
- Quiconque présente des variantes telles que « D faible » ou « D partiel » n'est pas exposé à un risque d'allo-immunisation et n'a pas besoin d'un traitement préventif.
- Patientèle RhD négative :
 - Gestation < 8 semaines : aucune prophylaxie (IgRh) requise
 - Gestation ≥ 8 et < 12 semaines : recours facultatif aux IgRh (120 µg ou 300 µg, IM ou IV)
 - Gestation de 12 semaines : IgRh (300 µg, IM ou IV)
 - Si la grossesse se poursuit, maintenir la prophylaxie antepartum de routine

Remarque : IgRh = immunoglobuline Rh, IM = intramusculaire, IV = intraveineux.

Quelles sont les répercussions de la fausse couche précoce sur les personnes et leurs familles?

La fausse couche précoce peut avoir de graves répercussions sur le plan émotionnel et psychologique; c'est un deuil qui peut être associé à de la culpabilité, à la dépression, à l'anxiété ou à d'autres réactions, tant chez les personnes concernées que chez leurs proches^{26,27}. Parfois, les symptômes persistent toute une année après la fausse couche et resurgissent lors des grossesses subséquentes⁴⁸. Le deuil peut être exacerbé si le réseau social fait défaut⁴⁹⁻⁵¹. Les partenaires qui éprouvent le même genre de sentiments ne reçoivent pas autant d'attention⁵². Les personnes de la communauté 2ELGBTQ+ font souvent l'objet de stigmatisation et de discrimination après un tel événement et peuvent éprouver un sentiment de honte exacerbé⁵³.

Une étude qualitative de type phénoménologique regroupant des personnes qui subissent une fausse couche précoce a mis au jour des situations où l'opinion médicale sur la fausse couche précoce en tant que problème fréquent et facilement gérable se heurte au fardeau psychologique qu'elle représente pour les personnes concernées. Ces dernières ont déclaré s'être senties bousculées au moment de choisir un traitement et ont déploré un certain manque d'écoute de la part de l'équipe soignante lorsque la fausse couche se produisait en début de grossesse⁵⁴. La figure 2 et le tableau 2 décrivent respectivement les principes de communication centrée sur la patientèle lors d'une fausse couche précoce présumée ou confirmée au service des urgences et suggèrent des ressources à l'intention de la patientèle.

Des recherches menées en Ontario et en Colombie-Britannique ont montré que les EPAC peuvent améliorer l'expérience de la patientèle et les résultats cliniques, réduire le nombre d'exams réalisés dans les services d'urgence et contribuer à la satisfaction de la patientèle^{21,22}. Parmi les stratégies qui rendraient les EPAC plus accessibles, mentionnons la formation d'un plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers et

de médecins généralistes pour la prise en charge de la fausse couche précoce et l'autorisation pour la patientèle à haut risque d'accéder directement aux EPAC^{55,56}.

Conclusion

La fausse couche précoce est un tableau clinique fréquent en soins primaires et dans les services d'urgence. Pour que la patientèle puisse faire un choix éclairé, il faut lui expliquer les avantages et les contre-indications des divers types de prise en charge (non interventionniste, médicamenteuse ou chirurgicale). Même si l'évaluation et la prise en charge visent à prévenir la morbidité et la mortalité, elles doivent aussi tenir compte des graves répercussions psychologiques de la fausse couche précoce et ne pas sous-estimer le rôle crucial du soutien émotionnel lors de l'examen, de la prise en charge et du suivi.

Références

- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins — Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early pregnancy loss. *Obstet Gynecol* 2018;132:e197-207. doi : 10.1097/AOG.0000000000002899.
- Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021;397:1658-67.
- Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N Engl J Med* 1988;319:189-94.
- Strumpf E, Lang A, Austin N, et al. Prevalence and clinical, social, and health care predictors of miscarriage. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21:185.
- Varner CE, Park AL, Little D, et al. Emergency department use by pregnant women in Ontario: a retrospective population-based cohort study. *CMAJ Open* 2020;8:E304-12.
- Essers R, Lebedev IN, Kurg A, et al. Prevalence of chromosomal alterations in first-trimester spontaneous pregnancy loss. *Nat Med* 2023;29:3233-42.
- Hardy K, Hardy PJ, Jacobs PA, et al. Temporal changes in chromosome abnormalities in human spontaneous abortions: Results of 40 years of analysis. *Am J Med Genet A* 2016;170:2671-80.
- Baud D, Regan L, Greub G. Emerging role of Chlamydia and Chlamydia-like organisms in adverse pregnancy outcomes. *Curr Opin Infect Dis* 2008;21:70-6.
- Ha S, Sundaram R, Buck Louis GM, et al. Ambient air pollution and the risk of pregnancy loss: a prospective cohort study. *Fertil Steril* 2018;109:148-53.
- Watson J, Simmonds A, La Fontaine M, et al. Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:129.
- Asfaw A. Racial disparity in potential occupational exposure to COVID-19. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022;9:1726-39.
- Adams AE, Saville A, Shriver TE. Race, toxic exposures, and environmental health: the contestation of lupus among farmworkers. *J Health Soc Behav* 2023;64:136-51.
- Dill J, Duffy M. Structural racism and Black women's employment in the US health care sector. *Health Aff (Millwood)* 2022;41:265-72.
- Mukherjee S, Velez Edwards DR, Baird DD, et al. Risk of miscarriage among Black women and white women in a US prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2013;177:1271-8.
- Sapra KJ, Buck Louis GM, Sundaram R, et al. Signs and symptoms associated with early pregnancy loss: findings from a population-based preconception cohort. *Hum Reprod* 2016;31:887-96.
- Hasan R, Baird DD, Herring AH, et al. Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. *Ann Epidemiol* 2010;20:524-31.
- Milman T, Walker M, Thomas J. Pregnancy of unknown location. *CMAJ* 2020;192:E1132.
- Po L, Thomas J, Mills K, et al. Guideline No. 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and nontubal ectopic pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can* 2021;43:614-30.e1.
- Early pregnancy complications and loss: care for adults in all settings*. Toronto: Ontario Health (Quality); 2020:1-42.
- Bigrigg MA, Read MD. Management of women referred to early pregnancy assessment unit: care and cost effectiveness. *BMJ* 1991;302:577-9.
- Tunde-Byass M, Cheung VYT. The value of the early pregnancy assessment clinic in the management of early pregnancy complications. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:841-4.
- Rhone SA, Hodgson ZG, Moshrefzadeh A, et al. A Canadian urban early pregnancy assessment clinic: a review of the first year of operation. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:243-9.
- Luise C, Jermy K, May C, et al. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ* 2002;324:873-5.
- Bobrow ML, Friedman S. Incomplete abortions: a twenty-five-year review of cases seen at a large municipal hospital. *Am J Surg* 2022;95:938-45.
- Kim C, Barnard S, Neilson JP, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1:CD007223. doi : 10.1002/14651858.CD007223.pub4.
- Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, et al. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception* 2010;81:143-9.
- Chu J, Hardy P, Beeson L, et al. What is the best method for managing early miscarriage? *BMJ* 2020;368:l6438. doi : 10.1136/BMJ.L6438.
- Spitz IM, Bardin CW, Benton L, et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med* 1998;338:1241-7.
- Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Engl J Med* 2018;378:2161-70.
- Sonalkar S, Koelper N, Creinin MD, et al. Management of early pregnancy loss with mifepristone and misoprostol: clinical predictors of treatment success from a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223:551.e1-7.
- Chu JJ, Devall AJ, Beeson LE, et al. Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2020;396:770-8.
- MacNaughton H, Nothnagle M, Early J. Mifepristone and misoprostol for early pregnancy loss and medication abortion. *Am Fam Physician* 2021;103:473-80.
- Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management [ligne directrice NICE]. Paris (FR): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019, mis à jour le 23 août 2023. Accessible ici : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126> (consulté le 17 juill. 2023).
- Kruse B, Poppema S, Creinin MD, et al. Management of side effects and complications in medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(Suppl):S65-75.
- Honkanen H, Piaggio G, Von Hertzen H, et al.; WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG* 2004;111:715-25.
- Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al.; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med* 2005;353:761-9.
- WHO model list of essential medicines. 23^e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2023.
- Guarna G, Kotait M, Blair R, et al. Approved but unavailable: a mystery-caller survey of mifepristone access in a large Ontario city. *J Obstet Gynaecol Can* 2023;45:102178.
- Zusman EZ, Munro S, Norman WV, et al. Dispensing mifepristone for medical abortion in Canada: pharmacists' experiences of the first year. *Can Pharm J* 2023;156:204-14.
- Benson LS, Prager SW. Evidence-based management of early pregnancy loss. *OBG Manag* 2020;32:26.
- Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983;321:1182-5.
- Lissauer D, Wilson A, Hewitt CA, et al. A randomized trial of prophylactic antibiotics for miscarriage surgery. *N Engl J Med* 2019;380:1012-21.
- Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;2010:CD001993. doi : 10.1002/14651858.CD001993.pub2.
- Gilman Barber AR, Rhone SA, Fluker MR. Curettage and Asherman's syndrome — lessons to (re-) learn? *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36:997-1001.
- Nweke NA, Anikwe CC, Ewah RL, et al. Analgesic efficacy and safety of paracervical block versus conscious sedation in the surgical evacuation of the uterus following first-trimester incomplete miscarriages: a randomised controlled trial. *SAGE Open Med* 2022;10:20503121221113227. doi : 10.1177/20503121221113227.
- Fung KFK, Eason E. No. 133: Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:e1-10.
- Fung-Kee-Fung K, Wong K, Walsh J, et al. Guideline No. 448: Prevention of Rh D alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can* 2024;46:102449. doi : 10.1016/j.jogc.2024.102449.
- Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2011;198:373-8.

49. Adolfsson A, Berterö C, Larsson P-G. Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:330-5.
50. Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:510-22.
51. Janssen HJ, Cuisinier MC, de Graauw KP, et al. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:56-61.
52. McGarva-Collins S, Summers SJ, Caygill L. Breaking the silence: men's experience of miscarriage. An interpretative phenomenological analysis. *Illn Crisis Loss* 2024;32:244-65.
53. Rose A, Oxlad M. LGBTQ+ peoples' experiences of workplace leave and support following pregnancy loss. *Community Work Fam* 2023;26:268-84.
54. Dainty KN, Seaton MB, McLeod S, et al. Reframing how early pregnancy loss is viewed in the emergency department. *Qual Health Res* 2021;31:1119-28.
55. Memtsa M, Goodhart V, Ambler G, et al. Variations in the organisation of and outcomes from Early Pregnancy Assessment Units: the VESPA mixed-methods study. *Health Serv Deliv Res* 2020;8:1-138. doi:10.3310/hsdr08460.
56. Shorter JM, Pymar H, Prager S, et al. Early pregnancy care in North America: a proposal for high-value care that can level health disparities. *Contraception* 2021;104:128-31.

Intérêts concurrents : Vrati Mehra est vice-présidente de l'organisme Women's Health Education Made Simple, programme de littérature médicale à l'intention des femmes. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été commandé et a été revu par des pairs.

Affiliations : Temerty Faculty of Medicine (Mehra), et département d'obstétrique et de gynécologie (Farooqi, Tunde-Byass), University of Toronto; Service d'obstétrique et de gynécologie (Sriram, Tunde-Byass), North York General Hospital, Toronto, Ont.

Collaboratrices : Les autrices ont contribué à l'élaboration et à la conception de l'étude ainsi qu'à l'ébauche du manuscrit, ont révisé de façon critique son contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion

et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : Modupe Tunde-Byass, modupe.tunde-byass@nygh.on.ca