

# Place de l'interniste dans l'exploration des fausses couches et des arrêts de grossesse

---

**Olivier Pourrat**

Consultation de Médecine Interne de la Femme Enceinte  
Hôpital Jean-Bernard-CHU de Poitiers  
Faculté de Médecine de Poitiers

[olivier.pourrat@chu-poitiers.fr](mailto:olivier.pourrat@chu-poitiers.fr)

**Orléans, 1er Avril 2016**



faculté de  
**Médecine et**  
de **Pharmacie**

Université  
de Poitiers



Collège  
de Gynécologie  
et d'Obstétrique



# Prise en charge de l'hypothyroïdie maternelle pendant la grossesse

- En cas d'hypothyroïdie déjà connue, la dose de LT4 doit être ajustée pour **atteindre un taux de TSH < 2,5 mU/L** (et FT4 dans la moitié supérieure de la fourchette normale)
- – TSH > 2,5 mais < 10 mU/L : ↑ LT4 de 25-50 µg/jour
- – TSH 10-20 mU/L : ↑ LT4 de 50-75 µg/jour
- **La prise de Lévothyrox® doit être séparée de celle des suppléments vitaminiques** contenant du fer et du calcium.
- **La TSH doit être surveillée toutes les 4 à 6 semaines**

*Abalovich et al. J Clin Endocrinol Metab 2007;92:S1-S47*

# **SAPL : Critères cliniques**

## **1.- THROMBOSE(S)** (artérielle, veineuse, ou microvasculaire)

- Au moins 1 épisode clinique dans tout tissu ou organe (sauf TVS), confirmé par imagerie, Doppler, histologie (sans inflammation pariétale significative).

## **2.- MORBIDITE GRAVIDIQUE**

---

- **3 FCS consécutives inexplicées < 10 SA**
- **ou 1 mort fœtale dès 10 SA inexplicée par ailleurs,**
- **ou 1 naissance prématurée (< 34 SA ) d'un nouveau-né normal, liée à une pré-éclampsie ou une insuffisance placentaire ++**

*Wilson et al. Arthritis Rheum 1999, 42: 1309-11 (critères de Sapporo)*

*Miyakis et al. J thromb Hemost 2006, 4: 295-306 (critères de Sydney)*

# SAPL : Critères biologiques

- Anticoagulant circulant +++ = anticoagulant « lupique »  
= anticoagulant de type antiprothrombinase  
(« recherche détaillée d'ACC avec test dRVVT »)
- Anticorps anticardiolipine en IgG et/ou IgM (ACL),  
à titre MOYEN ou ELEVE (> 40 U ou > 99<sup>e</sup> percentile)
- Anti-Béta2Glycoprotéine de type 1 (antiB2GPI) en IgG ou IgM  
> 99<sup>e</sup> percentile)

**Nécessité d'une confirmation 12 semaines plus tard.**

Si APL pas confirmés, ne plus renouveler les recherches.

**SAPL = 1 CRITERE CLINIQUE + 1 CRITERE BIOLOGIQUE**

Wilson et al. Arthritis Rheum 1999, 42: 1309-11 (Sapporo)

**Miyakis et al. J thromb Hemost 2006, 4: 295-306 (Sydney)**

# Prévention des FCS DU SAPL : conclusions

- L'association héparine et aspirine diminue le risque de FCS de moitié
- Pas d'intérêt à donner des corticoïdes
- Nécessité d'études randomisées +++

*Empson M et al. Cochrane Database Syst Rev 2005.*

# Thrombophilies héréditaires et FCS à répétition

- Utilité du screening → Pour en faire quoi ?
  - \* RECOMMANDATION de l' ACCP 2012
    - « For women with history of pregnancy complications
    - We suggest not to screen for inherited thrombophilia (grade 2C)
    - We suggest not to use antithrombotic prophylaxis (grade 2C) »
  - \* RECOMMANDATION du CGNOF 2014
    - « il n'est pas recommandé de réaliser un bilan de thrombophilie (grade C), ni l'étude des polymorphismes génétiques (grade C) ;
    - si FCR et thrombophilie génétique sans manifestation thromboembolique, l'association HBPM + aspirine n'est pas recommandée pour prévenir les récurrences de FC (grade B) ».

## RCIU en fonction du moment d'arrêt du tabagisme actif

- Le risque de RCIU n'est pas augmenté chez les fumeuses qui s'arrêtent complètement dès la conception
- **Le risque de RCIU est augmenté chez les femmes qui continuent à fumer pendant la grossesse** quel que soit le moment où elles s'arrêtent
- **Le risque de RCIU est moins augmenté chez les fumeuses qui s'arrêtent à un moment au cours de la grossesse, le plus tôt étant le mieux !**
- Et il n'est jamais trop tard !

## Vitamine D : comment supplémenter ?

- **Correction du déficit** : 100.000 UI toutes les 2 semaines x 2 à 4 fois consécutives
- **Puis entretien** : 100.000 UI tous les 2 à 3 mois
- *J.C. Souberbielle. La Lettre du Rhumatologue N° 354 - septembre 2009 | 27 [www.grio.org](http://www.grio.org).*

## Conclusion 1 : Bilan des FCS à répétition

- *Génétiques ; Utérines ; Infectieuses ; Médicamenteuses*
- *Endocriniennes* : **glycémie à jeun, TSH**
- *Maladies auto-immunes* :
  - \* *SAPL* : **recherche d'un ACC avec dRVVT, antiCL en IgG et M, antiβ2GP1 en IgG et M**
  - \* *lupus* : non sauf contexte (critères de l'ARA)
  - \* *antiSSa* : non sauf si Sd sec ou MFIU inexplicée du T2,
  - \* *thyroïdite* : *antiTPO*
  - \* *maladie coeliaque* : **antitransglutaminases IgA**
- *Thrombophilies héréditaires* : non sauf MVTE ; **NFS**
- *Pathologie vasculaire placentaire* : **anapath placenta**
- *Hygiénodietétiques* : **tabac ♀ et ♂, surpoids , vit D**
- *Causes naturelles* : *aucun examen d'interniste...*

## Conclusion 3 : Traitements pour les FCSR

- *Génétiques ; Utérines ; Infectieuses*
- *Endocriniennes* : **avis d'Endocrino**
- *Maladies auto-immunes* :
  - \* *SAPL* : **aspirine 100 à 160 mg/j (le soir), BATE classe 2, et HBPM**
  - \* *lupus* : **Plaquénil® 200mg X 2 /j (rétine)**
  - \* *antiSSa* : *non sauf si Sd sec ou MFIU inexpliquée du T2,*
  - \* *thyroïdite* : **discussion de Lévothyrox® et surveillance de TSH / 4 à 6 sem.**
  - \* *maladie coéliqua* : **régime sans gluten**
- *Thrombophilies héréditaires* : *si hyperplaquettose* : **aspirine et BATE**
- *Pathologie vasculaire placentaire* : **aspirine et DAU précoce (+/-HBPM)**
- *Hygiéno-diététiques* : *sevrage complet et préconceptionnel du tabac;*  
**réduction pondérale ; vitamine D**
- *Causes naturelles* : *aucun médicament...*
- *Chez l'homme* : **tabac; réduction pondérale**

## Conclusion 4 : Et si aucun diagnostic n'est posé ?...

- **Enoxaparine**/placebo : DNS (37 NVV vs 73%) : étude PREFIX : *Pasquier E et al, Blood, 2015;125:2200-5.*
- **Enoxaparine et aspirine**/ Enoxaparine et placebo/ aspirine : DNS (71 NVV/65/71%) : étude HABENOX *Thromb Haemost 2011*
- **Aspirine et daltéparine** / aspirine/ placebo (n=364) : DNS (54 % NVV/51%/57%) ; pas d'effet différent dans les sous groupes des femmes avec thrombophilie héréditaire. *N Engl J Med 2010.*
- **Progesterone** en intravaginal 400 mg x2/j vs placebo : DNS. *Coomarasamy A. et al, N Engl J Med 2015;373: 2141-8.*

## Conclusion 5

- Rôle de l'interniste dans l'évaluation des FCS récurrentes pour la recherche d'un **SAPL** et d'une **dysthyroïdie**
- Pertes foétales : pas de recette ni de bilan standard
- Médicaments : recommandés si SAPL ou dysthyroïdie
- Si aucun diagnostic : **aucun traitement validé** (*Branch DW et al, N Engl J Med 2010;363:1740-7*).
- « **Tender loving care** » (*Jauniaux E et al, Human Reprod 2006;21:2216-22*).