

	<h2 style="text-align: center;">Mort fœtale in utéro</h2> <h3 style="text-align: center;">Prise en charge</h3>
<p>Rédacteur(s) :</p>	<p>A partir des RPC du Collège National Des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) - 2024</p> <p>Synthèse : Mme M Jeannin, Sage-Femme Coordinatrice du RPAI</p> <p>Relecture : Drs V Equy – A Roge et GO/ MAR / SF du BE</p>

I. Définition, diagnostic et épidémiologie:

A. Définition

La mort fœtale est définie par l'arrêt spontané de l'activité cardiaque du fœtus à partir de 14 SA+0j

B. Diagnostic de la mort fœtale

Réaliser une échographie obstétricale pour affirmer une mort fœtale

C. Épidémiologie

La prévalence en France de la mort fœtale après 22 SA est comprise entre 3,2 et 4,4/1000 naissances. Il n'y a pas de données françaises entre 14 et 22 SA.

II. Prévention de la mort fœtale en population générale

A. Facteurs de risques

Facteurs maternels :

- Age maternel ≥ 35 ans
- IMC (kg/m²) ≥ 25
- Niveau socio-économique faible
- Ethnicité (patientes noires)
- Antécédents :
 - De mort fœtale
 - De césarienne

Pathologies maternelles préexistantes

- Endométriose
- Lupus érythémateux disséminé
- SAPL

Conditions obstétricales

- Nulliparité
- Grossesse par FIV/ICSI
- HTA
- Diabète préexistant
- Cholestase gravidique

Consommation de toxiques

- Tabagisme

B. Prévention de la mort fœtale

Il est recommandé de vacciner les femmes enceintes contre la grippe et le SARS-CoV-2 en période épidémique notamment pour réduire le risque de mort fœtale.

C. Attention aux idées reçues :

- **Doppler ombilical systématique**: données de la littérature sont insuffisantes en nombre et en qualité pour émettre une recommandation
- **Circulaire du cordon**: Il est recommandé de ne pas réaliser de recherche systématique au cours des échographies de dépistage.
- **RCF en dehors du travail**: Il est recommandé de ne pas réaliser de surveillance ante-partum systématique par cardiotocographie dans le seul but de réduire le risque de mort fœtale.
- **Déclenchement 39SA**: Les données de la littérature sont insuffisantes en nombre et en qualité pour émettre une recommandation concernant le déclenchement systématique à 39 semaines d'aménorrhée dans le seul but de réduire le risque de mort fœtale.
- **Compte des mouvements fœtaux**: Il est recommandé de ne pas encourager les femmes à réaliser un compte des mouvements actifs fœtaux pour réduire le risque de mort fœtale

III. Bilan de la mort fœtale

A. Bilan maternel

Examen échographique : présentation fœtale, quantité de liquide amniotique, localisation placentaire et recherche d'un hématome rétro placentaire

Dans tous les cas :

- RAI
- Test de Kleihauer
- Recherche d'un SAPL

Bilan d'hémostase lors du diagnostic de mort fœtale dans les contextes (d'hématome rétro-placentaire, de pathologie hypertensive, de sepsis afin de rechercher une coagulation intravasculaire disséminée)

- Numération plaquettaire
- TP-TCA
- Dosage du fibrinogène plasmatique

Seulement sur points d'appel :

- **Tableau infectieux** : sérologies CMV, Parvovirus B19, prélèvement vaginal à visée bactériologique.
- **Si sérologies négatives** : toxoplasmose et syphilis
- **Dysthyroïdie clinique**: TSH, thyroxine
- **Obésité /macrosomie/ symptôme évocateur de diabète** : GAJouHbA1c
- **Prurit**: acides biliaires

B. Bilan foetal

1. Génétique

Un bilan génétique foetal est recommandé

- Par analyse chromosomique par puce à ADN (ACPA)
- Il est proposé de privilégier un prélèvement post-natal à visée génétique sur la face foetale placentaire.

Méthode :

- Réalisé le plus rapidement après l'accouchement.
- Conservé à l'état frais et non fixé
- Décoller l'amnios
- Séparer le chorion des villosités
- Prélever la villosité

2. Examen foetal

⇒ **Un examen externe foetal doit être systématiquement proposé**

Au mieux, un examen externe sera réalisé par un médecin foeto-pathologiste, et si cela n'est pas possible, par un professionnel de santé en salle de naissance

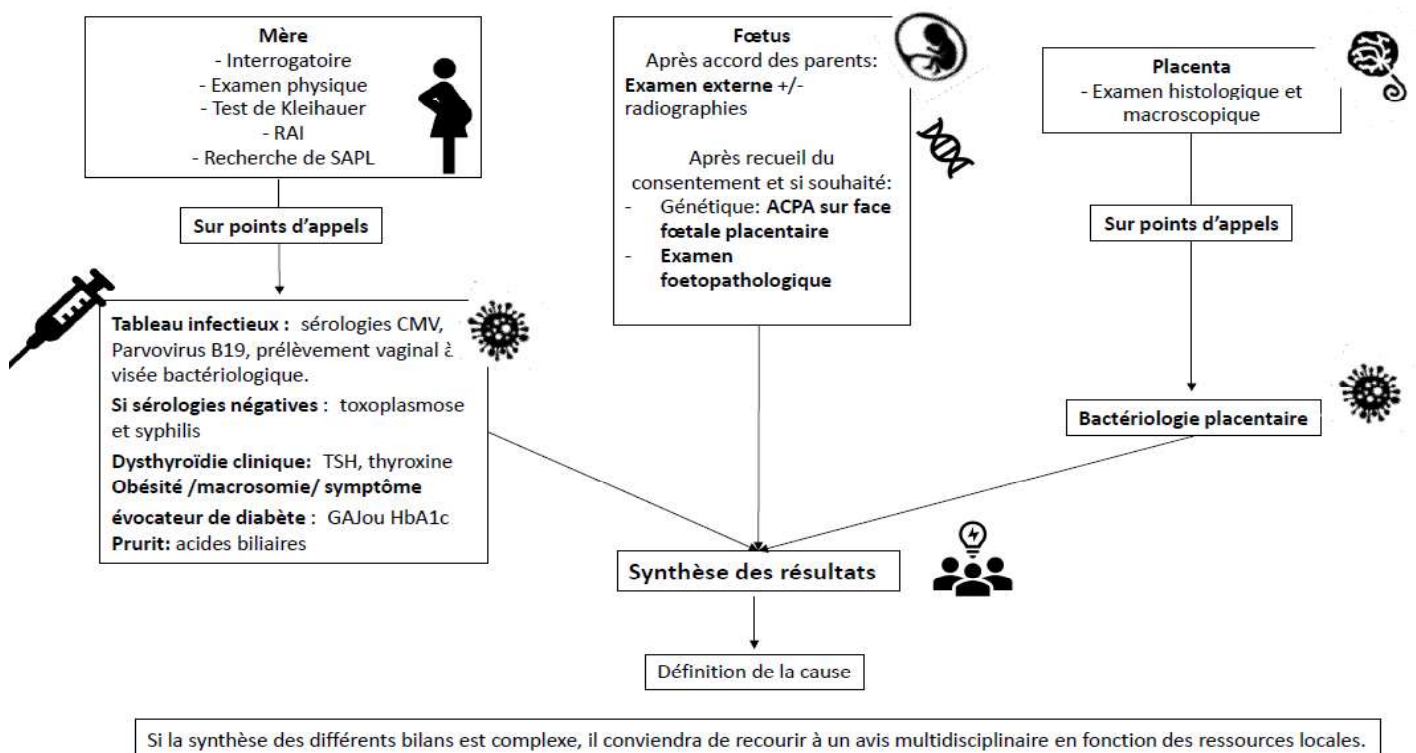
En cas de doute sur le sexe foetal, il est proposé de **ne pas faire figurer le sexe sur l'acte de naissance** et d'attendre le résultat de l'examen foeto-pathologique ou génétique s'ils sont réalisés.

⇒ Il est recommandé de proposer un **examen foeto-pathologique** (autopsie)

3. Examen du placenta

Il est recommandé de proposer un **examen anatomopathologique placentaire** afin de contribuer à déterminer la cause.

C. Synthèse



* SFMP (Nancy 2024) – Présentation Dr Matthieu DAP - Gynécologie-Obstétrique / foetopathologiste CHRU de Nancy / Université de Lorraine

Il est proposé de réaliser **une consultation de synthèse** dans les suites d'une mort fœtale ayant pour objectifs de:

- Evaluer l'état physique et psychologique des parents,
- Restituer les résultats des bilans prescrits,
- Discuter la cause de la mort fœtale,
- Informer sur la surveillance pour une future grossesse (risque de récurrence et prise en charge)

IV. Induction du travail

Informar le couple sur le déroulement de la procédure médicale et administrative

A. Délai et modalités d'accouchement

Si situation à risque de coagulation intravasculaire disséminée (pathologie hypertensive, hématome rétro placentaire ou sepsis) ou à risque vital maternel ➔ **Induire la naissance sans délai**

Une surveillance clinique et biologique soutenue peut être nécessaire avec transfusion et perfusion de fibrinogène et d'antifibrinolytiques en cas d'HRP

Dans les autres situations

- ➡ Prendre en compte le souhait de la patiente pour déterminer le délai d'expectative.
- ➡ Le retour à domicile est possible si souhaité.
- ➡ Il est proposé de privilégier la voie basse en cas d'utérus non cicatriciel.

En cas d'utérus cicatriciel, quel que soit le nombre de cicatrices utérines, le déclenchement du travail paraît préférable à une césarienne programmée dans la majorité des cas.

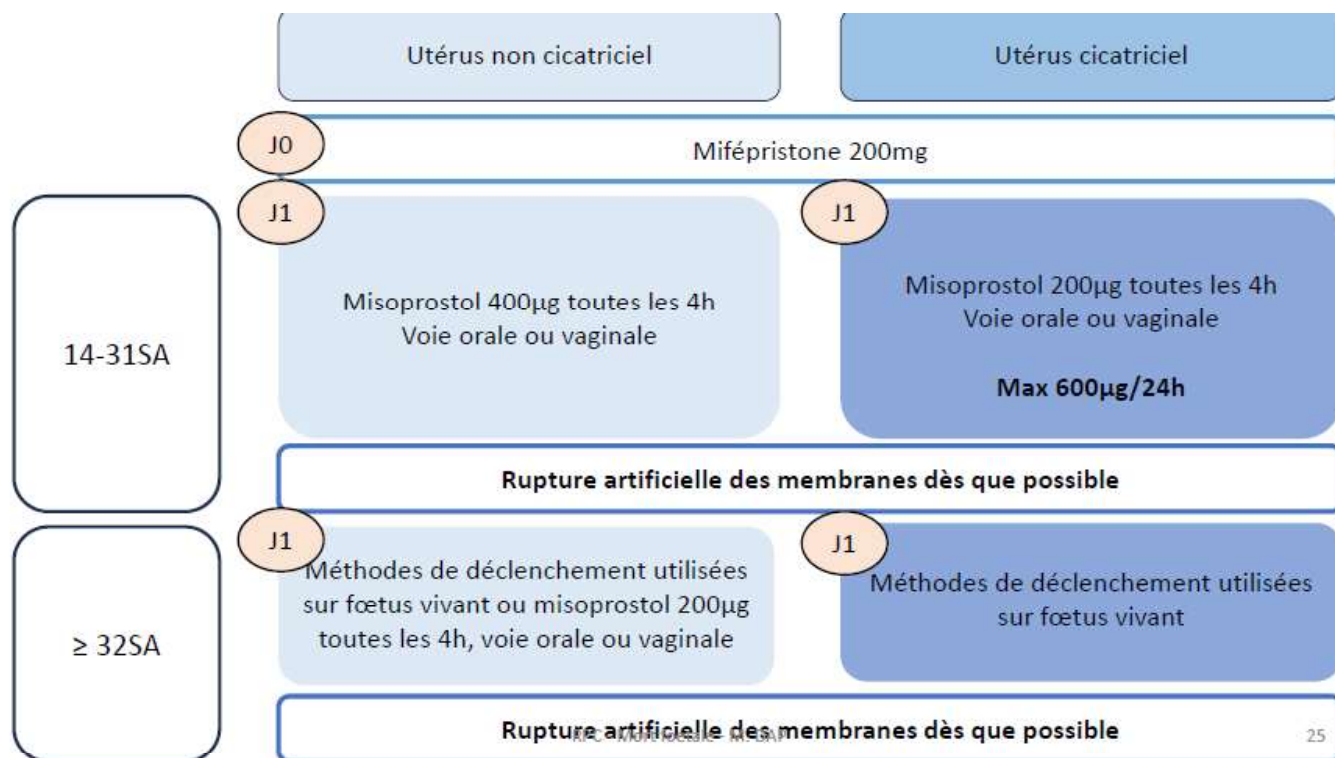
Dans tous les cas, **en cas d'urgence vitale maternelle, une césarienne doit être envisagée.**

B. En amont du déclenchement

- ➡ **Mifépristone 200 mg** au moins 24 heures avant de débuter la prise de prostaglandine pour réduire le délai « déclenchement—accouchement ».

NB : Les données sont insuffisantes pour préparation séquentielle par dilateurs osmotiques (type de prostaglandines -, voie d'administration – fréquence d'administration – posologie -, Anesthésie péri médullaire)

C. Déclenchement en cas de mort fœtale



* SFMP (Nancy 2024) – Présentation Dr Matthieu DAP - Gynécologie-Obstétrique / fœtopathologiste CHRU de Nancy / Université de Lorraine

D. Analgésie :

1. En l'absence de contre-indication :

Mise en place d'une APD dès que possible (selon protocole de service : PCEA sans Débit continu si surveillance en service, PCEA avec débit continu ou PIEB si surveillance en salle d'accouchement).

2. En cas de contre-indication à la péridurale ou de refus de la patiente :

Protocole en vigueur dans le service pour alternative à l'APD

Proposer :

- Morphine 10 mg en perfusion de 10 - 15 min renouvelable toutes les 4 à 6 heures ou/et
- PCA Morphine après titration

Associé à des antalgiques non morphiniques (paracétamol, AINS si pas de contre-indication)

Prévenir patiente de la nécessité d'une anesthésie générale si RU ou aspiration nécessaire (Propofol, Sufentanyl ou Alfentanyl) .

V. Post-partum

Prescrire de la Cabergoline (*Dostinex^o* 0,5 mg par ex) en post- partum immédiat afin d'éviter une montée laiteuse **quel que soit l'âge gestationnel de la mort fœtale**, après avoir discuté des effets secondaires du traitement avec la patiente.

Une **hospitalisation courte** dans les suites de l'accouchement dont la durée doit être adaptée au cas par cas selon le risque ou la survenue de complications maternelles.

Un rendez-vous pour la **consultation de synthèse post-partum doit être donné** à la patiente avant la sortie.

VI. Annonce de la mort fœtale

A. Annonce :

L'annonce doit être faite en utilisant des mots simples, sans ambiguïté et d'éviter les mots médicaux techniques ou laissant une place au doute.

Proposer un nouvel entretien dans un délai court.

Il est proposé de se former à l'annonce d'une mauvaise nouvelle en périnatalité

B. Traces mémorielles :

Recueillir des traces mémorielles (photos, empreintes, bracelets de naissance...) qui seront mises à la disposition des parents, si les parents le souhaitent.

Il est proposé de laisser le libre choix à chacun des deux parents de voir ou non leur enfant.

C. Suivi psychologique

- Proposer dès l'annonce et en post partum immédiat un soutien psychologique au libre choix à chacun des deux parents
- Il est proposé de mettre en place un suivi dans les jours qui suivent la sortie dont une consultation post-natale précoce afin d'évaluer l'état psychologique de la femme
- Informer de l'existence d'Associations d'accompagnement des parents confrontés au deuil périnatal pouvant leur venir en aide (*Listing non-exhaustif*)

- **AGAPA** - 01 40 45 06 36 - www.agapa.fr
- **Locomotive – Aurore** - <http://www.locomotive.asso.fr/index.php/parents/l-aurore>
- **Naître et Vivre** - 01 47 23 05 08 - www.naitre-et-vivre.org
- **Nos tout-petits** - <http://www.nostoutpetits.fr/>
- **Petite Émilie** - <http://petiteemilie.org>
- **Souvenance** (Accompagnement par la photographie lors d'un deuil périnatal) - <https://www.souvenance.fr>
- **Spama** - 07 87 85 37 81 - <http://spama.asso.fr>

- Il est proposé de mettre en place un soutien psychologique durant les grossesses suivant une mort fœtale pour la femme et le co-parent et de le poursuivre dans le post-partum

NB :

- Il est proposé de prévoir une période de repos dans les suites de l'accouchement dont la durée doit être adaptée au cas par cas.
- Ne pas contraindre le projet des parents à un délai optimal avant d'initier une nouvelle grossesse après une mort fœtale dans le but d'atténuer l'impact psychique de cet antécédent sur le vécu de la nouvelle grossesse. Le délai est donc celui qui conviendra aux parents.

D. Administratif :

A partir de 22SA au jour de l'accouchement (ou en cas de poids du nouveau-né $\geq 500g$), les droits aux congés maternités et paternités sont ouverts.

Cf. résumé en annexe VIII.A

VII. Prise en charge en cas d'antécédent de mort-fœtal

A. Suivi de grossesse

- Le **suivi de la grossesse doit être initié par un gynécologue-obstétricien**. Les modalités et la fréquence de la surveillance dépendront du contexte et de la cause de la mort fœtale.
- **Rechercher tous les éléments** (cliniques, biologiques, échographiques, génétiques et histopathologiques) permettant d'avoir une orientation sur la cause de la mort fœtale afin de **proposer une prise en charge adaptée**.
- **Soutien psychologique**.
- La surveillance par enregistrement du rythme cardiaque fœtal n'est pas indiquée du seul fait de l'antécédent de mort fœtale.

B. Traitement à instaurer pendant la grossesse

En cas **d'antécédent de mort fœtale d'origine vasculaire**, il est recommandé :

- De prescrire de l'aspirine à faible dose afin de diminuer la morbidité périnatale.
- De ne pas administrer un traitement par aspirine associé à une héparinothérapie en comparaison à l'aspirine seule afin de réduire la morbidité périnatale.

En cas **d'antécédent de mort fœtale et de syndrome des antiphospholipides**, il est recommandé d'associer un traitement par aspirine à une héparinothérapie afin de diminuer la morbidité périnatale lors d'une prochaine grossesse

C. Accouchement

Il est proposé de **ne pas déclencher systématiquement l'accouchement**.

Cependant, un déclenchement est possible en fonction du contexte et de la demande parentale. L'âge gestationnel sera discuté en tenant compte des bénéfices et des risques, notamment avant 39SA. En cas de cause de mort fœtale identifiée, la prise en charge sera adaptée au cas par cas.

VIII. Bibliographies :

Recommandations pour la pratique clinique : Consensus formalisé d'experts du Collège National Des Gynécologues-Obstétriciens Français (2024)

SFMP (Nancy 2024) – Présentation Dr Matthieu DAP - Gynécologie-Obstétrique / fœtopathologiste CHRU de Nancy / Université de Lorraine

Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_182_190609.pdf

Décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires <http://journal-officiel.vlex.fr/vid/decret-n-janvier-operations-funeraires-244964522#ixzz1Lx4oNGzS>

Réalisation de l'autopsie sur un fœtus : article L.1241-5 du Code de Sante publique (Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009)

Décret n°2008800 du 20 aout 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 791 du code civil Article 1

IX. Annexes :

Annexe A :	Prise en charge administrative
Annexe B :	Certificat médical d'accouchement (cerfa_13773-02)
Annexe C :	Document sur la décision parentale pour la prise en charge du corps
Annexe D :	Certificat de viabilité (≥ 22 SA et/ou ≥ 500 gr)
Annexe E :	Certificat d'arrêt de grossesse (Grossesse < 22 SA)
Annexe E :	Consentement pour examen fœto-pathologique/autopsie de fœtus ou de nouveau-né
Annexe F :	Modèle de prescription médicale d'autopsie
Annexe G :	Consentement en vue d'un examen à finalité médicale des caractéristiques génétiques chez une personne

A. Prise en charge administrative

	14SA +1j à 22 SA (sexe défini)	≥ 22 SA et/ou >500 g enfant né sans vie
DECLARATION	POSSIBLE aux choix des parents	
INSCRIPTION LIVRET DE FAMILLE	POSSIBLE aux choix des parents	
DROITS AU CONGES	Arrêt de travail Certificat d'arrêt de grossesse à remettre à la patiente pour faire valoir à qui de droit	Congés maternité Certificat de viabilité à remettre à la patiente pour faire valoir à qui de droit
GESTION DU CORPS	POSSIBLE aux choix des parents Si non fait (10 jours), crémation par l'établissement	
TRAÇABILITE	Registre des enfants nés sans vie dans l'établissement +/- registre des décès en mairie si déclaration des parents	Numéro d'accouchement sur cahier d'accouchements Dépistage néonatal : penser à informer de la MIU sur carton de Guthrie

B. Certificat médical d'accouchement (CERFA 13773-02)



Partie à conserver
dans le dossier
médical

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

En vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie
Décret n°2008-800 du 20 août 2008 pris en application de l'article 79-1 alinéa 2 du code civil

Seul le volet détachable du document (partie inférieure) pourra être transmis à l'officier d'état civil
selon le tableau suivant

SITUATIONS OUVRANT LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT	SITUATIONS N'OUVRANT PAS LA POSSIBILITE D'UN CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT
Accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale (dont IMG)	Interruption spontanée précoce de grossesse (fausse couche précoce) et interruption volontaire de grossesse (IVG)

Nom et prénom de la parturiente | | Date de naissance | | | | | |
Date et heure de l'acte : Date | | | | | | Heure | | | mn
Lieu -établissement | | | | | | Autre | | | | | |
Adresse | | | | | | | | | | | |
Commune | | | | | | Code postal | | | | | |
Nom et qualité du praticien | | | | | | | | | | | |

✕ **Partie à détacher et à transmettre à l'officier d'État civil**

CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT

en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie auprès de l'officier d'état civil (article 79-1 alinéa 2 du code civil)

Je soussigné(e), Prénom | | | | | | Nom | | | | | |

Qualité : Médecin ☐
Sage-femme ☐

CERTIFIE QUE :

Prénom | | | | | | Nom de famille | | | | | |
Nom d'usage (le cas échéant) | | | | | |

A accouché, le | | | | | | à | | h | | mn

À : commune | | | | | | Code postal | | | | | |

d'un enfant mort-né ou né vivant mais non viable, de sexe : F ☐ M ☐

Fait à | | | | | | le, | | | | | |

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

DECISION PARENTAL POUR LA PRISE EN CHARGE DU CORPS

(Décès prénatal)

Annexe C

Enfant : _____

Né sans vie le : _____

Nous soussignés

Madame : ... _____
(Nom, prénom)

Monsieur : _____
(Nom, prénom)

- ☐ Souhaitons faire **procéder nous-mêmes aux obsèques** de notre enfant
- ☐ Souhaitons **confier le corps de notre enfant à l'hôpital** pour crémation et autorisons la dispersion des cendres au Jardin du Souvenir du Crematorium situé à Gières.
- ☐ **Sans décision de notre part dans les dix jours** suivant le décès, l'établissement de santé fera procéder à la crémation du corps.

Date : _____

Signature de la mère

Signature du père

CERTIFICAT DE VIABILITE

(≥ 22 SA et/ou ≥ 500 gr)

Annexe D

Je soussignée, docteur _____

certifie que **Madame** _____, née le _____

a accouché en date du ____/____/20____

d'un enfant **viable** et **né sans vie** :

- De sexe : _____
- Pesant : _____ grammes
- Au terme de : _____ SA + _____ jours.

Fait à _____, le ____/____/20____

Docteur _____

Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

CERTIFICAT D'ARRET DE GROSSESSE

Annexe E

Je soussigné, Docteur _____, certifie que

la grossesse de Madame _____ née le ____/____/____

- s'est interrompue en date du ____/____/20____,
- au terme de _____ SA+ _____ jours.

Fait à _____, le ____/____/20____

Docteur _____

Certificat fait à la demande de l'intéressée et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

CONSENTEMENT POUR EXAMEN FŒTO-PATHOLOGIQUE/AUTOPSIE

de fœtus ou de nouveau-né

Annexe F

Nom et Signature du Médecin ou de la Sage-femme
ayant délivré l'information en vue du consentement :

Nous soussignés,

Madame : ...

(Nom, prénom)

Monsieur : ...

(Nom, prénom)

Adresse :

.....

☐ **Donnons l'autorisation à** _____ de pratiquer sur le
corps de notre enfant mort-né ou décédé le :

- Un examen externe (*des radiographies pourront être réalisées si nécessaire*)
- Des examens à visée diagnostique (*recherche de la cause du décès ou d'anomalies*) :
 - Autopsie
 - Prélèvements pour étude génétique
- Des examens à visée scientifique comportant des prélèvements qui seront conservés dans un but de recherches (*sur le développement de l'enfant*)

Merci de rayer les examens dont vous refusez la réalisation.

☐ **Ne donnons pas cette autorisation à** _____

Date : ...

Signature de la mère

et/ou

Signature du père

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN A FINALITE MEDICALE DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES CHEZ UNE PERSONNE

Article 16-11 du Code civil et articles L.1131-1, L1131-3 et L.1111-2 du Code de la Santé Publique, modifiés selon la Loi de Bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004, mis en application par les articles R1131-3 et R1131-4 (décret n°2008-321 du 4 avril 2008)

Je Soussigné (e) _____ NE(E) LE _____

NOM JF _____

☐ PATIENT MAJEUR ☐ PARENT OU RESPONSABLE DE _____ NE(E) LE _____

Déclare avoir reçu les informations nécessaires du Docteur _____ ou de la Conseillère en Génétique _____ (Sous la responsabilité du Dr _____...)

Accepte que soit réalisée sur ☐ ma personne ☐ mon enfant ☐ la personne susnommée

les examens concernant le diagnostic de _____

☐ **Par analyse cytogénétique / cytogénétique moléculaire**

Ces examens peuvent révéler d'autres affections que celle recherchée initialement chez moi-même. J'en serai informé uniquement si ces informations comportent un bénéfice direct pour ma personne ou ma famille en l'état actuel des connaissances comme par exemple une possibilité de prévention et /ou de traitement.

☐ **Par analyse de biologie moléculaire**

Ces examens seront réalisés par des praticiens agréés dans un laboratoire autorisé à cet effet.

Je déclare être conscient(e) de la signification de l'anomalie éventuellement détectée, pour moi-même, mes proches et mes apparentés et de l'importance de transmettre cette information à mes apparentés si celle-ci peut permettre d'assurer une prévention.

- ☐ **Je souhaite / je ne souhaite pas** (1) connaître les résultats le jour où cette étude aboutira. Les résultats de l'analyse me seront transmis et expliqués par le médecin qui me l'a prescrite.
- ☐ **J'autorise / je n'autorise pas** (1) la conservation des échantillons biologiques prélevés à des fins de diagnostics ultérieurs. Le médecin prescripteur des examens assure la responsabilité de l'utilisation de ces échantillons. Je garde la liberté de demander à tout moment la destruction du matériel biologique conservé.
- ☐ **J'autorise/ je n'autorise pas** (1) la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques prélevés de manière anonyme à des fins de recherche médicale.
- ☐ **Je consens / je ne consens pas** (1) au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'analyse. Je pourrai à tout moment demander à être retiré de l'analyse sans aucune conséquence. Les données concernant mon dossier devront être détruites.

Conformément à la loi informatique et liberté, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

Fait à _____ le _____

Signature

(1) rayer la mention inutile

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur _____ ou la Conseillère en Génétique _____ (sous la responsabilité du Dr _____) certifie avoir reçu en consultation ce jour Monsieur/Madame, l'enfant _____ et avoir apporté les informations définies selon l'article R1131-4 du code de la santé publique (caractéristiques de la maladie recherchée, moyens de la détecter, degré de fiabilité des analyses, possibilités de prévention et de traitement, modalités de transmission génétique de la maladie recherchée, possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille), et avoir recueilli le consentement éclairé conformément aux articles R145-15-4 et R145-15-5 du Code de la Santé Publique.

Fait à La Tronche, le _____

Signature du médecin ou de la Conseillère en Génétique