



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

Intérêt de l'utilisation de l'aspirine en cas des pertes fœtales à répétition : illustration de quatre maternités réussies après quatorze morts in utero
The benefits of using aspirin in cases of recurrent fetal loss : illustration of four successful births after fourteen deaths in utero.

KADIMA MC¹, KADIMA LC¹, MILONGU KS, MBUYAMBA NKL¹, MWEMBO TA²

¹Département de gynécologie obstétrique de l'Université Officielle de Mbuji mayi, Faculté de Médecine, RD Congo

²Département de gynécologie obstétrique et Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine de Lubumbashi, RD Congo

Contexte : La perte fœtale à répétition est une situation angoissante pour la gestante ; le diagnostic et la prise en charge dans un milieu peu équipés relèvent d'un empirisme basé sur les données épidémiologiques générales.

Objectifs : Décrire un cas de perte fœtale à répétition et **souligner l'importance de l'utilisation de l'aspirine dans l'infécondité primaire.**

Observation : Il s'agit d'une patiente reçue en 2015 avec comme motif de consultation, la mort fœtale in utero à répétition, soit 14 pertes fœtales dans le même contexte d'anamnios constatées chaque fois au début du troisième trimestre de la grossesse.

Après élimination des différentes étiologies probables, le diagnostic de syndrome des anti-phospholipides a été suspecté et un traitement fait d'acide acétylé salicylique à faible dose et de prednisone administrés en début de grossesse, a permis à cette patiente d'avoir par césarienne quatre enfants vivants et bien portants.

Conclusion : En milieu peu équipés et, devant une perte répétitive des fœtus sans causes décelables, nous devons penser au syndrome des anti-phospholipides. L'héparine de bas poids moléculaire n'étant pas à la portée de tous, une alternative thérapeutique faite d'acide acétylé salicylique associée à la prednisone introduits tôt, permet d'assurer la viabilité du fœtus avant son extraction.

Mots clés : perte fœtale répétitive, aspirine, quatre maternités réussies

Abstract

Introduction: Repeated fetal loss is a distressing situation for the pregnant woman, its diagnosis and management in a poorly equipped environment rely on empiricism based on general epidemiological data.

Objectives: Describe a case of recurrent fetal loss and emphasize the importance of aspirin use during primary infertility.

Observation: This patient was seen in 2015 with repeated iutero fetal death as the reason for consultation, i.e. 14 fetal losses preceded by anamnios occurring at the beginning of the third trimester of pregnancy.

After eliminating the various probable aetiologies, the diagnosis of antiphospholipid syndrome was suspected and treatment with low-dose acetylsalicylic acid and prednisone administered in early pregnancy enabled this patient to have four live, healthy children by caesarean section.

Conclusion: In poorly equipped environments and when faced with repetitive loss of fetuses with no detectable cause, we have to think about antiphospholipid syndrome. As low molecular weight heparin is not available to everyone, an alternative treatment consisting of acetylsalicylic acid combined with prednisone, introduced early, ensures the viability of the foetus before extraction.

Key words : recurrent foetal loss, aspirin, **four successful births**

Correspondance

Kadima Mutombo Clément, Département de gynécologie obstétrique de l'Université Officielle de Mbujimayi, Faculté de Médecine, RD Congo

Téléphone : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Email : clement_kadima@yahoo.fr

Article reçu : 10-10-2025

Accepté : 31-01-2026 **Publié :** 17-03-2026



Copyright © 2026. KADIMA MC. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : KADIMA MC. et al. Intérêt de l'utilisation de l'aspirine en cas des pertes fœtales à répétition : illustration de quatre maternités réussies après quatorze morts in utero. 2026; 9(1): 3 - 13

Introduction

La perte fœtale à répétition en début du troisième trimestre est une situation peu documentée à travers le monde. Il est plus rapporté des cas de pertes fœtales au premier trimestre et tardivement au deuxième trimestre lié respectivement aux causes chromosomiques, infectieuses, immunologiques, hormonales, métaboliques et malformatives ; au troisième trimestre par contre, il s'agit souvent de mort fœtale dans un contexte de syndrome vasculo-rénal sur grossesse [1-4].

La perte fœtale à répétition est définie généralement comme étant un arrêt de grossesse après l'âge de 10 semaines d'aménorrhée (SA) et dont la cause est souvent, le syndrome des anti phospholipides [5,6].

La fréquence de ces pertes fœtales en début du troisième trimestre de grossesse est rarement évaluée à travers la littérature. La mort fœtale in utero est évaluée à 2% dans le monde et à 0,5% dans les pays développés [1,7].

En Afrique Centrale, particulièrement au Cameroun et en RD Congo, nous n'avons pas trouvé des publications sur la perte fœtale à répétition en début du troisième trimestre de grossesse, mais toutefois, il est rapporté, une fréquence relativement importante de mort in utero : 5,9% à Yaoundé au Cameroun ; 4,5% à Goma ; 6,48% à Kisangani ; 13,9% à Kamina ; 4% à Lubumbashi en RD Congo [8-12].

De toutes ces études, aucune d'elles n'a abordé l'aspect répétitif des pertes de grossesses chez ces patientes.

La mort fœtale in utero répétitive est une situation dramatique pour la famille, une exaspération pour le médecin dans un milieu pro nataliste et pauvre comme le nôtre, avec des difficultés énormes pour la réalisation de bilan préconceptionnel et prénatal.

Dans les lignes qui suivent, nous rapportons une observation d'un cas de pertes fœtales répétitives en début du troisième trimestre dans un milieu pauvre (qui est le nôtre) chez une patiente sans moyens pour la prise en charge paraclinique et médicale appropriée.

L'objectif poursuivi est d'exposer les difficultés de prise en charge rencontrées souvent par les cliniciens exerçant dans les milieux sous équipés devant des situations obstétricales complexes. **La prescription de l'aspirine aux doses anti agrégantes associée à la prednisone a permis à la patiente ci-dessous décrite à atteindre l'âge de viabilité permettant une extraction fœtale réussie.**

Il s'agissait de la patiente N.M, Bachelière en sciences médicales, âgée de 30 ans à notre premier contact en 2015 ; avec une Parité de 12, une Gestité de 14, un antécédent d'Avortement tardif. La date de dernières règles était inconnue de la patiente.

Le motif de consultation était : Mort In Utero à répétition et Consultation Périnatale pour la grossesse actuelle.

Les antécédents médico-chirurgicaux sont sans particularités, mariée à 20 ans, dans un mariage monogamique, notion de treize morts in utero dans un contexte d'oligo/anamnios à 6 mois de grossesse et un antécédent de mort néonatale précoce d'un nouveau-né prématuré de 7 mois.

Cliniquement son état général était bon, Tension Artérielle (TA) : 12/8CmHg, Température : 36°C Pulsation : 64 battements par minute (bpm), 68kilogramme, Hauteur Utérine (HU): 21 cm, Bruits du Cœur Fœtal (BCF) présents, réguliers et normaux.

Les examens paracliniques :

Hb: 11,5g%, **Groupe Sanguin : B Rhésus : positif**, GB : 5600/ mm³, GE : 1441 Trophozoïtes/microlitre, Electrophorèse de l'HB : AA, Glycémie :83 mg%, VIH (-) Hbs (-), HCV (-), RPR (-) Urée : 39 mg%, Créatinine : 0,5 mg%

Albuminurie (-), Glucosurie (-), culot (-) Selles (-).

Echographie : grossesse mono-fœtale intra utérine et évolutive de 20 SA, Poids fœtal estimé (PFE) : 130 grammes, placenta fundique très calcifié, Liquide Amniotique quantité suffisante (Grande Citerne >20mm).

Le diagnostic : grossesse évolutive de 20 SA sur terrain de Mort In Utero à répétition de cause inconnue: suspicion du syndrome des antiphospholipides (SAPL) ou de Thrombophilie.

Paludisme biologique associé.

La prise en charge : R/ Quinine 2x500 mg/J//7Jrs, R/ Aspirine 75 mg/J, R/ Acide folique 1 cp/J, R/ Fer 1cp/J

L'évolution a été marquée par la survenue d'une hypertension artérielle modérée sans protéinurie, diagnostiquée à 23 SA avec stagnation de la Hauteur Utérine (21cm) et, à l'échographie nous avons noté un Anamnios, la Mort In Utero est intervenue à 24 SA.

L'expulsion réalisée sous misoprostol a donné un fœtus de sexe féminin, pesant 631 gammes, non macéré sans malformation congénitale visible et le placenta était très calcifié.

Prise en charge ultérieure

15^e grossesse en 2017

Date de Dernières Règles (DDR) : 13/11/2016 Date Probable d'Accouchement (DPA) : 20/08/2017 Age Gestationnel (AG) à la première visite : 8SA

A 11SA, nous avons prescrit : aspirine 75 mg/J ; prednisone 10 mg/J, Acide folique 5 mg par jour ;

A 16 SA, nous avons donné traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) : sulfadoxine-pyriméthamine ;

A 22 SA, nous avons réalisé une échographie morphologique qui était sans particularités.

A 28 SA, nous avons assuré la maturation pulmonaire avec béthaméthasone 12 mg/j/24H.

L'évolution est restée normale jusqu'à 33SA où nous avons constaté un oligoamnios sévère (GC<10 mm) avec diminution des mouvements actifs fœtaux et le score de Manning coté à six sur dix.

Nous avons réalisé la césarienne selon la technique de Stark qui a permis d'extraire un nouveau-né de sexe féminin, Apgar_{10/10/10} et qui a pesé 2000grammes, sans malformation visible.

La prise en charge pédiatrique était immédiate avec internement en néonatalogie pendant 48heures.

► 16^e grossesse en 2019

DDR : inconnue, Age échographique : 16 SA DPA : 05/12/2018

Début aspirine 75 mg/J ; prednisone 10 mg/J, Acide folique 5mg par jour, sulfadoxine-pyriméthamine

A 28 SA : Béthamétasone 12 mg/j/24H

Evolution normale jusqu'à 31SA où nous avons constaté un oligoamnios sévère avec absence de mouvements actifs fœtaux.

La césarienne d'urgence a été réalisée et a permis d'extraire un nouveau-né de sexe masculin avec un Apgar déprimé ayant pesé 1700grammes, sans malformation visible.

La prise en charge pédiatrique était immédiate avec internement en néonatalogie. Les suites pédiatriques étaient bonnes.

► 17^e grossesse en 2020

DDR: 30/07/2019 DPA: 07/05/2020 Age échographique: 12 SA

Début aspirine 75 mg/J ; prednisone 10 mg/J, Acide folique 5mg, sulfadoxine pyriméthamine une dose.

A 28 SA : Béthaméthasone 12 mg/j/24H pour la maturation pulmonaire.

L'évolution était normale jusqu'à 33SA où nous avons relevé la diminution des mouvements actifs fœtaux, l'HTA modérée (140/90mmHg), l'Albuminurie modérée, un oligoamnios et le retard de croissance intra utérin. Elle a été soumise au méthyle dopa 3x250 mg par jour avec arrêt de prednisone et aspirine.

Nous avons pratiqué à 33SA une césarienne qui a permis d'extraire un nouveau-né de sexe féminin, Apgar 8/9/9, Poids : 1550grammes, sans malformation visible.

La prise en charge pédiatrique était immédiate avec internement en néonatalogie, en unité KANGOUROU.

► 18^e grossesse en 2023

DDR : 23/06/23 Age échographique : 21 SA DPA : 30/03/2024

La patiente a fait de l'automédication avec aspirine 75 mg ; prednisone 10 mg, Acide folique 5 mg.

L'évolution de la grossesse était normale jusqu'à 32SA où elle a accusé la diminution des mouvements actifs fœtaux et nous avons constaté un oligoamnios à l'échographie.

La maturation pulmonaire a été réalisée avec la Dexaméthasone 12 mg/j/24H, surveillance renforcée en hospitalisation et à 34SA, nous avons réalisé la césarienne qui a permis d'extraire un nouveau-né de sexe masculin, Apgar 8/9/10, Poids : 2900grammes, pas de malformation visible. L'accueil pédiatrique immédiat a été réalisé.

Discussion

La fréquence mondiale de pertes fœtales est estimée à 2% ; elle est de 0,5% dans les pays développés. En Afrique et plus particulièrement en RD Congo, elle était de 4% à Lubumbashi dans le Haut Katanga et de 13,9% à Kamina dans le Haut Lomami [7, 11-13]

A Mbujimayi, il y aurait assez de cas de ce genre car, dans notre milieu aucune étude à notre connaissance n'a été réalisée sur ce sujet.

Les causes de pertes fœtales sont nombreuses et, selon les auteurs on peut citer : les anomalies congénitales et chromosomiques, les infections à cytomégalovirus, la toxoplasmose, la rubéole ; l'allo immunisation, Hydrops non immun, le retard de croissance intra utérin, l'asphyxie intra partum, Syndrome transfuseur transfusé.

Les causes annexielles sont le décollement placentaire, infarctus placentaire, le chorioangiome, l'endovasculaire, le circulaire du cordon

La part maternelle est représentée par le diabète sucré maternel, les anomalies de la coagulation sanguine, les collagénoses, les néphropathies, l'hypertension artérielle, le myome et le purpura thrombocytopenique. Les traumatismes (accident de trafic routier, violence domestique) [9,14,15].

Selon Gris et al, il faut distinguer trois types de pertes de grossesse ou de fausses couches ; les pertes biochimiques survenant avant la sixième semaine et dont le diagnostic est basé sur le dosage de B-HCG plasmatiques qui stagnent et chutent ; une perte embryonnaire survenant entre la 6^e et la 8^e semaines sans détection de battement cardiaque et d'une perte de grossesse tardive, à partir de la douzième semaine. Les causes sont hémopathiques, endocriniennes, métaboliques et chromosomiques quel que soit l'âge de la grossesse [3,16].

Probabilité diagnostique

Au regard du tableau répétitif de pertes fœtales chez cette patiente et qui sont précédées par la constitution d'un retard de croissance intra utérin du fœtus, deux suspicions diagnostiques étaient envisageables soit un syndrome des antiphospholipides(SAPL) ou alors une thrombophilie.

1. **SAPL** : il peut être héréditaire ou acquis comme le Lupus Erythémateux Disséminé dans 37% des cas [6].

Le diagnostic de SAPL est évoqué en présence d'au moins un critère clinique et d'un critère biologique [6] :

Les critères cliniques sont:

- Un ou plusieurs thromboses artérielles/veineuse ou microvasculaire ;
- Un ou plusieurs pertes fœtales inexplicables avec morpho normale après 10SA ;
- Un ou plusieurs enfants prématurés avant 34 SA en raison d'HTA/grossesse ou insuffisance placentaire ;

- Trois pertes fœtales inexplicables ou plus après 10 SA.

Les critères biologiques sont la détection des :

- Anti corps anticardiolipines
- Anticoagulant lupique
- Anti corps antiphosphatidyléthanolamine [1,6].

2. Thrombophilie (héréditaire ou acquise : 40% des cas). Elle sera évoquée devant les éléments suivants : des pertes fœtales tardives, maladies thromboemboliques veineuses, mutation facteur V Leiden, mutation de la prothrombine et de déficit en protéine C [1,6].

Quel bilan demande en cas de pertes fœtales à répétition

Devant des pertes fœtales répétitives, le bilan ci-après doit être demandé :

- Bilan préconceptionnel: groupe sanguin et Rhésus, anticorps anti parvovirus, rubéole, varicelle, VIH, syphilis, Hbs, HBC, chlamydia, gonocoque, électrophorèse de l'HB
- Bilan de base de pertes fœtales répétées : NFS, TSH, Prolactine, glycémie à jeun, TCA ; Hystérosalpingographie, Echographie utérine doppler
- Bilan du SAPL : Anti corps anticardiolipines (IgG, IgM), anticoagulant lupique, anti Bêta2 glucoprotéine de type 1, caryotype parental en cas de consanguinité [1, 6,16].

Bases explicatives du traitement

Les données épidémiologiques récentes confirment que les femmes atteintes des fausses couches idiopathiques récidivent à la même période gestationnelle. Les raisons semblent être spécifiques à chaque âge gestationnel auquel elles surviennent. Les séries de biopsies réalisées chez ces femmes révèlent un défaut d'invasion utérine par un trophoblaste à pouvoir invasif altéré, avec transformation inadéquate des artères spiralées. Il y a donc spécificités anatomique, circulatoire, physiopathologique et épidémiologique associées aux pertes fœtales tardives fœtales vraies. Il faut noter que la transition embryon-fœtus entre la 8^e et la 10^e semaines s'accompagne d'un changement de régime de vascularisation du conceptus ; au réseau embryonnaire périvésicule ombilicale succède la circulation ombilico-placentaire fœtale. La nutrition du conceptus passe de l'extraction à partir du sang maternel, permise par le trophoblaste des villosités baignant dans la chambre intervillieuse [16].

L'Acide acétyle salicylique (100 mg) pris le soir ou 8 heures après le réveil dès le premier trimestre de la grossesse a des propriétés antiagrégant plaquettaires par inhibition de la

Cyclooxygénase et favorise de ce fait, une bonne transition de la circulation, au départ extractif du réseau périvésicule ombilicale à la circulation ombilico-placentaire [1,16]

La Prednisonne comme corticoïde (10mg) prise le soir, elle a des propriétés anti inflammatoires et immunosuppressives sur le lupus érythémato-disséminé. **Son utilisation aux doses minimales (5-15 mg) ne semble pas avoir d'impact sur les surrénales fœtales mais des doses plus élevées exposent le fœtus au retard de croissance intra-utérin, au faible poids à la naissance, à l'accouchement prématuré et au risque accru d'infection post-natale d'où l'importance d'un suivi obstétrical rigoureux et une prise en charge immédiate du nouveau-né en néonatalogie [16].**

L'Héparine à Bas poids moléculaire est recommandée par beaucoup d'auteurs pour être associée à l'acide acétyle salicylique. Mais ce médicament a un coût un élevé pour plusieurs de nos patientes, soit 7 dollars par seringue pré-remplie à donner journallement jusqu'à 36 SA d'aménorrhée [1,16]. Notre patiente n'a pas bénéficié de ce traitement.

Conclusion

La perte fœtale à répétition en milieu peu équipé est un problème de santé materno-infantile préoccupant.

Les moyens diagnostiques modernes faisant défaut, l'empirisme pousse le médecin à prescrire un traitement antiagrégant plaquettaire en association avec un corticoïde pour augmenter la chance d'avoir un fœtus viable et capable de s'adapter à la vie extra-utérine.

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs:

- KADIMA MUTOMBO Clément : auteur principal, contribution substantielle à la conception, à l'acquisition des données, à l'analyse et à l'interprétation des données.
- KADIMA LUFULUABO Célestin : contribution substantielle à la conception, à l'acquisition des données, à l'analyse et à l'interprétation des données.
- MILONGU KASONGOMA Stéphane : contribution substantielle à la conception, à l'analyse et à l'interprétation des données.
- MBUYAMBA NTOBO Louis : contribution substantielle à la conception, à l'analyse et à l'interprétation des données.
- MWEMBO TAMBWUE Albert : contribution substantielle à la conception, à l'analyse et à l'interprétation des données.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège national de gynécologues et obstétriciens français (2014) Les pertes de grossesses : recommandations pour la pratique clinique. 621-41
2. Garbedian C, Sibiude J, Anselem O, Attie-Bittach T, Bertholdt C, Blanc J et al (2024) Mort fœtale : consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues obstétriciens français. Vol 52 (10) ; 549-611
3. Gris JC, Cochery-Nouvellon E, Mercier C (2011) Faut-il faire un bilan d'hémostase en cas de pertes fœtales ? Rev Med suisse. (7) ; 281-0361
4. Perrotin F, Body G (2001) L'accouchement d'un enfant malformé ou mort. In : Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H (Eds) Pratique de l'accouchement. Paris, Masson, 221-34
5. Amoura Z, Bader-Meunier B, Bal dit Sollier, Belot A, Benahamou Y, Bezanahary H et al (2022) Syndrome des anti-phospholipides de l'adulte et de l'enfant. Protocole national de diagnostic et de soins. 31-38
6. Marquis C (2011) Les pertes fœtales à répétition, résoudre l'énigme. Le médecin du Québec, Vol 46 (3) ; 49-53
7. Quibel T, Bultez T, Nizard J, Subtil D, Huchon C, Rosenberg P (2014) Morts fœtales in utero. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Vol 43 (10) ; 883-907
8. Metogo JA, Metogo M, Totsipie WL, Bayokalac AP (2021) Mort fœtale in utero : Aspects sociodémographique prise en charge et pronostic maternel à la maternité de l'Hôpital Général de Référence de Yaoundé. Revue africaine de chirurgie et spécialités, Vol 15 (3)
9. Kyembwa MM, Kahambwe E G, Taji L S, Likilo O, Katenga B G (2018) Mort fœtale in utero : fréquence, facteurs de risque dans la ville de Goma en République Démocratique du Congo. Revue internationale de l'innovation et études appliquées, Vol 23 (4) ; 661-6
10. Matega T H, Labama N O, Kanilame F Y, Maindo M A A, Juakali J J S, Katenga G B (2023) Mort fœtale in utero tardive : fréquence, facteurs associés et méthodes de déclenchement du travail à Kisangani, République Démocratique du Congo. Annales africaines de médecine, Vol 16 (4) ; 4-9
11. Kangulu B I, Tambwe M A, Uamba N KE, Lumbule N J, Kabamba N M, Kalenga M K PI (2016) Fréquence et facteurs de risque maternels de la mort fœtale à Kamina, République Démocratique du Congo. pamj, vol 23 (114) ; 7817
12. Kangulu B I, Tambwe M A, Moyambe T J N, Kinenkinda K X, Mbayo K A, Uamba N KE, Lumbule N J, Zongwe K E et al (2023) Prévalence de la mort in utero au troisième trimestre de la grossesse à Kamina de janvier 2021 à mai 2022. RAMS, vol 6 (2)
13. Wembonyama MC, Mukwarari KP, Kakoze MN, Kinenkinda K X (2022) Etude de la mort fœtale in utero à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. RIC, Vol 6 (1)
14. Martinek I E, Vial Y, Hohlfeld (2006) Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer ? J.Gynecolobstrepod, vol 35 ; 394-606

15. Andriamandimbison ZN, Ahoukeng NP, Roland A, Ramarokoto MF, Dipace C et al (2014) Mort fœtale in utero : étiologies et prise en charge à l'hôpital Laennec de Creil. Revue de médecine périnatale, Vol 6(1) ; 49-56
16. Fontenay M (2012) Retard de croissance intra-utérin et thrombophilie. In:Tsatsaris V (Eds) Le retard de croissance intra utérin : Aspects cliniques et fondamentaux. Elsevier Masson ; 119 -128