



**HAL**  
open science

# Devenir des grossesses poursuivies malgré une pathologie fœtale grave pour laquelle une IMG aurait pu être acceptée : étude rétrospective sur 10 ans au centre de diagnostic prénatal de Montpellier

Marion Lavorel

## ► To cite this version:

Marion Lavorel. Devenir des grossesses poursuivies malgré une pathologie fœtale grave pour laquelle une IMG aurait pu être acceptée : étude rétrospective sur 10 ans au centre de diagnostic prénatal de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02985913

**HAL Id: dumas-02985913**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02985913>**

Submitted on 2 Nov 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par **Marion LAVOREL**

Le 9 novembre 2018

Devenir des grossesses poursuivies malgré une pathologie  
fœtale grave pour laquelle une IMG aurait pu être acceptée.  
Etude rétrospective sur 10 ans au centre de diagnostic  
prénatal de Montpellier.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre BOULOT

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre BOULOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles CAMBONIE

Monsieur le Professeur David GENEVIEVE

Monsieur le Docteur Florent FUCHS

Membre invité : Madame le Docteur Odile PIDOUX

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par **Marion LAVOREL**

Le 9 novembre 2018

Devenir des grossesses poursuivies malgré une pathologie  
fœtale grave pour laquelle une IMG aurait pu être acceptée.  
Etude rétrospective sur 10 ans au centre de diagnostic  
prénatal de Montpellier.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre BOULOT

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre BOULOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles CAMBONIE

Monsieur le Professeur David GENEVIEVE

Monsieur le Docteur Florent FUCHS

Membre invité : Madame le Docteur Odile PIDOUX

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves  
 ALRIC Robert  
 ARNAUD Bernard  
 ASTRUC Jacques  
 AUSSILLOUX Charles  
 AVEROUS Michel  
 AYRAL Guy  
 BAILLAT Xavier  
 BALDET Pierre  
 BALDY-MOULINIER Michel  
 BARMES Jean-Louis  
 BARMES Pierre  
 BANSARD Nicole  
 BAYLET René  
 BILLIARD Michel  
 BLARD Jean-Marie  
 BLAYAC Jean Pierre  
 BLOTMAN Francis  
 BONNEL François  
 BOUDET Charles  
 BOURGEOIS Jean-Marie  
 BRUEL Jean Michel  
 BUREAU Jean-Paul  
 BRUNEL Michel  
 CALLIS Albert  
 CANAUD Bernard  
 CASTELNAU Didier  
 CHAPTAL Paul-André  
 CIURANA Albert-Jean  
 CLOT Jacques  
 D'ATHIS Françoise  
 DEMAILLE Jacques  
 DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain  
 DU CAILAR Jacques  
 DUBOIS Jean Bernard  
 DUMAS Robert  
 DUMAZER Romain  
 ECHENNE Bernard  
 FABRE Serge  
 FREREBEAU Philippe  
 GALIFER René Benoît  
 GODLEWSKI Guilhem  
 GRASSET Daniel  
 GROLLEAU-RAOUX Robert  
 GUILHOU Jean-Jacques  
 HERTAULT Jean  
 HUMEAU Claude  
 JAFFIOL Claude  
 JANBON Charles  
 JANBON François  
 JARRY Daniel  
 JOYEUX Henri  
 LAFFARGUE François  
 LALLEMANT Jean Gabriel  
 LAMARQUE Jean-Louis  
 LAPEYRIE Henri  
 LESBROS Daniel  
 LOPEZ François Michel  
 LORIOT Jean  
 LOUBATIERES Marie Madeleine  
 MAGNAN DE BORNIER Bernard  
 MARY Henri  
 MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean  
 MICHEL François-Bernard  
 MICHEL Henri  
 MION Charles  
 MION Henri  
 MIRO Luis  
 NAVARRO Maurice  
 NAVRATIL Henri  
 OTHONIEL Jacques  
 PAGES Michel  
 PEGURET Claude  
 POUGET Régis  
 PUECH Paul  
 PUJOL Henri  
 PUJOL Rémy  
 RABISCHONG Pierre  
 RAMUZ Michel  
 RIEU Daniel  
 RIOUX Jean-Antoine  
 ROCHEFORT Henri  
 ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean  
 Pierre  
 SAINT AUBERT Bernard  
 SANCHO-GARNIER Héléne  
 SANY Jacques  
 SENAC Jean-Paul  
 SERRE Arlette  
 SIMON Lucien  
 SOLASSOL Claude  
 THEVENET André  
 VIDAL Jacques  
 VISIER Jean Pierre

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude  
 BLANC François  
 BOULENGER Jean-Philippe  
 BOURREL Gérard  
 BRINGER Jacques  
 CLAUSTRES Mireille  
 DAURES Jean-Pierre  
 DAUZAT Michel  
 DEDET Jean-Pierre  
 ELEDJAM Jean-Jacques  
 GUERRIER Bernard  
 JOURDAN Jacques  
 MAURY Michèle

MILLAT Bertrand  
 MARES Pierre  
 MONNIER Louis  
 PRAT Dominique  
 PRATLONG Francine  
 PREFAUT Christian  
 PUJOL Rémy  
 ROSSI Michel  
 SULTAN Charles  
 TOUCHON Jacques  
 VOISIN Michel  
 ZANCA Michel

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
 BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
 BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>er</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
 CAMU William-Neurologie  
 CANOVAS François-Anatomie  
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
 CORBEAU Pierre-Immunologie  
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
 DROUPY Stéphane -Urologie  
 DUCROS Anne-Neurologie -  
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
 LABAUGE Pierre- Neurologie  
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
 LECLERCQ Florence-Cardiologie  
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
 MATECKI Stéfan -Physiologie  
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
 MORIN Denis-Pédiatrie  
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
 TOUITOU Isabelle-Génétique  
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

[PU-PH de 2ème classe](#)

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 CAPTIER Guillaume-Anatomie  
 CAYLA Guillaume-Cardiologie  
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice-Physiologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
MOREL Jacques -Rhumatologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PRUDHOMME Michel-Anatomie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

## ***PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale***

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

## ***PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine***

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire



PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**  
BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

##### *Maîtres de Conférences hors classe*

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

##### *Maîtres de Conférences de classe normale*

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

##### *PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES*

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## REMERCIEMENTS

A Monsieur Le Professeur Pierre BOULOT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Je vous remercie de m'avoir confié ce sujet de thèse et encouragé dans ce travail, depuis plusieurs années maintenant.

Je vous remercie également pour l'enseignement reçu à vos côtés, que ce soit en salle de naissance, en césarienne, ou au staff du matin, toujours dans le calme et la bienveillance.

A Monsieur Le Professeur Gilles CAMBONIE,

Merci d'avoir accepté de juger cette thèse. La pédiatrie et la gynécologie sont intimement liés autour du diagnostic prénatal et je suis honorée de vous avoir parmi mes jurys.

A Monsieur Le Professeur David GENEVIEVE,

Je vous remercie d'avoir répondu à mon invitation. La médecine fœtale est une médecine multidisciplinaire et la présence d'un généticien parmi les membres de mon jury est une richesse.

A Monsieur le Docteur Florent FUCHS,

Je te remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci aussi pour tes conseils et ta pédagogie, en gardes, en salle de naissance ou en échographie. Avec toi, les choses compliquées ne le sont plus vraiment.

A Madame la Docteur Odile PIDOUX,

Merci pour ta disponibilité et ta présence ce jour. Merci de m'avoir accordé du temps pour évaluer les pronostics de ces enfants et pour répondre à mes questions sur la pédiatrie.

MERCI

A ceux qui m'ont aidé dans ce long, fastidieux, mais passionnant travail :

A Laure et Céline, secrétaires du CPDP, merci pour votre disponibilité, votre réactivité, et vos sourires à toute épreuve

A Clémentine, attachée de recherche clinique, merci pour ta patience, et ta maîtrise de l'informatique

A Meriem Sadek, merci de m'avoir montré le début du chemin alors que j'étais égarée dans le dédale obscur de la rédaction de la première page

A Jacqueline, ma grand-mère de 96 ans, sur qui le temps ne fait plus effet. Mille mercis pour ta relecture. Il semble que la maîtrise de la grammaire française n'est pas forcément héréditaire...

MERCI

A tous ceux qui ont initié, complété, perfectionné ma formation en gynécologie obstétrique :  
les PH, les chefs de clinique, les sages-femmes, les infirmiers rencontrés pendant ces années...

Mention spéciale aux jeunes chefs avec qui j'ai beaucoup appris en salle, en échographie et dans les services : Dr Chloé Gouttenoire, Dr Lucile Petitjean, Dr Romy Rayssiguier, Dr Julie Burlat, Dr Julien Masse Salinaire. Merci aussi au Dr Nicolas Fries pour sa pédagogie et sa patience sans limite.

MERCI

A tous les autres qui comptent pour moi,

A mes amis de Rennes, de Montpellier et d'ailleurs : mes copains, mes coexternes, mes collocs, mes cointernes, mes copupitres, et tous les cocos !

Que ce soit la musique, la voile, la médecine ou juste les festivités qui nous réunissent, c'est chouette d'être avec vous (Pas de longue liste ici, vous vous reconnaitrez!)

A mon père, pour être là, partout et tout le temps quand on a besoin de toi. Mais un petit merci ne suffit pas pour tout ce que tu as fait pour nous !

A ma sœur Julie, pour être la sœur que j'aurais rêvée avoir

A mon frère Tom, pour ta philosophie et ton art de vivre (que j'admire d'une certaine manière... oui oui!)

A ma mère, pour nous avoir tout donné avant de partir, bien trop tôt

A ma grand-mère Jacqueline, pour être la femme exceptionnelle que tu es, un exemple à suivre pour toutes les générations

A toute la famille, oncles, tantes, cousins, cousines... la famille c'est précieux !

Et le meilleur pour la fin : MERCI

A Antoine, pour tous ces moments ordinaires et extraordinaires passés à tes côtés.

Malgré le réchauffement climatique, et cette société qui dérape, l'avenir avec toi ne me fait pas peur !

Merci aussi pour ton expertise informatique, et l'alignement de mes camemberts. C'est vrai qu'ils sont plus beaux comme ça.

A mon fils Théodore, ton petit monde me fait rêver. Merci pour tes sourires à 6 dents, tes bisous humides et tes monologues dans cette langue imaginaire, qui font de notre quotidien un vrai bonheur.

## Table des matières

I. INTRODUCTION .....	14
II. MATERIELS ET METHODES .....	15
III. RESULTATS .....	17
CARACTERISTIQUES MATERNELLES.....	18
TERME DU DIAGNOSTIC DE L'ANOMALIE FOETALE .....	19
PATHOLOGIES FŒTALES.....	19
CARACTERISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS ET DES NOUVEAU-NES.....	20
LE DEVENIR DES ENFANTS NES VIVANTS .....	21
PRONOSTIC ANTENATAL ET ESPERANCE DE VIE.....	23
IV. DISCUSSION.....	25

## I. INTRODUCTION

En France, l'interruption médicale de grossesse (IMG) est légale quelque soit l'âge gestationnel, s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ou si la grossesse met en péril grave la santé de la mère (1). La demande d'IMG doit être formulée par la mère puis elle est examinée par un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDP), composé de gynécologues obstétriciens, de pédiatres, de généticiens, d'échographistes, de chirurgiens pédiatriques, d'anatomopathologistes... L'IMG sera réalisée seulement si elle est acceptée par deux praticiens membres d'un CPDP. En France en 2015, plus de 7000 attestations de particulière gravité ont été délivrées en vue d'une IMG pour motif fœtal (2). Cependant, depuis une dizaine d'années nous assistons à une véritable évolution de prise en charge de ces femmes. De plus en plus de femmes confrontées au diagnostic d'une affection fœtale grave souhaitent poursuivre leur grossesse : 762 en France en 2011 versus 1296 en 2015 (2). Les raisons de cette augmentation sont multiples, médicales et sociétales. L'amélioration de la prise en charge médico-chirurgicale de certaines pathologies (sans pour autant que les caractères de particulière gravité et d'incurabilité soient remis en cause) peut expliquer ce choix. Par ailleurs, le développement des soins palliatifs et la possibilité d'un accompagnement post-natal joue également un rôle (2–4). Enfin, le développement d'internet, avec les forums et les réseaux sociaux pourrait permettre aux femmes et aux couples confrontés à cette situation d'avoir et de promouvoir un autre regard sur ce qui peut leur convenir « le mieux ou le moins mal ». (5)

Lorsque la grossesse est poursuivie, les CPDP ont la charge de participer à son suivi, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles (2).

Peu d'études décrivent l'issue des grossesses poursuivies malgré une pathologie fœtale grave qui aurait pu faire accepter une IMG. Devant ce phénomène croissant, nous avons mené une étude monocentrique au CPDP de Montpellier, sur les dix dernières années, pour décrire les grossesses de ces femmes, la naissance et le devenir de leurs enfants. Nous avons analysé les facteurs qui pourraient influencer les choix de ces femmes (terme du diagnostic, pathologie fœtale...) et l'espérance de vie de ces enfants en fonction du pronostic évalué en anténatal.

## II. MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective sur 10 ans (du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2016), unicentrique au CPDP du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier (CHU), maternité de type III.

Les critères d'inclusion étaient la poursuite de la grossesse alors que la pathologie fœtale répondait aux critères de gravité et d'incurabilité et aurait pu permettre la délivrance d'une attestation de particulière gravité par le CPDPN autorisant l'interruption médicale de grossesse. Les critères d'exclusion étaient les grossesses avec indication maternelle d'IMG, et les grossesses pour lesquelles les parents souhaitaient une IMG. Le recueil des données était fait sur les dossiers papiers, les archives du CPDP consultées sur place, et sur les dossiers informatisés (logiciels Dxcare® et Viewpoint®). Pour les grossesses suivies en dehors du CHU, ainsi que les accouchements et les suivis pédiatriques hors CHU, les dossiers étaient demandés aux établissements concernés (comptes-rendus d'accouchement et d'hospitalisation ou courriers de consultation).

Les données recueillies concernant la mère étaient l'âge, la parité, l'antécédent de perte fœtale, l'utilisation d'une procréation médicalement assistée pour la grossesse en cours, le caractère gémellaire ou non, la présence d'antécédents parentaux considérés comme facteurs de risque de pathologie fœtale, l'âge gestationnel lors du diagnostic, la réalisation de prélèvements ovulaires invasifs et de traitement anténatal. Les pathologies fœtales étaient classées selon la classification de l'Agence de Biomédecine (ABM)(6) : anomalie chromosomique, maladie génétique non chromosomique, anomalie cérébrale, anomalie viscérale, syndrome polymalformatif, situation médicale à risque, foetopathie. Les situations médicales à risque correspondaient par exemple à la rupture très prématurée des membranes, au retard de croissance intra utérin sévère, à des pathologies des annexes, à un anamnios inexplicé... Le pronostic néonatal de chaque dossier était évalué par une néonatalogiste du CHU qui ne connaissait ni l'issue de la grossesse ni le devenir pédiatrique des enfants. Nous les avons classés selon les groupes de pronostic proposés par l' ABM(6):

- Anomalies chromosomiques: létales à court terme, de pronostic incertain, de mauvais pronostic, trisomie 21
- Anomalies cérébrales: non viable, mauvais pronostic, pronostic incertain, spina bifida dorsolombaire
- Anomalies viscérales: anomalies cardiaques, anomalies de l'appareil urinaire, autres anomalies isolées
- Foetopathies: foetopathies infectieuses, foetopathies toxiques
- Maladies génétiques non chromosomiques
- Syndrome polymalformatif : de mauvais pronostic, de pronostic incertain.
- Situations médicales fœtale: de mauvais pronostic, de pronostic incertain
- Grossesse gémellaire: refus d'interruption sélective ou IMG dans le contexte d'une grossesse gémellaire

Pour les grossesses gémellaires, si une pathologie fœtale était identifiée chez seulement un



des jumeaux, le recueil de données concernait ce dernier.

Les données recueillies à la naissance étaient les suivantes : âge gestationnel à la naissance, lieu d'accouchement, mode d'accouchement, état de santé de l'enfant à la naissance (mort fœtale *in utero*, état de mort apparente avec score d'Apgar inférieur ou égal à 3, enfant vivant avec score d'Apgar supérieur à 3), décès ou non en salle de naissance. Les indications de la césarienne étaient classées selon les indications maternelles et obstétricales (utérus cicatriciel, stagnation, pré-éclampsie, présentation dystocique, grossesse multiple); ou selon les indications fœtales (anomalie du rythme cardiaque fœtal, macrocéphalie ou protection fœtale comme par exemple pour les méningocèles, les retards de croissance, les pathologies à risque de fracture osseuse...)

Les données après la naissance incluaient : la durée et le secteur d'hospitalisation à la naissance, le type de prise en charge (surveillance, traitement symptomatique, traitement palliatif, chirurgie), le retour à domicile de l'enfant, l'espérance de vie, le lieu de décès. Le traitement symptomatique pouvait comprendre des soins de réanimation de l'enfant. Le traitement était considéré palliatif si les termes « accompagnement », « prise en charge palliative », « soins de support » étaient notés dans les comptes rendus d'hospitalisation. Les enfants qui avaient bénéficié d'un traitement symptomatique puis d'un traitement palliatif étaient classés dans le groupe palliatif. Les enfants bénéficiant d'une chirurgie palliative appartenaient au groupe « chirurgie ».

L'espérance de vie des enfants se basait sur le compte rendu de consultation ou d'hospitalisation le plus récent. Les enfants vivants, qui avaient moins d'un an lors de la dernière consultation ou hospitalisation et dont le décès n'était pas rapporté étaient alors considérés comme perdus de vue. Les données étaient recueillies de manière anonyme. Cette étude a été validée par le Comité d'Éthique Local et de la Recherche (dossier numéro 2017\_CLER-MTP\_07-09).

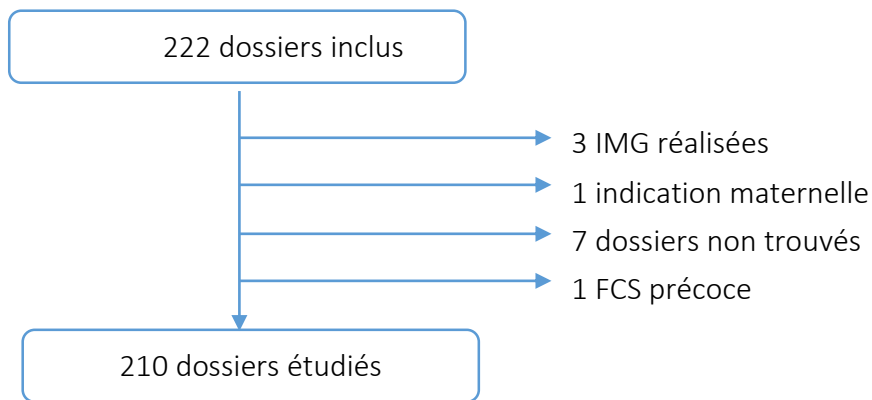
Nous avons comparé nos données aux IMG pour cause fœtale réalisées dans notre CHU et à la totalité des naissances au CHU. Les données concernant les IMG validées par notre CPDP et réalisées au CHU ou dans la région sont issues des rapports annuels de notre CPDP de 2006 à 2016. Les données sur les accouchements totaux faits au CHU de 2006 à 2016 proviennent de la base de données informatique du logiciel DxCare®.

Le test statistique utilisé pour comparer les variables qualitatives était le test de Fisher, réalisé par le logiciel SAS university edition. Un  $p < 0.05$  était considérée comme significatif

### III. RESULTATS

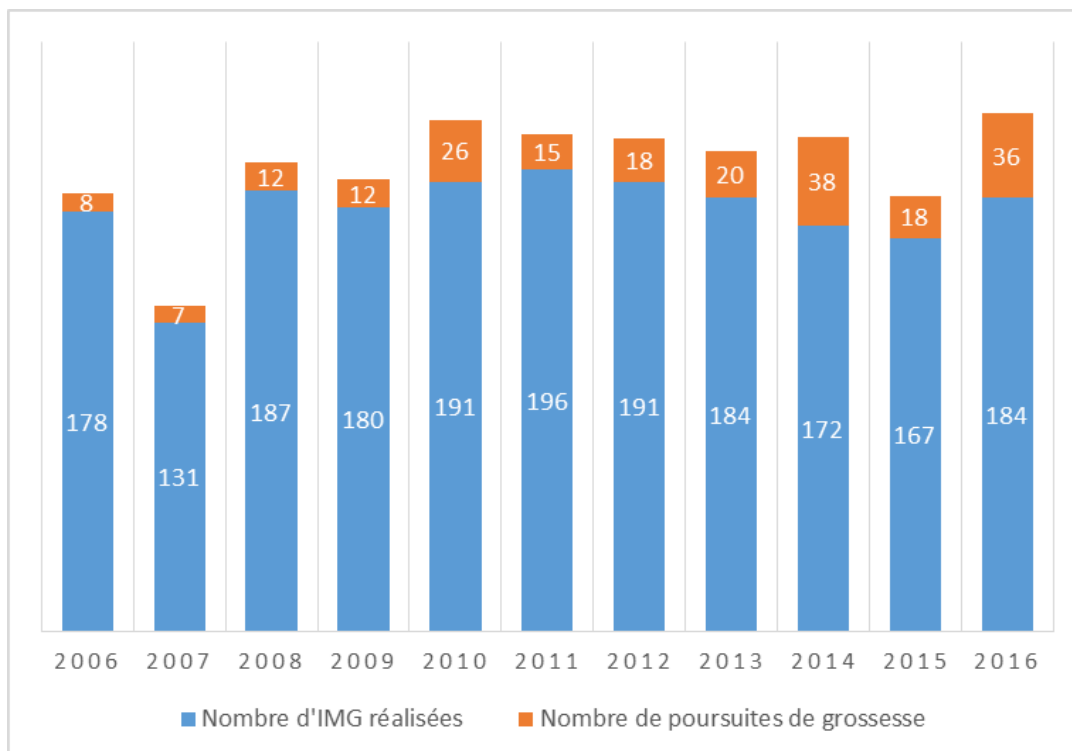
Nous avons répertorié 222 dossiers avec poursuite d'une grossesse ayant pu faire objet d'une IMG présentés au CPDP de Montpellier entre 2006 et 2016. 12 dossiers ont été exclus : dans 3 dossiers il a finalement été réalisé une IMG, 1 dossier concernait une indication maternelle d'IMG (un syndrome de Marfan maternel sévère), 7 dossiers n'ont pas été retrouvés. Enfin, dans 1 dossier, la découverte de la pathologie était très précoce avec une fausse couche du 1<sup>er</sup> trimestre sans pouvoir identifier la pathologie fœtale (*Figure1*).

**Figure 1.** Flow Chart



Le nombre de grossesses poursuivies alors qu'une IMG était recevable a augmenté en 10 ans au CHU de Montpellier: 8 grossesses en 2006, soit 4.3% des grossesses éligibles à l'IMG, versus 36 grossesses en 2016, soit 16.4% des grossesses éligibles à l'IMG. L'évolution du nombre d'IMG et de poursuites de grossesse de 2006 à 2016 au CHU de Montpellier est reportée dans la figure 2.

**Figure 2.**



## Caractéristiques maternelles

Les caractéristiques des femmes ayant décidé de poursuivre leurs grossesses sont reportées dans le tableau I. 11% (n= 23) de ces femmes avaient déjà vécu une perte fœtale, soit au cours d'une IMG, soit par mort fœtale *in utero* (MFIU). 16,8% (n=35) des couples étaient consanguins. Le terme moyen du diagnostic était de 22 SA, avec 50% de diagnostics portés entre 22 SA et 27 SA. Plus d'un quart des couples (n= 56, 26.7%) ont refusé un prélèvement invasif : amniocentèse ou biopsie de trophoblaste. Tous les couples ont bénéficié d'une consultation anténatale avec un néonatalogiste. Le tableau I reporte également les gestes à visée thérapeutiques.

**Tableau I.** Caractéristiques maternelles

<i>Caractéristiques</i>	<i>N= 210</i>
Age maternel (années), moyenne ( $\pm$ DS)	30.1 ( $\pm$ 6.3)
Parité, moyenne ( $\pm$ DS)	2.0 ( $\pm$ 1.3)
Antécédent de pertes fœtales, n (%)	23 (11.0%)
IMG, n (%)	12 (5.7%)
MFIU, n (%)	11 (5.2%)
Grossesse issue d'une PMA, n (%)	8 (3,8%)
Grossesse gémellaire, n (%)	10 (4,8%)
Facteur de risque parental de malformation	
Consanguinité, n (%)	35 (16.7%)
Diabète, n (%)	2 (1.0%)
Syndrome malformatif parental, n (%)	1 (0.5%)
Antécédent familial de maladie génétique, n (%)	3 (1.4%)
Autre, n (%)	5 (2.4%)
Age gestationnel lors du diagnostic (SA), moyenne( $\pm$ DS)	22.2 ( $\pm$ 5.8)
Consultation anténatale, n (%)	208 (99%)
Consultation anténatale non connue, n (%)	2 (1%)
Prélèvement invasif (amniocentèse ou biopsie trophoblaste)	
Oui, n (%)	102 (46.8%)
Refusés, n (%)	56 (26.7%)
Non indiqué, n (%)	46 (21.9%)
Non connus, n (%)	6 (2.9%)
Traitement anténatal	
Ponction hydramnios	3 (1.4%)
Ponction hydrothorax	2 (1.0%)
Transfusion intra utérine	2 (1.0%)

DS: déviation standard, SA: semaines d'aménorrhée, IMG: interruption médicale de grossesse, MFIU: mort fœtale in utero, PMA: procréation médicalement assistée

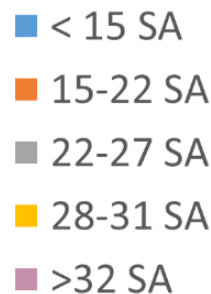
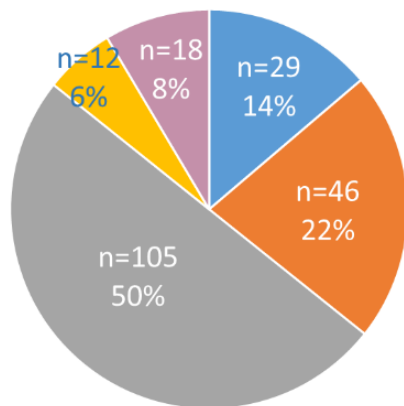
## Terme du diagnostic de l'anomalie foetale

Dans 72% des cas des grossesses poursuivies, le diagnostic était fait entre 15 SA et 27 SA. Dans 8.7% des cas, le diagnostic était fait après 32 SA (figure 3).

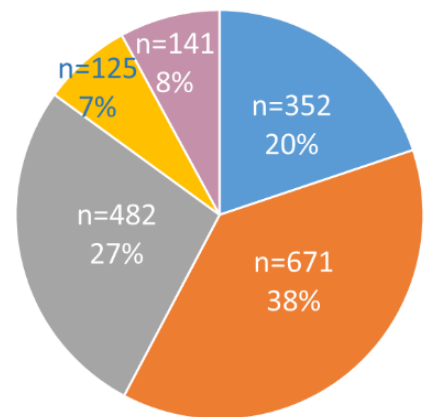
Le nombre de diagnostics faits au 1<sup>er</sup> trimestre, avant 15 SA était significativement plus important dans le groupe de femmes ayant choisi l'IMG que celles qui voulaient poursuivre la grossesse : 19.9% versus 13.5% ( $p = 0.04$ ). Il en était de même pour les diagnostics faits avant 22 SA : 57.5% dans le groupe avec IMG vs 35,6% dans le groupe poursuite de grossesse ( $p < 0.05$ )

**Figure 3.** Terme de diagnostic de la pathologie foetale, chez les patientes ayant eu recours à une IMG, et chez les patientes ayant décidé de poursuivre la grossesse.

Terme de diagnostic, poursuites de grossesse



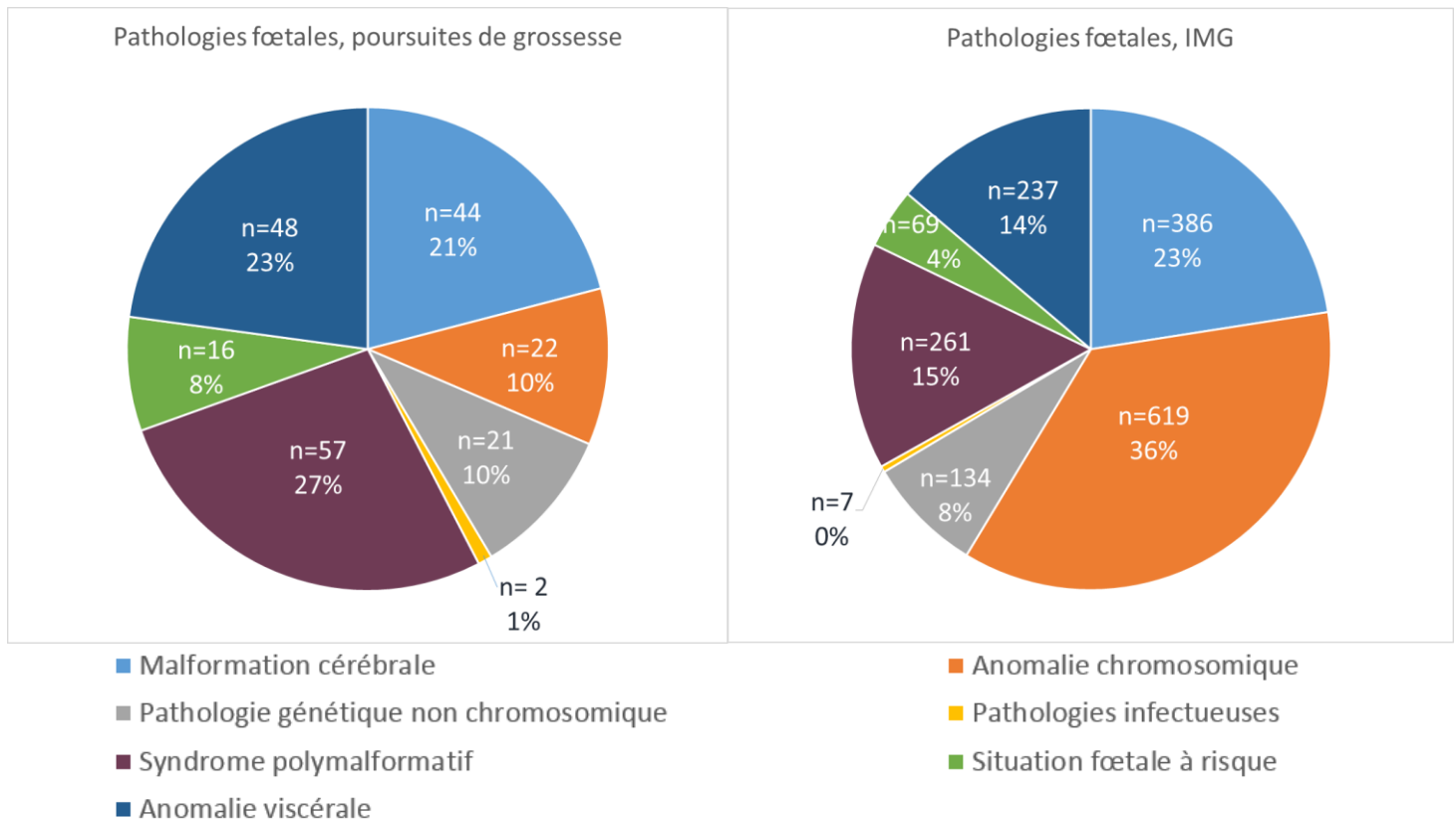
Terme de diagnostic, IMG



## Pathologies foetales

Les principales pathologies foetales retrouvées le plus fréquemment lors d'une poursuite de grossesse sont les syndromes polymalformatifs ( $n=57$ , 27.1%) et les anomalies viscérales isolées ( $n=48$ , 22.9%) comme reporté dans la figure 4. Ces taux sont significativement plus élevés que dans les grossesses ayant subi une IMG : respectivement 14.7% de syndromes polymalformatifs ( $n=261$ ), avec  $p < 0.001$  et 13.3% d'anomalies viscérales ( $n= 237$ ), avec  $p < 0.001$ . Les anomalies chromosomiques sont significativement plus fréquentes dans le groupe IMG ( $n= 619$ , 34.8%) que dans le groupe poursuite de grossesse ( $n=22$ , 10.5%), avec  $p < 0.001$ .

**Figure 4.** Pathologies fœtales diagnostiquées chez les patientes ayant eu recours à une IMG, et chez les patientes ayant décidé de poursuivre la grossesse.



### Caractéristiques des accouchements et des nouveau-nés

Le tableau II décrit les caractéristiques des accouchements et des nouveaux nés.

Le terme des accouchements était au delà de 37 SA pour 128 patientes (62.4%) et 6.3% (n=13) sont survenus avant 28SA. Une césarienne était pratiquée dans 36.5% des cas (n= 73). Ce taux est supérieur au taux moyen de césarienne au CHU toutes naissances confondues sur la même période, qui est de 23.4% (n= 8530, avec p= 0.004).

182 enfants (87.9%) sont nés vivants : 155 enfants (74.5%) avec un score d'Apgar supérieur à 3 et 13.0% (n=27) avec un Apgar inférieur ou égal à 3 (état de mort apparente). Nous reportons 12.1% (n=25) de MFIU. Nous ne connaissons pas l'état de santé des nouveau-nés à la naissance pour 3 dossiers.

**Tableau II.** Caractéristiques des naissances

<i>Caractéristiques</i>	<i>N=210</i>
Lieu d'accouchement	
Maternité de niveau 1, n(%)	7 (3.5%)
Maternité de niveau 2, n(%)	24 (11.9%)
Maternité de niveau 3, n(%)	168 (83.2%)
Domicile, n(%)	3 (1.49%)
Non connu, n	8
Age gestationnel à la naissance	
< 28 SA	13 (6.3%)
28 SA - 31 SA +5 jours	15 (7.3%)
32 SA – 36 SA + 5 jours	49 (23.9%)
>37 SA	128 (62.4%)
Non connu, n	5
Mode d'accouchement	
Voie basse spontanée, n(%)	111 (55.5%)
Voie basse instrumentale, n(%)	15 (7.5%)
Césarienne pour motif foetal, n(%)	33 (16.5%)
ARCF, n(%)	23 (11.5%)
En lien avec la pathologie foetale, n(%)	10 (5.0%)
Césarienne pour motif maternel ou obstétrical, n(%)	39 (19.5%)
Césarienne pour raison inconnu, n	1 (0.05%)
Aspiration, n(%)	1 (0.5%)
Non connu, n	10
Etat de santé des nouveaux nés	
MFIU, n(%)	25 (12.1%)
Etat de mort apparente (Apgar < ou = 3), n(%)	27 (13.0%)
Vivant avec Apgar >3, n(%)	155 (74.9%)
Non connu, n	3

SA : semaines d'aménorrhée, MFIU : mort fœtale in utero, ARCF : anomalie du rythme cardiaque foetal. Les données « Non connu » ne sont pas prises en compte dans le calcul des pourcentages.

### Le devenir des enfants nés vivants

Parmi les 182 enfants nés vivants, 23 (12.6%) sont décédés en salle de naissance.

Le devenir des enfants sortis vivants de la salle de naissance est reporté dans le tableau III. Parmi eux, 19.2% ont pu être hospitalisés en maternité auprès de leur mère (n= 28) et 74.7% ont été hospitalisés en néonatalogie (n=109), Seuls 9 enfants (6.1%) ont dû être transférés en urgence dans un service de néonatalogie spécialisé : le service de cardiologie pédiatrique au CHU de Marseille.

La durée moyenne d'hospitalisation qui a suivi la naissance était de 22.5 jours (écart type 29.3 jours, minimal 0.2 jour –maximal 166 jours) et la médiane de 10 jours.

38 enfants (27.2%) ont nécessité une chirurgie avant 1 mois de vie. Il s'agissait majoritairement de chirurgie cardiaque dans 36.8% des cas (n=14), de neurochirurgie dans 29.0% des cas (n=11), et de chirurgie digestive dans 26.3% des cas (n=10).

Pour 48 enfants (34.3%), une simple surveillance a été mise en place, sans nécessité de traitement. En effet, de nombreuses pathologies permettaient à ces enfants une bonne adaptation à la vie extra utérine (par exemple dans notre série: l'agénésie du corps calleux, ou autres malformations cérébrales, certaines cardiopathies, présence de myomes intracardiaques, l'achondroplasie, certains syndromes polymalformatifs, certains syndromes de Di Georges, une foetopathie à CMV, des cas de trisomies 21...)

Pour 31 enfants (22.1%), des soins palliatifs à court terme ont été apportés. Le retour à domicile a été possible pour 111 enfants (69.8% des enfants sortis vivants de la salle de naissance). La mortalité néonatale précoce est la plus importante, avec 26 décès rapportés (18.3%).

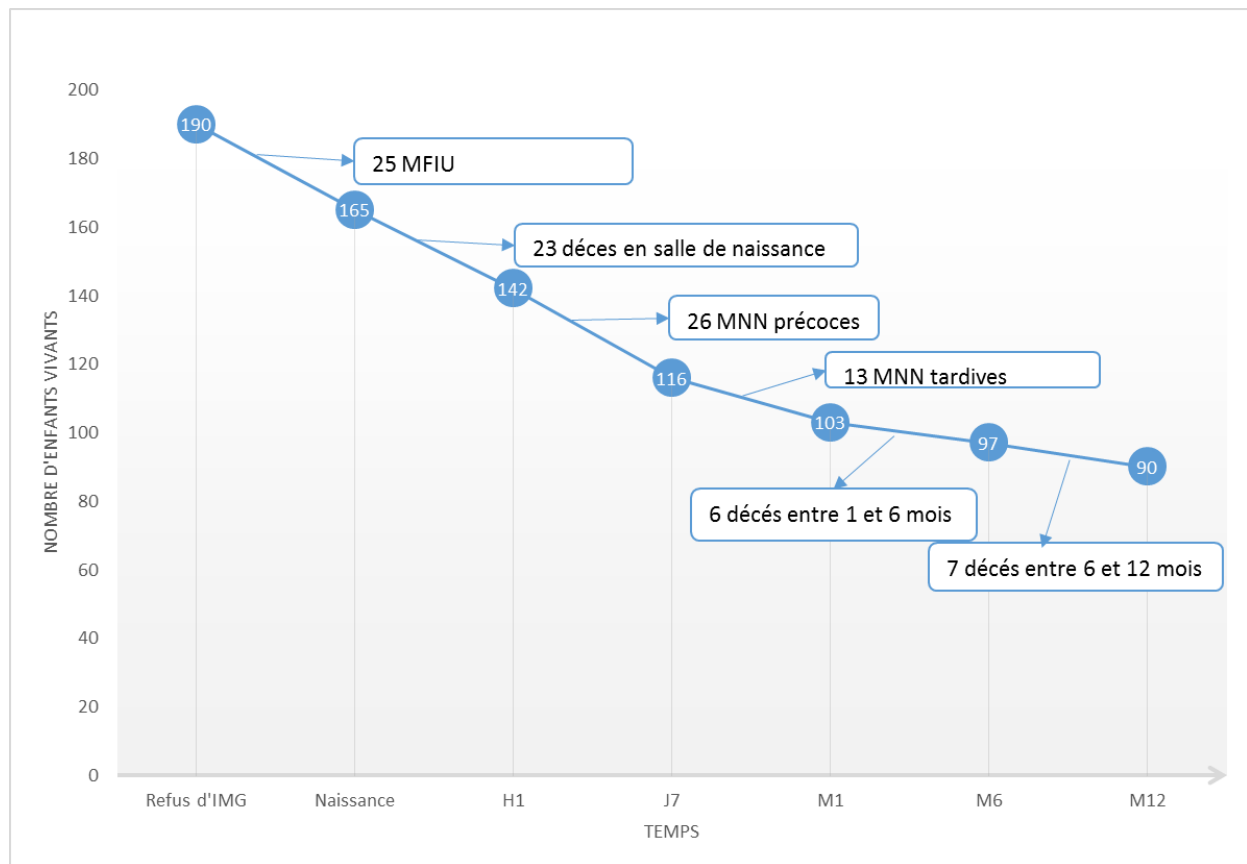
A l'âge d'un an, 90 enfants étaient en vie, soit 63.4% des enfants sortis vivants de la salle de naissance, ou 41.4% de toutes ces grossesses poursuivies malgré une pathologie fœtale d'une particulière gravité. L'espérance de vie des enfants est reportée figure 5.

**Tableau III.** Devenir des enfants sortis vivants de la salle de naissance

	N= 159
Hospitalisation	
En maternité, n (%)	28 (19.2%)
En néonatalogie, n (%)	109 (74.7%)
Dans un service de néonatalogie spécialisé, n (%)	9 (6.1%)
Non connu	13
Durée d'hospitalisation (jours), moyenne (±DS)	22.5 (±29.3)
Traitement du nouveau né	
Surveillance, n (%)	48 (34.3%)
Symptomatique, n (%)	23 (16.4%)
Palliatif, n (%)	31 (22.1%)
Chirurgical < 7 jours, n (%)	25 (17.9%)
Chirurgical 7jours- 1mois, n (%)	13 (9.3%)
Non connu, n	19
Retour à domicile, n (%)	111 (69.8%)
Espérance de vie	
Mortalité néonatale précoce (< 7 jours), n (%)	26 (18.3%)
Mortalité néonatale tardive (7 jours – 28 jours), n (%)	13 (9.1%)
Mortalité entre 1 mois et 6 mois, n (%)	6 (4.2%)
Mortalité entre 6 mois et 1 an, n (%)	7 (4.9%)
Vivant à 1 an, n (%)	90 (63.4%)
Non connu, n	17

Le pourcentage est calculé sur le nombre d'enfants sortis vivants de la salle de naissance. Les données « Non connu » ne sont pas prises en compte dans le calcul des pourcentages.

Figure 5. Espérance de vie des enfants



MNN précoce : mortalité néonatale précoce, < 7 jours de vie ; MNN tardive : mortalité néonatale tardive, entre 7 jours et 1 mois de vie. H1 : heure 1 après la naissance ; J7 : 7 jours après la naissance ; M1, M6 M12 : 1 mois, 6 mois, 12 mois après la naissance.

Les 20 perdus de vue n'apparaissent pas sur le graphique.

### Pronostic anténatal et espérance de vie

Dans notre série, les 9 enfants dont la pathologie avait été jugée « létale » en anténatal sont décédés avant l'âge d'un an (*Tableau IV*). Pour les pathologies dont le pronostic avait été jugé « mauvais », le taux de mortalité varie selon les pathologies : 55.5% (n=5) des enfants avec anomalies cérébrales sont vivants à 1 an, mais seulement 13.3% (n=4) des enfants souffrant d'un syndrome polymalformatif. Les enfants avec le meilleur taux de survie à 1 an sont les enfants atteints d'anomalies cérébrales de pronostic incertain (n= 18, 90%), ainsi que les enfants avec pathologie infectieuse néonatale (n=2, 100%).



Tableau IV. Pronostic anténatal et espérance de vie des enfants

	MFIU	Mortalité néonatale	Décès entre 1 et 12 mois	Vivant à 1 an	Perdus de vue	Total
<b>Pronostic létal</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
<i>Chromosomique</i>	3	4	0	0	0	7
<i>Cérébral</i>	2	0	0	0	0	2
<b>Mauvais pronostic</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>41</b>
<i>Cérébral</i>	1	1	1	5	1	9
<i>PM</i>	5	14	3	4	3	29
<i>Situation médicale</i>	0	3	0	0	0	3
<b>Pronostic incertain</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>59</b>
<i>Cérébral</i>	0	0	1	18	1	20
<i>PM</i>	3	3	2	19	0	27
<i>Situation médicale</i>	4	4	0	1	2	11
<i>Chromosomique</i>	0	1	0	0	0	1
<b>Spinabifida</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
<b>Anomalies cardiaques</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
<b>Anomalies de l'appareil urinaire</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Autres anomalies isolées</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Génétique</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>19</b>
<b>Infectieuse</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Grossesse gémellaire</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>Trisomie 21</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>20</b>	<b>210</b>

MFIU : mort fœtale in utero, PM : syndrome polymalformatif

## IV. DISCUSSION

Notre étude sur les grossesses poursuivies malgré une pathologie fœtale grave qui aurait pu faire l'objet d'une IMG est actuellement la plus importante étude monocentrique décrite, avec 210 dossiers étudiés (7) (8).

Notre étude confirme une augmentation importante des poursuites de grossesse après l'annonce d'une pathologie fœtale grave. En 10 ans, le taux de ces grossesses poursuivies sur le nombre de grossesses éligibles à l'IMG est passé de 4.3% à 16.4%. Ce phénomène est également rapporté au niveau national par A. Madeuf et al. (9) (6.2% en 2005 versus 7.6% en 2009) puis par le rapport de l'ABM de 2016 (9.8% en 2011 versus 15.5% en 2015)(2).

Cette évolution semble multifactorielle. Les motivations des parents qui font ce choix peuvent être culturelles, et/ou religieuses, et/ou philosophiques. Dans l'étude de D'Almeida (4), à la demande des parents et bien que la pathologie fœtale soit considérée létale, une césarienne pouvait être réalisée pour permettre la naissance d'un enfant vivant. Notre étude reporte plus d'un tiers de césarienne (n=73, 36.5%), dont un peu moins de la moitié (n=33) pour indication fœtale. Pour la plupart des parents, rencontrer le bébé vivant et partager des instants avec lui est essentiel (10). Cela permet la collecte de traces mémorielles et de tisser un lien avec l'enfant (5). Pour d'autres, il est important de vivre la grossesse comme un temps de vie à part entière, d'aller jusqu'au bout d'un processus, de vivre l'expérience de la naissance et d'avoir la liberté de vivre leur parentalité (4,10).

Il peut aussi y avoir une culpabilité des parents à interrompre la vie de leur enfants ou un déni ou une mauvaise compréhension quant à la pathologie annoncée (8). Parfois, la reviviscence de traumatismes anciens (IMG, fausses couches...) peut aussi jouer un rôle. Dans notre étude, 11% des femmes avaient déjà vécu une perte fœtale, soit lors d'une MFIU soit lors d'une IMG. La nature de la pathologie fœtale semble aussi jouer un rôle dans le choix des parents. Nous rapportons plus d'IMG lors du diagnostic d'une pathologie chromosomique, comme l'avait montré A. Madeuf (11). Cela s'explique notamment par le diagnostic plus précoce de ces pathologies, notamment grâce à l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre de dépistage et le dosage des marqueurs sériques maternels. Dans notre étude, les anomalies viscérales isolées et les syndromes polymalformatifs sont en revanche plus fréquents dans les grossesses poursuivies. Leur diagnostic est en général plus tardif. Les syndromes polymalformatifs sont souvent difficiles à appréhender. Si la description des malformations peut se faire aisément, le pronostic de l'association des malformations est compliqué à évaluer. Il ne s'agit pas de simplement additionner les pronostics de chaque organe. De plus les syndromes polymalformatifs sont rarement associés à des pathologies connues, et les recherches génétiques peuvent prendre plusieurs mois. L'information aux parents est pleine d'incertitudes et la décision d'arrêter la grossesse dans ce contexte est complexe.

Quant aux anomalies viscérales isolées, plus fréquentes dans les grossesses poursuivies, elles sont parfois accessibles à une chirurgie, diminuant fortement la morbimortalité (12). Un diagnostic plus précoce semble être associé à une fréquence plus importante d'IMG. Cela s'explique probablement dans l'investissement des parents dans le projet de grossesse qui grandit tout au long de la grossesse, et la sévérité des pronostics des pathologies diagnostiquées au premier trimestre. En effet, Madeuf et al retrouve 43.5% de MFIU et seulement 30.2% de survie néonatale lors d'une pathologie foetale diagnostiquée au 1<sup>er</sup> trimestre (9). De plus, réaliser une IMG au-delà de 22 SA nécessite la réalisation d'un foeticide

par injection d'une substance létale dans le cordon ou le cœur du fœtus sous contrôle échographique. Ce geste peut être une épreuve insurmontable pour les parents.

Le développement des soins palliatifs (SP) néonataux joue certainement un rôle important dans le choix des parents. Les soins palliatifs en néonatalogie se sont beaucoup développés ces dernières années, suite à la loi Leonetti du 22 avril 2005, loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (13). Nous reportons 22.1% de soins palliatifs en période néonatale, un taux similaire a été rapporté par Bourdens et al (19.1%) (8).

Dans notre étude, 99% des couples ont bénéficié d'une consultation avec un pédiatre néonatalogiste, conformément au protocole du CPDP de Montpellier, taux le plus important de la littérature. Un projet de soin néonatal personnalisé était alors proposé aux parents. Cette consultation ne semble cependant pas systématique dans tous les centres. Dans une étude d'Hostarely seulement 60% des couples dont le fœtus est atteint d'une grave pathologie bénéficient d'une consultation anténatale avec un pédiatre néonatalogue (7). Selon Bourdens et al, 10% des couples ne rencontraient pas de pédiatres et un projet de soins palliatifs personnalisés était proposé pour seulement 24.5 % des couples (8). Pourtant, l'existence d'un projet de soins palliatifs, spécifique, et détaillé, subvenant au besoin de la famille, en lien avec une équipe pluridisciplinaire et les praticiens de ville ainsi qu'un lieu d'accueil pour le couple et le nouveau-né en fin de vie favoriserait les couples dans leur décision de soins palliatifs (14,15). Anticiper les soins palliatifs, les aborder avec la famille pendant la grossesse et pouvoir les organiser avant la naissance serait bénéfiques aux couples qui choisissent de garder la grossesse (3). D'après Hostarely, les couples ayant rencontré un pédiatre avant la naissance s'orienteraient plus vers des soins palliatifs alors que les couples n'ayant pas bénéficié de cette consultation choisiraient plutôt une prise en charge active (7).

Cette consultation anténatale nous semble primordiale. En effet, notre série reporte près de 75% de naissances vivantes. Les parents ainsi que les professionnels de santé doivent être préparés à l'accueil d'un enfant vivant, parfois très handicapé, pour lui proposer les soins les plus adaptés. Les gynécologues-obstétriciens n'ont pas la formation des néonatalogistes pour informer les parents sur le pronostic de la pathologie de l'enfant et la prise en charge pédiatrique. Selon Tosello, pour les gynécologues, seulement 15% des pathologies seraient éligibles aux SP, alors que pour les pédiatres, 25% des enfants pourraient en bénéficier (16). Cette consultation permet aussi d'informer les parents sur la pathologie de l'enfant et les soins attendus à court terme puis à moyen et long terme, pour aider les parents à se préparer à accueillir leur enfant.

Dans notre étude, 69.8% des enfants nés vivants ont pu rentrer à domicile. Parmi eux, certains ne nécessitaient aucun soin particulier (par exemple des enfants avec agénésie isolée du corps calleux, ou porteurs de myomes intracardiaques, ou ayant contacté le CMV *in utero*...). D'autres enfants souffraient de handicap mental ou physique lourd, pour lequel il nous paraît important que les parents soient préparés, pour un retour à la maison plus serein.

A l'âge d'un an, 41.4% des enfants issus de ces grossesses sont vivants, taux comparable aux données de Bourdens *et al*, qui rapporte 45% de survie à 12 mois, ainsi qu'à 24 mois (8). Le rapport de 2016 de l'ABM reporte des taux de survie variant de 52.1% à 57% entre 2011 et 2015. Ce taux est plus élevé que le nôtre car dans leur étude la survie est évaluée « au dernier suivi », qui correspond en général à la période néonatale (2). Nous rapportons un taux de MFIU de 12.1%, ce qui est légèrement plus faible que dans la littérature : entre 16.5% et 21.1% selon

l' ABM, 14 .3% pour Bourdens et al, 17.4% pour Madeuf et al (2,8,9). Nous n'avons pas d'explications à cela.

Le pronostic des enfants est souvent impossible à anticiper avec certitude. Dans notre série, 59 pathologies ont été classées avec un « pronostic incertain », sans compter toutes les malformations « isolées » (cardiaques, de l'arbre urinaire...) ou les maladies génétiques, dont le pronostic est parfois mal défini. Même pour les pathologies dites « létales », l'incertitude de la date de cette mort certaine constitue une situation angoissante et déstabilisante. Dans le groupe des pathologies que nous avons classées comme « létale à court terme », la moitié des enfants sont décédés *in utero* (n=5) et l'autre moitié moins de 7 jours après la naissance (n=5). Dans la classification de l'ABM, les termes « létal » et « non viable » ne sont utilisés que pour les anomalies chromosomiques et pour les malformations cérébrales (6). Pourtant de nombreuses pathologies classées avec un « mauvais pronostic » sont létales. Dans notre série, sur les 43 enfants souffrant d'une pathologie de « mauvais pronostic », seuls 9 enfants sont vivants à 1 an. Il en est de même pour certaines anomalies cardiaques ou certaines maladies génétiques, où seulement 24.1% et 29.0% respectivement des enfants sont en vie à 1 an. S'il est difficile d'évaluer un pronostic en anténatal, il l'est tout autant de le classer.

Nous avons choisi d'utiliser la classification de l'ABM et non celle de Dommergues (17), utilisée par d'autres auteurs (7–9). En effet, elle ne nous semble pas appropriée pour plusieurs raisons. Dans le groupe 1 de Dommergues, qui représente les pathologies létales avec > 90% de risque de mortalité infantile, certains auteurs rapportent plus de 30% de survie périnatale (9). Ceci peut s'expliquer par l'évolution des soins médicaux et chirurgicaux proposés à ces enfants, comme par exemple en chirurgie cardiaque, où certaines malformations considérées comme létales à court terme peuvent être aujourd'hui accessibles à la chirurgie (12). De plus, le groupe 4 de Dommergues est un groupe très hétérogène, comprenant des pathologies pour lesquelles la probabilité d'handicap sévère chez un individu n'est pas bien connue (par exemple l'agénésie du corps calleux), les pathologies à expression tardive ( par exemple, la chorée de Huntington), les pathologies potentiellement curables mais dans un contexte familial d'échec de traitement, et enfin les pathologies pour lesquelles il n'existe pas de consensus sur la gravité du handicap (par exemple achondroplasie, ou l'agénésie d'un membre). Regrouper toutes ces pathologies si différentes en terme de handicap et de pronostic ne nous semble pas adapté. Cette difficulté à élaborer une classification souligne la complexité de l'incertitude dans le diagnostic prénatal. Pourtant le pronostic de l'enfant à naître est le cœur de l'information donnée aux parents (17).

Cette incertitude, les professionnels de santé se doivent de l'exposer aux parents, avec toutes les possibilités d'évolution de la grossesse puis de l'enfant. L'information sur la pathologie du fœtus et le pronostic attendu doit être claire et accessible aux parents. Le risque de MFIU doit être abordé, mais aussi le risque de handicap et le risque de survie prolongée malgré une pathologie dite létale. En effet, la revue de la littérature de Wilkinson, reporte des espérance de vie de plusieurs années chez des enfants souffrant d'une pathologie dite « létale» telle la trisomie 13, l'anencéphalie, ou l'holoprosencéphalie (18). L'information doit être neutre et objective, et l'entretien ne doit pas être directif pour éviter le « paternalisme foetal fatal »(19). Elle doit laisser aux parents leur libre arbitre et respecter le principe d'autonomie parentale. Ce sont les patientes, et elles seules, qui savent ce qui est le mieux pour elles (20).

Notre perception de tel ou tel handicap n'est pas forcément celle des parents. L'acceptable et l'inacceptable sont propres à chaque personne.

D'après Einaudi, 50% des couples ayant eu recours à l'IMG trouvent que leur décision n'était pas respectée, qu'on ne leur a pas donné assez d'informations et qu'ils ont ressenti une perte de contrôle (14). Certains parents regrettent de ne pas avoir eu assez d'informations sur les soins palliatifs, et de ne pas avoir été orientés vers des associations de parents (14). Tosello et al ont aussi reporté que lors de la consultation pédiatrique qui suivait l'annonce d'une trisomie 18 chez le fœtus, presque 50% des médecins n'exposaient pas la possibilité de SP néonataux (21). Dans une étude de Heuser, seuls 11% des médecins soutenaient des femmes enceintes qui désiraient poursuivre leur grossesse avec prise en charge active du fœtus malgré le diagnostic de trisomie 18, et plus de la moitié essayait de les persuader de réaliser une IMG (22). Pourtant, le choix de poursuivre la grossesse est en général un choix profond et intime et les changements de décision sont rares, entre 3 et 5% selon les études (7,8). Dans notre étude, plus d'un quart des couples ne souhaitait pas de prélèvements invasifs (n=56, 26.7%). On peut supposer que leur choix était fait dès l'annonce de la pathologie, et qu'ils ne souhaitaient pas prendre le risque de complications obstétricales suite aux prélèvements, d'autant plus que les résultats n'influenceraient pas leur décision.

**Force et faiblesses de l'étude :** La période de recueil de données étant large, de 2006 à 2016, nous avons choisi de travailler avec seulement notre centre pour permettre une homogénéisation des données, tant sur la tenue des dossiers que sur les indications fœtales d'IMG et la prise en charge des patientes. Malgré un recueil de données exhaustif, notre étude a des limites. Les données sur l'espérance de vie des enfants sont informatives mais insuffisantes. Leur qualité de vie serait d'autant plus intéressante. Nous avons pu récupérer pour nombre d'entre eux des informations sur leur santé et leur quotidien via les comptes rendus de consultation au CAMPS ou chez des spécialistes. Quelques enfants ont un développement psychomoteur strictement normal aux dernières nouvelles (par exemple des enfants avec agénésie du corps calleux, ou antécédent d'hydrocéphalie anténatale, ou présence de myomes intracardiaques), mais la plupart sont atteints de handicaps physiques, et/ou moteurs. Nous avons volontairement décidé de ne pas présenter ces résultats car il nous paraît malvenu de juger la qualité de vie de ces enfants et de leurs familles uniquement sur des comptes rendus de consultation. Un retard mental, une encoprésie ou une gastrostomie d'alimentation est sûrement vécue très différemment selon le contexte familial et l'histoire personnelle des enfants. Il aurait fallu pour cela un questionnaire de qualité de vie adapté au handicap pédiatrique.

Nous avons 3 enfants perdus de vue au moment de la naissance (1.4%) puis 17 perdus de vue à 1 an, soit au total 20 perdus de vue (9.5%). Ce taux est plus important que dans d'autres études : 6.4% dans le rapport de l'ABM (6), et 7.5% pour Madeuf et al (9). En effet, la grande majorité des perdus de vue le deviennent dans les 12 mois qui suivent la naissance. Or nous avons choisi d'évaluer la survie à 1 an, contrairement à ces 2 études, qui utilisent le terme « vivant au dernier suivi », dont l'âge n'est pas précisé mais qui correspond en général à quelques mois de vie (6).

Notre étude confirme une véritable évolution des mœurs au sein du diagnostic prénatal. De plus en plus de femmes désirent poursuivre leur grossesse malgré le diagnostic d'une pathologie fœtale grave, et nous devons répondre à cette nouvelle demande en

adaptant notre prise en charge humaine et médicale, de la femme enceinte et de l'enfant à naître.

## REFERENCES :

1. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. 75-17 janv 17, 1975.
2. Agence de Biomédecine. Rapport des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal 2015. 2016
3. Balaguer A, Martín-Ancel A, Ortigoza-Escobar D et al. The model of palliative care in the perinatal setting: a review of the literature. *BMC Pediatr*. 2012; 12(1).
4. D'Almeida M, Hume RF, Lathrop A, et al. Perinatal Hospice: Family-Centered Care of the Fetus with a Lethal Condition. *J AM physicians and surgeons*. 2006;11(2):52-5.
5. Bétrémieux P, Druyer J, Bertorello I, et al. Projet palliatif anténatal après diagnostic de malformation fœtale létale : expérience du CHU de Rennes de 2006 à 2012. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;45(2):177-83.
6. Agence de Biomédecine. Rapport états des lieux du diagnostic prénatal en France. Version 11/02/2008 [www.agence-biomedecine.fr](http://www.agence-biomedecine.fr).
7. Hostalery L, Tosello B. Outcomes in Continuing Pregnancies Diagnosed with a Severe Fetal Abnormality and Implication of Antenatal Neonatology Consultation: A 10-Year Retrospective Study. *Fetal Pediatr Pathol*. 2017;36(3):203-12.
8. Bourdens M, Tadonnet J, Hostalery L, et al. Severe Fetal Abnormality and Outcomes of Continued Pregnancies: A French Multicenter Retrospective Study. *Matern Child Health J*. 2017;21(10):1901-10.
9. Madeuf A, Roman H, Verspyck E. Continuation of pregnancy despite a diagnosis of severe fetal anomaly: a retrospective French study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(8):934-40.
10. Botero Nataly CL. Lettre annuelle d'information Janvier 2017, ASSOCIATION SPAMA : Soins Palliatifs et Accompagnement en MAternité [www.spama.asso.fr](http://www.spama.asso.fr)
11. Madeuf A. Thèse pour le doctorat en Médecine: Poursuite de grossesse alors qu'une IMG était recevable. État des lieux en France. 2013
12. Feinstein JA, Benson DW, Dubin AM, et al. Hypoplastic Left Heart Syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59(1):S1-42.
13. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.

14. Einaudi MA, Le Coz P, Malzac P, et al. Parental experience following perinatal death: exploring the issues to make progress. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151(2):143-8.
15. Wool C. State of the Science on Perinatal Palliative Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(3):372-82.
16. Tosello B, Dany L, Bétrémieux P, et al. Barriers in Referring Neonatal Patients to Perinatal Palliative Care: A French Multicenter Survey. *PLOS ONE.* 2015;10(5):1-11
17. Dommergues M, Mandelbrot L, Mahieu-Caputo D, et al. Termination of pregnancy following prenatal diagnosis in France: how severe are the foetal anomalies? *Prenat Diagn.* 2010; 30:531-7
18. Wilkinson D, Thiele P, Watkins A, et al. Fatally flawed? A review and ethical analysis of lethal congenital malformations: Lethal malformations. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119(11):1302-8.
19. Wilkinson D. Fatal fetal paternalism. *J Med Ethics.* 2012;38(7):396-7.
20. Thiele P. He was my son, not a dying baby. *J Med Ethics.* 2010;36(11):646-7.
21. Tosello B, Haddad G, Gire C, et al. Lethal fetal abnormalities: how to approach perinatal palliative care? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(6):755-8.
22. Heuser CC, Eller AG, Byrne JL. Survey of physicians' approach to severe fetal anomalies. *J Med Ethics.* 2012;38(7):391-5.



## SERMENT D' HIPPOCRATE

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
  
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
  
- Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
  
- Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
  
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## RESUME

*Objectif* : Décrire le devenir des grossesses et des enfants lorsqu'une grossesse est poursuivie malgré une pathologie foetale grave pour laquelle une interruption médicale de grossesse (IMG) aurait pu être acceptée.

*Méthodes* : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans (01/01/2006-31/12/2016) monocentrique au Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Montpellier. Les données maternelles, obstétricales et pédiatriques étaient recueillies. Les pathologies foetales et le terme du diagnostic chez les grossesses poursuivies était comparées aux grossesses ayant eu recours à une IMG. Les pathologies foetales et leur pronostic étaient classés selon la classification de l'Agence de Biomédecine.

*Résultats* : 210 grossesses ont été étudiées. Le nombre de poursuites de grossesse après diagnostic d'une pathologie foetale grave et incurable augmente en 10 ans : 8 cas en 2006 versus 36 cas en 2016. Le diagnostic tardif, après 22 semaines d'aménorrhée, et la nature de la pathologie foetale (syndrome polymalformatif et anomalie viscérale isolée) semblent favoriser la poursuite de la grossesse ( $p < 0.05$ ). 182 enfants sont nés vivants (86.6%), et le retour à domicile a été possible pour 111 enfants (52.9%). A 1 an, 90 sont toujours en vie (41.1%). Dans notre série, les 9 enfants dont la pathologie avait été jugée « létale » en anténatal sont décédés avant l'âge d'un an. Il reste difficile d'évaluer et de classer le pronostic en anténatal.

*Conclusions* : De plus en plus de femmes souhaitent poursuivre leur grossesse malgré une pathologie foetale d'une particulière gravité. Nous devons adapter notre prise en charge humaine et médicale pour répondre à cette nouvelle demande.

### Mots clés :

- Interruption médicale de grossesse
- Diagnostic prénatal
- Pronostic néonatal
- Pathologie foetale grave
- Poursuite de grossesse
- Mortalité périnatale
- Mort foetale *in utero*
- Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal