Pratique clinique

Conduite à tenir en cas de grossesse diagnostiquée en cours de mission

G. WERKOFF[(1)], É. DEHEZ[(2)]

(1) Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Gynécologie, Saint-Mandé
(2) État-Major Opérationnel Santé

Auteur correspondant : gabwerkoff@yahoo.fr

Open access DOI
10.17184/eac.9262

Reçu
le 27/01/2025

Accepté
le 19/02/2025

Publié
le 5 mars 2025

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Le diagnostic de grossesse en cours de mission est une situation qui n'est pas rare. La grossesse est un motif d'inaptitude à la projection. Le diagnostic de grossesse en cours de mission pose donc au médecin des forces, la question d'une évacuation, en plus de la gestion de potentielles complications du premier trimestre de grossesse. Le délai de cette évacuation sera déterminé en fonction des moyens diagnostiques disponibles sur place, de la présence d'une complication avérée ou suspectée de la grossesse, et de la demande potentielle d'interruption de grossesse de la part de la patiente. Le contexte particulier du diagnostic doit également être pris en compte, le soignant des forces s'appliquera à avoir pour la patiente, une attitude sans jugement et à respecter le secret médical, en particulier lors de l'organisation de l'évacuation.
Enfin, afin d'éviter cette situation, une attention particulière devra être portée sur la prévention des grossesses non désirées lors des VMP et des consultations avant départ.

Mots-clés : Chimioprophylaxie antipaludique. Grossesse. IVG. MEDEVAC. Missions. OPEX. Médecine d'armée.

Abstract:
PROCEDURE IN THE EVENT OF PREGNANCY DIAGNOSED DURING A MISSION
Women finding out that they are pregnant on deployment is not uncommon but justifies duty unfitness. Consequently, the military doctor is faced with potential difficulties i.e., evacuation or possible first-trimester complications. The time needed to organise such an evactuation depends on the resources available on-site to establish pregancy diagnosis and definite or suspected pregnancy complications while considering the possibility of the patient requesting pregnancy termination.

In any case, the particular context of such a diagnosis needs to be taken into account, and the team of caregivers need to have a non-judgmental attitude towards the patient, and to respect medical confidentiality, particularly when organising the evacuation. Finally, preventing unwanted pregnancies during medical check-ups and pre-departure consultations is an option that needs to be considered to avoid further complications during deployment.

Keywords: Malaria chimioprophylaxis. Pregnancy. Voluntary Termination of Pregnancy. Missions. Foreign military operations. Military medicine.

Introduction – Données épidémiologiques

La grossesse chez une femme militaire implique une « exemption systématique de tout entraînement physique au combat et une limitation à des activités sédentaires et non opérationnelles » (1).

La grossesse en cours de mission est le premier motif d'évacuation pour motif gynécologique. En moyenne, 15 STRATEVAC par an ont été déclenchées pour ce motif sur la période allant de 2020 à 2024. Il est possible que ce nombre sous-estime le nombre réel de patientes présentant une grossesse en cours de mission, car certaines grossesses peuvent ne pas être déclarées par les patientes en cours de mission, et d'autres patientes sont rapatriées pour motif personnel, et non médical. Parmi les patientes rapatriées, les deux tiers sont prises en charge à leur retour en métropole dans le service de gynécologie de l'Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin (HNIA Bégin), les autres retournent à domicile, le suivi est ensuite organisé par l'antenne médicale de rattachement (données EMO santé).

Les grossesses survenant en mission sont, dans la quasi-totalité des cas des grossesses non programmées. L'étude COSEMIL menée en 2015 (2) retrouvait que le taux de femmes militaires ayant recours à une Interruption volontaire de grossesse (IVG) était supérieur à celui des femmes de la population générale (17,6 % [15,2–20,4] *versus* 14,3 % [13,1–15,5]).

Plusieurs études américaines retrouvent également un taux de grossesses non désirées plus élevé chez les femmes militaires que chez celles de la population générale (3).

Les facteurs de risques identifiés pour la survenue d'une grossesse non désirée étaient un âge inférieur à 25 ans, un grade de militaire du rang, d'habiter en caserne et le déploiement en mission. Le surrisque de grossesse non désirée en cours de mission était expliqué par une plus faible accessibilité aux moyens de contraception, et une réticence des patientes à consulter pour des motifs en lien avec la santé sexuelle, notamment par crainte d'une sanction, les rapports sexuels étant interdits dans l'armée américaine (3).

1 Diagnostic de la grossesse et de potentielles complications

La grossesse est généralement diagnostiquée par un test de grossesse urinaire prescrit chez une patiente consultant pour une aménorrhée, des douleurs pelviennes ou des métrorragies. Plus rarement, les points d'appels cliniques sont des nausées, des vomissements ou des troubles digestifs.

1.1 Anamnèse et examen clinique

L'anamnèse permettra d'évaluer le début de grossesse en notant la date des dernières règles. On recherchera des signes évocateurs de grossesse tels que mastodynies, nausées ou douleurs pelviennes modérées. On évaluera également le risque d'exposition à une Infection sexuellement transmissible (IST), et le caractère consenti ou imposé du rapport, la demande éventuelle d'une IVG. Certains soignants peuvent se sentir peu à l'aise pour interroger une patiente sur ces questions en lien avec la santé sexuelle. Les informations recueillies sont pourtant capitales pour pouvoir proposer une prise en charge optimale, en particulier le dépistage et le traitement d'un infection sexuellement transmissible et la prise en charge d'une violence sexuelle.
Plusieurs guides existent pour accompagner les professionnels de santé non formés à la santé sexuelle dans la prise en charge de leurs patients (4,5). Les principes de cette anamnèse sont la mise en place d'un environnement de confiance avec la patiente, le rappel du caractère confidentiel des informations recueillies et une posture d'écoute bienveillante et sans jugement. On expliquera l'intérêt médical de poser ces questions, et un refus éventuel de répondre à ces questions sera respecté. Ce refus pourra être notifié dans le dossier médical.
L'anamnèse recherchera également des signes évocateurs d'une éventuelle complication, notamment la présence de métrorragies ou de douleurs pelviennes.
L'examen gynécologique n'est, le plus souvent, pas nécessaire. On pratiquera une palpation abdominale afin d'évaluer une éventuelle douleur pelvienne.

1.2 Examens complémentaires

Le diagnostic de grossesse est généralement confirmé par un test de grossesse urinaire positif.

L'échographie pelvienne, quand elle est disponible, permet de confirmer la grossesse. Elle constitue l'examen de référence pour évaluer les complications du premier trimestre, telles qu'une grossesse extra-utérine ou une grossesse arrêtée.
En cas d'image typique de sac intra-utérin, un dosage plasmatique de la bêta-hCG (hormone chorionique gonadotrope ou BhCG) n'est pas utile. En effet, la présence d'un sac intra-utérin permet d'éliminer une grossesse extra-utérine, et l'évolutivité de la grossesse s'appuiera sur un contrôle d'échographie à 7 ou à 14 jours (6).
En l'absence de sac intra-utérin, on recherchera des signes directs ou indirects de grossesse extra-utérine, tels que masse latéro-utérine ou un épanchement abdomino-pelvien signant un hémopéritoine.
Le dosage plasmatique de la BhCG est utile en cas d'échographie non réalisable, ou en l'absence de sac intra-utérin à l'échographie, pour diagnostiquer ou éliminer une Grossesse extra-utérine (GEU). Le seuil de BhCG sans visualisation de sac intra-utérin au-delà duquel on peut exclure une Grossesse intra-utérine (GIU) évolutive, est de 3 510 U/ml.

En l'absence d'échographie, si la concentration en BhCG est inférieure à 2 000 U/ml et que l'augmentation à 48 h est inférieure à 15 %, on peut exclure une GIU évolutive. Une cinétique croissante ou décroissante des BhCG n'exclut pas une grossesse ectopique. En l'absence d'échographie, une augmentation anormale ou une stagnation des niveaux de BhCG peut indiquer une complication nécessitant une évacuation dans un délai court.

1.2.1 Prévention de l'allo-immunisation materno-fœtale chez les patientes Rhésus négatif

Pendant de nombreuses années, il était d'usage d'administrer des gammaglobulines anti-D aux patientes enceintes de Rhésus négatif présentant des métrorragies dès le premier trimestre afin de prévenir un risque d'allo-immunisation materno-fœtale. Les recommandations pour la pratique clinique éditées par le CNGOF en 2024 sont de « ne pas administrer d'immunoglobulines anti-D avant 12 semaines d'aménorrhée (SA) dans le but de réduire le risque d'allo-immunisation, en cas d'interruption volontaire de grossesse, de grossesse arrêtée ou de fausse couche, ou en cas de métrorragies sur une grossesse évolutive avant 12 SA » (7). En effet, aucune étude n'a permis de confirmer le bénéfice d'une injection d'immunoglobulines sur le risque d'allo-immunisation, et le passage d'hématies fœtales avant 12 SA est faible dans ces situations.

1.2.2 Traitement prophylactique du paludisme

La doxycycline ne présente aucun risque malformatif lors de la prise au premier trimestre de grossesse. On peut donc rassurer une patiente dont la grossesse aurait été diagnostiquée alors qu'elle était sous ce traitement. Lorsqu'elle est administrée au troisième trimestre, elle peut colorer les dents de lait de l'enfant. Pour cette raison, la doxycycline est contre-indiquée à partir du deuxième trimestre de grossesse (8).

L'atovaquone-proguanil ne présente aucun risque malformatif. La patiente sera rassurée, et on poursuivra le traitement selon le schéma initialement prévu (9).

2 Organisation de l'évacuation

La découverte d'une grossesse en cours de mission est une indication de MEDEVAC stratégique, comme précisé dans la PIA sur les évacuations médicales stratégiques (10). Toute autre modalité de rapatriement (RAPAEVEN, rapatriement à la demande de l'intéressée…) ne doit pas être envisagée, car nécessiterait de rompre le secret médical et priverait la patiente d'un potentiel accompagnement médical. La mission ne peut pas être prolongée devant la nécessité d'un suivi adapté et prise en charge d'éventuelles complications en métropole : accès inconstant à l'échographie et au dosage plasmatique de BhCG, pas de matériel pour pratiquer une aspiration endo-utérine en *Role 2*, accès inconstant à la cœlioscopie, etc. Pour les mêmes raisons, il n'est pas envisageable de proposer aux patientes demandeuses une IVG sur place.

2.1 Délai d'évacuation

Le délai d'évacuation sera décidé en fonction en fonction du degré d'urgence médicale et des complications avérées ou suspectées.

- En cas de métrorragies abondantes faisant suspecter une fausse couche hémorragique, ou de suspicion de GEU avec risque de rupture tubaire (hémopéritoine à l'échographie, masse latéro-utérine supérieure à 1 cm et/ou embryon extra-utérin, hémopéritoine, défense abdominale), la patiente sera évacuée dans les plus brefs délais pour une prise en charge chirurgicale vers un *Role 2* ou *3*, ou vers un service de chirurgie gynécologique proche.

- En cas de grossesse intra-utérine évolutive confirmée à l'échographie, chez une patiente ne présentant ni douleurs ni métrorragies, une demande de MEDEVAC stratégique P3 sera effectuée (délai supérieur à 24 h).

- Dans les autres situations (suspicion de GEU débutante ou de grossesse de localisation indéterminée, métrorragies de faible abondance, doute sur l'évolutivité d'une grossesse, etc.), une MEDEVAC stratégique urgente P1 (décollage en moins de trois heures) ou prioritaire P2 (décollage en moins de 24 h) sera demandée au cas par cas. Un gynécologue d'astreinte est joignable 7 j/7 pour aider à la prise de décision dans ce type de situation.

- Une demande d'IVG peut être un motif pour avancer le délai d'évacuation si la patiente approche du délai légal d'interruption de 16 SA.

Dans tous les cas, et comme pour toute évacuation pour motif médical, le secret médical doit être respecté. On rappellera à l'ensemble des personnels soignants le caractère non négociable du secret médical et par conséquent, que le motif de l'évacuation ne doit pas être divulgué. On s'abstiendra notamment d'utiliser la dénomination officieuse de « vol rose ».

2.2 Destination de l'évacuation

Il existe un unique service de gynécologie dans le Service de santé des armées (SSA), situé à l'HNIA Bégin. Si la destination du vol se trouve à plus de 200 km de ce service et qu'il s'agit d'une grossesse évolutive non compliquée, la patiente pourra être prise en charge par son antenne médicale.

Dans les autres situations, la patiente sera adressée à l'HNIA Bégin et vue par un gynécologue de l'HNIA Bégin.

Lors de la visite médicale au retour de STRATEVAC, on prescrira un bilan de grossesse avec sérologies VIH, hépatites B et C, syphilis (TPHA –VDRL), toxoplasmose et rubéole. Pour les patientes de plus de 35 ans, on prescrira également une glycémie à jeun. On prescrira également une échographie du premier trimestre à réaliser entre 12 et 14 SA et un dosage des marqueurs sériques du premier trimestre à pratiquer entre 12 et 14 SA. On recommandera à la patiente de débuter le suivi de grossesse auprès d'une sage-femme, d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste et de s'inscrire en maternité. Les inaptitudes temporaires en lien avec la grossesse seront notifiées.

Dans le cas où la patiente est demandeuse d'une IVG, les marqueurs sériques et l'échographie du premier trimestre ne seront pas prescrits. La patiente sera orientée vers le service d'orthogénie le plus proche de son domicile. Le site *ivg.gouv.fr* met à disposition des praticiens des ressources pour accompagner les patientes dans ces démarches (11). Après une IVG, il est d'usage de prévoir trois à sept jours d'arrêt de travail.

3 Prévention

Plusieurs études retrouvant un taux de grossesses non désirées plus élevé chez les femmes militaires (2,3), il est important de prévoir des mesures de prévention lors des consultations de VMP et avant départ en mission.

Cette prévention passe en grande partie par la prescription d'une contraception adaptée. Le sujet de la contraception doit être systématiquement abordé lors des VMP et des visites médicales avant projection opérationnelle. Il existe de nombreux moyens de contraceptions disponibles, mécaniques ou hormonaux. Compte tenu des contre-indications et de profils de tolérance variables, il n'est pas possible de recommander un type de contraception plus qu'un autre de façon générale. La prescription d'une contraception doit se faire à l'issue d'une consultation évaluant les contre-indications éventuelles, la tolérance éventuelle d'autres contraceptions, l'observance de la patiente et ses demandes. L'examen gynécologique n'est le plus souvent pas nécessaire pour prescrire une contraception (12).

Les contraceptions à longues durées d'action ou LARC (*long-acting reversible contraception*) tels que les dispositifs intra-utérins ou implants ont l'avantage d'éviter le risque d'oubli, tout en permettant le plus souvent de réduire ou supprimer le flux menstruel (13,14). Ces deux arguments font que ce type de contraception semble particulièrement adapté aux patientes projetées. Cependant, ces moyens de contraception ne sont pas dénués de contre-indication, ni d'effets secondaires. Parmi les effets secondaires les plus fréquents, on retrouve du spotting, voire des métrorragies, notamment dans les trois à six mois suivant l'introduction du traitement. Les LARC doivent donc être prescrits après entretien avec la patiente, et on évitera de les mettre en place moins d'un mois avant le départ en mission.

Pour toute prescription d'un contraceptif hormonal, une consultation à trois mois sera prévue afin d'évaluer la tolérance et l'observance du traitement.

Afin d'éviter le diagnostic de grossesse en mission, on pratiquera également un test de grossesse au plus proche du jour du départ, afin d'éviter au maximum de méconnaître une grossesse débutante. On peut proposer de pratiquer une recherche plasmatique de BhCG dans la semaine qui précède le départ, et un test urinaire de grossesse la veille ou le jour du départ.

La problématique de la contraception et de la prévention d'une grossesse non désirée s'inscrit dans celle plus large de la santé sexuelle. Afin de contribuer à la diminution des risques liés à la santé sexuelle, il est souhaitable de prévoir des séances d'information et des actions de promotion de la santé sur le thème de la santé sexuelle à destination de l'ensemble du personnel militaire (15).

Conclusion

Le diagnostic de grossesse en cours de mission est une situation qui nécessite que le médecin des forces évalue le risque de complications afin de déterminer les meilleurs conditions d'évacuation. Une attitude sans jugement et le respect absolu du secret médical sont indispensables pour permettre de délivrer des soins optimaux.

La prévention des grossesses non désirées nécessite d'aborder le sujet de la contraception lors des VMP et des visites médicales avant déploiement opérationnel. Or, peu d'études existent actuellement sur la contraception des femmes militaires et la sexualité en cours de mission, et il serait intéressant d'évaluer les difficultés potentielles rencontrées. Cette problématique pourrait s'inscrire plus largement dans une politique nationale en santé sexuelle dans les armées.

Remerciements au linguiste relecteur : Édouard Lizé.

Références bibliographiques

1. Ministère des Armées. Arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. JORF n°0076 du 31 mars 2021, texte n° 15, ARMH2110098A.
2. Duron S, Bohet A, Panjo H, Bajos N, Migliani R, Marimoutou C, et al. Sexual health in the French military : a multidimensional and gendered perspective. BMC Public Health. 2018 ;18(1) :750. doi : 10.1186/s12889-018-5571-x
3. Wilson C, Phillips AK, Iobst SE, Myers ER, Trego L, Allard RJ, et al. A Scoping Review of Unintended Pregnancy in Active Duty United States Military Women. Womens Health Issues. 2021 ;31(S1) :S66-80. doi : 10.1016/j.whi.2020.11.006
4. COREVIH Bretagne. Guide Aborder la santé sexuelle en consultation [En ligne]. Bretagne (FR) ; COREVIH Bretagne ; juin 2024 [cité le 25 mars 2025]. Disponible : http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/actualites/Guide__abord__santesex.pdf
5. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Paris (FR) : HAS ; 2024. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [cité le 25 mars 2025] ;[environ 6 écrans]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple.
6. Lavoué V, Huchon C, Deffieux X, Voltzenlogel MC, Vandenbroucke L, Levêque J. [French guidelines for diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester and for management of threatened miscarriage and nonviable pregnancy (except uterine evacuation)]. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014 ;43(10) :776-93. doi : 10.1016/j.jgyn.2014.09.012
7. Vigoureux S, Maurice P, Sibiude J, Garabedian C, Sananès N. [Prevention of Rh D alloimmunization in the first trimester of the pregnancy : French College of Obstetricians and Gynecologists guidelines for clinical practice]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2024 ;52(7-8) :446-53. doi : 10.1016/j.gofs.2024.02.026
8. CRAT [En ligne]. Paris (FR) : CRAT ; 2024. Doxycycline – Grossesse [cité le 26 jan 2025] ;[environ 2 écrans]. Disponible : https://www.lecrat.fr/6396/.
9. CRAT [En ligne]. Paris (FR) : CRAT ; 2024. Malarone® – Grossesse [cité le 26 jan 2025] ;[environ 2 écrans]. Disponible : https://www.lecrat.fr/6459/.
10. Ministère de la Défense. PIA 4.10.1*STRATEVAC (2017), N° 74 DEF/CICDE/NP du 26 avril 2017 : Les évacuations médicales stratégiques [En ligne]. Paris (FR) : Ministère de la Défense ; avril 2017 [cité le 25 mars 2025]. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/cicde/20170426-NP-CICDE-PIA-4.10.1-STRATEVAC-2017-AM-01-08-2017.pdf
11. ivg.gouv.fr [En ligne]. Paris (FR) : Service public ; 2022. Ressources disponibles pour informer et orienter les femmes sur l'interruption volontaire de grossesse [cité le 26 jan 2025] ;[environ 3 écrans]. Disponible : https://ivg.gouv.fr/informer-et-orienter-les-femmes-sur-l-interruption-volontaire-de-grossesse

12. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Paris (FR) : HAS ; 2024. Contraception : consultations initiale et de suivi [cité le 26 jan 2025] ;[environ 4 écrans]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi.

13. Goyal V, Borrero S, Schwarz EB. Unintended pregnancy and contraception among active-duty servicewomen and veterans. Am J Obstet Gynecol. 2012 ;206(6) :463-9. doi : 10.1016/j.ajog.2011.11.018

14. Harrington LA, Shaw KA, Shaw JG. Contraception in US servicewomen : emerging knowledge, considerations, and needs. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017 ;29(6) :431-6. doi : 10.1097/GCO.0000000000000414

15. Boyer CB, Gaydos CA, Geller AB, Garges EC, Vermund SH. Sexually Transmitted Infections in the U.S. Military : A Sexual Health Paradigm to Address Risk Behaviors, Unintended Pregnancy, Alcohol Use, and Sexual Trauma. Mil Med. 2022 ;187(5-6) :140-3. doi : 10.1093/milmed/usab407