

Hémorragies génitales au 1er trimestre (item 17 C et 17D)

Objectifs :

Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des hémorragies génitales au 1er trimestre de grossesse.

Introduction :

Chez une femme en période d'activité génitale, la première cause des saignements est la pathologie du 1er trimestre de grossesse. La grossesse est parfois connue sinon, il faudra l'évoquer systématiquement devant des règles anormales, des signes sympathiques de grossesse et avoir recours au moindre doute à des examens complémentaires.

Une grossesse sur quatre saigne au premier trimestre, et 50% n'évolueront pas ; cette éventualité fréquente justifie une prise en considération médicale et psychologique de cet événement qui perturbe la vie des femmes.

I. Quelle est la démarche diagnostique en cas de métrorragies en début de grossesse ?

Situation urgente ?

La première étape consiste à évaluer rapidement s'il existe une situation pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de l'abondance des saignements. On recherchera des signes de choc (pâleur, soif, dyspnée) et une chute de la TA associée à une tachycardie. Dans cette situation, la prise en charge comportera :

- Un bilan préopératoire,
- Une prise en charge médicale (perfusion rapide d'un soluté de remplissage, type macromolécules) et souvent la préparation d'un geste chirurgical hémostatique : aspiration en cas de fausse couche hémorragique ou laparotomie en cas de GEU rompue essentiellement.

Sinon, la démarche diagnostique comporte :

a) Interrogatoire :

Age, ethnie (maladie trophoblastique plus fréquente en Asie), mode de vie (tabac)

Antécédents :

- Familiaux : maladie héréditaire, malformations, anomalie chromosomique (c.f. cours maladies génétiques), maladies thrombo-emboliques (c.f. cours syndrome des antiphospholipides), D.E.S., ...
- Médicaux et chirurgicaux : appendicectomie, prise médicamenteuse, diabète, dysthyroïdie, chirurgie tubaire...
- Gynécologiques : cycles, contraception, DIU, MST, salpingite, malformation utérine, fibrome, stérilité...
- Obstétricaux : FCS, GEU, pathologie gravidique.

Métrorragies

On recherche la date des dernières règles normales. On fera préciser les métrorragies :

- Date de début,
- Couleur (brunes, sépia ou rouges),
- Abondance en volume et durée avec présence de caillots.

Signes associés

- Douleurs médianes (coliques expulsives) ou latéralisées (comme dans la GEU),
- Douleurs a type de ténésme (hématocèle dans la GEU),
- Douleurs scapulaires (hémopéritoine),
- Diminution ou disparition des signes sympathiques de grossesse (la tension mammaire étant le meilleur de ces signes),
- Signes sympathiques de grossesse importants (Maladie trophoblastique ?),
- Pertes de liquide,
- Fièvre.

b) Examen clinique

Général : appréciation du retentissement du saignement sur l'état général (c.f. supra),

Examen de l'abdomen : à la recherche d'une douleur, d'une défense voire d'une contracture (hémopéritoine),

Au spéculum,

- On peut éliminer les causes de saignement d'origine basse : Vagin, Col (cervicite, polype, ectropion),
- On apprécie l'aspect du col utérin (+/- frottis secondairement), l'ouverture du col utérin, l'existence de débris ovulaires en cours d'expulsion ou de vésicules (môles),

Le toucher vaginal :

- Il précise l'ouverture du col, court perméable à l'orifice interne en faveur d'un avortement, cependant un col fermé n'élimine pas le fait que la grossesse soit arrêtée,
- Il perçoit le volume utérin qui est :
 - * De taille normale pour le terme (grossesse évolutive intra-utérine),
 - * Trop petit pour le terme (grossesse interrompue ou une GEU), mais parfois une erreur de terme,
 - * Trop volumineux ce qui évoque la môle, une erreur de terme, un fibrome ou une grossesse gémellaire.
- Il apprécie les annexes :
 - * Douleur et/ou masse latéro-utérine en cas de GEU,
 - * Parfois gros kyste du corps jaune pouvant être hémorragique (diagnostic différentiel difficile avec GEU),
 - * Rarement, deux gros ovaires en cas de môle hydatiforme.

d) Des examens complémentaires seront réalisés en urgence :

Échographie, réalisée par voie vaginale (et abdominale)

C'est souvent le seul examen demandé.

- Elle précise la localisation de l'oeuf et sa vitalité (activité cardiaque visible à partir de 7 S.A.) :

Soit un utérus vide en raison de :

- * Grossesse trop jeune,
- * Avortement complet,
- * G.E.U.. avec parfois un aspect de pseudo-sac correspondant à la décidualisation de l'endomètre (+/- petit lame d'épanchement sanguin péritonéal).

Soit un oeuf intra-utérin ; il peut alors s'agir de :

- * Hématome décidual avec un décollement du pôle inférieur de l'oeuf,
- * Grossesse arrêtée (oeuf clair, embryon présent mais sans viabilité ou rétention après expulsion),
- * Grossesse gémellaire en voie d'expulsion,

* Môle hydatiforme, on voit des images floconneuses intra-utérines avec une absence d'embryon, le dosage des β -HCG est beaucoup plus élevé qu'ils ne devraient,
-Vitalité douteuse (sac hypotonique à l'échographie) => contrôle entre 7 et 15 jours.

Le dosage des β -HCG

Ils seront quantitatifs et sont très souvent utiles.

Un taux faible ou une cinétique anormale (normalement le taux double en 36-48H) sera en faveur d'une grossesse arrêtée ou d'une GEU.

Un taux normal est plutôt de bon pronostic mais il ne peut éliminer une GEU.

La confrontation échographie-dosage des β -HCG est souvent nécessaire.

Un taux très élevé est en faveur d'une môle.

La connaissance du Groupe sanguin Rhésus est obligatoire , en cas de rhésus négatif, on devra pratiquer une injection de gamma globulines anti-D pour prévenir l'iso-immunisation rhésus materno-foetale.

Au total, cet examen aura répondu aux QCMs suivantes :

- Quelle est l'importance du saignement ?
- La patiente est-elle enceinte ?
- La grossesse est-elle intra-utérine ?
- Est-ce une grossesse extra-utérine ?
- La grossesse est-elle évolutive ?
- La patiente est-elle fébrile ?
- Y a-t-il des lésions du col utérin ?
- Y a-t-il un risque d'allo-immunisation anti-D ?

II. Quels sont les éléments d'orientation et la CAT en fonction des étiologies ?

Les principales causes des métrorragies du premier trimestre de la grossesse sont :

Métrorragies d'origine gravidique :

Grossesse intra-utérine évolutive :

- Hématome décidual (décollement partiel du trophoblaste),
- Lyse d'un jumeau,
- Insertion ovulaire basse. Grossesse intra-utérine non évolutive :

Rétention (oeuf mort, oeuf clair, débris ovulaires),

Avortement spontané,

Avortement provoqué . Maladie trophoblastique, Grossesse extra-utérine.

Métrorragies d'origine gynécologique :

Lésions du col utérin :

- Ectropion,
- Cervicite,
- Cancer du col,
- Lésions cervico-vaginales post-coïtales. Infections : o Endométrite.

GEU

Sur le plan symptomatologique, la triade :

- Retard de règles,
- Douleurs pelviennes,

- Métrorragies.

L'interrogatoire permet parfois de retrouver des facteurs de risque de pathologie tubaire.

A l'examen clinique,

- Col fermé, métrorragies modérées (sepia),
- Utérus petit, masse latéro-utérine douloureuse ou sensibilité latéro-utérine A l'échographie, il existe une vacuité utérine, parfois une image latéro-utérine, et un épanchement dans le cul de sac de douglas. La vacuité est surtout interprétable en cas de B HCG > 1500UI/ml.

La prise en charge thérapeutique est traitée dans le cours GEU.

Grossesse intra-utérine évolutive

Dans ce cas le saignement est le plus souvent peu abondant, indolore.

Sous spéculum, les métrorragies sont d'importance variable.

Au TV, on retrouve un col long, postérieur et fermé ; l'utérus est d'une taille concordante avec l'âge de la grossesse.

L'échographie retrouve une biométrie concordante avec l'âge de la grossesse, le sac ovulaire est tonique, l'activité cardiaque est présente (>6-7 SA), parfois un décollement est visualisé.

Traitement :

- Repos,
- Sérum anti-D si la mère est Rh négatif.

L'évolution est dans ce cas bonne mais, le saignement peut se répéter et la morbidité périnatale est augmentée.

Grossesse arrêtée

" Asymptomatique " :

Dans la majorité des cas la patiente ne présente pas de signes fonctionnels en dehors des métrorragies.

C'est l'échographie qui fera le diagnostic. En effet; il existe une grossesse intra-utérine mais la taille du fœtus est plus petite que ne le voudrait l'âge de la grossesse, le sac est " rabougri " ; il n'existe pas d'activité cardiaque chez un fœtus d'au moins 7 SA (sans erreur de terme).

La CAT dans cette forme pauci-symptomatique sera abstentionniste dans un premier temps ; il ne faut pas hésiter à patienter et reconvoquer la patiente 7-15 jours plus tard pour une échographie de contrôle ; la grossesse s'expulsera spontanément le plus souvent. Dans certains, il existait une erreur de terme, on peut visualiser une grossesse évolutive (> 7 SA).

En cas de confirmation d'une grossesse non évolutive sans expulsion spontanée, on pourra envisager soit un curetage soit un traitement médicamenteux (utilisé pour l'IVG)

N.P.O. : + Sérum anti-D si la mère est Rh négatif.

Avortement spontané

L'interrogatoire retrouve de vives douleurs hypogastriques, des métrorragies abondantes.

Au spéculum, des débris peuvent être visualisés dans le col .

Au TV, le col est dilaté.

Dès que la patiente a expulsé, le saignement diminue puis s'arrête, ainsi que les " contractions ".

Un contrôle échographique permet de vérifier la vacuité utérine sinon un curetage sera réalisé.

N.P.O. : + Sérum anti-D si la mère est Rh négatif.

Avortement provoqué

Cette situation est devenue rare depuis la légalisation de l'IVG.

Le tableau est celui d'un avortement spontané dans un contexte fébrile (II endométrite voire pelvipéritonite) et une situation sociale difficile.

La prise en charge comporte :

Aspiration sous contrôle échographique,

Une prise en charge par antibiotique ...(+ Vaccination antitétanique),

Une prise en charge médico-psycho-sociale.
N.P.O. : + Sérum anti-D si la mère est Rh négatif.

Môle hydatiforme

C'est une dégénérescence trophoblastique de l'oeuf avec disparition de l'embryon.

Clinique

Les signes sympathiques de grossesse sont très marqués (vomissements, tension mammaire ...).

Au spéculum, on peut parfois visualiser des vésicules molaires.

Au TV,

- Utérus est trop gros pour le terme de la grossesse,
- Gros kystes ovariens perçus dans les culs de sacs vaginaux.

Échographie : en intra-utérin on trouve des images floconneuses sans embryon et les kystes ovariens.

Les β -HCG sont très augmentés (200 000 - 400 000UI/ml).

Le traitement est chirurgical : aspiration sous contrôle échographique.

Puis surveillance de la bonne décroissance des β -HCG pendant au moins un an après retour à la normale car l'on redoutera la survenue d'un chorio-carcinome (\leq nouvelle augmentation des β -HCG).

Points essentiels

25% des femmes ont des saignements au 1er trimestre.

50 % n'évolueront pas normalement.

L'échographie permet de visualiser une grossesse intra-utérine évolutive à partir de 7 SA.

La confrontation échographie-dosage des β -HCG est souvent nécessaire dans les grossesses jeunes.

Les principales causes sont : les saignements au cours des grossesses normales, les grossesses arrêtées (l'avortement provoqué), la GEU et la maladie trophoblastique.

Les causes de saignement au cours de la grossesse évolutive sont la lyse d'un jumeau, l'hématome décidual et l'insertion trophoblastique basse.

Dans la majorité des grossesses arrêtées, l'expulsion est spontanée.

En cas de môle, après aspiration, il faudra suivre la décroissance des B HCG jusqu'à négativation afin d'éliminer l'existence d'un choriocarcinome ou d'une môle invasive.

En cas de rhésus négatif, on devra pratiquer une injection de gamma globulines anti-D pour prévenir l'iso-immunisation rhésus materno-foetale.