

TD

Métrorragies du 1^{er} trimestre

Définition

- Saignements provenant de l'utérus de 4 à 12 semaines d'aménorrhée (SA)
- 25 % des grossesses saignent au cours du 1^{er} trimestre, parmi elles, la moitié évolue vers une interruption spontanée et l'autre moitié vers un accouchement

Diagnostic

- **Interrogatoire :**
 - **Âge de la femme :** avec l'augmentation de l'âge, le risque chromosomique est majoré et la fécondité est diminuée
 - **Date des dernières règles, régularité des cycles**
 - **Antécédents :** d'accouchement, de fausses couches parfois à répétition, de grossesses extra-utérines, avec leur modalité de traitement et leurs éventuelles complications
 - **Histoire de la maladie :** date de début des métrorragies, volume et durée, existence de douleurs, caractère spontané ou provoqué, existence d'une fièvre (doit faire penser à une cause infectieuse ou à des manœuvres abortives), date de positivité d'un éventuel test de grossesse, disparition des signes sympathiques de grossesse (fait penser à l'arrêt de la grossesse)
- **Examen clinique :**
 - **Étude des signes généraux :** pâleur, pouls, tension
 - **Signes sympathiques de grossesse :** la présence de nausées, de vomissements
 - **Examen de l'abdomen :** souple ou ballonné, contracturé ou non, douloureux ou non
 - **Examen au spéculum :** aspect du col (gravide ou non), origine du saignement : endocervical ou non (des saignements autres qu'endocervicaux ne sont pas des métrorragies, mais des saignements génitaux)
 - **Toucher vaginal :** col utérin long, postérieur, fermé, ou court, ouvert, laissant passer le doigt (en faveur de l'avortement), taille et consistance de l'utérus (de volume correspondant à l'âge de la grossesse, et de consistance molle, ou au contraire petit et dur), cul-de-sac de Douglas (bombant et douloureux (cri du Douglas), évoquant un hémopéritoine)
- **Examens complémentaires :**
 - **Dosage quantitatif de β -hCG plasmatique :** dosage de la chaîne β spécifique de l'hormone chorionique gonadotrope (dosage radio-immunologique). La sécrétion de β -hCG ne commence que 8-10 jours après l'ovulation et fécondation (cette hormone est sécrétée par le trophoblaste au moment de la nidation, et cette nidation a lieu au 6^e jour après la fécondation). Le taux d'hCG double normalement toutes les 48 heures jusqu'à 8 à 10 SA, les dosages d'hCG ne renseignent pas sur la localisation de l'œuf qui peut être intra- ou extra-utérin
 - **Échographie pelvienne :** examen essentiel (vitalité de l'œuf, sa topographie), l'échographie endo-vaginale donne une meilleure visibilité de l'appareil génital et permet de détecter de façon plus précoce et plus facile la grossesse :
 - **5 SA :** sac gestationnel endo-utérin entouré d'une couronne trophoblastique
 - **6 SA :** apparition d'échos embryonnaires.
 - **7 SA :** au plus tard, apparition d'une activité cardiaque embryonnaire, seul vrai critère d'évolutivité de la grossesse

Etiologies des saignements

- **Grossesse extra-utérine** : premier diagnostic à éliminer de façon absolue, le diagnostic sera évoqué devant : métrorragies de sang noir, avec des douleurs pelviennes et des épisodes de lipothymies, petit utérus pour l'âge théorique de la grossesse, masse latéro-utérine sensible, utérus vide à l'échographie, dosage des hCG positif, parfois, il est nécessaire de refaire des dosages de β -hCG et des échographies à intervalles réguliers pour apprécier l'évolution des taux et images respectifs
 - **Traitement** : réanimation maternelle, confirmation du diagnostic, coelioscopie ou traitement médical en-dehors de contre-indication
- **Môle hydatiforme** : présence de signes sympathiques de grossesse exagérés, utérus augmenté de volume par rapport au terme et éventuellement des kystes de l'ovaire, image échographique typique en « flocon de neige » (mais attention aux imitations), associée à l'absence d'embryon, la môle partielle (embryonnée) diffère de la môle hydatiforme par la présence de structures embryo-fœtales, la présence d'un taux élevé d'hCG plasmatique, le diagnostic formel ne pourra être confirmé qu'après une analyse anatomopathologique du produit d'évacuation de l'utérus qui permettra ainsi d'éliminer un choriocarcinome
 - **Traitement** : réanimation maternelle, évacuation utérine, le matériel de curetage doit être envoyé en histologie pour confirmer le diagnostic et évaluer le degré d'agressivité. Surveillance clinique, biologique et échographique jusqu'à la normalisation de tous les paramètres
- **Métrorragies avec une grossesse intra-utérine** :
 - **Grossesse intra-utérine évolutive** :
 - **Menace d'avortement spontané** : métrorragies durant la période de gestation avant 28 semaines d'aménorrhée avec ou sans douleurs, le volume de l'utérus est en rapport avec l'âge de la grossesse, le col est fermé, il n'y a pas de masse annexielle (sauf un éventuel kyste de l'ovaire ou corps jaune physiologique au début de la grossesse). L'échographie montre un sac intra-utérin avec un écho embryonnaire et une activité cardiaque.
 - ✓ **Lyse d'un deuxième sac gestationnel** : en début d'une grossesse initialement gémellaire
 - ✓ **Décollement trophoblastique** : formant un hématome (visible ou non à l'échographie), lié à la pénétration du trophoblaste dans l'endomètre
 - ✓ Parfois, la cause précise n'est pas retrouvée
 - ❖ **Traitement** : repos à l'hôpital, repos à domicile et l'abstinence sexuelle, antispasmodiques (employés par certains pour réduire les contractions utérines), progestérone (modifie le comportement mécanique des fibres utérines en entraînant une élévation du potentiel de repos, certains avortements sont liés à un corps jaune dont les sécrétions sont insuffisantes), il n'existe pas de thérapeutique pour la majorité des avortements précoces qui sont d'origine chromosomique, et il s'agit là du processus naturel d'élimination des œufs malformés
 - **Tentative d'avortement provoqué**
 - **Grossesse intra-utérine non-évolutive** :
 - **Rétention complète d'un œuf** : avec embryon présent ou sans embryon vu (œuf clair)
 - **Avortement spontané** (interruption spontanée de la grossesse = avortement spontané = fausse couche) : il s'agit de l'arrêt, sans intervention extérieure, d'une grossesse avant qu'elle ait atteint l'âge de la viabilité fœtale, soit actuellement, pour l'OMS, moins de 22 SA et/ou moins de 500 g. L'avortement est précoce s'il apparaît avant 12 SA et tardif au-delà. Avortements spontanés à répétition si trois avortements spontanés successifs survenant au premier trimestre de la grossesse

- ✓ **Expulsion incomplète d'un œuf** : surtout si la fausse couche à lieu après 10 SA, l'expulsion de produit de la grossesse est partielle, peut saigner abondamment, douleurs de type de contractions utérines, utérus de petite taille pour l'âge de la grossesse, col peut être ouvert, il n'y a pas de masse annexielle, les signes « sympathiques » de grossesse ont disparu. L'échographie montre des débris ovulaires non actifs intra-utérins
- ✓ **Expulsion complète d'un œuf** : souvent plus précoce, l'expulsion des produits de la grossesse est complète, l'utérus lors de l'examen bi-manuel est bien rétracté, utérus de petite taille pour l'âge de la grossesse, col peut être fermé, les signes « sympathiques » de grossesse ont disparu. L'échographie montre une cavité utérine vide de tout produit de la grossesse

❖ **Traitement** : réanimation maternelle, évacuation utérine le plus rapidement par curetage aspiratif, les produits d'expulsion doivent impérativement être envoyés en histologie et bactériologie

- **Causes de saignement sans rapport avec la grossesse** : des saignements provenant de la vulve, du vagin ou du col. Un des premiers gestes à avoir devant des saignements chez une femme enceinte est donc de trouver l'origine du saignement lors de l'examen sous spéculum, ces causes n'ont pas de particularité pendant la grossesse
- **Grossesse arrêtée** : rétention des produits de la conception bien après la mort reconnue de l'embryon ou du fœtus (œuf clair = sac gestationnel sans formation embryonnaire), métrorragies minimales, régression des signes de grossesse, croissance de l'utérus gravide inférieure à celle que l'on attend. L'échographie confirme l'arrêt de l'évolution de la grossesse
 - **Traitement** : si la rétention des produits de la grossesse se prolonge 4 semaines ou plus, on doit prendre en considération la possibilité de la survenue de troubles de l'hémostase majeurs avec des saignements abondants, l'évacuation des produits de la grossesse par curetage aspiratif

Etiologies de la fausse couche

- **Anomalies chromosomiques** : 50 % des avortements spontanés du premier trimestre : anomalies accidentelles de la méiose (trisomie, monosomie) ou de la fécondation (triploidie), anomalies génétiques à caryotype normal (mutations génétiques ponctuelles), chromosomes exclusivement d'origine paternelle (môle hydatiforme)
- **Avortements d'origine infectieuse** : bactériennes (listériose, salmonellose, Pseudomonas, syphilis, brucellose), parasitaires (toxoplasmose), virales (cytomégalovirus, herpès, mycoplasme, rickettsiose, hépatite A, oreillons, poliomyélite, rubéole)
- **Anomalies utérines** : congénitales (hypoplasie, utérus bicorne, unicorne ou cloisonné), synéchies utérines, utérus fibromyomateux, béances cervico-isthmiques
- **Anomalies endocriniennes** : déficit lutéal, anomalies de la sécrétion de LH, anomalies thyroïdiennes (hypo- ou hyper-), anomalies du métabolisme glucidique (diabète mal équilibré), hyperandrogénie, syndrome de Cushing, hyperplasie congénitale des surrénales
- **Avortements d'origine immunologique** : anticorps anti-phospholipides, lupus érythémateux disséminé

Traitement

- Quelle que soit l'étiologie, les premiers gestes sont la réanimation maternelle dans les cas où elle est nécessaire.
- Toute femme se présentant pour métrorragies du premier trimestre doit rapidement avoir une prise de tension artérielle et du pouls. Le traitement étiologique suivra
- Prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif

Cas clinique

Madame M, 26 ans, consulte pour des métrorragies apparues ce matin, elle présente un retard de règles de 3 semaines (aménorrhée de 7 semaines). La possibilité d'une grossesse est envisagée

- Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?
 - Antécédents obstétricaux (gestité, parité, ménarche, âge de mariage, contraception), antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux
- Recherchez les facteurs favorisant la survenue d'une GEU
 - Dispositif Intra-Utérin, Procréation Médicale Assistée, tabagisme, micro-progestatifs, chirurgie pelvienne, infections, endométriose tubaire
- Décrivez votre examen clinique
 - **TV** : consistance, taille et état du col, sensibilité au niveau du cul-de-sac de Douglas
 - **Spéculum** : origine du saignement
 - **Palpation de l'abdomen** : défense ou sensibilité pariétale

Votre examen est normal, en-dehors de la mise en évidence de métrorragies de sang noir peu abondant, venant de l'endocol et de l'utérus qui est légèrement augmenté de volume

- Quels examens complémentaires allez-vous demander ? dans l'ordre
 - Dosage plasmatique de β -hCG
 - Echographie pelvienne

β -hCG à 15.000 UI/ml, et à l'échographie nous avons trouvé un épanchement du cul-de-sac et un utérus vide, augmenté de volume avec une masse latéro-utérine (50x40mm)

- Quelle est votre CAT ?
 - Mesures de réanimation
 - Coelioscopie : décision chirurgicale en fonction de l'état de la trompe homolatérale et de la trompe controlatérale ainsi que du désir de la patiente d'avoir des enfants et son âge