

Principales complications de la grossesse

4^e partie – Hémorragie génitale

D^r Fabrice Franchi, D^r Raha Shojai, P^r Léon Boubli
Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Nord, 13315 Marseille Cedex 20
fabrice.franchi@ap-hm.fr

Objectifs

L hémorragie génitale est un motif extrêmement fréquent de consultation au cours de la grossesse quel que soit le terme. La gravité est variable en fonction de la cause. En effet, ces hémorragies peuvent être bénignes comme particulièrement graves et urgentes à prendre en charge en fonction de l'origine du saignement.

Classiquement, on sépare les hémorragies du premier trimestre de celles du reste de la grossesse, car les causes sont différentes. Enfin, quel que soit le terme, on différencie les saignements d'origines endo-utérine et cervico-vaginale.

Un réflexe doit rester présent tout au long de la grossesse devant une hémorragie génitale : la prévention de l'allo-immunisation Rhésus.

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse : hémorragie génitale.

L'âge, les antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux orientent le diagnostic étiologique.

L'histoire de la maladie doit être reprise de la manière la plus précise possible : les circonstances de survenue, l'abondance des saignements (en la comparant aux règles habituelles), la durée, l'existence de signes associés (douleurs, vertiges, lipothymies...).

Bien sûr, il faut rechercher le groupe ABO-Rhésus de la patiente.

2. Examen physique

- ✓ **L'examen général** recherche :
 - des signes d'anémie : pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie ;
 - des signes d'hémorragie aiguë : pouls filant, hypotension artérielle, voire collapsus.

- ✓ **L'examen gynécologique** consiste en un examen mammaire, un examen de l'abdomen, un examen au spéculum et un toucher vaginal.

L'examen mammaire recherche une tension témoignant d'une grossesse évolutive ou à l'inverse une diminution de cette tension ou une galactorrhée évoquant un arrêt de la grossesse.

L'examen de l'abdomen est extrêmement important et doit être pratiqué précautionneusement : recherche d'une masse abdomino-pelvienne qui rectifierait le terme de la grossesse, de signes d'irritation péritonéale évoquant un hémopéritoine en rapport avec une grossesse extra-utérine rompue (défense, voire contracture abdominale, douleur à la décompression brutale...).

L'examen au spéculum est indispensable. Il permet en premier lieu de confirmer l'existence d'un saignement. Ensuite, il fait la différence entre une hémorragie d'origine endo-utérine et cervico-

HÉMORRAGIE GÉNITALE AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE

C'est sans doute l'un des motifs les plus fréquents de consultation en début de grossesse ; en effet, 20 à 25 % des grossesses vont présenter un saignement au premier trimestre, mais la plupart évoluent favorablement.

Deux objectifs doivent absolument prévaloir : éliminer une grossesse extra-utérine, et prévenir l'allo-immunisation Rhésus.

Démarche diagnostique

Elle doit être rigoureuse afin de ne pas négliger une urgence vitale.

1. Interrogatoire

Il permet d'évoquer une grossesse et d'apprécier le terme en fonction de la date des dernières règles, du désir de grossesse, de l'existence d'une contraception, de l'apparition de signes sympathiques de grossesse.

vaginale ; il permet d'évaluer leur abondance et leur aspect ainsi que l'existence de leucorrhées associées ou de débris trophoblastiques.

Le toucher vaginal (TV) recherche une augmentation du volume utérin, la présence d'une masse latéro-utérine, des signes d'irritation péritonéale (cri du Douglas) et la présence d'une dilatation cervicale.

3. Examens complémentaires

Quatre examens sont nécessaires et suffisants à la prise en charge des métrorragies du premier trimestre.

- ✓ **Le dosage de l'hormone chorionique gonadotrope (β -hCG)** se positive 8 à 10 jours après la fécondation, permet de confirmer l'existence d'une grossesse et d'en apprécier l'évolutivité par sa cinétique.
- ✓ **La numération formule sanguine (NFS)** recherche une anémie aiguë nécessitant un traitement en urgence.
- ✓ **L'échographie pelvienne** permet dans un premier temps d'apprécier l'évolutivité de l'œuf ainsi que sa localisation. Elle est faite par voie abdominale et vaginale. Le sac gestationnel est visible en intra-utérin à partir de 4,5 semaines d'aménorrhée (SA) par voie vaginale, et l'activité cardiaque apparaît après la cinquième semaine d'aménorrhée. Elle permet également de mettre en évidence un hémopéritoine.
- ✓ **La détermination du Rhésus maternel** est réalisée.

Causes (tableau)

1. Causes endo-utérines

- ✓ **La menace d'interruption spontanée de la grossesse** (menace de fausse couche spontanée) : la patiente va présenter des métrorragies isolées ou éventuellement associées à des douleurs pelviennes. L'hémorragie est d'abondance modérée, le ventre est souple et le TV non douloureux. L'échographie retrouve un sac

Tableau Causes d'hémorragies du 1^{er} trimestre

MÉTRORRAGIES D'ORIGINE ENDO-UTÉRINE	MÉTRORRAGIES D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE
Grossesse intra-utérine évolutive <ul style="list-style-type: none"> ■ décollement trophoblastique ■ <i>vanishing twin</i> ■ menace de fausse couche spontanée 	Lésions du col utérin <ul style="list-style-type: none"> ■ ectropion ■ cervicite ■ cancer du col utérin ■ lésions traumatiques (post-coïtales)
Grossesse intra-utérine non évolutive <ul style="list-style-type: none"> ■ avortement spontané ■ avortement provoqué ■ rétention 	Infections <ul style="list-style-type: none"> ■ endométrite
Maladie trophoblastique Grossesse extra-utérine	

gestationnel en position intra-utérine sans masse latéro-utérine ni épanchement péritonéal. Le pronostic est favorable pour plus de 90 % des grossesses.

- ✓ **L'avortement spontané** (fausse couche spontanée) : on retrouve des douleurs importantes à type de douleur de règles (ou de contraction) associées à des métrorragies d'abondance importante. L'abdomen est souple. L'examen au spéculum retrouve des caillots avec éventuellement des débris ovulaires présents au niveau de l'orifice cervical. Le col est dilaté au toucher vaginal. L'échographie retrouve soit un sac hypotonique en position intra-utérine, soit en position isthmique ou cervicale soit uniquement des images de rétention.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Complications de la grossesse : hémorragie génitale ».

C'est une question très vaste, regroupant des pathologies de causes et de conséquences très variées. Actuellement, nous observons une tendance très marquée à proposer des sujets multidisciplinaires. Cette question peut être source de nombreux dossiers portant sur une des causes d'hémorragie génitale directement, mais peut également entrer dans un dossier de choc hémorragique, de douleur abdominale aiguë de l'adulte, d'utilisation de dérivés sanguins ou encore de prise en charge d'un enfant prématuré. Nous avons lourdement insisté sur la prévention de l'allo-immunisation Rhésus, question qui a disparu du programme de

l'internat mais qui doit absolument être connue des étudiants.

Mme X., 27 ans, se présente aux urgences pour des métrorragies à huit semaines d'aménorrhée.

① Quels sont les diagnostics que vous évoquez ?

② Détaillez votre prise en charge.

Enfin, il s'agit d'une grossesse intra-utérine évolutive avec décollement trophoblastique. La patiente est de groupe sanguin A négatif.

③ Quelle attitude adoptez-vous ?

La patiente qui a eu une grossesse jusqu'ici sans complication se présente à la maternité quelques mois plus tard à

33 semaines d'aménorrhée pour des métrorragies associées à une violente douleur abdominale.

L'examen retrouve un utérus de bois, des saignements foncés d'origine endo-utérine et une tension artérielle à 17/10. Le bilan biologique montre une anémie à 7 g/dL, une thrombopénie à 50 000 plaquettes et une diminution franche du fibrinogène ; la bandelette urinaire montre une protéinurie.

④ Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Pourquoi ?

⑤ Détaillez votre conduite immédiate à tenir.

⑥ Quelle prise en charge pédiatrique proposez-vous ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

✓ **Le décollement trophoblastique** : on note la présence de saignements minimes associés à des douleurs modérées. Le décollement est visible en échographie. Le pronostic de la grossesse est difficile à évaluer.

✓ **La lyse d'un deuxième sac gestationnel** (*vanishing twin*) est développée sur une grossesse initialement gémellaire.

✓ **Dans la grossesse molaire**, classiquement, on retrouve des signes sympathiques exagérés. Le taux de β -hCG est anormalement élevé pour l'âge de la grossesse. L'échographie retrouve une image en « flocon de neige » ou en « nid d'abeille ». Le diagnostic définitif sera donné par l'examen anatomopathologique.

✓ **L'avortement provoqué** est devenu rare depuis la légalisation de l'IVG. Il faut y penser devant un avortement spontané fébrile. Il faut penser à la prévention du tétanos dans ce contexte.

✓ **Grossesse extra-utérine** (GEU) : il s'agit du premier diagnostic à évoquer devant des métrorragies du 1^{er} trimestre. Le pronostic maternel est en jeu. Le diagnostic sera d'autant plus suspecté qu'il existe des antécédents d'infection tubaire, des métrorragies sépia, une lipothyrie et une douleur pelvienne latéralisée.

2. Causes cervico-vaginales

À l'interrogatoire, on retrouve en principe la notion de métrorragies provoquées (coït, TV...). La cause la plus fréquente est l'ectropion simple ou surinfecté. On retrouve également des cervicites, des plaies vaginales... Bien évidemment, il ne faut surtout pas méconnaître un cancer du col utérin.

Traitements

Dans tous les cas, il faut réaliser une prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez toutes les patientes Rhésus négatif (injection de γ -globulines anti-D).

1. Avortement spontané

Seules les fausses couches hémorragiques nécessitent un traitement en urgence : réanimation maternelle, bilan préopératoire et évacuation utérine par curetage aspiratif le plus rapidement possible. En cas de saignements minimes, peuvent être proposés une attitude expectative (on attend une expulsion spontanée) ou un traitement médical s'il s'agit d'une grossesse de moins de 7 SA.

2. Menace d'avortement spontané

On préconise simplement une mise au repos et une surveillance. La prévention de l'allo-immunisation Rhésus, si la patiente est Rhésus négatif, est systématique.

3. Grossesse molaire

Dès que ce diagnostic est évoqué, il faut réaliser une évacuation utérine chirurgicale (aspiration) afin de bénéficier d'un diagnostic histologique. Encore une fois, il faut garder à l'esprit la prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez les patientes Rhésus négatif.

4. Grossesse extra-utérine

Le traitement sera fonction du stade auquel est fait le diagnostic et fait l'objet d'une question spécifique.

POINTS FORTS

à retenir

Hémorragies du 1^{er} trimestre

- Vingt à 25 % des grossesses présentent des saignements au premier trimestre.
- Une patiente ayant des métrorragies au premier trimestre de la grossesse est suspecte d'avoir une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire.
- La confrontation échographie dosage plasmatique des β -hCG est souvent nécessaire dans le cas de grossesses jeunes.
- Les principales causes sont : menace d'avortement spontané, avortement spontané, grossesse extra-utérine et grossesse molaire.
- En cas de môle, il faut suivre la décroissance du taux de β -hCG jusqu'à négatification (afin d'éliminer un chorio-carcinome).
- Il faut toujours rechercher le Rhésus maternel et penser à l'injection de β -globuline anti-D si le Rhésus est négatif.

Hémorragies du 2^e et du 3^e trimestre

- Les hémorragies du 3^e trimestre sont fréquentes et potentiellement très graves.
- Les deux complications sévères les plus fréquentes sont le placenta prævia et le décollement placentaire.
- Un examen clinique rigoureux ainsi qu'une échographie sont indispensables au diagnostic.
- Un hématome rétro-placentaire indique une extraction fœtale en urgence pour sauvetage fœtal.
- Un placenta prævia hémorragique indique une extraction fœtale en urgence pour sauvetage fœtal et maternel.
- Ne pas oublier la prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez la patiente Rhésus négatif.
- La prise en charge immédiate sera adaptée au degré d'urgence ainsi qu'au terme de la grossesse.
- La corticothérapie anténatale sera prescrite dès lors que l'on se trouve en zone de viabilité fœtale.

HÉMORRAGIE GÉNITALE AU COURS DES DEUXIÈME ET TROISIÈME TRIMESTRES

On distingue les hémorragies de cause ovulaire (ou obstétricale) des hémorragies non obstétricales (cervico-vaginales). La différence se fait aisément à l'examen clinique par l'examen au spéculum.

La potentielle gravité maternelle ou fœtale d'une hémorragie au 3^e trimestre de la grossesse doit amener les patientes à consulter en urgence dès l'apparition d'un saignement.

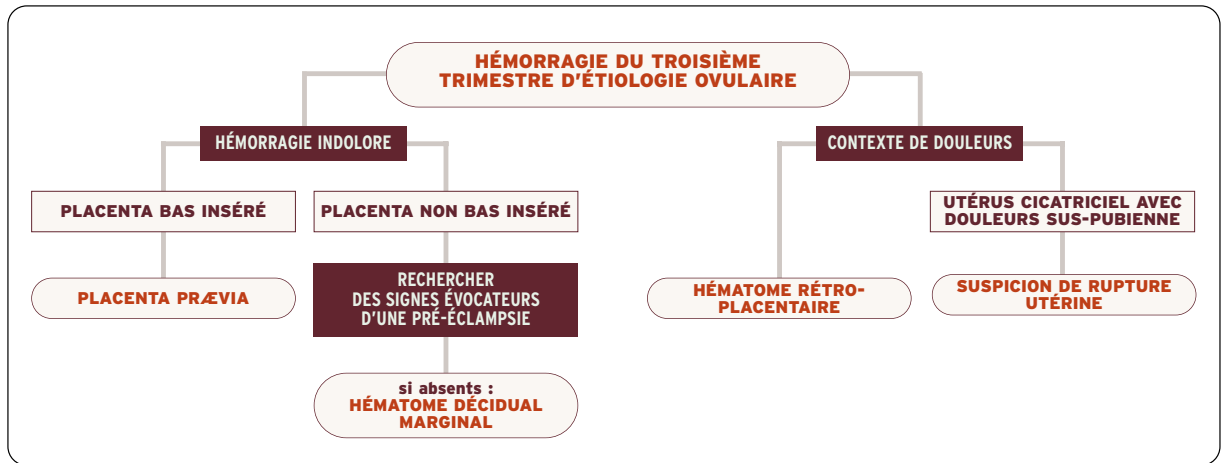


Figure Stratégie diagnostique devant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse.

Il ne faut pas oublier, malgré l'urgence, la prévention de l'allo-immunisation Rhésus.

Démarche diagnostique

Elle consiste en un interrogatoire, un examen physique et des examens complémentaires.

1. Interrogatoire

Il recherche les antécédents personnels, médicaux et obstétricaux.

Il précise le type de saignement, l'existence d'un facteur déclenchant, l'existence de signes associés (douleurs, lipothymies...).

Il évalue le terme de la grossesse.

2. Examen physique

✓ **L'examen général** recherche des signes d'anémie, d'hémorragie aiguë, de choc hémorragique et des signes d'HTA gravidique (HTA, œdèmes, céphalées, phosphènes, acouphènes...).

✓ **L'examen gynécologique** comprend la palpation abdominale à la recherche d'une hypertonie utérine et l'examen au spéculum pour déterminer l'origine du saignement.

On ne réalise pas de toucher vaginal tant que le diagnostic de placenta bas inséré n'est pas écarté.

3. Examens complémentaires

✓ **Un bilan sanguin** recherche une anémie maternelle, la décompensation d'une pré-éclampsie.

✓ **Une échographie obstétricale** permet de déterminer la cause du saignement et d'évaluer la vitalité fœtale.

✓ **Une bandelette urinaire** recherche une protéinurie dans le cadre d'une pré-éclampsie.

✓ **L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal** est systématique.

✓ **La détermination du groupe sanguin et du Rhésus maternel** est requise, si il est inconnu.

Causes (figure)

On en distingue cinq : le placenta prævia (ou placenta bas inséré), l'hématome rétro-placentaire, l'hématome décidual marginal, la rupture utérine et l'hémorragie de Benkiser.

1. Placenta prævia

Le placenta est inséré en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Il est à différencier du placenta bas inséré présent au cours du second trimestre et qui est souvent asymptomatique.

Sa fréquence varie entre 0,33 et 2,6 % des grossesses.

Il peut recouvrir entièrement l'orifice cervical interne, seulement l'affleurer ou être à distance de celui-ci.

✓ **Les principaux facteurs de risque** reconnus sont : la multiparité, l'âge maternel, des antécédents d'avortement (avec curetage ou non), de manœuvres endo-utérines, de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie), les grossesses gémellaires, les antécédents de placenta bas inséré, le tabagisme.

✓ **Le diagnostic** doit être évoqué en premier lieu devant une hémorragie de la deuxième moitié de la grossesse. Classiquement, on retrouve un utérus souple, un saignement d'origine endo-utérine, fluide, rouge, et une absence de douleur abdominale. Le diagnostic est fait à l'échographie endo-vaginale qui visualise la distance entre le placenta et l'orifice cervical interne. Il convient évidemment d'évaluer le retentissement maternel clinique, biologique et fœtal (enregistrement du RCF).

✓ **Le traitement** est fonction du retentissement (extraction fœtale si mauvaise tolérance maternelle et/ou fœtale) et du terme de la grossesse. Une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale est mise en place dès lors que nous nous situons en zone de viabilité fœtale. S'il existe des contractions utérines symptomatiques et que l'hématome rétro-placentaire est éliminé, il faut éventuellement mettre en place une tocolyse. Dans tous les cas, il y aura une réanimation maternelle et une prévention de l'allo-immunisation Rhésus.

2. Hématome rétro-placentaire

Il s'agit du décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Il y a apparition brutale d'une collection de sang entre l'utérus et le placenta, ce qui interrompt brutalement la circulation utéro-placentaire, avec pour conséquence une souffrance fœtale aiguë.

Il s'agit d'une urgence obstétricale.

Classiquement, il survient dans un contexte de pathologie placentaire gravidique (pré-éclampsie) mais peut également apparaître de manière totalement isolée.

L'examen retrouve une douleur abdominale intense et irréductible d'apparition brutale associée à une contracture utérine (utérus de bois) et des métrorragies peu abondantes noirâtres.

L'échographie retrouve une image de lentille biconvexe ou hypo-échogène entre le placenta et l'utérus.

Le pronostic maternel est sévère en l'absence d'une prise en charge rapide : CIVD, insuffisance rénale, état de choc.

Le pronostic fœtal est également sévère à court terme : mort in utero en l'absence de prise en charge rapide.

Le traitement consiste en une extraction fœtale en urgence (césarienne) associée à une réanimation maternelle.

Il ne faut pas oublier la prévention de l'allo-immunisation anti-D.

3. Hématome décidual marginal

Il s'agit d'un décollement du pôle inférieur du placenta qui n'interrompt pas la circulation placentaire.

Il convient de ne pas oublier la prévention de l'allo-immunisation Rhésus.

4. Rupture utérine

Bien qu'elle survienne en général au cours du travail sur utérus cicatriciel, on peut aussi la rencontrer en dehors de ce contexte.

On retrouve cliniquement une douleur vive au niveau utérin associée à des saignements et un utérus souple.

Le traitement est l'extraction fœtale en urgence.

Il conviendra également de réaliser la prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez les patientes Rhésus négatif.

5. Hémorragie de Benkiser

Il s'agit d'une rupture d'un vaisseau situé sur les membranes au moment de la rupture de celles-ci. Le saignement est d'origine fœtale. Il s'ensuit très rapidement une mort fœtale ; le seul traitement possible est l'extraction fœtale en urgence par césarienne. Là encore, la prévention de l'allo-immunisation Rhésus est réalisée si nécessaire.

6. Causes cervico-vaginales et vulvaires

Le diagnostic se fait aisément lors de l'examen gynécologique. Les causes sont les mêmes qu'au premier trimestre, en insistant sur le fait de ne pas méconnaître un cancer cervical utérin. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La recherche du statut Rhésus doit être réalisée chez toutes les patientes ayant une hémorragie génitale durant la grossesse.
- 2 La prévention de l'allo-immunisation Rhésus n'est nécessaire qu'en cas de saignement abondant.
- 3 La présence de métrorragies au 1^{er} trimestre de la grossesse est pathognomonique d'une grossesse arrêtée.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'échographie obstétricale est un examen indispensable lors d'une hémorragie génitale chez une femme enceinte.
- 2 La prise en charge d'une grossesse arrêtée au premier trimestre comporte toujours une aspiration endo-utérine.
- 3 L'extraction fœtale en urgence est le principal traitement de l'hématome rétro-placentaire.
- 4 L'apparition d'une douleur abdominale brutale associée à des métrorragies foncées au 3^e trimestre évoque la présence d'un placenta prævia.

C / QCM

Parmi les signes suivants, lesquels sont en rapport avec un placenta prævia hémorragique ?

- 1 Saignements de sang rouge.
- 2 Hypertension artérielle.
- 3 Douleurs abdominales intermittentes à type de contractions.
- 4 Antécédent de césarienne.

Réponses : A : V, F, F / B : V, F, V, F / C : 1, 3, 4.

DÉJÀ TRAITÉ :

- 1^{re} partie : « Diabète gestationnel ». Rev Prat 2006;56(8):891-4
- 2^e partie : « HTA gravidique, pré-éclampsie ». Rev Prat 2006;56(9):1033-8
- 3^e partie : « Menace d'accouchement prématuré ». Rev Prat 2006;56(11):1249-53

À PARAÎTRE :

- 5^e partie : « Fièvre et grossesse ».

Pour en savoir plus



► Complications de la grossesse

Monographie
(Rev Prat 2003;53[17]:1875-928)