

Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse

Pr A. KOUBAA

C'est un motif de consultation assez fréquent. 20 % des grossesses environ sont concernées par cet incident. Leur survenue témoigne d'une anomalie de la grossesse, soit dans sa localisation, soit dans sa constitution, soit dans son évolutivité.

Quelle que soit leur abondance, elles doivent constituer un signe d'alarme et inciter le praticien à déterminer l'anomalie en cause, en particulier une localisation anormale de la grossesse.

Démarche diagnostique :

4 objectifs doivent guider la démarche diagnostique du praticien lorsqu'il est confronté à des métrorragies du 1er trimestre de la grossesse.

- évaluer le retentissement de ces métrorragies sur la patiente afin d'assurer immédiatement et si besoin est, la réanimation nécessaire.

- apporter la preuve que ces métrorragies sont réellement en rapport avec une grossesse.

- s'assurer du siège intra ou extra-utérin de la grossesse .

- vérifier, en cas de grossesse intra-utérine son évolutivité et la cause des métrorragies.

Les éléments qui permettent de conduire cette démarche diagnostique sont : l'étude des antécédents, l'examen clinique, l'échographie pelvienne et le dosage plasmatique des BHCG.

1- L'interrogatoire :

. Recherche des arguments en faveur de la grossesse.

- date des dernières règles : aspect habituel ou non ? date de survenue normale ou non ?

- durée des cycles menstruels, leur régularité.

- notion d'aménorrhée, sa durée.

- notion d'oubli si contraception par pilule.

- notion de rapports sexuels, leurs dates.

- notion de test de grossesse récent ou d'échographie récente .
- l'existence éventuelle de signes sympathiques de grossesse.
- Recherche des arguments en faveur d'une grossesse extra-utérine.
 - ATCD de GEU, d'infertilité, d'endométriose, d'infection génitale haute, d'interventions sur le pelvis, de contraception par DIU, d'induction de l'ovulation, de contraception par micro progestatifs.
 - l'existence de douleurs pelviennes associées, surtout unilatérales.
 - l'existence de lipothymies, de syncopes ou de vertige.
- un tabagisme.
- Recherche des arguments en faveur d'une grossesse intra-utérine compliquée.
 - des métrorragies abondantes mêlées à des débris ovulaires et associées à des douleurs pelviennes à type de contractions utérines sont évocateurs d'un avortement en cours.
 - des métrorragies faites de sang noirâtre et associées à une disparition des signes sympathiques sont évocateurs de grossesse arrêtée.
 - des métrorragies associées à une exagération des signes sympathiques et à une élimination de vésicules sont évocateurs de grossesse molaire.

2- L'examen clinique :

* débute par l'examen général avec prise du pouls, de la tension artérielle, de la température et la recherche de signes d'anémie : pâleur, soif... .

Des métrorragies abondantes ou un hémopéritoine peuvent être responsables d'un collapsus cardio-vasculaire.

Une fièvre est évocatrice d'une cause infectieuse ou d'un avortement provoqué.

* Le palper abdominal cherche des signes en faveur d'une grossesse extra-utérine compliquée : défense localisée ou généralisée, ballonnement abdominal, douleur provoquée à la pression ou à la dépression brutale.

* L'examen au spéculum permet :

- de vérifier l'origine endo-utérine du saignement .
- d'éliminer toute lésion cervicale ou vaginale susceptible d'entraîner des métrorragies : cancer, fibrome ou polype accouché par le col, ectropion...
- d'objectiver d'éventuels fragments ovulaire en voie d'expulsion évocateurs d'un avortement en cours.

* Le toucher vaginal permet d'apporter des renseignements importants pour le diagnostic.

On apprécie :

- le degré de raccourcissement et d'ouverture du col. Un col ouvert à son orifice interne est contemporain d'un avortement en cours.

- le volume utérin . Un utérus trop petit pour le terme est en faveur d'une grossesse extra-utérine, d'une grossesse plus jeune ou d'une grossesse arrêtée.

- la région annexielle à la recherche d'une sensibilité d'un cul de sac latéral ou d'une petite masse latéro-utérine sensible évocatrice d'une grossesse extra-utérine.

- le cul de sac de Douglas à la recherche d'une douleur provoquée « le cri du douglas » témoin de l'existence d'un hémopéritoine.

3) L'échographie : est un examen fondamental pour l'établissement du diagnostic

- Elle élimine la grossesse extra-utérine lorsqu'elle met en évidence un sac ovulaire dans la cavité utérine et apporte en plus une explication aux métrorragies.

- Elle rend le diagnostic de GEU plus plausible lorsqu'elle visualise un utérus vide et une image latéro-utérine dite en cocarde et / ou un épanchement dans le Douglas.

- Elle confirme au contraire le diagnostic de GEU lorsqu'elle met en évidence un sac gestationnel contenant un embryon animé d'une activité cardiaque, en dehors de l'utérus.

4) Le dosage de BHCG :

- Il est inutile lorsque l'échographie met en évidence une grossesse intra-utérine ou lorsque le diagnostic de grossesse extra-utérine est évident cliniquement « tableau d'hémopéritoine » et / ou à l'échographie « embryon animé d'une activité cardiaque en dehors de la cavité utérine ».

- Il apporte un argument supplémentaire au diagnostic lorsqu'un doute diagnostique persiste après l'examen clinique et échographique.

- Des taux faibles de BHCG peuvent être détectés dès le 10ème jour suivant l'implantation.

Diagnostic étiologique et CAT :

1) grossesse extra-utérine :

C'est le premier diagnostic auquel il faut penser chez toute femme en période d'activité génitale présentant des douleurs et / ou des métrorragies.

a) Le diagnostic précoce est difficile mais doit être l'objectif essentiel du praticien pour éviter les complications hémorragiques graves de la GEU. Il repose sur un faisceau d'arguments.

- les données anamnestiques : présence de facteurs de risque .

- les signes fonctionnels. La triade associant douleur pelvienne, métrorragies et aménorrhée franche est rare. L'aménorrhée peut faire défaut. Les métrorragies typiquement brun, sépia et peu abondantes peuvent être rouges et abondantes simulant un avortement. Les lipothymies, les vertiges et les signes d'irritation péritonéales sont des signes tardifs et témoignent d'une GEU compliquée.

- les données cliniques en particulier, la douleur d'un cul de sac ou la perception d'une masse latéro-utérine sensible.

- les données échographiques . Les signes évocateurs sont la vacuité utérine et la visualisation d'une image latéro-utérine. La mise en évidence d'un embryon animé d'une activité cardiaque en dehors de la cavité utérine est un signe tardif .

Ces données échographiques prennent davantage de valeur lorsqu'elles s'associent à un dosage de BHCG positif.

- le dosage plasmatique de BHCG. Sa positivité constitue, dans un contexte clinique et échographique de GEU , un argument supplémentaire en faveur du diagnostic. C'est souligner l'intérêt de la combinaison HCG - échographie endovaginale dans l'approche diagnostique de la GEU.

- la coelioscopie permet, lorsqu'un doute diagnostique persiste, de résoudre le problème et d'apporter une certitude diagnostique. Elle sera en même temps thérapeutique.

b) Formes cliniques :

Elles sont nombreuses . On décrit des formes anatomiques, des formes cliniquement trompeuses simulant une appendicite, une occlusion, une salpingite ou un avortement en cours, et surtout des formes évolutives dominées par l'hémorragie intra-péritonéale abondante et l'hématocèle enkystée consécutive à une hémorragie collectée dans le douglas et circonscrite par les organes de voisinage.

c) Le traitement :

- chirurgical :

Il doit être conservateur chaque fois que c'est possible pour préserver la fertilité ultérieure des patientes.

. Traitement per coelioscopique .

- incision de la trompe, extraction par aspiration du tissu trophoblastique et hémostase des berges.

- expression tubaire de dedans en dehors pour entraîner l'expulsion de l'œuf par le pavillon en cas de localisation infundibulaire de la GEU.

- traitement radical : salpingectomie pouvant s'adresser à toutes les localisations tubaires sauf les GEU interstitielles.

. traitement par laparotomie :

Ce traitement n'est indiqué qu'en cas de contre-indications à la coelioscopie ou dans certaines formes de la GEU : « Hémopéritoine abondant- grossesse interstitielle- hématocèle enkystée ».

- traitement médical :

. de 1ère intention : ne peut être envisagé que chez une patiente acceptant la surveillance régulière, obligatoire, clinique, échographique et biologique « dosages répétés de BHCG plasmatique ».

Les indications de ce traitement sont : métrorragies isolées, hémodynamique stable, grossesse non rompue de diamètre inférieur à 3,5 cm à l'échographie et taux

de HCG inférieure à 1000 UI / ml. Methotrexate à 1mg /kg /j en IM ou intra tubaire de 2ème intention : après échec d'un traitement conservateur.

2) Grossesse intra-utérine :

Le diagnostic de la GIU repose sur :

- les données cliniques : utérus gravide augmenté de volume et dont la taille est en rapport avec le terme supposé de la grossesse.

- les données échographiques : présence d'un sac ovulaire intra-utérin contenant parfois un embryon. La mise en évidence d'une activité cardiaque à l'échographie confirme la vitalité de la grossesse.

Un sac ovulaire bien tonique entouré d'une couronne trophoblastique homogène est un signe évocateur de vitalité.

a) Menace d'avortement :

Le tableau clinique associe :

. des métrorragies faites de sang rouge, le plus souvent minimales insidieuses et indolores.

. Un col utérin long et fermé.

. un volume utérin en rapport avec l'aménorrhée.

L'échographie montre un sac ovulaire de configuration normale contenant parfois un embryon mobile dont la longueur est en rapport avec le terme.

L'échographie peut parfois mettre en évidence un décollement trophoblastique d'importance variable.

Le pronostic de ces menaces d'avortement est favorable dans la majorité des cas.

Le seul traitement à proposer est le repos. L'intérêt des progestatifs est controversé.

b) avortement :

Le tableau clinique associe :

- des métrorragies abondantes faites de sang rouge pouvant entraîner un état de collapsus cardiovasculaire dans certains cas.

- des douleurs pelviennes à type de coliques expulsives.

-un col ouvert avec un produit de conception en voie d'expulsion à travers le col.

Le traitement repose sur l'aspiration de la grossesse.

c) Grossesse arrêtée :

Les métrorragies sont souvent discrètes et brunâtres. L'examen clinique objective un utérus plus petit que prévu et un col fermé.

A l'échographie, on peut distinguer :

.Une rétention d'œuf mort. L'embryon est présent mais immobile et sans activité cardiaque.

. Un œuf clair : sac ovulaire hypotonique entouré d'un trophoblaste lacunaire et sans embryon visible.

. Un aspect de rétention : expulsion de l'œuf avec rétention plus ou moins importante de résidus trophoblastique.

Toutes ces situations sont habituellement traitées par aspiration .

d) Môle hydatique :

Dans sa forme typique elle se caractérise par :

- . Des métrorragies capricieuses, répétées et souvent abondantes.
- . Des signes sympathiques exagérés avec vomissements répétés.
- . Une altération de l'état général, un amaigrissement, une asthénie, pâleur, tachycardie et tremblements « activité thyroïdienne de l'HCG ».
- . Un syndrome toxémique avec oedème, albuminurie, HTA.
- . Un utérus mou et très gros pour le terme.
- . fréquemment des kystes ovariens bilatéraux.
- . un taux de HCG habituellement très élevé.
- . A l'échographie l'absence de sac ovulaire et d'embryon et la classique image en flocons de neige remplissant la cavité utérine.

Le traitement consiste en une aspiration de la cavité utérine sous perfusion d'utérotonique.

Une surveillance ultérieure clinique et biologique s'impose. Taux de HCG une fois par semaine pendant 2 mois, puis une fois par mois pendant 6 mois et une fois tous les 3 mois pendant 1 an.

Un bilan d'extension comportant une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique doit être pratiqué en raison de risque de métastases même bénin.