

Métrorragies et grossesse

Fioravante Frischknecht, Hermann Brühwiler
Frauenklinik Münsterlingen, Spital Thurgau AG, Münsterlingen

Quintessence

- Dans les douze premières semaines de grossesse, les métrorragies sont très fréquentes et elles sont généralement indicatrices d'un processus abortif.
- En cas de test de grossesse positif et d'absence de sac ovulaire intra-utérin, il faut toujours exclure une grossesse extra-utérine.
- Chez les femmes enceintes avec status après césarienne, la nidation dans la cicatrice de la section peut provoquer des métrorragies à risque et des douleurs.
- Pendant la deuxième moitié de la grossesse, les métrorragies indolores signalent en première ligne un placenta praevia, tandis que les métrorragies douloureuses laissent présupposer un décollement prématuré du placenta ou un début de rupture.
- Lors de métrorragies pendant la grossesse, il faut pratiquer un examen échographique dans les plus brefs délais, quelle que soit la phase de gestation.
- En cas de métrorragies dans la deuxième moitié de la grossesse, tout toucher vaginal est proscrit sans exclusion préalable du placenta praevia par échographie.
- La détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus sont absolument nécessaires; en présence d'une constellation rhésus, il faut entreprendre une prophylaxie rhésus.

Introduction


Indépendamment de l'âge gestationnel, toute métrorragie survenant pendant la grossesse est un symptôme à prendre au sérieux et à élucider le plus rapidement possible.

De nombreuses femmes ne connaissent pas la date de leurs dernières règles avec exactitude ou ne tiennent pas de calendrier de leur cycle: c'est pourquoi les avortements précoces sont souvent pris à tort pour des menstruations retardées. Plus de 50% des grossesses précoces se terminent spontanément et généralement sans symptômes cliniques. C'est pourquoi, chez les femmes en âge de procréer présentant des troubles ménorragiques, il faudrait en principe toujours exclure une grossesse. Il faut prêter une attention particulière aux métrorragies difficiles à déterminer et accompagnées de douleurs pelviennes, car dans ces cas il faut toujours exclure une grossesse extra-utérine.

L'échographie est la meilleure méthode pour s'assurer de la cause d'une métrorragie, mais il ne faut pas non plus négliger l'anamnèse ni l'examen clinique.

Afin d'améliorer la vue d'ensemble, nous allons examiner séparément la première et la deuxième moitié de la grossesse.

Première moitié de la grossesse

En premier, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'un problème de grossesse. Les tests de grossesse actuels sont à la fois hautement sensibles et spécifiques: par la mesure des β -HCG ils indiquent un résultat positif à partir de 20 à 25 UI/l d'urine. Ainsi, en l'absence de la menstruation attendue, il faut s'attendre à un test positif. L'échographie (fig. 1 ) permet de s'assurer de la localisation intra-utérine de la grossesse dès la sixième semaine de gestation (SG). Au cas où une échographie abdominale ne suffit pas à mettre en évidence le sac intra-utérin ni l'activité cardiaque de l'embryon, une échographie vaginale s'avère judicieuse. La qualité de l'équipement en appareils et l'expérience de l'examineur sont les conditions préalables d'un diagnostic précis qui est déterminant pour la suite du déroulement clinique. C'est pourquoi il faut transférer les résultats incertains à un gynécologue expérimenté.

Avortement spontané imminent

Dans les 12 premières semaines de grossesse (SG), les saignements légers et indolores ne sont pas rares. L'échographie révèle de façon caractéristique un hémato-me de taille plus ou moins grande, situé à côté de la cavité chorionique, ou alors un résultat sans particularité. En cas de grossesse gémellaire, la disparition d'un des jumeaux, connue sous le nom de *vanishing twin*, peut également se manifester sous la forme d'un léger saignement vaginal; affectant 9% des grossesses gémellaires, ce phénomène n'est pas rare [1]. Après la constatation de l'activité cardiaque embryonnaire, la probabilité que la grossesse se poursuive se monte à 90% [2]. On parle d'œuf clair en cas de grossesse sans embryon: on peut alors distinguer le sac intra-utérin sans les parties embryonnaires. Dans ce cas, le trophoblaste a continué à se développer, alors que l'embryoblaste a subi une dégénérescence précoce. Il ne faut pas confondre le concept de môle embryonnée avec celui de môle hydatiforme, lors de laquelle il s'agit d'une prolifération du trophoblaste et qui peut se manifester, elle aussi, par de légers saignements. Les symptômes cliniques renvoyant à ce diagnostic sont les symptômes de grossesse très prononcés et l'hyperémèse; ils sont causés par des valeurs trop élevées de HCG par rapport à l'âge gestationnel. Ici aussi, l'examen échographique est le meilleur moyen de détecter les structures vacuolaires présentes dans le trophoblaste.



Fioravante Frischknecht

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

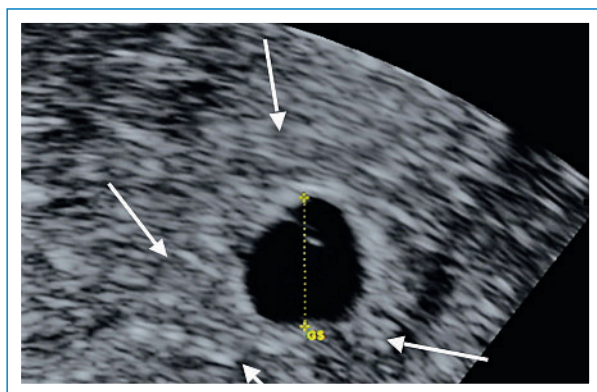


Figure 1

Sac ovulaire situé de façon asymétrique par rapport à l'endomètre, 6^e SG (l'endomètre est délimité par les flèches).

Lors d'un avortement spontané imminent, l'examen clinique révèle un saignement léger issu du canal cervical fermé et un utérus agrandi, d'une taille correspondant à l'âge gestationnel. Après la 12^e SG, les métrorragies deviennent rares, et elles se manifestent alors généralement chez les femmes dont l'hématome intra-utérin avait déjà été observé au préalable.

Dans le diagnostic différentiel, il faut exclure les hémorragies cervicales provenant de l'exocol, survenant fréquemment après un rapport sexuel ou après un Papanicolaou. Dans ces cas-là, il est recommandé d'effectuer un frottis afin de détecter d'éventuelles *Chlamydia*; si le test est positif, il faut les traiter. Il est également important de penser à une dysplasie cervicale voire à un carcinome. Ces cas sont rares en Suisse, mais chez les femmes migrantes, il ne faut pas en omettre l'éventualité.

Début d'expulsion, expulsion incomplète, expulsion complète

Très souvent, le diagnostic de la fausse couche se pose déjà cliniquement à partir du matériel expulsé. Dans ces cas, le canal cervical est ouvert. On peut y trouver encore un peu de matériel, que l'on peut extraire pendant l'examen. Pour assurer le diagnostic, il faut toujours y ajouter un examen échographique. Il peut arriver dans certains cas que des métrorragies intenses avec coagulums et sans expulsion fœtale soient suivies d'un déroulement ultérieur de grossesse sans problème: c'est pourquoi, si une activité cardiaque est détectée, il faut éviter ou reporter à plus tard un éventuel curetage tant que la situation hémodynamique le permet.

Si l'expulsion est complète, on peut renoncer à l'intervention chirurgicale. Il est cependant toujours indiqué de procéder à l'examen pathologique du matériel expulsé. En l'absence de curetage, il est judicieux de contrôler les valeurs de β -HCG chaque semaine, jusqu'à l'obtention d'un test négatif.


Si deux ou trois fausses couches se suivent, on parle d'avortements à répétition. Dans ce cas, il est indiqué de procéder à des examens supplémentaires afin d'en déterminer la cause. Cette dernière est fréquemment d'ordre génétique: on peut alors envisager d'examiner le caryotype du matériel d'expulsion, ce qui demande alors de conserver le matériel et de suivre un protocole de préparation correct.

Grossesse extra-utérine

Au début de la grossesse, et en l'absence d'expulsion et de détermination échographique d'un sac intra-utérin, les métrorragies doivent toujours faire penser à une grossesse extra-utérine (GEU), même s'il est fréquent que la détermination directe par échographie ne réussisse pas. C'est là qu'intervient la détermination sérique de la β -HCG. Si sa valeur dépasse 1000 UI/l, l'échographie devrait pouvoir représenter la grossesse intra-utérine sous la forme d'une structure annulaire asymétrique (fig. 1). Si l'on n'obtient toujours pas de résultat et que l'on n'observe qu'un endomètre inhabituellement épais alors que la technique d'examen est bien appliquée, il faut partir du principe que l'on a affaire à un début de grossesse anormal ou à une GEU.

Les douleurs pelviennes et les signes de péritonite, la détection de liquide libre dans l'abdomen ainsi que la présence d'une situation peu claire dans la région annexielle font pencher en faveur d'une GEU. En l'absence de symptômes abdominaux, l'évolution des β -HCG après deux jours indique la suite du parcours diagnostique: si leur valeur baisse, il faut encore attendre, si elle reste stable ou qu'elle augmente, il faut répéter l'échographie. Si l'on ne détecte toujours pas de grossesse dans la cavité utérine, un curetage et une laparoscopie sont indiqués. Un traitement médicamenteux à base de méthotrexate peut servir d'alternative. Il ne faut jamais oublier l'éventualité d'une présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine, en particulier après une fécondation in vitro (grossesse hétérotope), même si ce cas est très rare [3].

Grossesses ectopiques intra-utérines

La nidation de l'embryon peut se révéler pathologique même en situation intra-utérine: elle entraîne alors des problèmes tels que troubles métrorragiques et douleurs. La nidation dans la partie de la corne utérine, située sur la transition vers l'ostium tubaire, peut se manifester comme une GEU. En cas de rupture, elle provoque un abdomen aigu accompagné de signes d'hématopéritoine. La nidation dans la corne utérine est particulièrement difficile à dépister pour un œil peu exercé. La nidation dans un défaut de cicatrisation après césarienne est tout aussi problématique (fig. 2 ). Si elle n'est pas reconnue à temps, elle peut provoquer des métrorragies à risque léthal [4]. Après un antécédent de césarienne, il faut exclure la nidation dans un défaut de cicatrisation quel que soit l'état de la patiente. En raison de l'augmentation de la fréquence des césariennes, ce cas se présentera de plus en plus souvent.

Deuxième moitié de la grossesse

Les caisses maladie remboursent actuellement deux échographies de dépistage en Suisse, et la plupart des femmes enceintes en profitent. Le premier contrôle, entre 12 et 14 SG, doit pouvoir déterminer si la position intra-utérine est correcte et préciser le nombre de fœtus. Cependant, en particulier en présence de métrorragies, l'examineur doit toujours se demander si la nidation est correctement positionnée dans la cavité utérine, afin d'éviter qu'une éventuelle nidation pathologique ne passe inaperçue. Le deuxième examen échographique, entre la

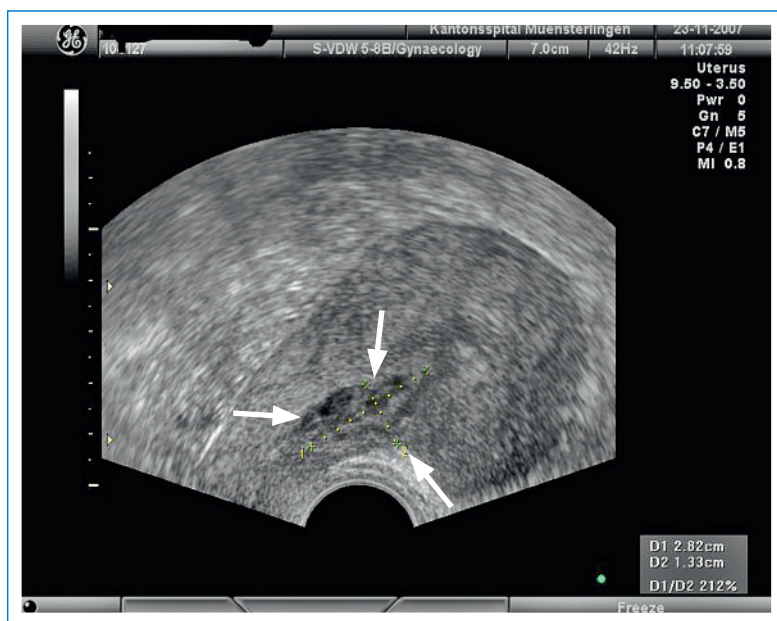



Figure 2

Nidation ectopique avec rétention trophoblastique dans la cicatrice de la césarienne (flèche longue: sac ovulaire; flèche courte: cicatrice).

Tableau 1. Métrorragies au troisième trimestre de la grossesse: causes et fréquences (d'après: Crenshaw C. Placenta previa: a survey of twenty years' experience with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv.* 1973;28:461).

| Cause de la métrorragie | Fréquence (%) |
|-------------------------------------|---------------|
| Inconnue | 30–50 |
| Hémorragie sur la marge placentaire | 17–33 |
| Placenta praevia | 12–24 |
| Décollement placentaire | 15–26 |
| Perte du bouchon muqueux | 15–20 |
| Rupture utérine | 0,8 |
| Vasa praevia | 0,5 |
| Sans rapport avec la grossesse | 6–10 |

20^e et 22^e SG, doit pouvoir renseigner sur la position du placenta dans tous les cas, en particulier sur sa distance à l'orifice interne du col utérin.

Le tableau 1  établit la liste des causes et des fréquences des métrorragies au troisième trimestre.

Placenta d'insertion basse et placenta praevia

Dans la deuxième moitié de la grossesse, les métrorragies vaginales sans douleur font penser en première ligne à un saignement de sinus marginal et à un placenta d'insertion basse. Il est question d'un placenta bas inséré si la distance de la marge placentaire à l'orifice interne du col utérin mesure moins de 5 cm, ce qui est observé encore assez fréquemment (dans 15% des cas) lors du dépistage échographique du deuxième trimestre [5]. Il faut distinguer le placenta d'insertion basse du placenta praevia, dont la fréquence est estimée à environ 0,5% par la statistique du groupe de travail des cliniques d'obstétrique suisses (données non publiées). Dans ces cas, il faut absolument effectuer un contrôle de l'évolution entre la 30^e et la 32^e SG afin de détecter ou d'exclure définitive-

ment un placenta praevia. Pour délimiter le placenta avec précision, l'examen abdominal devrait s'effectuer à vessie pleine. L'examen par voie vaginale est plus facile, spécialement si la localisation placentaire est postérieure. Les métrorragies vaginales et les hématomes sur la marge placentaire augmentent encore les difficultés d'une localisation précise du placenta.

Lors d'un placenta praevia, il peut y avoir des métrorragies récidivantes peu abondantes à très abondantes, mettant en danger la poursuite de la grossesse. La métrorragie vaginale dans la deuxième moitié de la grossesse est toujours un cas d'urgence et elle demande un examen par un spécialiste dans les plus brefs délais. Sans exclusion préliminaire du placenta praevia par échographie, le toucher vaginal est interdit. De plus, si des contractions précoces surviennent, il est judicieux de procéder à une tocolyse d'urgence durant le transport à l'hôpital (par exemple avec Gynipral® [hexopréraline] 10 µg i.v.).

Le risque de placenta praevia est particulièrement élevé chez les femmes enceintes à status de curetages répétés ou d'autres interventions intra-utérines, ainsi qu'après une césarienne [6, 7]. Les vaisseaux fœtaux (vasa praevia) peuvent également se situer devant l'orifice interne du col utérin et provoquer une métrorragie indolore, particulièrement en cas de rupture des membranes amniotiques; ces cas sont cependant très rares.

Décollement prématuré du placenta et rupture de l'utérus

En cas d'hémorragies vaginales avec douleurs, il faut penser en première ligne à un décollement prématuré du placenta. Si le décollement commence sur la face maternelle du placenta, il n'entraîne pas de métrorragie mais plutôt une douleur continue. À l'examen clinique, l'utérus est particulièrement dur et tendu. Dès que la métrorragie devient visible, le tonus utérin diminue. La suspicion de décollement prématuré nécessite un transfert d'urgence vers une clinique d'obstétrique. Le décollement placentaire peut commencer sur la marge puis s'accélérer très brusquement et mettre la vie de l'enfant gravement en danger. L'échographie n'est déterminante que si elle est positive; la non-détection d'un hématome rétroplacentaire n'exclut pas un décollement prématuré.

Le risque de décollement prématuré est élevé en cas de grossesse multiple, de polyhydramnios, de prééclampsie, et après un traumatisme abdominal [8].

La métrorragie avec douleurs aiguës après le début des contractions peut également annoncer la rupture imminente de l'utérus. L'anamnèse révèle presque toujours un utérus cicatriciel, en général dû à une césarienne.

Perte du bouchon muqueux

Lors des premières contractions et pendant la première phase de dilatation, l'on observe souvent des pertes glaireuses mêlées de sang. Le sang provient de petites lésions des orifices du col utérin dues à la dilatation, surtout si elle est très rapide. Lors du diagnostic différentiel, il est parfois difficile de délimiter un début de décollement précoce d'une perte de bouchon muqueux avec une métrorragie relativement abondante; seul le déroulement ultérieur permettra de clarifier la situation. Dans ces cas, il faut accorder une attention particulièrement soutenue à la surveillance de l'accouchement.

Saignements cervico-vaginaux dus à d'autres causes

Lorsqu'une femme enceinte présente des métrorragies vaginales indolores, il faut tout d'abord exclure le placenta praevia, puis effectuer un examen au spéculum pour exclure les hémorragies d'origine vaginale ou cervicale. En parallèle, il faut penser aux lésions traumatiques après manipulations génitales, à la rupture d'une varicosité, ainsi qu'à des carcinomes cervicaux inaperçus jusque là. Après un examen vaginal ou un rapport sexuel, les infections du col de l'utérus (avant tout celles à *Chlamydia*) et les ectopies de gros volume peuvent également provoquer une métrorragie plus abondante, mais elles se réduisent en général à des saignements légers.

Diathèse hémorragique

Lors de métrorragies pendant la grossesse, il faut également se préoccuper des troubles de la coagulation en procédant au diagnostic différentiel. Cependant, de telles pathologies primaires préexistantes ne sont pas fréquentes, et la plupart des problèmes qu'elles entraînent se manifestent pendant l'accouchement et non pendant la grossesse. Ainsi les femmes carencées en facteur von Willebrand-Jürgens présentent-elles des métrorragies abondantes pendant un accouchement opératoire, ou pendant et après un accouchement s'il est spontané [9]. L'hémophilie féminine se rencontre exceptionnellement et l'obstétricien y est rarement confronté.

La thrombocytopénie s'observe assez fréquemment en obstétrique, mais elle reste en général bénigne et cliniquement asymptomatique [10]. Très rarement, une thrombocytopénie idiopathique sévère peut causer des métrorragies pendant la grossesse. Le rôle de la thrombocytopénie devient plus important lorsqu'elle est associée à la pré-éclampsie et au syndrome HELLP, mais ce sujet ne sera pas approfondi ici. Nous ne faisons également que mentionner au passage la coagulation intravasculaire disséminée, qui peut se manifester entre autres lors de complications de la grossesse telles que l'embolie amniotique et le décollement placentaire précoce.

Informations relatives au traitement

Comme le diagnostic échographique incombe déjà aux obstétriciens, le traitement des métrorragies pendant la grossesse reste principalement de leur ressort. C'est pourquoi nous ne nous bornerons ici qu'à quelques indications de traitement. Les hospitalisations pour avortement spontané imminent avant la 12^e SG étaient encore courantes il y a 25 ans, mais elles ne le sont plus aujourd'hui, bien que l'on prescrive toujours de garder le lit et de se ménager physiquement. Les médicaments comme le magnésium par voie orale et les préparations de progestérone (par ex. Utrogestan®) sont largement utilisés, malgré l'absence d'une indication claire.

Lorsque les métrorragies surviennent pour la première fois après la 12^e SG, nous admettons les patientes à

l'hôpital, ne serait-ce que pour des raisons psychologiques, avec prescription de lit strict jusqu'à disparition des saignements. Toute métrorragie survenant pendant la 2^e moitié de la grossesse nécessite un transfert dans

Lorsque les métrorragies surviennent pour la première fois après la 12^e SG, nous admettons les patientes à l'hôpital, ne serait-ce que pour des raisons psychologiques

les plus brefs délais à l'hôpital afin d'effectuer un diagnostic immédiat et d'aiguiller la patiente vers le traitement approprié.

En présence de métrorragies chez la femme enceinte rhésus négative

dont le partenaire est rhésus positif, il y a lieu d'effectuer une prophylaxie rhésus après contrôle des anticorps, quelle que soit la phase de la grossesse. Il en va de même en cas d'avortement spontané imminent et de GEU. En cas de métrorragie abondante ou de traumatisme abdominal, il faut également mesurer le taux d'hémoglobine fœtale (HbF) dans le sang maternel (test de Kleihauer-Betke), après trois jours, pour exclure une insuffisance de la prophylaxie. Dans la suite de la grossesse, il faut renouveler la prophylaxie rhésus après 12 semaines pour compenser la dégradation au fil du temps des immunoglobulines administrées.

Remarques finales

Lors de métrorragies pendant la grossesse, l'examen échographique est d'une importance tout à fait cruciale. Toute femme enceinte présentant une métrorragie doit pouvoir exiger un examen circonstancié effectué par des personnes compétentes dans un cabinet médical équipé de l'appareillage approprié. Elle peut se fier à l'attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale qui garantit que son détenteur dispose des qualifications techniques requises pour poser un diagnostic.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Madame le docteur Susanne Anderegg, spécialiste FMH en médecine générale, Kreuzlingen, pour la relecture du manuscrit, ainsi que pour les suggestions utiles qu'elle a formulées.

Correspondance:

Dr H. Brühwiler
Frauenklinik
Kantonsspital Münsterlingen
Postfach
CH-8596 Münsterlingen
hermann.bruehwiler@stgag.ch

Références recommandées

- Poulouse T, Richardson R, Ewings P, Fox R. Probability of early pregnancy loss in women with vaginal bleeding and a singleton live fetus at ultrasound scan. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(8):782–4.
- Chama CM, Wanonyi IK, Usman JD. From low-lying implantation to placenta praevia: a longitudinal ultrasonic assessment. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24(5):516–8.
- Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: an update. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28(4):377–81.

La liste complète des références numérotées se trouve sous www.medicalforum.ch.

Blutungen in der Schwangerschaft /

Métrorragies et grossesse

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Landy HJ, Nies BM. The vanishing twin. In: Keith LG, Papernik E, Keith DM, Luke BE Multiple pregnancy. Parthenon: Lancaster; 1995.pp 59–72.
- 2 Poulouse T, Richardson R, Ewings P, Fox R. Probability of early pregnancy loss in women with vaginal bleeding and a singleton live fetus at ultrasound scan. J Obstet Gynaecol. 2006;26(8):782–4.
- 3 Diesch, CH. Heterotope Schwangerschaft – eine aktuelle Literaturübersicht. Speculum. 2005;23(1):17–21.
- 4 Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. Obstet Gynecol Surv. 2002;57(8):537–43.
- 5 Chama CM, Wanonyi IK, Usman JD. From low-lying implantation to placenta praevia: a longitudinal ultrasonic assessment. J Obstet Gynaecol. 2004;24(5):516–8.
- 6 Bencaiova G, Burkhardt T, Beinder E. Abnormal placental invasion experience at 1 center. J Reprod Med. 2007;52(8):709–14.
- 7 Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(5):1458–61.
- 8 Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: an update. J Obstet Gynaecol. 2008;28(4):377–81.
- 9 James AH. Von Willebrand disease. Obstet Gynecol Surv. 2006;61(2):136–45.
- 10 Boehlen F, Hohlfeld P, Extermann P, Perneger TV, de Moerloose P. Platelet count at term pregnancy: a reappraisal of the threshold. Obstet Gynecol. 2000;95(1):29–33.