

Métrorragies en cours de grossesse

E. Closset, 19 janvier 2007

PLAN

- Définition
- Origine anatomique
- Etiologies et leur traitement
- Conduite à tenir en pratique
- Rhésus négatif: la prévention de l'iso immunisation par le Rhophylac
- Cas cliniques

Définition

- Métrorragies
 - Saignements d'origine utérine
 - Exocol
 - Origine endo utérine
 - Endocol et cavité utérine: membranes, placenta
 - Annexes maternelles: trompes, ovaires
 - Saignements d'autre origine ≠ métrorragies
 - Vaginale
 - Vulvaire
 - Urinaire, digestive

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 1. Origine cervicale:
 - a) « ectropion » assez fréquent
 - = zone glandulaire de l'endocol
 - ↗ volume et vascularisation du col
 - Tendance à l'éversion = endocol au contact de la flore vaginale + déciduose
 - Saignement spontané ou provoqué (RS)
 - Diagnostic de certitude = après *colposcopie*
 - Traitement: abstention ou ovules type Colposeptine®

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 1. Origine cervicale: étiologies rares
 - b) Polype accouché par le col
 - Bistourner si pas trop d'extension endo-utérine en écho, anapath systématique
 - c) Cancer
 - Frottis tous les 2 à 3 ans (tous les ans si antécédent)
 - Colposcopie, biopsie possibles en cours de grossesse

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - a) Hématome
 - Hématome décidual = décollement des membranes
 - Très fréquent, étiologie inconnue, parfois sur DIU
 - Menace d'avortement si important ou si sac hypotonique
 - Echo = sang d'aspect anéchogène puis finement hypoéchogène après quelques heures / jours
 - Echo: a bouleversé les possibilités diagnostiques mais attention à ses limites
 - Faux négatif si le saignement s'écoule immédiatement
 - Faux positif +++ absence physiologique d'accolement des membranes

Métrorragies du 1^{er} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– a) Hématome

- Traitement:
 - Repos: utilité jamais prouvée...mais arrêt de travail facile
 - Progestérone inutile...mais peut soulager les CU secondaires
 - Antibiotiques a priori inutiles
 - Echo de contrôle 10 à 15 jours plus tard (non urgent)
 - Surveillance clinique et biologique (CRP) si persistance au-delà du 1^{er} trimestre (empirique)
- Risque ultérieur de MAP et RPM
 - Mais bon pronostic si disparition assez rapide

Métrorragies du 1^{er} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– b) Avortement spontané

- Diagnostic clinique : généralement métrorragies > règles, expulsion de débris ovulaires avec ouverture du col
- Diagnostic échographique d'emblée: sac en voie d'expulsion au niveau de l'isthme ou du col en écho, ou rétention de débris
 - Préhension à la pince longue peut éviter une aspiration-curetage
- Diagnostic sur l'évolution: disparition d'un sac endo-utérin sur 2 écho successives ou chute du taux de bêta HCG si le sac n'était pas encore visible

Métrorragies du 1^{er} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– C) Grossesse arrêtée

- Diagnostic échographique d'emblée:
 - Embryon d'au moins 5mm sans activité cardiaque
 - Œuf clair: sac vide > 20mm
- Diagnostic échographique sur l'évolution: pas de changement sur 2 échos à au moins 7 jours d'intervalle. Nouveau contrôle au moindre doute
- Diagnostic sur l'évolution biologique: *quand le sac n'est pas encore visible*, le taux de bêta HCG dans le même labo chute 48h plus tard ou évolue très mal

Métrorragies du 1^{er} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– Avortement en cours ou grossesse arrêtée: traitements non chirurgicaux

- Traitement par abstention (attendre l'expulsion spontanée)
 - Sac de petite taille (<15mm voire +)
 - Patient OK
- Traitement médicamenteux
 - Sac de taille petite ou moyenne
 - Misoprostol +++ (Cytotec®)
 - Voie orale ou vaginale
 - Posologies variables
 - Méthergin®
 - Risque cardio vasculaire
 - Efficacité proche de l'abstention

Métrorragies du 1^{er} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– Avortement en cours ou grossesse arrêtée: traitements non chirurgicaux

- Dans les deux cas, prescrire une échographie de contrôle de la vacuité utérine 1 à 2 semaines plus tard
 - risque d'endométrite en cas de rétention prolongée
 - OK si épaisseur cavité < 15 mm (les résidus seront éliminés avec les prochaines menstruations)
 - Si rétention: soit traitement chirurgical, soit 2^{ème} traitement médicamenteux

Métrorragies du 1^{er} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– Avortement en cours ou grossesse arrêtée: Traitement chirurgical

- = aspiration endo utérine (« curetage »)
 - sac de taille importante (>35mm voire + selon les équipes)
 - ou si hémorragie importante en cours
 - parfois souhait de la patiente
 - échec des autres traitements
- Risques:
 - difficulté à dilater le col: misoprostol pré opératoire
 - perforation (CAT antibiotiques)
 - hémorragie par atonie ou durée du geste (ocytocine)
 - rétention car geste « aveugle » (aspiration sous contrôle échographique en cas de doute)
 - synéchies (éviter curetage appuyé: canule de Karman+++)
 - risque anesthésique très rare (préférer locale ?)

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - d) Grossesse extra utérine
 - Diagnostic: trépid « clinique – écho – HCG »
 - Tableau clinique: plutôt vers 7-8 SA (*5 SA pour petite GIU qui saigne)
 - métrorragies plutôt « sépia »
 - douleurs variables (minimes ➔ hémopéritoine)
 - écho:
 - Sac extra utérin: couronne hyperéchogène, voire embryon visible – ou hématosalpinx
 - Utérus vide Δ pseudo sac = hématométrie
 - Épanchement intra péritonéal variable (Douglas ➔ Morisson)
 - HCG: n'importe quel taux possible
 - Mais si < 1000, éventuelle GIU pas encore visible Δ Parfois GIU visible seulement à partir de 2000 voire 3000

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - d) Grossesse extra utérine: difficultés diagnostiques
 - Méfiance si diagnostic seulement sur utérus vide mais pas de masse annexielle: tenir compte de l'évolutivité / 48h (GIU ?)
 - Autre piège: utérus vide par expulsion spontanée, corps jaune hétérogène pris pour une GEU (mais métrorragies > règles, col ouvert...)
 - Parfois diagnostic différentiel difficile entre GIU mal évolutive et GEU paucisymptomatique
 - Attendre
 - Curetage ou biopsie d'endomètre ?? Pour « décrocher » la GIU voire demander une anapath (valable seulement si +)

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - d) Grossesse extra utérine: traitement
 - Abstinence: avortement tubo abdominal
 - Pauci symptomatique, chute HCG à 48h
 - Ou avortement constaté pendant coelio pour hémopéritoine
 - Méthotrexate en IM
 - Pauci symptomatique, écho peu inquiétante, HCG peu élevées (< 5000 voire 10.000)
 - Efficacité 80%, nécessité surveillance régulière
 - Chirurgical
 - Critères de gravité / décision de la patiente / échec du traitement médical / récurrence homolatérale
 - Salpingectomie / salpingotomie (cf. étude DEMETER)
 - Ne pas oublier: surveillance HCG jusqu'à négativation pour les cas non traités pas salpingectomie

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - e) Cas particuliers de GEU
 - Grossesses interstitielles = portion intra murale de la trompe
 - Diagnostic différentiel grossesse dans l'angle ou sur utérus bicorne
 - Traitement: chirurgical / récemment Métho in situ (coelio) ou embolisation + Métho voie générale
 - Grossesse hétérotopique
 - GIU + GEU, contexte PMA surtout
 - Expulsion spontanée, sinon coelioscopie
 - Grossesse cervicale ou sur cicatrice de césarienne antérieure (au niveau isthmique)
 - Risque hémorragique+++ si curetage à un stade trop avancé (>6 SA)
 - Idéal: injection in situ de Métho, puis attendre expulsion spontanée
 - En cas de métrorragies importantes, le curetage cervical associé à une méthode de tamponnement (cerclage ou sonde de Foley) peut être employé.
 - Si nécessaire embolisation
 - Grossesse ovarienne
 - Rare, difficulté diagnostique avec corps jaune
 - Grossesse abdominale
 - laparotomie

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - f) Cas particuliers
 - Lyse d'un jumeau
 - Assez fréquent, évolution vers papyracé
 - Bon pronostic au 1^{er} trimestre
 - Grossesse sur DIU
 - Dilemme si grossesse finalement désirée: risques si DIU laissé en place ou retiré
 - CAT proposée: retirer le DIU si les fils sont encore accessibles, si le DIU est en-dessous du sac en écho

Métrorragies du 1^{er} trimestre

- 2. Origine endo-utérine
 - f) Cas particuliers (fin)
 - Grossesse molaire
 - Complète:
 - aspect en « flocons de neige » dans la cavité
 - Ovaires polykystiques (stimulés)
 - Voire prééclampsie précoce
 - Incomplète = embryonnée avec arrêt d'évolutivité
 - CAT dosage HCG, curetage sous contrôle écho, examen anatomo pathologique+++, surveillance HCG jusqu'à négativation+++
 - Exceptionnels
 - Cancers et grossesse (endomètre / trompes / ovaires)

Métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

- 1. Origine cervicale
 - a) « ectropion »
 - b) polype
 - c) cancer
 - Cf. CAT 1^{er} trimestre
 - d) dilatation du col / travail: métrorragies = possibilité de MAP
 - Y penser après avoir éliminé les étiologies plus graves (ci-dessous)
- 2. Origine endo-utérine
 - Décollement prématuré du placenta = HRP
 - Placenta inséré bas
 - Hématome marginal / sous chorial
 - Rupture des membranes
 - Rupture utérine
 - Hémorragie de Benkiser

L'hématome rétroplacentaire: une des grandes urgences obstétricales

• Elle met en danger le pronostic maternel + et fœtal +++

• **Terme exact = Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (évoluant vers un hématome)**

- Un hématome entre l'utérus et la placenta
- Soit complication d'une pathologie hypertensive
- Soit contexte infectieux (rupture prématurée des membranes)
- Soit survenue lors d'une grossesse d'évolution normale jusqu'alors (« coup de tonnerre dans un ciel serein »)
Tabagisme= facteur de risque



L'hématome rétroplacentaire: Les signes cliniques: *un diagnostic clinique*

Début **brutal** et association de

- **Métrorragies** (inconstantes s'il n'y a pas d'extériorisation)
- **Contractions utérines douloureuses**
Classiquement contracture qui se relâche mal
= « utérus de bois » par augmentation de la HU
Mais parfois tableau trompeur de MAP
- D'autres signes: 50% dans un contexte de prééclampsie (penser BVR, Dopplers utérins si métrorragies)



Hématome rétro placentaire

Toujours y penser: avoir le doptone ou le monito « faciles » dans les situations suivantes ++++ :

- **Tout train contractile chez une prééclampsique**
- **Toute MAP consultant en urgence**
- **Toute reprise de contractions chez une patiente hospitalisée pour MAP**

L'hématome rétroplacentaire: Les examens complémentaires

Monitoring: anomalies du RCF?

Echographie: bien mais pas assez fiable:
hématome pas toujours visible
parfois retentissements d'une HTA avec:
-un fœtus hypotrophe
-une diminution de la quantité de LA
-perturbations des dopplers
-mort fœtale in utero

Attention l'écho ne doit pas faire perdre de temps

Examens biologiques:

bilan préopératoire, bilan de coagulation
bilan d'une hypertension: bilan hépatique et rénal



L'hématome rétroplacentaire: Les complications

Maternelles: Etat de choc lié

À l'hypovolémie
Aux troubles de l'hémostase secondaire à la consommation locale des facteurs de coagulation

Fœtales:

la prématurité
l'hypotrophie
la souffrance fœtale aigue
la mort in utero



L'hématome rétroplacentaire: Conduite à tenir

Réanimation maternelle en milieu hospitalier
correction de la volémie
prévention et traitement des troubles de l'hémostase
pronostic maternel en général bon



URGENCE

- Evaluer rapidement l'état **maternel**
(hypo volémie : pouls, TA, coloration, conscience)
- et fœtal** (BDC, voire échographie sans attente)
- Voies veineuses, remplissage vasculaire pour corriger l'hypovolémie (RINGER LACTATE), bilan complet (coagulation +++)
- COMMANDE de CULOTS GLOBULAIRES

L'hématome rétroplacentaire: Conduite à tenir

Extraction fœtale par **césarienne en urgence**
ou **voie basse** si le travail semble bien lancé et rapide
avec états maternel et fœtal optimaux



En cas de **mort fœtale in utero** (30 à 50% de mortalité fœtale)
Si les saignements le permettent
Si l'état hémodynamique est stable,
l'accouchement par **voie basse** peut être tenté

Métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

- Placenta inséré bas
 - Diagnostic écho (voie vaginale si doute)
 - Attention au TV (très prudent voire C.I.)
 - Arrêt des métrorragies possible après rupture des membranes si placenta non recouvrant
 - Traitement tocolyse-corticoïdes si prématuré, sinon tentative de voie basse ou césarienne

Métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

- Hématome marginal / sous chorial
 - Étiologie mal expliquée. Equivalent de RPM ?
 - Risques: RPM, accouchement prématuré
 - Traitement
 - repos,
 - antibiotiques en fonction du bilan infectieux
 - voire tocolyse

Métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

- Rupture des membranes
 - Saignements d'origine cervicale mélangés dans du LA: extériorisation imposante parfois, mais de liquide très fluide
 - Écho oligoamnios
 - En principe pas de souffrance fœtale
 - Parfois RPM sur hématome marginal

Métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

- Rupture utérine
 - Sur utérus cicatriciel
 - Césarienne, surtout avec incision corporeale
 - Myomectomie
 - Plastie utérine
 - Curetage ?
 - Exceptionnelle avant travail
 - Éléments à apprécier:
 - État hémodynamique / RCF
 - Importance des saignements
 - Couleur des urines au sondage
 - Echo: peu fiable sauf pour hémopéritoine

Métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

■ 2. Origine endo-utérine

– Hémorragie de Benkiser

- Rupture des membranes au niveau d'un vaisseau placentaire courant sur les membranes:
 - Saignement d'origine foetale
 - Souffrance foetale très rapide malgré une césarienne en extrême urgence pour bradycardie
- ≠ hémorragie fœto maternelle = saignement foetal dans la circulation maternelle (en principe pas de métrorragies)

Le Rhophylac

■ Cf. protocole proposé par le CNGOF (3)

- <http://www.cngof.asso.fr>

Quand faire un Kleihauer ?

■ Indications

- Diagnostic d'hémorragie fœto maternelle (=HFM) *quel que soit le Rhésus*
 - Traumatisme abdominal > 15 SA
 - ARCF mal expliquées
 - Rythme sinusoïdal
 - Voire VSM ⇄ au niveau cérébral
 - Pas d'indication si métrorragies isolées
- Dose supplémentaire de Rhophylac dans les situations à risque d'HFM (cf. protocole 3 & 4)
- Pas d'indication sur sang vaginal pour Benkiser car CAT= césar en urgence

CAT / métrorragies du 1^{er} trimestre

■ Cf. protocole 1

CAT / métrorragies du 2^{ème}/3^{ème} trimestre

■ Cf. protocole 2

Cas cliniques (1)

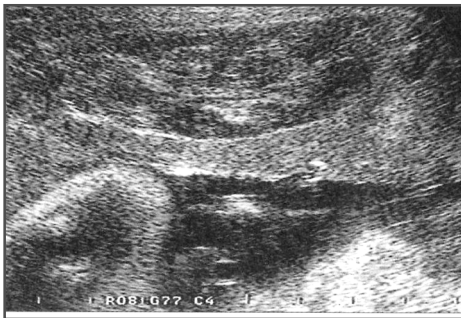
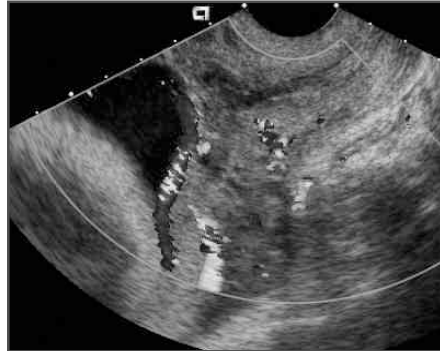
■ Classiques + pièges

- Métrorragies utérus vide
- Métro sac 5mm
- Métro image tubaire 15mm HCG 800
- Métro image tubaire 15mm HCG 1400
- Hématome T1 sans métrorragies Rh-
- Prééclampsie CU+ sans métrorragies
- MAP hospitalisée recontracte

Cas clinique (2)

- Patiente primipare
- Au cours du travail, apparition de métrorragies de sang rouge sans ARCF
- Majoration dans le temps de la quantité des saignements

Échographie: diagnostics différentiels possibles ?



Cas clinique (3)

Patiente présentant un antécédent de césarienne.
Travail spontané, dilatation 3 cm.
Métrorragies modérées.
Echo: RAS



Qu'en pensez-vous?

Difficultés techniques (bon appareil, bonne réplétion vésicale)
Surtout valeur prédictive négative: risque d'erreur
Rester clinique...

- Métrorragies:

- Contractions: HRP ?