

Les hémorragies gynécologiques et/ou obstétricales

A. VANHOUTTE

Les hémorragies génitales sont un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie. En raison de nombreuses étiologies, il peut être difficile de retrouver l'origine exacte d'une hémorragie génitale. Chez une femme en période d'activité génitale qui présente des métrorragies, en dehors d'un contexte évident de grossesse, il faut penser aux causes gravidiques. Les hémorragies génitales sont des pertes de sang provenant de l'appareil génital qui peuvent avoir pour origine la partie terminale de l'appareil génital : hémorragies vaginales et vulvaires. Ou provenir aussi de l'utérus : ménorragies (règles prolongées et/ou abondantes) et métrorragies (hémorragies utérines survenant en dehors d'une période menstruelle).

Une distinction absolue entre ménorragies et métrorragies est arbitraire. On est donc souvent amené à parler de ménométrorragies.

1. Étiologie

1.1. En dehors d'une grossesse

Tous les étages de la filière génitale féminine peuvent être à l'origine de saignements anormaux (vulve, vagin, col et corps utérin, trompes, ovaires).

1.1.1. Causes vulvo-vaginales

La lésion est évidente car la vulve et le vagin sont directement accessibles à l'inspection : la vulvo-vaginite aiguë, un corps étranger intra-vaginal, une lésion

Correspondance : Anne Vanhoutte, IDE SAU/SMUR, Centre Hospitalier Général, BP 364, 39016 Lons-le-Saunier cedex.

traumatique (plaie de la vulve, de l'hymen, du vagin en particulier des culs de sac), un cancer de la vulve ou du vagin, une rupture de la varice vulvaire.

1.1.2. Causes cervicales

Le diagnostic est relativement facile dès l'inspection au spéculum : lésion traumatique du col (traumatisme ou rapport sexuel), cervicite (peut intéresser l'exocol ou l'endocol), polype muqueux (provenant de l'endocol) ou fibreux (provenant de la cavité utérine), endométriose cervicale, cancer infiltrant du col utérin, la lésion la plus grave, qui doit être éliminé de principe.

1.1.3. Causes utérines

Fibrome utérin : très fréquent. Il doit être la première étiologie à évoquer chez une femme qui présente des ménorragies.

Le polype endométrial : anomalie localisée de la muqueuse endométrial, lésion intra-cavitaire responsable de ménométrorragies.

Endométrite : se rencontre dans des circonstances évocatrices (post-partum, post abortum).

Cancer de l'endomètre : se rencontre dans 15 % des cas chez des patientes non ménopausées. Il touche surtout la femme ménopausée (60 à 70 ans) survenant sur un terrain particulier d'hyperœstrogénie.

Endométriose utérine ou adénomyose : se rencontre surtout chez des femmes après trente-cinq ans, multipares ou au passé gynécologique chargé (avortement spontané ou provoqué avec curetage).

Le stérilet : les hémorragies peuvent être liées à un déplacement du dispositif intra-utérin (DIU).

1.1.4. Causes annexielles

La salpingite aiguë : les infections génitales hautes se traduisent par des métrorragies souvent abondantes.

Le cancer de la trompe : pathologie rarissime.

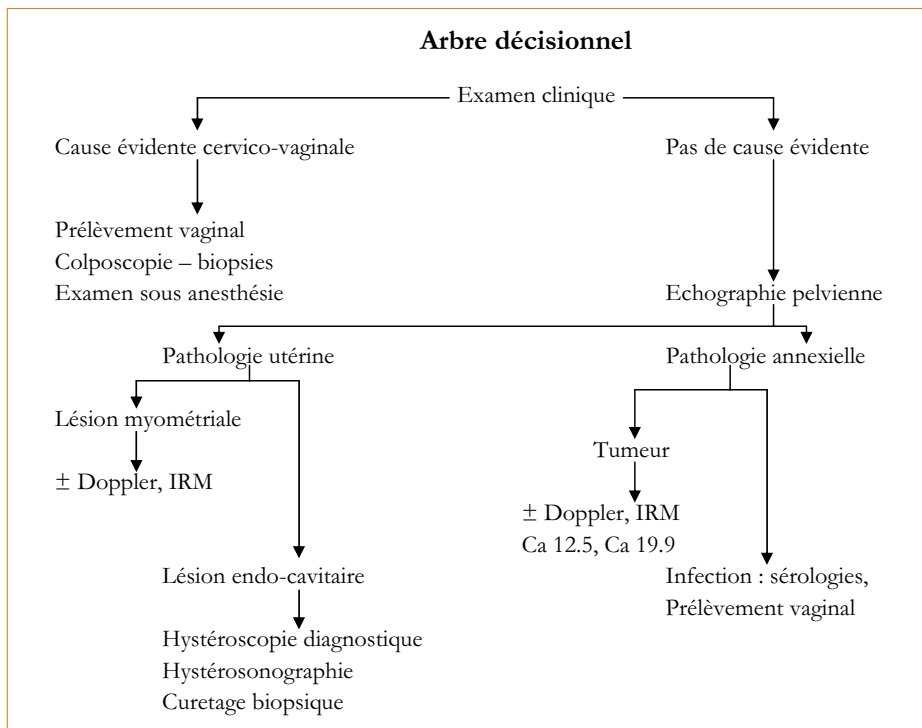
Les tumeurs de l'ovaire : les métrorragies sont très inconstantes. Elles se rencontrent surtout dans les tumeurs endocrines.

1.1.5. Hémorragies utérines fonctionnelles

Une altération permanente ou accidentelle de l'endomètre, provoquée par un déséquilibre hormonal est à l'origine de ces hémorragies. Elles se rencontrent en période pubère, dans les pré-ménopauses et dans les cycles anovulatoires.

1.1.6. Causes générales

Les ménorragies sont liées à un trouble de la crase sanguine. Il peut s'agir d'hémopathies acquises avec thrombopénies de la maladie de Willebrand, trouble de la coagulation d'insuffisance hépatique sévère.



D' Luc Cravello

1.2. Pendant la grossesse

1.2.1. Premier trimestre

Toute hémorragie au 1^{er} trimestre de la grossesse doit faire évoquer de principe le diagnostic de grossesse extra-utérine (GEU). La 1^{re} étape consiste à évaluer rapidement s'il existe une situation pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel en raison de l'abondance des saignements, soit 25 % des grossesses au cours de cette période. La moitié d'entre elles évoluera normalement jusqu'au terme, l'autre moitié s'interrompra spontanément.

L'interrogatoire permet de dater la grossesse, dater le début des métrorragies, de dépister les signes associés (algies pelviennes, fièvre, les signes en faveur d'une grossesse) et les signes généraux (pâleur, tachycardie, hypotension).

L'examen au spéculum permet de confirmer l'origine des saignements.

Le toucher vaginal précise l'état du col et du corps utérin, l'existence d'une douleur, d'un empatement, d'un cul-de-sac de Douglas indolore ou douloureux.

L'examen abdominal peut montrer une douleur localisée.

Deux examens paracliniques sont nécessaires pour faire le diagnostic étiologique :

- Le dosage quantitatif des β -HCG est le plus intéressant, le taux est positif dix jours après la conception.
- L'échographie réalisée par voie trans-abdominale ou par voie endovaginale permet de constater la présence ou non d'éléments.

La séroprophylaxie par des Ig Anti-D est réalisé chez toutes les femmes du groupe rhésus négatif.

1.2.1.1. Grossesse intra-utérine évolutive

C'est le cas une fois sur deux. Une grossesse évolutive c'est-à-dire un embryon avec une activité cardiaque. Toutefois, il peut s'agir :

- D'une grossesse intra-utérine évolutive plus jeune que l'âge présumé de la grossesse.
- D'une grossesse multiple le plus souvent gémellaire avec arrêt d'évolution d'un embryon.
- D'un hématome décidual avec un décollement du pôle inférieur de l'œuf.

Le traitement consiste en un repos à domicile. Certains ajoutent des progestatifs et des antispasmodiques. Les échographies répétées permettront de juger de l'évolution favorable.

1.2.1.2. Grossesse arrêtée

C'est le cas dans environ 50 % des cas. Il s'agit d'un avortement spontané précoce. Les manœuvres abortives sont devenues exceptionnelles depuis la loi sur l'IVG.

Il peut s'agir d'un avortement spontané avec expulsion complète de l'œuf. L'utérus est vide à l'échographie. Dans ce cas, aucun traitement.

Dans le cas de rétention partielle ou totale de l'œuf, on peut attendre l'expulsion spontanée de la rétention trophoblastique en l'absence de saignements importants.

L'expulsion peut être aidée par la prescription de produits ocytotiques entraînant quelques contractions utérines (Méthergin[®], Prostaglandine[®]).

Un curetage est rarement nécessaire.

En cas de suspicion de manœuvres abortives, une séroprophylaxie et une vaccination antitétanique plus une antibiothérapie systématique seront réalisées.

1.2.1.3. Les grossesses extra-utérines

Elles se développent en dehors de la cavité utérine. Elle survient dans environ 1 % des grossesses. Dans 96 % des cas, l'œuf s'implante dans la trompe de Fallope (grossesse tubulaire). Les autres localisations, plus rares, sont tubo-ovariennes, ovariennes ou péritonéales (dans la cavité abdominale).

La certitude d'une GEU nécessite en général la réalisation d'une coéloscopie à but diagnostic et thérapeutique. Il existe deux types de traitement coéloscopique :

- Conservateur de la première intention dès que cela reste possible, la trompe est ouverte et la GEU est aspirée (salpingotomie).
- Radical, la trompe est retirée et extraite en coéloscopie (salpingectomie percoéloscopique) est réalisée quand la trompe est très abimée ou qu'il existe une probabilité importante de récurrence de GEU.

Actuellement, certaines équipes proposent un traitement médical lorsque les conditions sont favorables (taux faible de β -HCG, petite taille de la GEU, absence de signes de rupture) et que le diagnostic est certain.

Le Méthotrexate® agit comme antimétabolique sur le trophoblaste et injecté soit directement dans la GEU soit par voie IM.

Les patientes sont suivies régulièrement par la suite sur le plan clinique échographique et biologique jusqu'à la négativation des β -HCG.

1.2.1.4. Môle hydatiforme

Représente environ 1 cas sur 1 000 des grossesses. Cependant, la môle peut se révéler par un avortement précoce qui peut être difficile à différencier d'une fausse couche banale.

Le traitement consiste en une aspiration éventuellement échoguidée, sous perfusion d'ocytocique et couverture antibiotique.

La surveillance post molaire est primordiale : clinique, échographique, biologique et radiologique.

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement. Parfois la persistance de résidus molaires nécessite un deuxième curetage.

1.2.2. Du deuxième et du troisième trimestre

Les hémorragies du deuxième et troisième trimestre peuvent être liées à :

- Un saignement du col lié à un ectropion, une cervicite, un polype voir à un cancer du col.
- Un saignement venant de l'endocol lié à une modification cervicale sous l'effet des contractions utérines.

– Deux urgences obstétricales doivent être diagnostiquées ou écartées car elles mettent en danger le pronostic maternel et fœtal : le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire (HRP).

1.2.2.1. Le placenta prævia

Insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il peut être :

– *Latéral* : le bord inférieur du placenta est au niveau du segment inférieur sans effleurer l'orifice interne du col.

– *Marginal* : le bord inférieur du placenta effleure l'orifice interne du col sans le recouvrir.

– *Recouvrement* : le bord inférieur du placenta recouvre complètement l'orifice interne du col. Il rend l'accouchement par les voies naturelles impossibles.

Les facteurs de gravité sont : la multiparité, l'âge maternel élevé, les antécédents d'avortement spontané ou provoqué, la gémellité, le tabagisme, les antécédents de placenta prævia et les manœuvres endo-utérines.

Nécessité d'une césarienne à terme si le placenta est recouvrant.

S'il existe des métrorragies, l'hospitalisation s'impose car l'hémorragie même minime peut devenir abondante et mettre la mère et le fœtus en danger.

On apprécie :

– L'état hémodynamique maternel, les pertes sanguines et l'abondance des saignements. Surveillance pouls, tension artérielle, numération globulaire.

– L'état fœtal : échographie et surtout enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

– La localisation placentaire par échographie endovaginale.

Si le placenta prævia est non recouvrant et que l'état maternel et fœtal le permet, un accouchement par voie basse peut être tenté lorsque la dilatation du col avance très vite.

Si l'état hémodynamique maternel est mauvais et qu'il est associé à des saignements et une souffrance aiguë du fœtus, l'extraction fœtale en urgence s'impose, réalisée par césarienne après réanimation maternelle.

1.2.2.2. Hématome rétro placentaire

Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) touche 0,25 à 1 % des grossesses. Il est à l'origine de 50 % des métrorragies du 3^e trimestre. Un hématome se développe alors dans la zone de clivage entre l'utérus et le placenta. Le caillot ainsi constitué laisse une empreinte sur la face maternelle du placenta (une cupule surmontée d'un infarctus placentaire).

Les facteurs de gravité sont : l'hypertension chronique ou gravidique, les antécédents HRP, l'âge maternel élevé, le tabagisme, l'éthylisme, l'hydramnios.

L'HRP nécessite une réanimation maternelle en milieu hospitalier et une extraction fœtale par césarienne en urgence, réanimation maternelle, correction de l'hypovolémie et prévention et traitement des troubles de l'hémostase.

S'il y a mort fœtale, des saignements et que l'état hémodynamique maternel le permet, un accouchement par voies naturelles peut être tenté.

Le traitement anticoagulant dans le post-partum permet d'éviter les complications thromboemboliques.

1.2.2.3. Rupture utérine

C'est une complication rare du 3^e trimestre, dont les causes peuvent être :

- Pendant le travail sur un utérus sain : hémorragie très importante provoquée par un gros fœtus, travail long, multiparité, délai court entre les grossesses, forceps, chute, prostaglandine sous forme locale, le non-respect des débits de perfusion d'utérotoniques.

- Pendant le travail sur un utérus cicatriciel : les antécédents de césarienne, myomectomie, conisation.

La révision utérine systématique fait le diagnostic.

Une laparotomie réparatrice est le plus souvent nécessaire lors de la rupture totale de la paroi utérine.

1.2.2.4. Hémorragie de Benkiser

Il s'agit de la rupture d'un vaisseau prœvia. C'est un accident exceptionnel rencontré au cours du travail lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes. L'insertion des vaisseaux est anormale. Ces vaisseaux se rompent lors de la rupture des membranes entraînant une hémorragie massive avec souffrance fœtale suraiguë. La césarienne faite en extrême urgence ne parvient que rarement à sauver le fœtus.

1.2.3. Hémorragie de la délivrance ou du post-partum

Saignement du tractus génital anormal par son abondance (> 500 ml) et son retentissement sur l'état général survenant dans les 24 premières heures qui suivent l'expulsion fœtale par les voies naturelles ou par césarienne. L'hémorragie est qualifiée de sévère si les pertes sanguines excèdent 1 000 ml pour un accouchement par voie basse et 1 500 ml après une césarienne.

1.2.3.1. L'atonie utérine

Il s'agit d'un utérus qui ne présente pas les contractions utérines nécessaires au décollement du placenta ou qui après le décollement du placenta ne se rétracte pas normalement pour donner un globe de sécurité. Elle est favorisée par un travail prolongé ou très rapide, multiparité, surdistension utérine, choriarniote, insertion placentaire basse, globe vésical, interférences médicamenteuses (MgSO₄, dérivés nitrés). Elle est souvent associée à une rétention placentaire.

1.2.3.2. La rétention placentaire

Elle peut être complète, le placenta n'est pas décollé 30 minutes après l'expulsion, 15 minutes après délivrance dirigée, ou **partielle** lorsque l'examen du placenta après expulsion de celui-ci ne paraît pas complet avec suspicion qu'une partie du placenta ou qu'un cotylédon soit resté dans l'utérus.

Elle est favorisée par une cicatrice utérine, des antécédents du curetage, d'infections utérines ou anomalies placentaires.

Elle impose une délivrance artificielle ou une révision utérine.

1.2.3.3. Lésions de la filière génitale

Une plaie du col, du vagin ou du périnée doit être évoquée devant la persistance d'une hémorragie malgré une bonne rétraction utérine et la vérification de la vacuité utérine. Elles sont favorisées par une extraction instrumentale, un accouchement rapide, des efforts expulsifs sur dilatation incomplète.

L'épisiotomie peut être à l'origine d'une hémorragie significative et doit être suturée rapidement.

1.2.3.4. Troubles de la coagulation et de l'hémostase

Ils sont la cause ou la conséquence des hémorragies obstétricales graves et toutes les causes précitées peuvent s'accompagner de troubles de l'hémostase. Ces anomalies de l'hémostase peuvent être congénitales (maladie de Von Willebrand, hémophilie...) ou acquise par insuffisance hépatique, défibrination, CIVD et/ou fibrinogénolyse) ou le plus souvent par coagulopathie de dilution.

1.2.3.5. Traitement obstétrical initial

Si le placenta n'est pas délivré, il faudra avoir recours à la délivrance artificielle.

La révision utérine systématique vérifie la vacuité utérine et l'intégrité des parois utérines.

Un examen complet de filière génitale sera fait sous valves.

Un sondage vésical.

La suture de l'épisiotomie.

Le massage utérin est préconisé.

1.2.3.6. Traitement médical par les utérotoniques

Il favorise la rétraction utérine en relais ou complément du massage utérin.

Les ocytociques : le Synthocinon

Le plus utilisé en première intention par voie IV, IM ou intramyométriale.

Les bolus successifs ne sont pas recommandés en raison de l'effet vasodilatateur qui risque d'engendrer une chute de la pression artérielle.

S'il est inefficace après 15 minutes, il est licite de proposer des prostaglandines.

Les prostaglandines : le Nalador

Elles ont une action puissante et précoce sur le myomètre utérin par voie IV en seringue autopulsée.

L'efficacité est excellente (95 %) si le Nalador est administré précocement après le début de l'hémorragie.

Les dérivés de l'ergot de seigle : le Méthergin

La seule voie autorisée est la voie intramusculaire.

Il ne doit pas être autorisé en routine, en raison de ses effets secondaires (poussée d'hypertension artérielle, nécrose myocardique, OAP, trouble du rythme).

1.2.3.7. Réanimation maternelle

La priorité de la réanimation va à la restauration de la volémie associée à une bonne oxygénation. Il est impératif de lutter le plus précocement possible contre le choc hypovolémique.

Monitoring : PA, FC, SpO₂, diurèse, coloration, feuille de surveillance.

2 VVP de gros calibre.

Oxygénation au masque.

Prélever en urgence : NFPlaquettes, bilan d'hémostase, dosage des facteurs de coagulation (I II V VI X), PDF, D dimères, groupe RAI, bilan prétransfusionnel, fibrinogène, temps de lyse des euglobulines.

Hémocue® au lit de la patiente.

Prélever un tube sec en cas de doute sur l'existence d'une coagulopathie.

Correction de l'hypovolémie.

Surélévation des MI.

Remplissage vasculaire cristalloïdes gélatines, HEA.

Transfusion de concentré globulaire, si hémoglobine inférieure à 7 g avec syndrome hémorragique ou anémie aigüe mal tolérée.

Le traitement d'une CIVD repose sur l'apport de plasma frais congelé et de concentré de plaquette d'aphérèse.

Antibiothérapie à large spectre couvrant les entérocoques, les streptocoques et anaérobies.

1.2.3.8. Les alternatives chirurgicales

Le choix de la technique dépend des antécédents obstétricaux de la patiente, de l'importance de l'hémorragie, de la stabilité hémodynamique et de l'expérience du chirurgien.

Ligatures vasculaires

La ligature des artères utérines est plus intéressante, son taux de succès est d'environ

95 %. Elle peut être complétée par la ligature des vaisseaux cervicaux-vaginaux et ovariens, cette technique conserve la fertilité maternelle.

Traitement radical : hystérectomie d'hémostase

Représente l'intervention ultime, radicale pour l'avenir obstétrical maternel. Elle est réservée à un échec du traitement conservateur/chirurgical ou radiologique ou lorsque la patiente présente un état hémodynamique difficilement contrôlable avec échec des traitements médicaux ou lorsque l'utérus est inconservable.

Embolisation des artères pelviennes

Elle a une place de choix après l'échec du traitement médical. Le taux de succès de la technique est excellent 95 % et le taux de complications faible. C'est une technique qui permet d'éviter l'hystérectomie d'hémostase et donc de conserver l'avenir obstétrical de ces patients. Son caractère séduisant ne doit pas faire proposer l'embolisation en 1^{re} attention dans tous les cas. Cette technique n'est possible que si l'on peut disposer d'un plateau radiologique adapté à proximité de la maternité. Le remplissage vasculaire et la correction des troubles de la coagulation seront réalisés avant le transport en radiologie. La principale condition est l'état hémodynamique stable.

2. Conclusion

L'hémorragie du post-partum est une pathologie gravissime qui engage rapidement le pronostic vital maternel.

Sa prise en charge qui doit être multidisciplinaire nécessite la disponibilité en permanence de la présence sur place de l'obstétricien et de l'anesthésiste-réanimateur qui est un gage de sécurité, aidée par le laboratoire d'hématologie, l'établissement de transfusion et une équipe de radiologie interventionnelle dont la rapidité est essentielle. Une réserve de sang destinée à l'urgence vitale est souhaitée dans toutes les maternités.

Références bibliographiques

- Faculté de médecine ULP Strasbourg. Module de la conception à la naissance

- Hémorragie génitale chez la femme
- Hémorragies génitales du 1^{er} trimestre
- Hémorragies génitales au cours du 2^e et 3^e trimestre
- Ménométrorragies étiologies et hiérarchie des examens complémentaires
 - D^r Luc CRAVELLO, hôpital Conception, Marseille
- Premier trimestre normal et pathologique de la grossesse
 - Y. ROBERT, Y. ARDENS, hôpital Claude Huriez, Lille
- Hémorragies génitales : hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse
 - D^r Jean Marc AYOUBI
 - P^r Jean Claude PONS

Corpus médical de la faculté de médecine de Grenoble
- Hémorragies graves du 3^e trimestre de la grossesse
 - A. BENACHI, service d'obstétrique, hôpital Necker – Enfants malade, Paris
- Les urgences hémorragiques obstétricales
 - D^r Nathalie PROVOST, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille
 - J. LAR, février 1999
- Hémorragies du post-partum immédiat
 - N. BOISSEAU, E. LHUBAT, M. RAUCOULES-AIMEE

Département d'anesthésie-réanimation, CHRU Nice

Conférence d'actualisation SFAR 98
- Hémorragie du post-partum
 - N. PROVOST-HELOU, C. LALOUX, A.-S. DUCLOY

Département d'anesthésie-réanimation I, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille,

Urgences 2000
- Hémorragie obstétricale
 - M. HENRY, P. MALASSINE, J. SEEBACHER

Département anesthésie-réanimation, groupement hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris
- XXII^e conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence sur les coagulations intra-vasculaires disséminées (CICD), faculté de médecine, Lille, 2002
- La maladie de Von Willebrand, société Canadienne de l'hémophilie
- Nouveaux cahiers de l'infirmière, gynécologie-obstétrique, Édition MASSON

