

# Item 17 : Principales complications de la grossesse – Hémorragie premier trimestre

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I Conduite de l'examen .....</b>	<b>5</b>
<b>I.1 Interrogatoire .....</b>	<b>5</b>
<b>I.2 À l'examen .....</b>	<b>5</b>
<b>I.3 Examens complémentaires.....</b>	<b>5</b>
<b>II Orientation diagnostique .....</b>	<b>6</b>
<b>II.1 En faveur d'un avortement spontané .....</b>	<b>6</b>
<b>II.2 En faveur d'une grossesse extra-utérine .....</b>	<b>7</b>
<b>II.3 En faveur d'une grossesse intra-utérine évolutive .....</b>	<b>7</b>
<b>II.4 En faveur d'une grossesse molaire (maladie trophoblastique) .....</b>	<b>7</b>
<b>III Conduite à tenir en fonction de l'étiologie.....</b>	<b>8</b>
<b>III.1 En cas de Grossesse Extra-Utérine (GEU).....</b>	<b>8</b>
<b>III.2 En cas de maladies trophoblastiques.....</b>	<b>8</b>
<b>III.3 En cas d'avortement spontané du premier trimestre .....</b>	<b>9</b>
<b>III.4 En cas d'avortements spontanés à répétition.....</b>	<b>9</b>
<b>IV Annexes.....</b>	<b>10</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>10</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>12</b>
<b>Recommandation .....</b>	<b>13</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>13</b>

## **PRE-REQUIS**

- Développement de l'embryon
- Cinétique de la courbe des  $\beta$ -hCG
- Seuil de visibilité échographique

## **OBJECTIFS**

ENC :

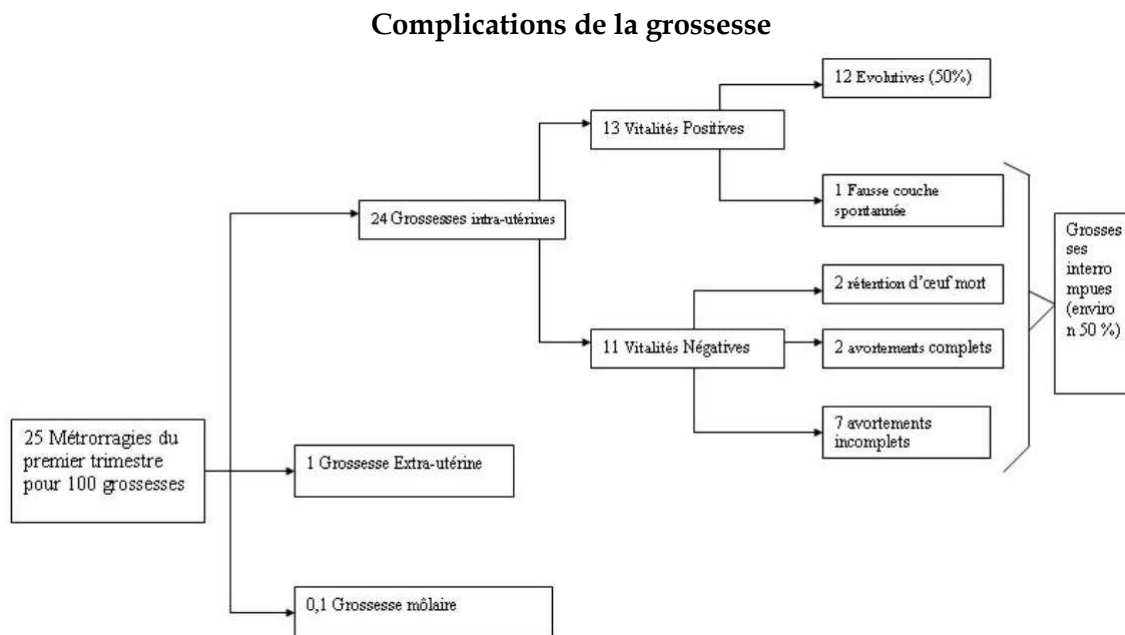
- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse : hémorragie génitale

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des hémorragies génitales au cours de la grossesse

Elles compliquent environ 25 % des grossesses et peuvent être en rapport avec :

- une grossesse extra-utérine (1 %),
- une grossesse intra-utérine évolutive avec hématome décidual (*cf. glossaire*)
- une grossesse intra-utérine non-évolutive (avortement spontané ou fausse couche) (12 %),
- exceptionnellement : une grossesse molaire (*cf. glossaire*), , un cancer du col.



## I CONDUITE DE L'EXAMEN

---

### I.1 INTERROGATOIRE

- Antécédents (DES, pathologie tubaire, IST, tabac, DIU, malformations utérines).
- Signes sympathiques de grossesse : nausées matinales, tension mammaire...
- 
- Aspect des hémorragies : abondance, couleur.
- Présence de douleurs pelviennes et leurs caractères : médianes à type de contractions ou douleurs latéralisées, sourdes avec des accès douloureux plus intenses.

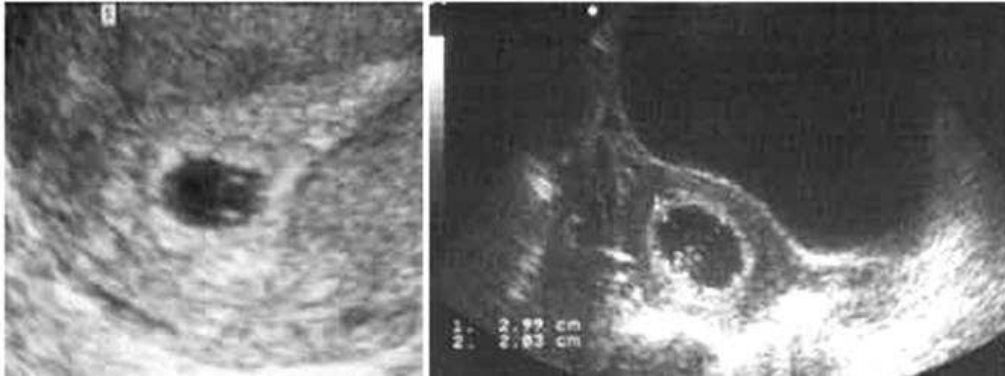
### I.2 À L'EXAMEN

- État général, pouls, tension artérielle.
- Abdomen : souple ? indolore ? Hauteur utérine.
- Examen au spéculum (*cf. glossaire*) : aspect du col, présence de débris ovulaires ?
- Toucher vaginal : perméabilité du col, taille de l'utérus, présence d'une masse latéro-utérine, douleur provoquée à la mobilisation utérine, dans un cul-de-sac latéral ou dans le Douglas (*cf. glossaire*).

### I.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Dosage plasmatique d'hCG en cas de doute sur l'état de grossesse.
- Échographie pelvienne, au mieux par voie vaginale. Dans une grossesse normale, le sac ovulaire est visible dès 5 Semaines d'Aménorrhée (SA) sous la forme d'une image liquidienne intra-utérine entourée d'une couronne échogène (le trophoblaste). L'embryon et son activité cardiaque deviennent visibles entre 5,5 et 6 SA.

### Aspect échographique d'une grossesse évolutive de 7 SA



L'échographie précise :

utérus vide ou contenant un sac ovulaire ?

- si sac ovulaire intra-utérin : contours réguliers ou non ? hématome ? embryon vivant ?
- si utérus vide : masse latéro-utérine ? Épanchement dans le Douglas.

## II ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

---

### II.1 EN FAVEUR D'UN AVORTEMENT SPONTANÉ

- Disparition récente des signes sympathiques de grossesse.
- Hémorragies franches, de sang rouge, avec caillots et « débris ».
- Douleurs pelviennes médianes, intermittentes, à type de contractions, « comme des règles ».
- Col utérin mou, perméable au doigt.
- Alors que les culs-de-sac sont libres et la mobilisation utérine indolore.

À l'échographie :

- Sac ovulaire intra-utérin bien visible, reconnaissable par sa couronne trophoblastique échogène,
- mais anormal : embryon sans activité cardiaque ou œuf clair, sans écho embryonnaire, souvent aplati, à contours irréguliers, plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

## II.2 EN FAVEUR D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

- Facteurs de risque : antécédents de stérilité (*cf. glossaire*), salpingite (*cf. glossaire*), chirurgie tubaire, grossesse extra-utérine. Grossesse sous contraception par dispositif intra-utérin ou microprogestatifs ou obtenue par assistance médicale à la procréation.
- Hémorragies peu abondantes, noirâtres.
- Douleurs pelviennes latéralisées, sourdes, avec des accès plus intenses.
- Utérus moins gros qu'attendu, col tonique et fermé, masse latéro-utérine douloureuse.
- Douleurs provoquées dans un cul-de-sac latéral, dans le Douglas ou à la mobilisation utérine.

À l'échographie :

- Utérus **vide** Unité Internationale
- Masse latéro-utérine, inconstante, plus ou moins caractéristique :
  - sac ovulaire typique avec embryon et activité cardiaque,
  - image en cocarde (10 à 20 mm) avec couronne échogène (trophoblaste) et centre clair,
  - masse hétérogène non spécifique.
- Épanchement dans le Douglas.

## II.3 EN FAVEUR D'UNE GROSSESSE INTRA-UTERINE EVOLUTIVE

- Hémorragies isolées, sans douleurs, souvent récidivantes.
- Sac ovulaire intra-utérin d'aspect conforme à l'âge gestationnel, avec embryon vivant présentant une activité cardiaque régulière.
- Les hémorragies sont en rapport avec un hématome décidual : image liquidienne entre les contours de l'œuf et la paroi utérine. L'évolution est parfois longue mais généralement favorable.

## II.4 EN FAVEUR D'UNE GROSSESSE MOLAIRE (MALADIE TROPHOBLASTIQUE)

Exceptionnelle en Occident. Fréquente en Asie du Sud-Est.

- Signes sympathiques de grossesse très intenses.
- Utérus plus gros que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

- Taux plasmatiques d'hCG très élevés.
- À l'échographie. L'utérus est occupé par une masse hétérogène, floconneuse, contenant de multiples petites vésicules. Il n'y a ni cavité ovulaire, ni embryon visible.

### III CONDUITE A TENIR EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE

---

#### III.1 EN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE (GEU)

(cf. Item 18 : Grossesse Extra-Utérine (GEU) : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item18/site/html>).

Aspect échographique d'une GEU



#### III.2 EN CAS DE MALADIES TROPHOBLASTIQUES

Le diagnostic évoqué à l'échographie nécessite une aspiration sous contrôle échographique avec examen anatomopathologique systématique.

Il est nécessaire de suivre la décroissance des  $\beta$ -hCG jusqu'à négativation.



En l'absence de décroissance voire de ré-ascension, il faudra redouter une môle invasive ou un choriocarcinome (*cf. glossaire*).

Une chimiothérapie est alors indiquée après bilan d'extension préalable (échographie hépatique et pelvienne, radiographie pulmonaire et examen vaginal).

### **III.3 EN CAS D'AVORTEMENT SPONTANE DU PREMIER TRIMESTRE**

Il s'agit habituellement du premier ou, parfois, du second épisode.

Dans tous les cas :

- Prévention de l'iso-immunisation (*cf. glossaire*) rhésus si femme rhésus négatif (+++).
- Banale pour le médecin, la fausse couche est souvent vécue par la femme comme un traumatisme culpabilisant, source d'inquiétude pour l'avenir. Il est important de consacrer quelques minutes à l'information.
  - La cause habituelle (60 % des cas) est une anomalie chromosomique de l'embryon, due au hasard. L'activité physique et la voiture n'y sont pour rien.
  - La fausse couche est un phénomène banal qui concerne 10 à 15 % des grossesses et n'a aucune conséquence sur l'avenir obstétrical.

L'évolution spontanée se ferait vers une majoration des hémorragies et des douleurs, l'ouverture du col, l'expulsion de l'œuf parfois très hémorragique.

Après discussion avec la patiente, il est possible d'envisager l'expulsion de la grossesse arrêtée. Deux méthodes sont disponibles.

- Traitement médical par prostaglandines (*cf. glossaire*) si l'œuf est de petite taille et les hémorragies peu importantes.
- Traitement chirurgical dans les autres cas.
  - Hospitalisation, bilan préopératoire, consultation d'anesthésie.
  - Sous anesthésie générale ou locale : dilatation du col, aspiration avec une canule.
  - Examen anatomopathologique du produit d'aspiration.
  - Sortie le jour même ou le lendemain.

### **III.4 EN CAS D'AVORTEMENTS SPONTANES A REPETITION**

La situation est différente des FCS habituelles.

Ce terme désigne la survenue d'au moins trois avortements spontanés. Une enquête étiologique devient légitime. Causes possibles :

- Malformation utérine (plutôt responsable d'avortements tardifs) => hystérogaphie.
- Lupus, syndrome des antiphospholipides (*cf. glossaire*) => sérologie lupique, recherche anticoagulant circulant.
- Causes génétiques : translocation équilibrée chez la femme ou son conjoint => caryotypes.
- Endométrite (*cf. glossaire*) chronique => prélèvements bactériologiques vaginaux et endocervicaux.
- Les causes hormonales et métaboliques (dysovulation, hypothyroïdie (*cf. glossaire*), diabète sont classiques mais très controversées => bilan hormonal, glycémie (*cf. glossaire*) ?
- Causes immunologiques : absence d'anticorps cytotoxiques anti-lymphocytes paternels dans le sérum maternel (cause rare et controversée à rechercher en seconde intention).
- Inconnues. Le bilan étiologique est souvent négatif.

Un traitement préventif des récives par aspirine à faible dose et héparine (*cf. glossaire*) de bas poids moléculaire est possible et efficace dans le lupus et le syndrome des antiphospholipides. Son utilisation dans les avortements à répétition inexplicés est fréquente mais empirique et d'efficacité mal documentée.

## IV ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- choriocarcinome : Cancer du placenta survenant habituellement au cours d'une grossesse pathologique (grossesse molaire).
- décidual : Qui concerne la caduque, portion de la muqueuse utérine expulsée avec le placenta après l'accouchement.
- Douglas : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.

- Endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- glycémie : Concentration de glucose dans le sang, ou plus exactement dans le plasma. Elle est mesurée en général en gramme de glucose par litre de sang, ou en millimoles de glucose par litre de sang.
- héparine : Molécule qui fait partie des GlycosAminoGlycanes (GAG).
- hypothyroïdie : Situation d'imprégnation insuffisante de l'organisme en hormones thyroïdiennes, le plus souvent à cause d'un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde.
- hystérogaphie : Hystérogaphie ou hystérosalpingographie : Examen de la cavité utérine et des trompes qui ne sont pas visibles sur des radiographies standards. Cet examen est très utile dans les bilans de stérilité, d'infections répétitives, de saignements génitaux, de douleurs... Elle recherche des anomalies telles qu'une tumeur, un fibrome ou un rétrécissement des voies génitales.
- iso-immunisation : Apparition d'anticorps (appelés iso-anticorps) dans un organisme ayant reçu un antigène (corps étranger) qui provient d'un individu de la même espèce. On parle dans ce cas d'iso-antigène.
- lupus : Ulcère rongeur, maladie tuberculeuse de la peau.
- molaire : Môle : Tumeur, bénigne en général, formée par la dégénérescence des villosités du placenta en villosités kystiques au début de la grossesse. Aucun embryon n'est visible et l'utérus est rempli de ces petites boules. Elle est rare en France (1 pour 2 à 3000 accouchements).
- prostaglandines : Métabolites de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, elles jouent des rôles importants dans les organismes vivants. En effet, les prostaglandines sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.

- salpingite : Inflammation d'une, ou des deux (dans 60 % des cas) trompes de Fallope. Infections sexuellement transmissibles, gonocoques et chlamydiae sont principalement en cause.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- stérilité : État involontaire d'un individu inapte à concevoir un enfant.
- syndrome des antiphospholipides : Syndrome des AntiPhosphoLipides (SAPL) : Maladie auto-immune liée à l'existence d'anticorps auto-immun anti-phospholipides.
- trophoblaste : Couche cellulaire continue formée de fibroblastes qui limite l'œuf, devenu blastocyste au 6e jour après la fécondation. Des cellules du trophoblaste peuvent être prélevées pour un Diagnostic Prénatal (DPN). Le trophoblaste est à l'origine d'une hormone spécifique de la grossesse : l'HCG : l'hormone Chorionique Gonadotrope.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- : Hémorragie du premier trimestre de la grossesse [Internet]. Université de Rennes; 1995 Juin.
- : Hémorragies génitales au 1er trimestre (item 17C et 17D) [Internet]. Faculté de Médecine de Strasbourg, Université Louis Pasteur.
- Benoist G, Chéret-Benoist A, Beucher G, Dreyfus M. : Hémorragies du premier trimestre de la grossesse : orientations diagnostiques et prise en charge pratique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010 May;39(3S):F33-F39.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : I. Hémorragies génitales du premier trimestre. In: Gynécologie Obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 273-276.
- De Poncheville L, Marret H, Perrotin F, Lansac J, Body G, Ouedraogo C. : Conduite à tenir devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2003; 5-049-D-16.
- Lansac J. : Apport de l'échographie dans les métrorragies du 1er trimestre. Wikinu Collège Obstétrique.

- Morel O, Gayat E, Malartic C, Desfeux P, Rossignol M, Le Dref O, et al. : Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum - Choc hémorragique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1998; 5-082-A-10.
- Rault P. : Hémorragie pendant la grossesse [Internet]. Adrén@line; 2005 Aug.

## RECOMMANDATION

- Conduite à tenir devant des métrorragies du 1er trimestre. Médecine du Maghreb. 1992;33:19-20. : <http://www.santetropicale.com/resume/3302.pdf>
- Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. HAS; 2007. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)

## ABREVIATIONS

- DES : DiÉthylStilbestrol
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- FCS : Fausse Couche Spontanée
- hCG : hormone Chorionique Gonadotrope
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- UI : Unité Internationale