

CONDUITE A TENIR DEVANT DES METRORRAGIES DU 1ER TRIMESTRE

Les métrorragies compliquent 20 à 30 % des grossesses au cours du 1er trimestre. LA grande fréquence de ce phénomène n'influence pas le pronostic global de la gestation qui n'est cependant pas défavorable. Ces métrorragies ne sont en rapport avec une gestation pathologique que dans moins de la moitié des cas.

I - L'examen clinique

a) L'interrogatoire

Il doit préciser :

- L'âge de la femme : après 40 ans il y a augmentation des risques chromosomiques et baisse de la fécondité.
- Le désir de grossesse : cette notion est très importante car si la grossesse n'est pas désirée, il faut craindre la pratique de manoeuvres abortives non toujours avouées.
- Les antécédents : accouchements, fausse couche (terme et modalités), grossesse extra-utérine (GEU).
- Le problème actuel doit également être abordé par la précision de la date des dernières règles, de la positivité d'éventuelles réactions biologiques de grossesse, d'un décalage de la courbe ménothermique.
 - + date des métrorragies, leurs importance
 - + existence de douleurs expulsives ou salpingiennes
 - + existence de fièvre, leucorrhée, troubles digestifs, urinaires.

b) L'examen physique précise :

- Les signes généraux : pâleur, le pouls, la T.A. ce qui permet de juger de l'importance des métrorragies.
- L'état des seins :
Les seins sont tendus dans la grossesse évolutive, par contre la galactorrhée bilatérale est en faveur d'une grossesse arrêtée.
- L'état de l'abdomen :
 - . Souple, ballonné, contracturé ou non, douloureux ou non.
 - . La recherche du fond utérin par rapport au pubis.
- L'examen au spéculum :

Il précise l'état du col et du vagin, il mettra en évidence :

- . une vaginite, une cervicite
- . un polype, un cancer
- . des débris ovulaires au niveau de l'orifice cervical.
- Le toucher vaginal (T.V.)

Il apprécie l'état :

- . du col utérin (long, postérieur, fermé ou au contraire court, médian et ouvert)
- . du corps utérin (sa consistance : molle ou ferme, son volume correspondant à l'âge de la grossesse ou plus petit ou plus grand)
- . des culs de sac latéraux (insensibles ou empâtés et douloureux)
- . du cul de sac Douglas (insensible ou au contraire bombant et douloureux arrachant un cri à la malade).
- Au terme de l'examen clinique
 - . La grossesse est interrompue : car les signes sympathiques ont disparu, la femme a expulsé des débris ovulaires, le col est ouvert, il y a des débris dans le vagin.
 - . La grossesse n'est pas à l'évidence interrompue : 3 questions sont alors à résoudre :
 - + ou est l'oeuf ?
 - + est-il vivant ?
 - + Quelle est la cause de ce saignement ?

2 examens complémentaires sont d'un grand apport diagnostique :

- le dosage des B-HCG plasmatique
- l'échographie pelvienne.
- a) Les B-HCG plasmatiques sont normales pour le terme ainsi que la taille de l'utérus avec un col fermé, des culs de sac libres et insensibles voire une activité cardiaque foetale visible à l'échographie. La grossesse est évolutive.
- b) Les B-HCG sont très élevées avec un oeuf intra-utérin sans embryon visible, avec un aspect en flocon de neige en intra utérin, à l'échographie des kystes luteï-

niques bilatéraux ; la môle hydatiforme est très probable.

- c) Les B-HCG sont diminuées par rapport à l'âge de la grossesse. A l'échographie on trouve une image hétérogène évoquant une rétention placentaire, l'utérus est plus petit que l'âge présumé de la grossesse, il y a une montée laiteuse et les signes sympathiques de la grossesse ont disparu, la grossesse est arrêtée.
- d) Les B-HCG sont positives avec à l'échographie un utérus vide : c'est une GEU. On recherche une image latéro-utérine au moindre doute et en l'absence de contre indication, une coelioscopie doit être faite.

II - Conduite thérapeutique

a) *En cas de suspicion de GEU*

La femme sera hospitalisée :

- Si la GEU est dans sa forme de début la coelioscopie doit être faite celle-ci sera à la fois diagnostique et thérapeutique.
- Si la GEU est dans sa forme rompue il faut faire une réanimation puis une laparotomie, pour traiter la GEU.

b) *En cas de môle hydatiforme*

La patiente doit être hospitalisée pour une évacuation de la môle par aspiration sous syntocinon. La patiente sera suivie par des contrôles cliniques, échographiques et biologiques pendant 2 ans. Enfin la mise sous contraception orale est impérative durant cette période.

c) *Si la grossesse est arrêtée*

- Depuis moins de 8 semaines on peut attendre l'expulsion spontanée à domicile, sous les antispasmodiques et on surveille parallèlement l'importance des hémorragies qui doit être comparable au saignement d'une menstruation. Si l'oeuf est entièrement expulsé (contrôle échographique), la prescription des utérotoniques est suffisante. Ce n'est que devant la persistance du saignement au delà de 4-5 jours ou en cas d'hémorragie abondante ou de fièvre que l'hospitalisation s'impose.
- Au delà de 8 semaines ou si le saignement est abondant la patiente doit être hospitalisée pour curetage évacuateur.

d) *Si la grossesse est évolutive*

Ce n'est qu'après avoir éliminé une cause organique du saignement, une pathologie sévère qui contre indique la grossesse que l'on est en droit de traiter la patiente (repos, antispasmodiques, antibiotiques) en cas d'infection, et hor-

mones progestatives naturelles.

III - Surveillance après le 1er trimestre

La surveillance doit être clinique et échographique permettant de suivre le développement de l'embryon et la recherche d'une malformation. Au cours du 3ème trimestre il faudra rechercher un placenta praevia par l'échographie.

IV - Le bilan de fausse couche

- A - Les fausses couches d'origine chromosomique sont les plus fréquentes. Elles nécessitent l'examen du placenta ainsi qu'une étude du caryotype des parents;
- B - L'infection vient au second rang. Elle est toujours évoquée quand la fausse couche a lieu dans un contexte fébrile. Infection générale (virale, bactérienne ou parasitaire). Locale (cervicite, endométrite).
- C - Les malformations utérines : donnent des fausses couches tardives avec un embryon vivant. Par contre l'hypotrophie utérine donne des fausses couches précoces.
- D - Causes endocriniennes : l'insuffisance du corps jaune, les pathologies thyroïdiennes, surrénaliennes donnent des fausses couches à répétition. Devant 3 fausses couches successives, il faudra faire le bilan suivant :
 - recherche de l'infection par l'examen de la glaire, la biopsie de l'endomètre,
 - recherche d'une anomalie de l'ovulation par le dosage de la progestéronémie du 24ème jour du cycle si celle-ci est basse le dosage de la Folliculo-Stimulating-Hormone (F.S.H), Luteine Hormone (L.H.), de la prolactinémie,
 - recherche d'anomalie utérine à l'hystérosalpingographie.
 - Si tout le bilan précédent est normal une enquête génétique doit être entreprise, basée sur l'étude du caryotype des deux conjoints.

CONCLUSION

L'apparition de métrorragie au début de grossesse impose une conduite à tenir précise reposant sur le trépied diagnostique clinique, échographique et hormonal (B-HCG plasmatique) qui permettra de résoudre tous les problèmes diagnostiques et thérapeutiques sans passer à côté d'une urgence chirurgicale comme la GEU ou d'une pathologie maligne comme le cancer du col.