HAL
open science

Impact des métrorragies du premier trimestre de la grossesse

Marie Verschaeve

To cite this version:

Marie Verschaeve. Impact des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00627663

HAL Id: dumas-00627663

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00627663

Submitted on 30 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ERRATUM

•P 28 : au lieu de 26,61 pour l'IMC, il fallait lire 23,61.

•P 29 :concernant les antécédents obstétricaux, l'effectif total est de 163 et non de 237. Il faut par conséquent lire 12,88% au lieu de 8,86% et 9,82% au lieu de 6,75%.

•P 29 : à propos des Ionisations dans les antécédents gynécologiques, il faut lire 1,76% au lieu de 6%.

•P 31 : dans le groupe accouchement prématuré, il faut préciser qu'il y a une interruption médicale de grossesse.

•P 42 : les patientes présentant des antécédents de fausses couches à répétition (?2 fausses couches) sont plus à risque de récidive comme Lansac l'a précisé.

•P 49 : au lieu de 3268 grammes, il fallait lire 3267 grammes.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

Impacts des métrorragies du premier trimestre

Mémoire présenté par

Mademoiselle Marie VERSCHAEVE

Née le 12 décembre 1987

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Promotion 2011

Remerciements à :

Monsieur le Docteur Guillon Bruno,

pour avoir dirigé ce mémoire et pour ses conseils avisés

Madame Pastor Corine,

pour m'avoir guidé au cours de ce travail

Madame Le Guen Florence,

pour sa bienveillance et son encadrement

au cours de notre cursus au sein de l'école

Mes parents et ma sœur,

pour leur éternelle présence et patience

A Annabelle,

pour sa précieuse amitié

A Sarah,

pour son aide et son soutien

A Laëtitia, Amélie et tous mes amis qui se reconnaitront,

pour leur compréhension, leur encouragement et leur confiance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **p 1**

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE **p 2**

1 Généralités sur les métrorragies du premier trimestre

1.1 Définition et épidémiologie……p 2
1.2 Rappels embryologiques……p 3
1.3 Intérêt diagnostic de l'échographie……..p 6

2 **Etiologies, facteurs de risque et prise en charge des métrorragies du premier trimestre** **p 7**

2.1 Etiologies……p 7
2.2 Facteurs de risque……..p 10
2.3 Prise en charge……p 11

3 **Complications des métrorragies du premier trimestre** **p 12**

3.1 La rupture prématurée des membranes……..p 12
3.2 La menace d'accouchement prématuré……..p 13
3.3 L'accouchement prématuré……..p 14
3.4 Retard de croissance intra-utérin et hypotrophie néonatale…….p 14
3.5 Anomalies de la délivrance……..p 15
3.6 Pré-éclampsie……p 16
3.7 Hématome rétro-placentaire……p 17
3.8 Mort fœtale in utero……..p 18

DEUXIEME PARTIE : ETUDE **p 20**

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION **p 26**

CONCLUSION **p 47**

BIBLIOGRAPHIE

ACRONYMES

DA : délivrance artificielle

GEU : grossesse extra-utérine

HDD : hémorragie de la délivrance

HTAG : hypertension artérielle gravidique

HU : hauteur utérine

IMC : indice de masse corporelle

IMG : interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAP : menace d'accouchement prématuré

MFIU : mort fœtale in utéro

PE : pré-éclampsie

RCF : rythme cardiaque fœtal

RPM : rupture prématurée des membranes

RU : révision utérine

SA : semaines d'aménorrhée

BDC : bruits du coeur

INTRODUCTION

Les métrorragies du premier trimestre surviennent dans 25% des grossesses (5, 6, 8).

De nombreuses études comparatives ont déjà prouvé l'impact défavorable des métrorragies du premier trimestre sur l'évolution de la grossesse. Mais très peu se sont intéressées aux profils des patientes (31, 45, 46).

Dans certaines maternités, les sages-femmes sont en première ligne face aux patientes venant consulter pour métrorragies du premier trimestre. Nous y serons sûrement toutes confrontées au cours de notre carrière étant donné la fréquence de cette pathologie.

Les femmes consultant pour métrorragies du premier trimestre sont, à juste titre, inquiètes par rapport à l'évolution de leur grossesse. Que faire et que dire devant l'anxiété d'une femme en début de grossesse ?

Ce mémoire s'attache à évaluer l'impact des métrorragies du premier trimestre sur la grossesse à travers une étude descriptive. Puis, nous allons observer l'influence du terme de survenue des métrorragies sur l'évolution de la grossesse.

Nous étudierons dans une première partie, la littérature concernant les métrorragies du premier trimestre puis, dans une seconde, nous présenterons notre étude et enfin nous terminerons en discutant de nos résultats.

1 Généralités sur les métrorragies du premier trimestre de la grossesse

1.1 Définition et épidémiologies

Une métrorragie est un symptôme. Elle se définit comme une hémorragie d'origine utérine, lésionnelle ou fonctionnelle (54), survenant en dehors des règles (9).

Une hémorragie est un écoulement de sang causé par la rupture d'un vaisseau sanguin veineux ou artériel. Lorsque cet écoulement se produit à l'intérieur du corps nous parlons d'hémorragie interne et lorsqu'il se produit à l'extérieur du corps, nous parlons d'hémorragie externe (60).

Les auteurs distinguent trois types d'hémorragies (60):

- L'hémorragie artérielle où le sang est rouge vif et s'évacue par saccades.
- L'hémorragie veineuse où le sang est rouge sombre et s'écoule en nappe.
- L'hémorragie capillaire qui correspond à un saignement rouge vif de faible intensité et sans gravité.

Dans le cadre des métrorragies du premier trimestre, seule l'hémorragie de sang rouge vif est normalement retenue car il s'agit de sang frais. Dans la pratique, le sang coagulé de couleur marron est également retenu, il signifie la présence d'un saignement durant la grossesse. De plus, l'aspect et la couleur du sang ne sont pas toujours signifiés sur les comptes rendus de consultations aux urgences.

Les métrorragies du premier trimestre sont des saignements survenant avant quinze SA non révolues.

Ce type de saignements survient dans 25% des grossesses (2, 5, 7,8).

Au sein de cette population, quelques-unes présentent de façon exceptionnelle une môle hydatiforme ou une grossesse extra-utérine mais la grande majorité de ces

patientes auront une grossesse intra-utérine (2, 5, 7, 10). Parmi cette majorité de femmes, 50% continuent leur grossesse, et 50% évoluent vers un avortement (2, 5, 6, 7, 8, 37).

1.2 Rappels embryologiques

Le placenta humain est hémo-chorial et villeux. Il représente une interface unique dans les relations entre deux êtres vivants dont l'un est totalement tributaire de l'autre. Voyons son évolution de la fécondation à l'implantation ovulaire jusqu'à son développement final (4, 11, 50).

1.2 1 L'ovulation

A chaque cycle, des follicules se développent dans les ovaires mais un seul devient follicule dominant de Graaf et se rompt afin de laisser sortir un ovocyte. L'ovocyte est capté par la trompe utérine et y progresse. Les spermatozoïdes arrivent par vagues jusqu'à l'ovocyte (4, 11, 50).

1.2.2 Fécondation et divisons

Après une suite complexe de processus, cet ovocyte est fécondé par un seul spermatozoïde. Les deux gamètes forment des pronucleis, mettent en commun leur matériel génétique afin de former le zygote qui correspond à la première cellule de l'embryon (4, 11, 50, 56).

Le zygote commence ses divisions segmentaires au cours des vingt-quatre heures après la fécondation.

La morula correspond à un amas d'une trentaine de cellules sphériques à quatre-vingt-seize heures de la fécondation. A partir de ce stade, certaines cellules formant le bouton embryonnaire sont destinées à l'embryon et d'autres, constituant le

pôle cellulaire externe, participent à la formation du trophoblaste c'est-à-dire des annexes. L'ensemble de ces cellules en voie de différenciation forment le blastocyste (11, 50, 56).

1.2.3 Signaux pré-implantatoires

Dès le stade de morula s'expriment des récepteurs (50, 51) :

- Du facteur de croissance épithélial (EGF).
- Du facteur d'inhibition de la leucémie (LIF).
- De l'E-cadhérine. Les cadhérines sont des molécules d'adhérence cellulaire, ion calcium dépendantes, qui jouent un rôle lors de l'ancrage du blastocyste à l'endomètre.

Ces récepteurs sont importants pour l'implantation du blastocyste à la muqueuse utérine.

L'embryon produit également à ce stade des cytokines telles que l'interleukine 1 (IL-1), qui joue un rôle clé dans l'orientation de l'embryon vers la muqueuse utérine, ainsi que le facteur d'activation des plaquettes (PAF) (50, 51).

De plus, au cours de la phase préimplantatoire l'épaisseur des glycoprotéines de surface (glycocalyx) diminue, favorisant l'implantation (11, 50).

1.2.4 L'implantation

Elle s'effectue au cours de la phase progestative du cycle menstruel pendant la période dite de fenêtre implantatoire. Cette fenêtre s'étend du vingtième au vingt-quatrième jour du cycle (11, 56). Le plus souvent, l'implantation concerne la paroi supérieure et postérieure de l'endomètre (56).

Trois étapes peuvent être schématiquement distinguées (11, 50, 51) :

Il y a tout d'abord l'apposition du blastocyste à la muqueuse utérine : le blastocyste entre en contact avec la muqueuse utérine en s'orientant vers l'endomètre du côté de son pôle embryonnaire.

Puis c'est l'adhésion du blastocyste à l'endomètre. Les microvillosités trophoblastiques établissent avec les cellules de l'endomètre un système d'interpénétration. Des complexes jonctionnels se forment, créant une adhésion solide. L'adhésion du blastocyste à l'endomètre serait peut-être médiée par des glycoprotéines de surface.

Enfin, le trophoblaste se sépare en deux parties, le cytotrophoblaste et le syncytiotrophoblaste (11, 50, 58).

- Le cytotrophoblaste correspond à une couche interne irrégulière de cellules ovoïdes mononuclées qui est le siège d'une activité mitotique intense.
- Le syncytiotrophoblaste, qui se situe en périphérie forme une couche multinuclée. Il est pourvu de capacités enzymatiques lytiques et sécrète des facteurs lui permettant d'induire l'apoptose des cellules épithéliales de la muqueuse utérine, de traverser la lame basale et pénétrer dans le stroma sous-jacent au contact des vaisseaux sanguins utérins.

La pénétration du blastocyste dans l'endomètre entraîne la réaction déciduale qui transforme l'endomètre en caduque, dispositif nutritif très vascularisé. Dès ce moment le trophoblaste secrète un grand nombre d'hormones : Human Chorionic Gonadotrophine (HCG), Human Placental Lactogen (HPL), œstrogène et progestérone (50).

1.2.5 Facteurs d'implantation

De nombreux facteurs d'implantation sont soupçonnés d'être impliqués dans le phénomène implantatoire (50, 51, 58), tels que : l'IL-1, l'IL-6, le LIF et l'EGF :

- L'IL-1 embryonnaire se lie à son récepteur exprimé à la surface des cellules épithéliales de l'endomètre au cours de l'implantation.
- L'IL-6 stimule l'hématopoïèse et l'angiogenèse tissulaire.
- Le LIF (glycoprotéine appartenant aux cytokines) est synthétisé par les cellules endométriales, son récepteur est exprimé par le blastocyste dès la phase pré-implantatoire. Il semble jouer un rôle dans la différenciation du cytotrophoblaste en syncytiotrophoblaste et contribuerait à la sécrétion d'HCG.

- Le récepteur de l'EGF, qui est capable de se lier à de nombreux ligands, s'exprime au niveau de la masse cellulaire interne et au niveau du trophoblaste du pôle embryonnaire pour que l'implantation s'effectue au niveau de cette zone.

Anatomiquement, le placenta est constitué d'une plaque basale du côté maternel, en contact avec le myomètre et d'une plaque choriale du côté fœtale (11, 50, 57, 58, 59).

Physiologiquement, le sang arrive par la plaque basale par des branches de l'artère utérine dans les chambres intervilleuses puis repart par les branches de la veine utérine. Au niveau de la plaque choriale, le sang arrive par les deux artères ombilicales fœtales, branches des artères iliaques, pénètre dans les villosités puis repart par la veine ombilicale fœtale qui rejoint le système cave inférieur (11, 50, 57, 58, 59).

1.2.6 Caduques et hématomes

La pénétration du blastocyste entraîne une réaction déciduale transformant l'endomètre en caduque ou décidue. Le tissu décidual est nutritif, riche en lipides et glycogène. Il est très vascularisé. La caduque prend un nom différent selon sa localisation utérine (1, 4, 11, 50) :

- la caduque basilaire en regard de la zone d'implantation,
- la caduque ovulaire ou réfléchie entourant l'œuf,
- la caduque pariétale correspondant au reste de la cavité utérine.

Il est important de préciser que ce n'est qu'à douze SA que la caduque ovulaire prend contact avec la caduque pariétale du fait de la croissance fœtale (1, 11). Ce n'est qu'après cette fusion que la cavité utérine s'oblitère (1, 11).

Des hématomes peuvent donc se constituer et diffuser entre ces espaces tant qu'ils perdurent. Les hématomes intra-cavitaires et intra-choriaux sont essentiellement vus avant huit SA mais peuvent persister jusqu'à douze SA. Ceux qui sont sous amniotiques et sous déciduaux sont vus après huit SA (1). Les hématomes se

distinguent par leur volume et leur localisation et sont diagnostiqués grâce à l'échographie.

1.3 Intérêt diagnostic de l'échographie

Lors des consultations pour métrorragies du premier trimestre, une échographie est systématiquement réalisée par voie abdominale ou endo-vaginale (1, 2, 3, 5, 9, 10).

Cette échographie permet de voir ou non la présence d'un œuf et définit sa localisation. Elle peut également mettre en évidence la présence d'un hématome. D'après Guillou (39) sa présence à l'échographie du premier trimestre influence le pronostic. Il faut toutefois signaler que l'hématome visualisé en échographie peut être un hématome sanguin ou séreux (1, 4).

Les hématomes sont plus ou moins dangereux selon leurs localisations (1, 4) :

- L'hématome intra-cavitaire siège dans la cavité virtuelle utérine résiduelle entre les caduques réfléchies. Il est bien identifié en échographie. Ce n'est pas un élément péjoratif pour l'évolution de la grossesse, il n'entraîne pas forcément de métrorragies. Il peut s'agir au début d'un saignement résiduel de la nidation.

- L'Hématome intra-chorial se développe dans la région du chorion villeux, qui peut-être disséqué conduisant à l'arrêt de la grossesse. C'est le plus grave des hématomes.

- L'Hématome sous amniotique siège au niveau du cœlome externe. Celui-ci présente dans ce cas un aspect beaucoup plus échogène qu'habituellement.

- L'Hématome sous décidual siège entre la caduque et le myomètre à un pôle de l'œuf. C'est l'hématome le plus fréquent. 4 à 22% des patientes ayant des symptômes à type de douleurs et de saignements en début de grossesse ont une hémorragie sous déciduale. Elle est liée au détachement partiel du

trophoblaste de la paroi utérine avec présence d'une collection liquidienne déplaçant le bord du trophoblaste.

A savoir, 70% des hémorragies sous chorioniques se résorbent spontanément avant la fin du 2ème trimestre (1).

2 Etiologies, facteurs de risque et prise en charge des métrorragies du premier trimestre

2.1

Etiologies

2.1.1 Etiologies gynécologiques

Les métrorragies peuvent être dues à des lésions du col : lésions cervico-vaginales post coïtales, ectropions, polypes, cervicites, cancers du col. Elles peuvent également venir d'infections gynécologiques telles que la salpingite et l'endométrite et enfin de pathologies gynécologiques telles que l'endométriose, les myomes, les fibromes (3, 5, 6, 8).

Le terme de métrorragies ne s'applique théoriquement qu'aux hémorragies d'origine intra-utérine (48), les saignements provenant du col ne devraient donc pas être considérés comme des métrorragies du premier trimestre. Dans la pratique lorsqu'une femme consulte aux urgences et présente un ectropion, il est difficile d'affirmer que les saignements constatés proviennent uniquement du col utérin.

2.2.2 Etiologies gravidiques

Les métrorragies au début de grossesse doivent faire évoquer le diagnostic de grossesse extra-utérine (3, 5, 6, 8, 9, 47). Pour cela il faut localiser échographiquement

l'œuf. Cette pathologie obstétricale est extrêmement grave, demandant une prise en charge rapide et conduisant systématiquement l'évacuation du matériel ovulaire. Cette opération prévient la rupture de trompe et son risque d'hémorragie interne cataclysmique.

Quand la grossesse extra-utérine est écartée, il est essentiel de vérifier l'intégrité du matériel ovulaire.

La femme peut avoir fait une fausse couche spontanée complète, c'est-à-dire avoir évacué tout le matériel ovulaire ou avoir fait une fausse couche spontanée partielle, c'est-à-dire qu'une partie du matériel perdure dans la cavité utérine (3, 5, 6, 8, 9, 47).

Il peut également s'agir d'un œuf clair qui correspond à un sac gestationnel sans embryon (1, 3, 5, 6, 47).

Il faut également s'assurer de l'évolution embryonnaire :

- En mesurant et en comparant ces mesures au terme théorique de grossesse,
- En vérifiant la présence d'une activité cardiaque.

On parle de grossesse arrêtée si l'embryon ne vit plus (1, 4, 5, 8). Enfin, les métrorragies peuvent provenir de la lyse d'un jumeau mort (5, 6, 45) ou d'une môle hydatiforme qui correspond à la prolifération anormale de trophoblaste gestationnel (1, 5, 6).

Après s'être assuré de la viabilité de la grossesse, il faut s'intéresser à l'insertion placentaire qui peut être basse et mettre en évidence un hématome (6, 45).

Malgré ces diverses étiologies, pour la moitié des femmes se présentant aux urgences, aucune cause n'est retrouvée (6). Différents examens paracliniques tels que le dosage d'HCG et l'échographie sont pratiqués afin de retrouver l'étiologie des métrorragies (2, 5, 6, 7, 8).

2.2.3 Etiologies chromosomiques

Boue montre avec son étude (16) que la plupart des fausses couches sont dues à une anomalie chromosomique. 70% des cas lorsque la fausse couche survient dans les six premières semaines, 50% dans les dix premières semaines. Les anomalies génétiques sont elles-mêmes favorisées par le vieillissement des gamètes (5). Cette étiologie concerne essentiellement les fausses couches mais celles-ci font parties des métrorragies du premier trimestre.

2.2.4 Etiologies infectieuses

L'infection est la seconde cause de fausse couche et donc pourvoyeuse plus généralement de métrorragies au premier trimestre de la grossesse. Elle peut être généralisée ou localisée (5).

Dans les infections généralisées, il y a les affections virales et parasitaires.

Dans les infections locales, il y a les cervicites, les mycoses, les vaginoses.

2.2.4 Etiologies endocriniennes

Diverses pathologies endocriniennes peuvent jouer sur le développement endométrial et par conséquent sur la nidation du blastocyste. Le diabète, l'hypothyroïdie, l'hyperandrognénie surrénalienne font partie de ces pathologies. De même, une insuffisance lutéale modifie la bonne implantation utérine (5).

2.2.5 Etiologies immunologiques

Elles surviennent dans les cas de maladies auto-immunes telles que le lupus érythémateux et le syndrome des anti-phospholipides (5).

Un défaut de reconnaissance des antigènes paternels via le système immunologique maternel peut également être parfois observé (5).

2.2.6 Etiologies malformatives

Les malformations utérines peuvent être congénitales : l'hypoplasie, l'utérus cloisonné, l'utérus bicorne, la béance cervicale primitive.

Elles sont parfois acquises : béance cervicale secondaire, fibromes, myomes, synéchies.

Ces anomalies anatomiques sont des étiologies de fausses couches tardives et rarement précoces mais peuvent entraîner des métrorragies pendant le premier trimestre d'une grossesse (5, 6).

2.2.7 Etiologies placentaires

Lykke rappelle dans son étude (34) qu'un lien est mis en évidence entre les anomalies au niveau des artères spiralées et les pathologies obstétricales telles que l'accouchement prématuré, la rupture prématurée des membranes, l'hématome rétro-placentaire (34) et la pré-éclampsie (28, 35, 63). Un lien similaire est fait entre les métrorragies du premier trimestre et leurs conséquences sur la grossesse dans l'étude de Johns (31, 32,33).

2.2 Facteurs de risque

Lardennois (47) montre que l'âge maternel et la parité influent sur la survenue de métrorragies du premier trimestre. Lansac (5) affirme également que l'âge maternel augmente le risque de fausse couche (odd ratio = 2,3 après 30 ans) de même que l'antécédent de fausse couche (odd ratio = 2,3).

Coste (21) montre grâce à son étude que l'origine ethnique et les facteurs psychologiques jouent un rôle dans la survenue de fausses couches. A contrario, la parité, les antécédents d'interruption volontaire de grossesse, les techniques d'assistance médicale à la procréation, le mode de contraception et la consommation de tabac ne semblent pas être des facteurs de risque.

Coste et Lansac (5, 21) s'intéressent aux étiologies des fausses couches et non aux étiologies de l'ensemble des métrorragies du premier trimestre, ceci explique sûrement la différence entre les facteurs de risque trouvés par Lardennois (47) et ceux trouvés par Coste (21).

Dans son étude Lykke (34) montre que les antécédents de menace d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, d'hématome rétro-placentaire et de mort fœtale in utéro augmentent le risque d'avoir des métrorragies au cours du premier trimestre.

D'après la littérature, les métrorragies du premier trimestre sont d'origine multifactorielle expliquant pourquoi il n'y a pas de consensus sur la prise en charge de celles-ci. Mais il faut préciser que les facteurs de risque de métrorragies du premier trimestre sont rarement étudiés au cours des études (5).

2.3 Prise en charge

Il n'y a pas de consensus concernant la prise en charge des femmes consultant pour métrorragies du premier trimestre.

En effet, dans la majorité des maternités, les patientes avec des signes cliniques et paracliniques rassurant rentrent chez elles avec parfois un contrôle échographique une semaine après. Ce contrôle échographique n'est pas systématique étant donné que la majorité des patientes ont leur échographie du premier trimestre, peu de temps après la consultation aux urgences (5, 6, 8).

Il faut signaler que certaines maternités hospitalisent systématiquement les patientes présentant des métrorragies du premier trimestre. Elles ne rentrent à domicile qu'après 24 heures d'arrêt de saignements.

Au niveau des thérapeutiques, les antispasmodiques sont régulièrement utilisés de même que les antalgiques et des anti-inflammatoires mais aucun traitement n'a fait ses preuves (3). Des antibiotiques à spectre large sont parfois prescrits s'il y a un contexte infectieux ou si l'examen gynécologique retrouve une cervicite mais il y a un risque de sélection des germes pathogènes (3).

Le repos strict au lit et l'abstinence sexuelle sont encore conseillés.

L'injection de gammaglobulines doit être systématiquement proposée si la patiente, présentant des saignements, est de rhésus négatif (5, 6, 8, 9).

3 Complications des métrorragies du premier trimestre

Etudions ces complications par ordre de fréquence de survenue lors des métrorragies du premier trimestre.

3.1 La rupture prématurée des membranes

3.1.1 Définition

La rupture prématurée des membranes correspond à l'ouverture de l'œuf pendant la grossesse et avant le début du travail. Le laps de temps entre la rupture des membranes et le début du travail est variable de zéro à douze heures selon les auteurs (5, 7, 30, 31, 46). Merger considère que la rupture prématurée des membranes à terme concerne 8 % des grossesses (7).

Les études prouvent que le taux de rupture prématurée des membranes augmente lorsqu'il y a des métrorragies au premier trimestre (30, 31, 34, 40, 42, 45). Nous parlons de rupture prolongée lorsque le délai entre la rupture et le début du travail est supérieur à 12 heures (5).

3.1.2 Etiologies de la rupture prématurée des membranes

Le mécanisme exact de la rupture prématurée des membranes n'est pas connu mais plusieurs sont suspectés.

Il y a les étiologies mécaniques, telles que la surdistension utérine causée par un hydramnios, une grossesse multiple, un fœtus macrosome. Les présentations dystociques entraînent également des ruptures prématurées (5, 7).

Les autres étiologies sont d'ordre histologiques c'est-à-dire qu'il y a une modification de la structure des membranes du fait d'une infection ou par le tabac. Les membranes sont fragilisées et se rompent plus facilement (5, 7).

3.1.3 Conséquences

A partir du moment où les membranes se rompent, il y a un risque d'accouchement. Si cette rupture des membranes survient à un terme précoce, il y a donc un risque de menace d'accouchement prématuré et d'accouchement prématuré. En effet, la rupture prématurée des membranes entraîne une sécrétion de prostaglandines, hormones qui font contracter l'utérus (7).

L'autre risque est infectieux. Si le travail ne se met pas spontanément en route, l'œuf peut rester ouvert pendant une longue période. Les germes vaginaux peuvent infecter la cavité amniotique, provoquer une chorioamniotite et une infection fœtale (7).

3.2 Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré

3.2.1 Définition

La menace d'accouchement prématuré se caractérise par l'apparition de contractions utérines associées à des modifications cervicales (7). Si la MAP ne peut être stoppée, il est alors question d'accouchement prématuré.

Elle est plus fréquente en cas de métrorragies du premier trimestre comme le stipulent Guillou (45), Johns (30, 31) et Lykke (34).

3.2.2 Etiologies

Un tableau a été établi afin de coter le coefficient de risque d'accouchement prématuré ainsi qu'un indice de menace d'accouchement prématuré. Les principales

étiologies sont donc répertoriées dans le tableau de coefficient de risque de la menace d'accouchement prématuré. Ce coefficient prend en compte les métrorragies du second trimestre mais pas celles du premier trimestre.

Plusieurs études ont toutefois démontré que les métrorragies du premier trimestre augmentent le risque de menace d'accouchement prématuré de manière conséquente (odd ratio = 2,10 dans l'étude de Hossain (29)) (5, 30, 31).

3.2.3 Conséquences

Tant que la menace d'accouchement prématuré reste une menace et que l'accouchement n'a pas lieu prématurément, il n'y a aucune conséquence.

3.3 Accouchement prématuré

3.3.1 Définition

L'accouchement prématuré correspond à la naissance du fœtus avant trente-sept SA (5, 7).

La fréquence de l'accouchement prématuré est de 6% en France (7). Cette fréquence est multipliée par deux dans la population des femmes présentant des métrorragies du premier trimestre d'après Williams (41).

3.3.2 Etiologies

Elles sont similaires à celles de la menace d'accouchement prématuré.

3.3.3 Conséquences

Les conséquences sont essentiellement néonatales et varient selon le terme de naissance. Si celle-ci s'effectue avant vingt-huit SA, nous parlons d'extrême prématurée. Si elle survient entre vingt-huit et trente-deux SA, nous qualifions le

nouveau-né de grand prématuré. Et si le nouveau-né naît entre trente- deux et trente-sept SA, nous parlons de prématurité (7). Plus le nouveau-né naît précocement, plus les risques de séquelles ultérieures sont importantes du fait de l'immaturité multi-organique.

3.4 Retard de croissance intra-utérin (RCIU) et hypotrophie néonatale

3.4.1 Définition

L'hypotrophie néonatale se définit comme un nouveau-né présentant un poids inférieur au troisième percentile (7). Les percentiles se calculent grâce à des courbes préétablies et tiennent compte du poids et du terme de naissance du nouveau-né.

Le retard de croissance intra-utérin correspond à une hypotrophie fœtale donc diagnostiquée en anténatal (7).

D'après Saraswat, (36) le taux de retard de croissance intra-utérin et d'hypotrophie néonatale augmentent quand les femmes présentent des métrorragies du premier trimestre de la grossesse (odd ratio = 1,54 pour le RCIU et odd ratio = 1,83 pour l'hypotrophie néonatale). Lykke confirme également ses résultats (34) ainsi que Vanoppenraaij (20, 39).

3.4.2 Etiologies

L'hypotrophie fœtale peut être causée par une insuffisance de la fonction placentaire ou une malformation congénitale. Une partie des hypotrophies néonatales sont idiopathiques (7).

3.4.3 Conséquences

Le nouveau-né hypotrophe est plus fragile. Il est plus à risque d'hypoglycémie et d'hypothermie (7).

3.5 Mort fœtale in utéro

3.5.1 Definition

La mort fœtale in utéro correspond au décès du fœtus au cours de la grossesse avant la mise en travail de la patiente (7).

La fréquence de cette pathologie est multipliée par 1,3 à 5 d'après Lansac en cas de métrorragies au premier trimestre de la grossesse (5). Williams et Hossain appuient ces données (29, 41).

3.5.2 Etiologies

Il y a les causes maternelles :

- Les syndromes vasculo-rénaux
- Les infections maternelles
- Le diabète
- Les maladies hémolytiques
- Les grossesses prolongées non surveillées.

Il y a les causes ovulaires :

- Causes funiculaires : brièveté, torsion, nœuds,
- Causes placentaires : atrophies, calcifications,
- Causes génétiques fœtales.

3.5.3 Conséquences

Quand une mort fœtale survient, il y a un risque infectieux et un risque hémostatique pour la mère. La coagulation doit être bien surveillée car il y a un risque de coagulation intra veineuse disséminée si la rétention perdure (7).

Il y a également des risques de récidive selon l'étiologie de la mort fœtale in utero. C'est pourquoi il faut absolument faire un bilan complet. Bien sûr, l'impact de cet événement sur la patiente est extrêmement lourd, une prise en charge psychologique doit donc être proposée (5, 7).

3.6 Anomalie de la délivrance et hémorragies

3.6.1 Définition

Les anomalies de la délivrance regroupent (7) :

- Les problèmes de rétention placentaire totale ou partielle nécessitant une délivrance artificielle ou une révision utérine.
- Les problèmes d'hémorragie de la délivrance. Une hémorragie de la délivrance correspond à des pertes de sang supérieures à 500 millilitres (8) provenant de la zone d'insertion placentaire survenant dans les vingt-quatre heures du post partum. On parle d'hémorragie de la délivrance modérée quand les pertes sanguines sont comprises entre 500 millilitres et 1 litre et d'hémorragies sévère lorsqu'elles sont supérieures à un litre.

Le risque d'anomalies de la délivrance est supérieur chez les patientes présentant des métrorragies du premier trimestre d'après Guillou (45).

3.6.2 Etiologies

Pour les rétentions placentaires, les causes sont :

- Les lésions endométriales antérieures,
- Les antécédents de rétention placentaire,

- Les anomalies placentaires,
- Les gênes mécaniques,
- Les anomalies de la contractilité utérine.

Pour les hémorragies de la délivrance, les étiologies sont :

- Les rétentions utérines,
- L'inertie utérine,
- Les anomalies de la coagulation.

3.6.3 Conséquences

La conséquence principale des rétentions placentaires est le risque hémorragique. Lorsqu'il y a une rétention partielle d'un cotylédon, il y a également un risque infectieux, d'autant plus si une délivrance artificielle ou une révision utérine ont été réalisée (5, 7).

En ce qui concerne les hémorragies de la délivrance, le risque est la déglobulisation. Celle-ci peut entraîner un état de choc et même une coagulation intra veineuse disséminée si elle n'est pas prise en charge correctement (5, 7).

3.7 Pré-éclampsie

3.7.1 Définition

La pré-éclampsie se définit par une hypertension associée à une protéinurie supérieure à 0,3 gramme par litre. Cette pathologie gravidique survient après vingt SA (5, 7, 35).

Sa fréquence est de 6 à 8% (8). Elle augmente avec la survenue de métrorragies au premier trimestre comme l'ont montré Weiss et Eskild dans leurs études (24, 40).

3.7.2 Etiologies

Nous soupçonnons un problème d'insertion placentaire. Cette insertion anormale du placenta serait à l'origine d'un trouble de la vascularisation utéro-placentaire et donc d'une ischémie placentaire. Cette ischémie entraîne la sécrétion de substances toxiques pour les organes tels que les reins (7).

3.7.3 Conséquences

La pré-éclampsie cause une anoxo-ischémie fœtale et maternelle. En effet, la sécrétion de substances toxiques entraîne une insuffisance rénale caractérisée principalement par la protéinurie et les œdèmes généralisés. Si ces œdèmes atteignent le cerveau, il peut y avoir une compression cérébrale, responsable à long terme des séquelles neurologiques (7).

3.8 Hématome rétro placentaire

3.8.1 Définition

L'hématome rétro placentaire correspond à l'apparition d'un hématome entre le placenta et la paroi utérine (7).

Il est très rare : on estime sa fréquence à moins de 0,5% dans la population général (7) mais cette fréquence s'élève lors de grossesses marquées par des métrorragies du premier trimestre d'après Lykke (12, 34).

3.8.2 Etiologies

Cet hématome se formerait suite à un spasme vasculaire. Il est souvent associé à une hypertension artérielle. Il est aussi retrouvé en cas de terrain infectieux tel que lors des ruptures prématurées des membranes prolongées (7).

3.8.3 Conséquences

Le pronostic fœtal est variable en fonction de la rapidité de la prise en charge et de l'étendue de l'hématome. Le pronostic maternel est également variable selon les pathologies associées mais il y a un risque de déglobulisation maternelle (7).

METHODOLOGIE

1 Objectif

L'étude avait pour objectif d'évaluer l'impact des métrorragies du premier trimestre sur l'évolution de la grossesse. Les caractéristiques des patientes ont été étudiées ainsi que le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. L'état néonatal et le post-partum ont également été pris en compte.

Dans un second temps, nous avons souhaité déterminer si le terme auquel surviennent les métrorragies a un impact sur l'issue de la grossesse.

2 Méthode

Ce mémoire propose une étude rétrospective descriptive unicentrique au Centre Hospitalier du Belvédère afin d'apprécier l'évolution des grossesses présentant des métrorragies du premier trimestre. Nous appellerons par la suite « Métrorragies » l'ensemble des femmes ayant consulté pour métrorragies du premier trimestre au Centre Hospitalier du Belvédère au cours de l'année 2009.

Puis, dans un second temps une analyse comparative entre deux groupes de notre population, d'un côté les femmes ayant saigné uniquement avant douze SA et, de l'autre, les femmes ayant saigné entre douze (inclus) et quinze SA (non inclus) afin de voir si le terme de survenu des métrorragies influe sur l'évolution obstétricale et fœtale. Nous nommerons « < 12 SA » la population de femmes ayant consulté pour métrorragies du premier trimestre avant douze SA et « > 12 SA » celles ayant saigné après douze SA.

3 Population

3.1 Critères d'inclusion

Toute femme ayant consulté aux urgences gynécologiques du Belvédère pour métrorragies du premier trimestre entre le 1èr janvier 2009 et le 31 décembre 2009.

3.2 Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu. En effet, ce mémoire s'intéresse aux profils des femmes consultant pour métrorragies du premier trimestre en général. L'origine endo-utérine des saignements n'est pas indiquée avec certitude dans les dossiers car n'est pas facilement identifiable. C'est pourquoi toutes les femmes ont été retenues.

4 Grille de relevé d'items

Nous recherchons à apprécier l'impact des métrorragies sur l'évolution de la grossesse ainsi qu'à déterminer si le terme de survenue des métrorragies influe sur le pronostic obstétrical et fœtal. Notre étude de dossiers s'est donc intéressée à différentes caractéristiques.

4.1 Profil général de la patiente

- Age (années)
- Indice de Masse Corporel
- Situation matrimoniale (mariée, pacsée, en concubinage, seule)
- Age du conjoint (années)
- Addiction au tabac (oui ou non)

Ces éléments permettent de vérifier si la population étudiée n'a pas de facteurs de risque surajoutés pouvant biaiser nos résultats.

4.2 Profil gynécologique et obstétrical de la patiente

Antécédent de grossesse :

- Fausse couche précoce (avant 15 SA non comprise)
- Fausse couche tardive (de 15 SA jusqu'à 22 SA non comprise)
- Interruption volontaire de grossesse
- Interruption médicale de grossesse
- Mort fœtale in utero
- Grossesse extra-utérine
- Môle

Antécédent d'accouchement :

- Voie basse
- Voie haute

4.3 Consultation(s) aux urgences

Terme de consultation (SA)

Examen clinique lors de la consultation

- Couleur des saignements
- Aspect du col utérin

Examen échographique

- Présence embryonnaire

- Localisation
- Présence de bruits du cœur
- Présence d'un hématome

Hospitalisation suite à cette consultation

Prescription médicale médicamenteuse

Récidives de métrorragies, nombre de consultations

4.4 Evolution et déroulement de la grossesse

Issue fausses couches précoces et tardives

Issue accouchement (supérieur à 22 SA et/ou 500 grammes en rapport avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé)

Survenue de pathologies obstétricales

- Rupture prématurée des membranes
- Menace d'accouchement prématuré
- Accouchement prématuré
- Hypertension gravidique
- Pré-éclampsie
- Diabète gestationnel
- Anomalie de localisation placentaire en fin de grossesse

Infection en cours de grossesse

- Infection urinaire
- Mycose
- Portage Streptocoque B

Prise de poids en fin de grossesse (kilogrammes)

Hauteur utérine au moment de l'accouchement (centimètres)

La prise de poids (excessive ou peu importante) est un élément qui peut surajouter certaines pathologies obstétricales.

Les échographies ne sont pas forcément rapportées dans le dossier informatique. La hauteur utérine est un élément clinique important en lien avec le diagnostic de retard de croissance intra-utérin. D'autant que les comptes rendus d'échographie ne sont pas systématiquement informatisés.

4.5 Accouchement

Terme de l'accouchement (SA)

Type de travail

- Spontané
- Déclenché

Durée du travail (heures)

Durée ouverture de l'œuf (heures)

Couleur du liquide amniotique au cours de travail (non visualisé, clair, teinté, méconial, sanglant)

Issue de l'accouchement

- Voie basse
- Césarienne (en urgence avant travail, en urgence pendant travail ou programmée)

Troubles du rythme cardiaque fœtal pendant le travail

Type de délivrance

- Normale

- Manuelle
- Artificielle et/ou révision utérine

Hémorragie de la délivrance

- Modérée
- Sévère

Evaluation de l'impact des métrorragies sur l'ensemble de l'accouchement, du début de travail à la délivrance.

4.6 Etat néonatal

Poids du nouveau-né (grammes)

Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie

Température (degrés)

Lactates

Dextro (mmol/L)

4.7 Pathologies des suites de couches

Durée du séjour à la maternité (jours)

Survenue d'une infection utérine au cours du séjour à la maternité

Survenue d'une infection urinaire au cours du séjour à la maternité

5 Matériel utilisé

Afin de recenser les informations concernant les patientes, le logiciel informatique Diamm du Centre Hospitalier du Belvédère a été utilisé. L'informaticien avait préalablement établi une liste avec l'ensemble des patientes ayant consulté au

Belvédère pour métrorragies du premier trimestre entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2009. L'année 2009 a été retenue car le motif de consultation « métrorragies du premier trimestre » a été codé informatiquement seulement à partir de mars 2009. Au final, notre population de femmes consultant pour métrorragies du premier trimestre est de 346. 279 d'entre elles ont consulté uniquement avant douze SA et 67 autres ont consulté avant et/ou après douze SA.

6 Tests statistiques étudiés

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour la saisie des dossiers. L'analyse de nos résultats s'est faite grâce au logiciel Stata 7.0. Les principaux tests utilisés sont le Chi-2 et le Fisher pour la comparaison de deux variables qualitatives. Les tests de Student et Mann et Whitney ont servi pour la comparaison d'une variable quantitative et qualitative.

Le seuil de significativité « p » a été fixé à 5% ($p<0,05$).

7 Difficultés rencontrées

Le codage « métrorragies du premier trimestre » n'a été mis en place qu'en mars 2009, nous pouvions donc passer à côté de certaines patientes qui auraient consulté entre 1èr janvier 2009 et la mi-mars. De plus, même à partir de la mi-mars certaines patientes ont pu être enregistrées sous un autre motif tel que «contractions », «douleurs», «consultation en urgence-1èr trimestre ». Pour ne pas omettre certaines patientes, nous avons donc étudié l'ensemble des femmes ayant consulté aux urgences du Belvédère c'est-à-dire 2140 patientes.

RESULTATS

1 Etude descriptive

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population		
	N=346	%
Age Moyenne +/- sd (min; max)	30,7 +/- 4,81 (19 ; 42)	
IMC Moyenne+/- sd (min; max)	26,61 +/- 4,92 (14 ; 46)	
Age du conjoint (n=226) Moyenne+/- sd (min; max)	31,5 +/- 6,3 (20 ; 62)	
Addiction au tabac	95	27 ,7

Graphique 1 : situation matrimoniale :

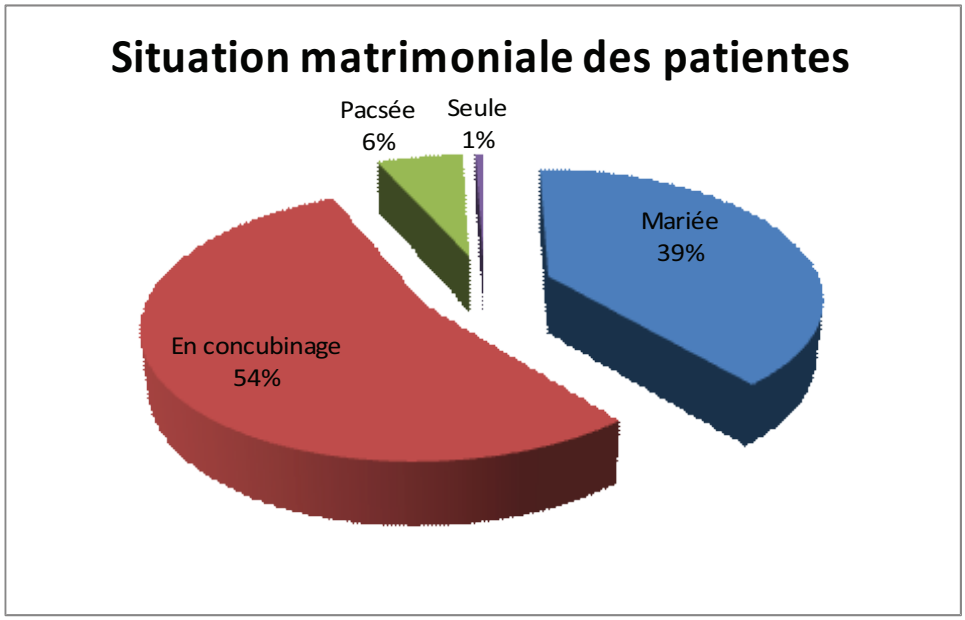

Tableau 2 : Caractéristiques obstétricales de la population		
	N= 346	%
Parité		
1	183	52,89
≥2	163	47,11
Gestité		
1	109	31,50
≥2	237	68,50
Antécédent de FC	N=237	
0	145	62,03
1	70	29,11
2	14	5,49
3	7	2,95
4	1	0,42
Antécédent de métrorragies du T1 suivi d'un accouchement	N = 237 21	8, 86
Antécédent de césarienne	N = 237 16	6,75
Antécédent d'IVG	N = 237 41	17,29
Antécédent d'IMG	N = 237 36	15,25
Antécédent de GEU	N = 237 9	3,79
Antécédent de MFIU	N = 237 2	0,84
Antécédent de môle	N = 237 1	0,42

Tableau 3 : Antécédents gynécologiques		
	N= 346	%
Aucun	281	81,21
Infections gynécologiques	14	4,04
Infertilité	18	5,20
Conisation	6	6,00
Endométriose	11	3,17
Autres	16	4,62

Tableau 4 : Consultation aux Urgences		
	N = 346	%
Terme (en SA révolues) Moyenne +/- s (min; max)	8 + /- 2,45 (3 ; 14)	
Terme Avant 12 SA Après 12 SA	 279 67	 80,64 19,36
Nombre de consultations aux urgences 1 ≥ 2	 299 47	 86,42 13,58
Couleur des métrorragies Rouge Marron	 248 98	 71,68 28,32
Aspect du col Sain Ectropion	 311 35	 89,88 10,12
Localisation de la grossesse Intra-utérine Extra-utérine Non localisée	 311 3 32	 89,88 0,87 9,25
Présence d'hématome Oui Non	 48 298	 13,87 86,13
Présence des BDC Oui Non	 230 116	 66,47 33,53
Issue de la consultation Retour à domicile Hospitalisation	 333 13	 96,24 3,76

Tableau 5 : Issue de la grossesse		
	N = 346	%

Issue de la grossesse Fausse couche Accouchement	 119 227	 34,39 65,61
Fausse couche Précoce Tardive	N = 119 116 3	 94,31 5,69

Tableau 6 : Caractéristiques de la grossesse qui se poursuit		
	N = 227	%
Prise de poids (en kg) Moyenne +/- sd (min ; max)	13,53 +/- (-8 ; + 30)	
HU (en cm) Moyenne +/- sd (min ; max)	32,07 +/- (17 ; 44)	
Portage Streptocoque B	26	11,45
Mycose	7	3,08
Infection urinaire	20	8,81
MAP	20	8,81
Accouchement prématuré	19	8,37
RPM < 12h > 12h	61 25 36	26,87 11,01 15,86
HTA gravidique	1	0,44
PE	4	1,76
Placenta prævia	1	0,44
Diabète gestationnel	20	8,81
MFIU	-	-

Tableau 7 : Caractéristiques de l'accouchement		
	N = 227	%
Terme (en SA)	38,69+/- 3,26 (23 ; 41)	

Moyenne +/- sd (min; max)		
Voie d'accouchement		
Voie basse	198	87,23
Césarienne	29	12,77
Césarienne		
En urgence avant travail	1	0,44
En urgence après travail	20	8,81
Programmée	8	3,52
Entrée en travail	N = 219	
Spontanée	187	85,39
Déclenchée	32	14,61
Durée du travail (en heures)		
Moyenne +/- sd (min; max)	5,87 +/- 3,58 (0; 24)	
Couleur du liquide amniotique		
Clair	175	77,1
Teinté	15	6,60
Méconial	24	10,56
Sanglant	6	2,64
Non visualisé	7	3,1
Durée d'ouverture de l'œuf (en heures)		
Moyenne +/- sd (min ; max)	8,15 +/- 22,52 (0 ; 336)	
Délivrance		
Normale	161	70,92
Manuelle	29	12,78
RU et/ou DA	37	16,30
HDD	17	7,49
Modérée	10	4,41
Sévère	7	3,08
Troubles du RCF	61	26,87

Tableau 8 : Le nouveau-né	

APGAR A 1 minute Moyenne +/- sd (min ; max) A 3 minutes Moyenne +/- sd (min ; max) A 5 minutes Moyenne +/- sd (min ; max) A 10 minutes Moyenne +/- sd (min ; max)	N = 212 8,6 +/- 1,92 (0 ; 10) 9,4 +/- 1,50 (0 ; 10) 9,75 +/- 1,12 (0 ; 10) 9,9 +/- 1,02 (0 ; 10)
Poids (en g) Moyenne +/- sd (min ; max)	N = 213 3267 +/- 634,66 (410 ; 4750)
Température (en °C) Moyenne +/- sd (min ; max)	N = 165 37,08 +/- 0,54 (35,4 ; 38,6)
Lactates (en mmol/l) Moyenne +/_ sd (min ; max)	N = 76 4,33 +/- 2,18 (1,4 ; 13,3)
Dextro (en mmol/l) Moyenne +/- sd (min ; max)	N = 12 4,08 +/- (1,4 ; 7,3)

Tableau 9 : Caractéristiques du post-partum		
	N = 227	%
Durée d'hospitalisation (en jours) Moyenne +/- sd (min ; max)	5,93 +/- 2,87 (0 à 25)	
Infection urinaire du post-partum	13	5,75
Endométrite	3	1,33

2 Etude comparative

Tableau 10 : Profil de la population en fonction du terme des métrorragies			
	Métrorragies < 12 SA N = 279 (%)	Métrorragies > 12 SA N = 67 (%)	p

Age Moyenne +/- sd	29,7 +/- 4,88		29 +/- 4,55		0,63
IMC Moyenne+/- sd	23,6 +/- 4,96		23,6 +/- 4,82		1
Age du conjoint (n=226) Moyenne+/- sd	30,99 +/- 6,41		33,33 +/- 5,27		**0,02**
Addiction au tabac	79	28,42	16	24,62	0,54

L'âge du conjoint est significativement plus important chez les femmes consultant après douze SA versus celles venant aux urgences après douze SA.

Tableau 11: Caractéristiques obstétricales selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 188 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 49 (%)		p
Antécédent de césariennes	13	6,91	2	4,08	0,37
Antécédent d'IVG	23	12,23	10	20,41	0,14
Antécédent d'IMG	29	15,43	7	14,29	0,84
Antécédent de MFIU	2	1,06	-	-	0,63
Antécédent de GEU	8	4,26	1	2,04	0,41
Antécédent de môle	1	0,53	-	-	0,79

Il n'y a pas de différence significative entre le terme auquel surviennent les métrorragies et les antécédents obstétricaux.

Tableau 12: Antécédent gynécologique selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 279 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 67 (%)		p
Aucun	227	81,36	54	80,60	0,89
Infections gynécologiques	13	4,66	1	1,49	0,21
Infertilité	13	4,66	5	7,46	0,35
Conisation	5	1,79	1	1,49	0,67
Endométriose	8	2,87	3	4,48	0,36
Autres	12	4,30	3	4,48	0,58

Il n'y a pas de différence significative entre le terme de survenue des métrorragies du premier trimestre et les antécédents gynécologiques.

Tableau 13: Consultation aux urgences selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 279 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 67 (%)		p
Couleur des métrorragies					
Rouge	201	72,04	47	70,15	0,76
Marron	78	27,96	20	29,85	
Aspect du col					
Ectropion	19	6,81	16	23,88	**<0,001**
Localisation de la grossesse					
Intra-utérine	246	88,17	65	97,01	0,095
Extra-utérine	3	1,08	-	-	
Non localisée	30	10,75	2	2,99	
Présence d'hématome					
Oui	35	12,54	13	19,40	0,15
Non	244	87,46	54	80,60	
Présence des BDC					
Oui	177	63,44	53	79,10	**0,015**
Non	102	36,56	14	20,90	
Issue de la consultation					
Retour à domicile	269	96,42	64	95,52	0,73
Hospitalisation	10	3,58	3	4,48	

L'ectropion est significativement plus important chez les femmes consultant après 12 SA versus avant 12 SA.

Les bruits du cœur sont plus fréquemment trouvés quand les femmes consultent après 12 SA versus avant 12 SA.

Tableau 14 : Issue de la grossesse selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 279 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 67 (%)		P
Issue de la grossesse					
Fausse couche	105	37,64	14	20,90	**0,01**
Accouchement	174	62,37	53	79,10	
Fausse couche					
Précoce	103	98,10	13	92,86	0,32
Tardive	2	1,90	1	7,14	

Les femmes consultant avant 12 SA font plus souvent des fausses couches que celles consultant après 12 SA.

Tableau 15: Particularités de la grossesse qui se poursuit selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 174 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 53 (%)		p
Prise de poids (en kg) Moyenne +/- sd	N = 171 13,66 +/- 5,40		13,53 +/- 5,52		0,53
HU (en cm) Moyenne +/- sd	N = 170 32,07 +/- 2,73		32,06 +/- 5,51		0,98
Portage Streptocoque B (n= 226)	20*	11,56	5	9,43	0,67
Mycose	6	3,45	1	1,89	0,49
Infection urinaire (n = 226)	14*	8,09	6	11,32	0,47
MAP	14	8,05	6	11,32	0,46
Accouchement prématuré	11	6,32	4	7,55	0,48
RPM < 12h > 12h	 18 27	 10,34 15,52	 7 9	 13,21 16,98	 0,56 0,80
HTA gravidique	1	0,57	-	-	0,77
PE	4	2,30	-	-	0,34
Placenta prævia	1	0,57	-	-	0,77
Diabète gestationnel	13	7,47	7	13,21	0,44

Il n'y a aucune relation entre le terme de consultation et l'évolution de la grossesse.

Tableau 16: Caractéristiques de l'accouchement selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 174 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 53(%)		p
Terme (en SA) Moyenne +/- sd	38,80 +/- 2,63		38,32 +/- 2 ,85		0,26
Voie d'accouchement Voie basse Césarienne	 153 21	 87,93 12,07	 45 8	 84,91 15,09	0,56
Durée du travail (en heures) Moyenne +/- sd	6 +/- 3,61		5,45 +/- 3,48		0,33

Couleur du liquide amniotique Clair Teinté Méconial Sanglant Non visualisé	 131 12 18 3 7	 76,61 7,02 10,53 1,75 4,09	 43 2 5 3 -	 81,13 3,77 9,43 5,66 -	 0,29
Durée d'ouverture de l'œuf (en heures) Moyenne +/- sd	8,54 +/- 25,15		6,88 +/- 10,07		0,64
Délivrance Normale Manuelle, RU et/ou DA	 124 50	 71,26 28,74	 37 16	 70,93 29,07	 0,83
HDD Modérée Sévère	 5 7	 2,89 4,05	 4 -	 7,55 -	 0,13 0,15
Troubles du RCF	46	27,06	13	24,53	0,72

Il n'y a aucun lien entre le terme de consultation au premier trimestre et le déroulement du travail.

Tableau 17: Caractéristiques du nouveau-né selon le terme des métrorragies

	Métrorragies < 12 SA N = 165 (%)	Métrorragies > 12 SA N = 48 (%)	p
APGAR **A 1 minute** Moyenne +/- sd	8,59 +/- 1,89	8,45 +/- 2,05	0,66
A 3 minutes Moyenne +/- sd	9,47 +/- 1,52	9,29 +/- 1,46	0,46
A 5 minutes Moyenne +/- sd	9,74 +/- 1,26	9,80 +/- 0,41	0,74
A 10 minutes Moyenne +/- sd	9,82 +/- 1,16	9,96 +/- 0,20	0,41
Poids (en g) Moyenne +/- sd	3272,6 +/- 611,4	3251,25 +/- 715,75	0,84

Le terme de consultation au premier trimestre n'a pas d'impact sur l'état néonatal.

Tableau 18: Caractéristiques post-partum selon le terme des métrorragies					
	Métrorragies < 12 SA N = 174 (%)		Métrorragies > 12 SA N = 53 (%)		p
Durée d'hospitalisation (en jours) Moyenne +/- sd	5,8 +/- 2,5		6,2 +/- 3,8		0,39
infection urinaire du post-partum	10	5,75	3	5,77	0,61
Endométrite	1	0,57	2	3,85	0,13

Aucune différence significative n'est retrouvée entre le terme de consultation au premier trimestre et la survenue de pathologies au cours du post-partum.

DISCUSSION

1 Etude déscriptive

1 Caractéristiques générales des patientes

Au niveau des caractéristiques générales des patientes, on peut dire que l'on a un échantillon représentatif de la population générale.

- **L'âge maternel**

L'âge moyen des patientes de cette étude est de 30,7 ans ± 4,81, correspondant au chiffre national de 30,2 ans ± 5,5 (53).

L'âge maternel est d'après Lardennois (47) un facteur de risque de métrorragies du premier trimestre et d'après Lansac (5) un facteur de risque de fausses couches. Nos résultats sont en accord avec ses éléments. En effet, il y a une différence significative entre l'âge des femmes présentant une fausse couche après des métrorragies au premier trimestre et celui des femmes accouchant suite à des métrorragies du premier trimestre (p = 0,006).

De même, il y a une différence significative entre l'âge des patientes présentant des métrorragies au premier trimestre puis un accouchement prématuré (moyenne=28,9) et celui des femmes ayant des métrorragies au premier trimestre de leur grossesse puis un accouchement à terme (moyenne = 32,4) (p = 0,002).

L'âge moyen du premier enfant est de 30 ans et semble encore augmenter (43). Nous risquons donc d'être de plus en plus confrontés aux métrorragies du premier trimestre.

- **L'âge paternel**

La moyenne de l'âge paternel estimée à 31,5 ans ± 6,3 est similaire à la valeur trouvée par l'INSEE en 2009 de 31,8 ans (55).

Dans la littérature, cet âge n'a jamais été mis en cause dans la survenue de fausse couche éventuelle ou d'un accouchement prématuré.

Toutefois l'âge du père est significativement plus élevé lorsque les femmes ont des métrorragies du premier trimestre et un accouchement prématuré (moyenne=37,9) versus accouchement à terme (moyenne=30,6) (p=0,0001). Le vieillissement des gamètes maternels est souvent mis en cause dans la survenue de pathologies gynécologiques et obstétricales. Peut-être devrions-nous en faire de même en ce qui concerne les gamètes paternels. D'autant que les couples ont des enfants de plus en plus tardivement.

- **L'indice de Masse Corporel (IMC)**

L'IMC permet de déterminer la corpulence d'une personne. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini cet IMC comme le standard pour évaluer les risques liés au surpoids (48).

La moyenne nationale chez les femmes de 18 à 65 ans en 2003 de cet IMC est de 24,8 Kg/m² (52). En Haute Normandie cette moyenne est supérieure, elle est estimée à 26,1 Kg/m² (44).

Dans la population de notre étude, l'IMC est de 23,61 ± 4,92. Ces taux sont proches, la population de notre étude ne présente donc pas de risques supplémentaires dus à un IMC élevé.

- **Tabac**

Le pourcentage de femmes enceintes fumeuses en France, 20 à 28% (61), correspond au pourcentage de femmes fumeuses dans notre population, 27,7%.

Le fait qu'il n'y ait pas de différence significative entre la population générale et la population étudiée est important car on sait que le tabac augmente les risques de fausse couche précoce, de grossesse extra-utérine, de prématurité et de grande prématurité, de retard pondéral à la naissance et de mort fœtale pendant le troisième trimestre (61). L'adéquation du pourcentage de femmes fumeuses au sein de notre étude par rapport à la moyenne nationale est donc rassurante par rapport aux conséquences du tabac sur la grossesse.

Il faut toutefois signaler que la moyenne nationale des femmes fumeuses dans la population générale est de 36% (61). Même si un certain nombre de femmes

s'arrêtent réellement de fumer pendant la grossesse, une autre partie n'ose pas avouer leur addiction lors des consultations prénatales, de peur du jugement. Le pourcentage réel des femmes fumant pendant leur grossesse est donc difficilement évaluable tant à l'échelon national qu'à celui de notre étude.

2 Caractéristiques obstétricales

- **Parité**

Le pourcentage de primipares (52,89%) et de multipares (47,11%) est équilibré au sein de notre population. Cette homogénéité est intéressante pour ne pas fausser nos résultats par les antécédents obstétricaux des multipares.

- **Antécédents obstétricaux**

Au sein de notre population de multipares, il y a un taux de césarienne de 9,5%. Nous estimons entre 8 à 12% le pourcentage de femmes enceintes avec un utérus cicatriciel (62). La population de multipares ne présente pas de risques surajoutés liés à un utérus cicatriciel.

De même, les multipares ne présentent pas d'antécédents obstétricaux particuliers. Les pourcentages d'antécédents d'accouchement prématuré, de menace d'accouchement prématuré, de mort fœtale in utero et d'hématome rétro-placentaire sont identiques entre la population générale et celle de notre étude. La population de notre étude ne présente donc pas de facteurs de risque surajoutés.

L'antécédent de fausse couche est également un facteur de risque de récidive de fausse couche et donc de métrorragies au premier trimestre. C'est-à-dire qu'après trois fausses couches le risque de récidive de cette pathologie est de 40% et après quatre fausses couches ce taux augmente à 60% (5). Selon la littérature (1, 5, 6) il y a 10 à 20% de la population féminine en âge de procréer touchée par cette pathologie.

Nos résultats montrent un pourcentage d'antécédent de fausses couches légèrement supérieur de 37,97% d'antécédent de fausses couches, et confirme que l'antécédent de fausse couche est un facteur de risque de métrorragies du premier trimestre. 8,86% des patientes ont déjà présentées plusieurs fausses couches.

Or dans notre étude, deux patientes présentaient deux antécédents de fausses couches et deux autres patientes, trois antécédents de fausses couches. Elles ont toutes été à terme de leurs grossesses ce qui est discordant avec la littérature mais il faut prendre en compte l'effectif restreint de la population étudiée.

L'antécédent de métrorragies du premier trimestre pour une grossesse précédente joue sur le devenir de la nouvelle grossesse (34). Le pourcentage de femmes ayant présenté des métrorragies lors d'une grossesse antérieure est corrélé à celui de la population c'est-à-dire 20 à 25% (5, 7).

3 La consultation aux urgences

- **Terme de consultation**

Le terme moyen de consultation est de 8 semaines d'aménorrhées ce qui est en rapport avec l'âge moyen de consultation retrouvé par Guillou (45) dans son étude qui est de 7 semaines d'aménorrhées.

- **Conséquences d'un hématome**

La présence d'un hématome en échographie lors de la consultation aux urgences joue un rôle sur le devenir de la grossesse. Il survient dans 13,87% des patientes qui ont eu des métrorragies. Ce résultat n'est pas en relation avec le chiffre de 37,8% trouvé par Guillou dans son étude (45) mais déjà plus rapproché du 20% trouvé par

Dogra (22) dans la sienne. Ces différences sont sûrement liées à l'expérience de l'opérateur ainsi qu'au type d'échographe utilisé plus ou moins récent et performant. De même le type d'échographie effectuée (endo-vaginale ou abdominale) influe probablement sur la découverte d'un hématome (19).

Nous constatons que le pourcentage de femmes présentant un hématome et continuant leur grossesse est significativement plus élevé que le pourcentage de femmes ayant un hématome et faisant une fausse couche (p=0,005). On pourrait pourtant penser que la présence d'un hématome favoriserait la survenue d'une fausse couche. Rappelons qu'il y a quatre types d'hématomes qui ont un impact plus ou moins important sur l'évolution de la grossesse. Cette donnée explique peut-être les résultats obtenus.

Nous remarquons également que les femmes avec hématomes sont significativement plus à risque d'accoucher prématurément que celles sans hématome (p=0,003). Ce risque d'accouchement prématuré est multiplié par 4 entre 22 et 26 SA et multiplié par 10 entre 32 et 37 SA. Le phénomène déclencheur de l'accouchement n'est pas encore connu. La présence d'une collection sanguine ou séreuse entraîne peut-être la sécrétion d'une substance favorisant cette mise en travail.

On sait qu'un des facteurs de risque d'accouchement prématuré est la rupture prématurée des membranes. Peut-être que la présence d'un hématome entraîne un phénomène inflammatoire fragilisant les membranes. Cette sensibilité induite au niveau des membranes augmenterait le risque de rupture prématurée des membranes et donc d'accouchement prématuré. Mais nos résultats ne confirment pas cette hypothèse. En effet, les patientes présentant un hématome ne présentent pas plus de rupture prématurée des membranes que celles n'en ayant pas (p = 0,62).

Il aurait enfin été intéressant de noter les femmes présentant une persistance de l'hématome lors de l'échographie du deuxième trimestre afin d'évaluer le lien entre la persistance de l'hématome et le terme de survenue de l'accouchement.

- **Conséquences d'un ectropion**

Dans le cas d'un ectropion, la cause du saignement du premier trimestre est d'origine cervicale et l'impact sur la grossesse intra-utérine est moindre s'il n'y a pas de surinfection. Cet ectropion ne joue pas de rôle sur la survenue éventuelle d'un accouchement prématuré (p = 0,73) ou d'autres pathologies obstétricales (p = 0,83).

4 L'issue : fausse couche versus grossesse

- **Les fausses couches**

Nous pourrions croire que les femmes présentant des récidives de métrorragies étaient plus à risque de fausses couches que celles n'en ayant présenté qu'une seule fois. Mais nous retrouvons de façon étonnante un taux augmenté de fausses couches en cas d'une seule consultation aux urgences (p = 0,032).

Nos résultats montrent également un pourcentage augmenté d'accouchements prématurés en cas de plus de trois récidives de métrorragies (p = 0,02). Les récidives des métrorragies au cours de la grossesse augmenteraient donc les risques de survenue de pathologies obstétricales pendant celle-ci (23, 27). Cette hypothèse est toutefois discutée dans certaines études (25).

- **La rupture prématurée des membranes**

La rupture prématurée des membranes survient dans 26,87% des grossesses de notre étude. 15,86% sont supérieures à douze heures et 11,01% sont inférieures à douze heures. Notre pourcentage de rupture prématurée des membranes est significativement supérieur à ceux trouvé par Guillou, Johns Lykke (31, 34, 45).

Nous avons soupçonné les grossesses gémellaires et les grossesses induites (par fécondation in vitro ou par stimulation) d'être responsables de cette différence de pourcentage. Mais aucune de ces grossesses n'a présenté de rupture prématurée des membranes. Et il n'y a pas de différence significative entre les patientes présentant

une rupture prématurée des membranes et dont la grossesse a été induite et celles dont la grossesse a été spontanée (p = 0,60).

- **Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré**

L'accouchement prématuré survient dans 8,37% des grossesses étudiées et la menace d'accouchement dans 8,81%.

Ces taux sont légèrement plus élevés que celui dans la population générale (6%) (7). Mais ils sont significativement inférieurs à ceux trouvés par Guillou, Johns et Lykke (31, 34, 45). Peut-être que les populations étudiées par Guillou, Johns et Lykke ont des facteurs de risque de menace d'accouchement prématuré et d'accouchement surajoutés par rapport à notre population.

Quinze patientes ont eu un accouchement prématuré dont 45% avaient fait une menace d'accouchement prématurée. Les prises en charge entre les Centres Hospitaliers dans lesquels ont été réalisées ces études sont peut-être différentes.

- **Infections et grossesses**

Le dépistage systématique du portage vaginal des streptocoques du groupe B pendant la grossesse est recommandé par la Haute Autorité en Santé entre 34 et 38 SA. Les infections sont des facteurs de risque de métrorragies du premier trimestre. Le dépistage positif de ce germe au cours de la grossesse pourrait être lié à une fréquence plus élevée de métrorragies du premier trimestre. Nous retrouvons un pourcentage de 11,45% dans notre population qui est plus important que celui trouvé par Chhuy dans la population générale au cours de son étude (6,9%) (18). Surtout que ce dépistage ne permet pas de détecter l'ensemble des femmes porteuses du streptocoque B.

Peut-être que cette légère augmentation du pourcentage de streptocoque B peut expliquer la survenue de plus de rupture prématurée des membranes dans notre population. En effet, les métrorragies du premier trimestre comme la rupture

prématurée des membranes peuvent être induites par des agents infectieux tels que le streptocoque B. Il faudrait toutefois une plus grosse cohorte pour mettre en évidence un lien entre ces éléments.

Le taux infection urinaire pendant grossesse est de 8,09% au sein de la population étudiée. Ce taux est de 2 à 10% d'après Lansac (5). Il n'y a donc pas plus d'infections urinaires dans notre population que dans la population générale.

- **La hauteur utérine**

La hauteur utérine « est une très bonne évaluation de la normalité du contenu utérin » (5). Etant donné que les échographies ne sont pas systématiquement enregistrées dans les dossiers informatiques, la hauteur utérine est un bon moyen de se rendre compte du développement fœtal et de la survenue d'un retard de croissance intra-utérin.

Notre moyenne correspond à celle attendue pour les grossesses à terme (5). Elle est toutefois influencée par les grossesses gémellaires de l'étude et par les accouchements prématurés. Même si c'est un bon élément clinque, il est opérateur dépendant.

- **La prise de poids**

La prise de poids doit être de cinq à douze kilogrammes au cours de la grossesse (5). Une prise de poids excessive peut entraîner des risques obstétricaux supplémentaires tels que le diabète gestationnel, la pré-éclampsie et la macrosomie fœtale.

La moyenne de la prise de poids est de 13,53 kilogrammes dans la population étudiée. Cette moyenne se situe au-dessus de l'intervalle définit par Lansac (5). Cette légère augmentation peut être due aux grossesses gémellaires. Mais la fréquence similaire du diabète gestationnel et de la pré-éclampsie dans notre population vis-à-vis de la population générale nous rassure. Nous remarquerons juste que le poids des nouveau-nés de femmes avec une prise de poids supérieure à 12 kg est

significativement supérieur à celui des nouveau-nés de femmes ayant une prise de poids normale au cours de leur grossesse (p = 0,02).

5 L'accouchement

- **Voie d'accouchement**

Le pourcentage de césarienne retrouvé dans notre population est légèrement moindre que celui de la population nationale (12,77% versus 17%) (62). Ce chiffre est peut-être biaisé par notre faible effectif, le pourcentage un peu augmenté d'accouchements prématurés et les différentes prises en charge des Centres Hospitaliers.

Le pourcentage de déclenchement au sein de notre population est de 14,61%. Il correspond aux chiffres nationaux qui sont de 10 à 20% (64). Nous pouvions attendre un pourcentage plus élevé de déclenchement étant donné le nombre conséquent de ruptures prématurées des membranes que nous avons retrouvées. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les patientes de notre étude qui ont rompu la poche des eaux ont présenté un travail spontané rapidement. Il faut également signaler que le pourcentage de déclenchement est variable selon la politique de l'établissement vis-à-vis de cette pratique. C'est peut-être la raison pour laquelle nous retrouvons un pourcentage national allant de 10 à 20%.

- **Hypoxie fœtale au cours de l'accouchement**

Les ralentissements précoces au cours de travail surviennent dans 12 à 30% (49). Nous observons 26,87% d'anomalies du rythme cardiaque fœtale (ARCF). Etant donné que les ralentissements précoces sont considérés, d'après la littérature, comme des ARCF (5, 7), nous pouvons affirmer que notre pourcentage obtenu correspond à celui de la population en générale.

Le rythme cardiaque fœtal a une bonne valeur prédictive de l'état néonatal, nous pouvons donc dire qu'il n'y a pas plus d'hypoxie fœtale pendant le travail d'une

femme ayant saigné au premier trimestre que pendant celui d'une autre n'ayant pas eu de métrorragies. Les résultats concernant le liquide amniotique le confirme.

Un liquide amniotique teinté est constaté dans 9 à 28% des accouchements et un liquide franchement méconial dans 7 à 10% (15). L'émission de méconium signe une hypoxie fœtale. Le pourcentage retrouvé de liquide méconial en cours de travail chez les femmes ayant présenté des métrorragies du premier trimestre est de 10,56%. Ce chiffre n'est pas significativement supérieur à celui retrouvé dans l'étude de BOOG (15). De même pour le liquide amniotique teinté.

6 Délivrance

Les anomalies de la délivrance sont significativement plus importantes dans la population des femmes saignant au premier trimestre de la grossesse (16,30%). Ces anomalies de la délivrance se retrouvent également dans l'étude de Guillou (11,1%) et Johns (31, 45). Nos résultats sont légèrement augmentés, peut-être est-ce dû au nombre de grossesses gémellaires et aux nouveau-nés macrosomes de notre population.

De même les patientes présentant des métrorragies du premier trimestre sont plus à risque d'avoir une hémorragie de la délivrance, 7,49% contre 5% dans la population en générale(5). Guillou ne retrouve pas un pourcentage augmenté d'hémorragie de la délivrance en cas de métrorragies de la délivrance mais Johns montre le contraire. Notre pourcentage peut également être augmenté du fait de notre population dans laquelle il y a cinq grossesses gémellaires et des nouveau-nés macrosomes

7 Etat néonatal

Les nouveau-nés des patientes de l'étude ne semblent pas hypotrophes. La moyenne des poids des nouveau-nés est estimée à 3268 grammes. La hauteur utérine

n'est pas plus basse que la moyenne de la population générale comme vu précédemment. Pourtant l'hypotrophie est retrouvée dans de nombreuses études au même titre que le retard de croissance intra-utérin (20, 39) comme complications des métrorragies du premier trimestre.

Nos résultats peuvent être biaisés par les nouveau-nés macrosomes. 25 nouveau-nés font plus de 4000 grammes dans notre population de nouveau-nés mais notre médiane est de 3250 grammes. Il aurait été plus représentatif d'avoir les percentiles mais ils ne sont pas enregistrés informatiquement dans Diamm et les calculer manuellement aurait été délicat.

Nous remarquons que la moyenne de l'apgar à la naissance est normale. Cet apgar est corrélé aux hypoxies fœtales per-partum et confirme là encore qu'il n'y avait pas plus d'hypoxies fœtales en cours de travail dans notre population. Cette moyenne élevée de l'apgar à la naissance s'explique sûrement par le fait que le taux d'accouchement prématuré retrouvé dans l'étude est moindre que celui retrouvé par les précédentes analyses.

Les lactates auraient pu également être un moyen de se rendre compte de l'hypoxie fœtale mais on a seulement 78 résultats. Nous pouvons tout de même mettre en avant le fait que la moyenne de ces lactates est de 4,33 mmol/L. Le taux est considéré comme normal s'il est inférieur à 6 mmol/L donc ce résultat tend à confirmer nos précédentes constatations.

8 Post-partum

Les complications du post-partum sont de l'ordre de 2% d'après Lansac (5).

L'endométrite ne survient que dans 1,33% des cas au sein de notre population. Cette infection n'est donc pas augmentée par rapport à la population générale (5). Nous remarquons par contre une différence significative entre les femmes ayant eu un hématome au cours de la grossesse et une endométrite en post-partum versus celles

n'ayant pas présenté d'endométrite en post-partum (p = 0,025). Mais nous n'avons que trois femmes ayant présenté une endométrite.

Les endométrites du post-partum sont le plus souvent associés à des facteurs de risque tels que césarienne, gestes endo-utérins, infections urinaires en cours de grossesse (5). Une différence significative a en effet été constatée entre les femmes ayant présenté une endométrite et s'étant délivré naturellement versus celles ayant subi une délivrance manuelle ou artificielle et/ou une révision utérine (p=0,013).

Le taux d'infections urinaires est de 5,75% ce qui est compris dans le taux de Lansac de 4 à 8%. Mais au cours de la grossesse 13 femmes ont eu une infection urinaire et au cours du post-partum, 20 patientes. Seulement 2 d'entre elles ont eu une infection au cours de la grossesse et pendant le post-partum. En tout 33 femmes (14,54%) ont présenté une infection urinaire pendant la grossesse et/ou le post partum. Ce chiffre est plus important que celui déterminé par Lansac (5). Peut-être y a-t-il un lien entre la survenue d'une infection urinaire asymptomatique en début de grossesse, la survenue de métrorragies du premier trimestre et par la suite une rupture prématurée des membranes et/ou un accouchement prématuré.

2 Etude comparative sur l'impact du terme de consultation pour métrorragies sur l'évolution de la grossesse

1 Caractéristiques des patientes

De même l'âge paternel influe significativement sur le terme de consultation. Plus le conjoint est âgé plus les femmes saignent tardivement (p=0,02). Aucune étude ne prend en compte l'âge des pères. Il serait intéressant d'étudier ce sujet avec une plus grosse cohorte afin de voir le réel impact de l'âge paternel sur l'évolution de la grossesse.

2 Consultation pour métrorragies du premier trimestre

On retrouve de manière significative plus d'ectropion dans la population ayant saignée après douze SA plutôt que dans celle saignant avant douze SA ($p < 0,001$). Mais aucune étude n'a démontré l'impact de l'ectropion sur la grossesse.

On retrouve plus souvent les bruits du cœur après douze SA qu'avant ($p = 0,015$) car l'embryon est plus évolué mais aussi parce que les grossesses arrêtées surviennent plus fréquemment avant douze SA.

3 L'issue de la grossesse

Les patientes consultant avant douze SA font plus de fausses couches par la suite que celles consultant après ($p = 0,01$).

Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux populations pour le reste des autres items. Nos résultats ne peuvent pas être corrélés à des études car nous n'en avons retrouvé aucune.

CONCLUSION

Les métrorragies du premier trimestre surviennent dans 25% des cas (5, 6, 8).

Elles favorisent la survenue de complications obstétricales d'après la littérature (31, 34, 45, 20, 39), nous en avons remarqué certaines.

Au sein de notre population, nous avons constaté une relation entre l'âge paternel et le pronostic obstétrical. Le taux d'antécédents de fausses couches a atteint 38% au sein de notre population métrorragies du premier trimestre qui a déjà eu une grossesse.

La majorité des patientes de notre population (65%) ont eu par la suite une grossesse évolutive.

Le terme de survenue des métrorragies du premier ne semble pas jouer sur l'évolution gravidique.

Lors de ces grossesses évolutives, 27% des patientes ont présenté une rupture prématurée des membranes. Pathologie obstétricale qui engage le pronostic materno-fœtal des patientes. Le pourcentage d'hémorragie de la délivrance est également supérieur dans la population des femmes ayant saigné au premier trimestre.

Cette étude confirme également que l'hématome à un impact défavorable sur l'évolution de la grossesse et sur le post-partum.

Il ne faut donc pas négliger les métrorragies du premier trimestre.

Nous pourrions nous interroger sur la prise en charge hospitalière de ces patientes. L'hospitalisation systématique de ces patientes suivie d'un alitement ne permettrait-il pas un meilleur pronostic obstétrical par la suite ?

TITRE : Impacts des métrorragies du premier trimestre

RESUME :

La majorité des patientes de notre étude ont présenté une grossesse évolutive. Bien que la grossesse se poursuive, certaines complications surviennent suite aux métrorragies du premier trimestre. La rupture prématurée des membranes est la pathologie obstétricale la plus retrouvée. Celle-ci peut par la suite engager le pronostic materno-fœtal. Pour autant, peu de complications néonatales ont été observées. La présence d'un hématome aurait une répercussion défavorable sur le pronostic obstétrical. Il existe très peu de différence entre les patientes ayant consulté avant

douze semaines d'aménorrhée et après douze semaines d'aménorrhée sur l'évolution de la grossesse. La sage-femme a un rôle important dans la prise en charge de ses patientes que ce soit lors de la consultation en urgence ou lors de consultations ultérieures.

MOTS CLES : Métrorragies du premier trimestre,

Rupture prématurée des membranes

Hématome

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

(1) COQUEL.P - BAULT.JP - VILLE.Y - Pratique de l'échographie obstétricale au premier trimestre, - Sauramps Médical - 2007 - 412 pages

(2) DE TOURRIS.H - HENRION.R - Abrégé de gynécologie et d'obstétrique 2ème édition - Masson - 1973 - 377 pages

(3) GAUCHERAND.P - CHASSAGNARD.F - RUDIGOZ.RC - Métrorragies des premier, deuxième et troisième trimestres de la grossesse - PARIS - Masson - 1989 - 479 pages

(4) LANGMAN.J - Abrégé d'embryologie médicale Sème édition - PARIS - Masson - 1976 - 455 pages

(5) LANSAC.J - MAGNIN.G - Obstétrique Sème édition - ISSY LES MOULINEAUX - Masson - 2008 - 497 pages

(6) LEVARDON.M - CHICHE.F - Métrorragies du premier trimestre de la grossesse Conduite à tenir, orientation diagnostique - Revue du praticien- PARIS - 1992

(7) MERGER.R - LEVY.J - MELCHIOR.J - Précis d'obstétrique 6ème édition - PARIS - Masson - 2008 - 597 pages

(8) PIERRE.F - BERTRANT.J - Mémento obstétrique 2ème édition - PARIS - Maloine - 2000 - 609 pages

(9) SCHAAL.JP - CERES.C - HOFFMANN.P - Sauramps médical: gynécologie obstétrique en Urgence - Masson - 1998 - 112 pages

(10) TOURNAIRE.M - EPELBOIN.S - Métrorragies en début de grossesse. Mises à jour en gynécologie obstétrique - PARIS - Vigot - 1982 - 148 pages

(11) TUCHMANN - DUPLESSIS - DAVID.G - HAEGEL.P - Embryologie Travaux pratiques enseignement dirigé 4eme édition, Embryogenèse, étapes initiales du développement - PARIS - Masson -1991 - 117 pages

ARTICLES

(12) ANANTH.CV - OYELESE.Y - PRASAD.V - GETAHUN.D - SMULIAN.JC - Evidence of placental abruption as a chronic process: associations with vaginal bleeding early in pregnancy and placental lesions "European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology" - 2006 - n°128 - pages 15 à 21

(13) ANDERSEN.TF - MADSEN.M - JORGENSEN.J - MELLEMKJOER.L - OLSEN.JH - The Danish National Hospital Register: a valuable source of data for modern health sciences "Danish Medical Bulletin" - 1999 - n°46 - pages 263 à 268

(14) BENOIST.G - CHERET - 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 - n°39S - pages 33 à 39

(15) BOOG.G - La souffrance foetale aigue «journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction» - 2001- n°5 -vol 30- page 393

(16) BOUE. J - BOUE.A - Retrospective and prospective epidemiological studies of 1500 karyotypes of spontaneous abortion "S. Teratology" - 1975 - 12 - pages 11 à 26

(17) BRAFFMA.BH - COLEMAN.BG - RAMCHANDANI.P - ARGER.PH - NODINE.CF - DINSMORE.BJ - Emergency department screening for ectopic pregnancy : a prospective US study "Radiology" - 1994 - n°190 - pages 797 à 802

(18) CHHUY. T - MANSOUR. G - Dépistage du streptocoque de groupe B pendant la grossesse « Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction»- 2005 - n°4 - vol 34 - pages 328 à 333

(19) CONDOUS.G - OKARO.E - KHALID.A-LU.C - VAN HUFFEL.S - TIMMERMAN.D - The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgey "Human Reproduction" - 2005 - n°20 - pages 1404 à 1409

(20) COPPER.RL - GOLDENBERG.RL - CREASY.RK - DUBARD.MB - DAVIS.RO - ENTMAN.S - A multicenter study of preterm birth weight and gestational age - specific neonatal mortality "American Journal of Obstetrics & Gynecology" - 1993 - n°168 - pages 78 à 84

(21) COSTE.J -JOB-SPIRA.N - Risk factors for spontaneous abortion: a case control study in france "Human Reproduction" - 1991 - 6 - pages 1332 à 1337

(22) DOGRA V, PASPULATI RM, BHATT S - First trimester bleeding evatuation - Ultrasound Q. 2005 Jun; 21(2):69-85; quiz 149-50, 153-4

(23) DONALD - Ultrasonic echosounding in obstetrical and gynecological diagnosis «Journal of Obstetrics and Gynecology» - 1965 - n°93 - pages 935 à 941

(24) ESKILD.A - VATTEN.U - Abnormal bleeding associated with pre-eclampsia: a population study of 315,085 pregnancies "ActaObstetricia and GynecologicaScandinavica" - 2009 - n°88 - pages 154 à 158

(25) EVERETT.C - Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice "Biomedical Journal" - 1997- n°315 - pages 34 à 32

(26) GELLE.P - CREPIN.G - DELAHOUSSE.G - DECOCQ.J - LOTTIN - MARIN.C - Pronostic obstétrical et foetal après métrorragies du premier trimestre: à travers 187 cas - «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique» - 1974 -n°5 - Vol 69 - pages 299 à 303

(27) HAMMOUNDA.AA - Bleeding in the first two trimester of pregnancy review of 1000 cases «International Journal of Surgery» - 1966 - n°12 - pages 447 à 449

(28) HERTZ.JB - HEISTERBERG.L - The outcome of pregnancy after threatened abortion "ActaObstetricia and GynecologicaScandinavica" - 1985 n° 64 - vol 2 - pages 151 à 156

(29) HOSSAIN.R - HARRIS.T - LOHSOONTHORN.V - WILLIAMS.MA - Risk of preterm delivery in relation to vaginal bleeding in early pregnancy "European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology" - 2007 - n°135 - pages 158 à 163

(30) JOHNS.J - HYETT.J - J AUNIAUX.E - Obstetric outcome after threatened miscarriage with and without a hematoma on ultrasound "Obstetrics & Gynecology" - 2003 - n°102 - pages 483 à 487

(31) JOHNS.J - HYETT.J - J AUNIAUX.E - Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome "Journal of Obstetrics & Gynecology" - 2006 - n°107 - vol 3 - pages 483 à 487

(32) LEROY.B - Etude échographique du placenta : aspects panoramiques du placenta normal et pathologique au cours de la grossesse « Revue du Praticien » - 1978 - n°28 - pages 569 à 603

(33) LOCKWOOD.CJ - KRIKUN.G - RAHMAN.M - CAZE.R - BUCHWALDER.L - SCHATZ.F -The role of decidualization in regulating endometrial hemostasis during the menstrual cycle, gestation, and in pathological sates "Seminars in Thrombosis and Hemostasis" - 2007 - n°33 - pages 111 à 117

(34) LYKKE.JA - First trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy - "Obstetrics and Gynecology' - 2010 - 115 - pages 935 à 944

(35) REDMAN.CW - SARGENT.IL - Pre-eclampsia, the placenta and the maternal systemic inflammatory response: a review "Placenta" - 2003 - n°24 - pages 21 à 27

(36) SARASWAT.L - BHATTACHARYA.S - MAHESHWARI.A - Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review "Journal of Obstetrics and Gynecology" - 2010 - n°117 - vol 3 - pages 245 à 257

(37) STABILE.I - CAMPBELL.S - GRUDZINSKAS.JG - Ultrasonic assessment of complications during first trimester of pregnancy "Lancet" - 1987 - n°28 - vol 2 - pages 1237 à 1240

(38) STIRRAT.GM - Recurrent miscarriage : definition and epidemiology "Lancet" - 1990; 336 : 673-5

(39) VANOPPENRAAIJ.RH - JAUNIAUX.E - CHRISTIANSEN.OB - HORCAJADAS.JA - FARQUHARSON.RG - EXALTO.N - ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP) - Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review "Human Reproduction" - 2009 - 15 - n°4 - pages 409 à 421

(40) WEISS.JL - MALONE.FD - VIDAVER.J - BALL.RH - NYBERG.DA - COMSTOCK.CH - Threatened abortion: a risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study "American Journal of Obstetrics & Gynecology" - 2004 - n°190 - pages 745 à 750

(41) WILLIAMS.MA - MITTENDORF.R - LIEBERMAN.E - MONSON.RR - Adverse infant outcomes associated with first-trimester vaginal bleeding "Obstetrics and Gynecology" - 1991 - n°78 - vol 1 - pages 14 à 18

(42) YANG.J - HARTMANN.KE - SAVITZ.DA - HERRING.AH - DOLE.N - OLSHAN.AF - I"Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth "American Journal of Epidemiology" - 2004 - n°160 - pages 118 à 125

ENQUETES

(43) DRESS - La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête périnatale de 2005.

(44) NORMANUT - Enquête de prévalence du troubles nutritionnels en Haute Normandie - Région Haute Normandie - 2000.

THESES ET MEMOIRES

Mémoires

(45) GUILLOU.C - Métrorragies du premier trimestre : grossesse à haut risque. Etude rétrospective cas-témoins de 168 dossiers de la maternité de l'Hôtel-Dieu -Mémoire sagefemme - Rennes - 2006

(46) VAUQUOIS.M - Description de l'impact des métrorragies du premier trimestre de la grossesse sur l'évolution de celle-ci et de l'accouchement - Mémoire de sage-femme - Grenoble - 2009

Thèse

(47) LARDENNOIS LODI-RIZZINI.P - Métrorragies du premier semestre et grossesses évolutives : pronostic obstétrical et foetal -Thèse de médecine - Nancy - 1984

SITES INTERNET

(48) @ Calcul de l'indice de masse corporelle d'un adulte - http://www.imc.fr/ - consulté Ie03/2011

(49) @ Enregistrement cardiotocographique - http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/13000fra.asp - consulté Ie03/2011

(50) @ Etapes de l'implantation - http://www.embryoloRy.ch/francais/gnidation/etape03 - consulté Ie10/2010

(51) @Implantation de l'embryon : faits nouveaux- PERRIER D HAUTERIVE.S - http://www.Ryneweb.fr/Sources/fertilite/implantation.htm-consulté lelO/2010

(52) @Indice de masse corporelle moyen selon le sexe et l'âge - http ://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reR id=0&ref id=ip1123&page=graph#Rraphiquel-consulté le 03/2011

(53) @ La conjoncture démographique en France - http://www.ined.fr/fichier/t telechargement/31975/telechargement fichier fr conjoncture.pdf-consulté Ie03/2011

(54) @ Métrorragies - http://www.esculape.com/RynecoloRie/metrorraRies.html - consulté lelO/2010

(55) @ Nombre de naissances et âge des parents dans le Nord-Pas-de-Calais de 1990 à 2009 - http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg id=19&ref id=popop708 - consulté Ie03/2010

(56) @ Physiologie de la reproduction-http://www.chu-toulouse.fr/developpement-embryonnaire-precoce-consulté lelO/2010

(57) @ Physiologie du placenta - DERUELLE.P http://alcciago.free.fr/documents/phvsiologie placenta.PDF-consulté Ie10/2010

(58) @ Physiologie placentaire http://www.medix.free.fr/sim/physiologie-placentaire.php-consulté lelO/2010

(59) @Placenta annexes embyo-foetale - http://www.aly.abbara.com/livre gyn obs/termes/placenta.html- consulté lelO/2010

(60) @ Que faire, face à une hémorrage externe? - http://www.distrimed.com/conseils/page hemorragies.htm-consulté Ie10/2010

(61) @ Tabac et grossesse - Association vivre sans fumer - http://www.perinat-france.orR/portail-grand-public/prevention/tabac-et-Rrossesse/tabac-bebe-fume-aussi-374-789.html-consulté Ie03/2011

(62) @ Utérus cicatriciel - PERREVE. S - http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ticem/ressouces/358.pdf-consulté Ie03/2011

(63) @ Variations physiologiques au cours de la grossesse -JAUDI. S-http://www.internistes.orR/IMG/pdf/0410Variations physiologiques au cours de la grossesse.pdf-consulté Ie10/2010

(64)@ BENCHIMOL- http://www.docteur-benchimol.com/declenchement travail apres 37 sa.html - consulté le 03/2011