



HAL
open science

Métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre de grossesse : conséquences obstétricales, néonatales et maternelles

Marine Bresson

► **To cite this version:**

Marine Bresson. Métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre de grossesse : conséquences obstétricales, néonatales et maternelles. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01070853

HAL Id: dumas-01070853

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070853>

Submitted on 2 Oct 2014

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.

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

École de Sages-femmes de Caen

METRORRAGIES IDIOPATHIQUES AU DEUXIEME
TRIMESTRE DE GROSSESSE : CONSEQUENCES
OBSTETRICALES, NEONATALES ET MATERNELLES

Mémoire présenté et soutenu par

Marine Bresson

Née le 28 novembre 1990

En vue de l'obtention du diplôme d'état

De Sage-femme

Promotion 2010/2014

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire :

- Mme Turck, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse
- Mme Leglinel, ma guidante, pour sa gentillesse et ses conseils
- M. Morello, statisticien, pour son aide sur une partie délicate de mon étude
 - Pauline et Florie, pour leur relecture

Je tiens également à remercier tout ceux qui m'ont accompagnée dans ces 4 années à l'école de Sages-femmes de Caen :

- Mme Giffard, Mme Kakol, Mme Goupille, Mme Bouet, Mme Brielle et Mme Levallois pour leur enseignement
- L'ensemble de ma promotion pour la bonne ambiance et leur soutien tout au long de ces années

Un immense merci également à mes parents, mon frère Pierre et mon conjoint François-Pierre pour leur patience tout au long de ce travail et pour m'avoir soutenue dans les moments de doute.

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1 Conséquences obstétricales, néonatales et maternelles de l'ensemble des métrorragies du deuxième trimestre	3
1.2 Causes des métrorragies du deuxième trimestre : leurs définitions et leurs conséquences.....	4
1.2.1 Placenta bas inséré.....	4
1.2.2 Hématome marginal ou décidual	5
1.2.3 Placenta bas inséré et Hématome marginal, décidual.....	7
1.2.4 Hématome rétro-placentaire.....	7
1.2.5 Mise en travail spontanée précoce.....	9
1.2.6 Métrorragies idiopathiques.....	9
2. Matériel et Méthode.....	11
3. Résultats.....	14
3.1 Caractéristiques des patientes.....	16
3.2 Caractéristiques des saignements.....	18
3.3 Conséquences obstétricales.....	20
3.4 Conséquences néonatales.....	23
3.5 Conséquences maternelles.....	25
4. Discussion.....	27
4.1 Les points forts, biais et limites.....	28
4.2 Analyse des résultats et comparaison aux autres études.....	28
4.2.1 Prévalence.....	28
4.2.2 Caractéristiques des patientes.....	29
4.2.2.1 L'âge.....	29
4.2.2.2 Les habitudes de vie.....	29
4.2.3 Caractéristiques des saignements.....	30
4.2.4 Conséquences obstétricales.....	31
4.2.4.1 FCS.....	31
4.2.4.2 RPM.....	31
4.2.4.3 MAP.....	32
4.2.4.4 Accouchement prématuré.....	33

4.2.4.5 Mode d'accouchement.....	34
4.2.4.6 HPP.....	34
4.2.5 Conséquences néonatales.....	35
4.2.5.1 Scores d'Apgars.....	35
4.2.5.2 Poids de naissance.....	36
4.2.5.3 Transferts.....	36
4.2.5.4 Mort-nés.....	37
4.2.6 Conséquences maternelles dans le post-partum.....	38
4.2.6.1 Anémie.....	38
4.2.6.2 Endométrite.....	38
4.3 Propositions	39
4.3.1 Actes.....	39
4.3.1.1 Prématurité.....	39
4.3.1.2 HPP.....	39
4.3.2 Discours aux patientes.....	40
5. Conclusion.....	41
<u>Références bibliographiques.....</u>	43

Glossaire

- FCS : fausse couche spontanée
- GEU : grossesse extra utérine
- SA : semaine d'aménorrhée
- RCIU : retard de croissance intra-utérin
- RPM : rupture prématurée des membranes
- HPP : hémorragie du post-partum
- MAP : menace d'accouchement prématuré
- MAT : menace d'accouchement tardif
- CIVD : coagulation intravasculaire disséminée
- HRP : hématome rétro placentaire
- MFIU : mort fœtale in utéro
- PE : prééclampsie
- AG : age gestationnel
- ARCF : Altération du Rythme Cardiaque fœtal

Introduction

1. Introduction

Les métrorragies représentent un motif fréquent de consultation aux urgences gynécologiques et obstétricales pendant la grossesse et sont pour les femmes une source d'angoisse importante. Elles posent également des difficultés de diagnostic et de prise en charge pour l'équipe obstétricale.

Les métrorragies les plus étudiées au cours de la grossesse sont celles du premier et du troisième trimestre. Les principales causes retrouvées au premier trimestre sont : les fausses couches spontanées (FCS), les grossesses extra-utérines (GEU) et les saignements idiopathiques sur une grossesse intra-utérine évolutive. Au troisième trimestre, les étiologies les plus fréquentes sont : les placentas praevias et les décollements placentaires.

Alors que les métrorragies existent à tout stade de la grossesse, dans un cas sur quatre, celles du deuxième trimestre représentent une complication rare. Le terme de métrorragies au deuxième trimestre est employé lorsque celles-ci se produisent entre 15 et 27 semaines d'aménorrhée (SA). Selon O. Parant elles surviennent dans 0,4 à 2,4 % des grossesses[1]. C'est pourquoi peu d'études leur sont consacrées dans la littérature. Cette période du deuxième trimestre est pourtant une étape cruciale de la grossesse puisque c'est à ce moment que la limite de viabilité est franchie. Cette dernière a été définie par l'OMS au terme de 22 SA et/ou un poids supérieur ou égal à 500 grammes [1]. La prise en charge ainsi que les conséquences d'une pathologie au deuxième trimestre diffèrent selon qu'on se situe avant ou après 22 SA.

Dans la littérature ces métrorragies du deuxième trimestre sont associées à une issue défavorable concernant les conséquences obstétricales, néonatales et maternelles que nous nous proposons d'étudier.

1.1 Conséquences obstétricales, néonatales et maternelles de l'ensemble des métrorragies du deuxième trimestre

Plusieurs conséquences obstétricales sont retrouvées suite à ces saignements. Une majoration du nombre de rupture prématurée des membranes (RPM) est retrouvée avec un taux de 11 à 22%. [1][3] On parle de RPM lorsque celle-ci survient avant 37 SA. Les risques de chorioamniotites et de césariennes semblent être également augmentés. Les hémorragies du post-partum (HPP) seraient plus fréquentes. Selon Delmasure C., dans son mémoire réalisé dans le cadre du diplôme d'état de sage-femme, il y aurait des complications obstétricales dans 75 % des cas, ces complications comprenant les menaces d'avortements tardifs (MAT), les RPM, les menaces d'accouchements prématurés (MAP) et les chorioamniotites. [3]

Concernant les conséquences néonatales, le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU) est augmenté avec un taux proche de 10% dans l'étude de P. Guillon [2]. Le taux prématurité est majoré avec un accouchement avant la 37ème SA dans presque 40% des cas [1]. On retrouve des scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie dans 10 % des cas, engendrant des transferts plus fréquents en réanimation néonatale. La mortalité périnatale est alors présente avec des taux proches de 15%, contre 0,9 % dans la population générale en France. [1][3][4] Selon l'étude de A.Ornay, il existe un risque augmenté de malformations congénitales par rapport à la population générale. [5]

Les conséquences maternelles sont la conséquence de l'hémorragie même, soit des risques d'anémie, de choc hémorragique voire de mort maternelle en cas d'hémorragie massive. Ces paramètres sont peu étudiés dans les études car ces conséquences sont pour la majorité minimales en comparaison des conséquences néonatales et obstétricales.

Plusieurs causes sont retrouvées pour les métrorragies du deuxième trimestre : des placentas bas insérés recouvrants ou non recouvrants, des placentas bas insérés avec la présence d'un décollement placentaire, des hématomes marginaux ou décidaux, des hématomes rétro-placentaires, des mises en travail spontanées et des causes inconnues ou métrorragies idiopathiques.

1.2 Causes des métrorragies du deuxième trimestre : leurs définitions et leurs conséquences

Nous allons détailler chaque étiologie connue des métrorragies au deuxième trimestre de la grossesse, en particulier leurs conséquences obstétricales, néonatales et maternelles.

1.2.1 Placenta bas inséré

Le terme de placenta bas inséré correspond à une distance entre le bord inférieur du placenta et le col de l'utérus inférieure à 30-60 mm selon les auteurs [3]. A cette période de la grossesse le terme de placenta prævia, qui se définit par une insertion partielle ou totale de ce dernier sur le segment inférieur de l'utérus, ne peut pas être employé car le segment inférieur n'est pas encore formé.

Le diagnostic se fait par échographie en appréciant la distance qui sépare le bord inférieur du placenta du col de l'utérus. Lors de l'échographie du deuxième trimestre, 5 à 6 % des placentas seraient bas insérés mais au 3ème trimestre 90% de ces placentas se révéleraient d'insertion normale.

Un placenta bas inséré serait retrouvé dans 27 à 49 % des cas de saignements au deuxième trimestre. [3]

Les contractions utérines physiologiques au cours de la grossesse entraînent le décollement d'une partie du placenta bas inséré. Ce décollement ouvrant les sinus veineux utérins, l'hémorragie se déclenche. La source de l'hémorragie est essentiellement maternelle mais aussi fœtale en fonction des vaisseaux qui sont lésés.

Cliniquement, ces métrorragies au deuxième trimestre sont le plus souvent indolores, de sang rouge, d'abondance variable et d'arrêt spontané. Le risque de récurrence est important puisque 50 à 63 % des femmes auraient un nouvel épisode de saignement au deuxième ou au troisième trimestre. Le nombre moyen d'épisodes de saignement au cours de la grossesse est de 2,23. [2][3]

Les conséquences obstétricales d'un saignement sur un placenta bas inséré au deuxième trimestre de la grossesse sont, selon Delmasure C. : un taux augmenté de césariennes, près de 30 %, contre 20 % dans la population générale et un risque plus élevé de RPM avec un taux proche de 30%. [2][3]

Pour le fœtus il y a un risque de prématurité, d'environ 16% lors d'un saignement sur un placenta bas inséré au deuxième trimestre et jusqu'à 66,7 % lorsque le placenta est recouvrant. Alors que dans la population générale le taux de prématurité est d'environ 10% [1][2]. Il y a également un risque d'hypoxie in utero et d'anémie fœtale. Le taux de mortalité périnatale, de transfert en réanimation néonatale et le taux d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie seraient significativement plus élevés que dans la population générale. Les conséquences peuvent être vitales pour l'enfant en fonction de l'importance du saignement mais aussi de la prématurité, la cause principale de morbidité étant le syndrome de détresse respiratoire associé à la prématurité. Le taux de mortalité néonatale précoce est de 4,5 % dans l'étude de Delmasure C.[3] De plus, selon Mac Shane, plus le saignement du placenta bas inséré surviendrait précocement dans la grossesse et plus le pronostic fœtal serait mauvais. [6]

Concernant les conséquences maternelles d'un saignement sur un placenta bas inséré au deuxième trimestre de la grossesse, il y a des risques augmentés de choc hémorragique en cas d'hémorragie de forte abondance, d'anémie, de maladies thrombo-emboliques, notamment de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), les facteurs de coagulation étant consommés par l'hémorragie. [6]

1.2.2 Hématome marginal ou décidual

Les métrorragies au deuxième trimestre peuvent être dues à un décollement placentaire qui est la conséquence d'un hématome marginal ou décidual. Un hématome est dit marginal lorsqu'il se constitue à une extrémité du placenta et est décidual lorsqu'il décolle la plaque déciduale. Il se forme après la rupture d'une veine d'un placenta normalement inséré.

Cet hématome se traduit à l'échographie par une petite collection sanguine souvent située

au niveau du pôle inférieur du placenta, réalisant un décollement. Cet hématome peut soit rester de même taille derrière le placenta, soit augmenter de volume et dans ce cas évoluer vers un hématome rétro placentaire, soit encore s'évacuer en créant un petit saignement.

Le saignement peut alors être dû à l'évacuation d'un hématome ou au fait que le décollement ait rompu des vaisseaux de la circulation utéro-placentaire. Il est donc d'origine maternelle. Un décollement du placenta peut également survenir sur un placenta bas inséré.

Cette étiologie représente dans la littérature environ 20% des saignements du deuxième trimestre. [3]

Cliniquement, ce saignement au deuxième trimestre est le plus souvent d'abondance faible. Il récidive très souvent, dans 50 à 65 % des cas. Le nombre moyen d'épisodes pour une femme ayant eu un saignement sur un hématome marginal, décidual au deuxième trimestre est de 3. [1]

D'un point de vue obstétrical, il n'y a pas plus de césarienne que dans la population générale [3].

Concernant les conséquences néonatales, le risque majeur pour l'enfant est que l'hématome augmente en volume et évolue vers un hématome rétro-placentaire (HRP). S'il reste de même volume, il a été montré que le taux d'hypotrophie est augmenté par rapport à la population générale, 28,5 % contre 9,2 % [1]. Un décollement placentaire est associé à un nombre augmenté de RPM, les membranes étant fragilisées lors du décollement. Le taux de RPM est de 30% dans l'étude réalisée par Delmasure C. [3] De même il y aurait plus de prématurité avec seulement 45% des grossesses qui se poursuivraient au-delà de 37 SA, selon O. Parant [1]. Ainsi, la mortalité néonatale précoce est présente avec un taux proche de 8%, les transferts en réanimation néonatale et les scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie sont eux aussi augmentés. [1][3]

Le risque maternel est dépendant de l'abondance de l'hémorragie, il est souvent peu important, sauf en cas d'HRP.

1.2.3 Placenta bas inséré et Hématome marginal, décidual

Dans certains cas de métrorragies au deuxième trimestre un placenta bas inséré est associé à un décollement de ce dernier par un hématome marginal ou décidual.

Cliniquement, ces saignements au deuxième trimestre seraient le plus souvent de couleur rouge, ils seraient plus abondants en comparaison aux saignements sur placenta bas inséré seul ou sur décollement placentaire seul et ils seraient plus précoces dans la grossesse. [6] Ce sont des métrorragies qui récidivent fréquemment, dans 67% des cas environ. Selon O.Parant le nombre moyen d'épisodes de saignement serait de quatre. Dans ce cas une hospitalisation est souvent nécessaire avec, dans la même étude, une moyenne de 32 jours d'hospitalisation, contre 26 pour un placenta bas inséré et 12 pour un décollement placentaire seul. [1]

Cette association serait présente dans 10% des cas de saignements au deuxième trimestre. [1]

D'un point de vue obstétrical seulement 33% des grossesses se poursuivraient jusqu'au terme.

Concernant les conséquences fœtales, l'hypotrophie serait plus fréquente avec 1 enfant sur 4 ayant un petit poids de naissance. Le taux de transfert en néonatalogie est élevé, avec en moyenne 1 enfant sur 4 transféré. La mortalité périnatale lors de la présence conjointe de ces deux causes serait, selon Eric C. [6], de 18%, contre 7% seulement lors d'un placenta bas inséré isolé. Notons tout de même que cette étude a été réalisée en 1991 et que par conséquent les taux ont diminué aujourd'hui grâce à l'évolution des techniques de diagnostic et de prise en charge.

Les conséquences pour la mère sont liées à l'importance des saignements.

1.2.4 Hématome rétro-placentaire

L'hématome rétro placentaire, anciennement appelé DPPNI (Décollement Prématuro d'un Placenta Normalement Inséré) est le clivage par un hématome de l'espace virtuel entre la plaque basale et la paroi utérine. Il est dû à la rupture d'une artère déciduale maternelle ou à la nécrose d'une veine déciduale. Il s'agit d'une urgence obstétricale, c'est la cause de métrorragie du deuxième trimestre qui entraîne le plus de conséquences néfastes pour la mère et l'enfant. [7]

Il représente 1 à 4% des étiologies pour la pathologie ici étudiée, alors que dans la population générale il est présent dans 0,25 à 1% des grossesses.[2][3]

Les signes évocateurs sont des signes cliniques. Dans la forme la plus classique d'un HRP au deuxième trimestre, les saignements sont de couleur brune ou noire, ils sont associés à des douleurs abdominales intenses et à une contracture utérine permanente. Le diagnostic pourrait être confirmé par échographie, avec la présence d'une volumineuse masse échogène. Cependant, dès lors qu'il y a une suspicion d'HRP d'un point de vue clinique, l'extraction fœtale étant une urgence, l'échographie n'est pas pratiquée.

Concernant les conséquences obstétricales, aucune grossesse avec l'apparition d'un HRP au deuxième trimestre n'a évolué jusqu'au terme puisque le seul traitement envisagé est l'accouchement. Il se fera par voie basse si l'enfant est décédé et que les conditions cliniques et biologiques le permettent, par césarienne pour sauvetage fœtal s'il est encore vivant. [3][7]

Les conséquences fœtales sont un risque augmenté de mortalité en fonction de l'importance de l'HRP. En effet, s'il est massif il va entraîner le décollement de la quasi-totalité du placenta. Selon Delmas C., l'enfant décède dans 50% des cas [3]. Dans une forme moins grave il va interrompre en partie les échanges fœto-placentaires, ce qui entraîne des troubles hémodynamiques, des troubles de la coagulation et bien évidemment un retentissement pathologique sur le fœtus. [3]

Les conséquences pour la mère peuvent être des troubles de la coagulation, comme une CIVD ou un choc hémorragique, un décès. Le décès survient dans 20 à 50 % des cas. [8] Il peut entraîner également une insuffisance rénale et un taux augmenté d'HRP.

1.2.5 Mise en travail spontanée précoce

Une autre cause de métrorragie est la mise en travail spontanée précoce. Cette cause a été peu étudiée dans la littérature concernant les métrorragies au deuxième trimestre. Les femmes présentant des modifications cervicales, en début de travail ou non, étaient exclues des études. Il s'agit de modifications cervicales associées à des contractions qui aboutiraient à l'accouchement en dehors de toute intervention médicale. Le terme de MAP est employé lorsque les signes sont présents entre 22 SA et 37 SA, avant on parle de MAT. La cause de la mise en travail prématuré n'est pas connue. Les saignements sont dus aux modifications cervicales de part la riche vascularisation du col.

En France le taux d'accouchement prématuré est de l'ordre de 5 %. En moyenne, en France 60 % des accouchements prématurés sont d'origine spontanés et 40 % sont d'origine induite. [9] On parle de très grande prématurité lorsque la naissance a lieu avant 28 SA. Dans ce cas la mortalité néonatale précoce est supérieure à 50 % et pour les enfants qui survivent le taux de séquelles, mal connu, semble important.

1.2.6 Métrorragies idiopathiques

Il s'agit de saignements dont la cause n'a pas été retrouvée après un examen clinique et échographique. C'est un diagnostic d'élimination. La plupart des équipes médicales l'assimilent à un décollement placentaire minime, qui ne serait pas visible à l'échographie ou serait la conséquence de l'évacuation d'un petit hématome qui ne serait alors plus présent.

Selon la récente étude de Bhandari S. [10], ces saignements seraient présents dans 10% des grossesses après le premier trimestre. Dans la littérature plus ancienne ils compliqueraient 1 à 5% des grossesses. En ce qui concerne les saignements au deuxième trimestre de la

grossesse, ils représentent la cause la plus fréquente, 22 à 50 % des cas.[1][10]

Cliniquement, les saignements seraient pour la plupart de faible abondance, avec des récurrences dans 20 à 30 % des cas. Le nombre moyen d'épisode serait de 1,2. [1][3]

D'un point de vue obstétrical il y aurait plus d'accouchements déclenchés mais pas plus de césariennes.

Concernant les conséquences fœtales, le taux de prématurité est discutable puisqu'il est retrouvé de façon significative dans une étude de Magann et al. mais non retrouvé dans le reste de la littérature [10]. Les taux de mortalité périnatale seraient les plus faibles, en comparaison aux autres étiologies des métrorragies, avec un taux nul qui a été retrouvé dans plusieurs études. [1]

Les conséquences maternelles qui seraient retrouvées sont un risque majoré d'hémorragie du post-partum, avec un taux de 12,3% selon Bhandari S.[10]

Ainsi, entre 22 et 50% des métrorragies du deuxième trimestre sont idiopathiques. Le diagnostic repose sur un principe d'élimination des diagnostics différentiels des métrorragies et la prise en charge est fondée sur l'appréciation clinique du praticien. En posant l'hypothèse que l'origine idiopathique pourrait correspondre à un décollement placentaire, a minima, et devant le constat des conséquences avérées de cette étiologie, la question se pose de l'intérêt d'établir une surveillance particulière suite à des métrorragies idiopathiques.

L'objectif principal de cette étude est de comparer les conséquences obstétricales, néonatales et maternelles des saignements idiopathiques du deuxième trimestre de la grossesse à celles des saignements d'origines connues et plus particulièrement des décollements placentaires provoqués par un hématome marginal. L'objectif secondaire est d'établir les modalités de surveillance pour le reste de la grossesse des femmes ayant consulté pour des métrorragies au deuxième trimestre.

Matériel et méthode

2. Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée entre le 5 janvier 2008 et le 19 mars 2013 dans une maternité de niveau 3 qui effectue environ 3000 accouchements par an.

Ont été incluses dans l'étude les femmes qui ont présenté un saignement entre 15 et 27 semaines d'aménorrhée.

Ont été exclues les femmes présentant un saignement d'origine cervicale : ectropion et polype cervical. Ont également été exclues les grossesses multiples, les femmes qui n'ont pas accouché dans la maternité de l'étude et les femmes hospitalisées pour une autre raison qu'un saignement au moment des métrorragies.

Les patientes ont été réparties en 7 groupes en fonction de l'étiologie retrouvée du saignement. Ces groupes sont : « placenta bas inséré non recouvrant », « placenta bas inséré recouvrant », « mise en travail spontanée et/ou modifications cervicales », « hématome décidual, marginal », « placenta bas inséré et hématome », « hématome rétro-placentaire » et « métrorragies idiopathiques ».

Les variables analysées et comparées

Les caractéristiques des patientes qui ont été répertoriées et comparées sont : l'âge des patientes, leur indice de masse corporelle (IMC), leur gestité et parité, leur consommation de tabac et d'alcool, ainsi que leurs antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, gynécologiques et obstétricaux.

Les caractéristiques des métrorragies qui ont été étudiées sont :

- L'âge gestationnel au moment du premier saignement du deuxième trimestre
- La couleur : rosée, brune, noire ou rouge
- L'abondance : faible lorsqu'il était précisé « absence de saignement », « trace » ou « saignement actif minime », moyen lorsqu'il était précisé « saignement actif moyen » et abondant lorsqu'il était précisé « saignement actif abondant »
- La durée du saignement : inférieure ou supérieure à 24 heures

- La présence ou non de contractions utérines et/ou de douleurs
- La rupture spontanée des membranes au même moment que le saignement
- L'existence de saignement au premier trimestre de la grossesse
- Le nombre d'épisodes
- La nécessité d'une hospitalisation

Les données obstétricales qui ont été étudiées sont le taux de FCS, d'IMG, de MFIU, de RCIU, de MAP, de RPM < 37SA (quel que soit le délai entre la rupture et l'accouchement), d'hospitalisation pour une autre raison que le saignement, le terme d'accouchement, les modalités d'accouchement, la couleur du LA ainsi que les taux d'HPP et de gestes endo-utérins. Nous parlons de MAP lorsque, après 22 SA, étaient associées modifications cervicales et CU.

Les données néonatales qui ont été étudiées sont le score d'Apgar à 5 minutes de vie, le pH à la naissance, le poids de naissance, le taux transfert en réanimation néonatale ou dans un autre service, le taux d'enfants morts-nés, le taux de décès dans les 7 premiers jours, le taux d'infection, d'ictère.

Les données maternelles qui ont été étudiées sont la présence ou non dans le post-partum d'une anémie ou d'une endométrite.

Les variables ont été recherchées avec le logiciel 4D.

Il a été comparé dans un premier temps l'ensemble de ces variables entre le groupe des « métrorragies idiopathiques » et l'ensemble des autres causes, appelé le groupe des « causes connues ». Ensuite, une comparaison entre le groupe des « métrorragies idiopathiques » et le groupe des « hématomes marginaux, déciduaux » a été réalisée, avec l'hypothèse qu'un saignement idiopathique est considéré comme étant un hématome à minima.

Les tests statistiques ont été effectués en partie avec le logiciel biostatgv. Il s'agissait du test de χ^2 avec correction de Yates, test de Fisher et test de Student.

Résultats

3. Résultats

Au total, 584 patientes ont consulté dans le service de gynécologie et d'obstétrique, entre le 5 janvier 2008 et le 19 mars 2013, pour des métrorragies au deuxième trimestre de grossesse. Après en avoir rejeté 324 selon les critères ci-dessus, les dossiers de 260 patientes ont été étudiés.

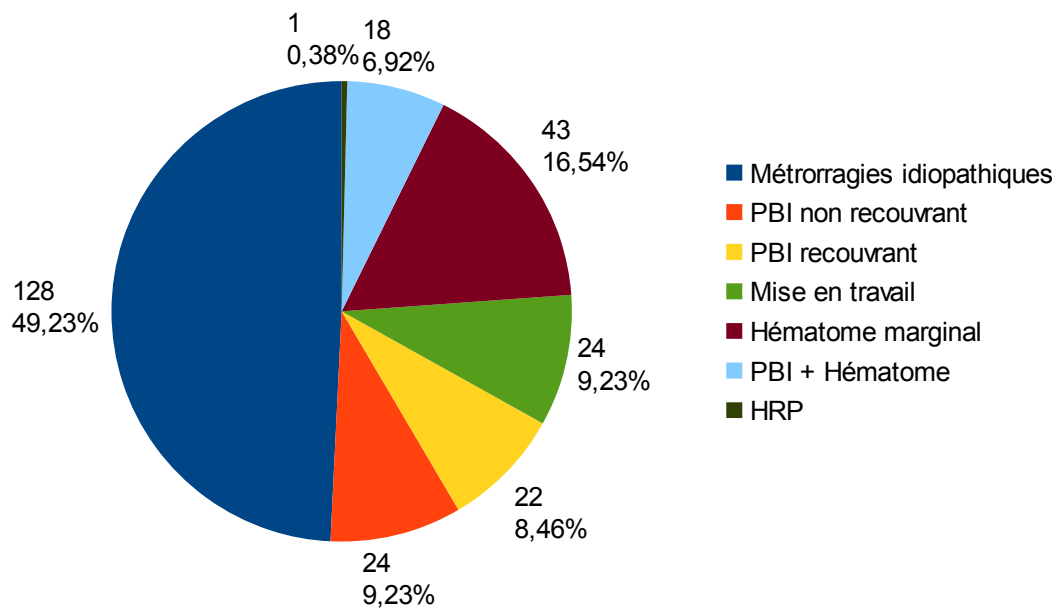


Figure 1 : Répartition des étiologies des métrorragies du deuxième trimestre

La quasi-totalité des femmes ont eu, dès leur arrivée, une échographie à visée étiologique. Pour 49,23 % d'entre elles, aucune cause n'a été retrouvée. Cinq femmes n'ont pas bénéficié d'une échographie devant la situation d'urgence.

1 cas d'HRP a été recensé mais ne sera pas étudié par la suite.

3.1 Caractéristiques des patientes

Tableau I : Caractéristiques générales des patientes en fonction de l'étiologie du saignement

	Métrorragies idiopathiques n = 128 (%)	PBI non recouvrant n = 24 (%)	PBI recouvrant n = 22 (%)	Mise en travail n = 24 (%)	Hématome marginal, décidual n = 43 (%)	PBI + Hématome n = 18 (%)	Total des métrorragies n = 260 (%)
Age moyen (en années, au moment du saignement)	27,38	30,08	29,32	29,13	29,98	28,44	28,45
IMC	24,33	25,38	23,62	23,49	25,06	23,39	24,33
Gestité moyenne	2,51	2,63	2,95	2,71	3,44	2,61	2,74
Parité moyenne	0,69	1,17	1,27	0,65	1,38	0,83	0,91
Consommation de tabac	46 (35,94%)	9 (37,50%)	5 (22,73%)	3 (12,50%)	21 (48,84%)	5 (27,77%)	89 (34,23%)
Consommation d'alcool	4 (3,13%)	1 (4,17%)	2 (9,09%)	1 (4,17%)	0	1 (5,56%)	9 (3,46%)
Atcd de FCS	39 (30,47%)	7 (29,17%)	9 (40,90%)	10 (41,67%)	12 (27,90%)	5 (27,77%)	82 (31,54%)
Atcd d'IVG	27 (21,09%)	3 (12,50%)	3 (13,64%)	4 (16,67%)	14 (32,56%)	6 (33,33%)	57 (21,92%)
Atcd de césarienne	17 (13,28%)	2 (8,33%)	4 (18,18%)	0	7 (16,28%)	4 (22,22%)	34 (13,08%)
Atcd d'accouchement prématuré	9 (7,03%)	3 (12,5%)	2 (9,09%)	4 (16,67%)	4 (9,30%)	0	22 (8,46%)

Dans l'étude, la parité représentait le nombre d'enfants nés avant la grossesse actuelle.

Concernant la consommation de tabac, étaient considérées comme « consommatrices » les femmes qui fumaient au moins une cigarette par jour . Pour la consommation d'alcool, les femmes étaient celles qui déclaraient avoir une consommation occasionnelle ou régulière.

Les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux des différents groupes ne différaient pas de façon significative.

En comparant le groupe des métrorragies idiopathiques à l'ensemble des autres groupes, plusieurs différences significatives étaient à noter : l'âge était en moyenne plus faible dans le groupe des métrorragies idiopathiques avec une p-value de 0,0026, la gestité et la parité également avec des p-values respectives de 0,043 et de 0,001. Les autres variables ne différaient pas de façon significative.

En comparant seulement le groupe des métrorragies idiopathiques au groupe des hématomes marginaux, décidaux, on a observé que les deux variables qui différaient de façon significative étaient l'âge et la gestité moyenne, pour des p-values respectives de 0,006 et de 0,007. Elles étaient toutes les deux plus faibles dans le groupe de métrorragies idiopathiques.

3.2 Caractéristiques des saignements

Tableau II : Les caractéristiques des saignements en fonction de leur étiologie

	Métrorragies idiopathiques n = 128 (%)	PBI non recouvrant n = 24 (%)	PBI recouvrant n = 22 (%)	Mise en travail n = 24 (%)	Hématome marginal, décidual n = 43 (%)	PBI + Hématome n = 18 (%)	Total des métrorragies n = 260 (%)
AG (en SA)	20,94 (15-27)	20,83 (15-26,57)	20,33 (15-26,86)	22,63 (16,86- 26,71)	19,46 (15-26,57)	20,81 (15,14-26,57)	20,73 (15-27)
Couleur:							
- Rosée	20 (15,63 %)	3 (12,5%)	3 (13,64%)	5 (20,83%)	1 (2,33%)	1 (5,56%)	33 (12,7%)
- Brune	33 (25,78 %)	4 (16,67%)	5 (22,73%)	1 (4,17%)	11(25,58%)	3 (16,67%)	57 (21,92%)
- Noire	2 (1,56 %)	1 (4,17%)	1 (4,55%)	0	3 (6,98%)	1 (5,56%)	8 (3,07%)
- Rouge	59 (46,09 %)	15 (62,5%)	11 (50%)	16 (66,67%)	27 (62,79%)	13 (72,22%)	141(54,23%)
-Non précisée	14 (10,94%)	1 (4,17%)	2 (9,09%)	2 (8,33%)	1 (2,33%)	0	21 (8,08%)
Abondance :							
- faible	122 (95,31%)	19 (79,17%)	17 (77,27%)	20 (83,33%)	34 (79,07%)	14 (77,78%)	227 (87,3%)
- moyenne	1 (0,78 %)	1 (4,17%)	3 (13,64%)	1 (4,17%)	3 (6,98%)	1 (5,56%)	10 (3,84%)
- forte	5 (3,9 %)	4 (16,67%)	2 (9,09%)	3 (12,5%)	6 (13,95%)	3 (16,67%)	23 (8,85%)
Durée	< 24h = 114 (89,06 %)	< 24h = 19 (79,17%)	< 24h = 14 (63,64%)	< 24h =18 (75%)	< 24h = 17 (39,53%)	< 24h = 10 (55,56%)	< 24h = 191 (73,46%)
	> 24h = 14 (10,94%)	> 24h = 5 (20,83%)	> 24h = 8 (36,36%)	> 24h = 6 (25%)	> 24h = 26 (60,47%)	> 24h = 8 (44, 44%)	> 24h = 69 (26,54%)
CU	17 (13,28 %)	6 (25%)	4 (18,18%)	12 (50%)	9 (20,93%)	2 (11,11%)	50 (19,23%)
Douleur	43 (33,59%)	11 (45,83%)	5 (22,73%)	10 (41,67%)	15 (34,88%)	8 (44,44%)	92 (35,38%)
RPM en même temps	8 (6,25 %)	2 (8,33%)	1 (4,55%)	6 (25%)	7 (16,28%)	4 (22,22%)	29 (11,15%)
Existence de saignement au 1er trimestre	20 (15,62 %)	3 (12,5 %)	3 (13,64%)	1 (4,17%)	16 (37,21%)	2 (11,11%)	46 (17,69%)
Nombre d'épisode(s)	1 = 97 (75,78 %)	1 = 17 (70,83%)	1 = 10 (45,45%)	1 = 14 (8,33%)	1 = 13 (30,23%)	1 = 9 (50%)	1 = 160 (61,54%)
	2 ou + = 31 (24,22%)	2 ou + = 7 (29,17%)	2 ou + = 12 (54,55%)	2 ou + = 10 (41,67%)	2 ou + = 30 (69,77%)	2 ou + = 9 (50%)	2 ou + = 100 (38,46%)
Nécessité d'hospitalisation	16 (12,5%)	5 (20,83%)	8 (36,36%)	22 (91,67%)	16 (37,21%)	9 (50%)	76 (29,23%)

Le nombre d'épisodes étudié était le nombre de récurrences au deuxième trimestre. La variable « douleur » comprenait les douleurs ligamentaires, sus-pubiennes,

hypogastriques, les douleurs en fosse iliaque gauche et/ou droite, douleurs dorsales, abdominales et péri ombilicales mais également les brûlures urinaires, prurit vaginal et les douleurs décrites comme des « coups d'aiguilles » dans le vagin.

Pour les femmes chez qui la cause n'a pas été retrouvée, le saignement était le plus souvent de couleur rouge et de faible abondance. Dans la majorité des cas il n'a pas récidivé. Il était rarement accompagné de CU et de RPM, en revanche il était accompagné de douleur pour une femme sur trois.

En comparant les caractéristiques des saignements entre le groupe des métrorragies idiopathiques et le groupe des métrorragies de cause connue nous avons noté plusieurs différences significatives : le nombre de saignements de sang rouge était moins important dans le groupe des métrorragies idiopathiques avec une p-value de 0,01, le nombre de métrorragies de faible abondance était plus important dans ce même groupe avec une p-value < 0,001, les saignements étaient en moyenne moins longs avec une p-value <0,001, ils étaient également moins souvent accompagnés de CU et de RPM avec des p-values respectives de 0,01 et 0,03, le nombre de récurrences était moins important avec une p-value < 0,01. Il y avait également moins d'hospitalisations suite au saignement lorsque la cause était inconnue avec une p-value < 0,001. Les autres variables ne différaient pas de façon significative.

En focalisant la comparaison entre le groupe des métrorragies idiopathiques et le groupe des hématomes marginaux, déciduaux, plusieurs différences significatives émergeaient. En cas de métrorragies idiopathiques :

- l'âge gestationnel du premier saignement était en moyenne plus tardif (p=0,003)
- le nombre de métrorragies de faible abondance était plus élevé
- le nombre d'épisodes de saignement au premier trimestre était moindre
- les saignements étaient en moyenne moins longs
- le nombre d'hospitalisations suite au saignement était moindre (p<0,001).

Les saignements n'étaient pas significativement moins accompagnés de contractions utérines, de douleur ou de RPM.

3.3 Conséquences obstétricales

Tableau III: Les conséquences obstétricales des métrorragies du deuxième trimestre en fonction de leur étiologie

	Métrorragies idiopathiques n = 128 (%)	PBI non recouvrant n = 24 (%)	PBI recouvrant n = 22 (%)	Mise en travail n = 24 (%)	Hématome marginal, décidual n = 43 (%)	PBI + Hématome n = 18 (%)	Total des métrorragies n = 260 (%)
FCS	2 (1,56%)	1 (4,17%)	0	5 (20,83%)	3 (6,98%)	0	11 (4,23%)
MFIU	2 (1,56%)	1 (4,17%)	0	0	2 (4,65%)	0	5 (1,92%)
IMG	1 (0,78%)	0	1 (4,55%)	1 (4,17%)	2 (4,65%)	0	5 (1,92%)
RCIU	10 (7,8%)	3 (12,5%)	0	0	2 (4,65%)	0	15 (5,77%)
MAP	19 (14,8%)	3 (12,5%)	6 (27,27%)	16 (66,67%)	12 (27,91%)	4 (22,22%)	62 (23,85%)
RPM (<37SA)	16 (12,5%)	3 (12,5%)	4 (18,18%)	14 (58,33%)	18 (41,86%)	2 (11,11%)	58 (22,31%)
Hospitalisation pour autre raison	15 (11,72%)	3 (12,5%)	3 (13,64%)	1 (4,17%)	4 (9,30%)	1 (5,56%)	27 (10,38%)
Terme d'accouchement (en SA)	37,54	35,85	35,14	25,93	32,63	37,17	35,27
Terme <37SA	22 (17,19%)	7 (29,17%)	12 (50%)	21 (87,5%)	23 (53,49%)	7 (38,89%)	92 (35,38%)
-34<X<37 (ou égal)	6 (4,69%)	1 (4,17%)	5 (22,73%)	1 (4,17%)	4 (9,3%)	4 (22,22%)	21 (8,08%)
-32<X<34	2 (1,56%)	0	1 (4,55%)	0	0	0	3 (1,15%)
-28<X<32	6 (4,69%)	2 (8,33%)	4 (18,18%)	1 (4,17%)	4 (9,3%)	1 (5,56%)	18 (6,9%)
<28	8 (6,25%)	4 (16,67%)	2 (9,09%)	19 (79,17%)	15 (34,88%)	2 (11,11%)	50 (19,23%)
Voie basse	94 (73,3%)	17 (70,83%)	8 (36,36%)	19 (79,17%)	33 (76,74%)	10 (55,56%)	182 (70%)
Césarienne	34 (26,7%)	7 (29,17%)	14 (63,34%)	5 (20,83%)	10 (23,26%)	8 (44,44%)	78 (30%)
LA teinté ou méconial	13 (10,16%)	3 (12,5%)	2 (9,09%)	2 (8,33%)	3 (6,98%)	2 (11,11%)	25(9,62%)
HPP	15 (11,72%)	0	2 (9,09%)	2 (8,33%)	10 (23,26%)	3 (16,67%)	33 (12,70%)
Gestes endo utérins	14 (10,94%)	1 (4,17%)	0	5 (20,83%)	13 (30,23%)	2 (11,11%)	36 (13,85%)

Concernant la variable « hospitalisation pour une autre raison que les métrorragies du deuxième trimestre », les motifs d'hospitalisation étaient : pyélonéphrite, prise en charge du diabète gestationnel, suspicion d'appendicite, de pancréatite, de torsion d'annexe, de pyélonéphrite, d'embolie pulmonaire ou de lithiase vésiculaire, pancréatite aiguë, PE,

hémorragie fœto-maternelle avec surveillance d'un test de Kleihauer élevé, surveillance après une chute, sciatique hyper algique et une patiente pour malaises à répétitions.

Concernant le groupe des « PBI recouvrants » 8 femmes ont accouché par voie basse. Les placentas étaient recouvrants lors d'une échographie réalisée entre 15 et 27 SA, mais ne l'étaient plus au moment de l'accouchement après migration au cours du 3ème trimestre.

Dans l'ensemble de la population étudiée 5 IMG ont été observées, toutes dans un contexte d'anamnios. Pour l'une d'entre elles les métrorragies du deuxième trimestre étaient de cause idiopathique. Il s'agissait d'une IMG à 20 SA pour anamnios suite à une RPM à 19SA, le même jour que le saignement du deuxième trimestre.

Dans l'ensemble de la population étudiée on a retrouvé 5 MFIU, entre 16 SA et 25 SA et 2 jours. Pour deux d'entre elles, la cause retrouvée au saignement du deuxième trimestre était une cause idiopathique. La première était une MFIU accompagnée d'un anamnios, découverte à 15 SA et 5 jours lors d'une consultation classique de grossesse. Le saignement du deuxième trimestre avait eu lieu à 15 SA et 1 jour. La couleur du sang était rouge, son abondance moyenne. Il y avait déjà eu un épisode de saignement au premier trimestre de grossesse, sans cause retrouvée. Une biopsie du trophoblaste avait été réalisée pour hygroma Coli et avait retrouvé un caryotype normal, 46 XX. La cause présumée de la MFIU était l'anamnios. La seconde MFIU a été découverte à 21 SA et 1 jour, également lors d'une consultation classique de grossesse où la patiente disait avoir eu un léger saignement le matin même. Le saignement du deuxième trimestre avait eu lieu à 16 SA et 4 jours, le sang était rouge et de faible abondance. Il n'y avait pas eu d'épisode de saignement au premier trimestre. L'examen anatomopathologique n'avait pas montré de malformation visible. En revanche l'examen du placenta avait montré une nécrose ischémique à dépôts fibrineux, importante et suffisante pour expliquer la MFIU. On avait également retrouvé la présence d'anticorps antio-cardiolipines.

En comparant le taux d'IMG et de MFIU entre le groupe des métrorragies idiopathiques et le groupe des métrorragies de cause connue, on n'a pas observé de différence significative, contrairement au taux de FCS qui lui différait entre les deux

groupes. Il y avait plus de FCS dans le groupe des causes connues avec une p-value de 0,034. Les taux de MAP et de RPM différaient également de façon significative entre ces deux groupes avec des p-values respectives de 0,002 et <0,001. De plus, le terme d'accouchement était significativement plus élevé dans le groupe des métrorragies idiopathiques avec une p-value < 0,001. Les autres variables ne différaient pas de façon significative.

En comparant l'ensemble de ces variables entre les groupes « cause idiopathique » et « hématome marginal, décidual », le nombre de RPM était significativement plus faible dans le groupe des métrorragies idiopathiques. De plus le terme d'accouchement était plus élevé de façon significative dans le groupe « cause idiopathique », la p-value étant inférieure à 0,001.

De plus, on a remarqué dans cette étude que plus le saignement était de forte abondance, de durée de plus de 24h et avec des récurrences fréquentes, plus le terme d'accouchement était précoce. Ainsi on a trouvé, pour l'ensemble des femmes de l'étude, un terme moyen d'accouchement de 25,55 SA si le saignement était abondant, un terme de 30,75 SA s'il y avait plus de 3 récurrences et un terme de 32,13 SA pour un saignement qui durait plus de 24h.

En ne s'intéressant qu'aux femmes ayant des métrorragies idiopathiques on a trouvé un terme d'accouchement de 28,37SA, si le saignement était abondant, un terme de 30,28 SA s'il y avait plus de 3 récurrences et un terme de 33,25 SA pour un saignement qui durait plus de 24h.

3.4 Conséquences néonatales

Tableau IV : Les conséquences néonatales des métrorragies du deuxième trimestre en fonction de leur étiologie

	Métrorragies idiopathiques n = 128 (%)	PBI non recouvrant n = 24 (%)	PBI recouvrant n = 22 (%)	Mise en travail n = 24 (%)	Hématome marginal, décidual n = 43 (%)	PBI + Hématome n = 18 (%)	Total des métrorragies n = 260 (%)
Apgar moyen à 5 minutes	8,98	7,63	8,95	3,78	6,44	8,67	7,94
Apgar <= 7 à 5 minutes	13 (10,15%)	7 (29,17%)	2 (9,09%)	17 (70,83%)	17 (39,53%)	5 (27,78%)	61 (23,46%)
pH à la naissance	7,27	7,23	7,29	7,33	7,27	7,29	7,28
Poids (grammes)	3009	2689	2574	1138	2233	2824	2658,41
Transferts							
- en réanimation	15 (11,72%)	2 (8,33%)	7 (31,82%)	10 (41,67%)	10 (23,26%)	5 (25,78%)	49 (18,84%)
- dans un autre service	5 (3,9%)	1 (4,17%)	2 (9,09%)	1 (4,17%)	3 (7%)	2 (11,11%)	14 (5,38%)
Enfants mort-nés	7 (5,5%)	5 (20,83%)	1 (4,55%)	10 (41,67%)	10 (23,26%)	0	33 (12,69%)
Décès dans les 7 premiers jours	1 (0,78%)	0	0	2 (8,33%)	1 (2,33%)	0	4 (1,54%)
Infection	10 (7,8%)	0	1 (4,55%)	6 (25%)	4 (9,3%)	2 (11,11%)	23 (8,84%)
Ictère	23 (17,97%)	3 (12,5 %)	6 (27,27%)	3 (12,5%)	10 (23,26%)	1 (5,56%)	47 (18,08%)

La variable « enfants mort-nés » comprenait également les FCS, IMG et MFIU.

Dans le groupe des métrorragies idiopathiques, il y a eu 7 enfants mort-nés. Il s'agissait d'une IMG à 20 SA, dans un contexte de RPM, de deux MFIU (à 15SA et 5 jours et 21 SA et 1 jour), de deux fausses couches tardives (à 20 SA et 3 jours et 21 SA et 6 jours) et de deux accouchements prématurés (à 22 SA et 23 SA et 6 jours). Il y a eu, dans ce même groupe, un enfant né vivant et décédé dans les 7 premiers jours de vie. Il s'agissait d'un

déclenchement à 28 SA pour anamnios et métrorragies. Il y avait eu une suspicion de RPM mais les « amniures® » réalisés ont toujours été négatifs. Dans ce cas, le saignement du deuxième trimestre avait eu lieu à 24SA.

Concernant les infections néonatales, il s'agissait de : septicémies, infections à bacille gram négatif, infections à cocci gram positif, candidoses néonatales, infections urinaires, infections à streptocoque B, infections digestives à colibacilles, infections pulmonaires, entérocrites, syphilis et certaines infections secondaires sans précisions. Il a été observé dans le groupe « métrorragies idiopathiques » 5 infections néonatales, il s'agissait d'une candidose néonatale, une infection à streptocoque B dans un contexte de suspicion de chorio-amnionite, deux infections digestives à colibacilles dans des contextes de prématurité et une syphilis.

En comparant les variables étudiées entre le groupe des causes connues et le groupe des métrorragies idiopathiques, plusieurs différences significatives émergeaient : le taux de score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie, le poids à la naissance, le taux de transfert (en réanimation néonatale et dans un autre service), le taux d'enfants mort-nés et le taux d'infection qui étaient diminués dans le groupe des métrorragies idiopathiques, ce qui est en lien avec le terme d'accouchement plus élevé.

En comparant les variables dans les groupes des métrorragies idiopathiques et des hématomes marginaux, déciduaux, celles qui différaient de façon significative étaient les mêmes à l'exception du taux de transfert en réanimation néonatale qui lui ne différait pas, la p-value étant de 0,79. On pouvait tout de même parler de tendance significative.

L'analyse multivariée avec les variables qui différaient de façon significative entre les groupes « cause connue » et « cause idiopathique » concernant les conséquences obstétricales et néonatales (FCS, RPM, MAP, enfant mort-né, transfert à la naissance), montrait que seulement deux variables différaient à nouveau de façon significative : le taux d'enfants mort-nés et le taux de transfert à la naissance. Les OR respectifs étaient : OR = 5,96 (IC= 95% [2,44;14,53]) et OR = 3,45 (IC = 95% [1,86;6,39]). Pour la population étudiée, un saignement de cause connue entraînait un risque 6 fois plus élevé de donner naissance à un enfant mort-né en comparaison à un saignement de cause idiopathique, et un risque 3 fois plus élevé d'avoir recours à un transfert du nouveau-né à la naissance.

3.5 Conséquences maternelles

Tableau V: Les conséquences maternelles des métrorragies du deuxième trimestre en fonction de leur étiologie

	Métrorragies idiopathiques	PBI non recouvrant	PBI recouvrant	Mise en travail	Hématome marginal, décidual	PBI + Hématome	Total des métrorragies
	n = 128 (%)	n = 24 (%)	n = 22 (%)	n = 24 (%)	n = 43 (%)	n = 18 (%)	n = 260 (%)
Anémie	40 (31,25%)	4 (16,67%)	11 (50%)	5 (20,83%)	15 (34,88%)	6 (33,33%)	81 (31,54%)
- per os	36	3	10	5	13	5	72
- IV	3	1	1	0	1	1	7
- transfusion	1	0	0	0	1	0	2
Endométrite	1 (0,78%)	0	0	0	1 (2,32%)	0	2 (0,77%)

On parle d'anémie dans le post-partum lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/dl. Les femmes anémiées de cette étude avaient reçu un traitement martial per os ou IV. Les femmes pour qui la notion d'anémie n'était pas mentionnée dans le dossier médical ont été considérées comme non anémiées.

Dans le groupe des « métrorragies idiopathiques » 40 femmes étaient anémiées après l'accouchement, parmi elles une a été transfusée. Il s'agissait d'une femme césarisée en urgence à 26 SA dans un contexte de RPM, de métrorragies persistantes et d'altérations du rythme cardiaque fœtal (ARCF). Les pertes sanguines au moment de la césarienne ont été estimées à 1 L. Le taux d'hémoglobine dans le post-partum était de 6,3 gr/L, elle a été transfusée avec 3 culots globulaires sanguins. Cette femme présentait dans ses antécédents une FCS, une IMG pour syndrome de Klinefelter, 3 accouchements voie basse et une césarienne en urgence pour éclampsie.

La durée moyenne d'hospitalisation des femmes dans le post-partum a été étudiée afin de savoir si les femmes ayant un saignement idiopathique restaient en moyenne plus ou moins longtemps à la maternité que les autres. Mais cette variable comportait trop de biais pour pouvoir être représentative. Tout d'abord, pour les femmes ayant eu une IMG ou

une FCS, bien souvent la durée d'hospitalisation n'était pas précisée dans le dossier, ce qui surestimerait cette variable. De plus, les durées moyennes d'hospitalisation ont évolué, étant plus courtes en 2013 qu'en 2008. On notait tout de même une légère différence observée avec une durée moyenne de 4,69 jours pour les femmes ayant eu un saignement d'origine idiopathique au deuxième trimestre et 5,52 jours pour les femmes ayant eu un saignement d'origine connue.

Concernant le nombre d'endométrite dans le post-partum, il ne différait pas entre les groupes. Un cas a été retrouvé dans le groupe des « métrorragies idiopathiques », il s'agissait d'une femme ayant rompu les membranes à 21SA, en même temps que le saignement du deuxième trimestre et ayant accouché à 28SA par césarienne pour suspicion de chorio-amnionite.

Pour évaluer le bien-être psychologique après l'accouchement, les variables « baby-blues » et « dépression du post-partum » ont été étudiées dans les différents groupes mais n'étaient pas interprétables du fait de l'absence de cette notion dans une majorité des dossiers médicaux.

En comparant les conséquences maternelles des métrorragies du deuxième trimestre entre le groupe des causes connues et celui des métrorragies idiopathiques il n'y avait pas de différence significative. Il n'y avait pas non plus de différence significative entre les groupes « métrorragies idiopathiques » et « hématomes marginaux, déciduaux ».

Discussion

4. Discussion

4.1 Les points forts, biais et limites

Les dossiers de 260 femmes ont été étudiés, il s'agissait d'un groupe important.

Le changement de pratiques entre 2008 et 2013 a eu une incidence sur le choix des données répertoriées, notamment sur la durée d'hospitalisation à la maternité après l'accouchement.

Certaines variables étaient basées sur des critères subjectifs, comme l'abondance des saignements qui était donc difficile à évaluer. Ainsi, certains actes, comme un test de Kleihauer ou une numération de la formule sanguine n'ont pas pu être étudiés car ils n'étaient pas fait de façon systématique mais en fonction de la situation clinique jugée par le praticien.

La collecte des dossiers a pu être réalisée grâce à la cotation « métrorragies » lors d'une consultation de grossesse entre 15 et 27 SA, ainsi certaines femmes ayant présenté des métrorragies ont pu ne pas être prises en compte.

De plus, les données des patientes sont soumises à une double transmission : dossier médical informatique et dossier de soins « papier ». Dans cette étude n'ont été étudiés que les dossiers informatiques via le logiciel 4D, ainsi certaines informations sont manquantes.

4.2 Analyse des résultats et comparaison aux autres études

4.2.1 Prévalence

Nous avons retrouvé 49,23 % de causes idiopathiques parmi les métrorragies du deuxième trimestre de la grossesse. Dans la littérature on retrouve des taux compris entre 22 et 50%. [1][10] La répartition des autres causes de saignement était comparable à celle retrouvée dans les études publiées. [1][2][3]

4.2.2 Caractéristiques des patientes

4.2.2.1 L'âge

Dans notre étude, la moyenne d'âge des femmes était de 28,45 ans. Les femmes ayant des métrorragies idiopathiques étaient en moyenne plus jeunes, avec un âge moyen de 27,38 ans. Elles avaient également une parité et une gestité plus faibles que les femmes ayant des métrorragies de cause connue.

Dans la littérature et notamment l'étude de Yang et al. [11] un âge maternel supérieur à 35 ans entraînerait plus de risque de métrorragies lors des premier et second trimestres, du fait d'une altération des artères spiralées du myomètre qui augmenterait avec l'âge. Ainsi nous n'avons pas retrouvé l'âge comme étant un facteur de risque de métrorragies idiopathiques.

4.2.2.2 Les habitudes de vie

Un autre facteur de risque de saignement décrit dans la littérature est le tabac [11]. Dans l'étude, 34,23% de l'ensemble des femmes fumaient au moins une cigarette par jour. Cependant, il n'a pas été trouvé de différence significative pour la consommation de tabac entre les différents groupes de l'étude. Selon l'enquête de périnatalité réalisée en 2010 [12], 17% des femmes continueraient de fumer au moins une cigarette par jour en fin de grossesse. Ainsi nos résultats semblent également présenter le tabac comme étant un facteur de risque de saignement, même s'ils ne peuvent être réellement comparés à ceux de l'enquête de périnatalité [12] du fait des méthodologies différentes.

Concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse, 3,46% de l'ensemble des femmes de l'étude consommaient de l'alcool de manière régulière ou occasionnelle. Il n'a pas été montré de différence significative entre les différents groupes de l'étude.

Le taux d'antécédent d'IVG dans l'étude, pour l'ensemble des femmes était de 21,92%. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. Selon l'enquête de périnatalité, le taux est de 16% dans la population générale. [12] Ainsi, le taux de 21,92%

semble légèrement supérieur.

Le taux d'antécédent d'accouchement prématuré dans l'étude était de 8,46%. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. Dans la population générale les taux sont de 6,2% [12].

Ces résultats coïncident avec plusieurs études de la littérature, notamment celle de Yang J et al. [11] où les antécédents de FCS, d'IVG et d'accouchement prématuré seraient des facteurs de risque de métrorragies précoces au cours de la grossesse.

Ainsi nous pouvons penser que les facteurs de risques de saignement pendant les premiers trimestres de la grossesse sont les mêmes que les saignements soient de cause connue ou idiopathique : le tabac, les antécédents de FCS, d'IVG et d'accouchement prématuré.

4.2.3 Caractéristiques des saignements

Pour les femmes chez qui la cause n'a pas été retrouvée, le saignement était le plus souvent de couleur rouge et de faible abondance. Dans la majorité des cas il ne récidivait pas. Il était rarement accompagné de CU et de RPM, en revanche des douleurs étaient présentes chez une femme sur trois. Il apparaissait à un terme plus tardif que dans le groupe des hématomes marginaux, décidaux. Le saignement durait le plus souvent moins de 24h et ne nécessitait pas d'hospitalisation.

Il existait également moins d'épisodes au premier trimestre en comparaison aux saignements résultants de l'évacuation d'un hématome marginal, décidual, car l'hématome peut se constituer dès le premier trimestre et entraîner des saignements tout au long de la grossesse. Lorsque la cause du saignement était connue, les récurrences étaient plus fréquentes, et plus particulièrement dans les groupes des PBI recouvrant et des hématomes marginaux, décidaux.

Ainsi, les saignements de cause idiopathique étaient cliniquement moins importants que ceux de causes connues (y compris les hématomes marginaux, décidaux), on peut ainsi penser que les conséquences pourraient être moins importantes.

4.2.4 Conséquences obstétricales

4.2.4.1 FCS

Dans l'ensemble de la population étudiée, le taux de FCS tardive était de 4,23%. Dans le groupe des métrorragies idiopathiques, il était 1,56%. Ce qui était significativement plus faible que dans le groupe des métrorragies de causes connues et ne différaient pas du groupe des hématomes marginaux, décidaux.

Dans l'étude de C. Delmasure [3], le taux de FCS tardive pour une femme avec un saignement idiopathique au deuxième trimestre était de 15,38% et de 13,51% lorsque le saignement était de cause connue. Une différence est alors notée mais cette étude [3] a été réalisée avec un échantillon de 50 femmes donc pouvant être moins représentative.

4.2.4.2 RPM

On sait que la présence de saignements au cours de la grossesse augmente le risque de RPM car l'hémosidérine (pigment dérivé de l'hémoglobine) induit une réaction inflammatoire au niveau de la plaque basale. [13]

Dans l'ensemble de la population étudiée, le taux de RPM était de 22,31%. Le taux était significativement plus faible lorsque le saignement était idiopathique (12,5%) en comparaison à un saignement de cause connue (31%). Le groupe des saignements de causes connues comprend les PBI, qui on le sait, augmentent également ce risque de RPM par l'action mécanique directe du placenta sur les membranes. Le taux de RPM était également significativement plus faible que lorsque le saignement était dû à un hématome marginal, décidual (41,86%). Cela s'explique par le fait que cet hématome entraîne un décollement du placenta, fragilisant les membranes.

Dans la population générale le risque de RPM est de l'ordre de 10,5% [12]. Ce qui ce rapproche du résultat de 12,5% de l'étude. Nous avons vu précédemment que les métrorragies idiopathiques étaient plus fréquemment de faible abondance et sans récive

en comparaison aux métrorragies de causes connues, ainsi la fragilisation des membranes serait moindre.

La récente étude de Bhandari S. et al [10] concernant les saignements d'origine inconnue au cours de la grossesse n'a pas montré de lien significatif entre le risque de RPM et les métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre, elle retrouvait le même pourcentage de 0,8% de RPM entre un groupe de femmes ayant eu des métrorragies idiopathiques et un autre groupe sans métrorragies. Ce taux de 0,8% est bien inférieur à notre taux de 12,5% car l'étude de Bhandari S. et al. ne prend en compte que les grossesses des femmes primipares qui ont accouché après 24SA et a étudié tous les saignements de la grossesse et pas seulement ceux du deuxième trimestre. De plus, les méthodologies des deux études sont différentes ainsi les résultats ne peuvent être réellement comparés.

Néanmoins, au regard de tous ces éléments, les métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre ne semblent pas augmenter le risque de RPM. Ainsi, lorsque le saignement est idiopathique, nous pouvons être rassurés quant au risque de RPM.

4.2.4.3 MAP

Dans l'ensemble de la population étudiée, il a été retrouvé 23,85% de MAP. Dans le groupe des métrorragies idiopathiques ce taux était réduit à 14,8% et était significativement plus faible que dans le groupe des métrorragies de causes connues (31,8%). Ceci semble compréhensible puisque le groupe des causes connues comprend les mises en travail prématurées. Le nombre de MAP ne différait pas entre le groupe des métrorragies idiopathiques et celui des hématomes marginaux, décidaux.

Notre taux de 14,8% était proche de celui retrouvé par C. Delmasure (15,38%) [3].

L'enquête de périnatalité réalisée en 2010 montrait un taux de MAP au cours de la grossesse dans la population générale de 8,8% [12]. Ainsi on pouvait constater que dans notre étude il y avait plus de MAP lorsqu'il y avait un saignement idiopathique au deuxième trimestre, même si ces résultats ne peuvent à nouveau pas être réellement comparés.

4.2.4.4 Accouchement prématuré

Dans l'étude, il a été retrouvé 35,38% d'accouchements prématurés pour l'ensemble des femmes. Ce taux était significativement plus faible dans le groupe des métrorragies idiopathiques (17,2%) en comparaison au groupe des causes connues (53%) et au groupe des hématomes marginaux, déciduaux (53%).

Concernant les femmes ayant eu des métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre, notre taux de prématurité de 17,2 % était similaire à ceux retrouvés dans la littérature avec des taux de 13% [1], 14,3 % [2] ,23% [3]. La récente étude réalisée par Bhandari S. et al. [10] montrait un taux de 14,1 % de prématurité lorsqu'il y avait des saignements de cause inconnue pendant la grossesse, quel que soit leur terme, ce qui coïncide avec nos résultats.

Le chiffre de 53% concernant les métrorragies de causes connues était supérieur aux chiffres retrouvés dans la littérature, plus proches de 35% [1], notamment car dans notre étude ont été pris en compte les saignements des femmes qui présentaient un avortement tardif, ce qui n'est pas le cas dans beaucoup d'études.

Dans la population générale le taux de prématurité est compris entre 5,5% [12] et 11% [1]. Ainsi on observe qu'un saignement de cause idiopathique au second trimestre semble pouvoir être un facteur de risque d'accouchement prématuré. L'étude réalisée par Bhandari S. et al. [10] montrait de manière significative qu'un saignement idiopathique au cours de la grossesse entraînait plus fréquemment une prématurité, contrairement aux femmes sans saignement.

De plus, le taux d'accouchement prématuré était plus élevé lorsque le saignement, quelle qu'en soit sa cause, était abondant, récurrent et supérieur à 24h. Cette notion de saignement « à risque » est également retrouvé dans la littérature [1][2].

La mise en place d'une corticothérapie prophylactique ne semble pour autant pas nécessaire lors d'un saignement de cause idiopathique, le terme d'accouchement moyen étant de 37,54 SA. Cependant elle pourrait être pratiquée lors d'un saignement de forte abondance, de plus de 24 heures et/ou avec des récives fréquentes.

Un saignement présent au deuxième trimestre de la grossesse et s'expliquant par la présence d'un hématome marginal, décidual, a abouti dans notre étude à un accouchement prématuré dans 53,49 % des cas. Ainsi ce taux était plus élevé que lorsque le saignement est de cause idiopathique.

4.2.4.5 Mode d'accouchement

Dans l'étude, 30% de l'ensemble des femmes ont subi une césarienne. En cas de métrorragies idiopathiques, le taux de césarienne de 26,7% était plus faible que dans le groupe des causes connues avec un taux de 33,3%. Ce groupe des causes connues comprenant notamment les PBI recouvrants, nous pouvons comprendre que le taux de césarienne soit plus élevé. Le taux de césarienne ne différait pas entre le groupe des métrorragies idiopathiques et le groupe des hématomes marginaux, décidaux.

Notre taux de 26,7% se rapproche de ce qui est retrouvé dans d'autres études [1]. En revanche on remarque que le taux de césarienne dans le groupe des saignements idiopathiques semble tout de même supérieur à celui de la population générale qui comprend 21% de césariennes [12], même si on ne peut pas réellement comparer ces deux chiffres. De plus, il a été montré dans l'étude de Bhandari S. et al. [10] que les femmes présentant des saignements idiopathiques au cours de la grossesse, quel que soit le terme, avaient significativement plus de césariennes que les femmes sans saignement, et plus particulièrement plus de césariennes en urgence.

4.2.4.6 HPP

Dans l'ensemble de la population étudiée, le taux d'HPP était de 12,7%. Dans le groupe de métrorragies idiopathiques, ce taux était de 11,72% et ne différait pas de façon significative du groupe des métrorragies de causes connues, ni du groupe des hématomes marginaux, décidaux.

Notre taux de 11,72% est semblable à ce qui est trouvé dans d'autres études, notamment celle de Bhandari S. qui retrouvait 12,3% d'HPP chez les femmes avec un saignement idiopathique au cours de la grossesse, quelque soit le terme [10]. Cette même étude trouvait 10,2% d'HPP dans une population de femmes sans métrorragies au cours de la grossesse et notait alors une différence significative.

Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), le taux d'HPP dans la population générale est de l'ordre de 5% [15]. Ainsi, dans notre étude le taux d'HPP chez une femme ayant eu des métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre est deux fois plus élevé.

4.2.5 Conséquences néonatales

En ce qui concerne le nombre de score d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie, le nombre de petits poids, le taux de transfert à la naissance et le taux d'enfants mort-nés, on a remarqué qu'ils étaient tous diminués dans le groupe des métrorragies idiopathiques, en comparaison au groupe des métrorragies de cause connue. Cela peut s'expliquer en grande partie par le terme d'accouchement qui différait de façon significative.

4.2.5.1 Scores d'Apgar

Dans l'ensemble des nouveau-nés de l'étude, le taux de scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie était de 23,46%. Dans le groupe des métrorragies idiopathiques ce taux était de 10,15%, il était également significativement plus faible que dans le groupe des hématomes marginaux, décidaux.

Dans la population générale il est de 1,7% selon l'enquête de périnatalité [12] et de 0,8% selon Parant O. [1]. Cette différence s'explique sûrement en grande partie par le fait que ces deux dernières études ne prenaient pas en compte les femmes pour qui le saignement du deuxième trimestre était mis en lien avec une menace d'avortement tardif. De plus, l'enquête de périnatalité ne prenait en compte que les femmes ayant accouché après 22SA. Ainsi, on ne peut pas réellement comparer ces différents résultats.

L'étude de Guillon P. [2] ne montrait pas de différence significative quant au score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie entre un groupe avec métrorragie au deuxième trimestre et un groupe sans métrorragie.

4.2.5.2 Poids de naissance

La moyenne des poids de naissance de l'étude était de 2658 grammes. Dans le groupe des métrorragies idiopathiques, il y avait 15,87% d'enfants avec un poids inférieur à 2500 gr. Ce taux était significativement supérieur lorsque la cause du saignement était connue, y compris lorsqu'il s'agissait d'un hématome marginal, décidual. Cela s'explique par le fait que les termes d'accouchement différaient de façon significative.

Dans l'enquête de périnatalité de 2010, on trouvait 7,1% d'enfants de moins de 2500gr [12]. Comme elle ne prenait pas en compte les accouchements avant 24 SA on ne peut pas comparer ces 2 résultats.

L'étude réalisée par Bhandari S. [10] montrait un taux significativement plus important d'enfants nés avec un petit poids lorsqu'il y a des saignements idiopathiques au cours de la grossesse, quel que soit le terme, en comparaison avec un groupe de femmes sans saignement.

4.2.5.3 Transferts

Dans l'ensemble des nouveau-nés de l'étude, 24% ont été transférés à la naissance. Ce taux était réduit à 15,62% pour les femmes ayant eu un saignement idiopathique et était de 32,6% dans le groupe des saignements de cause connue. Concernant les femmes ayant eu un hématome marginal, décidual, le taux ne différait pas de manière significative. Notre taux de 15,62% se rapprochait de ce qui est retrouvé dans la littérature avec entre autre un taux de 14% dans l'étude de Bhandari.S. et al. [10].

Le taux de transfert dans la population générale est de 6,64% selon l'enquête de périnatalité [10] et de 3,4% selon O.Parant et al.[1] Ces chiffres ne peuvent pas être comparés à ceux de l'étude du fait des méthodologies différentes.

4.2.5.4 Mort-nés

Dans l'étude, ont été recensés 12,69% d'enfants mort-nés. En ne s'intéressant qu'aux femmes ayant eu des métrorragies idiopathiques, ce taux était de 5,5% et était significativement plus faible que dans le groupe des métrorragies de causes connues et que dans le groupe des hématomes marginaux, décidaux.

Le taux concernant l'ensemble de la population étudiée était semblable à celui retrouvé dans l'étude de C. Delmasure [3].

Ainsi on voit dans notre étude qu'un saignement de cause connue et/ou dû à un hématome marginal, décidual, entraînait un risque plus important d'enfant mort-né. Concernant l'hématome marginal, ceci s'explique par le fait qu'il entraîne une diminution des échanges fœto-maternels et que l'hématome risque de s'agrandir. Ceci est rassurant pour les conséquences néonatales des métrorragies idiopathiques du deuxième trimestre de grossesse.

De plus, selon M. Hnat [14], l'association de métrorragies et de RPM assombrirait le pronostic périnatal de l'enfant. Son étude comparait les conséquences néonatales de deux groupes : un groupe avec RPM seule et un autre avec RPM et métrorragies (toutes causes confondues) entre 24 et 32 SA. Il a ainsi trouvé plus de décès dans la période néonatale et plus de détresse respiratoire lorsque RPM et métrorragies étaient associées. Son étude a été réalisée sur les métrorragies entre 24 et 32 SA mais on peut imaginer que cette même association de façon plus précoce entraîne également plus de conséquences pour l'enfant.

Nous n'avons pas retrouvé plus de malformations congénitales parmi les femmes ayant présenté un saignement au deuxième trimestre de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, en comparaison à la population générale.

4.2.6 Conséquences maternelles dans le post-partum

4.2.6.1 Anémie

Dans l'ensemble de la population étudiée, 31,54% des femmes étaient anémiées dans le post-partum. Nous avons trouvés 31,25% de femmes anémiées dans le groupe des métrorragies idiopathiques. Il n'a pas été trouvé de différence significative entre les différents groupes étudiés.

Selon l'étude réalisée par Rostan V. [16] environ 35% des femmes de la population générale seraient anémiées dans la période du post-partum, ainsi les métrorragies idiopathiques du deuxième trimestre ne seraient pas un facteur de risque d'anémie dans le post-partum.

Cependant il a été constaté dans l'étude que les femmes ayant des métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre semblaient avoir plus fréquemment une HPP que les femmes de la population générale. Or, une HPP est un facteur de risque d'anémie dans les suites de l'accouchement. Ainsi, une vigilance semble nécessaire.

4.2.6.2 Endométrite

0,77% des femmes de l'étude ont eu une endométrite dans le post-partum. Les taux retrouvés ne différaient pas entre les groupes. Dans la population générale il y aurait 4,9% d'endométrite lors d'un accouchement (voie basse et césarienne) [17]. Ainsi nos chiffres semblent plus bas.

4.3 Propositions

4.3.1 Actes

4.3.1.1 Prématurité

Le taux de prématurité lorsque le saignement du deuxième trimestre est de cause connue semble supérieur à celui de la population générale. Ainsi, il pourrait peut être être envisagé de mettre en place une corticothérapie systématique pour les femmes présentant ces métrorragies.

Pour les femmes ayant des métrorragies idiopathiques, la corticothérapie ne semble pas nécessaire, sauf lors d'un saignement de forte abondance, de durée prolongée et/ou récidivant.

4.3.1.2 HPP

Nous n'avons pas trouvé de différence significative pour le taux d'HPP chez une femme ayant des métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre et chez une femme ayant des métrorragies de cause connue. Mais les chiffres semblaient supérieurs à ceux de la population générale. Ainsi, une grande vigilance semble s'imposer au moment de la délivrance chez une femme présentant dans ses antécédents des métrorragies, de cause connue ou idiopathique. Nous devons ainsi être très attentifs sur la quantité de sang perdue et éventuellement intervenir en pratiquant une délivrance artificielle et/ou une révision utérine de façon plus précoce que chez une femme sans antécédent de métrorragie. Ainsi, la révision utérine pourrait être réalisée avant que les pertes sanguines ne soient estimées à 500 mL, seuil pour lequel on parle d'HPP et la délivrance artificielle avant 30 minutes de rétention placentaire.

4.3.2 Discours aux patientes

Suite à cette étude nous avons pu constater que les métrorragies idiopathiques du deuxième trimestre semblaient entraîner moins de conséquences néfastes que les métrorragies de cause connue, aussi bien d'un point de vue obstétrical que néonatal. Ainsi, nous pouvons avoir un discours rassurant lorsqu'une femme consulte au deuxième trimestre de sa grossesse pour des métrorragies et qu'aucune cause n'est retrouvée. La mise en place d'une surveillance particulière au cours de la grossesse ne semble pas nécessaire. Cependant, l'examen clinique réalisé à son arrivée est primordial et lorsqu'il montre des métrorragies de forte abondance une surveillance plus longue peut être nécessaire. De plus, nous pouvons prévenir les femmes au moment de leur retour à domicile, qu'elles peuvent revenir consulter si les métrorragies continuent et durent plus de 24 heures, si elles récidivent plus de trois fois et/ ou deviennent abondantes.

La notion d'abondance des métrorragies est basée sur l'appréciation clinique du praticien. Comme il a été montré que cette notion semble essentielle il pourrait être envisagé d'établir une définition précise des métrorragies de faible abondance, de moyenne abondance et de forte abondance. Cette définition serait la même pour tous, permettant une unicité.

Conclusion

5. Conclusion

La moitié des métrorragies du deuxième trimestre sont idiopathiques. Le but de cette étude était de comparer les conséquences obstétricales, néonatales et maternelles entre les métrorragies idiopathiques du deuxième trimestre et les métrorragies du deuxième trimestre de causes connues, notamment les hématomes marginaux, décidaux, en émettant l'hypothèse qu'elles sont semblables.

Dans l'étude, les métrorragies idiopathiques entraînaient des risques moindres en comparaison aux métrorragies de cause connue : moins de FCS, de MAP, de RPM, d'accouchement prématuré, de scores d'Apgar faibles, de petits poids de naissance, de transferts et d'enfants mort-nés. Le taux de RPM se rapprochait de celui de la population générale, ce qui est rassurant. En comparaison aux hématomes marginaux, décidaux nous avons également retrouvés ces moindres risques, sauf en ce qui concerne les taux de FCS, de MAP et de transferts qui étaient semblables.

Le taux d'HPP ne diffère pas entre les différents groupes mais semble supérieur à celui de la population générale, ainsi une grande vigilance semble nécessaire.

Aucune différence significative n'a été trouvée concernant les conséquences maternelles.

De plus, lorsque le saignement du deuxième trimestre est de forte abondance, prolongé et/ou récidivant les conséquences obstétricales et néonatales étaient plus importantes. Ainsi on comprend l'importance de l'examen clinique dans la prise en charge de ces saignements, de cause connue ou inconnue.

Nous pouvons alors avoir un discours rassurant face à une femme qui consulte pour des métrorragies au deuxième trimestre de la grossesse et pour qui aucune cause n'est retrouvée.

Pour mieux analyser et comprendre les métrorragies idiopathiques du deuxième trimestre, il pourrait être intéressant de réaliser une étude comparant les mêmes conséquences entre une population de femmes ayant des métrorragies idiopathiques au deuxième trimestre et des femmes n'ayant aucune métrorragie.

Bibliographie

Références bibliographiques

1. Parant O, Clouet-Delannoy M, Connan L, Duclusaud A, Chale J, Fournié A. Métrorragies du deuxième trimestre de la grossesse : devenir obstétrical et périnatal. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000 ; 29 : 66-72.
2. Guillon P. Devenir obstétrical et néonatal après métrorragies du 2ème trimestre de grossesse [Thèse de doctorat, faculté de médecine]. Rennes ; 2012.
3. Delmasure C. Conséquences obstétricales et périnatales après métrorragies du deuxième trimestre [Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme]. Rennes ; 2010.
4. Branger B. (page consultée le 17 novembre 2013). Mesure de la santé de l'enfant, indicateurs de mortalité, [en ligne]. <https://facmed.univ-rennes1.fr>
5. Ornoy A, Benady S, Kohen Raz R, Russel A. Association between maternal bleeding during gestation and congenital anomalies of the offspring. Obstet Gynecol. 1976 ; 124 : 474-8.
6. Eric C, Michael W and al. The outcome of pregnancies complicated by bleeding during the second trimester. Gynecol Obstet. 1991 nov ; 173 : 371-374.
7. Thieba B, Lankoande J et al. Hématome rétroplacentaire : aspects épidémiocliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. Gynecol Obstet fertil. 2003 mai ; 31 : 429-433.
8. Rongieres C, Nisand I. Hématome Rétro-placentaire. Gynecologie, Obstétrique. Paris : doin ; 2002.
9. INSERM. (page consultée de 4 décembre 2013). Prématurité, un monde à explorer, [en ligne]. <http://www.inserm.fr>

10. Bhandari S, Raja EA, Shetty A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal consequences of antepartum haemorrhage of unknown origin . 2014 jan ; 121 : 44-50.
11. Yang J, Savitz DA, Dole N, Hartmann KE, Herring AH, Olshan AF, et al. Predictors of vaginal bleedings during the first two trimesters of pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 2005 ; 19 : 276-83.
12. Blondel B, Kermarrec M, rapporteurs. Enquête périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : INSERM ; 2011.
13. Ancel PY. Epidémiologie de la rupture prématurée des membranes. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1999 ; 28 : 607-625.
14. Hnat MD, Mercier BM, Thurnau G et al. Perinatal outcomes in women with preterm rupture of membranes between 24 and 32 weeks of gestation and a history of vaginal bleeding. Am J Obstet Gynecol. 2005 ; 193 : 164-168.
15. HAS. Recommandation pour la pratique clinique : hémorragies du post partum immédiat. 2004 nov.
16. Rostan V. Anémie du post partum : facteurs prédisposants et prévention. La revue sage femme . 2005 sep ; 4 : 165-171.
17. Boyoma Bwana M. Etude de la fréquence des urgences obstétricales à l'Hôpital Général de Référence de Kamina RDC [Thèse de doctorat, faculté de médecine]. République du Congo ; 2011.

Résumé

Cette étude compare les conséquences des métrorragies idiopathiques à celles des métrorragies de causes connues et plus particulièrement à celles des hématomes marginaux, pour pouvoir adapter la prise en charge de ces grossesses. En comparaison aux métrorragies de causes connues les risques de fausse couche spontanée, de menace d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré, de score d'Apgar faible, de petits poids de naissance, de transfert et d'enfant mort-né sont significativement moindres. Ces observations sont les mêmes en comparaison aux hématomes marginaux, à l'exception des taux de fausse couche spontanée, de menace d'accouchement prématuré et de transfert qui sont semblables. Les conséquences maternelles ne diffèrent pas entre les groupes. Une prise en charge spécifique ne semble pas nécessaire. Cependant, une grande vigilance semble s'imposer quand au risque d'HPP et également lorsque les saignements sont de forte abondance, de durée supérieure à 24 heures et avec des récurrences.

Mots clés : Métrorragies idiopathiques, deuxième trimestre, rupture prématurée des membranes, prématurité, hémorragie du post-partum.

Abstract

This study compares the outcome of pregnancies with antepartum bleeding of unknown origin and the outcome of pregnancies with antepartum bleeding with known cause, and especially marginal abruption placentae, to plan the rest of pregnancy. For the pregnancies with antepartum bleeding of unknown origin there were less spontaneous miscarriage, threatened preterm labour, preterm prelabour rupture of membranes, preterm delivery, low Apgar score, low birth weight, neonatal intensive care admission and less stillbirth. This is the same for marginal abruption placentae except miscarriages, threatened preterm labour and admission to neonatal intensive care unit which are found at the same rate. Maternal outcomes were not statistically significant. Specific care of pregnancies with antepartum bleeding of unknown origin during the second trimester seems not necessary. However a look-out of postpartum haemorrhage seems important, and when bleeding are high abundance, more than 24 hours long and recurrent.

Keywords : Antepartum bleeding of unknown origin, second trimester, preterm prelabour rupture of membranes, preterm delivery, postpartum haemorrhage.