



Je saigne, tu saignes, elles saignent

2

Julie Beaulieu

Marie, Josée et Marie-Josée sont nouvellement enceintes. Elles viennent toutes vous consulter pour un saignement du premier trimestre. Pouvez-vous, simplement à l'anamnèse et à l'examen physique, poser le bon diagnostic ? Quelle direction prendront ces femmes en quittant votre cabinet ? Chez une seule de ces patientes, l'issue de la grossesse sera favorable. À vous de trouver laquelle !

PRÈS DE 20 % des femmes enceintes présenteront un saignement vaginal dans les premières semaines de gestation¹⁻⁴, mais seulement la moitié d'entre elles poursuivront leur grossesse normalement³. Par ailleurs, de 15 % à 20 % des grossesses cliniquement reconnues se termineront par un avortement spontané^{1,2}. Le saignement du premier trimestre constitue donc un motif fréquent de consultation médicale (tableau I).

L'anamnèse nous aide-t-elle ?

Tenter d'établir l'âge de la grossesse le plus précisément possible s'apparente parfois à du journalisme d'enquête. Il n'est pas rare que les patientes ne

se souviennent pas de la date du premier jour de leurs dernières menstruations et encore moins de celle de leur ovulation. Comme de nombreuses grossesses ne sont pas planifiées, les calendriers de frigo et les agendas de cellulaire constituent souvent de précieux informateurs.

Pour déterminer l'âge gestationnel avec exactitude, on devrait aussi s'informer de la durée habituelle du cycle, en se rappelant que l'ovulation survient généralement quatorze jours avant les règles dans un cycle de 28 jours. C'est le début du cycle, soit la période entre le premier jour des menstruations et l'ovulation qui a un caractère variable, et non l'inverse (figure).

En connaissant l'âge de la grossesse, le médecin peut mieux cibler certains diagnostics. Par exemple, une grossesse de cinq semaines peut coïncider avec un saignement d'implantation. Même s'il est impossible d'obtenir la confirmation que le fœtus est

La D^{re} Julie Beaulieu, omnipratricienne, exerce au GMF La Cigogne. Elle est professeure d'enseignement clinique pour l'Université de Sherbrooke.

Tableau I

Données des trois femmes du cas clinique

Le 11 novembre 2011	Marie	Josée	Marie-Josée
DDM*	26 août	16 septembre	22 septembre
Cycle	28 jours	De 30 à 32 jours	35 jours
Saignement	Pertes brunâtres qui s'intensifient	Pertes brunâtres peu abondantes	Pertes rosées peu abondantes
Douleur	Aucune	Sensibilité sus-pubienne modérée	Aucune
Symptômes de grossesse	Légers	Nausées	Aucun

* DDM : Date des dernières menstruations

Figure

Ovulation selon la longueur du cycle

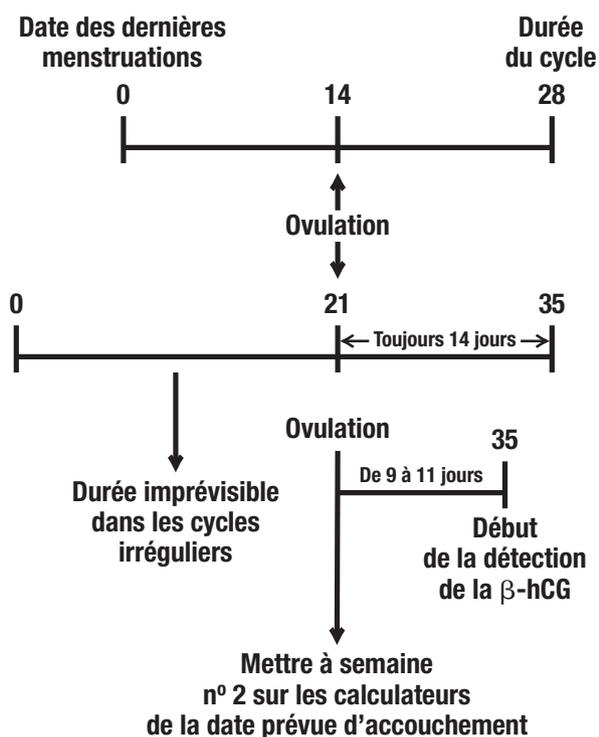


Tableau II

Principales causes de saignement au premier trimestre⁴⁻⁷

- ⊗ Avortement : possible (menace d'avortement), inévitable, manqué, incomplet, complet, septique
- ⊗ Môle
- ⊗ Grossesse ectopique
- ⊗ Saignement d'implantation
- ⊗ Ectropion

pubiens). La persistance de tels symptômes pourrait évoquer une évolution favorable, mais il faut impérativement exclure la grossesse ectopique avant de se réjouir. En contrepartie, la disparition de ces mêmes symptômes dans les jours entourant le début du saignement oriente plutôt vers un pronostic négatif¹.

La quantité et le type de saignements devraient être notés. Quand le saignement est plus important que les menstruations habituelles, la grossesse peut être compromise¹. Toutefois, la probabilité que la grossesse se poursuive est de 90 % si le saignement ne survient qu'à dix semaines et de 99 % s'il se produit à treize semaines¹. Si la grossesse est interrompue, il s'agira alors probablement d'un avortement manqué, c'est-à-dire d'une grossesse qui s'est arrêtée depuis déjà plus de quatre semaines⁵.

La douleur peut être d'une intensité variable. Elle est souvent décrite comme un inconfort ou une pression pelvienne³ qu'il ne faut pas confondre avec les tiraillements souvent mentionnés par les femmes dont la grossesse évolue normalement. Des douleurs unilatérales avec irradiation à la cuisse, évoquant plutôt une affection ovarienne, ou une douleur à l'épaule possiblement attribuable à une irritation diaphragmatique par du liquide libre devraient retenir notre attention¹. Lorsque le saignement s'accompagne d'une douleur, de quelque nature que ce soit, le pronostic est généralement mauvais³. Lorsque l'avortement est complet, les crampes et les saignements diminueront de façon considérable⁴. Restez alertes, les

viable, un saignement à cinq semaines présente beaucoup moins de risques d'avortement incomplet ou de grossesse ectopique rompue. Par ailleurs, lorsqu'un saignement se produit à huit semaines, la majorité des diagnostics demeurent possibles (tableau II)⁴⁻⁷.

Parmi les autres facteurs de risque à vérifier à l'anamnèse, il ne faut pas oublier la prise de médicaments, le risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'utilisation d'un moyen de contraception, les antécédents obstétricaux et une démarche en fertilité (tableau III)^{1,3,5}.

Malgré le malaise qu'il pourrait ressentir, le médecin doit aussi demander à la patiente si elle souhaite poursuivre ou non sa grossesse. Il pourra alors mieux saisir le caractère émotif de la consultation. Par la suite, il doit vérifier l'apparition des symptômes de grossesse (fatigue, nausées, mastalgie, tiraillements sus-

Près de 20 % des femmes enceintes présenteront un saignement vaginal dans les premières semaines de gestation, mais la moitié d'entre elles poursuivront leur grossesse normalement.

Repère

Tableau III**Facteurs de risque d'avortement^{1,3,5}**

- ☉ Antécédents d'avortement spontané
- ☉ Âge maternel avancé
- ☉ Anomalie des voies génitales
- ☉ Léiomyome
- ☉ Tabagisme
- ☉ Grande parité
- ☉ Consommation d'alcool
- ☉ Consommation de cocaïne
- ☉ Consommation de plus de 5 cafés par jour
- ☉ IMC < 18 kg/m² ou > 25 kg/m²
- ☉ Exposition aux métaux lourds
- ☉ Radiothérapie
- ☉ Maladie cœliaque
- ☉ Diabète insulinodépendant mal maîtrisé

Tableau IV**Facteurs de risque de grossesse ectopique^{1,5,6}**

- ☉ Reproduction assistée
- ☉ Salpingite
- ☉ Antécédents de chirurgie tubaire
- ☉ Âge entre 25 et 34 ans
- ☉ Stérilet
- ☉ Antécédents de grossesse ectopique
- ☉ Tabac
- ☉ Endométriose

coïncidences existent ! En effet, les appendicites et les ruptures de kystes ressemblent à s'y méprendre à des grossesses qui tournent mal.

L'examen physique nous apporte-t-il des réponses ?

Avant de vous précipiter sur votre spéculum, n'oubliez pas les signes vitaux, notamment la température. Palpez l'abdomen à la recherche d'une douleur. Vers la dixième semaine, vous serez possiblement en mesure d'entendre le cœur fœtal, ce qui signifie alors que l'embryon intra-utérin est vivant et que l'évolution est favorable. À la douzième semaine, vous sentirez l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne. À l'examen du col, il n'est pas rare de constater que le saignement provient d'un ectopion. L'examen devrait donc vous permettre d'établir la provenance des saignements et de les quantifier. Si vous observez des débris dans le col, retirez-les doucement à l'aide d'une pince et envoyez-les en pathologie. Libérée de cette intense stimulation

vagale, la patiente se sentira beaucoup mieux.

La palpation bimanuelle permet d'évaluer le volume de l'utérus et sa position. Il faut vérifier si le col est ouvert. Le cas échéant, l'avortement est inévitable. Ensuite, il faut vérifier si la mobilisation du col et des annexes est douloureuse. Dans un tableau classique de grossesse ectopique non rompue, il y aura une douleur à la mobilisation du col ainsi qu'une masse anxielle ou un empâtement à la palpation. On peut dire du tableau de la grossesse ectopique rompue qu'il est très variable. La patiente peut présenter des symptômes vagues avec des signes de péritonisme ou une douleur classique, soit une douleur latéralisée, soudaine et intense irradiant à l'épaule.

Il ne faut pas oublier que l'examen clinique n'est pas toujours fiable pour poser un diagnostic de grossesse ectopique. Il faut donc être très vigilant⁵ (tableau IV)^{1,5,6}. Les résultats de l'examen et de l'évaluation des trois patientes du début sont indiqués dans le tableau V.

Y a-t-il possibilité de personnaliser la prise en charge ?

De manière certaine, vous prescrirez aux trois patientes du début un dosage de la gonadotrophine chorionique (β -hCG), une analyse pour déterminer leur groupe sanguin et une échographie. Vous obtiendrez possiblement le résultat du dosage de la β -hCG et le groupe sanguin assez rapidement.

L'examen clinique n'est pas toujours fiable pour poser un diagnostic de grossesse ectopique. Il faut donc être très vigilant.

Repère

Tableau V**Examen et évaluation des trois patientes**

	Marie	Josée	Marie-Josée
Nombre de semaines de grossesse	11	8	6
À l'examen	Léger accroissement du volume de l'utérus, sang provenant du col	Volume de l'utérus normal, sensibilité à la palpation et à la mobilisation du col et des annexes, sang provenant du col	Volume de l'utérus normal, aucun saignement visible important, ectropion
Taux de β -hCG	1500 mUI/ml	1500 mUI/ml	1500 mUI/ml
Groupe sanguin	O négatif	B négatif	A positif
Immunoglobulines antiRho	Nécessaires	Nécessaires	—
Échographie	Embryon de 10 mm sans activité cardiaque	Utérus vide, masse annexielle droite, liquide libre	Sac gestationnel de 14 mm, embryon de 5 mm avec activité cardiaque

Tableau VI**Échographie endovaginale en début de grossesse^{11,12}**

- ⊕ De 4 à 5 semaines : sac gestationnel
- ⊕ De 5 à 6 semaines : sac vitellin
- ⊕ 6 semaines : pôle, puis cœur fœtal

Le taux de β -hCG

Dans un premier temps, résistez à la tentation d'attribuer un âge gestationnel en fonction du taux de β -hCG. L'intervalle des valeurs possibles entre quatre et dix semaines est si grand qu'il empêche une telle interprétation. Si le taux de β -hCG dépasse 1500 mUI/ml, l'échographie endovaginale⁸ devrait montrer un sac gestationnel. Avec l'approche transabdominale⁵, le taux doit plutôt atteindre 6000 mUI/ml.

Règle générale, le taux de β -hCG devrait doubler toutes les 48 heures durant les huit premières semaines⁹. Mais attention ! Une élévation de seulement 53 % en 48 heures pourrait tout de même être normale⁵. Une hausse moindre évoque plutôt une mauvaise évolution, mais ne permet pas d'établir un diagnostic à coup sûr⁵. Toutefois, jamais le temps de

doublage du taux de β -hCG ne dépasse sept jours dans le cas d'une grossesse dont l'évolution est favorable¹. Dans les cas d'avortements spontanés, on s'attend à une chute de 21 % à 35 % en deux jours⁵. Pour une grossesse ectopique, tous les types d'évolution sont possibles. Le dosage de la β -hCG ne constitue donc pas un moyen diagnostique. Au mieux, il est évocateur.

Le groupe sanguin et les immunoglobulines antiRho

Pour les patientes dont le groupe sanguin est Rhésus négatif, voici les recommandations que la SOGC a publiées en 2003¹⁰ :

- ⊕ Donner les immunoglobulines antiRho (WinRho) dans les 72 heures d'un incident où il peut y avoir eu sensibilisation ou dès qu'un tel incident est connu, et ce, jusqu'à 28 jours plus tard.
- ⊕ Donner une dose minimale de 120 μ g d'immunoglobulines antiRho à la patiente non sensibilisée qui est Rhésus négatif après un avortement spontané, une menace d'avortement ou une interruption volontaire survenant dans les douze premières semaines de grossesse.

Le risque d'allo-immunisation est de 1,5 % à 2 % après un avortement spontané et de 4 % à 5 % après une interruption volontaire de grossesse¹⁰.

Tableau VII**Repères à l'échographie endovaginale évocateurs d'une grossesse non viable^{1,5-7,11-13}**

- ⊕ Un sac gestationnel plus grand que 16 mm sans embryon
- ⊕ Un sac gestationnel de plus de 8 mm sans sac vitellin
- ⊕ Un embryon de plus de 5 mm sans cœur fœtal
- ⊕ Un sac irrégulier et large ou un pôle fœtal excentrique

L'échographie

Le rapport d'échographie le plus simple à interpréter est celui de la grossesse intra-utérine vivante. Le risque de perte fœtale se situe alors entre 3 % et 10 %^{1,5,6} (tableaux VI^{1,12} et VII^{1,5-7,11-13}). Si l'échographie ne révèle pas de grossesse intra-utérine et qu'il n'y a pas d'avortement complet, il faut envisager une grossesse ectopique jusqu'à preuve du contraire (tableau VIII⁵). Par ailleurs, lorsque l'échographie montre une grossesse bien implantée, il faut tout de même penser à un phénomène en augmentation, surtout chez les patientes en fertilisation *in vitro*, la grossesse hétérotopique, soit la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse ectopique. Les chiffres varient beaucoup. Il y aurait ainsi une grossesse hétérotopique sur 3000 à 40 000 femmes dans la population générale et encore plus (jusqu'à 1/100) chez les patientes ayant eu recours à la fertilisation *in vitro*⁵.

De plus en plus d'urgentologues pratiquent l'échographie à l'urgence (aussi appelée EDU). Dans le contexte d'une grossesse du premier trimestre, cette méthode est simple, clairement définie et reconnue comme efficace¹³. Par rapport à l'échographie traditionnelle, l'échographie à l'urgence a pour but d'établir la présence ou non d'une grossesse intra-utérine, ce qui améliore la prise en charge des grossesses ec-

Tableau VIII**Probabilité d'une grossesse ectopique à l'échographie⁵**

- ⊕ Cœur fœtal extra-utérin visible : diagnostic de grossesse ectopique
- ⊕ Masse pelvienne ou liquide libre et utérus vide : grossesse ectopique très probable
- ⊕ Masse pelvienne et liquide libre et utérus vide : presque 100 % de probabilité
- ⊕ Liquide libre seulement, mais en grande quantité : 80 % de probabilité
- ⊕ Masse annexielle : 70 % de probabilité

topiques et accélère le congé des patientes dont la grossesse est normale¹³. Même si elles passent une échographie à l'urgence en bonne et due forme, les patientes ayant subi une fertilisation *in vitro* devront malgré tout se soumettre à une échographie formelle.

Le counselling

Même si le motif de consultation est fort similaire pour chacune des trois femmes du début, l'issue de leur grossesse ne sera pas du tout la même. Durant le délai d'évaluation, vos patientes doivent être informées de consulter de nouveau un médecin en cas de douleurs abdominales importantes, de fièvre ou de saignements nécessitant plus d'une serviette hygiénique à l'heure. Certains recommandent aussi d'éviter les relations sexuelles et l'utilisation des tampons pendant la durée des saignements afin de diminuer le risque d'infection⁵.

Qu'il s'agisse d'un avortement incomplet (où des produits de conception sont retenus dans l'utérus), d'un avortement manqué (où la grossesse s'est arrêtée depuis plus de quatre semaines) ou encore d'une grossesse anembryonique, trois options sont possibles : l'attente, l'interruption médicale par le misoprostol ou le curetage chirurgical. Il faut respecter le choix de la patiente, notamment l'urgence d'en finir qui est

Lorsque l'échographie montre une grossesse bien implantée, il faut tout de même penser à un phénomène en augmentation, surtout chez les patientes en fertilisation *in vitro*, la grossesse hétérotopique, soit la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse ectopique.

Repère

Tableau IX

Issue de la grossesse des trois patientes

Marie	Josée	Marie-Josée
Avortement manqué, grossesse intra-utérine arrêtée à sept semaines	Grossesse ectopique	Grossesse intra-utérine vivante de six semaines

parfois présente. Dans un contexte où il est possible de revoir la patiente, l'attente jusqu'à deux semaines peut constituer une option sûre associée à des taux d'expulsion spontanée allant jusqu'à 71 % pour l'avortement incomplet et jusqu'à 53 % pour la grossesse anembryonique¹⁴. Ce choix devient moins intéressant dans les cas d'avortements manqués, car le taux d'expulsion tourne alors autour de 35 %¹⁴.

Le misoprostol peut s'avérer aussi un excellent choix, surtout pour les grossesses de dix semaines et moins en fonction de la quantité de tissus vus à l'échographie. Les schémas d'administration sont variés, car il n'y a pas encore de directives cliniques à ce sujet. N'hésitez pas à communiquer avec un collègue qui a déjà prescrit cette molécule avant de le faire à votre tour.

Peu importe leur choix, toutes les patientes devraient faire l'objet d'un suivi devant confirmer que l'avortement est complet et que les saignements ont cessé sans complications. Pour certaines patientes, le récit de l'avortement sera classique. Avec l'intensification des crampes, elles ont aperçu des débris de conception et des caillots. Par la suite, les crampes, la douleur et les saignements se sont arrêtés. Dans un tel cas, la plupart des médecins seront assez sûrs que l'avortement est complet pour ne pas pousser l'évaluation plus loin. D'autres préféreront suivre l'évolution à l'aide de dosages de la β -hCG. En cas de symptômes ou d'examen clinique plus nébuleux, l'échographie pourra être utile. Il va de soi que la patiente, ses antécédents, son acceptation des événements ainsi que la façon dont elle respecte habituellement les traitements que vous lui prescrivez influenceront sur le type de suivi que vous choisirez.

Autant le professionnel que la patiente peuvent se sentir impuissants. En effet, il n'existe aucun traitement contre les menaces d'avortement. Il serait également vain de prescrire le repos au lit. En fonction du degré de désarroi de votre patiente, vous pouvez lui

offrir de suivre l'évolution de son état en dosant le taux de β -hCG quantitatif ou en écoutant plus fréquemment le cœur foetal si le nombre de semaines le permet. Vous pouvez aussi répéter l'échographie, au besoin. Si l'avortement se produit, vous devrez soutenir et déculpabiliser votre patiente qui cherchera inévitablement à savoir pourquoi. L'informer que la moitié des avortements spontanés sont attribuables à des anomalies chromosomiques peut l'aider en ce sens^{3,6}.

Malgré l'impatience que peut ressentir la patiente, suggérez-lui d'attendre au moins un cycle avant de faire une autre tentative de grossesse⁵. Vous pouvez profiter de l'occasion pour lui prescrire des multivitamines contenant la quantité d'acide folique adaptée à ses besoins. Quant aux femmes qui ne caressaient pas le projet de la maternité dans l'immédiat, elles devraient se voir offrir un moyen de contraception adéquat.

Malgré un même motif de consultation au départ, vos trois patientes auront un diagnostic fort différent (tableau IX).

Vous reverrez Marie dans quelques jours, car elle veut prendre le temps de réfléchir à ses options en ce qui concerne son avortement manqué. Pour sa grossesse ectopique, Josée a été prise en charge par le gynécologue de votre hôpital. Quant à Marie-Josée, vous lui prescrivez des multivitamines en lui disant que vous serez enchanté de suivre son bébé. 🌸

Date de réception : le 1^{er} mai 2011

Date d'acceptation : le 13 juillet 2011

La D^{re} Julie Beaulieu n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Cahill DJ, Swingler R, Wardle PG. Bleeding and pain in early pregnancy. Dans : James DK, rédacteur. *High risk pregnancy: management options*. 4^e éd. Philadelphie : Saunders ; 2011. p. 57.
2. Uzelac PS, Garmel SH. Early pregnancy risks. Dans : Decherney AH, Nathan L, rédacteurs. *Current diagnosis & treatment. Obstetrics & Gynecology*. 10^e éd. New York : McGraw-Hill ; 2007. p. 259.
3. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL et coll. Abortion (chapitre 9). Dans : Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL et coll., rédacteurs. *Williams Obstetrics*. 23^e éd. New York : McGraw-Hill ; 2010. 1404 p.
4. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL et coll. Ectopic pregnancy (chapitre 10). Dans : Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL et coll., rédacteurs. *Williams Obstetrics*. 23^e éd. New York : McGraw-Hill ; 2010. 1404 p.
5. Jones DC. Bleeding in pregnancy. Dans : Benrubi GI. *Handbook of Obstetric and Gynecology Emergencies*. 4^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2010. p. 104.

6. Krause RS, Janicke DM, Cydulka RK. Ectopic pregnancy and emergencies in the first 20 weeks of pregnancy (chapitre 101). Dans : Tintinalli JE, rédacteur. *Emergency medicine: A comprehensive study guide*. 7^e éd. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 676.
7. Promes SB, Nobay F. Pitfalls in first-trimester bleeding. *Emerg Med Clin North Am* 2010; 28 (1): 219-34.
8. Deutchman M, Tubay AT, Turok D. First trimester bleeding. *Am Fam Physician* 2009; 79 (11): 985-94.
9. Beatty MN. Establishing estimated date of delivery. Dans : Hillard PJA. *The 5-minute obstetrics and gynecology consult*. 1^{re} éd. Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 340.
10. Davies S, Byrn F, Cole LA. Human chorionic gonadotropin testing for early pregnancy viability and complications. *Clin Lab Med* 2003; 23: 257-64.
11. Fung KFK. Directives cliniques de la SOGC. Prévention de l'allo-immunisation feto-maternelle Rh. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25 (9): 716-9.
12. Dogra V, Paspulati RM, Bhatt S. First trimester bleeding evaluation. *Ultrasound Q* 2005; 21 (2): 69-85.
13. Directives cliniques de la SOGC. Évaluation échographique des complications liées à la grossesse pendant le premier trimestre. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 28 (7): 586-91.
14. McRae A, Murray H, Edmonds M. Diagnostic accuracy and clinical utility of emergency department targeted ultrasonography in the

Summary

I am bleeding, you are bleeding, they are bleeding. As much as 20% of pregnant women will have bleeding in the first trimester, making it a frequent reason for consultation. A history investigation (medication taken, sexually or blood transmitted infections, etc.) and a thorough physical examination will help determine diagnosis. Bleeding with pain is often a sign of bad prognosis. Physical exam is unreliable in ectopic pregnancy diagnosis which must be highly suspected. Investigation for first trimester bleeding should include blood type, β -hCG test and pelvic ultrasound. Even though cases may seem similar initially, the pregnancies may have different outcomes. Many choices are available to care for these patients, and the physician's role is to accompany them and respect their wishes. A follow-up must be offered to each to make sure that abortion is complete or that bleeding has ceased without complication.

evaluation of first-trimester pelvic pain and bleeding: a systematic review. *Can J Emerg Med* 2009; 11 (4): 355-64.

15. Casikar I, Bignardi T, Riemke J et coll. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the "2-week-rule". *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35 (2): 223-7.