

INTÉRÊT DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LES MÉTRORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

V. BOCO, J. AKPOVI, I. TAKPARA, M.C. LATOUNDJI, J.C. LANTOKPODE, R. PERRIN

RÉSUMÉ

A partir d'une étude rétrospective sur 851 dossiers de patientes reçues à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU et à la maternité lagune de Cotonou, les auteurs confirment l'intérêt de l'écho-graphie dans le diagnostic et la prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse.

Mots-clés : Métrorragies, Échographie en Gynécologie, Grossesse extra-utérine, Avortement.

SUMMARY

Interest of ultrasonography in first trimester metrorrhagia

From a retrospective study using 851 medical records of patients admitted to the University clinic of Gynecology and Obstetric and the Maternity of lagune in Cotonou, the authors confirm the interest of the ultrasonography in the diagnostic and the management of first-trimester metrorrhagia.

Key-words : Metrorrhagia, Ultrasonography, Ectopic pregnancy, Abortion.

Cette étude a pour but, de montrer les renseignements que peut apporter l'échographie lorsqu'une femme enceinte saigne, d'apprécier la place de cet examen dans la prise de la décision thérapeutique en recensant les causes des saignements surtout en cas de grossesse évolutive.

I - CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire et à la Maternité Lagune de Cotonou, deux centres qui reçoivent le plus grand nombre de patientes de gynécologie et d'obstétrique, à Cotonou.

Elle porte sur la revue des dossiers de 851 patientes reçues du 1er Janvier 1992 au 30 Juin 1993, soit une période de 18 mois, pour des métrorragies spontanées survenues au cours du premier trimestre de leur grossesse. Parmi ces dossiers, 551 sont suffisamment complets pour être exploités.

L'examen échographique a été prescrit 264 fois et réalisé pour 197 patientes. Les cas de saignements d'origine vulvaire, vaginale ou cervicale ont été éliminés. Nous nous sommes intéressés à la prescription de l'examen échographique puis nous avons analysé les résultats de cet examen.

INTRODUCTION

Les métrorragies représentent l'une des complications les plus fréquemment rencontrées au cours du premier trimestre de la grossesse. Elles sont un signe d'alarme et posent au médecin traitant trois problèmes essentiels, celui de l'étiologie des saignements, celui de la vitalité de l'embryon enfin celui de la conduite thérapeutique.

L'examen échographique dans bien des cas peut apporter des réponses à ces questions. De ce fait, cet examen est devenu nécessaire chaque fois qu'apparaissent des métrorragies. Chez nous, son introduction récente dans l'arsenal thérapeutique du médecin rend encore son utilisation... hésitante, parfois tardive.

II - RÉSULTATS

Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-après :

Tableau n°1 : Répartition des examens échographiques selon les indications

Indications	Effectifs	%
Menace d'avortement	193	73
Suspicion de GEU	33	12,5
Rétention placentaire	28	10,6
Grossesse arrêtée	9	3,4
Môle	1	0,5
Total	264	100

La menace d'avortement est le diagnostic clinique le plus souvent évoqué devant des métrorragies au premier trimestre de la grossesse (73%). Il s'agit de saignements dans un contexte d'aménorrhée avec col fermé.

La GEU est le deuxième diagnostic supposé. Il repose sur la triade, aménorrhée, saignement et masse annexielle, associée parfois à la douleur. Il a été évoqué chez 12,5% de nos patientes.

La rétention placentaire est suspectée dans 10,6% des cas de notre série, lorsqu'il y a eu évacuation du produit de conception constatée, soit par le médecin, soit par la femme. La grossesse molaire n'est presque jamais évoquée comme cause du saignement.

Tableau n°2 : Résultats des examens échographiques

Diagnostic échographique	Effectif	%
GIU arrêtée	65	33
Utérus vide	39	20
GIU évolutive	35	18
GEU non rompue	21	10,5
GEU rompue	7	3,5
Rétention placentaire	5	2,5
Môle	1	0,5
Autres	24	12
Total	197	100

Ce tableau montre que les grossesses arrêtées sont les causes les plus fréquentes de saignements au cours du premier trimestre mais également que dans 20% des cas, il n'y avait pas de grossesse. Les métrorragies sur grossesse évolutive ne surviennent que dans 18% des cas. Il est donc impératif d'instituer le traitement qui permettra de sauver ces grossesses menacées.

La grossesse extra utérine motive le saignement dans 14% des cas dans notre série. Ce pourcentage n'est donc pas négligeable, étant donné le pronostic de ces GEU.

Tableau n°3 : Causes des saignements sur grossesse évolutive

Pathologie associée	Effectif	pourcentage
Aspect GIU normale	15	42,9
Fibrome	11	31,4
Décollement ovulaire	6	17
Kyste de l'ovaire	1	2,9
Fibrome + Kyste	1	2,9
Lyse du 2ème jumeau	1	2,6
Total	35	100

Ainsi, on peut constater que 42% des grossesses saignent sans qu'aucune cause puisse être retrouvée. 17% des fois, la cause des métrorragies est un décollement ovulaire.

Tableau n°4 : Aspect échographique des grossesses non évolutives

Aspect échographique	Effectif	Pourcentage
Grossesse arrêtée	38	58,5
Oeuf clair	19	29,3
Môle	7	10,7
Hydramnios	1	1,5
Total	65	100

III - COMMENTAIRE

L'échographie pelvienne est un examen dont les indications au cours du premier trimestre de la grossesse sont nombreuses. BOOG (1) relève entre autres indications, le diagnostic précoce de la grossesse, sa localisation, l'appréciation de la vitalité embryonnaire.

Il s'agit donc d'un examen de première importance et son intérêt est encore accru lorsqu'apparaissent des métrorragies. L'analyse de nos dossiers a permis de faire plusieurs remarques. Sur 551 patientes présentant des métrorragies dans un contexte d'aménorrhée, l'échographie a été prescrite 264 fois soit un taux de 48% et 197 patientes ont effectivement bénéficié de cet examen, ce qui donne un taux de 35,7%. Ces pourcentages sont très faibles lorsqu'on sait que DJAHAN et COLL. (2) sur une série de

1710 examens échographiques réalisés entre la 6ème et la 16ème semaine d'aménorrhée ont fait sans l'aide d'autre examen complémentaire, le diagnostic étiologique des métrorragies dans 91,98% des cas. Ces chiffres confortent notre opinion selon laquelle, chaque fois que des saignements surviennent au cours d'une grossesse, en particulier au cours des premiers mois, l'examen échographique doit être pratiqué.

Les résultats de notre étude montrent que dans les menaces d'avortement cliniques, l'examen échographique a apporté une réponse claire dans 98% des cas. Ainsi, dans 20% des cas, le diagnostic de grossesse a été infirmé, 33% des grossesses étaient non évolutives, et dans 14,6% des cas, il s'agissait de grossesses ectopiques.

Ces résultats sont concordants avec ceux de POTIER (3) pour qui, sur 250 observations de menace d'avortement, le pronostic donné par l'échographie s'est révélé juste dans 93% des cas, avec l'avantage de la rapidité d'exécution et de la simplicité.

De plus, cet examen peut être répété chaque fois que cela s'avère nécessaire, sans préjudice pour l'enfant.

Deux situations peuvent se présenter :

Dans le premier cas, la grossesse n'est pas viable (50% de notre série). Il s'agit des grossesses arrêtées, des grossesses ectopiques, des mûles. Les métrorragies signent alors l'arrêt de la grossesse et l'évacuation utérine ou la cure de la GEU deviennent nécessaires. La décision thérapeutique peut être prise rapidement en évitant ainsi les pertes de temps et les traitements symptomatiques tels que la progestérone qui ne fait que retarder le moment de l'évacuation utérine. Le risque de rupture des GEU est également notablement amoindri. En effet, soit la GEU est certaine, soit la coelioscopie précise le diagnostic. Dans tous les cas la décision thérapeutique peut être prise dans les heures qui suivent l'examen.

Dans le second cas, l'échographie confirme la présence d'un sac ovulaire et d'un embryon viable, et surtout informe sur la cause des saignements.

Notre étude permet de trouver une cause au saignement dans 57% des cas, alors qu'aucune étiologie n'est retrou-

vée dans 43% des cas. La cause de saignement étant connue, le traitement efficace peut être institué. Ce traitement pourra être à base d'hémostatique ou de progestérone dont VIALLA (4) précise le mode d'action : abaisser la contractilité utérine, tonifier l'isthme, faciliter la tolérance embryonnaire.

Parmi les causes identifiées, le fibrome est la plus fréquente avec 31,3% des cas dans notre série. Dans ces cas, une surveillance accrue sera instituée et l'ablation des fibromes proposée après l'accouchement.

Les décollements ovulaires représentent 17% des causes de métrorragies sur grossesse évolutive dans notre série et 8,6% de l'ensemble de nos patientes.

Ce pourcentage est le double de celui trouvé par BOUTON et coll. (5) d'une part et par VITSE et coll. (6) d'autre part. Ce fort pourcentage peut s'expliquer par le fait que l'échographie n'est pas pratiquée systématiquement pour toutes les patientes qui saignent. Le pronostic de ces décollements est fonction de leur localisation. En effet, SCHAAPS (7) a montré que le pronostic est bon lorsque le décollement n'intéresse pas la zone d'implantation du trophoblaste.

La lyse du second jumeau est également une cause rare de saignement : 2,9%. Son diagnostic ne peut être affirmé que lorsqu'une échographie antérieure a montré la présence de deux fœtus.

CONCLUSION

L'échographie constitue un examen complémentaire primordial en cas de métrorragies du premier trimestre de la grossesse.

Par les renseignements qu'elle fournit, par sa rapidité d'exécution et son caractère atraumatique, elle occupe une place irremplaçable dans l'arsenal diagnostique du médecin gynécologue et obstétricien. Elle permet de confirmer la grossesse, renseigne sur son caractère évolutif ou non, précise l'étiologie du saignement et de ce fait, oriente la conduite thérapeutique.

En fixant le diagnostic, l'échographie permet de réduire les pertes de temps pour la prise de la décision thérapeutique, mais également d'éviter les traitements inutiles.

Dans le cas de la GEU, seule ou associée à la coelioscopie, elle favorise une prise en charge rapide, qui seule permet d'éviter les ruptures catastrophiques que tous les gynécologues craignent. Mais cette technique est encore peu pratiquée chez nous (47% des cas dans notre série).

Les causes qui en limitent l'usage sont le petit nombre de machines disponibles sur le territoire national, la mauvaise répartition de ce parc, concentré à Cotonou et enfin le coût encore élevé comparativement au niveau de vie de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. BOOG.
Les métrorragies de la grossesse.
Pratique Médicale 1985, (9) : 31-33.
2. Y. DJAHAN, S. BONI, M. BLAL, L. TANOI, M.K. BOHOUSOU.
Intérêt de l'échographie en urgence de gynécologie-obstétrique.
«Actes du 1er Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et du Togo».
MEPS Editeurs 1989 : 167-170.
3. A. POTIER, M. DELECOUR, J.L. LEROY, F. PUESH, P. GOEUSSE, X. CODACCIONI.
Critères de normalité de la grossesse au 1er trimestre .
Dédution pronostic devant une menace d'avortement.
In Symposium International d'Echographie Obstétricale.
Paris 22, 23 Avril 1977.
GLAXO EVANS Editeur Paris : 359-360.
4. J.L. VIALLA.
Bases thérapeutiques des menaces d'avortement.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1978, 7 (3bis) : 678-682.
5. J.M. BOUTON, M. DENHEZ, P. CORJON, D. MARTIN-DUPRAY, P. ENGELMAN.
Les décollements d'oeuf jeune à l'échographie à propos de 42 cas.
J. Gyn. Obst. Biol. Rep. 1982, 11, (5) : 559-567.
6. M. VITSE, J.C. BOULANGER, B. CAMIER, J.J. BALLOT, G. SERON.
Pronostic des décollements ovulaires au 1er trimestre de la grossesse.
Soirées Echographiques Gynéco-Obstétricales.
MILUPA Diététique Editeur, 1983, (3) : 13-14.
7. J.P. SCHAAPS.
le décollement précoce du trophoblaste.
Soirée Echo. Gyn. Obst.
MILUPA Diététique Editeurs, 1984, (35) : 45-48.