

# Je consulte en urgence car... je saigne

## Conduite à tenir devant des ménorragies-métrorragies

Le motif de consultation « saignement gynécologique » est un des plus fréquents. Le premier réflexe dès le début de la prise en charge est l'évaluation de la tolérance afin de ne pas perdre de temps en cas de choc hémorragique.

Le second réflexe est de distinguer deux grands cadres selon le statut génital de la patiente : chez une femme en âge de procréer, une GEU est le diagnostic à éliminer, alors que devant des métrorragies post-ménopausiques, le leitmotiv est le cancer de l'endomètre.

Schématiquement, une patiente consultant en urgence pour de saignements gynécologiques doit avoir une prise de pression artérielle, de pouls, et un dosage des hCG !



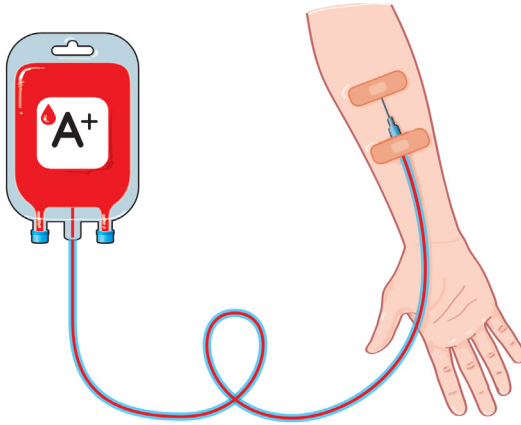
### À retenir

Réflexe à avoir en cas de saignement d'origine utérine chez la femme non ménopausée : éliminer une grossesse → hCG urinaires ou plasmatiques.

En dehors des deux situations caricaturales précédentes, les origines sont très diverses. Il faudra distinguer les saignements d'origine endo-utérine des saignements cervicaux ou vaginaux.

## Évaluation de la tolérance des saignements

■ L'urgence est le choc hémorragique : il faut débiter la prise en charge par l'évaluation du retentissement des saignements (Figure 3.1).



**Figure 3.1. Transfusion.**

Source : illustration Carole Fumat.

- Évaluation clinique :
  - malaise, pâleur cutanée... ;
  - tachycardie ( $> 120$  battements/min) ;
  - pression artérielle basse : pression artérielle systolique (PAS)  $< 80$  mm Hg.
- Mesures d'urgence :
  - aux urgences :
    - pose d'une voie veineuse périphérique pour remplissage vasculaire,
    - réalisation d'un bilan préopératoire et prétransfusionnel,
    - appel de l'équipe d'anesthésie-réanimation ;
  - au cabinet : appeler le SAMU !

## Interrogatoire







L'interrogatoire à deux buts principaux : évaluer l'abondance des saignements et orienter le diagnostic.

Avez-vous beaucoup saigné ?

Cet élément est essentiel pour déterminer le caractère urgent ou non de la prise en charge. En pratique, on demande à la patiente le nombre et le type de garnitures utilisées, la présence ou non de caillots, si ses vêtements ont été tachés par les saignements, etc. Dans le cadre de ménorragies, on peut s'aider du score d'Higham (Figure 3.2).

Si la réponse est oui, il est indispensable de *rechercher à l'interrogatoire des signes d'anémie* (asthénie, malaises, tachycardie).

Quand ont débuté les saignements ?

		Jour de règles								
Tampon ou bande		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	Points
	1 point/ tampon ou bande									
										
	5 points/ tampon ou bande									
										
	20 points/ tampon ou bande									
										
Petit caillot	1 point									
Grand caillot	5 points									


**Figure 3.2. Score d'Higham.**

Source : CNGOF. *Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi*. Coll. Les référentiels des collèges. 4<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.

Un saignement chronique, même de faible abondance, peut créer une anémie profonde, souvent bien tolérée. Les étiologies sont différentes selon que les saignements sont aigus ou chroniques (Tableau 3.1).

Êtes-vous toujours réglée ? Si oui, quelle est la date de vos dernières règles et quel est le lien entre vos cycles et les saignements ?

**Tableau 3.1. PALM COEIN, classification FIGO des causes de saignements anormaux d'origine utérine chez les patientes non enceintes, en âge de procréer.**

Polype Adénomyose Léiomyome : sous-muqueux et autre Malignité et hyperplasie	Coagulopathie Ovulatoire (dysfonction) Endométriale (cause) Iatrogénie Non autrement précisée
	

Source : Munro MG, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet* 2011 ; 113(1) : 3-13, © Elsevier 2011.

La prise en charge est différente chez une femme en période d'activité génitale chez qui on élimine en priorité une GEU. Chez une patiente ménopausée, c'est au cancer de l'endomètre qu'il faut penser en priorité (Tableau 3.2).

Le lien des saignements avec les cycles peut quant à lui orienter vers des étiologies différentes : par exemple, l'adénomyose est plutôt responsable de ménorragies, alors qu'une néoplasie cervicale provoque des saignements sans lien avec le cycle.



### Définitions

- **Métrorragies** : saignements anormaux d'origine utérine en dehors des périodes des règles.
- **Ménorragies** : règles de durée anormalement longue (plus de 7 jours, en général) et d'abondance anormalement excessive.
- **Ménométrorragies** : association de métrorragies et de ménorragies.

Avez-vous une contraception ? Si oui, quel en est le type ?

Il faudra surtout distinguer contraceptions hormonales et dispositifs intra-utérins au cuivre. En effet, certaines contraceptions hormonales peuvent provoquer des troubles du cycle et, dans ce cas, c'est la contraception elle-même qui est la cause des saignements. Par exemple, les microprogestatifs (oraux ou locaux) peuvent parfois donner de faibles saignements noirâtres : des *spottings*.

Autre mode de contraception intéressant à interroger : le stérilet au cuivre. Considéré à tort comme pourvoyeur de GEU, par définition intra-utérin, le stérilet ne peut empêcher l'implantation ectopique d'une grossesse.

Enfin, les autres modes de contraception (retrait, préservatifs, etc.) étant moins fiables, cela pourra orienter le diagnostic.

Existe-t-il un facteur déclenchant ?

Les rapports sexuels sont un facteur déclenchant classique de métrorragies : on parle de métrorragies de contact. Cela est évocateur d'une lésion bénigne ou d'une néoplasie cervicale.

Par ailleurs, il peut exister une plaie vaginale secondaire à un rapport sexuel. Cela peut arriver en dehors de tout contexte de violence lors d'un rapport consenti. Toutefois, une plaie vaginale doit impérativement faire évoquer et rechercher un contexte de violences.

Quels sont vos antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ?

En premier lieu, ce sont ici les antécédents gynécologiques et obstétricaux qui sont intéressants. Sur le plan gynécologique, un antécédent de polype ou de myome peut orienter le diagnostic. Sur le plan obstétrical, plusieurs antécédents de grossesses arrêtées doivent faire penser (et traiter comme tel) à des fausses couches à répétition. Un antécédent de grossesse récente peut orienter vers une rétention du post-partum en cas d'accouchement récent ou bien vers une rétention trophoblastique secondaire à une fausse couche incomplète ou à une interruption volontaire incomplète. Enfin, l'apparition de métrorragies dans les

**Tableau 3.2. Étiologie des ménorragies, classées selon différentes modalités.**

<b>Grossesse</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1<sup>er</sup> trimestre : grossesse intra-utérine évolutive, grossesse extra-utérine, grossesse de localisation indéterminée, fausse couche spontanée, grossesse intra-utérine arrêtée, lyse d'un jumeau, môle hydatiforme</li> <li>– 2<sup>e</sup> trimestre : hématome placentaire, décollement marginal, placenta bas inséré, causes indéterminées</li> <li>– 3<sup>e</sup> trimestre : hématome rétroplacentaire, hématome décidual marginal, placenta praevia, hémorragie de Benkiser, rupture utérine (exceptionnel en dehors du travail), cause cervicale</li> <li>– Hémorragie de la délivrance (post-partum)</li> <li>– Causes non spécifiques à la grossesse</li> </ul>
<b>Causes organiques utérines et annexielles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adénomyose</li> <li>– Myome utérin (principalement les sous-muqueux)</li> <li>– Polype endométrial</li> <li>– Hyperplasie endométriale</li> <li>– Cancer de l'endomètre</li> <li>– Infection génitale haute</li> <li>– Tumeurs sécrétantes de l'ovaire</li> <li>– Malformations artérioveineuses</li> </ul>
<b>Causes cervicales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ectropion</li> <li>– Cancer du col de l'utérus</li> <li>– Cervicite</li> </ul>
<b>Coagulopathie</b>
Maladie de Willebrand
<b>Causes iatrogènes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contraception entraînant une carence œstrogénique</li> <li>– Anticoagulant</li> <li>– Dispositif intra-utérin</li> </ul>
<b>Maladies systémiques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypothyroïdie</li> <li>– Lupus érythémateux disséminé aigu</li> <li>– Insuffisance rénale chronique</li> <li>– Insuffisance hépatique</li> </ul>
<b>Causes fonctionnelles</b>
<p>Une fois toutes les étiologies organiques éliminées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ménorragies intermenstruelles au 14<sup>e</sup> jour du cycle (ovulation)</li> <li>– ménorragies prémenstruelles par insuffisance lutéale</li> <li>– ménorragies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle</li> </ul>

Source : CNGOF. *Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi*. Coll. Les référentiels des collègues. 4<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.

suites d'un geste endo-utérin (chirurgical ou diagnostique ; pose de stérilet) peut orienter vers une complication infectieuse.

Dans les antécédents médicaux, ce sont surtout la prise d'anticoagulants et un antécédent de coagulopathie qui sont à rechercher.

Enfin, selon le contexte, on peut rechercher des facteurs de risque de cancer de l'endomètre (surpoids, diabète de type II, hypertension artérielle, etc.) ou de cancer du col (de quand date votre dernier frottis ? Avez-vous déjà été suivie ou traitée pour une dysplasie cervicale ?).

Quel est votre groupe sanguin ?

Bien évidemment, cette information est primordiale si une transfusion s'avère nécessaire ; toutefois, quoi qu'il arrive, le groupe sanguin est vérifié avant transfusion.

En revanche, cette question est capitale en pratique quotidienne afin de connaître le rhésus de la patiente. En cas de métrorragies du 1<sup>er</sup> trimestre chez une patiente de rhésus négatif, une prévention de l'allo-immunisation anti-D peut être nécessaire.

## Examen clinique

Ses buts principaux sont d'une part d'évaluer l'origine et l'abondance des saignements, d'autre part de rechercher un éventuel retentissement de ces saignements.

### Examen au spéculum

Il permet d'établir l'origine des saignements : endo-utérins issus de l'endocol, cervicaux sur une lésion cervicale ou vaginaux sur une plaie vaginale.

L'examen au spéculum permet également d'évaluer si le saignement est toujours actif ou non, et d'évaluer son abondance. En cas de suspicion de cancer de l'endomètre d'emblée, on peut profiter de l'examen clinique initial pour réaliser une biopsie d'endomètre à l'aide d'une pipelle de Cornier.

Parfois, aucune trace de saignement n'est retrouvée à l'examen vaginal au spéculum. Ne pas hésiter à se poser la question d'une hématurie macroscopique ou de rectorragies qui auraient été prises par erreur par la patiente pour des saignements gynécologiques. Dans le premier cas, un sondage urinaire évacuateur peut apporter la réponse. Dans le second, c'est un toucher rectal qui peut rectifier l'origine des saignements.

### Toucher vaginal

Il recherche une masse du col, une induration, voire une infiltration des paramètres en cas de suspicion de néoplasie cervicale. Ne pas s'acharner toutefois : dans un contexte de cancer du col, l'examen clinique est douloureux. Si besoin, il sera au mieux complété sous anesthésie générale avec réalisation de biopsies, d'une cystoscopie, etc.

Le toucher recherche aussi un utérus myomateux augmenté de taille, bosselé et induré. Il recherche aussi un kyste ovarien. Enfin, les infections génitales hautes pouvant provoquer des métrorragies, la recherche d'une douleur à la mobilisation utérine et/ou à la palpation des annexes peut être utile selon le contexte.

## Palpation abdominale

En cas de douleur associée et/ou d'hCG positifs, on recherche une défense, une contracture, avec en arrière-pensée une GEU rompue.

## Recherche de signes d'anémie

Elle constitue un élément clé dans ce contexte de saignements gynécologiques. Il faut rechercher une pâleur cutanéomuqueuse. On n'oublie pas de vérifier le pouls, à la recherche d'une tachycardie, et la pression artérielle. Il faut également s'inquiéter d'une difficulté à parler avec une accélération de la fréquence respiratoire témoignant d'un essoufflement.

## Examens complémentaires

Le tout premier examen à réaliser chez une patiente en période d'activité génitale qui consulte pour des saignements est un test de grossesse. Selon son résultat, les étiologies et toute la prise en charge seront différentes. Si le test est positif, on reste dans le cadre de métrorragies du 1<sup>er</sup> trimestre (voir chapitre 12), s'il est négatif, on entre dans le cadre des ménométrorragies (voir chapitre 17).

## hCG

Inutiles bien évidemment chez une femme ménopausée, ils sont indispensables dans toutes les autres situations. Ils peuvent être urinaires, voire sanguins. En effet, plasmatiques quantitatifs, ils permettront de suspecter une GEU d'emblée s'ils sont élevés (> 1500 UI) et que l'échographie ne retrouve aucune image de grossesse intra-utérine. En cas de grossesse de localisation indéterminée, cela permet aussi d'avoir un point de départ pour le suivi.

## Numération-formule sanguine et bilan martial

En premier lieu devant des saignements, c'est une anémie séquellaire qui est recherchée. Si elle est présente, microcytaire, un bilan martial peut être demandé afin de guider les modalités de la supplémentation ultérieure.

On recherche également une thrombopénie pouvant expliquer la cause des saignements, ou bien une hyperleucocytose si le contexte est celui de métrorragies sur infection génitale haute.

## Bilan de coagulation

Dans le contexte de l'urgence, il est rarement demandé. Il est plutôt effectué en seconde intention dans le cadre de saignements chroniques. On peut retrouver un abaissement du taux de prothrombine (TP) et du temps de céphaline activée (TCA), une coagulopathie, etc.

## Bilan prétransfusionnel

Si l'anémie est importante, mal tolérée, une transfusion sanguine peut être nécessaire. Le bilan prétransfusionnel comprend deux déterminations de groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières.

## Prélèvements à visée histologique

Selon le contexte, la réalisation d'emblée de prélèvements à visée histologique peut faire gagner un temps précieux sur la suite de la prise en charge.

En cas de col suspect, au minimum un frottis cervico-utérin avec recherche de papilloma virus oncogènes est réalisé. Dans l'idéal, une biopsie sera plus contributive. En cas de suspicion de cancer de l'endomètre, une biopsie d'endomètre à l'aide d'une pipelle de Cornier peut être réalisée en urgence. L'autre contexte dans lequel la réalisation d'une biopsie d'endomètre d'emblée peut permettre de gagner du temps est celui d'une grossesse arrêtée avec suspicion de grossesse molaire.

## Échographie pelvienne

Comme bien souvent en gynécologie, l'échographie pelvienne est l'examen complémentaire essentiel.

La réalisation des hCG avant celle de l'échographie est primordiale. En effet, tout comme pour l'interrogatoire, l'examen clinique et la prise en charge ultérieure, l'analyse de l'échographiste est totalement différente en fonction du résultat des hCG. Par exemple, un utérus vide en échographie avec des hCG > 1500 UI est très évocateur d'une GEU, alors qu'un utérus vide en échographie avec des hCG négatifs sera évocateur de pas grand-chose !

Si les hCG sont positifs, l'échographie cherche des signes évocateurs d'une grossesse intra-utérine évolutive, d'une grossesse arrêtée ou bien d'une GEU (voir chapitre 12).

Si les hCG sont négatifs, il faut analyser l'épaisseur de l'endomètre : une atrophie muqueuse peut provoquer des métrorragies, tout comme un endomètre épaissi. Dans ce contexte, il faut penser au cancer de l'endomètre bien évidemment. L'échographie recherche un obstacle intracavitaire (polype endométrial, myome à composante sous-muqueuse, stérilet mal positionné), un kyste ovarien, etc.