

2015-2016

Diplôme d'Etat de sage-femme

Métrorragies du 1er trimestre : Complications sur le déroulement et l'issue de la grossesse

LE CALONNEC LILA

Sous la direction du Dr. G. LEGENDRE

Membres du jury

L. Sentilhes |
G. Legendre |
C. Quelen |
F. Beringue |
C. Rouillard |
L. Barthélémy |

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.



Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Guillaume Legendre, directeur de ce mémoire pour ses conseils avisés et ses nombreuses relectures.

Je remercie également Madame Catherine Gaudin pour avoir pris le temps de relire certaines parties de mon mémoire et pour toutes ses explications. Merci au reste de l'équipe pédagogique pour l'accompagnement tout au long de ces 4 années d'étude, tout particulièrement envers Madame Laurence Sadi toujours présente en cas de besoins.

Merci à mes proches pour leur soutien, tout particulièrement à ma mère.

Merci à Anné et Morane, pour leurs encouragements tout au long de mes études.

Et surtout un grand merci aux personnes de ma promotion, tout particulièrement Alexandra, Marylène, Agathe (LAMA), Isabelle, Marie, Laurène, Solène et Tatiana, avec qui j'ai partagé tant de bons moments et qui ont toujours été là.

Sommaire

GLOSSAIRE

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

BIBLIOGRAPHIE

Glossaire

AP	Accouchement prématuré
AVP	Accident de la Voie Publique
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FCS	Fausse Couche Spontanée
FIV	Fécondation In Vitro
GEU	Grossesse Extra-utérine
HPP	Hémorragie du Post-Partum
HRP	Hématome Rétroplacentaire
HTA	HyperTension Artérielle
IMC	Indice de Masse Corporelle
IMF	Infection Materno-Foetale
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAF	Mouvements Actifs Foetaux
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré
MFIU	Mort Foetale In Utéro
PAG	Petit Poids d'Age Gestационnel
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RPM	Rupture Prématurée des Membranes
SA	Semaines d'Aménorrhée
T1 - T2 - T3	Trimestre 1,2 ou 3
UGO	Urgences de Gynécologie-Obstétrique

Introduction

Les métrorragies sont définies par des saignements d'origine endo-utérine survenant en dehors de la période des règles. Celles dites du premier trimestre surviennent avant 15 semaines d'aménorrhée (SA). Les métrorragies sont les complications les plus fréquemment retrouvées au cours du premier trimestre d'une grossesse. Elles touchent 20-25 % des femmes enceintes, et seule la moitié des grossesses marquées par ces métrorragies sont évolutives (1). Près de 50 % correspondent à des fausses couches précoces, on retrouve également 1 % de grossesses extra-utérines et 0,1 % de grossesses molaires. (2)

Les facteurs de risque des métrorragies sont peu étudiés, ceux le plus souvent mis en évidence sont l'âge élevé de la patiente, la primiparité, les antécédents de fausses-couches et les grossesses obtenues par Fécondation In Vitro (FIV) qui augmenteraient également le risque de métrorragies, possiblement par la lyse précoce d'un jumeau. (3) (4)

Concernant les 50 % de grossesses évolutives, plusieurs études ont déjà mis en évidence des complications dans le déroulement de la grossesse, comme le taux d'accouchement prématuré (AP) plus élevé chez les patientes ayant eu des saignements en début de grossesse. Les ruptures prématurées de membranes (RPM) avant ou après 37 SA ont également été retrouvées (5) (6) (7) (8). Un faible nombre d'études s'est intéressé aux autres complications pouvant survenir au cours de la grossesse telle que la survenue d'hématomes rétroplacentaires (HRP), de pathologies liées à l'hypertension (HTA gestationnelle, prééclampsie), de retards de croissance intra-utérins (RCIU) et d'autres hémorragies au cours de la grossesse entre autres. Les complications néonatales telles que des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, la nécessité de réanimation et/ou d'une hospitalisation en unité de néonatalogie sont également plus rarement étudiées. (9) (10) (11)

Moins étudiés, les résultats concernant ces derniers éléments diffèrent dans les diverses études. Le but de ce mémoire est donc d'étudier plus largement et de mettre en évidence les complications de la grossesse, de l'accouchement et celles concernant le nouveau-né à sa naissance en lien avec la survenue de métrorragies du premier trimestre de la grossesse.

Matériel et méthodes

Cette étude rétrospective, comparative cas témoins, monocentrique, porte sur des patientes présentant des métrorragies du premier trimestre lors de leur grossesse, entre le premier septembre 2013 et le 31 août 2014 et ayant accouché entre le 31 janvier 2014 et le 14 avril 2015. Ces patientes ont été appariées à un groupe témoin composé de patientes n'ayant pas présenté de métrorragies au cours du premier trimestre de leur grossesse et ayant accouché entre le 8 décembre 2014 et le 24 août 2015.

Les patientes recrutées sont des patientes ayant consulté aux urgences de gynécologie obstétrique (UGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers pour des métrorragies au cours d'une grossesse unique de moins de 15 SA et ayant accouché dans ce même centre.

Les patientes ne présentant pas une grossesse évolutive, n'effectuant pas le suivi de leur grossesse au CHU d'Angers ou réalisant une interruption de grossesse par la suite ont été exclues de l'étude. Chez les patientes ayant une grossesse évolutive et accouchant au CHU d'Angers la liste des critères d'exclusion était :

- Patientes présentant des métrorragies sur ectropion
- Patientes présentant une grossesse multiple
- Patientes présentant une grossesse obtenue par FIV ou don d'embryon
- Patientes ayant eu un cerclage au cours de la grossesse
- Patientes présentant une malformation utérine
- Patientes ayant eu un prélèvement ovulaire
- Patientes sous traitement anticoagulant au cours de la grossesse
- Patientes porteuses de pathologies chroniques (HTA, lupus, thrombopénie...)
- Patientes dont le dossier était incomplet ou introuvable

Ces patientes, au nombre de 176, ont été appariées à 352 patientes n'ayant pas présenté de métrorragies du premier trimestre au cours de leur grossesse. Les critères d'appariement étaient : l'âge des patientes (découpé par classe (<20 ans, [21-25 ans[, [25-30 ans[, [30-35 ans[, [35-40 ans[et ≥45 ans), leur parité, leur indice de masse corporelle (IMC) (<30 ou ≥30), le tabagisme et la présence ou non de facteurs de précarité sociale.

Les patientes présentant des métrorragies du premier trimestre ont été recrutées à partir des cahiers utilisés aux UGO résumant chaque jour l'activité du service, l'identité des patientes, de même que leur motif de consultation. La lecture des comptes rendus des consultations posant le diagnostic de métrorragies du premier trimestre, celui de la localisation et de la vitalité de l'embryon, validait la patiente comme cas pour l'étude. Afin de vérifier le devenir des patientes dont la grossesse était évolutive et de s'assurer que celles-ci avaient accouché au CHU

d'Angers, le logiciel Crossway a été utilisé via sa fonction résumant les séjours des patientes dans les différents services de l'hôpital.

Les patientes témoins ont été recrutées à partir des cahiers d'accouchements résumant l'activité de la salle de naissance après vérification informatique de l'absence de passage aux urgences pour métrorragies.

Le recueil de données a été effectué sur le logiciel Epidata aussi bien pour les cas que pour les témoins, les données ont ensuite été transférées sur feuille Excel.

Les statistiques ont été réalisées sur Excel, le test de Student pour les variables quantitatives, le test de Chi² pour les variables qualitatives avec $n \geq 5$ et le test exact de Fisher pour analyser les variables qualitatives avec $n < 5$ ont été utilisés.

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

Résultats

Voici le processus de sélection ayant permis d'obtenir les 176 patientes avec mètrorragies de l'étude, les critères d'exclusions sont énumérés.

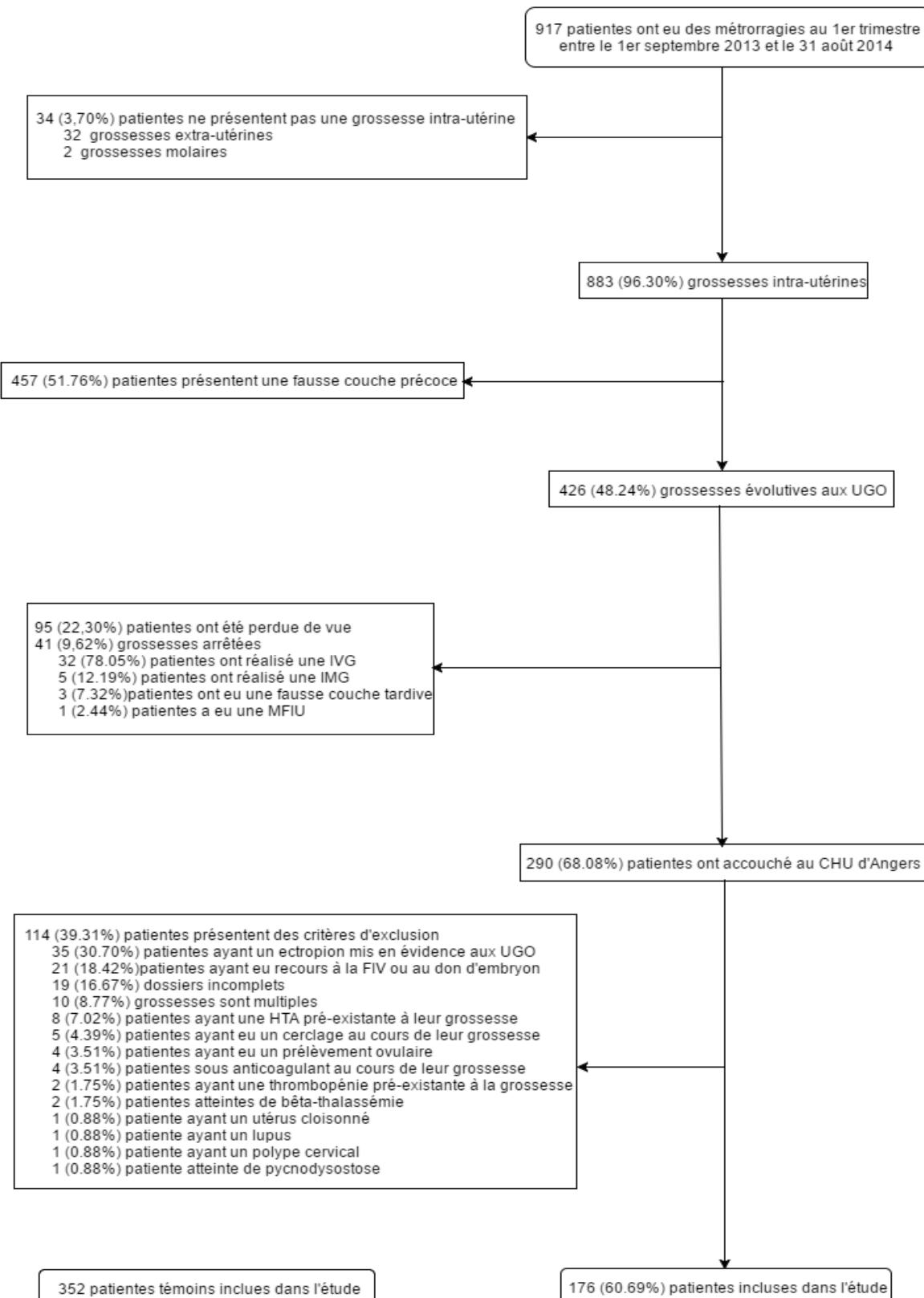


Figure 1. Flow chart.

Les caractéristiques de la population de l'étude sont résumées dans le tableau I.

Tableau I. Description de la population de l'étude

	Cas (%) n=176	Témoins (%) n=352	p
Age (moyenne)	29,37	29,63	0,6
<20 ans	4 (2,27)	8 (2,27)	0,81
[20-25[	26 (14,77)	51 (14,49)	0,93
[25-30[	62 (35,23)	125 (35,51)	0,95
[30-35[	58 (32,95)	116 (32,95)	0,86
[35-40[	18 (10,23)	36 (10,23)	0,36
≥40 ans	8 (4,55)	16 (4,55)	0,69
Gestité (moyenne)	3,06	2,65	0,02
Parité (moyenne)	2,11	2,13	0,82
Antécédant(s) FCS	66 (37,50)	84 (23,86)	<0,01
Antécédant(s) GEU	6 (3,41)	7 (1,99)	0,37
Antécédant(s) IVG	35 (19,89)	49 (13,92)	0,08
Antécédant(s) IMG	4 (2,27)	2 (0,57)	0,1
Antécédant(s) MFIU	1 (0,57)	2 (0,57)	1
Antécédant(s) d'accouchement prématué	7 (3,98)	10 (2,84)	0,49
IMC (moyenne)	24,03	23,66	0,6
Tabac +	35 (19,89)	64 (18,18)	0,64
Facteur(s) de précarité +	17 (9,66)	32 (9,10)	0,83

Les patientes ayant présenté des métrorragies ont consulté en moyenne à 60,24 jours ($\pm 18,36$) de grossesse soit 8,61 SA. 80 patientes, soit 45,45 % des patientes avec métrorragies du premier trimestre consultaient pour saignement avec douleurs associées. L'EVA a été notée pour 17 de ces patientes soit 21,25 % des patientes douloureuses, la moyenne de ces EVA est de 4,71 ($\pm 2,26$).

Le tableau II résume les complications retrouvées au cours de la grossesse dans les deux groupes étudiés.

Tableau II. Complications du déroulement de la grossesse

	Cas (%) n=176	Témoins (%) n=352	p
Poids de naissance (g)	3227,78	3345,89	0,02
RCIU <10ème p	2 (1,14)	7 (1,99)	0,72
RCIU <3ème p	6 (3,41)	2 (0,57)	0,02
RPM	40 (22,73)	44 (12,50)	<0,01
	RPM <37SA	10 (5,68)	<0,01
	RPM ≥37SA	30 (17,05)	0,02
MAP	3 (1,70)	2 (0,57)	0,34
AP	14 (7,95)	6 (1,70)	<0,01
Hospitalisation	41 (23,30)	40 (11,36)	<0,01
Métrorragie T2	11 (6,25)	3 (0,85)	<0,01
Métrorragie T3	12 (6,82)	1 (0,28)	<0,01
Placenta praevia	3 (1,70)	1 (0,28)	0,11
HTA gestationnelle	4 (2,27)	3 (0,85)	0,23
Prééclampsie	5 (2,84)	6 (1,70)	0,52
Thrombopénie gestationnelle	3 (1,70)	13 (3,69)	0,28
Chorioamniotite	1 (0,57)	0 (0)	0,33

Concernant les hospitalisations en service de grossesses pathologiques la moyenne de la durée d'hospitalisation pour les patientes ayant eu des métrorragies est de 6,05 jours. La moyenne de séjour chez les patientes n'ayant pas eu de métrorragies à T1 est de 3,45 jours ($p=0,03$).

Les principaux motifs d'hospitalisation étaient pour les patientes ayant eu des métrorragies un traumatisme, un accident de la voie publique (AVP) ou une chute (7 patientes), une diminution des mouvements actifs foetaux MAF (6 patientes), un RCIU (6 patientes), une RPM avant 37 SA (6 patientes), des métrorragies à T2 ou T3 (5 patientes) et une cholestase gravidique (5 patientes).

Pour les patientes n'ayant pas eu de métrorragies les motifs principaux sont une diminution des MAF (9 patientes), une pré-éclampsie (6 patientes), un traumatisme, un AVP ou une chute (4 patientes) et une cholestase gravidique (4 patientes).

Certaines patientes ont été hospitalisées deux fois pour deux motifs différents ce qui explique qu'il y ait plus d'hospitalisations que notées dans le tableau II.

Concernant la prématurité, deux nouveau-nés sont nés avant 28 SA, un est né entre 28 et 32 SA et 11 entre 32 et 37 SA dans le groupe des patientes qui ont eu des métrorragies à T1. Dans le second groupe les six nouveau-nés nés prématurément sont nés entre 32 SA et 37 SA. Soit $p=0,11$ avant 28 SA, $p=0,33$ entre 28 et 32 SA et $p=0,02$ entre 32 et 37 SA.

Aucun HRP n'a été retrouvé chez les patientes ayant présenté des métrorragies, un l'a été chez les patientes sans métrorragies. ($p=0,32$)

Le tableau III résume le déroulement et les complications survenant au cours de l'accouchement chez les patientes de l'étude.

Tableau III. Déroulement et complications de l'accouchement

	Cas (%) n=176	Témoins (%) n=352	p
Terme (jours)	274,12	278,54	<0,01
Déclenchement	27 (15,34)	50 (14,20)	0,72
Hémorragie péripartum	3 (2,84)	0 (0)	0,04
Césarienne	28 (15,91)	64 (18,18)	0,52
Extraction instrumentale	22 (14,86)	27 (9,38)	0,07
HPP	27 (15,34)	17 (4,83)	<0,01
Rétention placentaire	17 (11,49)	15 (5,21)	<0,01

Les données concernant les nouveau-nés, leur adaptation à la vie extra-utérine et les complications néonatales sont résumées dans le tableau IV.

Tableau IV. Critères d'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau né et complications

	Cas (%) n=176	Témoins (%) n=352	p
Apgar à 1 min	8,9	9,5	<0,01
Apgar à 3 min	9,55	9,9	<0,01
Apgar à 5 min	9,82	9,97	<0,05
pH H0	7,24	7,26	<0,01
Lactates	3,68	3,41	0,09
Réanimation	11 (6,25)	8 (2,27)	0,02
Hospitalisation en néonatalogie	17 (9,66)	11 (3,13)	<0,01
Infection	5 (2,84)	4 (1,14)	0,17

Les motifs d'hospitalisation en néonatalogie sont, pour les nouveau-nés de mère ayant eu des métrorragies, la prématurité (10 nouveau-nés), la survenue d'infections materno-foetales (IMF) (4 nouveau-nés), les détresses respiratoires (2 nouveau-nés) et un RCIU inférieur au 3ème percentile. Les motifs de ceux nés de mère sans métrorragies du premier trimestre sont la prématurité et les détresses respiratoires (4 nouveau-nés chacun), une IMF, un ictère sévère et un accident vasculaire cérébral hémorragique.

24 (6,82%) pH et 27 (7,67%) lactates n'ont pas été techniqués dans le groupe de patientes n'ayant pas eu de métrorragies. 9 (5,11%) pH et lactates ne l'ont pas été dans le groupe de patientes ayant eu des métrorragies au premier trimestre.

Discussion

Après la survenue de métrorragies au 1er trimestre de la grossesse, on retrouve un risque accru d'accouchements prématurés ($p<0,01$), de RPM que ce soit avant ($p<0,01$) ou après 37 SA ($p=0,02$) en comparaison avec des patientes n'ayant pas eu de métrorragies en début de grossesse. Les résultats mettent également en évidence une augmentation des métrorragies des 2nd et 3ème trimestres ($p<0,01$), ainsi que des hémorragies péri-partum ($p=0,04$). Ces même patientes sont également plus souvent hospitalisées en unité de grossesses pathologiques ($p<0,01$). On retrouve plus d'hémorragies du post-partum et de rétentions placentaires au moment de l'accouchement ($p<0,01$).

Concernant les nouveau-nés, on retrouve un taux plus élevé de RCIU inférieur au 3ème percentile ($p<0,01$), le poids moyen de naissance des nouveau-nés est plus faible dans le premier groupe ($p<0,01$) et l'adaptation à la vie extra-utérine est en moyenne plus difficile pour ceux nés de mère ayant eu une grossesse marquée par des métrorragies au premier trimestre, les moyennes des scores d'Apgar sont inférieures à 1, 3 et 5 minutes de vie ($p<0,01$ à 1 et 3 minutes et $p<0,05$ à 5 minutes). La moyenne du pH obtenu par prélèvement au cordon est inférieure pour ces mêmes nouveau-nés ($p<0,01$). On retrouve plus de réanimations néonatales ($p=0,02$) et plus d'hospitalisations en unité de néonatalogie ($p<0,01$).

Parmi les limites de notre étude, nous pouvons noter un effectif, bien que conséquent, assez faible en comparaison aux autres séries sur le sujet avec lesquelles nous comparons nos résultats. En effet, elle ne concerne que 176 dossiers de « cas » et 352 de « témoins » ce qui peut conduire à un manque de puissance statistique. De plus, le design retrospectif de l'étude peut engendrer un biais de sélection du fait de données manquantes. Néanmoins, seuls 19 dossiers ont été retirés de l'étude car incomplets, soit 89,69% de dossiers inclus. Il n'existe pas d'étude française sur le sujet et les résultats retrouvés sont globalement concordant avec ceux de la littérature étrangère, on peut ainsi supposer que cette étude se rapproche de ce qui existe plus généralement en France. D'autre part, notre étude a évalué l'impact des métrorragies du premier trimestre sur l'adaption à la vie extra-utérine des nouveau-nés, critère faiblement retrouvé dans la littérature.

Tableau V : Descriptions des études

Auteurs	Type d'étude	Population de l'étude	Eléments étudiés	Résultats : Métrorragies à T1 versus absence de métrorragies à T1
Yang et al	Etude de cohorte, Prospective	528 patientes ayant eu des métrorragies à T1 155 patientes ayant eu des métrorragies à T2 2119 patientes n'ayant pas eu de métrorragies	RPM avant 37 SA AP	(RR=1,9, IC 95% =1,1-3,3) (RR=1,6, IC 95% =1,1-1,6)
Johns et al	Etude de cohorte, Prospective	214 patientes ayant eu des métrorragies à T1 214 patientes n'ayant pas eu de métrorragies	RPM AP Fausses couches tardives	7,9% vs 1,8% (p=0,003) 11,9% vs 5,6% (p=0,033) 3,3% vs 0,5% (p=0,052)
Lykke et al	Etude de cohorte, Rétrospective	16013 patientes ayant eu des métrorragies à T1 678904 patientes n'ayant pas eu de métrorragies	RPM AP PAG HTAG Pré-éclampsie HRP MFIU	6,0% vs 5,0% après 37 SA (p<0,001), 19,1% vs 16% avant 37 SA (p=0,032) 7,4% vs 4,0% (p<0,001) 6,0% vs 5,5% (p=0,001) 0,9% vs 1,0% (p=0,72) 5,2% vs 4,3% (p<0,001) 1,4% vs 1,0% (p<0,001) 0,6% vs 0,5% (p=0,066)
Weiss et al	Etude de cohorte, Prospective	9094 patientes ayant eu des métrorragies de faible abondance 252 patientes ayant eu des métrorragies d'abondance élevée 14160 patientes n'ayant pas eu de métrorragies	RPM AP HTAG Pré-éclampsie HRP Placenta prævia RCIU	2,3% vs 1,6% (faible abondance) (p=0,06), 5,3% vs 1,6% (abondance élevée) (=0,01) 9,1% vs 6,0% (faible abondance) (p=0,03), 13,8% vs 6,0% (abondance élevée) (p=0,02) 6,1% vs 5,7% (faible abondance) (p=0,67), 8,1% vs 5,7% (abondance élevée) (p=0,09) 3,5% vs 2,4% (faible abondance) (p=0,009), 2,8% vs 2,4% (abondance élevée) (p=0,8) 1,2% vs 0,8% (faible abondance) (p=0,03), 2,8% vs 0,8% (abondance élevée) (p<0,01) 0,6% vs 0,6% (faible abondance) (p=0,89), 1,6% vs 0,6% (abondance élevée) (p=0,08) 1,5% vs 1,0% (faible abondance) (p=0,09), 2,8% vs 1,0% (abondance élevée) (p=0,02)
Wijesiriwardaba et al	Etude de cohorte, Rétrospective	7,627 patientes ayant eu des métrorragies à T1 31633 patientes n'ayant pas eu de métrorragies	RPM AP Pré-éclampsie, éclampsie HRP Placenta prævia Hémorragies après 24 SA HPP Délivrances artificielles Poids de naissance <2,500kg Apgar à 5 minutes <7 Hospitalisation néonatales MFIU	0,7% vs 0,7% (p=0,55) 9,7% vs 6,0% (p<0,001) 5,7% vs 5,4%, 0,1% vs 0,1% (p=0,42 et p=0,41) 0,6% vs 0,5% (p=0,07) 0,3% vs 0,2% (p=0,017) 14,5% vs 8,4% (p<0,001) 9,7% vs 8,7% (p=0,78) 3,3% vs 2,3% (p<0,001) 9,6% vs 6,6% (p<0,001) 2,7% vs 2,4% (p=0,16) 16,7% vs 15,0% (p=0,29) 0,7% vs 0,7% (p=0,54)

Les données concernant les taux d'accouchements prématurés et de ruptures prématurées des membranes semblent correspondre avec ce qui existe déjà dans la littérature dans les étude de Lykke et al. (9), Yang et al. (12), Johns et al. (6) comme indiqué dans le tableau V.

Les résultats concernant les taux de pré-éclampsie et d'HTA gestationnelle diffèrent quelque peu de ce que l'on retrouve chez Wijesiriwardana et al. (10) et Weiss et al. (11) qui différencie les saignements de faible et d'importante quantité. Ils correspondent, en revanche, à ceux de Likke et al. concernant le taux de pré-éclampsie.

Pour ce qui concerne l'augmentation des taux d'hémorragies à T2 et T3 ceci s'accorde avec Wijesiriwardana et al. qui ont étudié les hémorragies à partir de 24 SA. Il en est de même pour les taux de rétentions placentaires.

En revanche les taux augmentés d'hémorragies du postpartum ne sont mis en évidence dans aucune autre étude et ils ne sont d'ailleurs cités que chez Wijesiriwardana et al.

Notre étude ne retrouve pas d'augmentation du taux d'HRP, contrairement à ce que l'on retrouve dans les études de Weiss et al. et Likke et al. Il en est de même concernant les taux de placenta praevia, les résultats semblent correspondre à l'étude de Weiss et al. mais pas à celle de Wijesiriwardana et al.

Aucune étude ne mentionne spécifiquement les RCIU inférieurs au 3ème percentile, malgré cela nos résultats semblent aller dans le même sens que les études de Weiss and al., Likke et al. et de Wijesiriwardana and al. en indiquant une différence entre les poids de naissance des nouveau-nés.

L'augmentation du taux d'hospitalisation en unité de néonatalogie chez les nouveau-nés correspond aux résultats de Wijesiriwardana et al. Cependant, leur étude, qui s'intéresse au score d'Apgar des nouveau-nés, ne va pas dans le sens de ce que nous retrouvons.

Les taux augmentés d'hospitalisation en unité de néonatalogie, de réanimation néonatale ainsi que la difficulté plus importante d'adaptation à la vie extra-utérine, sont probablement en lien direct avec les taux augmentés de prématurité et de RCIU inférieur au 3ème percentile retrouvés dans cette étude.

Le taux de grossesses évolutives après métrorragies ne correspond pas à ceux de la littérature. Cela pourrait s'expliquer par le fait que toutes patientes saignant au cours de leur premier trimestres de grossesse, ne consultent pas forcément aux urgences de gynécologie et

d'obstétrique. Il est également possible que des patientes ayant été incluses dans le groupe témoins aient saigné en début de grossesse sans que cela ne figure dans leur dossier obstétrical.

Une étude en double aveugle est en cours au CHU d'Angers depuis mars 2015, l'étude TRAAP. Celle-ci consiste à tester l'injection d'acide tranexamique après l'accouchement dans le but de voir si ceci diminue le nombre d'hémorragie de la délivrance. Vingt-quatre patientes incluses dans cette étude ont été intégrées dans le groupe témoin de ce mémoire. Il est possible que ceci est influencé le nombre d'hémorragie de la délivrance du groupe témoin, mais au vu du nombre de patientes et en considérant que la moitié d'entre elles ont eu un placebo, il resterait probablement une différence significative entre les deux groupes en l'absence de cette étude.

Les mètrorragies du 1^{er} trimestre ne sont pas sans conséquences que ce soit sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement ou l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Une fois les craintes de fausses couches écartées, il ne faut donc pas oublier que le reste de la grossesse peut être impacté. Il semble important de se renseigner sur la survenue de ces mètrorragies lors des consultations et de le notifier dans le dossier de la patiente afin de ne pas les négliger.

Bibliographie

1. Lansac J, magnin G. Grossesse qui saigne au premier trimestre. In: Obstétrique pour le praticien. ELSEVIER MASSON;
2. CNGOF. Principales complications de la grossesse – Hémorragie premier trimestre [Internet]. Available from :<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item/htm/cours.pdf>
3. Yang J, Savitz DA, Dole N, Hartmann KE, Herring AH, Olshan AF, et al. Predictors of vaginal bleeding during the first two trimesters of pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2005 Jul 1;19(4):276–83.
4. Poncheville LD, Marret H, Perrotin F, Lansac J, Body G, Ouedraogo C. Conduite à tenir devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse. ; Available from: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/19577/conduite-a-tenir-devant-des-metrorragies-du-premier-trimestre-de-la-grossesse>
5. Lucovnik M, Tul N, Verdenik I, Blickstein I. Perinatal outcomes in singleton and twin pregnancies following first-trimester bleeding. *J Perinatol.* 2014 Sep;34(9):673–6.
6. Johns J, Jauniaux E. Threatened Miscarriage as a Predictor of Obstetric Outcome: *Obstet Gynecol.* 2006 Apr;107(4):845–50.
7. Hossain R, Harris T, Lohsoonthorn V, Williams A. Risk of Preterm Delivery in Relation to Vaginal Bleeding in Early. [Internet]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726845/pdf/nihms35791.pdf>
8. Szymusik I, Bartnik P, Wypych K, Kolaczkowska H, Kosinska-Kaczynska K, Wielgos M. The association of first trimester bleeding with preterm delivery. *J Perinatal Med.* 2015 Sep;43(5):525–9.
9. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard Ø, Langhoff-Roos J. First-Trimester Vaginal Bleeding and Complications Later in Pregnancy: *Obstet Gynecol.* 2010 May;115(5):935–44.
10. Wijesiriwardana A, Bhattacharya S, Shetty A, Smith N, Bhattacharya S. Obstetric Outcome in Women With Threatened Miscarriage in the First Trimester: *Obstet Gynecol.* 2006 Mar;107(3):557–62.
11. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Threatened abortion: a risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Mar;190(3):745–50.
12. Yang J, Hartmann KE, Savitz DA, Herring AH, Dole N, Olshan AF, et al. Vaginal Bleeding during Pregnancy and Preterm Birth. *Am J Epidemiol.* 2004 Jul 15;160(2):118–25.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	6
RÉSULTATS.....	8
DISCUSSION.....	13
BIBLIOGRAPHIE.....	17

RÉSUMÉ

Objectif : Le but de ce mémoire est d'étudier et de mettre en évidence les complications de la grossesse, de l'accouchement et celles concernant le nouveau-né à sa naissance en lien avec la survenue de métrorragies au premier trimestre de la grossesse.

Matériel et méthodes : Cette étude est une étude rétrospective, comparative cas-témoins et monocentrique. 176 patientes ont été incluses dans le groupe de patientes ayant eu des métrorragies au premier trimestre de leur grossesse. 352 patientes n'ayant pas saigné ont été incluses dans le groupe de contrôle.

Résultats : Les patientes de l'étude ayant eu des métrorragies en début de grossesse présente plus de RPM avant ($p<0,01$) ou après 37 SA ($p=0,02$) ainsi que plus d'accouchements prématuress ($p<0,01$). On retrouve également plus d'hémorragie à T2 et T3 ($p<0,01$), en péri-partum ($p=0,04$) ou encore en post-partum ($p<0,01$). Ces patientes sont plus souvent hospitalisées ($p<0,01$) et ont plus de rétention placentaire ($p<0,01$). Concernant les nouveau-nés on retrouve plus de RCIU inférieur au 3ème percentile ($p<0,01$), des scores d'Apgar inférieurs à 1, 3 ($p<0,01$) et 5 minutes ($p<0,05$) de vie, la moyenne du pH de naissance est également plus basse ($<0,01$), les nouveau-nés de mères ayant eu des métrorragies au premier trimestre de leur grossesse nécessitent plus souvent d'une réanimation ($p=0,02$) et d'une hospitalisation en unité de néonatalogie ($p<0,01$).

Conclusion : La survenue de métrorragies en début de grossesse n'est pas un événement sans conséquence, différentes complications peuvent survenir au cours de celle-ci et avoir des conséquences sur le nouveau-né.

mots-clés : métrorragies, premier trimestre, complications, grossesse

ABSTRACT

Objective: The goal of this dissertation is to study and highlight the complications of pregnancy and delivery and other complications concerning newborn babies at birth in relation to the occurrence of metrorrhagia during the first quarter of pregnancy.

Material and methods: This is a retrospective study, using comparative, case-control and single-institution techniques. 176 patients were included in the group of patients who had metrorrhagia during the first quarter. 352 patients who did not bleed have been included in the control group.

Results: Patients who had metrorrhagia in the beginning of pregnancy show more PROM before ($P<0,01$) or after 37 weeks of amenorrhea ($p=0,02$) and more premature deliveries ($p=0,01$). Also, we find more haemorrhages at T2 and T3 ($p<0,01$), in peri-partum ($p=0,04$) and post-partum ($p<0,01$). Those patients are more often hospitalized ($p<0,01$) and more often have a retained placenta ($p<0,01$).

Concerning newborn babies, we find more RCIU lower than the 3rd percentile ($p<0,01$), Apgar scores lower than 1,3 ($p<0,01$) and 5 minutes ($p>0,05$) of life; the PH average at birth is also lower (0,01).

Finally, newborn babies of mothers who had metrorrhagia in the first quarter need more often to be resuscitated ($p=0,02$) and to be hospitalized in a department of neonatology ($p<0,01$).

Conclusion: The manifestation of metrorrhagia in the beginning of the pregnancy is not an event without consequence, as different complications can arise during pregnancy and can have effects on the newborn baby.

keywords : vaginal bleeding, first trimester, complications, pregnancy

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Le Calonnec Lila
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 16/03/16

LE CALONNEC Lila

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

