Document généré le 11 août 2025 18:35

Soins d'urgence
La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

Les saignements du premier trimestre à l'urgence : comment améliorer nos pratiques chez la femme enceinte ?

Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL et Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA

Volume 1, numéro 2, automne 2020

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1101853ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1101853ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (imprimé)
2816-6906 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Carrier, J. & Amiot, N. (2020). Les saignements du premier trimestre à l'urgence : comment améliorer nos pratiques chez la femme enceinte ? *Soins d'urgence*, *1*(2), 20–27. https://doi.org/10.7202/1101853ar

Résumé de l'article

La prise en charge des saignements lors du premier trimestre de la grossesse peut être complexe. Premièrement, la famille peut manifester des besoins psychologiques et émotionnels particuliers nécessitant un soutien personnalisé. De plus, les saignements peuvent être la manifestation de complications des différentes gravités nécessitant une prise en charge et un suivi plus avancés. Cet article présente les lignes directrices globales quant à la prise en charge de ces saignements et des complications associées.

© Jessie Carrier et Nathalie Amiot, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

PRATIQUE CLINIQUE

Les saignements du premier trimestre à l'urgence : comment améliorer nos pratiques chez la femme enceinte ?

La prise en charge des saignements lors du premier trimestre de la grossesse peut être complexe. Premièrement, la famille peut manifester des besoins psychologiques et émotionnels particuliers nécessitant un soutien personnalisé. De plus, les saignements peuvent être la manifestation de complications des différentes gravités nécessitant une prise en charge et un suivi plus avancés. Cet article présente les lignes directrices globales quant à la prise en charge de ces saignements et des complications associées.

par Jessie Carrier et Nathalie Amiot

INTRODUCTION

Les femmes enceintes font partie courante de la clientèle qui se présente aux urgences. Les motifs les plus fréquents de consultation chez cette clientèle sont les douleurs pelviennes, les saignements vaginaux, les nausées, les céphalées, les vertiges et les syncopes [1,2]. En effet, les saignements du premier trimestre sont présents dans 25 % des grossesses [1-3]. Jusqu'à 50 % de ces saignements se termineront en avortement spontané, ce qui correspond à environ une grossesse sur six [1,2]. Leur prise en charge peut s'avérer complexe pour les professionnels de la santé aux niveaux physique, psychologique et émotionnel. Au niveau physique, il faut penser entre autres aux symptômes, aux pathologies courantes, aux complications de la grossesse et à l'administration de la médication qui est parfois limitée en lien avec les risques de tératogénicité. Au niveau psychologique et émotionnel, c'est plutôt la détresse qu'entraîne la consultation ou bien le deuil possible d'une grossesse désirée qui nécessite le plus d'accompagnement de la part des professionnels [1-3].

Cet article se concentrera sur les saignements du premier trimestre qui sont une cause fréquente de consultation à l'urgence. Il vous permettra d'être mieux outillé à accompagner ces familles dans leur épisode de soins, pour lesquelles le dénouement peut être malheureux et angoissant.

LES CAUSES DE SAIGNEMENT LORS DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Dès le triage, il est pertinent d'expliquer à la patiente et à sa famille qu'il y a différentes causes de saignements vaginaux au premier trimestre telles que l'avortement spontané, la grossesse ectopique, l'hématome sous-chorionique, la maladie trophoblastique gestationnelle et les saignements bénins [1,3-8]. Il faut toutefois demeurer objectif et éviter de banaliser ou de faire de la fausse réassurance. Puisqu'il s'agit d'une grande préoccupation, cette étape du séjour à l'urgence a été démontrée comme étant importante dans la compréhension de la situation des familles et améliore la satisfaction des soins reçus [5,12,13]. À cet effet, le **Tableau 1** présente les différentes causes de saignements lors du premier trimestre ainsi que les particularités de chacune [1,3-8].

Tableau 1. Causes possibles de saignement vaginal au premier trimestre.

Saignement du premier trimestre	Définition	Causes/Facteurs de risque
Menace d'avortement ou avortement spontané Synonyme: Fausse couche	Avortement spontané: • « Mort embryonnaire ou fœtale non induite, ou l'expulsion des produits de conception avant la 20e semaine » [31] Menace d'avortement: • « Métrorragie sans dilatation du col se produisant pendant cette période et indiquant la survenue possible d'une fausse couche… » [31]	• Anomalies chromosomiques • Développement zygotique anormal • Exposition à des substances tératogènes (tabac, alcool, drogues, etc.) • Nidation anormale • Anomalies de l'appareil génital ou placentaire • Faiblesse du col utérin • Maladie chronique chez la mère (déséquilibre endocrinien, complexe TORCH* et syndrome des antiphospholipides)
Grossesse ectopique Synonyme: Grossesse extra-utérine	« L'implantation se produit dans un site autre que le revêtement endométrial de la cavité utérine, dans la trompe de Fallope, la corne de l'utérus ou la cavité abdominale/pelvienne. Les grossesses extra-utérines ne peuvent pas être menées à terme et finissent par se rompre ou involuer » [32]	• Lésions tubaires secondaires à un syndrome inflammatoire pelvien ou à une chirurgie • Anomalie tubaire congénitale • Endométriose • Grossesse ectopique antérieure • Présence d'un stérilet • Fécondation in vitro (FIV) • Autres facteurs possibles: tabagisme, contraceptif à progestérone seul
Hématome sous-chorionique	Accumulation anormale de sang entre le placenta et la paroi utérine qui entraîne parfois un décollement partiel du placenta	• Développement anormal du placenta • Implantation anormale de l'ovule fécondé • FIV • Tabagisme et/ou ingestion d'alcool • Âge avancé > 35 ans • Grande multiparité ou grossesse multiple • Antécédent de décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) • Thrombophilie maternelle • Traumatisme
Maladie trophoblastique gestationnelle Synonyme: Grossesse môlaire ou môle hydatiforme	• « Prolifération de tissus trophoblastique » [33] • « Villosités choriales du placenta se transforment en grappes de vésicules remplies de liquide (hydropiques), tandis qu'un espace rempli de liquide se forme au centre du placenta » [6]	• Âge < 15 ans ou > 45 ans • Antécédent de môle • Antécédents familiaux

Saignement bénin de la grossesse
• Saignement d'implantation
• Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin
	Saignement d'implantation:
	• Œuf fécondé (zygote) qui se fixe sur la paroi de l'utérus pouvant créer de microlésions et causer des saignements
	
	Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin:
	• Le col est très friable et vascularisé, donc il est plus susceptible de saigner durant la grossesse
		• Lésions ou polypes cervicaux
		• Trauma au col:
		  • Après une relation sexuelle
		  • Après un examen gynécologique
		• Activité physique intense

*TORCH: Toxoplasmose, Others (Syphilis, VIH, Varicelle, Parvovirus) Rubéole, Cytomégalovirus, Herpès

Source : [1,3-8]

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ASSOCIÉE AUX SAIGNEMENTS DU PREMIER TRIMESTRE

Durant la prise en charge, un élément à ne pas négliger est le côté psychologique en lien avec les saignements lors de la grossesse autant pour la femme que pour sa famille. Il s'agit d'une grande source de stress pour eux, et ce, pour de multiples raisons. Tout d'abord, cette période est souvent perçue comme une menace pour la grossesse et s'accompagne d'une grande culpabilité, de tristesse, de peur et de beaucoup d'inquiétude [1,5,12]. Étant donné la possibilité de fin de grossesse, l'angoisse et le deuil de l'enfant tant attendu débutent avant même l'arrivée à l'urgence [1,10,11]. Puisque les saignements du premier trimestre peuvent avoir une issue défavorable, il est important d'explorer et de reconnaître les préoccupations et la détresse de la patiente et du partenaire qui vivent un moment difficile [5]. Afin de valider leur détresse, il est recommandé de faire preuve d'empathie et d'écoute active envers leurs émotions et d'être attentionné [5]. Il est également important de les inclure dans les discussions et les décisions tout en respectant leur intimité et leur rythme [5]. Ces facteurs ont une influence sur la perception des soins et l'expérience à l'urgence [5].

D'autres facteurs peuvent contribuer à augmenter la détresse vécue par les familles. Le temps d'attente peut être perçu comme trop long. Les patientes ressentent souvent de la douleur et croient que le saignement vaginal nécessite des soins urgents et que l'issue de la grossesse peut être modifiée avec des soins plus rapides. Ainsi, les familles peuvent avoir des attentes et des insatisfactions en lien avec leur séjour à l'urgence [5,9,12,13]. Le délai d'attente peut être perçu comme interminable, surtout s'ils doivent attendre dans la salle d'attente générale et non dans un endroit privé en toute intimité [5]. Dans le contexte actuel d'achalandage élevé des urgences, il n'est pas toujours possible d'offrir une salle privée aux familles. Si possible, cette petite attention pourrait grandement changer leur expérience de soin et atténuer leur stress [5]. Aussi, la charge de travail élevée des professionnels, l'utilisation de termes médicaux et le manque de connaissances sur les saignements du premier trimestre contribuent à augmenter l'anxiété des familles [1]. Ainsi, le simple fait de faire de l'enseignement en se basant sur leurs savoirs actuels et en s'adaptant à leur niveau de littératie pourrait atténuer leur stress. Il est donc essentiel en tant que professionnels de la santé d'être conscients de ces facteurs de stress et du besoin de soutien des familles afin d'améliorer leur expérience de soins.

QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE AUX SAIGNEMENTS

Afin de bien questionner les patientes au triage et de déterminer l'urgence d'agir, il est tout d'abord essentiel de connaître le nombre de semaines de grossesse complétées. Cette information sera utile pour déterminer s'il s'agit d'un saignement du premier, deuxième ou troisième trimestre. Le premier trimestre se termine à la fin de la 14e semaine de grossesse [4-7]. De plus, à partir de 20 semaines, les patientes sont, dans la plupart des centres hospitaliers du Québec, orientées directement à la salle d'accouchement.

Par la suite, il faut questionner plus en détail les saignements pour préciser l'étiologie et les symptômes. À ce sujet, il est important de se renseigner sur la quantité de saignement [6]. En premier lieu, il faut connaître le type de protection utilisé puisque le degré d'absorption peut varier. Il faut également connaître la fréquence des changements et le pourcentage de la protection imbibée. Par exemple, une patiente pourrait répondre qu'elle utilise des protège-dessous (serviettes minces, peu absorbantes), et qu'ils sont souillés à environ 75 % à chaque 4 heures. Une autre pourrait répondre qu'elle utilise des serviettes hygiéniques maxi (ultra absorbantes) et doit les changer toutes les heures parce qu'elles sont souillées à 100 %. Cette information est cruciale afin de déterminer la gravité de la situation. Un saignement est considéré abondant si la patiente imbibe une serviette maxi ou deux serviettes régulières par heure pendant plus de 2 heures consécutives [4,15]. Afin de faciliter le décompte des serviettes hygiéniques, il est préférable d'en offrir une nouvelle dès le départ et de les diriger vers les salles de bain au besoin; ces petites attentions sont bien appréciées de la part des patientes [5]. En plus de la quantité, il faut s'informer sur l'aspect des saignements, soit la couleur (brunâtre, rosé ou rouge clair) et la présence ou non de caillots [6]. De plus, il est essentiel de valider le moment d'apparition des saignements pour déterminer la durée et pour constater s'il y a un lien de cause à effet avec une relation sexuelle, un examen gynécologique ou un trauma, par exemple [6].

Figure 1. Aide-mémoire pour le questionnaire des saignements du premier trimestre.

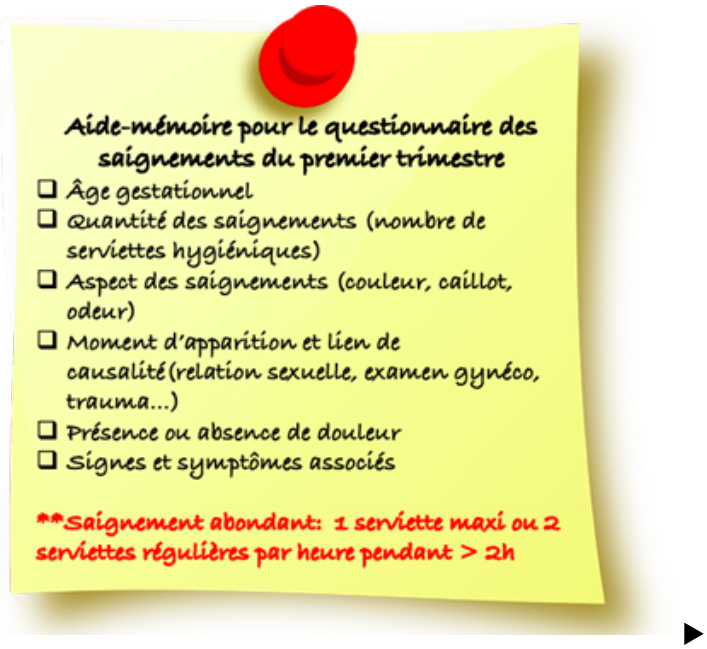

Tableau 2. Signes et symptômes des différentes causes de saignement du premier trimestre.

Saignement du premier trimestre	Questionnaire	Examen physique
Menace d'avortement ou avortement spontané Synonyme: Fausse couche	Avortement spontané ou menace d'avortement: • Douleur sous forme de crampes abdominales • Douleur parfois irradiante au niveau lombaire • Saignements vaginaux rouges clairs avec possibilité de caillots	• Dilatation du col si avortement spontané • Col fermé si menace d'avortement
Grossesse ectopique Synonyme: Grossesse extra-utérine	• Douleur très vive unilatérale • Douleur parfois irradiante à l'épaule droite • Syncope possible (si rupture) • Saignements vaginaux variables	• Examen abdo/pelvien douloureux avec ou sans défense • Rigidité abdominale possible • Douleur lors de la décompression
Hématome sous-chorionique	• Peu ou pas de douleur abdominale (variable selon la gravité de l'hématome) • Saignements vaginaux (Absent ou de léger à abondant selon le cas) • Parfois présence de caillots	• Sans particularité
Maladie trophoblastique gestationnelle Synonyme: Grossesse môlaire ou môle hydatiforme	• Généralement absence de douleur • Saignements vaginaux (surtout brunâtre) • Parfois perte de vésicules hydropiques • Hyperémèse gravidique (Nausées sévères) • Signes et symptômes d'hyperthyroïdie • Thrombose	• Hauteur utérine augmentée par rapport à l'âge gestationnel • Hypertension artérielle gestationnelle
Saignement bénin de la grossesse • Saignement d'implantation • Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin	Saignement d'implantation: • Saignements vaginaux vers 5-6 semaines de grossesse Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin: • Généralement absence de douleur • Spotting ou saignements vaginaux légers • Parfois dyspareunie**	• Présence de lésion ou polype au niveau du col • Friabilité du col lors de l'examen

**Dyspareunie: Douleur pendant ou après la pénétration, soit à l'entrée du vagin ou profonde.

Source : [1,3-8]

Finalement, il faut s'interroger sur la présence ou non de douleur puisque cela peut modifier la priorité de triage et ainsi, l'urgence d'agir. Si la patiente présente de la douleur, il faut la questionner à l'aide de l'acronyme PQRSTU bien connu de tous les infirmières et infirmiers. Pour plus d'informations, le **Tableau 2** contient les renseignements sur les signes et symptômes spécifiques aux différentes causes [1,3-8]. D'autres signes et symptômes peuvent être présents en cas de douleur vive ou de saignement abondant comme des étourdissements, des nausées, des vomissements, une syncope, des palpitations et des épisodes d'hypotension. Afin de ne rien oublier dans le questionnaire, un aide-mémoire résumé est disponible en consultation à la **Figure 1**.

PRISE EN CHARGE DES SAIGNEMENTS DU PREMIER TRIMESTRE

Même si le questionnaire est bien détaillé, il est impossible d'émettre une hypothèse diagnostique basée uniquement sur l'anamnèse. Seuls une échographie et un contrôle sanguin du Bêta-hCG permettent de confirmer l'étiologie des saignements lors de la grossesse. Les patientes auront sûrement beaucoup de questions dans les heures qui suivront le triage, puisque cette période d'attente, jusqu'au diagnostic, est une grande source d'inquiétudes [5-12]. Il est donc primordial de bien les informer sur les étapes à suivre. Afin de diminuer la charge de travail au triage et d'améliorer la rétention d'information qui peut parfois être difficile en cas de grand stress [5], plusieurs centres hospitaliers mettent à disposition des fiches d'informations ▶

sur les saignements du premier trimestre qu'il est possible de remettre aux patientes.

En premier lieu, il est fort probable que la patiente ait initialement une prise de sang et une échographie. Selon le moment de consultation et la disponibilité, l'échographie peut parfois être réalisée le lendemain ou dans les journées subséquentes. Dans les analyses sanguines, il est possible qu'un Bêta-hCG, une formule sanguine complète (FSC) et le groupe sanguin soient demandés. Le Bêta-hCG permet de donner un aperçu de l'âge gestationnel **(Tableau 3)** [14]. Par contre, une seule mesure est souvent insuffisante pour déterminer si la grossesse est viable ou non et de ce fait, il faut parfois faire un contrôle 24 à 48 heures plus tard pour déterminer s'il y a élévation ou non de l'hormone [16]. Il est attendu que le taux de bêta-hCG augmente minimalement de 55 % en 48 heures si la grossesse est viable. Si ce n'est pas le cas, surtout avant sept semaines de gestation, cela est suggestif d'un avortement spontané, d'une menace d'avortement ou d'une grossesse ectopique [16]. En effet, en cas de grossesse ectopique, le niveau de Bêta-hCG sera plutôt faible par rapport au nombre de semaines de grossesse, tandis qu'en présence d'une maladie trophoblastique gestationnelle, le niveau sera très élevé.

Tableau 3. Taux d'hormone gonadotrophine chorionique (Bêta-hCG quantitatif) selon l'âge gestationnel.

ÂGE GESTATIONNEL	VALEURS NORMALES
Non enceinte	< 5,0 mUI/ml
1 à 3 semaines	5 à 50 mUI/ml
4 semaines	5 à 425 mUI/ml
5 semaines	20 à 7 400 mUI/ml
6 semaines	1 000 à 56 000 mUI/ml
7-8 semaines	7 600 à 230 000 mUI/ml
9 à 12 semaines	25 000 à 290 000 mUI/ml
13 à 16 semaines	13 000 à 254 000 mUI/ml
17 à 24 semaines	4 000 à 166 000 mUI/ml
> 24 semaines	3 400 à 117 00 mUI/ml

La FSC est utilisée pour déterminer l'importance de la perte sanguine et la présence ou non d'augmentation des globules blancs. Le groupe sanguin est essentiel pour déterminer si la patiente est à risque d'une allo-immunisation foeto-maternelle en cas d'avortement spontané [17,18]. En effet, si son groupe sanguin est Rhésus (Rh) négatif et que le conjoint a un Rh positif, le bébé a 50 % de chances d'être Rh positif. Si c'est le cas, il y a un risque de production d'anticorps qui pourraient attaquer les cellules sanguines du bébé et il est nécessaire d'administrer des immunoglobulines humaines anti-D (WinRho) pour prévenir la maladie hémolytique du nouveau-né lors des grossesses subséquentes qui peut causer l'anémie néonatale, l'ictère, la mort in utéro ou le décès du nouveau-né en lien avec la destruction des hématies [17,18].

Ensuite, au niveau échographique, il est important d'expliquer à la patiente les différentes possibilités. Il existe deux types d'échographies, soit l'échographie pelvienne et l'échographie endovaginale. L'échographie pelvienne est la plus fréquemment utilisée, mais l'échographie endovaginale peut être faite lors d'une grossesse de moins de 10 semaines afin de faciliter la visualisation de l'embryon et du cœur fœtal.

Enfin, un examen gynécologique est souvent exécuté afin de visualiser l'état du col de l'utérus. Si le médecin observe une dilatation du col ou des débris de grossesse au niveau vaginal, ce sont des signes d'avortement spontané [6]. Le praticien pourrait également apercevoir un polype, une lésion cervicale ou bien une friabilité du col qui sont trois causes de saignements bénins de la grossesse.

ENSEIGNEMENT À PRODIGUER

Peu importe la cause du saignement, un enseignement adapté s'avère très important et pourra rassurer la patiente et sa famille. Même si l'enseignement diffère selon le diagnostic, il y a un élément commun pour tous les types de saignement. Il est recommandé de ne rien introduire dans le vagin ni d'avoir de relation sexuelle jusqu'à la fin des saignements [6,15,19,22]. Certains écrits mentionnent même jusqu'à une semaine après l'arrêt des saignements. Voyons maintenant les spécificités de l'enseignement de chacune des causes de saignement du premier trimestre.

Avortement spontané

Lorsque le diagnostic se confirme et qu'il s'agit d'une fausse couche, il est essentiel de bien accompagner la famille dans ce dénouement malheureux. L'une des premières interventions à mettre en œuvre est d'expliquer que ce n'est pas de leur faute et de faire un rappel sur les causes et facteurs possibles qui augmentent la menace d'avortement [5]. En effet, l'avortement est souvent secondaire à des anomalies génétiques majeures lors de la conception sans toutefois être héréditaire et récurrent, donc une grossesse suivante n'aurait pas nécessairement la même issue, ce qui est rassurant [22]. Si les familles ressentent une grande culpabilité, il est possible de leur préciser que ce n'est pas secondaire à une infertilité, un grand stress, une fatigue importante ou une relation sexuelle. Également, si la patiente a suivi les recommandations sur l'alimentation et le sport, ils ne sont probablement pas des causes d'avortement spontané. Ensuite, il faut être en mesure de bien informer la patiente sur son diagnostic. Il peut s'agir d'un avortement complet ou incomplet et les interventions à suivre peuvent être différentes. L'avortement complet indique que tous les produits de conception ont été évacués naturellement et aucune autre ▶

intervention médicale ne sera nécessaire pour le moment. Il est possible qu'un Bêta-hCG ou une échographie de contrôle soit demandés quelques semaines plus tard pour confirmer que la grossesse est bel et bien terminée et qu'il n'y a aucune rétention de produit de conception [6-8].

Si l'avortement est incomplet, cela indique qu'il y a une rétention placentaire et/ou fœtale. L'avortement pourrait se compléter seul de façon naturelle, mais parfois, si la rétention persiste, le recours à une méthode médicale (chimique) ou chirurgicale est nécessaire [6-8]. L'option de prise en charge naturelle consiste à laisser le corps expulser lui-même les débris restants dans l'utérus et faire un contrôle échographique afin de s'assurer qu'ils ont tous été expulsés. Du côté médical, cela consiste à prendre un médicament appelé Misoprostol afin d'induire des contractions utérines, de ramollir le col et ainsi faciliter l'expulsion des débris [22,23]. Enfin, l'option chirurgicale appelée « dilatation et curetage » est une intervention qui consiste en l'insertion de cathéters stériles à l'intérieur du col utérin afin de le dilater pour se rendre jusqu'à l'intérieur de l'utérus et aller chercher mécaniquement, à l'aide d'une curette ou d'une aspiration, les débris restés à l'intérieur de l'utérus [6,22,24]. Il est important que la patiente soit informée de toutes les options disponibles pour prendre une décision libre et éclairée [5].

Ensuite, il est primordial d'enseigner les symptômes possibles après une fausse couche et également les signes et symptômes d'alarme à identifier en cas de complication. Il est fréquent que les femmes ressentent des crampes abdominales et des saignements légers à abondants durant l'avortement, surtout avec l'utilisation du Misoprostol [6,15]. Il est normal que les saignements durent jusqu'à deux semaines après l'évènement [15,19,22]. Les menstruations reprennent habituellement entre quatre et huit semaines après l'avortement [15]. Deux principales complications peuvent survenir suite à un avortement spontané, soit la rétention du produit de conception et une infection, qui peut même évoluer en syndrome du choc toxique [15]. Lorsque l'avortement est incomplet et qu'il y a une rétention de produits de conception pendant quelques semaines, cela peut entraîner des saignements abondants ou prolongés, des écoulements vaginaux colorés et nauséabonds, des douleurs abdominales plus importantes, de la fièvre et des frissons pendant plus de 24 heures [15]. En cas de syndrome du choc toxique, la douleur sera quant à elle plus faible et la fièvre absente ou légère [15]. Les patientes ressentiront plutôt un malaise généralisé et auront des nausées, des vomissements, des diarrhées, de l'œdème et des symptômes pseudo grippaux. Au niveau hémodynamique, elles présenteront une tachycardie et de l'hypotension [15]. Certaines patientes présentent même des symptômes dépressifs et de deuil tels que la fatigue, la perte d'appétit, la difficulté de concentration et l'insomnie [19].

Grossesse ectopique

Si le diagnostic est une grossesse ectopique, deux options peuvent être offertes aux patientes. Un traitement médical avec une faible dose de Méthotrexate peut être proposé selon certaines conditions; la trompe de Fallope doit être intacte, l'ovule fécondé doit mesurer moins de 3,5 cm à l'échographie et la patiente doit être stable au plan hémodynamique [6,7]. Ce médicament sert à interrompre le développement des cellules embryonnaires et met ainsi fin à la grossesse [25]. Avec le traitement médical, un suivi de l'hormone bêta-hCG devra également être fait pour s'assurer de l'efficacité du traitement puisqu'une deuxième dose est parfois nécessaire. Bien que le Méthotrexate ne semble pas avoir d'impact sur les grossesses subséquentes, il est préférable d'attendre trois à six mois après son administration avant de retomber enceinte pour limiter le risque de malformation [25].

Ensuite, un traitement chirurgical pourrait également être proposé comme une salpingotomie linéaire par laparoscopie, qui consiste à aller retirer l'ovule fécondé en faisant une petite incision dans la trompe. En dernier recours, si la trompe est rupturée, une salpingectomie par laparoscopie sera réalisée [6,7].

Hématome sous-chorionique

Si le diagnostic est un hématome sous-chorionique et que la grossesse est confirmée viable à l'échographie, la littérature ne démontre pas davantage à recommander un repos complet [20,27]. Par contre, les professionnels de la santé recommandent tout de même certaines précautions jusqu'à l'arrêt des saignements [20] :

- Éviter tout sport avec impact;
- Éviter de soulever des charges lourdes;
- Éviter de faire des longues routes en voiture;
- Éviter d'être debout pendant une période prolongée.

Il n'existe aucun traitement pour l'hématome; celui-ci se résorbera normalement par lui-même. Par contre, le médecin pourrait demander un suivi échographique. Les patientes se questionnent également sur la possibilité d'un avortement spontané en cas d'hématome. En effet, plus l'hématome est grand, plus le risque de fausse couche augmente, surtout s'il mesure plus de 25 % du sac gestationnel [28].

Maladie trophoblastique gestationnelle

En cas de découverte d'une maladie trophoblastique gestationnelle, il est nécessaire de procéder à un curetage chirurgical de l'utérus. On peut même procéder à une hystérectomie si la femme est plus âgée et ne désire pas d'autre grossesse [6,7]. Suite au traitement chirurgical, un suivi très étroit est assuré auprès de la patiente vu le risque d'évolution en cancer (choriocarcinome), malgré qu'il soit faible [6]. Ce suivi comporte tout d'abord des contrôles rapprochés de bêta-hCG jusqu'à son retour à la normale [6,7]. Il est également nécessaire d'avoir une contraception efficace durant minimalement six mois ou jusqu'à la normalisation du bêta-hCG pour ne pas confondre ▶

une élévation de l'hormone secondaire à une grossesse versus une évolution vers un cancer [7,26]. En effet, si le bêta-hCG augmente en l'absence d'une grossesse, c'est un signe d'évolution vers un choriocarcinome [6,7].

Saignement bénin de la grossesse

Pour ce qui est du saignement bénin de la grossesse, il n'y a pas d'enseignement particulier à faire aux patientes puisqu'il n'y a pas de danger pour la grossesse. Vous pouvez seulement leur faire un rappel sur les causes possibles et faire de la réassurance sur le côté bénin du saignement.

Grossesses subséquentes

Pour finaliser l'enseignement, l'un des éléments qui préoccupe beaucoup les couples en cas de saignement est l'impact sur les grossesses futures [5]. Pour les fausses couches, il est pertinent de leur expliquer qu'après seulement un ou deux épisodes, cela n'augmente pas nécessairement les risques d'en refaire une autre et que seulement un faible pourcentage de femmes sont atteintes de pathologies pouvant les rendre susceptibles d'en faire à répétition, comme le syndrome des antiphospholipides [6]. D'autres se questionnent sur le meilleur moment pour retomber enceinte. Si l'issue de la grossesse est un avortement spontané, il peut être acceptable de retomber enceinte après deux ou trois semaines, mais cela dépendra du retour des menstruations. La plupart des femmes réussissent à retomber enceintes dans un délai d'un an après l'avortement [15]. Dans un cas de grossesse ectopique, une femme a de trois à huit fois plus de chances que les autres d'en refaire une autre, cependant, la plupart d'entre elles réussiront à avoir une grossesse normale dans le futur [21]. Selon les recommandations du médecin et le type d'intervention, le délai d'attente avant une nouvelle grossesse est variable et peut aller jusqu'à six mois. Dans le cas d'une maladie trophoblastique gestationnelle, la plupart des femmes sont en mesure d'avoir une grossesse normale [29]. Seulement 1 à 9 % des femmes ont une chance de récidive [26]. Si la patiente a un antécédent de grossesse ectopique ou de maladie trophoblastique gestationnelle, dès qu'une nouvelle grossesse est confirmée avec un test urinaire, il est important qu'elle avise rapidement son médecin pour faire une échographie précoce qui permettra de s'assurer du bon emplacement de l'embryon et/ou d'un développement gestationnel normal [26-30].

Afin de ne rien oublier dans l'enseignement sur les saignements du premier trimestre, un aide-mémoire résumé est disponible en consultation à la **Figure 2**.

SUIVI À PLANIFIER AU CONGÉ

Enfin, la continuité des soins est très importante au congé. Il faut s'assurer que la patiente pourra avoir un rendez-vous de suivi, peu importe l'issue de la grossesse. Que ce soit avec le médecin de l'urgence ou leur médecin de famille, cela leur permettra de faire un suivi de leur santé physique et psychologique, mais également de pouvoir répondre à leurs questions [5].

Figure 2. Aide-mémoire pour l'enseignement suite à un saignement du premier trimestre.

Il est aussi possible d'offrir des ressources de soutien psychologique en cas de non-viabilité de la grossesse. Voici quelques ressources disponibles:

- Site internet du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine
- Parents orphelins : Association québécoise des parents vivants un deuil parental
- Nos petits anges au paradis : Soutien pour les parents qui vivent un deuil périnatal
- Service psychosocial du CISSS-CIUSSS
- 8-1-1, option 2 (soutien psychologique)
- Centre des pertes reproductives : Services professionnels de soutien face à la douleur de perdre un enfant
- Pregancy and infant loss (PAIL) network - en anglais seulement

CONCLUSION

En conclusion, les saignements du premier trimestre peuvent être une expérience pénible et angoissante pour les familles. Tel que présenté dans cet article, les soins prodigués à l'urgence peuvent avoir un impact important sur leur santé psychologique et sur les grossesses suivantes. À ce titre, il est important d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes qui présentent des complications au premier trimestre [9]. C'est par l'amélioration de l'enseignement et du soutien psychologique que la détresse des familles sera moindre et que les professionnels de la santé auront un impact réel sur leur expérience à l'urgence et sur la prise en charge globale. ■

SOUTIEN FINANCIER

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.

Les auteures

Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL
Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CISSS de la Montérégie-Est

Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA
Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Références

1. Cevik Ates A, Topatan S. The relationship between support systems and anxiety in couples admitted to the emergency department with vaginal bleeding. Int Emerg Nurs. 2019;42(6):1-5. DOI: 10.1016/j.ienj.2019.06.004
2. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartman KE. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. Obstetric gynecology. 2009;114(4): 1-14. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181b79796
3. Strommen J, Massulo L, Crowell T, Moffett P. First-trimester vaginal bleeding: patient expectations when presenting to the emergency department. Military Medecin. 2017;182: e1824-e1826. DOI:10.7205/MILMED-D-17-00108
4. Naître et grandir. Saignements durant la grossesse. 2019. https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/saignements-durant-grossesse-signal-alarme/
5. See YCS, Blecher GE, Craig SS, Egerton-Warburton D. Expectations and experience of women presenting to emergency departments with early pregnancy bleeding. Emerg Med Australas. 2020;32:281-287. DOI: 10.1111/1742-6723.13403
6. Wieland Ladewig PA., London ML, Davidons MR. Soins infirmiers en périnatalité. 5e éd. Montréal (CA);Pearson ERPI; 2019.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams obstetrics. 25e éd. USA: McGraw-Hill Education; 2018.
8. Department of Medicine School of Medicine Washington University. The Washington manual Obstetrics and gynecology survival guide for PDA. Philadelphia (USA): Lippincott Wiliams and Wilkins; 2003.
9. Edwards S, Chapman Y, Birk M. Emergency department management of first trimester bleeding in rural/regional communities: Is there a better way to care. Women and Birth. 2013;26(1):S27. DOI: 10.1016/j.wombi. 2013.08177
10. Punches BE, Johnson KD, Gillespie GL, Acquavita SA, Felblinger, DM. A review of the management of loss of pregnancy in the emergency department. J Emerg Nurs. 2018;44(2):146-155. DOI: 10.1016/j.jen.2017.11.001
11. MacWiliams K, Hughes J, Aston M, Field S, Wight Moffatt F. Understanding the experience of miscarriage in the emergency department.J Emerg Nurs. 2016;42(6):504-502. DOI: 10.1016/j.jen,2016.05.011
12. Baird S, Gagnon MD, DeFiebre G, Briglia E, Crowder R, Prine L. Women's experience with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. BMJ Sex Reprod Health. 2018;16:113-117. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.03.001
13. Rovner P, Stickrath E, Alston M, Lund K. An early pregnancy unit in the United States. J Ultrasound Med. 2018;37:1533-1538. DOI: 10.1002/jum.14474
14. Wilson DD, Lahaye S, Prégent E. Examens paracliniques.2e éd. Montréal (CA): Chenelière Éducation/McGraw-Hill Education. 2014.
15. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. Medical abortion. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(4):380-420. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.04.001
16. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. Évaluation échographique des complications au premier trimestre de grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(10):989-996. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.06.002
17. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine [CHU Ste-Justine]. Allo-immunisation maternelle. Information destinée aux mères RH-. 2010. https://www.chusj.org/getmedia/22ed4500-52a7-4c38-9ebc-d950f367cea8/depliant_F-824_allo-immunisation-maternelle_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
18. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. Prevention of Rh Alloimmunization. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(1):e1-e10. DOI:10.1016/j.jogc.2017.11.007
19. Armsby C, Baron EL, Barss VA, Bloom A, Bond S, Charkrabarti A et al. Patient education: Miscarriage (The basics). 2020. https://www.uptodate.com/contents/miscarriage-the-basics
20. Armsby C, Baron EL, Barss VA, Bloom A, Bond S, Charkrabarti A et al. Patient education: Threatened miscarriage (The basics). 2020. https://www.uptodate.com/contents/threatened-miscarriage-the-basics
21. Armsby C, Baron EL, Barss VA, Bloom A, Bond S, Charkrabarti A et al. Patient education: Ectopic pregnancy (The basics). 2020. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-the-basics
22. Organisation mondiale de la santé (OMS). Clinical practice handbook for safe abortion. 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190094/?report=reader
23. Dragoman M, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy. 2018. https://www.uptodate.com/contents/misoprostol-as-a-single-agent-for-medical-termination-of-pregnancy
24. Braaten K, Dutton C. Dilatation and curettage. 2020. https://www.uptodate.com/contents/dilation-and-curettage
25. Tulandi T, Shreiber CA. Ectopic pregnancy: methotrexate therapy. 2020. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy
26. Berkowitz RS, Horowitz, NS, Goff B. Hydatidiform mole: treatment and follow-up. 2020. https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-follow-up
27. Leclerc C, Grégoire J, Rheault C. Mémo-périnatalité : guide pratique. 3e éd. Québec (CA) : Les éditions Cahiers mémos enr. 2016.
28. Prager S, Micks E, Dalton VK. Pregnancy loss (miscarriage): risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. 2020. https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation
29. Vargas R, Barroilhet LM, Esselen K, Diver E, Bernstein M, Goldstein DP et al. Subsequent pregnancy outcomes after complete and partial molar pregnancy, recurrent molar pregnancy, and gestational trophoblastic neoplasia: an update from the New England Trophoblastic Disease Center. J Reprod Med. 2014;59(5-6):188-194.
30. Li C, Zhao WH, Zhu Q, Cao SJ, Ping HX et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(187):1-9. DOI:10.1186/s12884-015-0613-1
31. Dulay AT. Avortement spontané (Fausse couche). 2019. https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/avortement-spontan%C3%A9
32. Dulay AT. Grossesse extra-utérine. 2019. https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/grossesse-extra-ut%C3%A9rine
33. Ramirez PT. Maladie trophoblastique gestationnelle. 2019. https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/tumeurs-gyn%C3%A9cologiques/maladie-trophoblastique-gestationnelle