

Métrorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse

Céline Brochot-Delhayé
+ collaboration Eléonore Delarue

ETIOLOGIES

- HRP
- Placenta praevia
- RPM (sur placenta praevia)
- Hémorragie de Benkiser
- Rupture utérine
- Causes locales/cervicales

Souvent métrorragies « bénignes »
MAIS = diagnostic d'élimination

Toujours chercher attentivement les
causes potentiellement mortelles:

- ❖ Hématome rétroplacentaire
- ❖ Placenta inséré bas
- ❖ Hémorragie de Benkiser

Les pathologies graves peuvent
ressembler à une pathologie
bénigne au départ => méfiance!

Ex:

- ✓ HRP débutant par des CU banales
- ✓ Hématome marginal évoluant en HRP
- ✓ Placenta praevia responsable d'anémie aigüe

⇒ bien connaître ces pathologies pour
les éliminer

⇒ examen le + utile = écho avant TV

I. Hématome rétroplacentaire

Définition:

= décollement prématuré d'un placenta
normalement inséré, après 20 SA et
avant la délivrance.

Fréquence:

- 1/400 à 1% des naissances
- +/- 1/mois à Jeanne de Flandre

Facteurs de risque (50 à 70% des HRP):

- Age maternel élevé (RR=1,5) ou très jeunes primigestes, multiparité
- Traumatisme: choc abdominal, décompression utérine après amniodrainage, amniocentèse.
- Terrain vasculaire: HTA chronique (RR=1,5), prééclampsie (mais pas de corrélation entre la gravité de la prééclampsie et l'HRP), thrombophilie maternelle, microangiopathie.
- Toxicomanie

Physiopathologie-anatomopathologie :

Interposition de sang au niveau de la déciduale basale par effraction d'un vaisseau, de la chambre intervillieuse

- =>Constitution d'un hématome sur la face MATERNELLE du placenta.
- =>Localement: consommation de facteurs de coagulation, de fibrinogène.
- => risque de CIVD+++ aggravant l'hémorragie

Formes cliniques: très variables!

1) Forme typique:

- Symptômes: association douleur abdominale brutale, intense, permanente + métrorragies minimales ou moyenne abondance, parfois noirâtres + CU avec mauvais relâchement utérin.
- Clinique: utérus « de bois », douloureux+++, CU avec mauvais relâchement utérin. Parfois: retentissement hémodynamique maternel voir état de choc.
- Rechercher des signes de contexte vasculaire (TA, BU, oedèmes,...)

2) Forme atypique :

- Contractions utérines anormalement douloureuses, parfois en cours de travail parfois sur tableau de MAP.
- Absence de métrorragies
- Découverte sur l'analyse macroscopique du placenta en post-partum

Paraclinique:

1) Echographie :

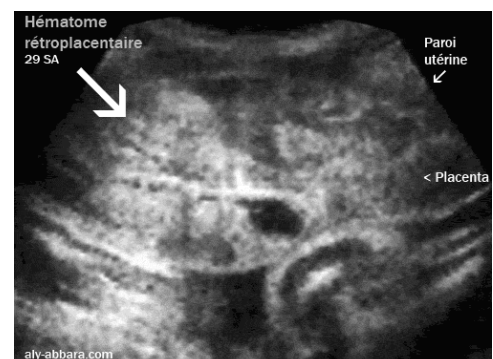
Diagnostic + = image inhabituelle au niveau de la face maternelle du placenta:

- ✓ Cupule anéchogène si hématome récent
- ✓ Cupule hétérogène si hématome en voie d'organistaion
- ✓ Cupule hyperéchogène si hématome ancien

HRP récent



HRP ancien



Diagnostic de gravité / pronostic:

- Si décollement > 30% de la surface placentaire = presque toujours mortel pour le fœtus

- Recherche des BDC

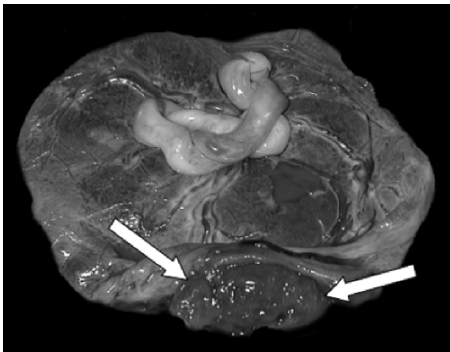
+ Si pas d'urgence extrême: recherche contexte vasculaire (LA, RCIU, dopplers utérins)

2) ERCF :

Permet de dire si le fœtus est vivant ou non et s'il existe des ARCF

3) Bilan de coagulation:

Indispensable dans les formes sévères pour faire le diagnostic de coagulopathie de consommation voire de fibrinolyse 2^{aire} (Fg, TP, TCA, V, VIII, Pla, PDF) qui progresse tant que l'utérus n'est pas vidé



CAT :

5 objectifs à atteindre:

- TTT du choc
- Arrêt de l'hémorragie
- Évacuation de l'utérus
- Correction de l'anémie
- Correction d'éventuels troubles de coagulation

3 facteurs à prendre en compte :

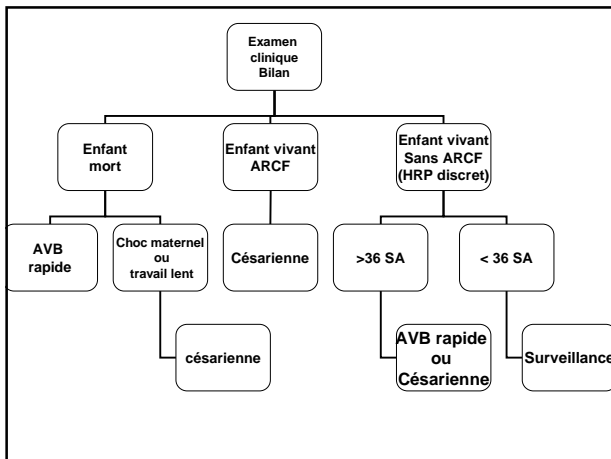
- Vitalité fœtale
- Maturité fœtale
- État cardiovasculaire de la mère

=> si HRP discret de diagnostic écho avec fœtus immature et état maternel stable = +/- expectative avec surveillance ERCF + écho
= RARE

Le + souvent = URGENCE

- Vvp de bon calibre
- Bilan préop
- Césarienne en urgence
- Commande de sang

Qq fois = voie basse acceptée si HRP modéré sans ARCF avec travail rapide ou fœtus mort ou non viable sans choc maternel



Pronostic

Mauvais

Mortalité fœtale = 30 à 60%

Mortalité maternelle = 10% par coagulopathie de consommation ou nécroses ischémiques stt rénales

II. Placenta praevia

Définition:

Insertion d'une partie du placenta sur le segment inférieur de l'utérus

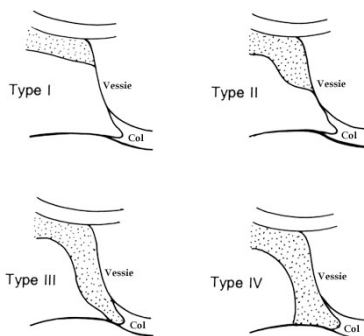
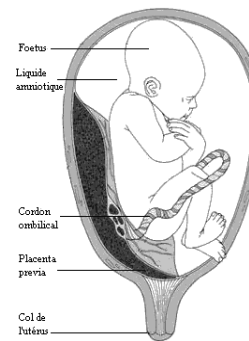
= PP latéral s'il est à distance de l'OI

= recouvrant partiel (de l'OI)

= recouvrant total

Au cours du travail, de la dilatation, le type de PP peut changer

Placenta praevia



Placentas bas-insérés antérieurs

Incidence :

1/200 grossesses,

↑ avec :

- l'âge de la mère (trois fois plus fréquent à 35 ans qu'à 25),
- la parité,
- les cicatrices utérines antérieures (x3),
- les grossesses multiples (x2)

Mécanisme du saignement :

- Par séparation mécanique des cotylédons de leur lieu d'implantation lors de la formation du segment inférieur ou lors de l'effacement-dilatation du col
- Par placentite
- Par rupture de sinus veineux de la caduque

Diagnostic:

1) clinique:

- Hémorragie de sang rouge isolée sans douleur ni CU survenant après la 28^e SA, spontanément, svt en pleine nuit
- Parfois l'interrogatoire retrouve des métror T1 ou T2
- 10% des cas= syndrome douloureux ou CU d'un début de travail
- Patiente asymptomatique mais présentation haute et mobile ou transverse

- ⇒ Abdomen et utérus souples,
- ⇒ Examen au speculum (abondance du saignement)
- ⇒ +/- TV prudent

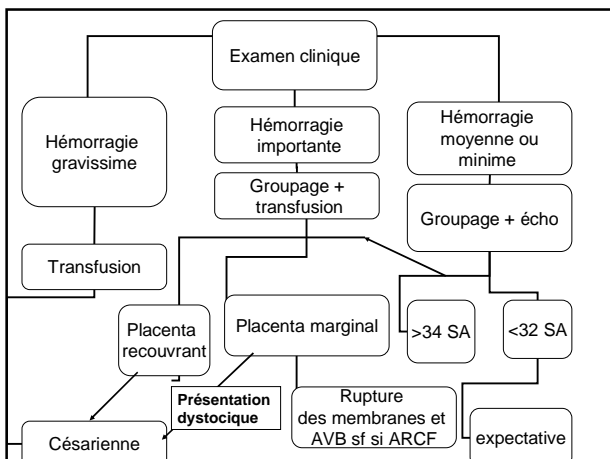
2) Paraclinique =

- Echo +++
- Vessie pleine
- Localise le placenta
- Recherche un hématome

-Bilan préop/ Kleihauer

Pronostic :

- + le saignement se produit tôt au cours de la grossesse + il y a de risque d'hémorragie sévère et + le risque de mortalité fœtale est important
- si on réduit la prématurité, on améliore le pronostic de l'enfant mais on accroît le risque d'hémorragie grave pour la mère

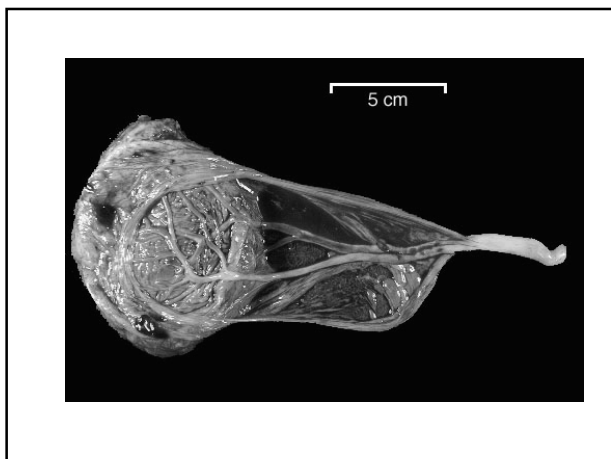
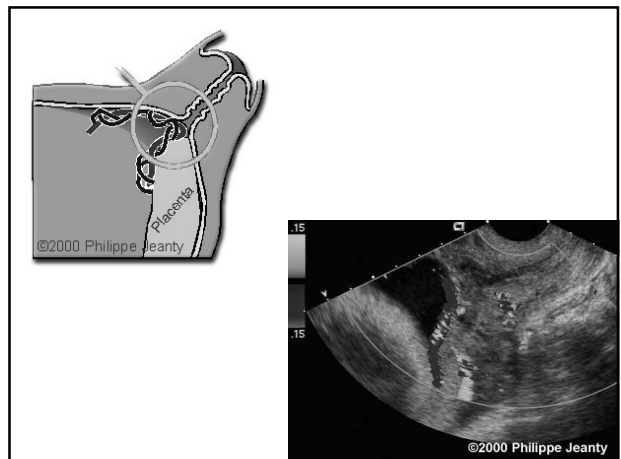
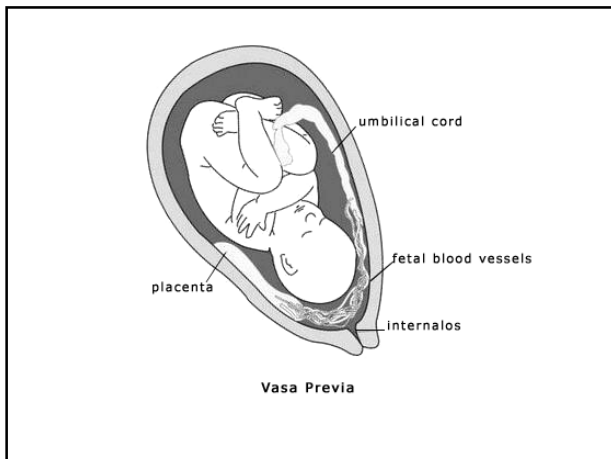


III. Hémorragie de Benkiser ou rupture d'un vaisseau praevia:

Peut se voir lors de la rupture des membranes s'il existe une insertion vélamenteuse du cordon ombilical

= LA sanglant

= ARCF = nécessité de césarienne en urgence extrême



IV. Rupture utérine spontanée

- Rare
 - Sur utérus cicatriciel : césarienne corporéale, chirurgie réparatrice d'une malformation utérine
- = douleur hypogastrique + petite hémorragie + palpation facile du fœtus qui est mort ou avec ARCF+++

V. Causes locales

- Perte du bouchon muqueux
- Polypes cervicaux
- Cervicite
- Cancer du col
- Ectropion
- Dilatation cervicale

Méto T3 = Abondance?

Oui !

Non

=>recherche étiologique

=>URGENCE
BdC

+/- échographie:

- ✓ En salle de césarienne si bradycardie
- ✓ Aux urgences si BdC normaux, ou BdC absents