



TD : Métrorragies du 3^{ème} trimestre

Pr Louchene

I/ Introduction

- L'hémorragie du troisième trimestre correspond à un saignement extériorisé par voie vaginale au cours du 3^e trimestre de la grossesse.
- Urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales.
- L'évaluation de l'importance de saignement, son retentissement maternel et fœtal doit constituer le premier geste.**
- La détermination de la cause d'hémorragie et sa prise en charge doivent survenir assez rapidement.

II/ Évaluation de l'importance du saignement :

Quantifier l'hémorragie

Rechercher :

- Présence de caillots : absence de trouble de la coagulation
- Retentissement maternel : hypotension, pouls rapide, pâleur cutané muqueuse, sueur
- Retentissement fœtal : ERCF à la recherche d'une souffrance fœtale aiguë nécessitant une extraction fœtale souvent en urgence

III/ Examen clinique :

- Interrogatoire** : groupe sanguin et Rhésus, précise le terme exact de la grossesse (par Date des Dernières Règles surtout par échographie précoce), antécédents personnels de trouble de la coagulation ou de pathologie cervicale, antécédents de saignements au 1^{er} et au 2^{er} trimestre, antécédents obstétricaux (placenta prævia, hypertension gravidique, décollement placentaire marginal lors des éventuelles grossesses antérieures)
- Circonstances de survenue du saignement** : associé ou non à des contractions utérines, après un traumatisme direct (accident de la voie publique, agressions...), spontané et indolore ou associé à des douleurs qu'il faut décrire (topographic, type, intensité, irradiation)
- Examen général** : prise de la tension artérielle et du pouls, recherche d'une pâleur cutanéomuqueuse sont les premiers gestes à faire pour apprécier le retentissement maternel de l'hémorragie
- Palpation abdominale** : surtout utérine, pour apprécier le tonus utérin :
 - Utérus contracturé : avec un mauvais relâchement entre les contractions, réalisant ce que l'on appelle l'utérus de bois, évoquant un hématome rétro-placentaire
 - Utérus bien relâché : associé à une hémorragie de sang rouge s'aggravant au cours des contractions est en faveur d'un placenta prævia

→ **Toucher Vaginal** : doit être toujours très prudent et réalisé de préférence après un contrôle échographique de la localisation placentaire, permet l'évaluation des conditions cervicales (longueur, ouverture, consistance et position du col). A éviter en cas de placenta prævia

→ **Examen du col au spéculum** : systématique, permet d'orienter le diagnostic :

- ▶ Hémorragie d'origine endo-utérine : placenta prævia, HRP, hématome décidual...
- ▶ Hémorragie non- gravidique d'origine cervicale : cervicite, ectropion, polype ou exceptionnellement cancer du col...

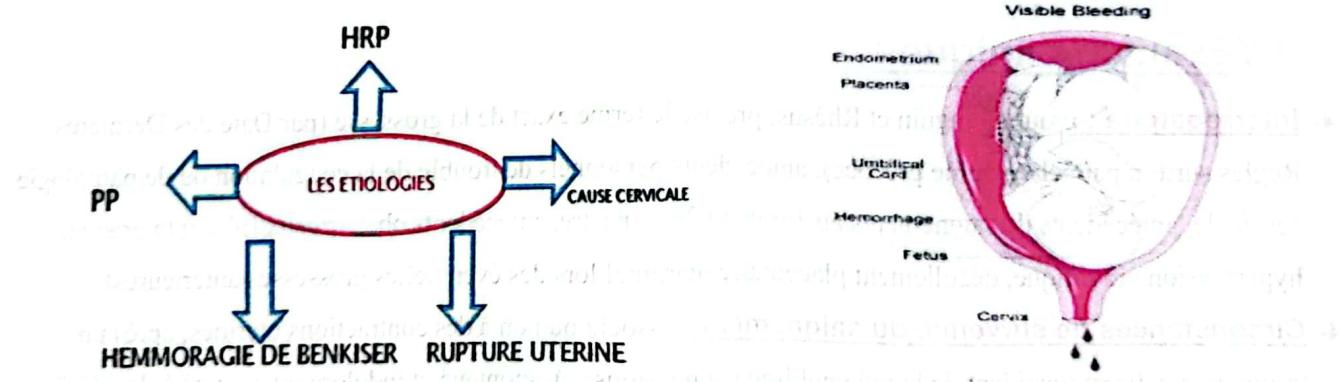
IV/ Examen paraclinique :

→ **Echographie** : de préférence par voie abdominale, réalisée de préférence avant le toucher vaginal, elle permet de poser ou d'écartier le diagnostic de placenta prævia en précisant la localisation placentaire, elle permet de faire le diagnostic d'un hématome rétro- placentaire qui n'est pas toujours aisément à diagnostiquer à l'échographie, elle permet aussi d'éliminer une Mort *In Utero* et de réaliser les mesures des paramètres fœtaux afin d'éliminer un Retard de Croissance Intra- Utérin

→ **Rythme cardiaque fœtal** : l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal pour éliminer une souffrance fœtale aiguë

→ **Autres examens** : prélèvements sanguins (groupe sanguin, Rhésus, numération globulaire, plaquettes, bilan de coagulation), doivent être réalisés pour débuter une éventuelle réanimation en fonction de l'importance de l'hémorragie

V/ Diagnostic étiologique :



1. Hématome rétroplacentaire :

→ **Définition** : décollement prématuré du placenta normalement inséré, en dehors de la délivrance.

→ **Facteurs de risques** :

- Age maternel élevé ou très jeune.
- Terrain vasculaire : HTA chronique, prééclampsie, thrombophilie maternelle, microangiopathie.
- Traumatisme abdominal.
- Toxicomanie.

→ **Physiopathologie- anatomopathologie** : C'est l'interposition du sang au niveau de la déciduale basale par effraction d'un vaisseau, de la chambre intervillouse.

- ➡ constitution d'un hématome sur la face maternelle du placenta.
- ➡ locallement: consommation des facteurs de coagulation, de fibrinogène.
- ➡ risque de CIVD+++ aggravant l'hémorragie

► Formes cliniques :

1- Forme typique :

- Symptômes : une douleur brutale en coup de poignard parfois intense et permanente
- Métrorragie minime noirâtre.
- État de choc plus ou moins marqué.
- Palpation abdominale : utérus dur, dit de bois (hypertension utérine permanente), CU+++ avec un mauvais relâchement.
- Hauteur utérine qui augmente d'un examen à un autre.
- Chercher un Contexte fréquent d'hypertension artérielle.

2- Forme atypique :

- CU anormalement douloureuse au cours du travail ou sur un tableau de MAP.
- Absence de métrorragies.
- Découverte sur l'analyse macroscopique du placenta (présence de la cupule sur la face maternelle du placenta).

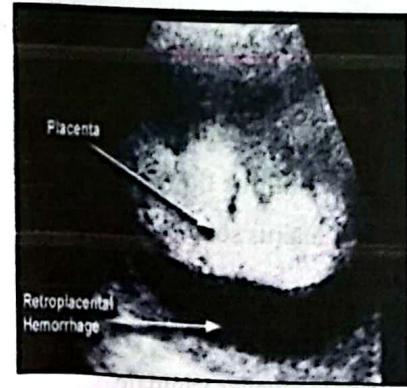
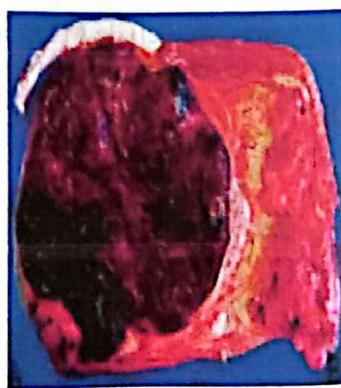
► Paracliniques :

1. Echographie :

- Éliminer un placenta praevia.
- Confirme le diagnostic d'HRP par la présence d'image anéchogène en lentille biconvexe situé entre le placenta et l'utérus.
- Cherche l'activité cardiaque, si décollement supérieur à 30 % presque toujours mortel pour le fœtus.

2. ERCF : permet de montrer des anomalies du rythme cardiaque fœtale.

3. Bilan de coagulation : FG , TP , TCA , V , VIII , PLT, PDF



► CAT :

► C'est urgence diagnostic et thérapeutique :

- H , VVP de bon calibre ,mise en condition
- Bilan pré op , commande de sang iso grpe iso Rh , quantifié la diurèse.

► 05 objectifs à atteindre :

- Traitement de l'état de choc
- Arrêt de l'hémorragie .
- Evacuation de l'utérus par césarienne.
- Correction de l'anémie.
- Correction d'éventuels troubles de coagulation.

Parfois : voie basse acceptée si HRP modéré sans ARCF avec travail rapide ou fœtus mort ou non viable sans choc maternelle.

2. Placenta preavia :

► **Définition :** c'est l'implantation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus , il peut être :

- Latéral
- Marginal
- Recouvrant (totale ou partielle).

► **Facteurs de risque :**

- ATCDS de placenta preavia
- Multiparité
- ATCDS DE manœuvres endo- utérines : aspirations suite a un avortement , césarienne
- Endométrite
- Fibrome endo- utérin sous muqueux
- Malformation utérine
- Tabac.

► **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 et dilatation du col.
- Par rupture des sinus veineux de la caducée.

► **Cliniquement :**

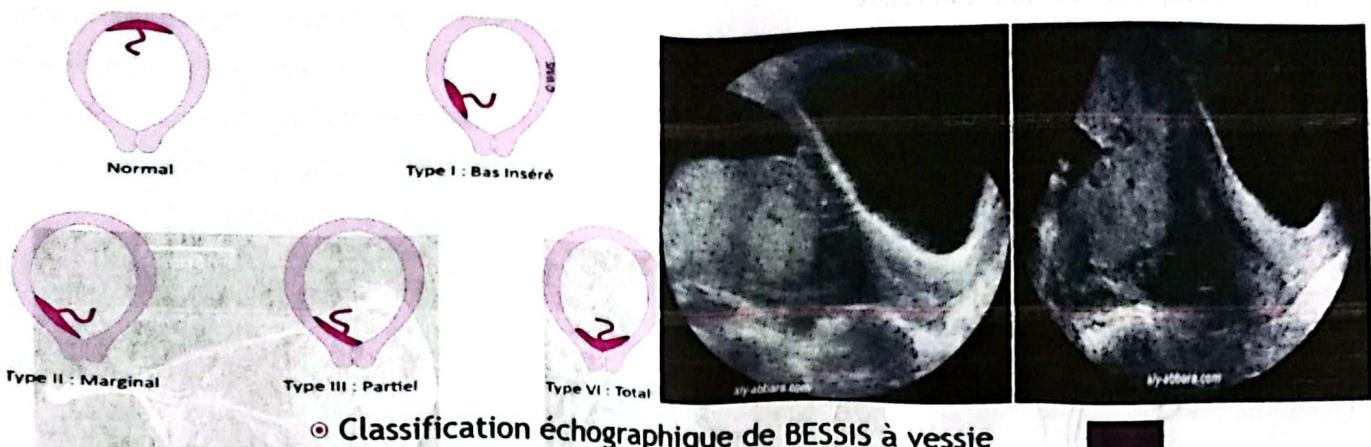
- Il peut rester longtemps asymptomatiques et être de découverte fortuite lors d'une échographie ,parfois l'interrogatoire peut trouver la notion de MTR au T1 et T2 .
- L'apparition brutale (parfois lors des contraction utérines ou un rapport sexuel) de MTR faites de sang rouge vif, +/- abondantes et indolore.
- Le toucher vaginal est contre indiqué
- L'examen au speculum confirme l'origine endo- utérin.
- Pas de contexte d'HTA ,utérus souple.

► **Paraclinique :**

1. Echographie :

- Doit être réalisée avant le toucher vaginal.
- En sus-pubienne avec vessie pleine puis en endovaginale.
- Permet de typer le placenta.
- Recherche d'un décollment associé.
- Précise la vitalité et la présentation fœtale.

2. ERCE: dépiste les ARCF.
3. Bilan de retentissement: FNS +++.



Classification échographique de BESSIS à vessie pleine:

P.P. antérieur:

Stade 1: bord infér du P. atteint le 1/3 sup de la vessie

Stade 2: bord infér du P. atteint le 1/3 moy de la vessie

Stade 3: bord infér du P. atteint l'orifice cervical interne.

Stade 4: le bord inf du P. atteint la face post de l'utérus (recouvrant)

P.P. postérieur:

Stade 1: bord infér du P. à moins de 04 cm de l'orifice cervical interne

Stade 2: le bord infér du P. atteint l'orifice cervical interne

Stade 3: bord infér du P. atteint le 1/3 infér de la vessie

Stade 4: le bord infér du P. remonte sur le mur post de la vessie.

CAT : Lié au plusieurs facteurs :

- *Patiente en dehors ou pendant le travail.
- *Terme de la grossesse.
- *Localisation exacte du placenta.
- *Signe de mauvaise tolérance maternelle ou fœtale.
- *Abondance saignement .

En l'absence de Signe de mauvaise Tolérances M-F :

- H , VVP , mise en condition, Reserve de culots globulaire , anti D si mère RH négatif.
- Repos strict .
- Tocolyse et corticothérapie en cas de prématurité inférieur a 34SA.
- Si placenta recouvrant : voie basse impossible (indication d'une césarienne programmé).
- Surveillance materno fœtale strict.

Si hémorragie maternelle importante et ou ARCF : extraction forte en urgence.

3. Hémorragie de bénkiser ou rupture d'un vaisseau praevia :

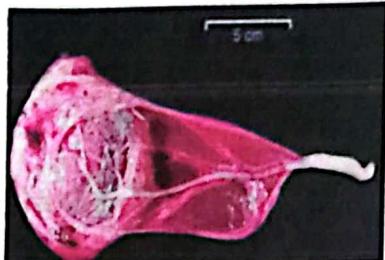
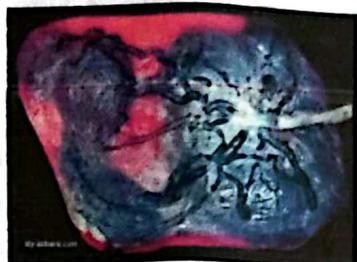
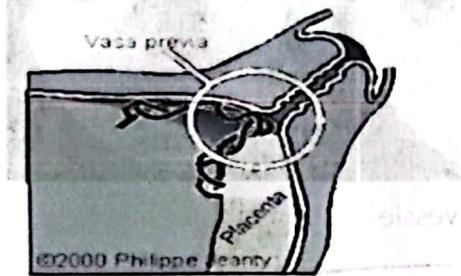
Définition :

- Hémorragie fœtale par dilacération d'un vaisseau praevia lors de la rupture des membranes, normalement il n'y a pas de Vx sur les membranes
- Un vaisseau aberrant se trouve au niveau de l'orifice interne du col , son existence peut s'expliquer par la présence d'un cotylédon accessoire qu'il irrigue par une insertion vélamenteuse du cordon.

Tableau clinique :

- Lors de la rupture de la poche des eaux
- MTR franche , de sang rouge et indolores
- C'est le foetus qui saigne pas la mère.
- Souffrance fœtale sévère avec ARCF.

Urgence : sauvetage fœtale par césarienne .

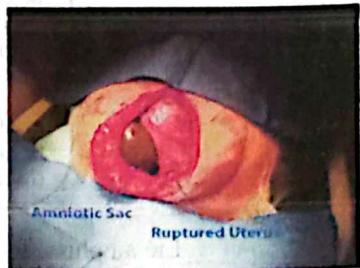


4. La rupture utérine :

Elle est exceptionnelle en dehors du travail et survient le plus souvent sur utérus cicatriciel (déjà fragilisé par un ATCDS de césarienne surtout corporéale , espace inter grossesse court).

Cliniquement :

- Douleur abdominale violente de survenue brutale pendant le travail avec apparition de MTR concomitante , d'abondance modérée ,
- Déformation de l'utérus en sablier avec parfois palpation du fœtus sous la peau.
- Anomalies sévères du rythme cardiaque fœtale.



Urgence : sauvetage maternel et fœtale.

5. Causes cervicales ou locales :

- | | | |
|------------------------------|------------------|-------------------------|
| ► Pertes du bouchon muqueux. | ► Cervicite. | ► Ectropion |
| ► Polypes cervicaux. | ► Cancer du col. | ► Dilatation cervicale. |

VII/ Conclusion

- Devant toutes MTR du T3 chercher des causes potentiellement mortelles : HRP , PP , hémorragie de benkiser
- Certaines pathologies graves peuvent ressembler à une pathologie bénigne au départ donc méfiance EX : HRP avec absence de saignement...
- Le toucher vaginal n'est réalisé qu'après un examen au speculum et une échographie obstétricale.

Le diagnostic nécessite une évaluation de l'ensemble des symptômes.

Le diagnostic différentiel comprend les étiologies les plus courantes et les plus graves : malformations génitales, infections, accouchements prématu-

reurs, complications de l'accouchement, malformations utérines, malformations cardiaques, anomalies chromosomiques.

Le diagnostic différentiel comprend les étiologies les plus courantes et les plus graves : malformations génitales, infections, accouchements préma-

tureux, complications de l'accouchement, malformations utérines, malformations cardiaques, anomalies chromosomiques.



CAS CLINIQUE 1

Madame D.G, âgée de 35 ans, de groupe sanguin O+, elle est enceinte pour la 3e fois, la 1ère grossesse s'est bien passée, pour la seconde, elle a eu une césarienne en raison d'une Souffrance Fœtale Aigue, pour la grossesse actuelle, elle a saigné au 1er trimestre, on a craint une fausse couche mais avec simple repos tout s'est arrangé à 32 SA, tout est normal jusque-là. Elle vous consulte pour un saignement spontané de sang rouge d'abondance comparable à des règles mais avec des caillots, le pouls et la tension sont normaux, à l'examen : hauteur utérine à 29 cm, utérus souple, rythme cardiaque fœtal paraît normal.

Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier chez cette patiente ?

- A. Hématome rétro-placentaire
- B. Placenta prævia
- C. Rupture utérine

Relevez, dans le résumé de l'histoire clinique, les éléments qui sont en faveur de ce diagnostic ?

- Elle a saigné au 1^{er} trimestre
- Avec simple repos tout s'est arrangé
- Saignement spontané de sang rouge avec des caillots
- Utérus souple
- Rythme cardiaque fœtal paraît normal

Il manque dans le résumé de l'observation l'examen au spéculum et le toucher vaginal, faut-il faire ces deux examens avant l'échographie ?

- A. Oui
- B. Non

Quel examen complémentaire est indispensable pour confirmer le diagnostic ?

- A. Amnioscopie
- B. Echographie
- C. Amniocentèse

Quelle conduite proposez-vous ?

- Tocolyse
- Dexaméthasone
- Groupage + Rhésus
- ERCF
- Bilan complet
- Confirmer le type placentaire

On a dit à madame D.G qu'il faudra très probablement lui faire une césarienne en fin de grossesse pour extraire l'enfant. *Quel est votre diagnostic définitif ?*

- Placenta prævia recouvrant.

CAS CLINIQUE 2

Madame Y.F, âgée de 38 ans, 5e geste, elle est enceinte de 36 SA, la grossesse s'est bien déroulée, mis à part une prise de poids excessive et une hypertension (15/9) revenue à la normale avec le repos. Elle vous appelle en urgence car elle a ressenti une vive douleur dans l'hypogastre qui est constante, elle a perdu de sang noir et elle a l'impression que l'enfant ne bouge plus.

Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier chez cette patiente ?

- A. Hématome rétro-placentaire
- B. Placenta prævia
- C. Rupture utérine

Relevez, dans le résumé de l'histoire clinique, les éléments qui sont en faveur de ce diagnostic ?

- 5e geste
- Prise de poids excessive
- Hypertension (15/9)
- Vive douleur dans l'hypogastre, constante
- Sang noir
- Enfant ne bouge plus

Quels signes cliniques allez-vous rechercher pour étayer votre diagnostic ?

- A. Utérus bien relâché + état de choc
- B. Utérus contracté + état de choc + trouble de coagulation
- C. Utérus bien relâché, pas d'état de choc ni de trouble de coagulation

Quel(s) est/sont le(s) examen(s) complémentaire(s) indispensable(s) pour confirmer le diagnostic ?

- A. ERCF
- B. Echographie
- C. Bilan de coagulation

L'hématome est-il toujours visible à l'échographie ?

- A. Oui
- B. Non

Quelle attitude proposez-vous si l'enfant est vivant ?

- A. Abstention et surveillance
- B. Déclenchement de travail (voie basse)
- C. Césarienne en urgence