

Hémorragies du troisième trimestre

• TD RÉALISÉ PAR LES INTERNES :

BENMOUSSA Zakaria

BOUGUETTAIA Sarra

BENAMGHAR Chahrazed

• SUPERVISÉ PAR :

DR KHIREDINE



Introduction :

- Saignement extériorisé par voie vaginale au T3 (>28SA)*
- < 5 % des grossesses
- Urgence obstétricale (+++) Risque de morbi-mortalité MF
- **Points clés :**
 - **EVALUER** Importance du saignement / Retentissement MF
 - **DETERMINER** Cause de l'hémorragie
 - **PRENDRE EN CHARGE** rapidement (+++)

Etiologies :

- 50% origine **NON GRAVIDIQUE**:

- ❖ Cervicales : Bénignes (+++) , Examen Gyneco/ Rapport sexuel

Spéculum : Polypes / Ectropion / Kc du col

- ❖ Autres..

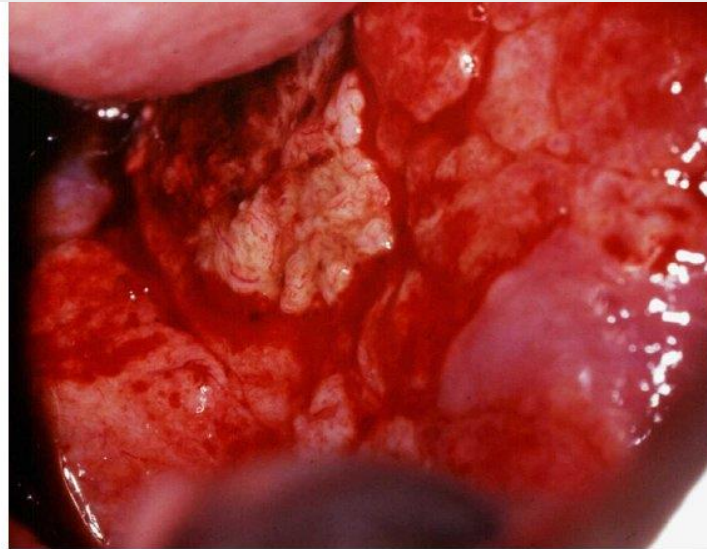
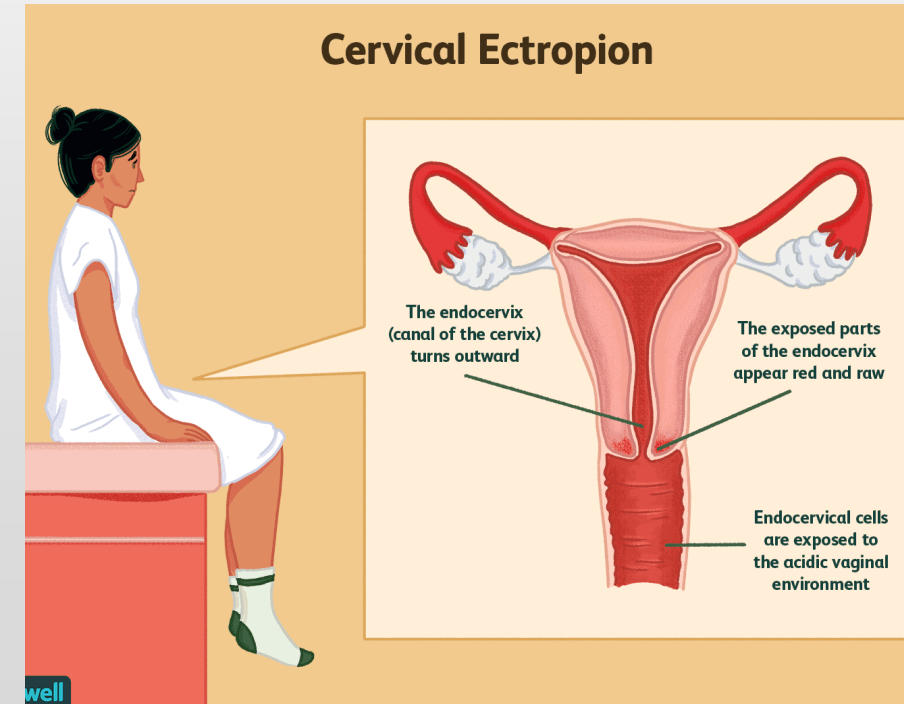


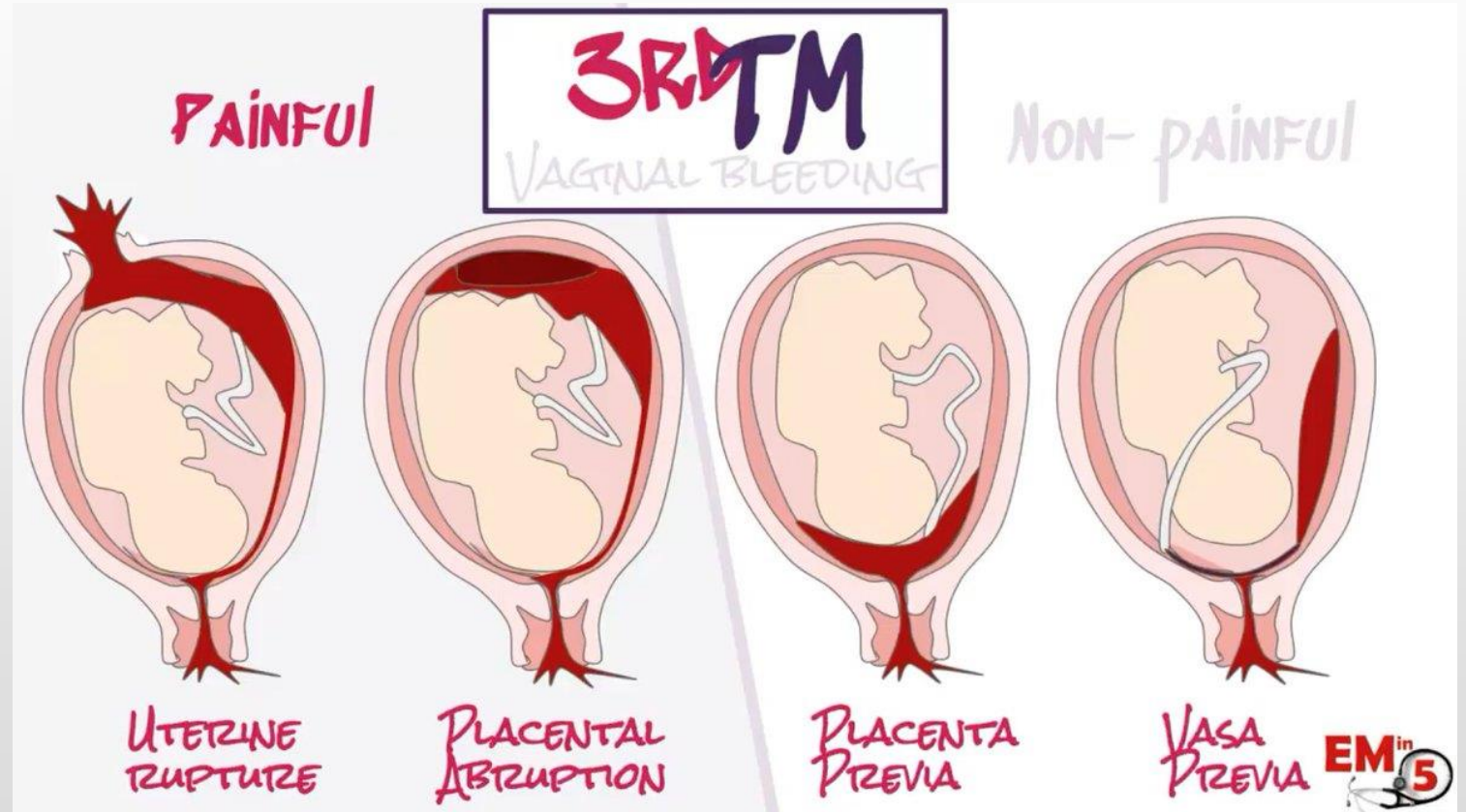
FIGURE 3.6: Cancer du col invasif à un stade avancé avec tumeur ulcéroproliférante



Etiologies (2) :

- 50 % origine **GRAVIDIQUE** :

- ❖ Placenta Prævia
- ❖ Hématome retro-placentaire
- ❖ Rupture utérine
- ❖ Hémorragie de BENCKISER



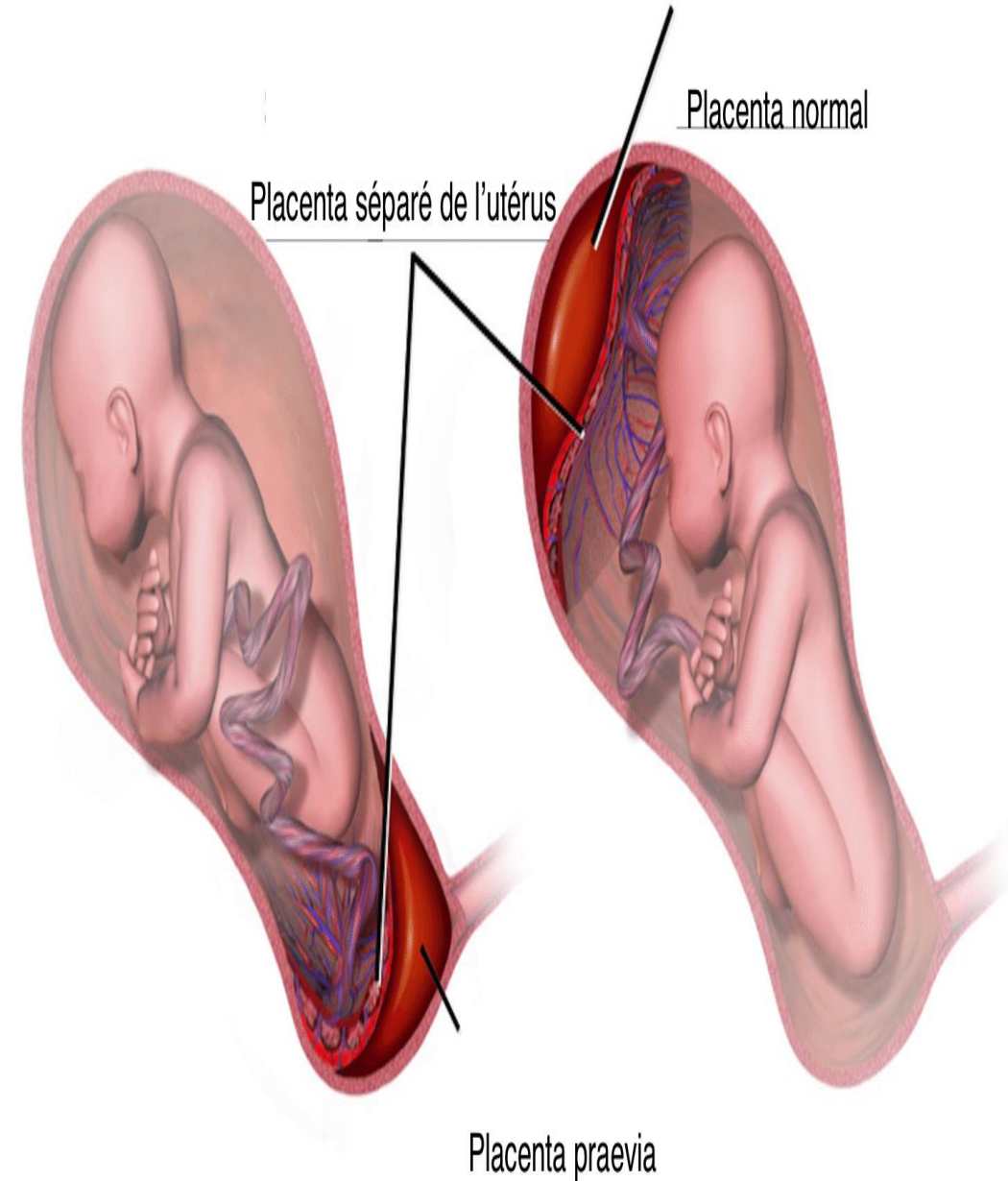
Evaluation de l'importance de l'hémorragie +++

- **Interrogatoire:** GrRh / Terme de la grossesse/ DDR atcd de PP / atcd d'HTA gravidique ,pré-éclampsie
- **Circonstances de survenue:** Spontané ou provoqué traumatisme AVP-CBV / +/- Douleur +/- CU
- **Examen général:** TA/FC /PCM
- **Examen de l'abdomen:** Tonus utérin
 - Contracture avec mauvais relâchement réalise l'utérus de bois, évoque un HRP
 - Utérus bien relâché avec hémorragie de sang rouge s'aggravant au cours des contractions est en faveur d'un PP
- **Examen au spéculum:** systématique Oriente vers origine endo-utérine (PP,HRP...) ou non gravidique
- **TV:** Très prudent après contrôle échographique de la localisation placentaire.
 - Evalue les conditions cervicales (longueur, ouverture, consistance et position du col)
 - Eviter en cas de PP.
- **Echographie:** Pose Dg de PP et précise sa localisation/ Permet parfois le dg d'HRP /Elimine MIU
- **ERCF:** Elimine une souffrance fœtale aiguë

1. PLACENTA PRAEVIA

❖ Définition / Physiopath:

- Insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.
- Au lieu de s'insérer sur le fond et l'une des faces de l'utérus, un placenta « prævia » ira s'insérer sur une partie ou la totalité du SI, dont la muqueuse se transforme en caduque de mauvaise qualité, source d'accidents hémorragiques
- L'hémorragie est due au développement du SI qui, en augmentant, ouvre des sinus veineux de la caduque qui vont saigner.



▪ **Facteurs favorisants :**

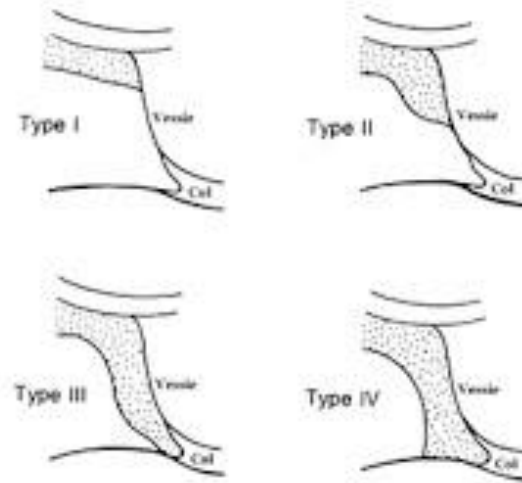
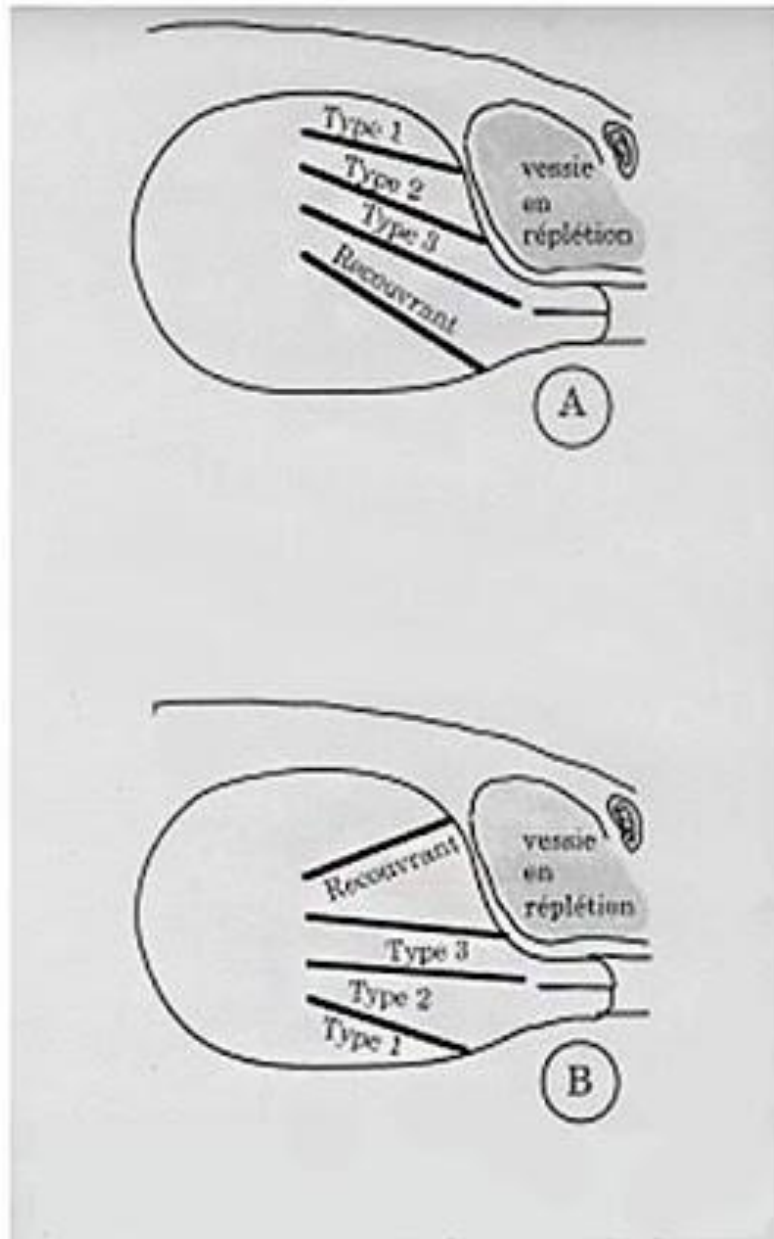
- Multiparité
- Manœuvres endo-utérines : Abrt, curetage, RU
- Cicatrice utérine: césarienne, myomectomie,
- Antécédents de PP
- Gémellité
- Fibromyomes sous-muqueux
- Âge maternel avancé
- Tabac

▪ **Classifications :**

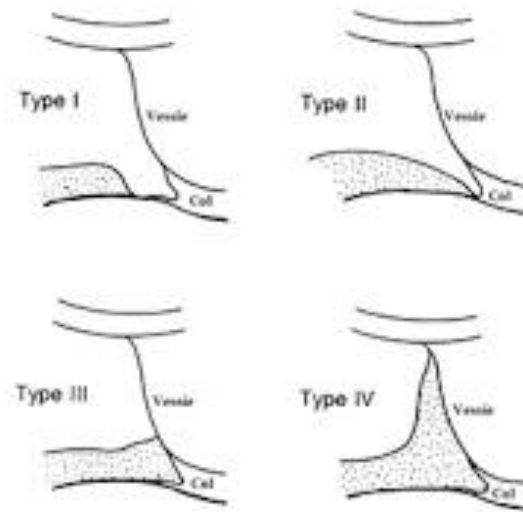
(MacAfee, Couvelaire, Bessis...)

- Type 1 (placenta prævia latéral) : le bord placentaire reste à distance de l'orifice cervical interne
- Type 2 (placenta prævia marginal) : affleure l'orifice cervical interne
- Type 3 (placenta prævia partiel) : recouvre partiellement l'orifice cervical interne
- Type 4 (placenta prævia central) : recouvrant la totalité de l'orifice cervical interne

Placenta praevia : Classification de Bessis (échographie)



Placentas bas-insérés antérieurs



Placentas bas-insérés postérieurs

Diagnostic :

▪ Clinique:

- Premier saignement survient 28-32SA
- Hémorragie de sang rouge, indolore, le soir au repos
- L'utérus est souple
- Le fœtus n'est pas en souffrance
- Le toucher vaginal doit être évité
+++

▪ Echographique:

- Examen clé pour le diagnostic.
- Souvent, le diagnostic de placenta bas inséré est fait à 20-22SA
- Réalisée avec une vessie pleine et permet de déterminer l'insertion exacte du placenta

Traitement / Pronostic :

❖ Prise en charge :

- En dehors d'hémorragie cataclysmique il faut être conservateur
- Surveillance maternelle : Hospitalisation / Repos strict au lit/ VV/PFC/TA/NFS/RAI /Tocolytiques /Pas de TV +++
- Gamma-globulines anti-D en cas de rhésus négatif
- Surveillance foetale : HU,ERCF
- Ces mesures permettent souvent d'attendre 37SA
- Césarienne avant si hémorragie grave persistante hémorragie foetale ou souffrance foetale aiguë.

❖ Pronostic :

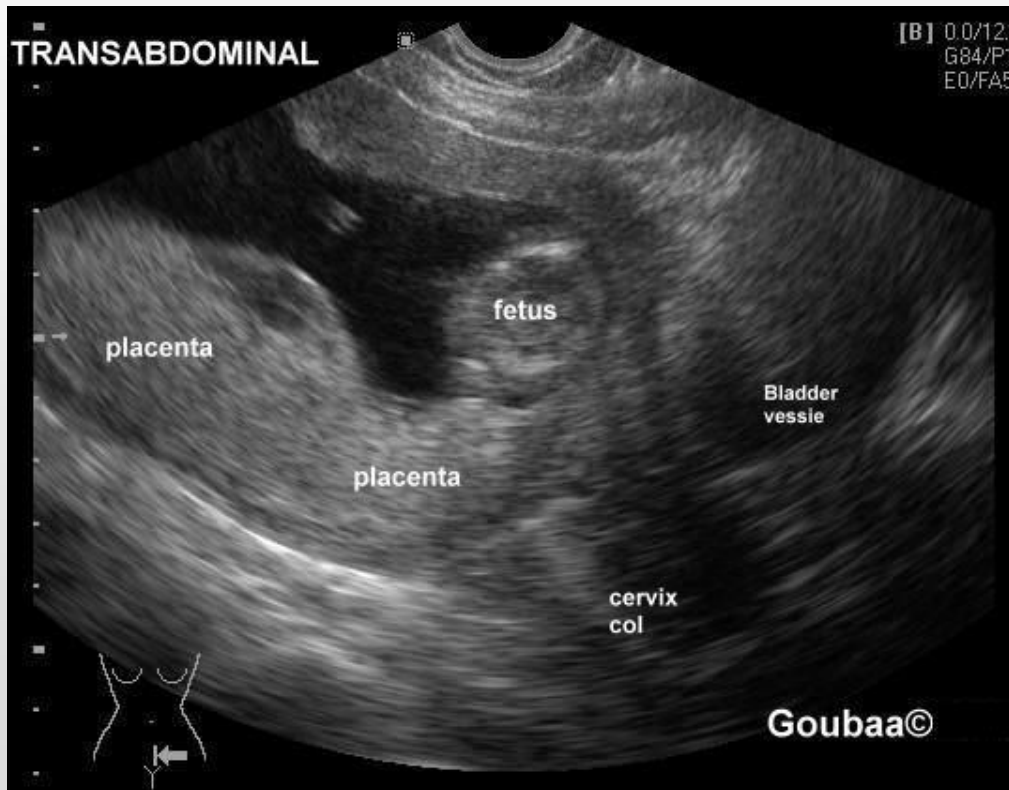
• Maternel:

- ✓ Mortalité quasi nulle
- ✓ Risque infectieux (endométrite)
- ✓ thrombo-embolique.

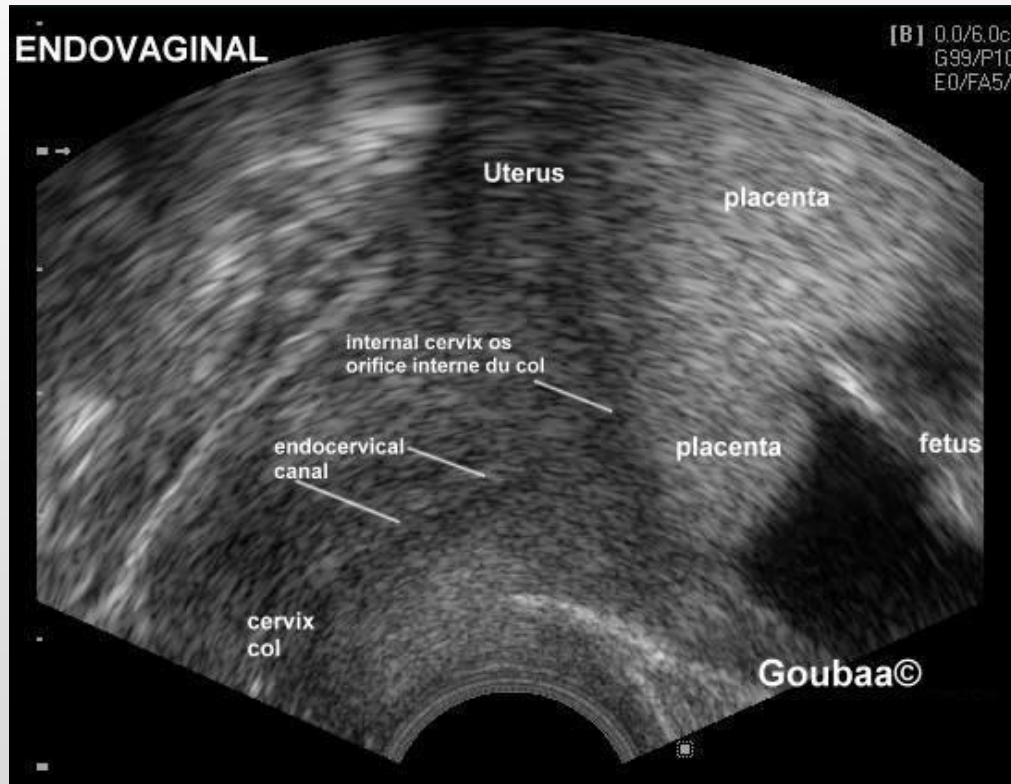
• Fœtal:

- ✓ Mortalié 5-10%
- ✓ La prématurité
- ✓ L'anémie foetale
- ✓ L'hypothrophie

Cas Clinique :



- Cette patiente enceinte a été examinée à 13 semaines de grossesse. Il y a une suspicion de placenta praevia.
- L'échographie confirmera-t-elle la suspicion de placenta praevia ?



- Comparaison entre échographie abdominale et endovaginale pour l'évaluation du placenta preavia : patiente avec preavia partiel,
- Mais un placenta preavia n'est habituellement pas diagnostiqué avant 20 SA à moins que les signes soient présents.
- *Lien: medicalechography.com

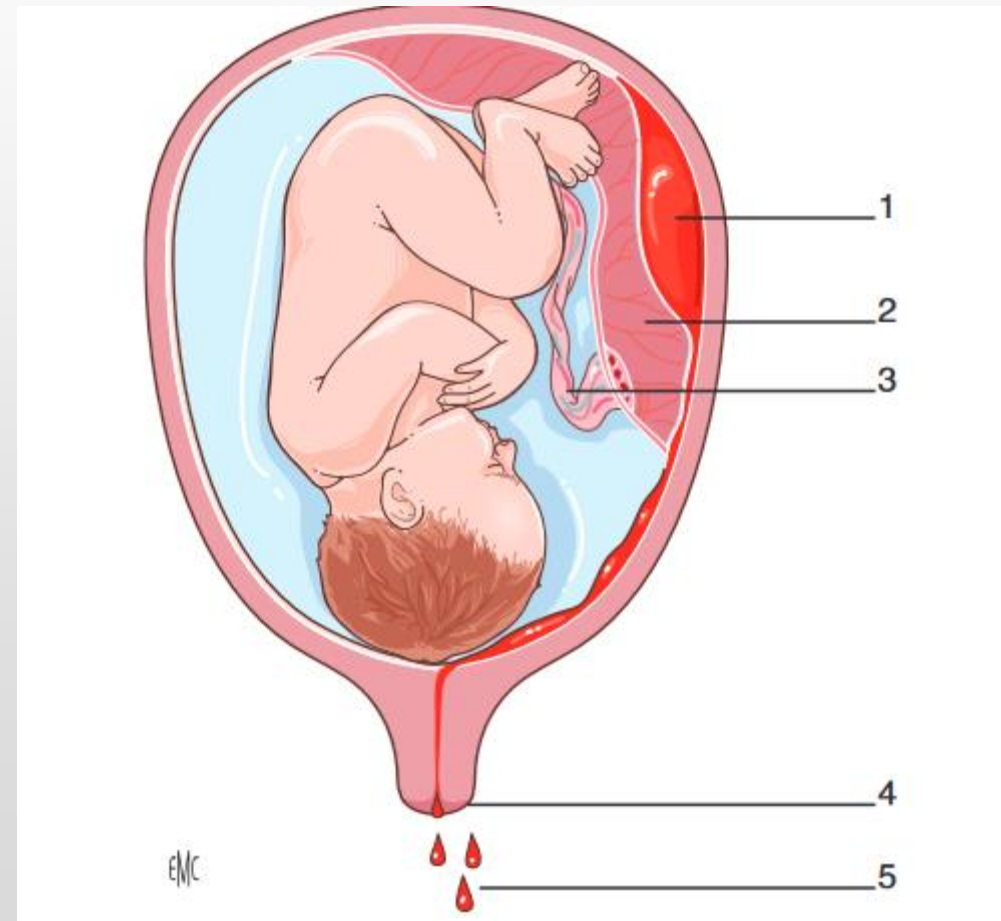
2. HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE :

❖ Définition/ Physiopath:

- Pathologie fréquente de T3 mettant en jeu le pronostic vital MF (30 à 50% de mortalité périnatale).
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré ayant pour conséquence :
 - Diminution des échanges materno-fœtaux : Souffrance fœtale pouvant aller jusqu'à la MIU
 - Troubles de la coagulation a type de CIVD chez la mère pouvant aller jusqu'au décès

- Dans le cadre de l'HRP la patiente est reçue aux urgences dans un tableau de :
 - Douleur abdominale intense et permanente ayant débuté brutalement.
 - Métrorragie de petite abondance faite de sang noir.
 - La TA devra être prise et objectivera une HTA gravidique ou une pré éclampsie connue ou inaugurale.

R! il peut survenir à la suite d'un traumatisme abdominal.



Diagnostic :

- L'examen clinique retrouvera également :
 - Un utérus dur, dit de bois.
 - Une hauteur utérine augmentée.
 - Un état de choc plus ou moins marqué.

R! L'examen au speculum devra être différé après l'échographie.

le tableau clinique peut être incomplet.

- L'échographie est un temps clé de l'examen elle permettra :
 - Confirmé ou infirmé le diagnostic (placenta prævia principal diagnostic différentiel).
 - Recherche d'une activité cardiaque.



Prise en charge :

- Une fois le diagnostic posé et l'hospitalisation de la patiente un ERCF sera réalisé à la recherche de signe de souffrance fœtale indiquant la nécessité de son extraction en urgence.
- Une fois l'indication posée la césarienne est le geste thérapeutique de première intention.
- En vue des complications hématologiques (CIVD) chez la mère une surveillance stricte en réanimation s'impose.

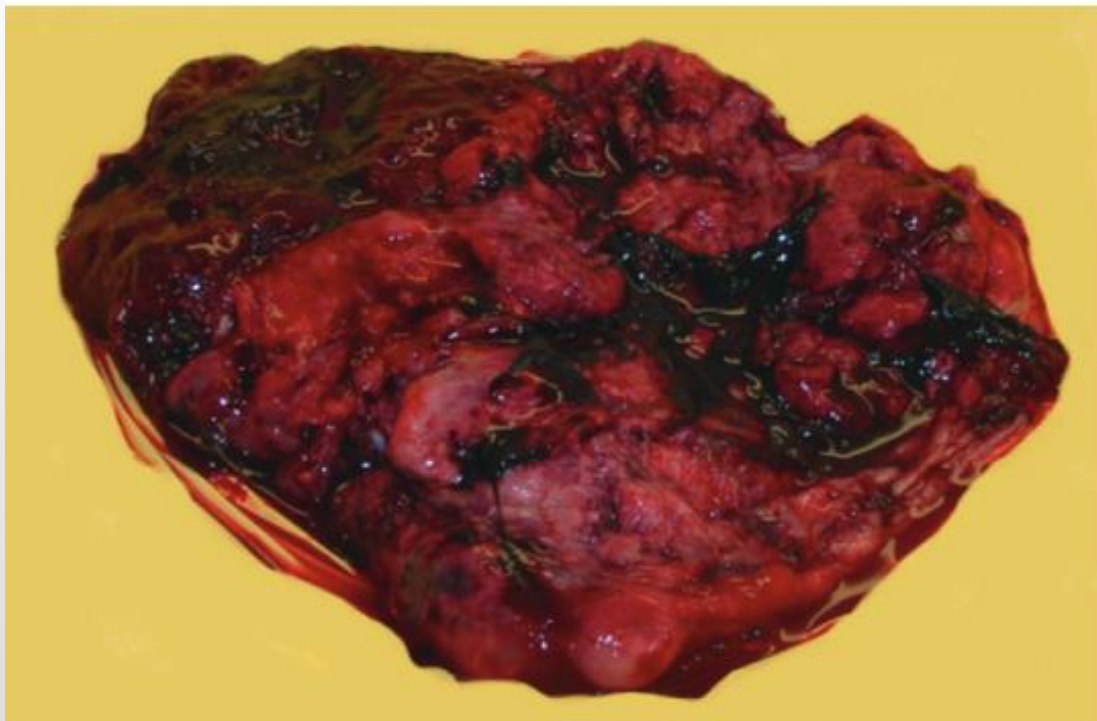


Figure 9. Aspect macroscopique d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré récent.



Figure 10. Coupe macroscopique d'un hématome rétroplacentaire (1) relativement ancien (cliché du Dr Gerlinde Averous du Département d'anatomie pathologique du Professeur Bellocq-CHU de Strasbourg).

3. Rupture utérine :

- **Définition:**

- Solution de continuité non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide.

En **Afrique** elle concerne **1/1000** accouchements

Utérus cicatriciel: **30%**

En **occident** elle concerne **1/6000** accouchements

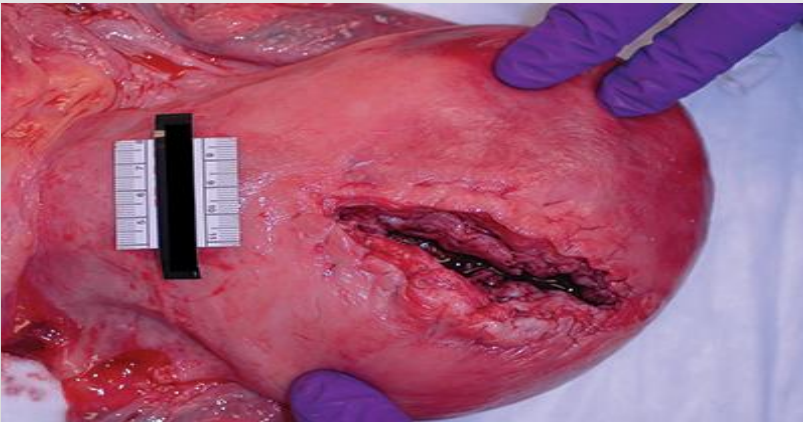
Utérus cicatriciel : **100%**

- **Segment inferieur:**

- Entité anatomique qui se forme les derniers mois de grossesse , se situe entre le col et le corps utérin .
- Sa structure est faite d'une musculature mince, soumise au maximum de force de traction , ce qui explique qu'il soit une zone de **prédilection des ruptures utérines.**

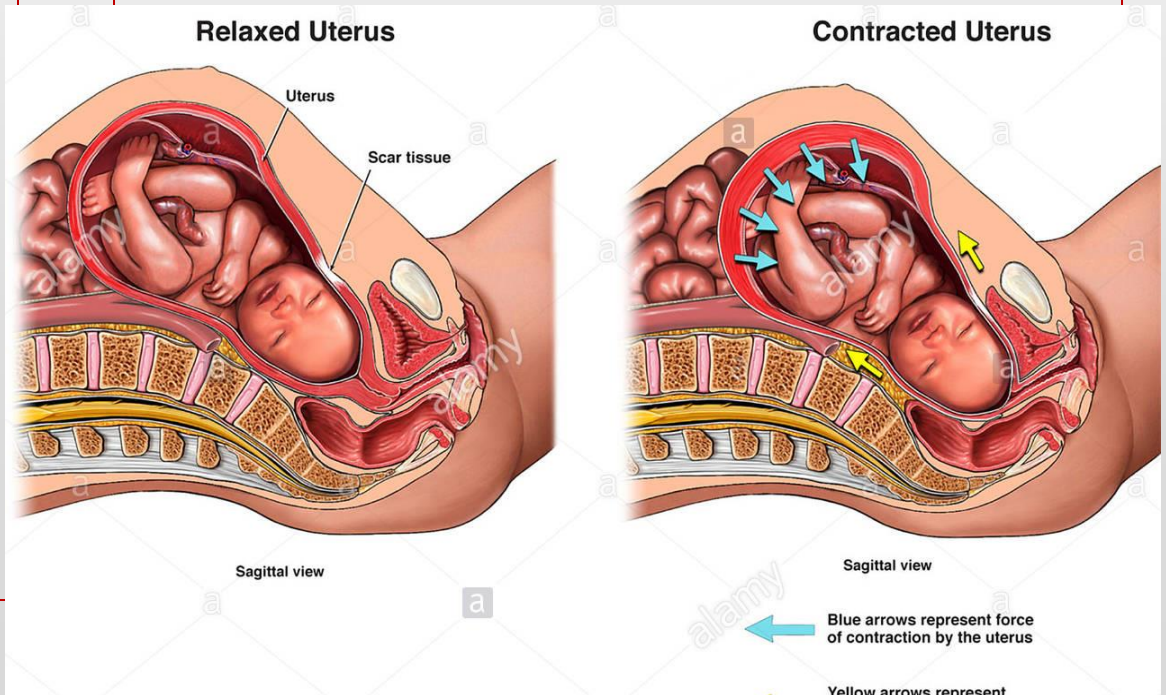
- Siège:

- **80%** se situe au niveau du **segment inférieur** (**SURTOUT** sur sa face antérieure), **3-10%** segmento-corporéal , rarement au niveau corporel exclusivement.



- Classification:

- on distingue des ruptures **complètes** et des ruptures **incomplètes** selon que la cavité utérine communique directement avec la grande cavité péritonéale ou qu'elle soit séparées par le péritoine utérin.



TRADITIONAL CLASSIFICATION

Incomplete Rupture



Complete Rupture



▪ Rupture incomplète:

1- sur utérus cicatriciel (déhiscence) : les berges scléreuses sont séparées , ne saignent pas, la séreuse péritonéale est intacte , de même que les membranes amniotiques et le fœtus est vivant.

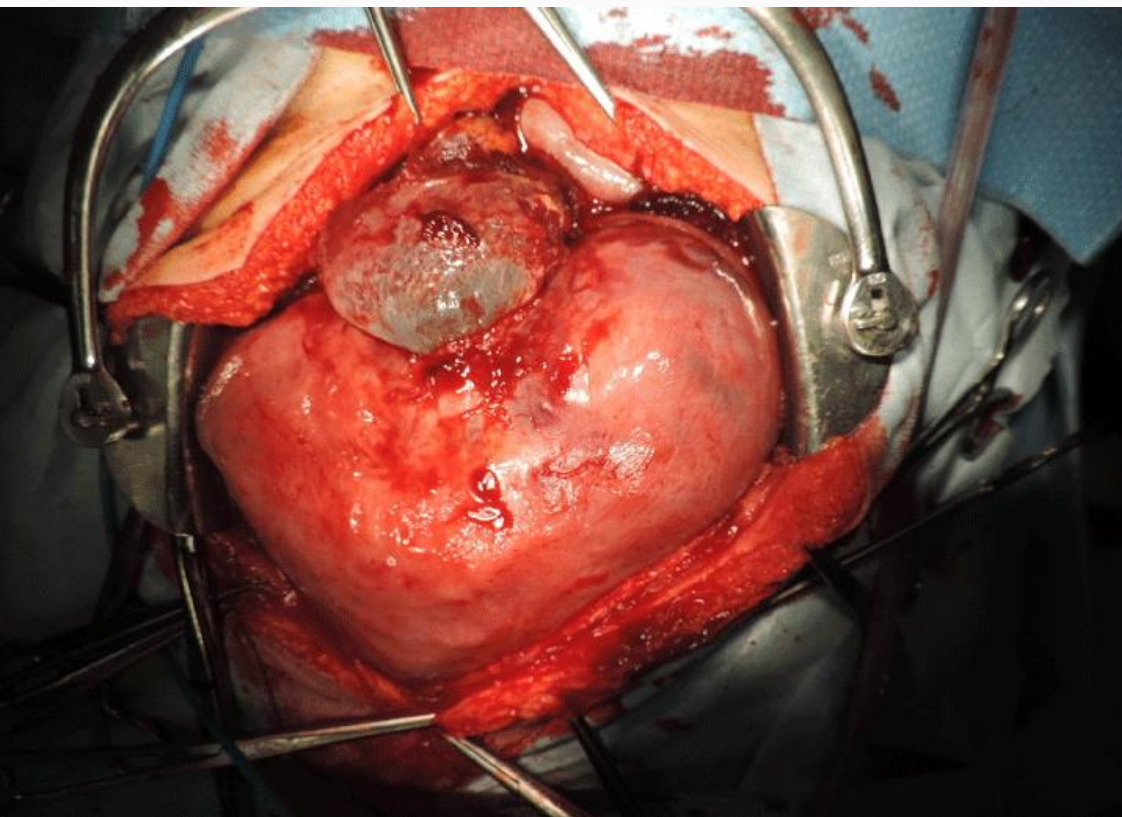
2- sur utérus sain: myomètre déchiré, mais le péritoine reste intact avec formation d'un hématome sous-péritonéal.

▪ Rupture complète:

1-sur utérus cicatriciel: les berges sont complètement séparées, les membranes rompues, avec abdominalisation fœtale .

2-sur utérus sain: lésion hémorragique , extensive , à bord anfractueux et atteint souvent le corps utérin , le trait de déchirure est variable (en T inversé , L inversé , en étoile...)

Ruptures complètes :



Abdominalisation foetale :



Facteurs de risque :

▪ 1- Toute fragilisation utérine:

cicatrice: césarienne, non respect du délai 01 année entre deux césarienne(intervalle inter gènesique) myomectomie, chirurgie des malformations.

Infections post-opératoires : sepsis de paroi.

Multiparité.

Surdistention utérine.

▪ 2- Tout obstacle mécanique sauf PP:

Anomalie du Bassin (rétréci, plat, étroit ou asymétrique)

Disproportion céphalo-pelvienne (hydrocéphalie)

Présentation dystocique (épaule, front, face enclavée...)

▪ 3- Toute source d'hypercinésie:

Abus d'ocytocique

Déclenchement artificiel du travail.

Clinique :

▪ Phase de pré-rupture:

1- **hypercinésie** ($> 5\text{CU}/10\text{mn}$ et/ ou $> 80\text{mmhg}$).

2- **mauvais relâchement**, hypertonie utérine avec rétraction du corps utérin.

3- Déformation en sablier de l'utérus par constitution d'un d'anneau de rétraction (anneau de Bandle Frommel), séparant le SI aminci et étiré du corps utérin rétracté.

4-Tension douloureuse des ligaments ronds.

5-cette situation conduit, rapidement à la mort fœtal.

▪ Rupture proprement dite:

Douleurs soudaine en coup de poignard avec sensation d'eau chaude s'écoulant dans le ventre , parfois la douleur cesse rapidement laissant place à une fausse sensation de bien-être qui précède l'état de choc.

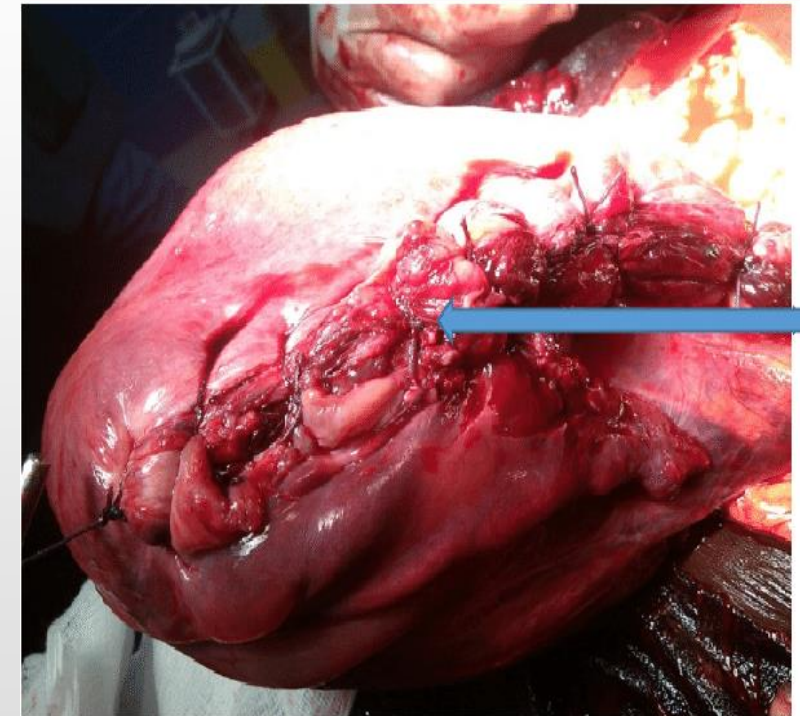
Hémorragie génitale sans rouge frais.

L'Examen clinique: Déformation abdominale, perte de la régularité utérine , fœtus dans l'abdomen, absence de BCF, disparition de la présentation.



Traitement :

- Urgence : Prise en charge extrêmement rapide et adaptée.
- Stabiliser la mère sur le plan hémodynamique.
- Sauvetage foetal par césarienne.
- Toute rupture utérine doit être traitée chirurgicalement, immédiatement après mesure de réanimation adéquate: suture utérine , hystérectomie d'hémostase dans les lésions sévères.



4. Hémorragie de Benckiser :

- Hémorragie fœtale par rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes.
- Survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux.
- Le risque fœtal est majeur avec une mortalité de 50 à 100 %.
- Se manifeste par un saignement indolore lors de la rupture des membranes, sans modification de l'état maternel mais avec une souffrance fœtale immédiate.



TAKE HOME MESSAGES :

- Hémorragie du T3 signe de pathologies obstétricales sévères
- Morbi-mortalité MF +++
- HRP, PP et RU sont les étiologies les plus fréquentes.
- TV prudent si localisation placentaire inconnue.
- Démarche diagnostique rigoureuse pour anticiper la PEC
- PEC multidisciplinaire +++
- Suivi régulier de grossesse dépistage des anomalies de placentation

