

# LES HÉMORRAGIES GÉNITALES DU TROISIÈME TRIMESTRE

***DR. A. BELKHIR***  
***Maitre Assistante en***  
***Gynécologie-Obstétrique.***

- L'hémorragie génitale au 3ème trimestre de la grossesse est définie par la survenue d'un saignement génital à partir de 24 semaines d'aménorrhées(SA) et avant l'accouchement.
- 5% des grossesses sont concernées.
- C' est une Urgence Obstétricale.

# INTRODUCTION :

- La démarche diagnostic est centré sur le diagnostic différentiel entre les deux grandes causes :
  - ***Le Placenta Prævia (PP )***
  - ***L' Hématome Rétro- Placentaire( HRP)***

# CONDUITE DE L'EXAMEN :

Après avoir éliminé une hémorragie extra génitale;

**L' examen s'intéresse au :**

- retentissement maternel : état général, pression artérielle, pouls.
- Retentissement foetal : mouvements actifs foetales (MAF), bruits cardiaques foetales ( BCF).

# CONDUITE DE L'EXAMEN :

- **Analyse Sémiologique des Hémorragies et signes**

- accompagnateurs:**

- Couleur, abondance, aspect , mode ( spontané/ provoqué)
  - Douleurs utérines permanentes, contractions utérines, pertes de liquide amniotique
  - Choc

# CONDUITE DE L'EXAMEN :

- **Histoire de la grossesse :**
  - hémorragies antérieures,
  - HTA gravidique,
  - utérus cicatriciel,
  - grossesses multiples,
  - rupture des membranes,
  - notion de placenta bas inséré

# CONDUITE DE L'EXAMEN :

- Palpation de l'utérus : souple ou contracture
- Mesure de la hauteur utérine
- Anomalies de présentation : transverse?
- Inspection du col : après la mise en place prudente d'un spéculum pour éliminer une cause cervicale : cervicite, ectropion, polype, cancer.

# CONDUITE DE L'EXAMEN :

- Le toucher vaginale ( TV) est **interdit** tant qu'il existe une suspicion de placenta prævia.
- Bandelette urinaire à la recherche d'une protéinurie.



# ORIENTATION DIAGNOSTIC :

- **En faveur d'un placenta prævia :**
  - Une hémorragie abondante, de sang rouge et coagulable et souvent récidivante.
  - Contractions utérines ; sans douleurs utérines permanentes
  - Retentissement maternel en rapport avec l'abondance de l'hémorragie

# ORIENTATION DIAGNOSTIC :

- Utérus souple et indolore
- Présentation vicieuse fréquente : siège , transverse
- Activité cardiaque fœtale bien perçue
- Souvent une multiparité

# ORIENTATION DIAGNOSTIC :

- ATCDS de curetage, césarienne ou chirurgie utérine
- Un placenta bas inséré à proximité de l' orifice interne du col ( < 50 mm) ou recouvrant le col utérin à l'échographie.

# ORIENTATION DIAGNOSTIC :

- **En faveur d' un hématome rétro-placentaire (HRP) :**
  - Un contexte vasculaire : âge>35 ans, primipare, HTA, prééclampsie, tabac, cocaïne.
  - Une hémorragie peut abondante, noirâtre, incoagulable associé a des douleurs utérines brutales ,permanentes qui dominant le tableau

# ORIENTATION DIAGNOSTIC :

- Un retentissement maternel sévère sans rapport avec l'abondance des l'hémorragies : tachycardie, état de choc, agitation maternelle
- Une contracture utérine permanente et douloureuse ***ventre de bois***
- Une activité cardiaque fœtale non perçue dans les formes complète ( fœtus mort).

# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- Hospitalisation et réalisation d'un bilan préopératoire : groupage, RH, NFS, taux des plaquettes, crase sanguin, taux de fibrinogène,
- bandelette urinaire sur sondage évacuateur.
- Consultation d'anesthésie
- Pose d'une voie veineuse
- injection de gamma globuline anti D si incompatibilité rhésus

# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- **Échographie obstétricale :**
  - Vérifié la vitalité fœtale
  - Biométries fœtale ,
  - présentation ,
  - quantité de liquide amniotique

# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

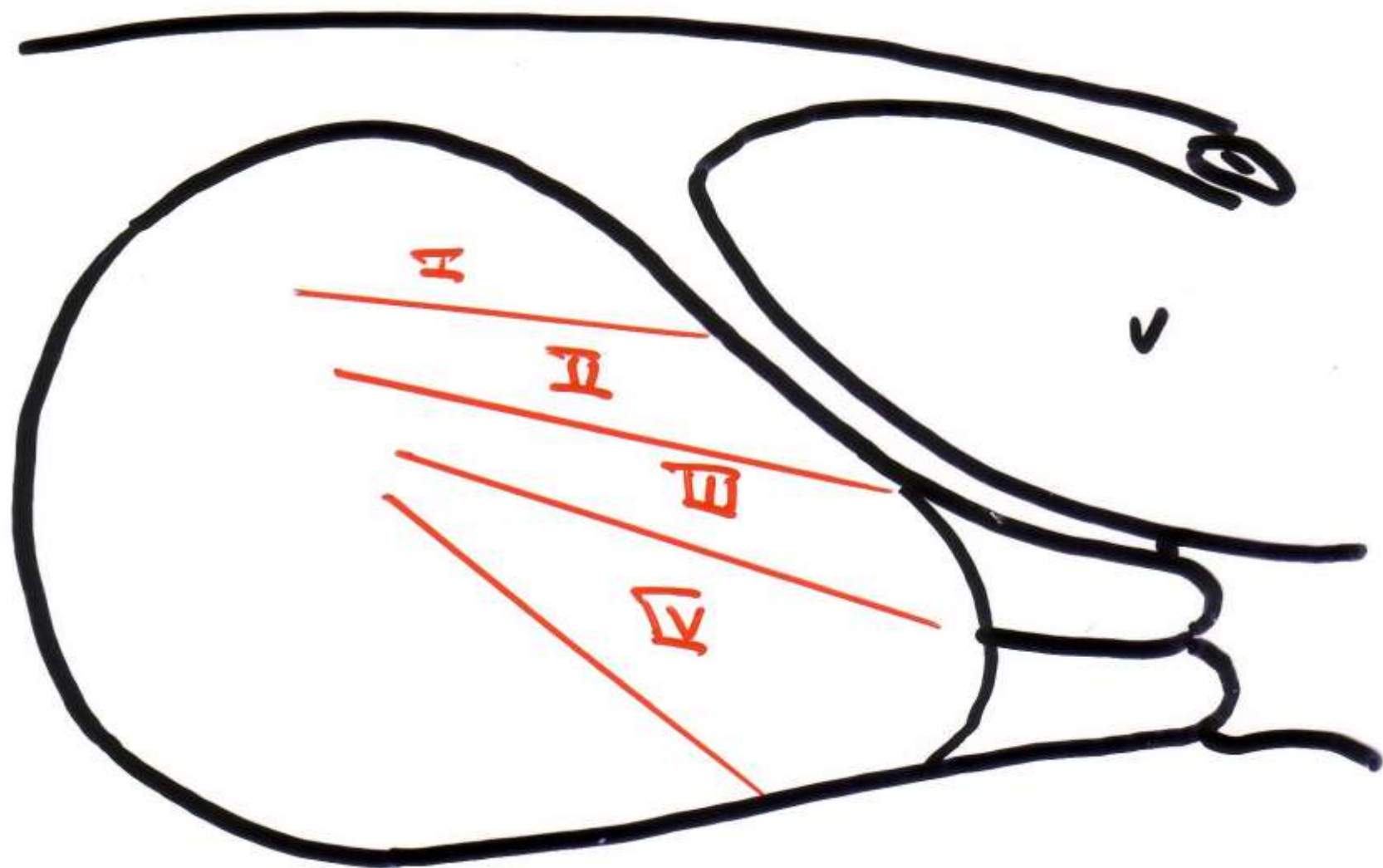
- l' échographie à vessie pleine Précise la localisation exacte du placenta prævia selon la classification de **BESSIS** :



# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

## *LOCALISATION ANTERIEURE*

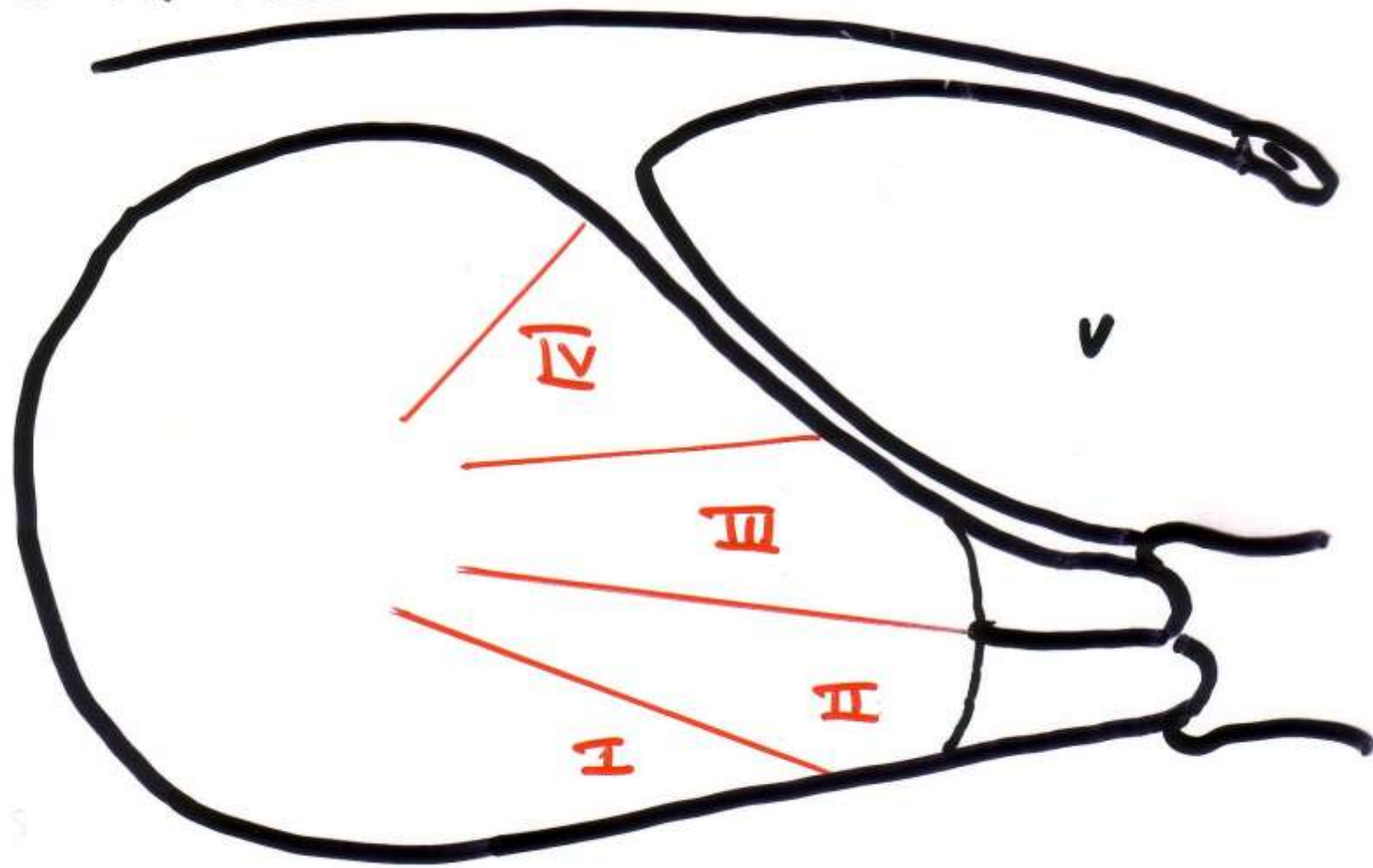
- Type I** : recouvre le 1/3 supérieur de la vessie
- Type II** : recouvre les 2/3 supérieurs de la vessie
- Type III** : atteint l'orifice interne du col
- Type IV** : atteint la face post. de l'utérus



# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

## *LOCALISATION POSTERIEURE*

- Type I** : limite inf. du placenta à moins de 4 cm de l' OCI
- Type II** : limite inf. du placenta atteint l' OCI
- Type III** : recouvre la 1/2 inf. de la vessie
- Type IV** : recouvre toute la face post. de la vessie



DIAGNOSTIC ANTENATAL <ID:  
CLINIQUE PASTEUR

<DR CHABAUD

B LOOP REC

>PWR=16 05.05m98  
> 14:58:47

DE 0.0CM  
F 3.75

FR 15

24SA



P 1  
G 82  
DR 55  
EE 1  
PE4  
DE 15.0CM

DIAGNOSTIC ANTENATAL<ID:  
CLINIQUE PASTEUR <

B LOOP REC

>PWR=16 03.01m95  
> 18:13:47  
DE 0.0CM  
F 3.75

FR 15



P 1  
G 82 PE4  
DR 55  
EE 1  
DE 15.0CM





EV8C4-S  
H8.0MHz  
Endovag  
General  
80dB ST  
Gain= 10  
Store in pr

A

DIAGNOSTIC ANTENATAL<ID: \_  
CLINIQUE PASTEUR X

B LOOP REC

>PWR=16 06.06m95  
> 14:36:51

DE 0.0CM  
F 3.75

FR 15



P 1  
G 72 PE4

DR 55  
EE 1  
DE 12.0CM



DIAGNOSTIC ANTENATAL<ID: \_  
CLINIQUE PASTEUR <

B LOOP REC

>PWR=16 20.06m95  
> 19:14:07

DE 0.0CM  
F 3.75

FR 15



P 1  
G 82 PE4

DR 55  
EE 1  
DE 12.0CM

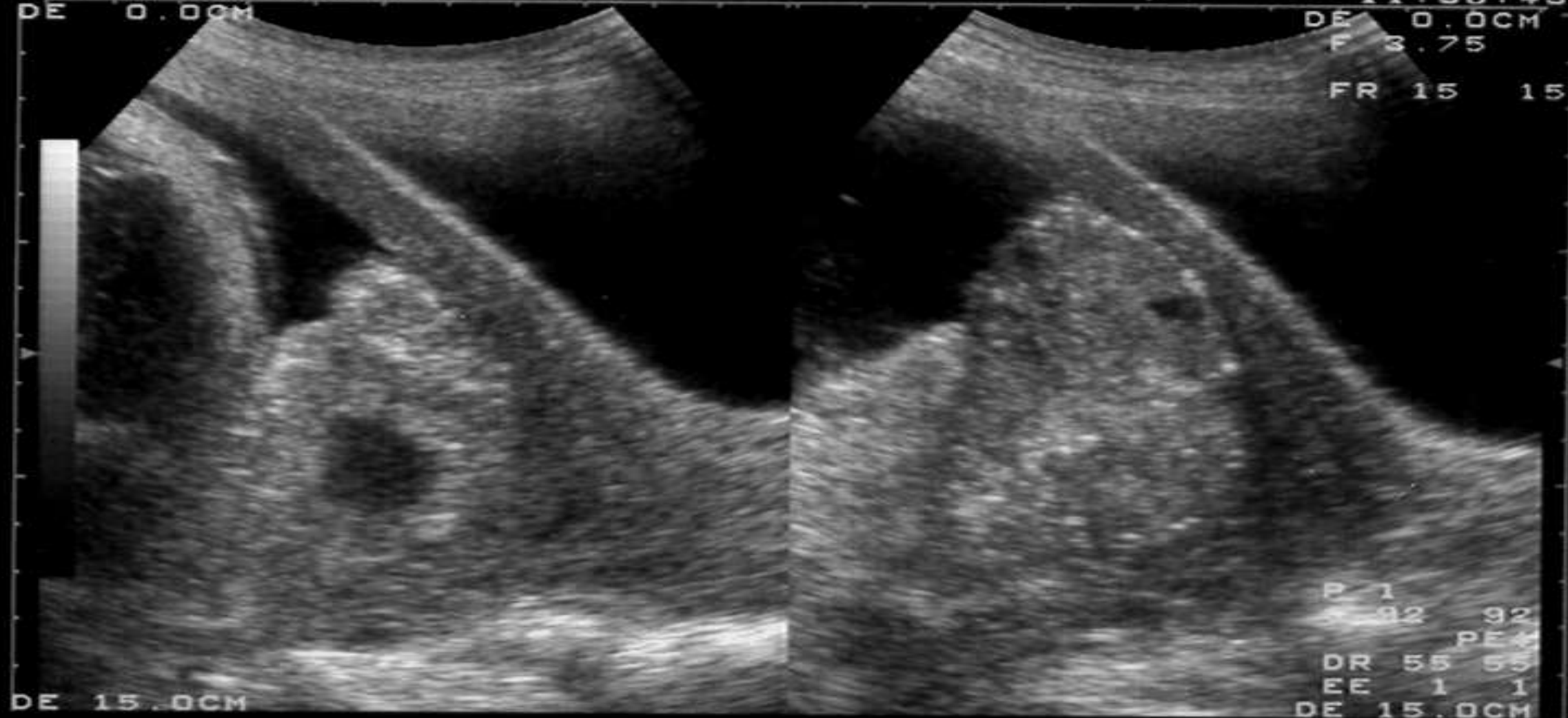
B LOOP REC

DIAGNOSTIC ANTENATAL <ID:  
CLINIQUE PASTEUR <  
DE 0.0CM

>PWR=13 30.08m93  
> 11:06:43

DE 0.0CM  
F 3.75

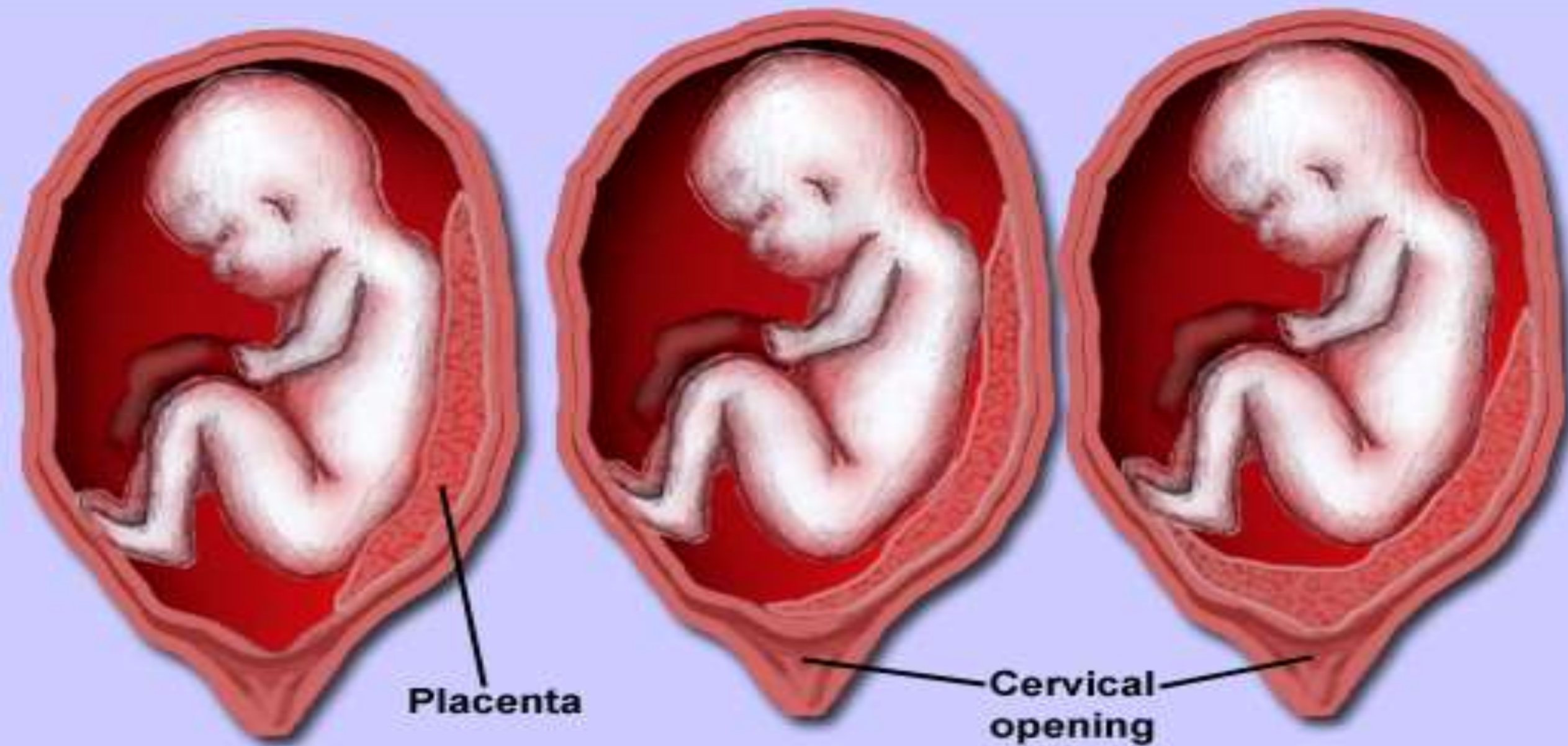
FR 15 15



**Low-lying  
placenta previa**

**Partial  
placenta previa**

**Complete  
placenta previa**



# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- **Placenta accréta :** -ATCDS d'utérus cicatriciel
  - Absence de liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre
  - Une interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse et de la vessie

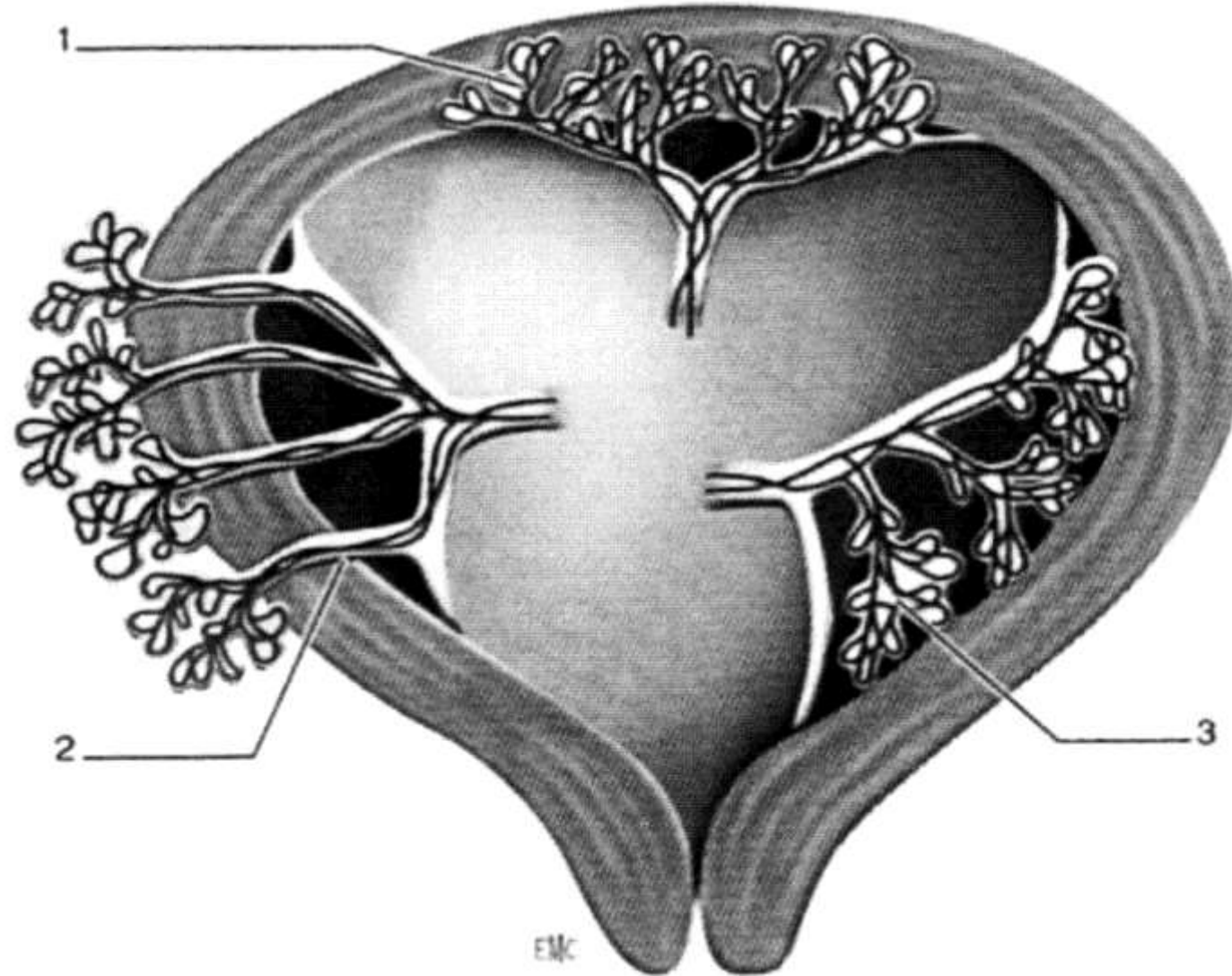
# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- Un aspect pseudo tumoral en regard de la séreuse utérine
- La présence de lacunes intra placentaires en regard de la zone accréta

**1: placenta increta :  
envahissement du  
myomètre**

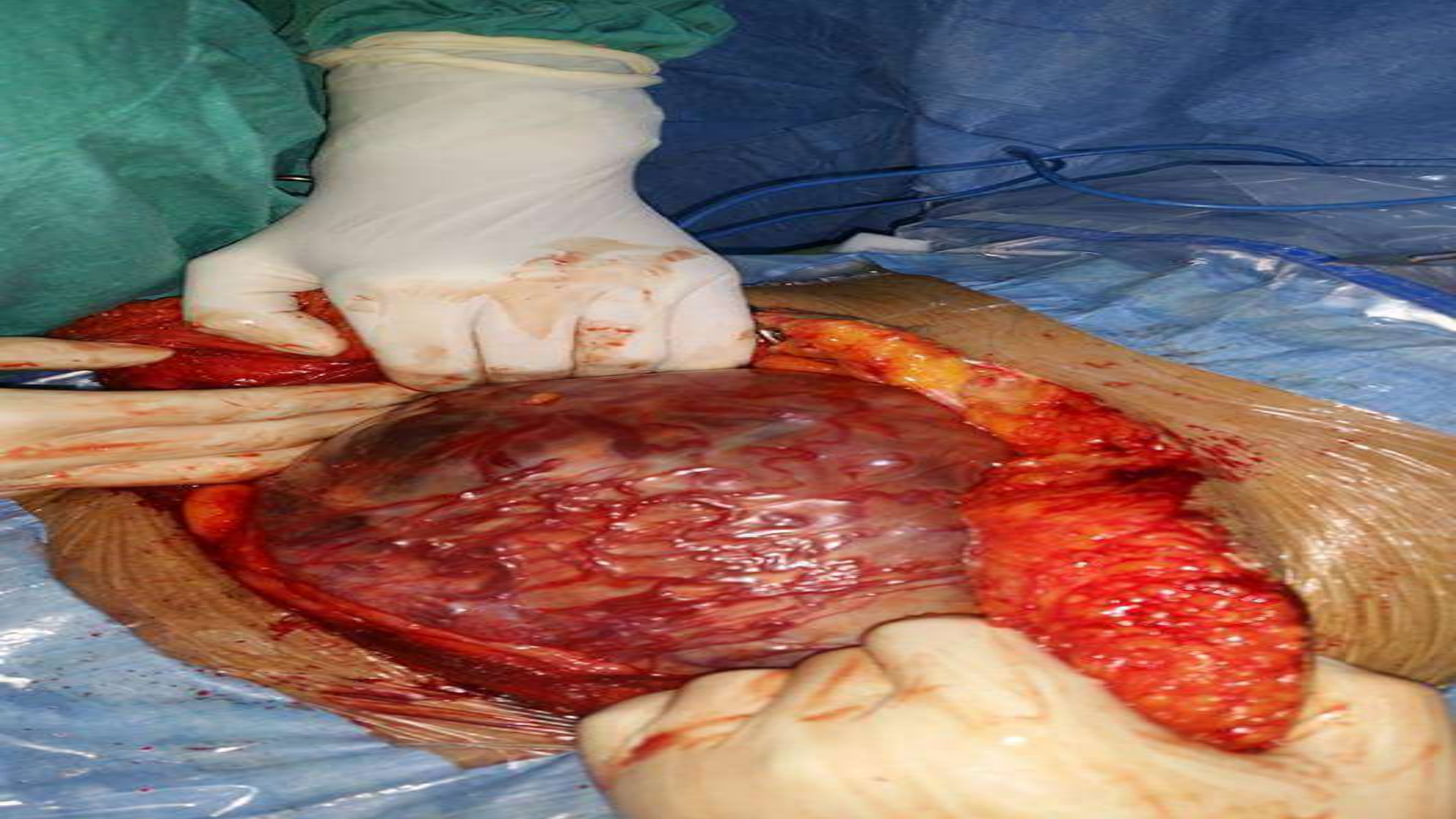
**2: placenta percreta:  
envahissement de la  
séreuse**

**3: placenta accréta:  
disparition de la  
caduque**











# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- **Recherche un HRP :**

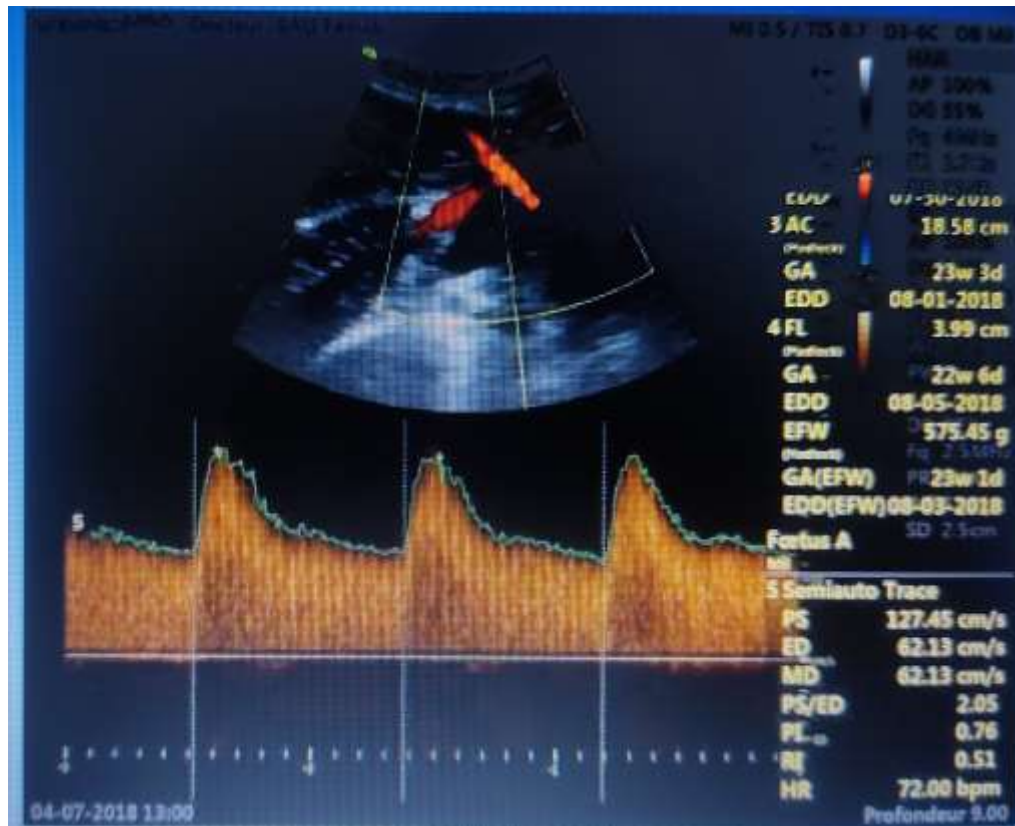
- Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
- secondaire à un infarctus placentaire
- à l' échographie : image biconvexe situé entre le placenta et l'utérus.



Figure 4 : Coupe macroscopique d'un placenta présentant un hématome décidual basal

# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- Doppler des artères utérines :



# CONDUITE À TENIR IMMÉDIATE :

- Enregistrement cardiotocographique à la recherche des contractions utérines , d' altération du rythme cardiaque fœtal.



# CAT devant un placenta prævia:

- Le principale risque c' est l'*aggravation* de l' hémorragie sur un mode cataclysmique =>>>> *césarienne en extrême Urgence* pour sauvetage maternel
- Repos au lit avec bas de contention
- Avant 34SA : *corticothérapie prénatale* ( bétaméthasone) pour prévenir la maladie des membranes hyalines.

# CAT devant un placenta prævia:

- Avant 33SA : administration de *sulfate de Magnésium* pour diminuer le risque d'infirmité motrice cérébrale (IMC) : effet neuroprotecteur
- Tocolyse par un anti-ocytocine ( *Atosiban +++*) en première intension

# CAT devant un placenta prævia:

- Recherche d'un facteur déclenchant : infection; menace
- Remplissage vasculaire +/- transfusion
- Surveillance étroite

# CAT devant un placenta prævia:

- ***Mode d'accouchement :***

- Placenta recouvrant exige une césarienne prophylactique.
- Placenta prævia non recouvrant peut autoriser un accouchement par voie vaginale avec rupture artificielle des membranes en début de travail et sous surveillance stricte.



# CAT devant un Hématome Rétro-Placentaire :

- Dans la forme Complète avec *Mort fœtale* et *CIVD* (coagulation intra vasculaire disséminé) le pronostic vital maternel est mis en jeu; il faut obtenir l'expulsion par voie basse dans les plus brefs délais.
- Dans les formes incomplète avec fœtus vivant :

# CAT devant un Hématome Rétro-Placentaire :

- Oxygénation
- Remplissage vasculaire pour traiter le choc
- Traitement de la défibrination : apport du plasma frais congelé PFC, fibrinogène, plaquettes
- Traitement d'éventuelle HTA gravidique

# CAT devant un Hématome Rétro-Placentaire :

- Déclenchement immédiat de travail avec rupture large des membranes
- l' anésthésie péridurale est contre indiqué en cas de CIVD
- Une surveillance étroite du Rythme Cardiaque Fœtale :  
Une Césarienne immédiate s'impose en cas d'altération de RCF
- Examen anapath du placenta

# CAT devant un Hématome Rétro-Placentaire :

- ***Après l'expulsion*** : une surveillance
  - Pouls, PA, état général, diurèse
  - Globe utérin, hémorragie
  - FNS, plaquettes, hématocrite, crase, fibrinogène

# CAT devant un Hématome Rétro-Placentaire :

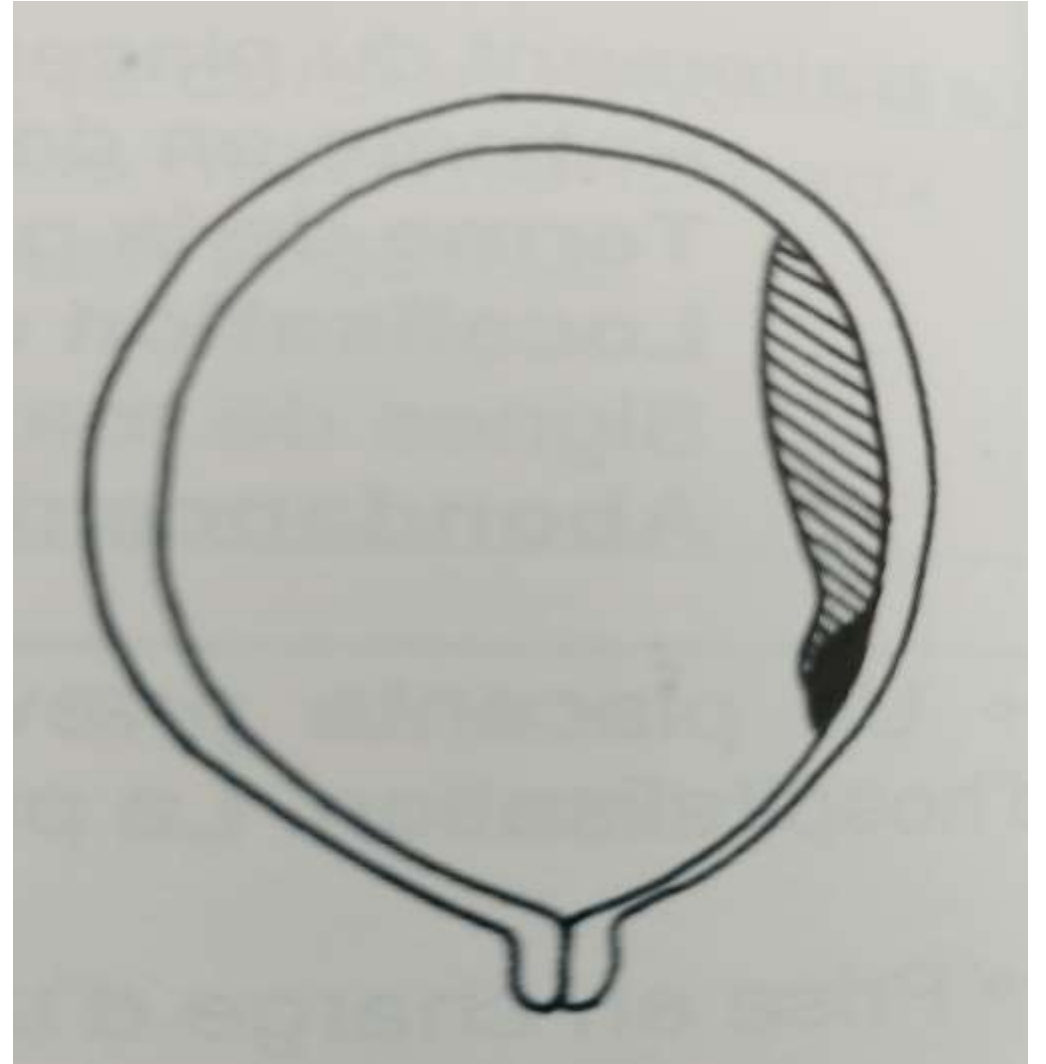
- ***Pour les grossesses ultérieures :***

- Arrêt du tabac et de la cocaïne
- La prise de l'aspirine

LES AUTRES ÉTIOLOGIES DE L'  
HÉMORRAGIE DU T3 :

# L'HÉMATOME DÉCIDUAL MARGINAL :

- Cause fréquente
- Du au décollement d'une portion périphérique du placenta



# L'HÉMATOME DÉCIDUAL MARGINAL :

## **Tableau clinique :**

- Saignement de faible abondance
- Pas de retentissement fœtal
- Le reste de l' examen est normal

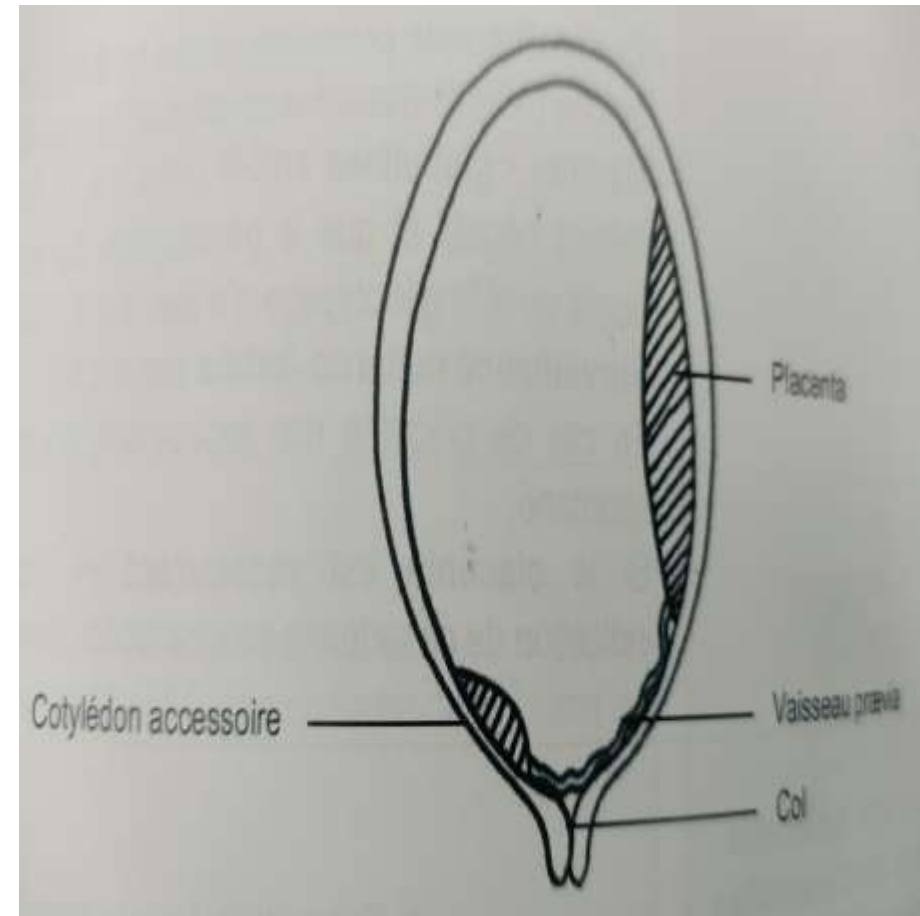


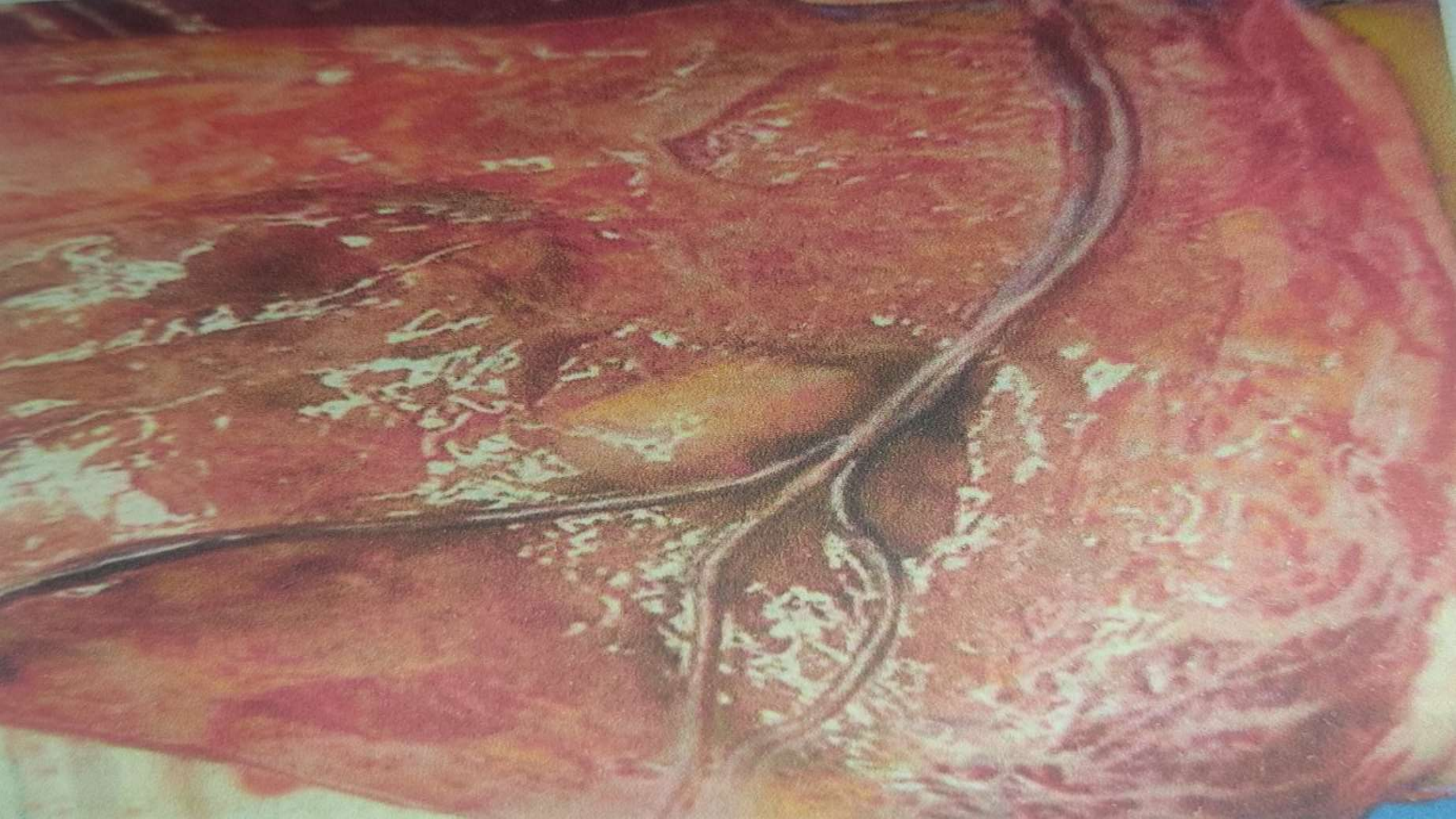
# L'HÉMATOME DÉCIDUAL MARGINAL :

- L'échographie confirme le diagnostic
- **CAT**: repos + surveillance en milieu hospitalier

# L'HÉMORRAGIE DE BENCKISER :

- Hémorragie d'origine fœtale
- Rupture d'un vaisseau  
prævia fœtal lors de la  
rupture des membranes





# L'HÉMORRAGIE DE BENCKISER :

- Faite du sang franc rouge
- indolore
- Etat maternel est bien
- Souffrance foétale aigue qui s'installe rapidement
- **CAT:** césarienne en urgence pour sauvetage foétale.



# LA RUPTURE UTÉRINE :

- C'est une solution de continuité non chirurgicale d'un utérus gravide au niveau du **corps** ou de **Segment inférieur**.
- On exclu de cette définition :
  - Les déchirures du col.
  - Les perforations utérines.
  - Les plaies perforantes de l'abdomen.

# LA RUPTURE UTÉRINE :

- peut survenir pendant la grossesse ; mai surtout lors du travail.
- on distingue :
  - les ruptures sur utérus intact.
  - les rupture sur utérus cicatriciel.

# La Rupture utérine de l'utérus intact :

- par disproportion foeto-pelvienne
- Elle est devenue exceptionnelle.
- Elle évolue en 2 phases :

# La Rupture utérine de l'utérus intact :

## **1. La phase de Pré-rupture ( syndrome de lutte = SYNDROME DE BANDEL FROMMEL) :**

- Après un travail prolongé;
- Des contractions utérines de plus en plus rapprochées avec une mauvaise relâchement intercalaire

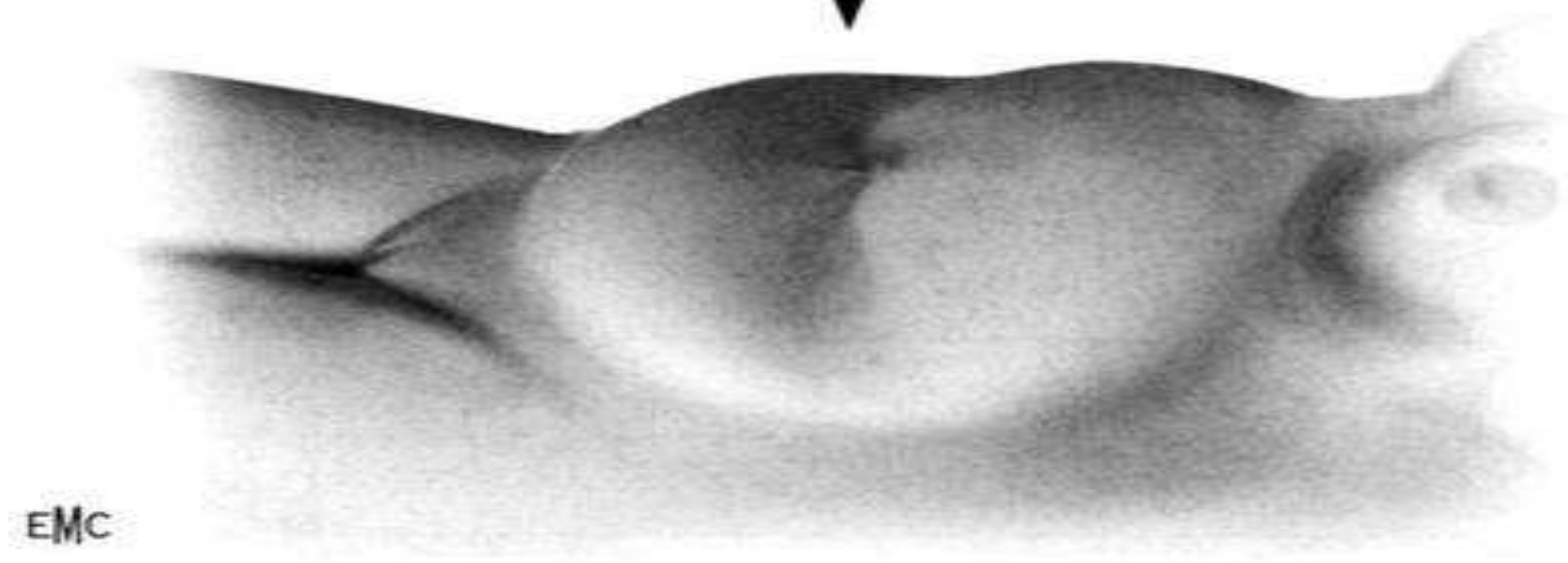


# La Rupture utérine de l'utérus intact :

- Stagnation de la dilatation ; et œdème du col.
- Rétraction utérine ; après rupture de la PDE (poche des eaux), qui se moule sur le fœtus.
- Étirement du segment inférieur => formation d'un **Anneau de Bandel : Utérus en Sablier +++.**



**A**



EMC

**B**

# La Rupture utérine de l'utérus intact :

- Tension douloureuse des ligaments ronds en cordes de violon.
- La patiente est Très agitée et anxieuse.
- Cette situation aboutit à la *MORT fœtale*.

# La Rupture utérine de l'utérus intact :

## **2. La Phase de rupture** : caractérisée par :

Douleur abdominale brutale, intense , syncopale; suivit :

- D'une période d'accalmie.
- Malaise générale.
- État de choc.

# La Rupture utérine de l'utérus intact :

- Absence des contractions
- La palpation de deux masses : utérus rétracté et le fœtus directement sous la peau.
- Absence de BCF.

# La Rupture utérine de l'utérus intact :

- Au TV:
  - pas de présentation .
  - Une hémorragie vaginale ; souvent peu abondante.

# Rupture de l'utérus cicatriciel :

- Tableau clinique souvent silencieux et insidieux
- Syndrome de pré-rupture: **Triade de Chastrusse : +++**
  - ✓ Douleur permanente au niveau de la cicatrice,
  - ✓ Ralentissement de la dilatation;
  - ✓ Saignements minime.

# Rupture de l'utérus cicatriciel :

- Les BCF sont présent.
- Parfois le diagnostic est établi lors de la révision utérine ou la césarienne.



# LA RUPTURE UTÉRINE : PRISE EN CHARGE

- Doit être **Rapide** et **Efficace**.
- Associe :
  - **La réanimation médicale**: Correction des troubles hémodynamiques et d'hémostase.
  - **Le traitement chirurgical** :
    - **Conservateur si possible** : suture de la déchirure et ligatures vasculaires étagées.

# LA RUPTURE UTÉRINE : PRISE EN CHARGE

- **Traitement radical : *L'hystérectomie d'hémostase*** ; si échec ou impossibilité du trt conservateur.
- Réparation des lésions associées : vessies , cervical, vagin.
- Discuté la ligature des trompes.

# LA RUPTURE UTÉRINE : PRISE EN CHARGE

- Pour une grossesse ultérieure :
  - Un délai minimum de **2 ans**.
  - C' est l indication d' une **césarienne prophylactique**.

## CONCLUSION :

- Les deux principales étiologies d' hémorragie au troisième trimestres : le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire
- La rupture utérine est devenu rare.
- La prévention des complications nécessite une prise en charge précoce en milieu hospitalier.