

LES MÉTRORRAGIES DU 3^{ÈME} TRIMESTRE

Dr Senouci Oum Elkheir Soltana
Médecin spécialiste en gynécologie obstétrique

Objectifs pédagogiques

- Établir un diagnostic clinique au cours d'un saignement au 3^{ème} trimestre
- Énumérer les complications maternelles et fœtales .
- Planifier une prise en charge rapide et efficace en fonction de l'étiologie

Plan

- Introduction
- Intérêt de la question
- Causes de l'hémorragie du 3^{ème} trimestre
- Évaluation clinique
- Démarche diagnostic
- Conclusion
- Bibliographie

Introduction

- L'hémorragie du troisième trimestre correspond à un saignement extériorisé par voie vaginale au cours du troisième trimestre de la grossesse. Elle survient dans moins de 5 % des grossesses et constitue une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales.

Intérêt de la question

- L'évaluation de l'importance de saignement, son retentissement maternel et fœtal doit constituer la première urgence.
- La détermination de la cause d'hémorragie et sa prise en charge doivent suivre assez rapidement.

Quelles sont les causes de l'hémorragie de troisième trimestre ?

- Les causes de l'hémorragie de troisième trimestre sont multiples. 50 % ont une origine endo-utérine et l'autre moitié a une origine non gravidique.
- Les hémorragies endo-utérines sont dominées par le placenta prævia et l'hématome rétroplacentaire (HRP).
- Elles peuvent mettre en danger rapidement la mère et l'enfant.

Quelles sont les causes de l'hémorragie de troisième trimestre ?

- Les hémorragies non gravidiques sont dominées par les saignements d'origine cervicale.
- Elles sont en général modérées et ne représentent pas un danger immédiat.

Évaluation clinique

-Quelque soit son origine, la survenue d'une hémorragie au cours du troisième trimestre de la grossesse impose :

- Une évaluation de l'importance de l'hémorragie et de son retentissement
- un examen de la patiente et éventuellement un bilan paraclinique
- une orientation diagnostique à la recherche d'une étiologie

Evaluation de l'importance de l'hémorragie

- L'évaluation de l'importance de l'hémorragie permet de faire face à une éventuelle situation d'urgence nécessitant une prise en charge rapide et permet ainsi une première orientation diagnostique.

Évaluation clinique

- Une hémorragie importante de sang rouge d'apparition récente et persistante évoque un placenta prævia surtout si l'existence d'un placenta bas inséré échographique est déjà connue. Dans ce cas, il faut :
 - quantifier l'hémorragie
 - rechercher la présence de caillots (absence de trouble de la coagulation)
 - rechercher un retentissement maternel (hypotension, pouls rapide, pâleur cutanéomuqueuse, sueur), ce qui nécessite de placer immédiatement une voie veineuse, perfuser la patiente et réaliser une numération formule sanguine, un bilan de coagulation, un groupe sanguin et rhésus
 - rechercher un retentissement fœtal (enregistrement du rythme cardiaque fœtal) à la recherche d'une souffrance fœtale aiguë nécessitant une extraction fœtale souvent en urgence

Évaluation clinique

- Une hémorragie de sang noir plus ou moins abondante, accompagnée de douleur abdominale brutale en coup de poignard siégeant au niveau de l'utérus, oriente le diagnostic vers l'hématome rétroplacentaire, surtout si l'hémorragie survient chez une patiente hypertendue.
- Une hémorragie peu abondante, rosée, survenant après l'apparition des contractions utérines, mélangée à des glaires, évoque la perte du bouchon muqueux

Évaluation clinique

- Une hémorragie de sang noirâtre plus ou moins abondante, sans contraction utérine, évoque l'évacuation d'un hématome marginal déjà ancien
- Une hémorragie peu abondante de sang rouge, survenue après un rapport, évoque une cause cervicale
- Après cette première évaluation et en dehors d'une souffrance fœtale aiguë ou de choc hypovolémique chez la mère, un examen clinique doit aider à réaliser un diagnostic étiologique.

Démarche diagnostic :

- groupe sanguin et rhésus
- antécédents personnels de trouble de la coagulation ou de pathologie cervicale (dysplasie, ectropion,...)
- antécédents de saignements au premier et au deuxième trimestre
- précise le terme exact de la grossesse avec la date des dernières règles
- antécédents obstétricaux, antécédents de placenta prævia, d'hypertension gravidique, de décollement placentaire marginal lors des éventuelles grossesses antérieures
- antécédents personnels ou familiaux de pré-éclampsie ou d'éclampsie, de diabète gestationnel et pré-gestationnel

Circonstances de survenue du saignement

- associé ou en dehors de toute contraction utérine
- après un traumatisme direct : accident de la voie publique, agressions,...
- spontané, indolore
- associé à des douleurs qu'il faut décrire : topographie, type, intensité, irradiation

Examen clinique

1-Examen général:

- La prise de la tension artérielle et du pouls et la recherche d'une pâleur cutanéomuqueuse sont les premiers gestes à faire pour apprécier le retentissement maternel de l'hémorragie.

Examen clinique

2-Palpation abdominale et surtout utérine pour apprécier le tonus utérin:

- Un utérus contracturé avec un mauvais relâchement entre les contractions réalisant ce que l'on appelle l'utérus de bois, évoque plutôt un hématome rétroplacentaire.
- Un utérus bien relâché associé à une hémorragie de sang rouge s'aggravant au cours des contractions est plutôt en faveur d'un placenta prævia.

Examen clinique

3-Examen du col au spéculum:

- L'examen au spéculum doit être systématique. Il permet d'orienter le diagnostic vers une hémorragie d'origine endo-utérine (placenta prævia, HRP, hématome décidual, ...) ou vers une hémorragie non gravidique d'origine cervicale (cervicite, ectropion, polype ou exceptionnellement cancer du col,...).

Examen clinique

4-Toucher vaginal:

- Le toucher vaginal doit être toujours très prudent et réalisé de préférence après un contrôle échographique de la localisation placentaire.
- Il permet l'évaluation des conditions cervicales (longueur, ouverture, consistance et position du col).
- Il doit être évité en cas de placenta prævia. L'exploration du canal cervical, qui peut aggraver l'hémorragie par un décollement placentaire supplémentaire, est contre-indiquée.

Examens paracliniques

-Echographie:

De préférence par voie abdominale, l'échographie doit avoir lieu de préférence avant le toucher vaginal.

Elle permet de poser ou d'écarter le diagnostic de placenta prævia en précisant la localisation placentaire.

Elle permet quelquefois de faire le diagnostic d'un hématome rétroplacentaire qui n'est pas toujours aisé à diagnostiquer à l'échographie.

Elle permet aussi d'éliminer une mort in-utéro et de réaliser les mesures des paramètres fœtaux afin d'éliminer un retard de croissance intra-utérin.

Examens paracliniques

-Rythme cardiaque fœtal:

L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal doit permettre d'éliminer une souffrance fœtale aiguë.

Examens paracliniques

-Les autres examens:

Les prélèvements sanguins (groupe sanguin, rhésus, recherche des anticorps irréguliers, numération globulaire, plaquettes, bilan de coagulation, test de Kleihauer) doivent être réalisés avant de poser une voie veineuse et de débiter une éventuelle réanimation en fonction de l'importance de l'hémorragie.

	Saignement de l'orifice externe	Menace d'accouchement prématuré	Hématome rétro placentaire	Placenta prævia hémorragique	Rupture utérine
Fréquence	++++	+++	+	++	rare
Mécanisme	Traumatisme du col, rendu fragile par la grossesse	Saignement du col utérin sous l'effet des contractions	HTA=1/3 des cas, MAP-infection=1/3 des cas (DPPNI), inconnu = le reste	Saignement de la partie basse du placenta	Désunion d'une cicatrice de césarienne antérieure
Douleurs et signes associés	Non	Douleurs contemporaines des contractions, sensation de poussées	Typiquement contracture utérine intense et extrêmement douloureuse (utérus « de bois »), mais parfois indolore	Indolore, parfois contractions utérines	Extrêmement douloureux
Contractions utérines	Non	Oui	Contracture utérine généralement	Parfois mais pas constant	Non
Contexte	Toucher vaginal ou rapport sexuel récents	Inconstant	Contexte pré éclampsie / HTA	Découverte lors des saignements, parfois PIB connu en échographie	Utérus cicatriciel (césarienne antérieure)
Conduite à tenir	Rassurer, retour à domicile	Urgences maternité			

Conclusion:

- Le placenta prævia et l'hématome rétroplacentaire constituent les deux principales étiologies de l'hémorragie du troisième trimestre.
- L'échographie et une prise en charge rapide et adaptée ont permis de diminuer de façon importante la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale.
- La mortalité périnatale est assez importante.
- La mortalité maternelle est liée aux troubles de la coagulation.

Bibliographie