# Hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre

DR H LABACI DR IS DJADOUN

## <u>Introduction</u>

#### Définition:

L'hémorragie du troisième trimestre correspond à un saignement extériorisé par voie vaginale au cours du troisième trimestre de la grossesse.

#### Intérêt:

constitue une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale.

#### Métrorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre

Origine Endo Utérine

Origine cervicale

Placenta praevia
Hématome rétro
placentaire
Rupture utérine
Hématome décidual
marginal
Hémorragie de benckiser

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

- I Une évaluation de l'importance de l'hémorragie et de son retentissement
- 2- Un examen de la patiente et éventuellement un bilan para clinique pour rechercher une étiologie

# Prise en charge des hémorragies du 3eme trimestre

Quantifier l'hémorragie, rechercher des caillots

- Rechercher un retentissement maternel (coloration , TA, FC) et un retentissement fœtal: BCF , ERCF à la recherche d'une SFA
- Avoir une 1<sup>ère</sup> orientation diagnostic:
- Une hémorragie importante de sang rouge récente et persistante 
  placenta praevia
- Une hémorragie de sang noir accompagnée de douleur abdominale brutale en coup de poignard, avec altération de l'état materno fœtal 

  HRP
- Une hémorragie peu abondante rosée, survenant après l'apparition des contractions utérines, mélangée à des glaires, évoque la perte du bouchon muqueux
- Une hémorragie peu abondante de sang rouge, survenue après un rapport, évoque une cause cervicale

# Enquête étiologique:

- 1-Interrogatoire:
- Groupage sanguin/Rhésus
- Age de grossesse
- Antécédents obstétricaux (PP, PE), personnels et familiaux (troubles de la coagulation)
- Antécédents de pathologie cervicale
- Déroulement de la grossesse actuelle
- Circonstances de survenue du saignement:
- spontané ou provoqué
- Avec ou sans contractions utérines
- o associé ou non à des douleurs.

Après cette première évaluation et en dehors d'une souffrance fœtale aiguë ou de choc hypovolémique chez la mère, un examen clinique et au besoin paraclinique doit aider à réaliser un diagnostic étiologique.

## 2-Examen clinique:

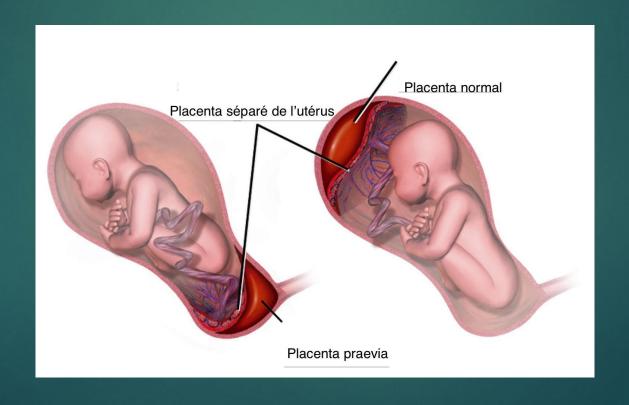
- 2.1.Examen général: TA ,pouls et la recherche d'une pâleur cutanéo-muqueuse sont les premiers gestes à faire
- 2.2. Palpation abdominale et surtout utérine: pour apprécier le tonus utérin
- 2.3. Examen du col au spéculum: systématique. Il permet d'orienter le diagnostic vers une hémorragie d'origine endo-utérine ou vers une hémorragie non gravidique d'origine cervicale
- <u>2.4. Toucher vaginal</u>: 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.

### 3. PARACLINIQUE

- A Echographie : De préférence par voie abdominale,
- Elle permet de poser ou d'écarter le diagnostic de placenta prævia
- Elle permet quelquefois de faire le diagnostic d'un hématome rétro placentaire
- Elle permet aussi d'éliminer une mort in-utéro et de réaliser les mesures des paramètres fœtaux.
- B ERCF: a la recherche d'une souffrance fœtale.
- C -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 débuter une éventuelle réanimation en fonction de l'importance de l'hémorragie.

# Etiologies

# PLACENTA PRAEVIA



#### 1-Définition

Un placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur

#### 2-Facteurs de risque

- -Multiparité
- -Antécédents d'avortements et de curetages
- -Cicatrices utérines
- -Fibromes sous muqueux et malformations utérines
- -Gémellité
- -Antécédents de placenta prævia
- -âge maternel avancé
- -tabagisme

#### 3-Classification:

- Pendant la grossesse: correspond à la situation du placenta/ O.C.I. au cours de la grossesse
- P.P. latéral: le bord inferieur reste à distance de l'O.C.I.
- P.P. marginal: le placenta affleure l'O.C.I.
- P.P. central: le placenta recouvre en totalité l'O.C.I.
- Pendant le travail: classification clinique de Couvelaire:

Variété non recouvrante: le bord placentaire ne déborde pas l'orifice cervical

Variété recouvrante: Une partie du placenta recouvre en totalité ou en partie l'O.C.I. et par conséquent l'air de dilatation

Recouvrant partiel: le col est partiellement recouvert par le placenta

Recouvrant total: le col est totalement recouvert par le placenta

- Classification échographique:
- Classification de Bessis:

Placenta prævia antérieur:

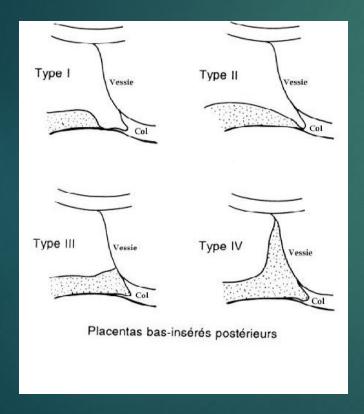
- □Type 1:le bord inf. du placenta atteint le 1/3 sup. vessie
- □Type 2:le bord inf. du placenta atteint les 2/3 sup. de la vessie
- □Type 3:le bord inf. du placenta atteint le col
- □Type 4:le bord inferieur du placenta dépasse le col
- ► □Placenta prævia postérieur:

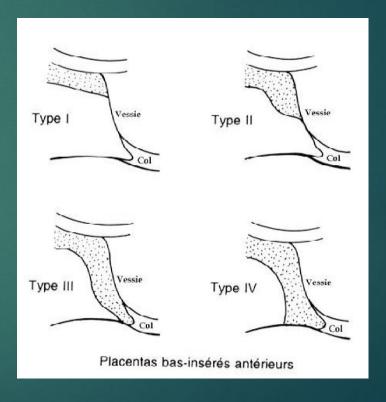
Type 1:bord inferieur du placenta à 4 cm en arrière du col

Type 2:bord inferieur du placenta atteint le col

Type3:le bord inf. du placenta atteint le 1/3 inf. de la vessie

Type 4:bord inf. de la vessie recouvre le dôme vésical





#### Diagnostic+:

#### 1-Signes fonctionnels:

L'hémorragie+++, c'est le signe capital, faite de sang rouge, indolore, inopinée, le plus souvent nocturne, favorisée par les contractions utérines, au début souvent modérée, mais ayant tendance à récidiver

- 2-Signes généraux: Selon l'importance du saignement
- 3-Examen clinique:
- Pdt la grossesse:
- □Utérus souple, bien relâché
- □Souvent présentation anormale et haute déviée de l'axe du bassin
- □B.C.F.
- □Speculum: origine endo utérine du saignement
- □Le TV: **ne doit pas être** fait: s'il est fait par méconnaissance:
- -Segment inférieur mal formé,
- -Sensation d'un matelas ou éponge correspondant à l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation qui reste haute.

#### ► Pdt le travail:

- □ Palpation et auscultation sont identiques
- □Le T.V. **Est contre indiqué:** s'il est fait par méconnaissance , il mettera en évidence:
- □ P.P. non recouvrant: si les mbs sont intactes, le doigt perçoit des mbs rugueuses sans souplesse
- □P.P. recouvrant:
- □Partiellement: languette du bord inférieur du placenta d'un coté et les mbs de l'autre
- □Totalement: le placenta est perçu directement

#### 4-Examens complémentaires:

□ **Echographie+++:**Tout saignement du T3 de la grossesse impose de pratiquer une échographie en urgence avant de faire le T.V.

Confirme le diagnostic

Nature de la présentation

Recherche une malformation

Recherche une éventuelle image de décollement

#### Après la délivrance:

l'examen du petit coté des membranes qui mesure moins de 10 cm

#### 5-Evolution:

- -Les récidives hémorragiques sont fréquentes, augmentant le risque d'accouchement prématuré
- -La rupture prématurée des membranes: effet bénéfique sur les saignements
- -Mais expose au risque d'accouchement prématuré, d'infection amnitotique et de procidence du cordon

#### 6-Pronostic:

#### Maternel:

Mortalité : rare actuellement due aux hémorragies cataclysmiques, CIVD, tentative de décollement d'un placenta accreta

La morbidité: -Anémie -Complications infectieuses -Accidents thrombo emboliques

#### Foetal:

- -Prématurité –Anémie Hypotrophie fœtale -souffrance foetale chronique et aigue
- -Mortalité: grande prématurité

#### **7-CAT:**

- Le placenta prævia nécessite une prise en charge en milieu spécialisé, avec une équipe multidisciplinaire:
- But: Arrêter l'hémorragie , Compenser les pertes sanguines
   La conduite dépend de nombreux facteurs:
- Importance du saignement
- Terme de la grossesse
- Variété du PP
- Présentation, dilatation cervicale

- Au cours de la grossesse:
- ► <u>1-<36SA:</u>
- -Repos au lit
- -Abstention de tout examen obstétrical
- -Traitement tocolytique
- -Traitement martial
- Anti D si Rh négatif
- -Maturation pulmonaire foetale si terme <34SA
- -Surveillance maternelle
- -Abondance du saignement, FC, TA, Biologie: NFS, bilan d'hémostase, RAI
- -Surveillance foetale: HU, MAF, BCF, ERCF Echographie
- -Parfois la césarienne s'impose avant 37SA Hémorragie grave Signes de souffrance foetale

- 2- entre 36SA-37SA:La grossesse peut être interrompue:
- La césarienne est indiquée si PP recouvrant ouPP avec présentation anormale, utérus cicatriciel ou toute autre cause de dystocie

#### Pendant le travail:

1-L'accouchement par voie basse est accepté:

formes non recouvrantes, avec présentation céphalique bien centrée, et rythme cardiaque foetal normal

#### Le 1ergeste à effectuer: rupture large des mbs

2-la césarienne:

Placenta prævia recouvrant

Hémorragie abondante persistante après rupture de la PDE

SFA, procidence du cordon

PP+présentation anormale ou toute autre dystocie

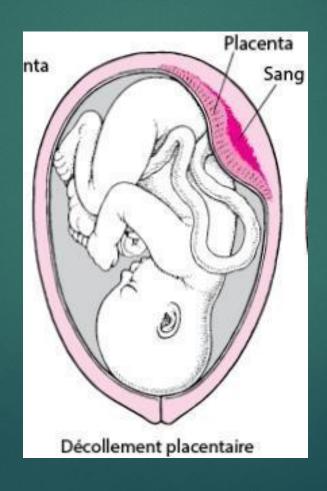
#### Au cours de la délivrance:

Délivrance dirigée révision utérine si l'hémorragie persiste Utero toniques pour la rétraction utérine Massage utérin, sac de sable Si l'hémorragie persiste: hystérectomie d'hémostase

#### Dans les suites de couche:

- □Poursuivre la correction de l'anémie
- $\square$ ATB
- □ Anti-D si Rh –
- □ Prévention des accidents thrombo emboliques

### HEMATOME RETRO PLACENTAIRE



#### Définition

- -Accident paroxystique qui survient au 3èmetrimestre de la grossesse et pendant le travail, définit par la formation rapide d'une collection sanguine entre la face maternelle du placenta et la paroi utérine responsable d'une interruption rapide de échanges materno-foetaux source d'une SFA voir la mort foetale
- -Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, apoplexie utéro-placentaire, syndrome de Couvelaire

#### Intérêt:

Pathologie grave aussi bien pour la mère que pour l'enfant en raison de la morbidité et la mortalité qu'elle engendre

#### Etiopathogenie:

-HRP: 2 types d'HRP:

Spontané: le plus fréquent; survient préférentiellement chez des gestantes présentant une pré éclampsie

Traumatique: suite à un traumatisme abdominal accidentel (accident de la circulation, chute), ou iatrogène: manoeuvres obstétricales

#### Conséquences de l'HRP

#### □Mère:

hypo volémie et état de choc, CIVD, Hémorragie incoercible

Complications rénales: l'hypovolémie donne une hypo perfusion rénale responsable d'abord d'une insuffisance rénale fonctionnelle puis peut survenir une IR par nécrose tubulaire réversible voir même une nécrose corticale irréversible

Syndrome de sheehan

#### □ Foetus

Le décollement placentaire diminue puis interrompt la perfusion foetale entrainant une hypoxie foetale puis dans des délais plus ou moins rapides la mort foetale par anoxie

#### Facteurs de risque de l'HRP spontané:

HTA d'autant plus importante que l'HTA est gravidique et sévère surtout chez la primigeste

Age> 35 ans

Tabac

Certaines carences: vitamine C, acide folique

Influence des saisons: plus fréquent en automne

Cet accident peut survenir au cours d'une grossesse apparemment normale chez des patientes sans facteurs de risque identifié

#### Diagnostic positif:

le tableau clinique est brutal caractérisé par un début brutal et une évolution extrêmement rapide Le début a été comparé un **coup de tonnerre dans un ciel serein**;

Apparition brutale d'une douleur abdomino pelvienne intense en coup de poignard et Un saignement noirâtre minime ,Rapidement l'état général s'altère et l'état de choc commence à s'installer

- Examen général:
- □Etat de choc: pâleur des téguments, froideur des extrémités, sueurs profuses
- □La TA peut être élevé ou normale(vu le contexte de pré éclampsie), le pouls est accéléré
- Examen obstétrical:

Contracture utérine généralisée: à la palpation la contracture est permanente (il n'y a pas de relâchement), réalisant un utérus de bois

La hauteur utérine augmente d'un examen à l'autre (cette augmentation est en rapport avec l'importance de l'hématome)

Au TV, le segment inferieur est dur, tendu en «sebille de bois», le col est rigide et son orifice interne est spasmé voir comme «cerclé» par un fils de fer; les membranes sont tendues, le doigtier revient souillé de sang

Auscultation: les bruits du coeur foetal sont presque toujours inaudibles, le plus souvent , ils sont absents car le foetus a déjà succombé; parfois ils sont masqués par la contracture de la paroi utérine

#### Echographie

 Confirme le diagnostic, qui visualise ce décollement sous la forme d'une zone anéchogene ou hypoechogene, sous forme se croissant ou fusiforme interposée entre la

face maternelle du placenta et la paroi utérine.

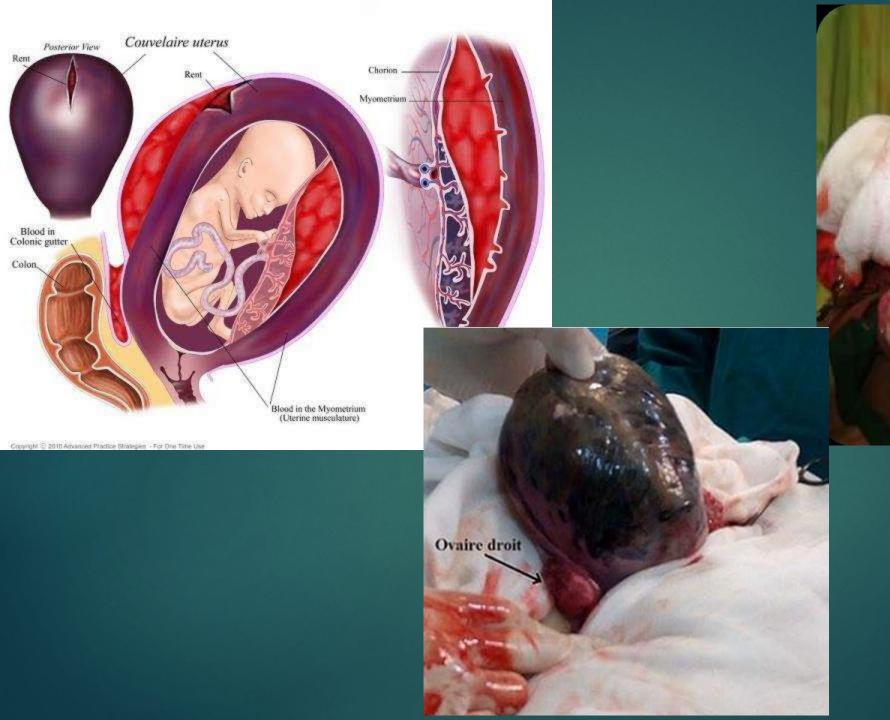
permet d'apprécier l'état foetal



 Le diagnostic est définitivement porté Après le délivrance par l'existence d'un caillot et de son emprunte en cupule sur la face maternelle du placenta

#### Complications:

- Les troubles de la coagulation, secondaires d'abord à la défibrination aigue (par consommation du fibrinogène au niveau du caillot), et aggravés par la coagulation intra vasculaire disséminée, se manifeste après la délivrance par la persistance des saignements et leur caractère spécifique: le sang d'abord rouge, devient de plus en plus clair et de plus en pluide jusqu'à devenir franchement incoagulable.
  - A ce stade le pronostic est toujours réservé et l'évolution peut être rapidement fatale
- Nécrose corticale du rein: l'évolution se fait soit vers l'insuffisance rénale aigue rapidement mortelle, soit vers l'insuffisance rénale chronique
- Nécrose cortico surrénalienne: peut accompagner le nécrose corticale du rein; incompatible avec la vie
- Nécrose hypophysaire: Accompagne souvent la nécrose corticale du rein, elle peut être partielle ou totale (syndrome de Sheehan)
- Nécrose de l'utérus : l'ischémie du muscle utérin, quand elle est prolongée et étendue à tout l'utérus, réalise un infarctus utérin: l'utérus est noir, atone; le pronostic fonctionnel de cet utéru est fortement compromis : Syndrome de couvelaire



#### Pronostic:

**Fœtal**: pronostic très mauvais

La mortalité périnatale est très élevée

La morbidité est en rapport avec la durée et le degré de la souffrance foetale

#### Maternel:

mortalité: due essentiellement à l'hémorragie incoercible par CIVD ou à la nécrose rénale

Morbidité: Dominée par l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance hypophysaire

► Traitement:

**Traitement initial:**Comporte 2 gestes primordiaux:

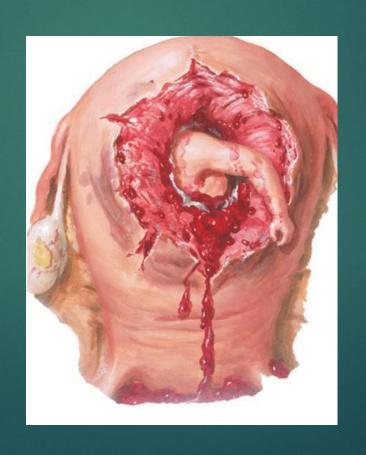
- □Rupture large de membranes: elle a pour but de diminuer l'hyperpression ovulaire provoquée par le caillot(qui favorise le passage dans la circulation maternelle de thromboplastines), et de déclencher ou d'accélérer le travail
- □Réanimation médicale: consiste à prendre 2 voies d'abord veineux afin de restaurer la volémie et de rétablir la fonction rénale

#### Le traitement obstétrico-chirurgical:

- La décision est fonction de l'état materno-foetal:
- □Si l'enfant est vivant; la césarienne pour sauvetage foetal s'impose
- □Si l'enfant est mort:
- L'état maternel le permet, l'évacuation utérine peut être obtenue par voie basse à la suite d'un déclanchement artificiel ou d'une accélération du travail, à la condition d'une expectative armée et courte. en cas d'échec, le recours à la césarienne s'impose pour sauvetage maternel

Si l'état maternel est alteré; faire une césarienne

# RUPTURE UTERINE



#### 1-Définition

Solution de continuité non chirurgicale, atteignant au cours de la grossesse ou au cours du travail, le corps ou le segment inferieur de l'utérus

Cette définition exclut: les lésions limitées au col, Perforations consécutives à un curetage

#### 2-Anapath:

- Classification:
- -Rupture de l'utérus intact
- □Rupture complète:rupture intra péritonéale:quand la déchirure concerne toute l'épaisseur de la paroi utérine
- □Rupture incomplète :rupture sous péritonéale;myomètre déchiré mais le péritoine est intact ce qui aboutit a la constitution d'un hématome sous péritonéal
- -Rupture de l'utérus cicatriciel
- □Rupture complète ;rupture de cicatrice;les 2 berges de la césarienne se séparent complètement; le foetus est expulsé «accouché» dans l'abdomen
- □Rupture incomplète;déhiscence de cicatrice:le péritoine reste intact; le foetus est en intra utérin,
- Lésions associées: Rupture vésicale ;Lésion de l'uretère ;Déchirures cervicales et vaginales ,Atteinte des pédicules vasculaires; dans les extensions latérales
- Localisation: La plus part des RU siègent au niveau du SI et de préférence sur sa face antérieure

#### 3-Etiologies:

#### Ruptures d'utérus sain:

#### Ruptures spontanées:

Dystocies mécaniques+++
Disproportion Foeto pelvienne
Présentations anormales; Malformations
foetales
cerclage du col laissé en place après
début du travail
Utérus fragilisé
Grande multipare
Antécédent de curetages Utérus
malformé; pseudo unicorne

#### Ruptures provoquées:

Utero toniques
Utilisation inadéquate d'ocytociques
Prostaglandines de synthèse
Manoeuvres obstétricales manuelles
et instrumentales

 Rupture d'utérus cicatriciel: conséquence d'une mauvaise qualité de cicatrice ou aux contraintes exercées sur la cicatrice utérine

#### Cicatrices obstétricales

Les cicatrices segmentaires sont les plus fréquentes: leur solidité peut être affectée par Type d'incision: transversale, verticale. Technique de réparation Suites de la césarienne Les cicatrices corporéales, segmento-corporéales, cicatrices de RU, les mini césariennes sont fragiles

Cicatrices gynécologiques: réputées pour être solides

Myomectomies+++

**3-Diagnostic+: TDD: RU sur utérus sain:** en rapport le plus souvent avec une dystocie négligée Le tableau clinique évolue en 2 phases:

Syndrome de pré rupture: syndrome de lutte:syndro Caracterisé par des signes de lutte au cours d'un qu'après ouverture de l'œuf

Aux prodromes qui sont; l'hypercinésie et le mauv comprend:

□ Hypertonie utérine avec rétraction du corps utérin

□Etirement du segment inferieur

L'utérus prend l'aspect d'un sablier par la constituti aminci du corps utérin rétracté

□ Ascension progressive de cet anneau

□Tension douloureuse des ligaments ronds perçus à des orifices inguinaux jusqu'au fond utérin

L'examen clinique met en évidence 1-métrorragies

2-Palpation de 2 masses: Foetus palpé sous la peau et un utérus vide et rétracté

3-TV: pas de présentation

4-Mort foetale

 Sédation brusque des douleurs et des CU procurant une rausse sensation de soulagement, accompagnée parfois d'une sensation d'écoulement intra abdominale de liquide tiède

Les signes de choc apparaissent rapidement; hypotension, tachycardie,...

e qui

étiré

ndus

#### Formes cliniques:

RU au cours de la grossesse: rare

Au 2eme trimestre: grossesse sur utérus pseudo unicorne

Au 3eme trimestre: cicatrices corporéales

<u>RU sur utérus cicatriciel</u>: la rupture est précédée par un syndrome de pré rupture: **triade de Chastrusse (** Douleur au niveau de la cicatrice+Métrorragies+Altération des BCF)

#### <u>Formes latentes:</u>

- □Découvertes au cours d'une césarienne
- □Lors d'une révision utérine; obligatoire après accouchement sur UC ou après manoeuvres obstétricales

#### Formes compliquées:

- □Rupture vésicale: suspectée devant une hématurie
- □Rupture négligées; le diagnostic fait 2 à 3 jours après l'accouchement par un tableau de péritonite: les lésions sont importantes à type d'abcès ou de nécrose

#### ► Traitement:

**Curatif:** est chirurgical; doit être conduit sans retard

- □Une réanimation est toujours associée
- □ Après extraction éventuelle du foetus et du placer lésions :Siege, aspect des lésions ,Extension éventue vessie.,L'intégrité des pédicules
- □Le choix de la technique se fera entre la suture uté
- □ Réparation des lésions associées

#### **Préventif:**

Sur utérus sain:

dépistage de toutes les causes de dystocie

Respect des règles et pratique de l'obstétrique

<u>Sur utérus cicatriciel:</u>

□ Apprécier la qualité de la cicatrice; type, indication

# Une épreuve utérine n'est réalisée que si:

- -une seule cicatrice utérine segmentaire transversale de bonne qualité
- -Foetus de volume normal et en présentation de sommet
- -Aucune dystocie surajoutée
- -Espace inter génésique bon
- -Le travail est surveillé par monitorage continu
- -Recherche de la triade de chastrusse
- -Le recours à la césarienne s'impose à la moindre anomalie
- -La révision utérine est systématique

#### Pronostic:

**Maternel**:s'est nettement amélioré, néanmoins il persiste toujours qq décès en cas de formes graves

#### Foetal:

Dans les ruptures franches; le pronostic est très mauvais

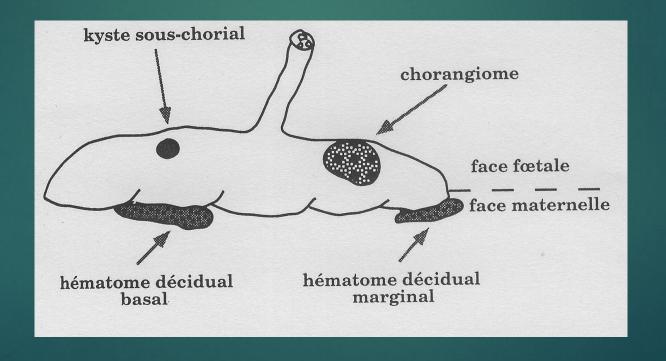
Le pronostic est meilleur dans les déhiscences de cicatrice.

# HEMORRAGIE DE BENCKISER



- C'est une hémorragie foetale par rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes. Elle survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux.
- Elle se manifeste par un saignement indolore lors de la rupture des membranes,
   sans modification de l'état maternel mais avec une souffrance foetale immédiate.
- Facteurs favorisants le vaisseau prœvia: cotylédon aberrant, placenta prœvia, insertion vélamenteuse du cordon

### HEMATOME DECIDUAL MARGINAL



- C'est la rupture d'une veine au pole inférieur du placenta d'un placenta normalement inséré
- Rupture d'un sinus marginal
- Il est relativement bénin car le saignement est modéré et
   l'hématome n'interrompt pas la circulation utéro placentaire
- le diagnostic est échographique: petite collection et un petit décollement partiel du placenta au niveau du pole inférieur

# CAUSES CERVICALES



- Elles doivent être reconnues à l'examen au spéculum afin d'éviter une hospitalisation abusive car ces hémorragies sont souvent bénignes et surviennent souvent après un examen gynécologique ou un rapport sexuel.
- les polypes cervicaux qu'il faut respecter pendant la grossesse car leur ablation peut être hémorragique
- un ectropion qui correspond à une éversion et à l'extériorisation de la muqueuse endocervicale qui saigne facilement au contact
- cervicite
- dysplasie
- un cancer du col exceptionnellement

### CONCLUSION

- L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse constitue une urgence obstétricale qui nécessite une prise en charge rapide.
- Certaines étiologies sont responsables d'une morbidité et mortalité materno foetale.