



CAT DEVANT UNE HÉMORRAGIE DU T3

Plan :

I. Introduction

II. Définition

III. Démarche diagnostic

1. Evaluation de l'importance de l'hémorragie

2. Examen de la patiente

Interrogatoire

Examen clinique

Echographie

ERCF

Autres examens

3. Recherche étiologies et PEC

Les causes cervico-vaginales

Les causes gravidiques : - PP ++ - HRP ++ - Rupture utérine

- Hémorragie de Benkiser

- Hématome décidual marginal

IV. Conclusion

I. Introduction

□ moins de 5 % des grossesses

□ une urgence obstétricale

avec morbi-mortalité materno-fœtale++++.



1^{er} temps => évaluer l'importance du saignement, son retentissement maternel et fœtal.

□ 2^{ème} temps => déterminer la cause de l'hémorragie et sa prise en charge

II. Définition :

L'hémorragie du T3
est un saignement
extériorisé par voie
vaginale à partir de 28SA



III. Demarche diagnostic

- Une évaluation de l'importance de l'hémorragie et de son retentissement



- un examen de la patiente et un bilan paraclinique
- une orientation diagnostique à la recherche d'une étiologie

1. Evaluation de l'importance de l'hémorragie :

- ❑ **quantifier** l'hémorragie
- ❑ rechercher la présence de **caillots**
- ❑ rechercher un **retentissement maternel**
- ❑ rechercher un **retentissement foetal**



2. Examen de la patiente :

Après cette première évaluation et en dehors
d'une souffrance foetale aiguë ou de choc
hypovolémique chez la mère

un examen clinique doit aider à réaliser un **diagnostic**
étiologique.

2.1. Interrogatoire :



- ❑ Âge,
- ❑ DDR , age gestationnel
- ❑ gestité/ parité,
- ❑ ATCD gynéco-obstétricaux,déroulement des grossesses antérieures (PP, HRP, HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel)
- ❑ ATCD personnels de trouble de la coagulation ou de pathologie cervicale (dysplasie, ectropion,...)

2.1. Interrogatoire :

- ❑ **Caractéristique du saignement :**
- ❑ **circonstances de survenue :**
 - spontanée,
 - après un traumatisme direct : accident de la voie publique, agressions...
- ❑ **Abondance**, sang rouge vif, mêlé à des caillots ou à du liquide,
- ❑ indolore ou associé à des douleurs qu'il faut décrire : topographie, type, intensité, irradiation

2.2. Examen clinique

a) *Examen général*

- La prise de **la TA** et **du pouls**



- la recherche d'une **pâleur** cutanéomuqueuse

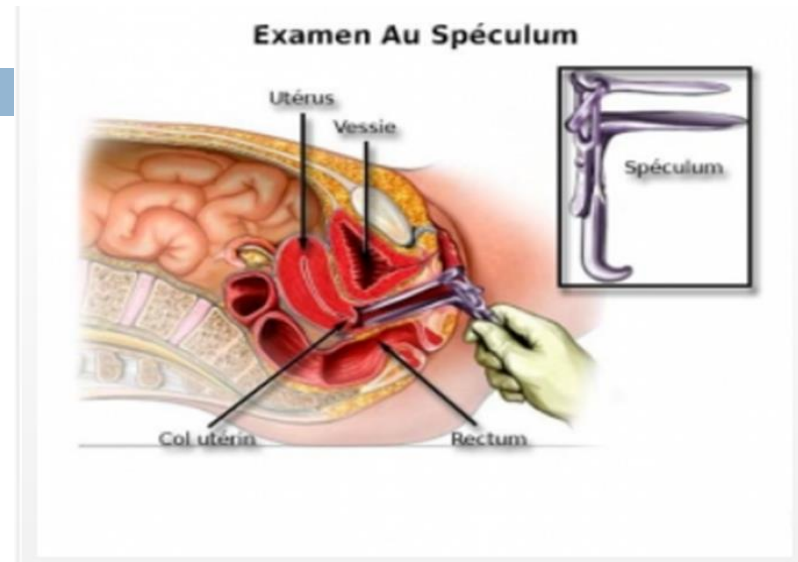
b) *Palpation abdominale et surtout utérine pour apprécier le tonus utérin*

- **Un utérus contracturé avec un mauvais relâchement** entre les contractions utérines (CU) réalisant un **utérus de bois** => **HRP**.
- **Un utérus bien relâché** associé à une hémorragie de **sang rouge** s'aggravant au cours des CU => **PP**.

c) 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 (PP, HRP, hématome décidual, ...)
une hémorragie non gravidique d'origine cervicale / vaginale (cervicite, ectropion, polype ou exceptionnellement cancer du col, déchirure vaginale...).



Le toucher vaginale

d) *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 PP.**
- ❑ L'exploration du canal cervical, qui peut aggraver l'hémorragie par un décollement placentaire supplémentaire, est contre-indiquée.



Je vais vous
embêter un
p'tit peu !

e) *Echographie*

- De préférence par voie abdominale, l'échographie doit avoir lieu de préférence avant le TV afin d'écarter le diagnostic de PP
- Elle permet quelquefois de faire le diagnostic d'un HRP (pas toujours aisé)
- Elle permet aussi de vérifier la vitalité, la biométrie fœtale (RCIU).





ANENCEEPH

40354-10-11-23-7

AB 2.7/OB

13.6cm / 31Hz

MI 1.3 HOPITAL D'ENFANTS RABAT

Tls 0.2

23.11.2010 13:16:14

2+3.Trim.

Har-Basse

Puiss. 100 %

Gn 0

C7 / M5

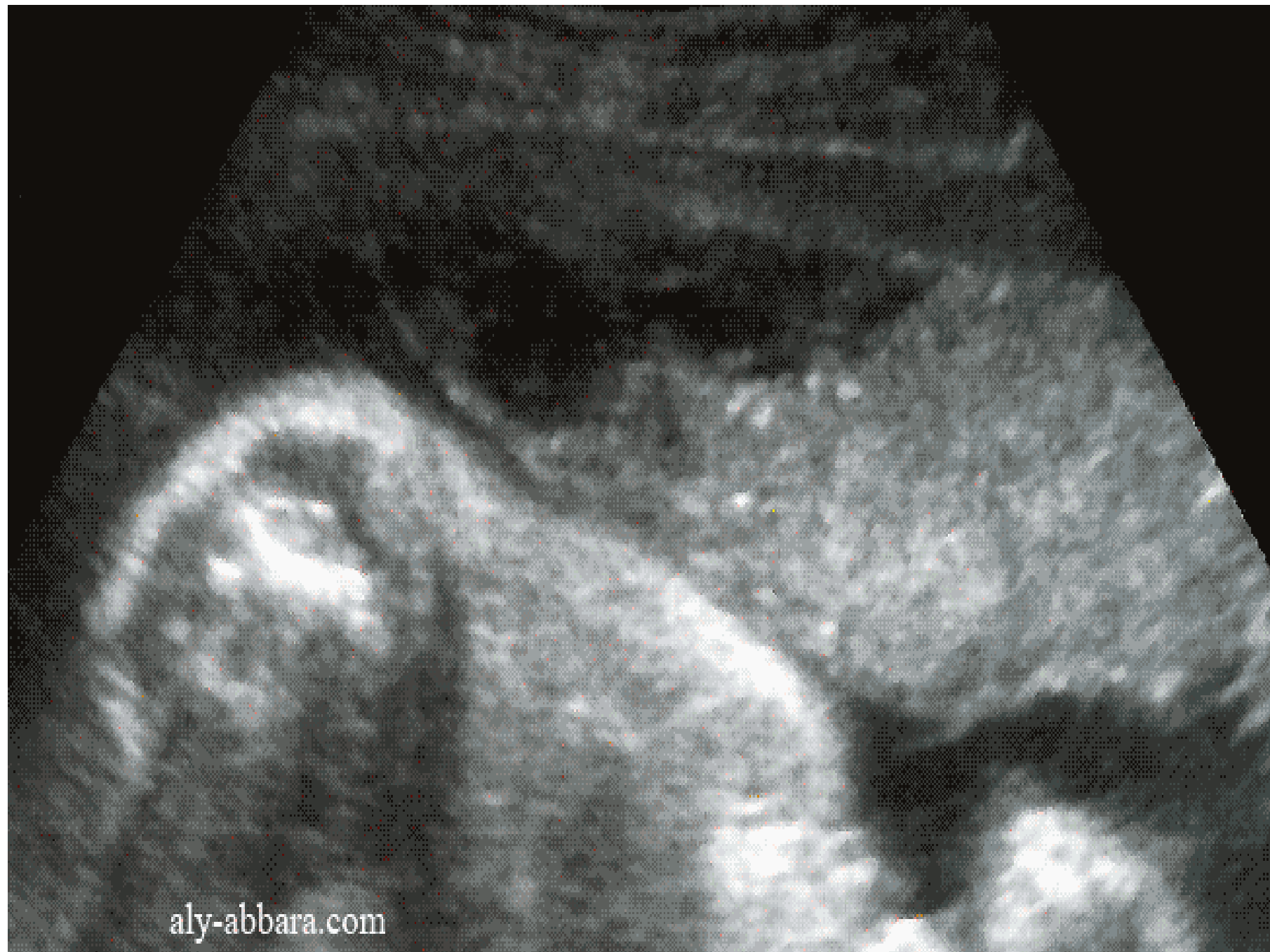
P3 / E3

HRP

HR

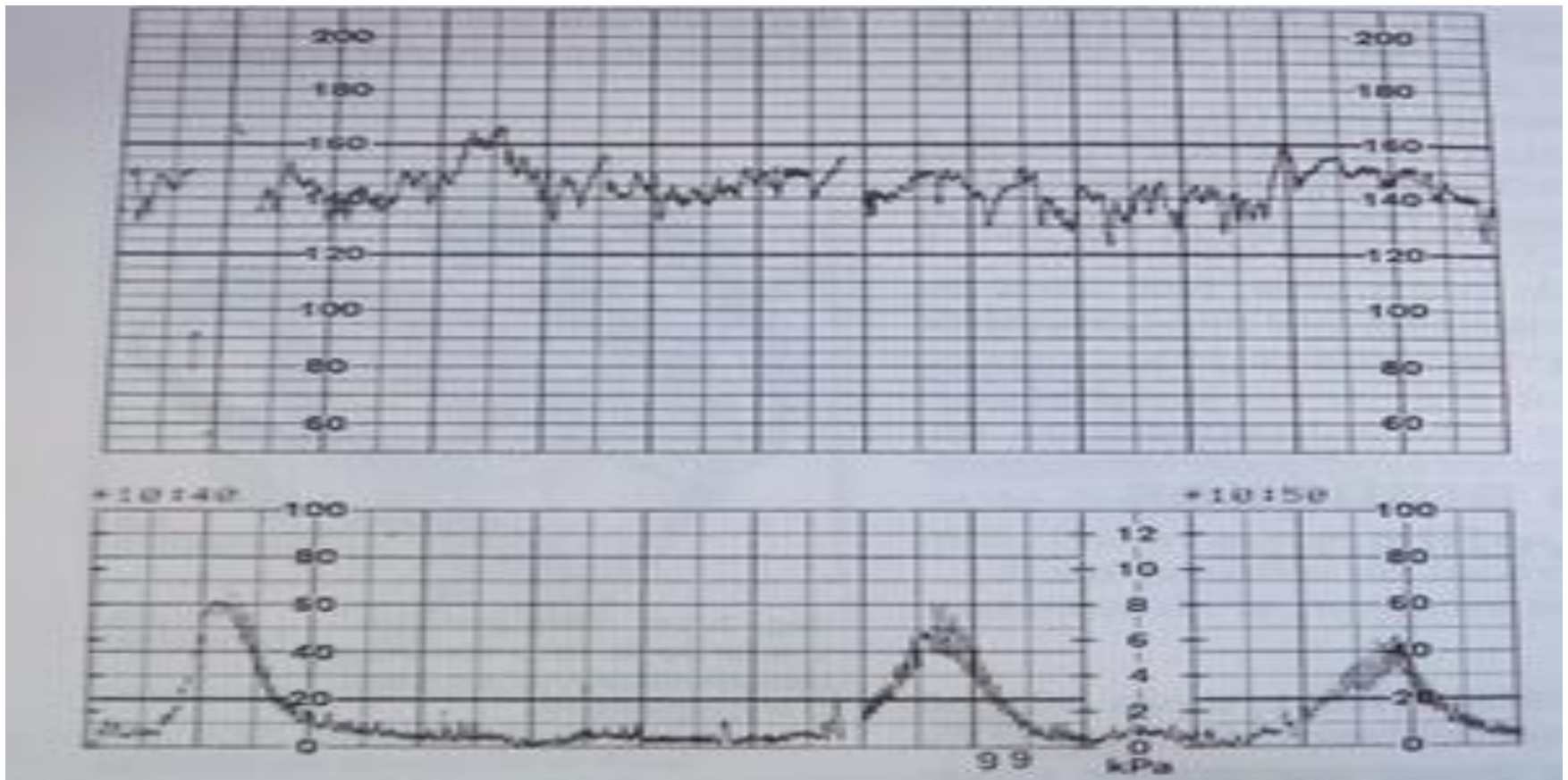
1 D 5.04cm

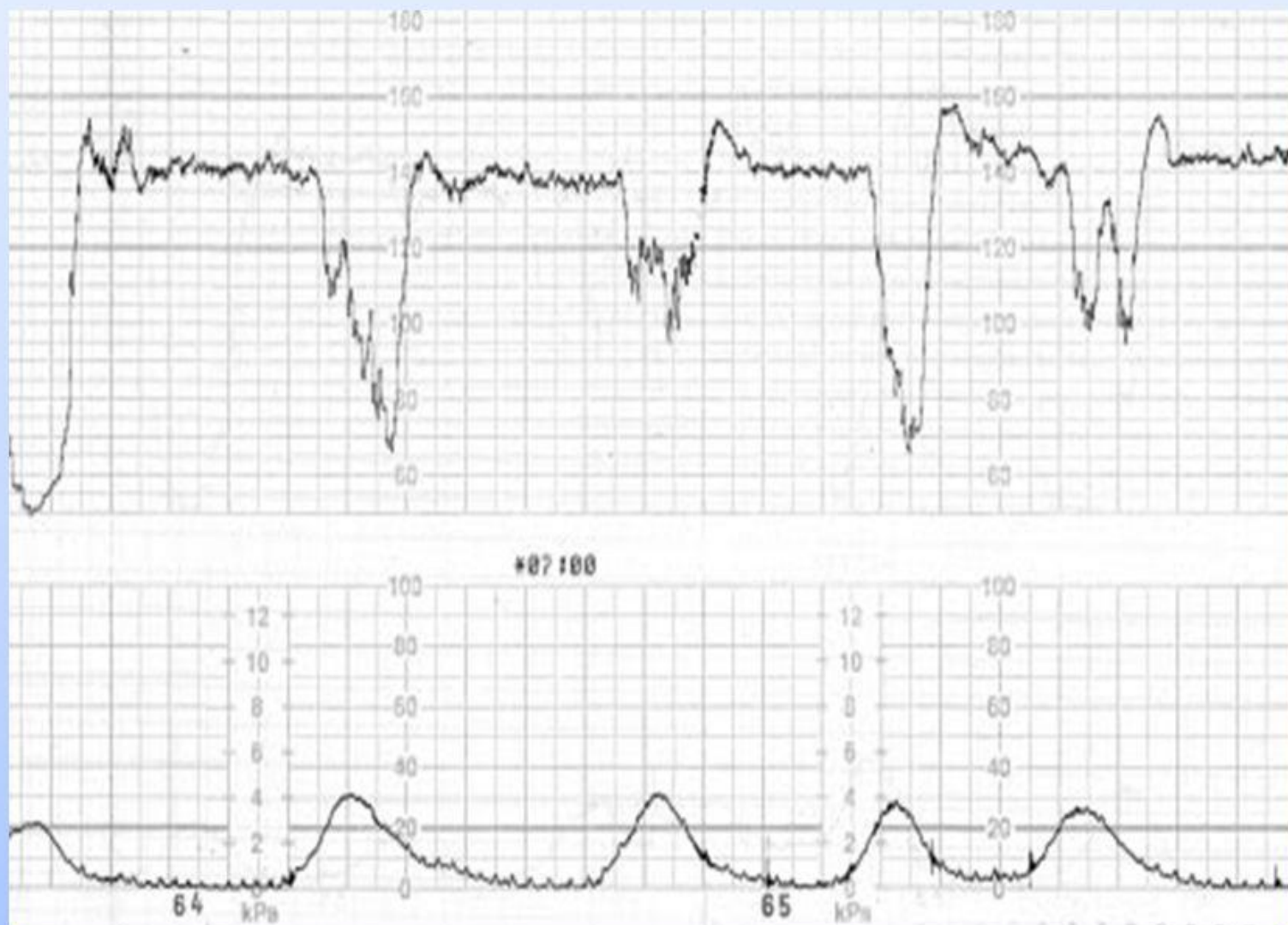
2 D 2.45cm



f) Rythme cardiaque fœtal :

- pour éliminer une SFÂ.

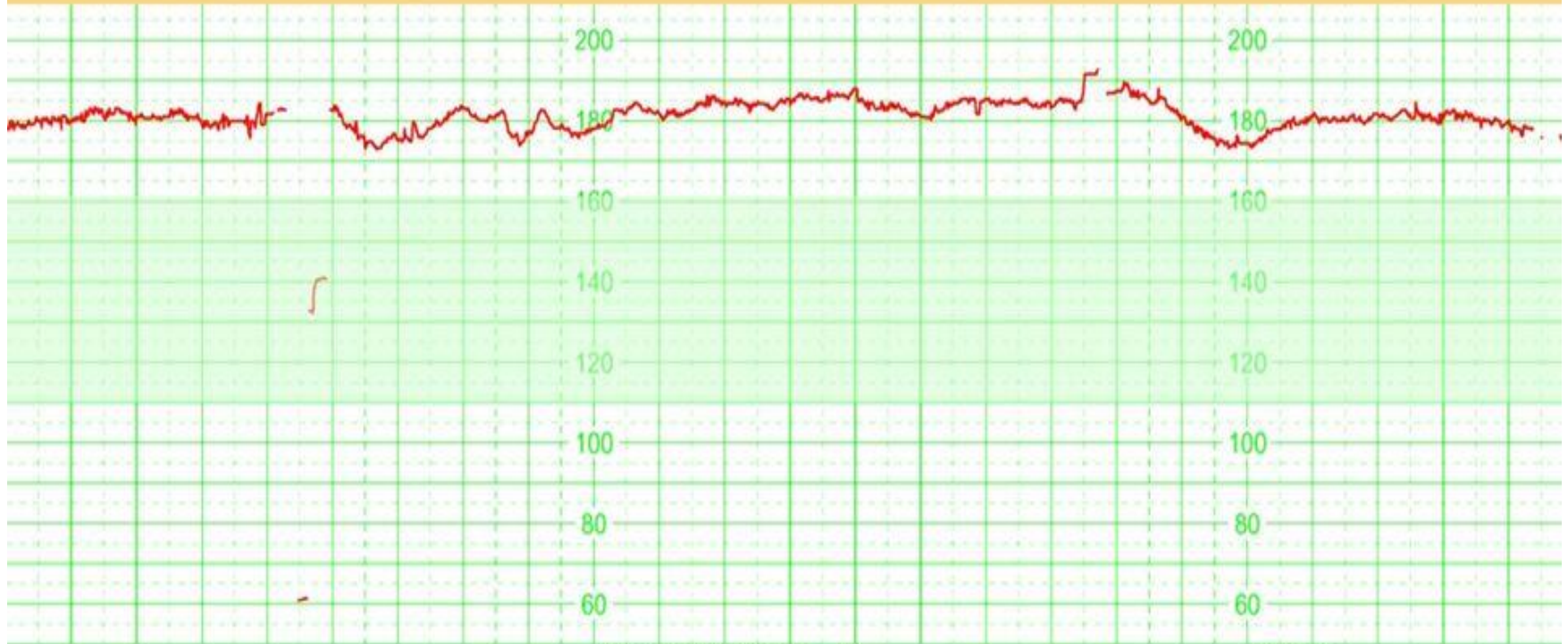




Décélération variables

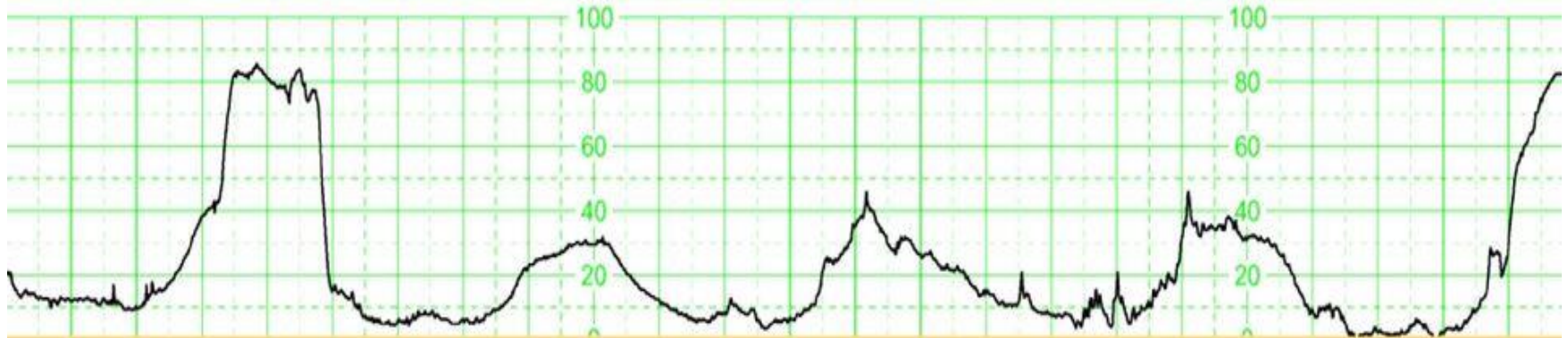
[Retour](#)

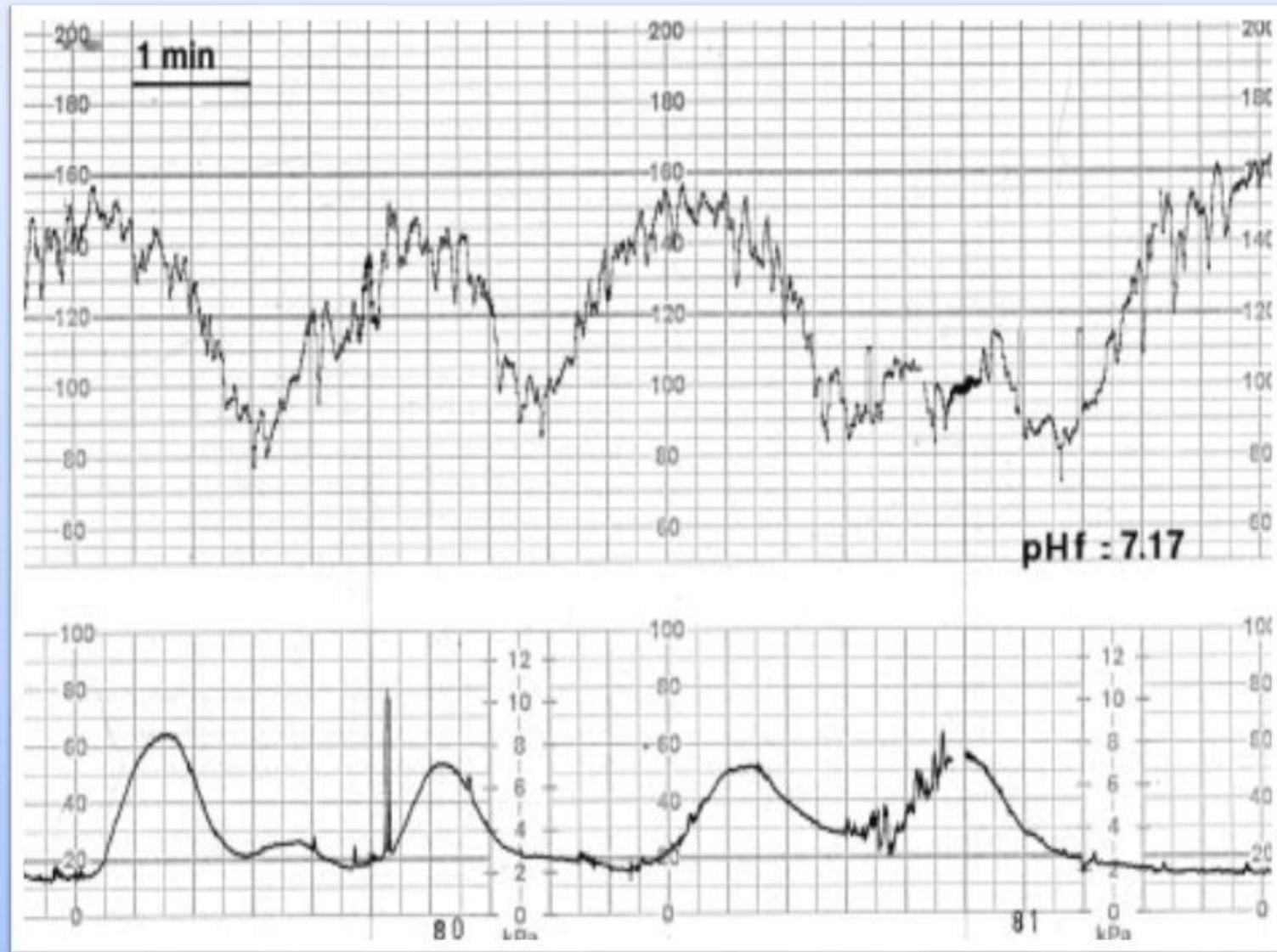
Tachycardie - 3cm/mn



* 17:21:40 24/04/2004 3 cm/min

* 17:25:00





Décélération Dip II

g) *Les autres examens*

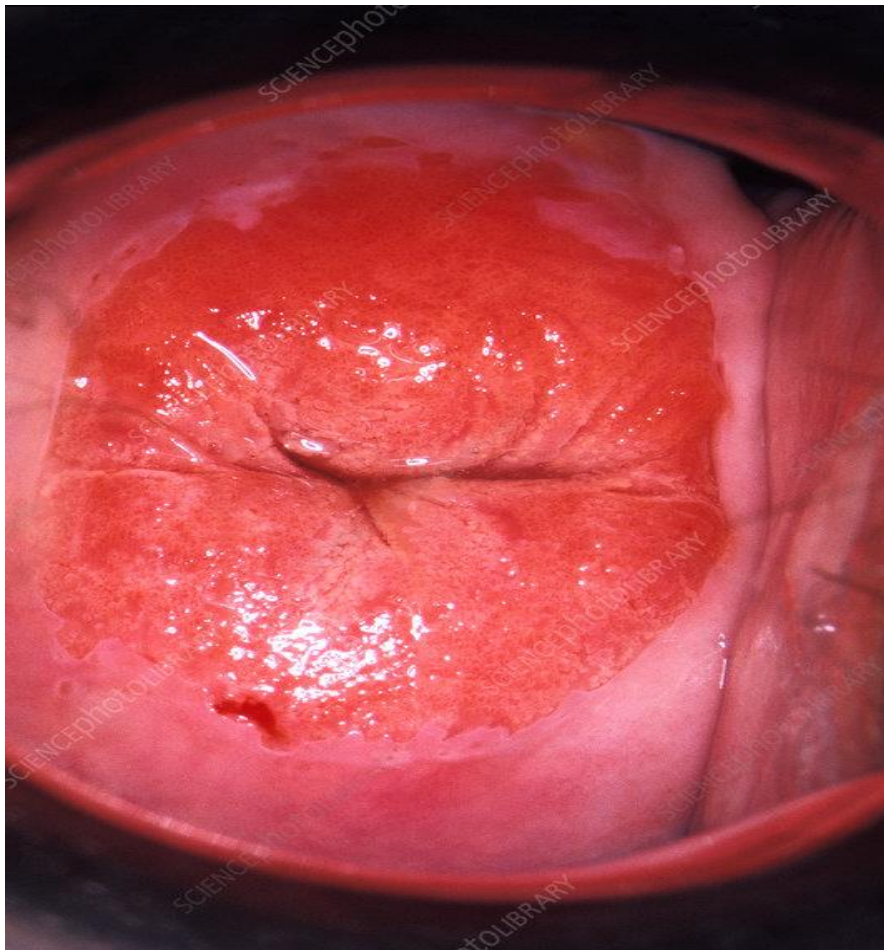
- Les prélèvements sanguins : groupe sanguin, rhésus, recherche des anticorps irréguliers, numération globulaire, plaquettes, bilan de coagulation, test de Kleihauer, bilan d'HTA (TGO/TGP, prot des 24h, TP/TCK, t.fibrinogène)
- doivent être réalisés avant de poser une voie veineuse et de débiter une éventuelle réanimation en fonction de l'importance de l'hémorragie

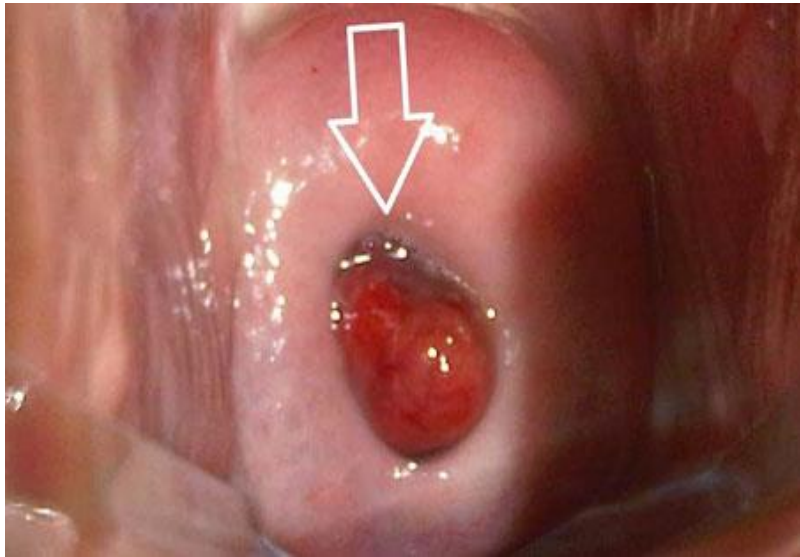
3. Recherche étiologique et PEC :

- 50 % ont une origine endoutérine gravidique et 50% ont une origine non gravidique.
- Les hémorragies endo-utérines sont dominées par le **PP** et l'**HRP**.

Les causes cervico-vaginales

- Elles sont souvent bénignes et surviennent après un examen gynécologique ou un rapport sexuel.
- L'hémorragie est souvent très modérée, de **sang rouge**, d'apparition **spontanée** en dehors de toute contraction.
- Reconnues à l'examen au spéculum qui permet de différencier :
 - les polypes cervicaux
 - un ectropion
 - un cancer du col
 - Déchirure vaginale





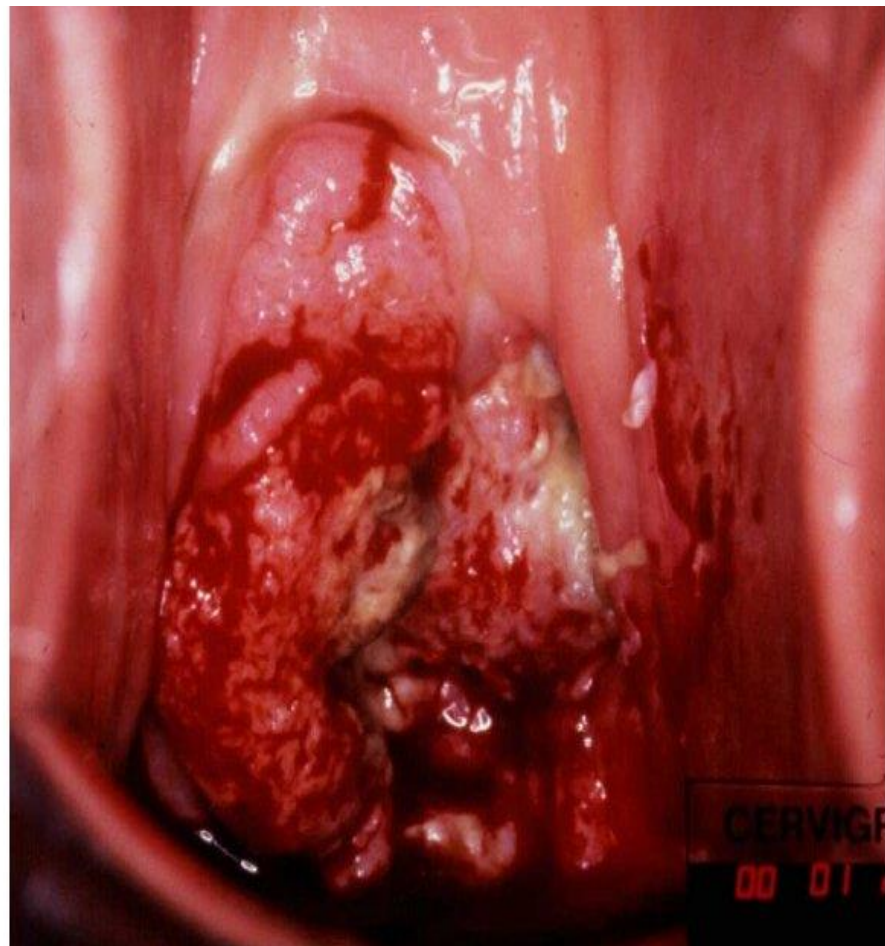
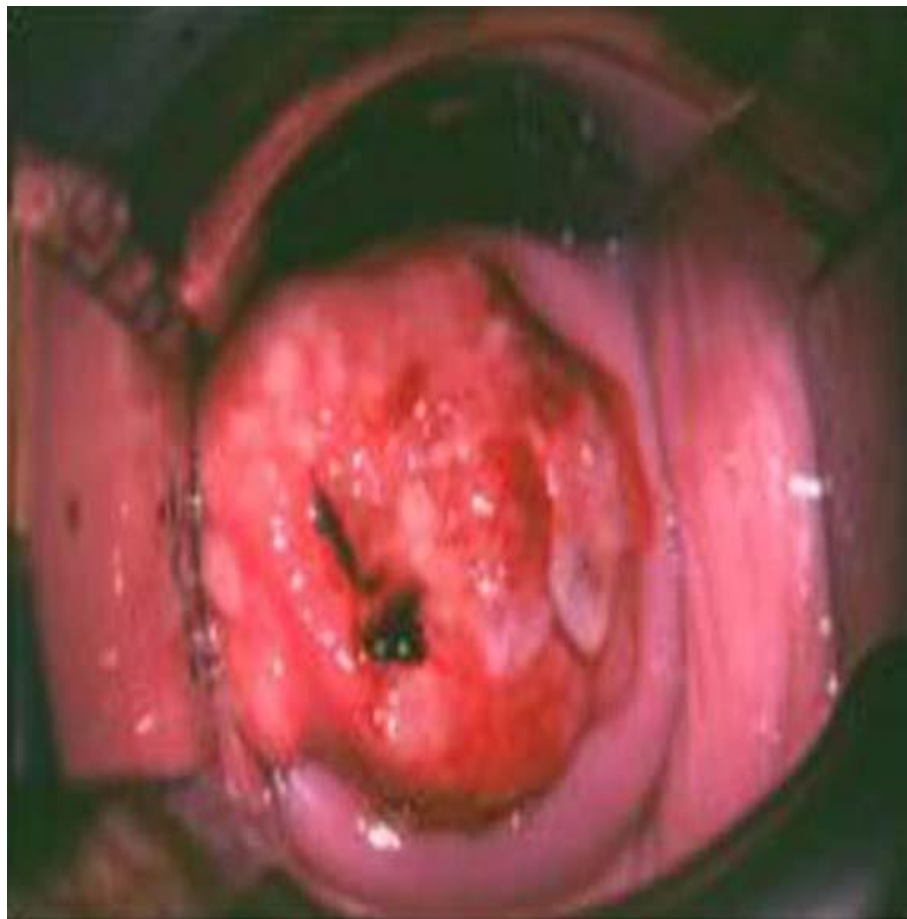
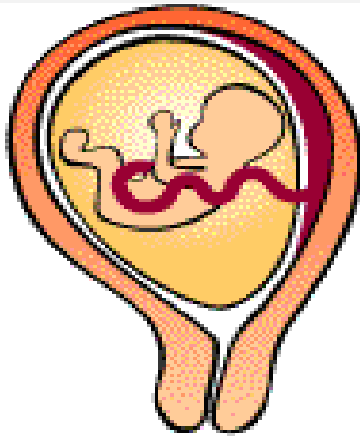


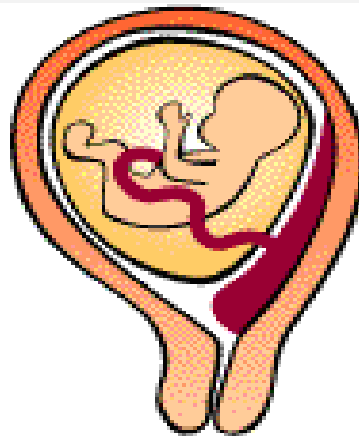
FIGURE 3.5: Cancer du col invasif

Les causes gravidiques

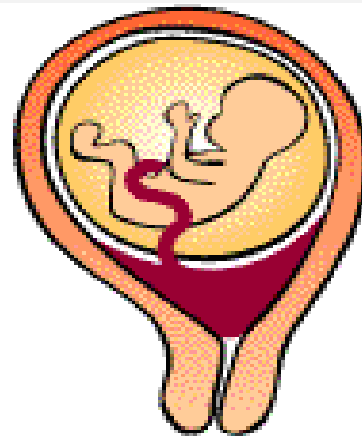
1. Placenta praevia



Placenta
normal



Placenta praevia
partiel



Placenta praevia
total

Placenta preavia

Définition

- c'est un placenta qui s'insère en partie ou en totalité sur le **segment inférieur** de l'utérus. Il survient dans moins de 1 % des grossesses.

Facteurs étiologiques

- la multiparité
- l'âge maternel avancé
- l'antécédent de fausse-couche
- l'antécédent de curetage, d'interruption volontaire de grossesse
- les grossesses multiples
- l'antécédent de césarienne
- le tabac

Physiopathologie

- L'hémorragie liée au PP est due au développement du segment inférieur qui, en augmentant, ouvre des sinus veineux de la caduque qui vont saigner.
- Les pertes sanguines peuvent comporter une certaine part, en général assez faible, de sang foetal si l'espace intervilloux décollé a déchiré quelques artérioles d'origine foetale.

Diagnostic positif :

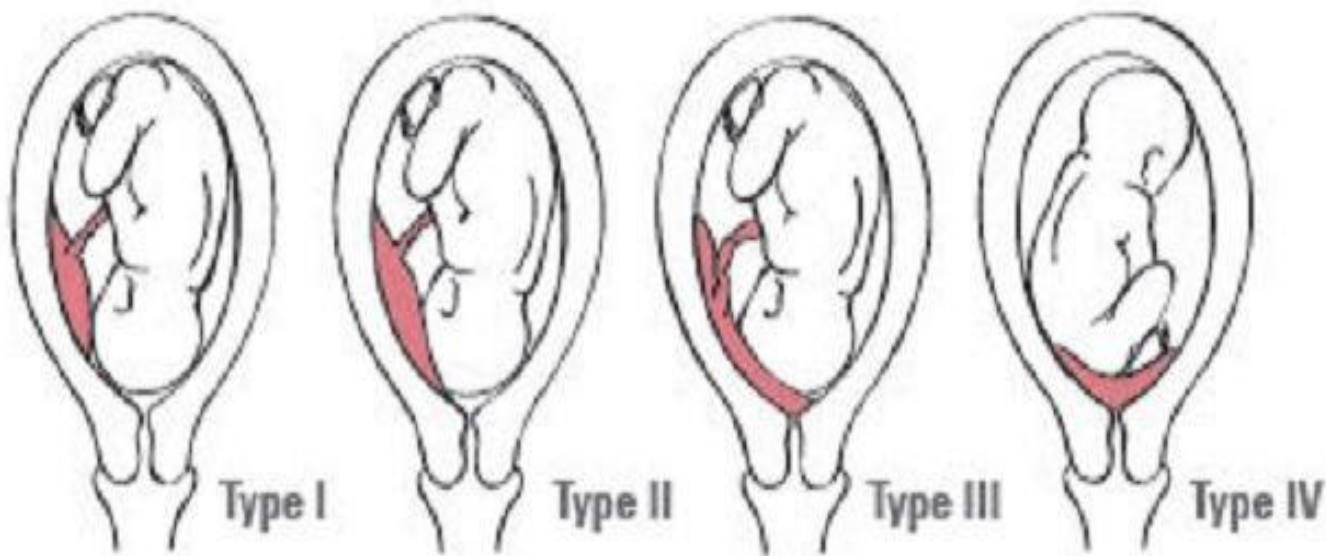
Diagnostic clinique

- Le premier saignement survient entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée. Il s'agit d'une hémorragie de sang rouge, indolore, survenant en dehors de toute contraction.
- L'utérus est souple. L'examen au spéculum confirme l'origine endo-utérine du saignement.
- **Le toucher vaginal doit être évité.**

Echographie

- C'est l'examen capital pour le diagnostic.
- L'échographie doit être réalisée avec une vessie pleine
- elle permet de déterminer l'insertion exacte du placenta (recouvrant : stade IV de Bessis, marginal : stade III, stade I et II)

Grades of Placenta Praevia



f) Evolution, traitement, pronostic

- En dehors d'hémorragie cataclysmique qui nécessite une extraction foetale en urgence, dans les autres cas, et quand le foetus est un **prématuré**, il faut être **conservateur** chaque fois que possible :
- hospitalisation + repos strict au lit
- surveillance maternelle : pouls, tension artérielle, numération formule sanguine, bilan d'hémostase, recherche d'agglutinines irrégulières
- pose d'une voie veineuse
- traitement tocolytique (↓↓↓CU)
- traitement martial
- abstention de tout toucher vaginal
- **injection de gamma-globulines anti-D en cas de rhésus négatif**
- surveillance foetale : hauteur utérine, rythme cardiaque foetal 2 ou 3 fois par jour, biométries foetales, score de Manning

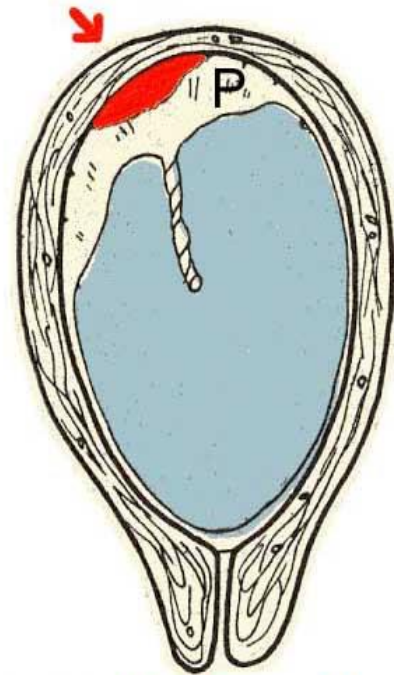
- test de Kleihauser à la recherche d'hémorragie fœtale
- **maturation pulmonaire** si le terme est inférieur à 34 semaines : 12 mg de Bétaméthasone en intra-musculaire, 2 injections à 24 heures d'intervalle
- Ces mesures permettent le plus souvent d'attendre 37 semaines d'aménorrhée, terme auquel la grossesse peut être interrompue le plus souvent par césarienne. Quelquefois, la césarienne peut être imposée avant ce terme devant toute hémorragie grave persistante ou devant une hémorragie fœtale (test de Kleihauer positif) ou devant toute souffrance fœtale aiguë. Dans les stades I et II, l'accouchement peut se faire par voie naturelle en dehors de toute hémorragie.

Pronostic

- Mortalité dépend de la rapidité et la qualité de prise en charge
- Mortalité fœtale : 5 à 10 % en rapport avec : la prématurité, l'anémie

Les causes gravidiques

2. Hématome rétro placentaire



hématome rétroplacentaire

Hématome rétro placentaire

Définition

- Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré.
- Ce décollement va entraîner la constitution d'une **hémorragie** qui ne va pas s'extérioriser s'épanchant entre placenta et utérus.

Physiopathologie

- Cette zone de décollement empêche les échanges vasculaires entre la mère et le fœtus et est responsable de la **souffrance et de décès foetal**.
- Ce caillot est responsable du passage dans la circulation maternelle de **thromboplastines** déciduales et de facteurs de coagulation activés qui sont responsables de la **CIVD**.

Facteurs étiologiques

- L'hématome rétro-placentaire complique moins de 1 % des grossesses. Dans la 1/2 des cas, il survient chez des patientes présentant une **HTA** ou une **pré-éclampsie**
- Un traumatisme ou un choc abdominal peut être aussi à l'origine d'un hématome rétroplacentaire.
- D'autres facteurs favorisant ont été décrits (tabac, multiparité, consommation de cocaïne). Dans 30 % des cas, aucun facteurs n'est retrouvé.

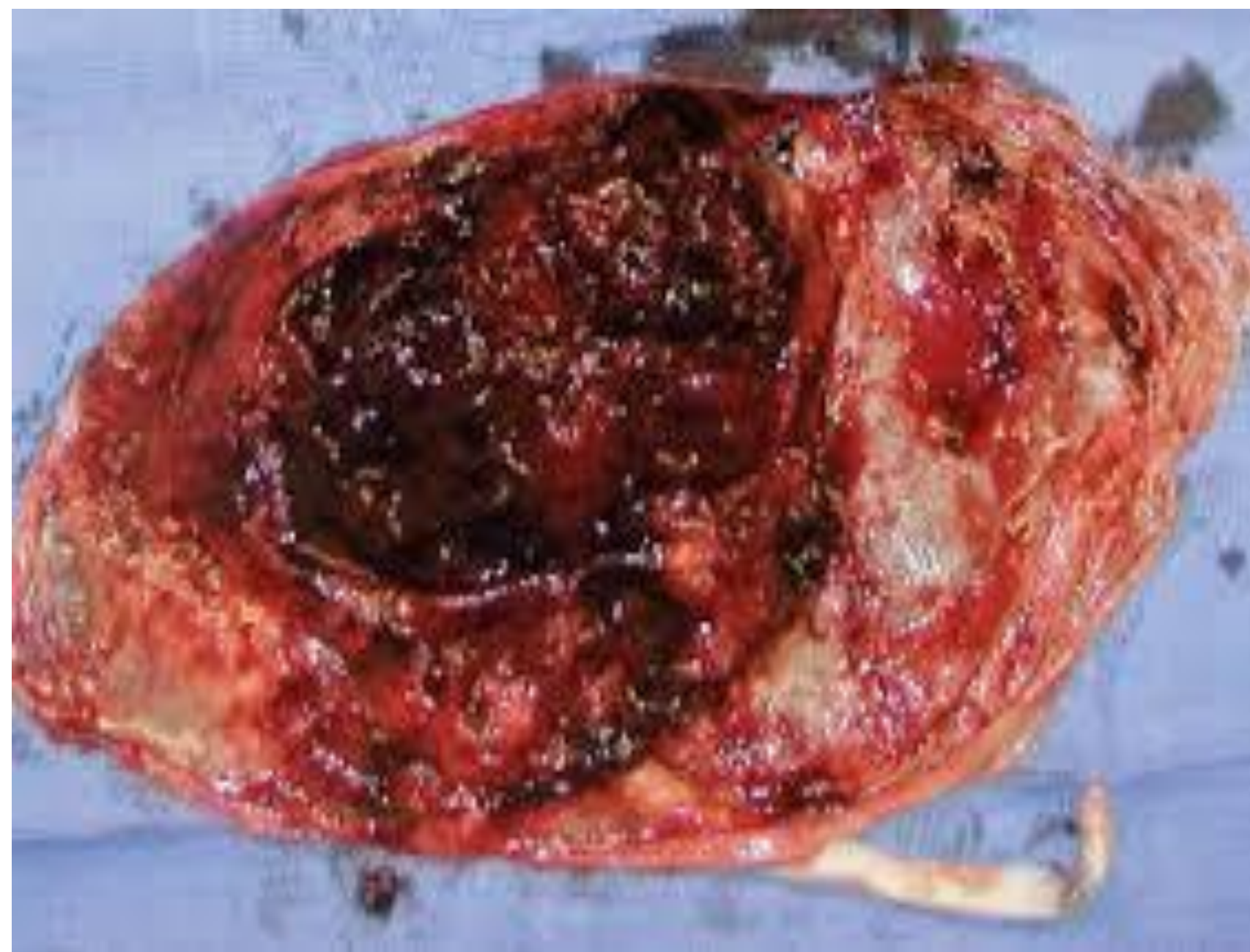
Diagnostic postif

Examen clinique

- Le diagnostic est **clinique**. Il s'agit d'une douleur abdominale brutale **en coup de poignard** siégeant au niveau d'un utérus contracturé.
- La douleur est permanente. Elle s'accompagne de **sang noir** peu abondant, un HU auguementée et le col est rigide **cerclé par un fils de fer**.
- Les autres signes sont inconstants mais évocateurs : nausées, vomissements, signes d'éminences (prééclampsie), un état de choc..
- Quelquefois, l'HRP est minime et se traduit par des signes de SFÂ ou une MAP chez une patiente pré-éclampsique.

Echographie

- L'échographie confirme le diagnostic, participe au bilan, recherche la vitalité foetale.
- Elle permet de faire le **diagnostic différentiel** avec le placenta praevia.
- L'image caractéristique d'hématome est une **zone linéaire bien limitée, vide d'écho**. Ce diagnostic n'est pas toujours facile et l'absence d'image évocatrice n'exclut pas le diagnostic, d'où l'importance de la clinique et du contexte.



f) Evolution, pronostic

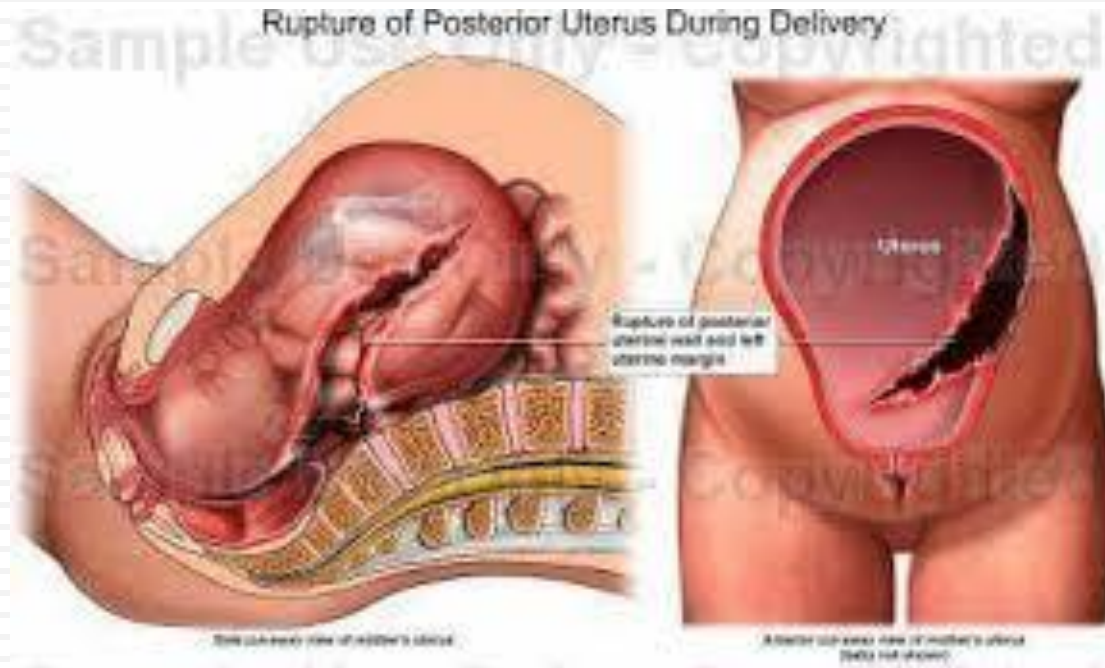
- **L'HRP constitue une urgence**, qui nécessite l'évaluation du **retentissement maternel** :
 - recherche d'un état de choc
par la surveillance de la tension artérielle, du pouls, de la diurèse
 - Bilan d'HTA : protéinurie, FNS, fibrinogène, TGO/TGP, TP/TCK, urée/créa, acide urique
 - groupe sanguin, rhésus
 - recherche d'agglutinines irrégulières
- Le risque maternel est lié à l'importance de l'hématome d'une part et à l'apparition **des troubles de la coagulation** à type de CIVD d'autre part. La mortalité maternelle est estimée entre 1 et 3 %.

Traitement

- Le premier geste à faire c'est **l'amniotomie franche** (pour diminuer l'hyperpression ovulaire et déclencher le travail)
- une réanimation avec remplissage vasculaire de macro-molécules et de transfusions
- **correction des troubles de la coagulation sanguine**
- **évacuation de l'utérus :**
 - si l'enfant est vivant une césarienne doit être pratiquée
 - si l'HRP a entraîné la mort du fœtus, il faut s'efforcer d'obtenir l'accouchement par les voies naturelles si bilan d'hémostase correct, conditions obstétricales favorables et dans un **délai de 6h** à partir de l'apparition des symptômes.
 - Après l'accouchement par voie basse ou par césarienne, la réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la normalisation des troubles de la coagulation et de la fonction rénale.
 - Lors d'une grossesse ultérieure, une surveillance intensive s'impose en raison du risque de récurrence. Ce risque est diminué avec l'utilisation de l'aspirine à la dose de 100 mg par jour à partir de 12 semaines d'aménorrhée.

Les causes gravidiques

3. La rupture utérine



La rupture utérine

- La clinique est dominée par des douleurs utérines vives, un état de choc. Le saignement extériorisé est inconstant en général et souvent minime.
- La palpation de l'abdomen met en évidence une **défense** et l'on peut, dans certains cas, **palper le fœtus** directement sous la paroi abdominale.
- La rupture utérine survient le plus souvent sur un utérus cicatriciel et elle est annoncée par un syndrome de pré rupture (douleur de la cicatrice, saignement, anomalie de l'ERCF).
- Le fœtus meurt habituellement lors de la rupture utérine et le traitement est la **laparotomie** afin d'assurer l'hémostase.



Anterior View



Posterior View

Incision site for cesarean delivery

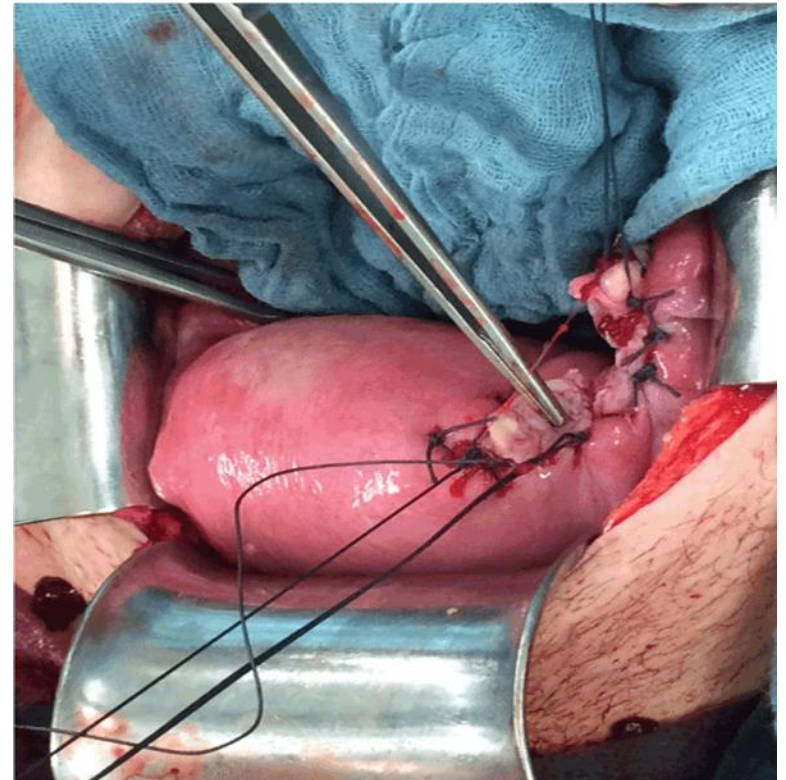
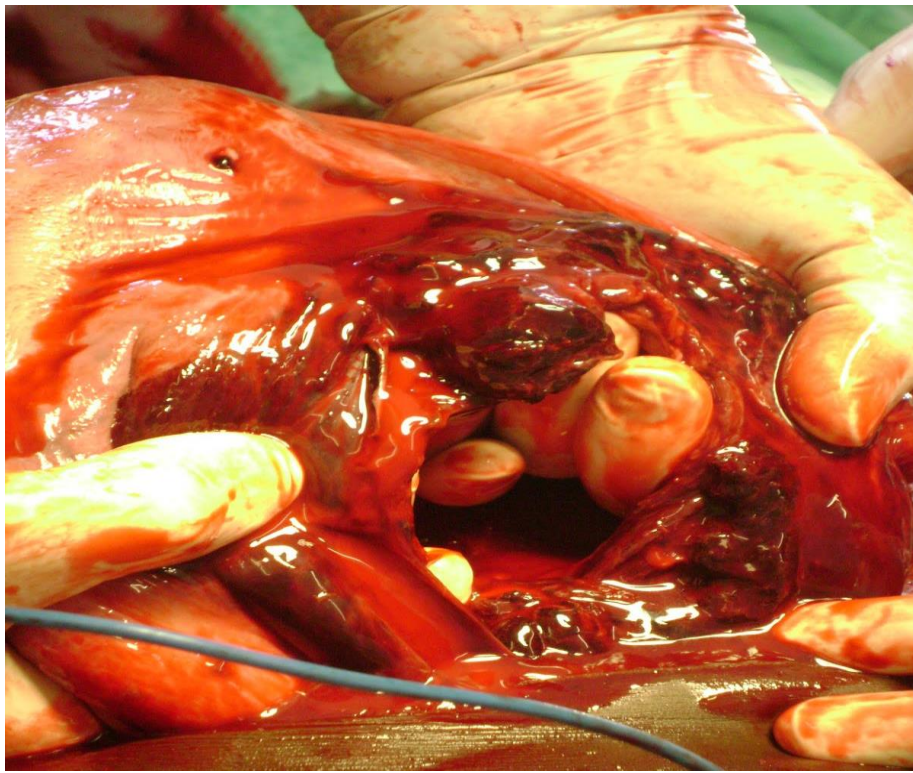
Full-thickness rupture of anterior uterine wall

Anterior View of Uterus

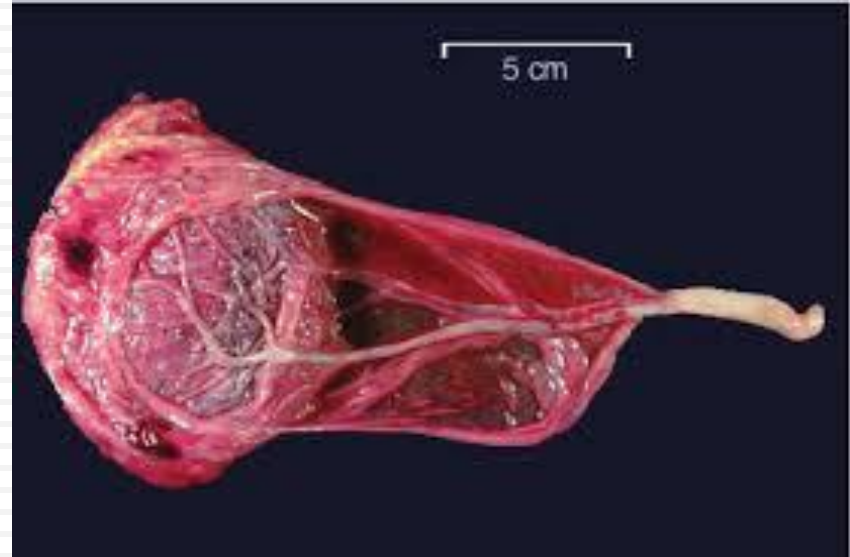
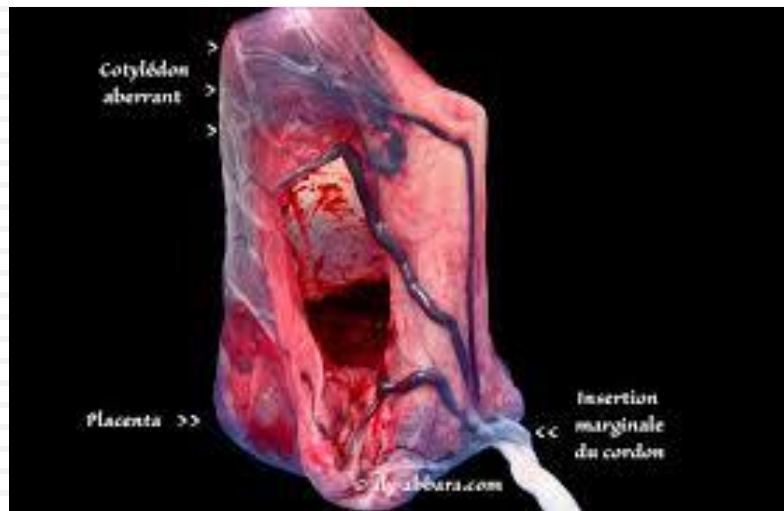
800 cc of blood flowing out into abdomen

Two full-thickness ruptures of posterior uterine wall

Posterior View of Uterus



4. Hémorragie de Benkiser



Hémorragie de Benkiser

- 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. Le risque foetal est **majeur**.
- 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.
- Elle doit être distinguée de la rupture d'un sinus marginal, rupture survenant sur un placenta bas inséré et, dans ce cas, le saignement est d'origine maternelle et ne s'accompagne pas de souffrance foetale.

Vaisseaux prœvia
Insertion vilamenteuse des membranes



© Auteur : Dr Aly Abbasa



aly-abbasa.com



5. L'hématome décidual marginal

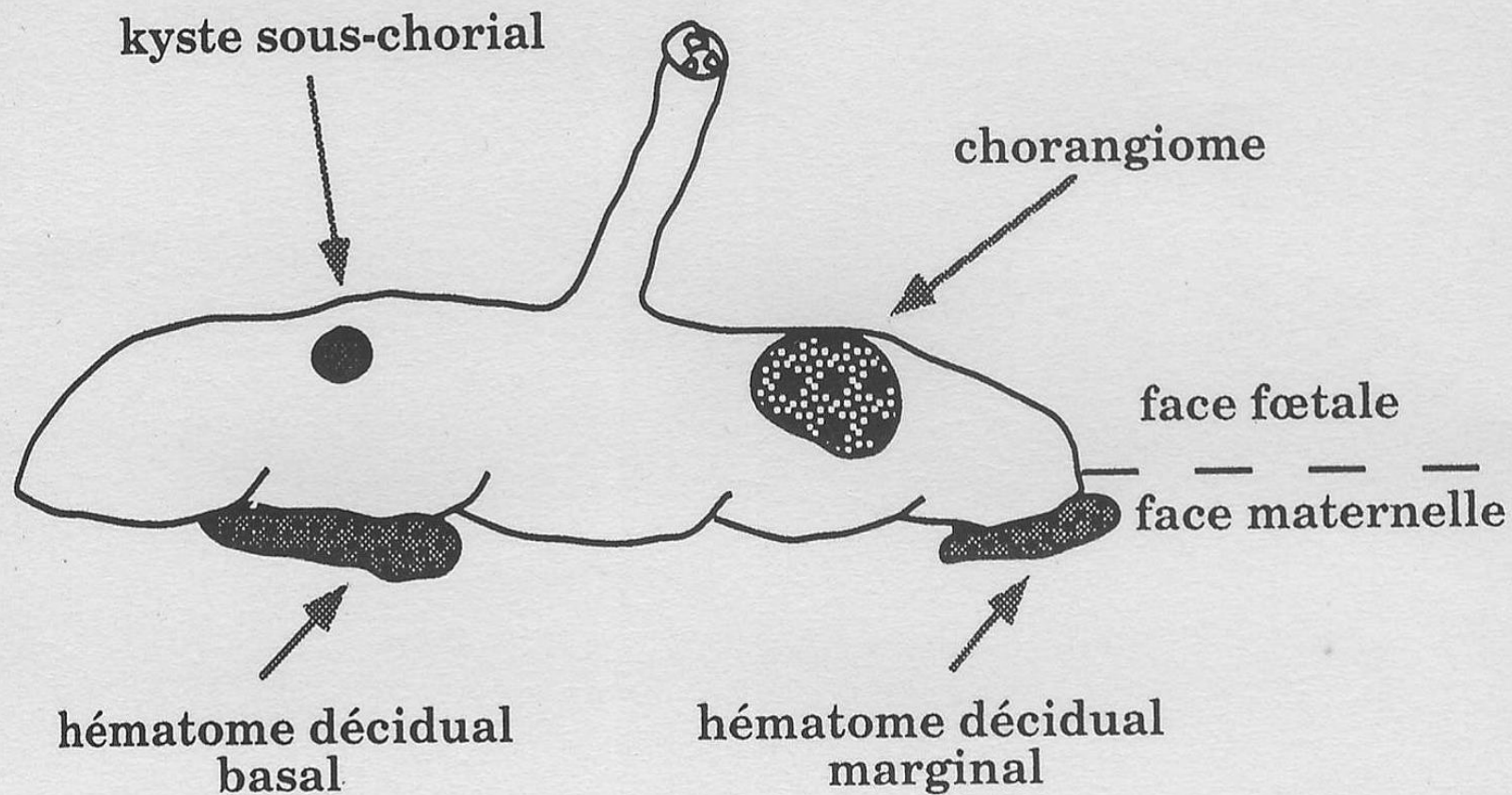


Figure 44 : Différents types d'anomalies de l'échostructure placentaire

Hématome décidual marginal (rupture du sinus marginal)

- Le saignement est rarement abondant et rouge, plus souvent noirâtre, peu abondant signant l'évacuation secondaire de ce décollement partiel du placenta
- Le diagnostic en est échographique, recherchant une collection sanguine et un décollement très partiel du placenta.
- Il est de bon pronostic, sans retentissement maternel, ni foetal notable, étant donné que la zone de décollement est vraiment minime : il nécessite parfois l'hospitalisation lorsque le saignement est en cours et une tocolyse qui permettra de le minimiser. Parfois, il entraîne une anémie chez la mère, si le saignement est persistant.

Conclusion

- L'hémorragie du T3 de la grossesse est le plus souvent due à une cause bénigne.
- L'orientation diagnostique a surtout pour but de reconnaître un PP ou un HRP qui impose l'hospitalisation, une évaluation rapide de l'hémorragie et un traitement adapté car ces causes mettent en jeu le pronostic foetal, voire maternel.
- Le diagnostic du PP est échographique. Le pronostic maternel est conditionné par l'importance de l'hémorragie.
- Un HRP est de diagnostic avant tout clinique. Le pronostic foetal est sombre. Le pronostic maternel est conditionné par le choc hypovolémique et les troubles de la coagulation

	Douleurs	Hypertonie Utérine	Choc	CIVD	Echo	Souffrance foetale	Mort Périnatale %
Placenta praevia	0	0	+	—	+++	+	425
HRP	+++	+++	++	++	±	+++	30-55

HRP : hématome rétroplacentaire ; CIVD : coagulation intravasculaire disséminée

Références :

Hémorragies génitales : hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse -Docteur

Jean-Marc AYOUBI, Professeur Jean-Claude PONS, 2005

<http://www.sante.ujf->

[grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/obstetr/17a/leconimprim.pdf](http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/obstetr/17a/leconimprim.pdf)



