

Item 17 : Principales complications de la grossesse – Hémorragie deuxième et troisième trimestres

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
INTRODUCTION.....	3
I Conduite de l'examen	3
II Orientation diagnostique et prise en charge immédiate	4
II.1 En faveur d'un placenta prævia.....	4
II.2 En faveur d'un hématome rétroplacentaire	4
III Conduite à tenir	5
III.1 Devant un placenta prævia.....	5
III.2 Devant un hématome rétroplacentaire.....	6
IV Annexes.....	8
Glossaire.....	8
Bibliographie	10
Recommandation	11
Abréviations.....	11

PRE-REQUIS

- Physiologie rénale au cours de la grossesse
- Développement placentaire
- Vascularisation placentaire
- Circulation foëto-placentaire
- Relation immunitaire foëto-maternelle

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse : hémorragie génitale

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des hémorragies génitales au cours de la grossesse

INTRODUCTION

C'est une urgence obstétricale. La démarche diagnostique est centrée sur le diagnostic différentiel entre les deux grandes causes que sont le placenta prævia (*cf. glossaire*) (inséré en partie ou en totalité sur le segment inférieur), et l'hématome rétroplacentaire (*cf. glossaire*).

I CONDUITE DE L'EXAMEN

- Après avoir éliminé une hémorragie extragénitale.
- LE TOUCHER VAGINAL EST INTERDIT tant qu'il existe une suspicion de placenta prævia.
- Retentissement maternel : pouls, tension artérielle, état général.
- Retentissement foetal : mouvements actifs ? recherche des bruits du cœur.
- Analyse sémiologique des hémorragies et des éventuels signes d'accompagnement :

- Couleur, abondance et aspect des hémorragies
- Douleurs utérines permanentes ? contractions utérines ?
- Choc
- Histoire de la grossesse : hémorragies antérieures ? HTA gravidique ? antécédents obstétricaux (utérus cicatriciel) ? grossesses multiples ? rupture des membranes ?
- Palpation de l'utérus : souple ou contracturé ? mesure de la hauteur utérine ? anomalie de présentation (transverse) ?
- Absence de BDC
- Inspection du col après mise en place prudente d'un spéculum (*cf. glossaire*)
élimine une cause cervicale : cervicite (cf. glossaire) polype (cf. glossaire), cancer.
- Bandelette urinaire : protéinurie (*cf. glossaire*).

II ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET PRISE EN CHARGE IMMEDIATE

II.1 EN FAVEUR D'UN PLACENTA PRÆVIA

- Hémorragie abondante, de sang rouge et coagulable et souvent récidivante.
- Souvent associée à des contractions utérines, mais sans douleurs utérines permanentes.
- Retentissement maternel en rapport avec l'abondance des hémorragies : pouls accéléré, Tension Artérielle
- Utérus souple (entre les contractions) et indolore.
- Présentation pathologique fréquente (siège et transverse).
- Activité cardiaque fœtale bien perçue.
- Souvent chez une multipare.

II.2 EN FAVEUR D'UN HEMATOME RETROPLACENTAIRE

- Contexte vasculaire (âge > 35 ans, HTA, tabac, cocaïne, primipare).
- Hémorragie peu abondante, noirâtre, incoagulable associée à douleurs utérines brutales, permanentes, qui dominant le tableau.

- Retentissement maternel sévère et sans rapport avec l'abondance des hémorragies : femme prostrée, état de choc, tachycardie mais TA variable, parfois élevée (HTA gravidique).
- Contracture utérine permanente et douloureuse.
- Activité cardiaque fœtale non perçue (fœtus mort) dans les formes complètes.

Au terme de cet examen :

Hospitalisation, bilan préopératoire (coagulation, test de Kleihauer (*cf. glossaire*)), consultation d'anesthésie.

Voie veineuse.

Gammaglobulines (*cf. glossaire*) anti-D si femme rhésus négatif. Pour guider l'enquête étiologique et évaluer le bien-être fœtal :

- Échographie obstétricale pour :
 - vérifier la vitalité ou la mort fœtale,
 - préciser la position du placenta (échographie par voie vaginale avec prudence) : inséré sur le segment inférieur ? Si oui, recouvre-t-il l'orifice cervical (placenta prævia recouvrant) ?
 - rechercher un hématome rétroplacentaire, en fait rarement visible sauf dans les formes antérieures et récentes. C'est surtout la position haute du placenta, à distance du segment inférieur, qui oriente le diagnostic.
 - échographie complète, avec recherche d'un retard de croissance intra-utérin et doppler des artères utérines.
- Enregistrement cardiotocographique : contractions utérines ? altération du rythme cardiaque fœtal ?

III CONDUITE A TENIR

III.1 DEVANT UN PLACENTA PRÆVIA

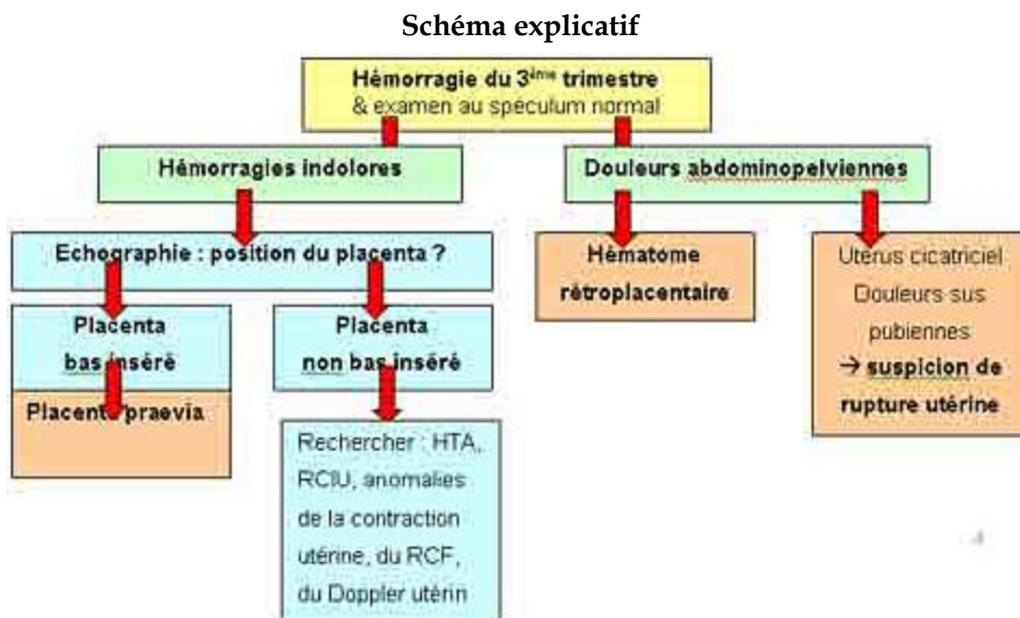
Le fœtus est habituellement vivant, sans altération sévère du rythme cardiaque. Le risque principal est une aggravation ou une récurrence des hémorragies sur un mode cataclysmique, exigeant alors une césarienne pour sauvetage maternel en extrême urgence.

- Repos strict au lit.

- Avant 34 SA, corticothérapie prénatale +++ pour prévention de la Maladie des Membranes Hyalines (*cf. glossaire*) (MMH) /- transfert maternité niveau 3.
- Traitement tocolytique (*cf. glossaire*) car des contractions utérines sont probablement le facteur déclenchant de l'hémorragie.
- Recherche d'un facteur déclenchant des contractions utérines et, indirectement, de l'hémorragie.
- Test de Kleihauer sur le sang recueilli au spéculum pour évaluer la participation fœtale à l'hémorragie.
- Surveillance étroite.

À distance, le mode d'accouchement dépend de la position du placenta :

- Un placenta recouvrant exige une césarienne prophylactique.
- Un placenta non recouvrant peut autoriser, sous stricte surveillance, un accouchement vaginal.



(Bibliographie : Boog G. Placenta praevia. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2009; 5-069-A-10.)

III.2 DEVANT UN HEMATOME RETROPLACENTAIRE

Dans la forme complète, avec mort fœtale, il y a constamment une CIVD qui met en jeu le pronostic vital maternel. Il faut obtenir l'expulsion par voie basse dans les meilleurs délais. Traitement médical urgent :

- Oxygène.
- Remplissage vasculaire pour traiter le choc.
- Traiter la défibrination (PFC, plaquettes)
- Traitement de l'éventuelle HTA gravidique.

Et déclenchement immédiat du travail :

- Toucher vaginal : évaluer le statut cervical et l'accessibilité des membranes.
- Membranes accessibles => rupture des membranes qui déclenche le travail et a un effet antalgique.
- Membranes inaccessibles => maturation cervicale par les prostaglandines (*cf. glossaire*).
- L'anesthésie péridurale est contre-indiquée. Préférer les antalgiques par voie parentérale.

Surveillance étroite avant et après l'expulsion :

- Pouls, tension, état général, diurèse (*cf. glossaire*).
- Hémorragie, hauteur utérine, globe utérin après la délivrance.
- Plaquettes, hématicrite (*cf. glossaire*), bilan de coagulation.

Bilan étiologique (tabac, cocaïne, thrombophilie (*cf. glossaire*)).

Dans les formes incomplètes, avec fœtus vivant, le diagnostic est souvent incertain, mais il y a des altérations sévères du rythme cardiaque fœtal qui exigent une césarienne immédiate. Le diagnostic sera confirmé à l'intervention : caillots en arrière du placenta, aspect en cupule du placenta.

Prévention :

- Arrêt du tabac et cocaïne,
- Aspirine si HTA gravidique.

(Bibliographie : Bohec C, Collet M. Hématome rétroplacentaire – Abruptio placentae. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. 2010 May;29(5):e115-e119. : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VKG-504CNF9-1-3&_cdi=6122&_user=592857&_pii=S075076581000119X&_orig=search&_coverDate=05%2F31%2F2010&_sk=999709994&_view=c&_wchp=dGLzVzb-zSkWb&_md5=cf1fe93153c7d742c189771b2b151eb6&_ie=/sdarticle.pdf)

(Bibliographie : Uzan M, Haddad B, Uzan S. Hématome rétroplacentaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1995; 5-071-A-10.)

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- cervicite : Inflammation du col de l'utérus, d'origine virale, bactérienne, ou parasitaire. Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible, gonocoques et chlamydiae étant principalement en cause.
- diurèse : Élimination de l'urine dans son ensemble, de façon qualitative et quantitative.
- Gammaglobulines : Gammaglobuline : Protéine du plasma sanguin appartenant à la famille des immunoglobulines (anticorps), analysée et dosée en pratique clinique par l'électrophorèse des protides sanguins, et également utilisée en thérapeutique pour renforcer une immunité déficiente.
- hématocrite : Pourcentage relatif du volume des cellules circulant dans le sang par rapport au volume total du sang. Ce pourcentage correspond au rapport entre le volume qu'occupent les cellules circulantes du sang après centrifugation d'un prélèvement sanguin veineux et le volume centrifugé. C'est une approximation surestimée du volume qu'occupent les érythrocytes.
- hématome rétroplacentaire : Hématome rétroplacentaire ou placenta abruptio : Complication très grave de la grossesse, mettant en jeu la vie de la mère et du fœtus en étant responsable d'une hémorragie parfois massive développée entre le placenta et l'utérus. Lors d'un hématome rétroplacentaire, le décollement prématuré du placenta auparavant bien inséré entraîne une souffrance fœtale aiguë (par diminution de l'apport d'oxygène) et un risque de décès maternel (par choc hypovolémique consécutif à la perte sanguine, ou par coagulation intravasculaire disséminée, qui se produit en réponse à la libération de certaines substances coagulantes lors du décollement du placenta : les thromboplastines).
- Maladie des Membranes Hyalines : Maladie des Membranes Hyalines (MMH) : Une des causes principales de détresse respiratoire du nouveau-né. Elle est liée à une immaturité pulmonaire avec défaut en surfactant pulmonaire et affecte préférentiellement le nouveau-né prématuré. Elle est responsable d'un tableau de détresse respiratoire nécessitant une oxygénothérapie et le plus souvent des

mesures d'assistance respiratoire. Son apparition peut être prévenue (ou son évolution écourtée) par l'administration de surfactant.

- placenta prævia : Localisation anormale du placenta qui peut être responsable d'hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse. Le placenta est normalement inséré dans le fond de l'utérus ; il est dit prævia lorsque ce n'est pas le cas. Dans ce cas il est localisé sur le segment inférieur et peut alors être latéral, marginal (lorsqu'il affleure par son bord l'orifice du col de l'utérus), partiellement recouvrant, ou recouvrant lorsque il est tout entier situé au-dessus de l'orifice interne du col. Le placenta prævia est favorisé par les malformations utérines, les fibromes sous-muqueux, les antécédents de manœuvres endo-utérines (curetage, aspiration, IVG), un utérus cicatriciel (par césarienne en particulier), des grossesses nombreuses, l'âge avancé de la mère, le tabagisme, des antécédents personnels de placenta prævia.
- polype : Adénome, ou tumeur bénigne, se développant sur les muqueuses. Les polypes se retrouvent plus fréquemment sur les muqueuses du côlon, du rectum ou de l'utérus. Certains sont plats : ce sont des polypes sessiles ; d'autres possèdent un pied plus ou moins long : ce sont des polypes pédiculés. La présence de nombreux polypes sur une même muqueuse est appelée polypose.
- prostaglandines : Métabolites de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, elles jouent des rôles importants dans les organismes vivants. En effet, les prostaglandines sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.
- protéinurie : Excès de protéines dans l'urine.
- spéculum : Outil médical - généralement en métal ou à usage unique en plastique - permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- test de Kleihauer : Test de Kleihauer ou test de Kleihauer-Betke : Examen de laboratoire permettant de mettre en évidence la présence d'hématies fœtales parmi des hématies adultes maternelles. Ce test est basé sur la résistance de l'hémoglobine fœtale (Hb F) à une solution acide. L'hémoglobine adulte (Hb A), moins résistante, est éluée des hématies adultes dont il ne reste que des stromas vides à la lecture au microscope, alors que les hématies fœtales restent colorées. Le taux des hématies fœtales (qui contiennent de l'hémoglobine F) par rapport aux hématies adultes maternelles (qui contiennent de l'hémoglobine A) permet d'estimer le volume de

sang fœtal présent dans la circulation maternelle. Ce taux est donné en nombre d'hématies fœtales pour 10000 hématies adultes (HF/10000 HA). Cette estimation permet d'adapter la quantité d'immunoglobulines anti-D à injecter dans le cas de la naissance d'un enfant RH+ chez une femme RH-. Cette injection prévient l'allo-immunisation de la mère, et évite la maladie hémolytique du nouveau-né RH1-D lors de la grossesse suivante. Cette estimation permet aussi parfois d'identifier la cause d'une anémie fœtale, ou d'apprécier la participation fœtale à une hémorragie utérine pendant une grossesse, en cas de placenta prævia par exemple.

- thrombophilie : Prédisposition particulière aux thromboses. Elle recouvre deux situations médicales différentes : soit une pathologie générale favorisant l'apparition de thrombose (ces manifestations thrombotiques se manifestent essentiellement au niveau veineux), soit une hypercoagulabilité du sang liée à un trouble de la fibrinolyse. Le sang ne se maintient dans un état liquide que par l'existence d'inhibiteur de la coagulation à côté des activateurs de la coagulation. Le déséquilibre quantitatif ou qualitatif de ces facteurs va entraîner une thrombophilie.
- tocolytique : Bétamimétique (qui stimule les récepteurs Bêta-2) provoquant une relaxation du corps de l'utérus et la tonification du col pour interrompre le déclenchement du travail.

BIBLIOGRAPHIE

- : Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse [Internet]. Université de Rennes; 1995 Juin.
- Ayoubi JM, Pons JC. : Hémorragies génitales : hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse (17a) [Internet]. Faculté de médecine de Grenoble; 2005 Apr.
- Bohec C, Collet M. : Hématome rétroplacentaire - Abruptio placentae. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. 2010 May;29(5):e115-e119.
- Boog G. : Placenta prævia. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2009; 5-069-A-10.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : II. Hémorragies génitales du troisième trimestre. In: Gynécologie Obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 277-283.
- Ducloy-Bouthors AS, Jessenne E, Dedet B, Deruelle P, Tournoys A, Sicot J, et al. : Hémorragies du troisième trimestre. Congrès national d'anesthésie et de réanimation. 2009.

- Gayat E, Morel O, Daaboul W, Rossignol M, Le Dref O, Payen D, Mebazaa A. : Hémorragies en obstétrique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Anesthésie-Réanimation. 2009; 36-820-A-10.
- Khairi H, Ernez A. : Les métrorragies du 3ème trimestre des gestes pour sauver deux vies [Internet]. CHU Farhat Hached; 2003.
- Morel O, Gayat E, Malartic C, Desfeux P, Rossignol M, Le Dref O, et al. : Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum - Choc hémorragique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2008; 5-082-A-10.
- Rault P. : Hémorragie pendant la grossesse [Internet]. Adrén@line; 2005 Aug.
- Sepou A, Nguembi E, Koyazegbe TD, Ngale R, Penguele A, Kouabosso A, Yanza MC. : Les hémorragies du troisième trimestre de grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Médecine d'Afrique Noire. 2002;49(4):185-189.
- Uzan M, Haddad B, Uzan S. : Hématome rétroplacentaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1995; 5-071-A-10.

RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. HAS; 2007. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

ABREVIATIONS

- BDC : Battements Du Cœur, Bruits Du Cœur
- CIVD : Coagulation IntraVasculaire Disséminée
- HTA : HyperTension Artérielle
- MMH : Maladie des Membranes Hyalines
- PFC : Plasma Frais Congelé
- TA : Tension Artérielle