

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

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/5 :

Quant à la physiologie rénale au cours de la grossesse :

- A - Pendant la grossesse le débit sanguin rénal augmente de 25 à 30 %.
- B - Le débit urinaire augmente autant que le débit sanguin rénal au cours de la grossesse.
- C - La filtration glomérulaire augmente plus que le flux plasmatique pendant la grossesse.
- D - Il y a diminution des valeurs sériques de la créatinine et de l'uricémie pendant la grossesse.

(Réponse : ABD)

QUESTION 2/5 :

Quant au développement placentaire :

- A - Le placenta est constitué à partir du cytotrophoblaste et du syncytiotrophoblaste.
- B - La circulation embryonnaire s'établit vers le 18-21e jour.
- C - Les villosités placentaires persistent autour de l'œuf tout au long de la grossesse.
- D - Les cotylédons se trouvent sur la face foétale.

(Réponse : AB)

QUESTION 3/5 :

Quant à la circulation fœto-placentaire :

- A - La pression dans la chambre intervillieuse est inférieure à celle des artères utérines.
- B - Les systèmes vasculaires fœtal et maternel sont en contact direct.
- C - L'héparine passe la barrière placentaire.
- D - Les Ig A et les Ig G ne passent pas la barrière placentaire.

(Réponse : AD)

QUESTION 4/5 :

Quant à la vascularisation placentaire :

A - Dans la chambre intervillieuse, la pression sanguine est très supérieure à la pression amniotique.

B - Dans les artères utérines, la pression est aux alentours de 70 à 80 mm Hg.

C - Dans le cordon ombilical, la pression est la même que dans les artères utérines.

D - Des contractions trop intenses ou trop rapprochées peuvent interrompre la circulation au niveau du placenta.

(Réponse : BD)

QUESTION 5/5 :

Quant à l'immunisation foeto-maternelle :

A - Lors d'un accouchement normal, on retrouve des hématies foetales dans le sang maternel dans environ 50 % des cas.

B - Les anticorps de la réponse primaire sont des Ig G.

C - L'allo-immunisation n'a pas forcément lieu car une incompatibilité ABO peut détruire les hématies foetales avant que l'immunisation ne se produise.

D - Les anticorps anti-D maternels, après avoir passé la barrière placentaire se fixent sur les hématies foetales qui seront ensuite détruites dans le système réticulo-endothélial foetal.

(Réponse : ACD)

QCM

QUESTION 1/3 :

Dans quelle situation, il n'est pas recommandé, voire proscrit de pratiquer un TV ?

A - Hématome rétroplacentaire

B - Suspicion de placenta prævia

C - Suspicion de rupture utérine

D - Hématome décidual

(Réponse : B)

QUESTION 2/3 :

Quels éléments sont en faveur du diagnostic d'HRP ?

A - Hémorragie peu abondante, noirâtre

B - Douleurs utérines brutales, permanentes

C - Altération sévère de l'état maternel et sans rapport avec l'abondance des hémorragies

D - Absence de notion d'HTA

(Réponse : ABC)

QUESTION 3/3 :

Quels éléments sont en faveur du diagnostic du placenta prævia ?

A - Hémorragie abondante de sang rouge

B - Douleurs utérines brutales

C - Fréquente souffrance fœtale

D - Notion de curetage, de césarienne

(Réponse : AD)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Mme Y., 32 ans, vous est amenée à 3 heures du matin par le SAMU pour des saignements abondants par le vagin depuis 30 minutes. Votre interrogatoire retrouve :

- Antécédents : 6 grossesses, dont 2 césariennes il y a 4 et 6 ans, deux fausses couches et 2 IVG ; une intervention chirurgicale il y a 5 ans pour fibromyomes sous-muqueux et intramurales.

- Anamnèse : grossesse dont le terme est estimé à 31 SA selon une unique échographie pratiquée à 19 SA pour une autre raison, rubéole +, toxoplasmose +, groupe A+ ; les métrorragies sont survenues alors qu'elle était au repos, sans douleurs, mais avec des contractions.

QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic d'urgence évoquez-vous d'emblée ? Quels diagnostics différentiels à évoquer systématiquement ?

Réponse attendue :

On évoque en priorité un placenta prævia hémorragique.

Diagnostics différentiels : hématome rétroplacentaire ; hématome décidual marginal, hémorragie d'origine cervico-vaginale (ectropion, cervicite, cancer du col de l'utérus, traumatismes) ; si on considère la potentialité d'un début de travail prématuré : hémorragie de Benkiser et rupture utérine.

QUESTION 2/6 :

Quels sont les faits de l'observation qui vous ont orienté vers ce diagnostic ?

Réponse attendue :

Facteurs de risque de placenta prævia : multiparité (6 grossesses), manœuvres endo-utérines (2 IVG), antécédents d'avortement d'une manière générale (4), cicatrices utérines (2 césariennes, myomectomie) .

Anamnèse : métrorragies de sang rouge, au repos, la nuit, sans douleur survenant dans un contexte de contractions utérines.

QUESTION 3/6 :

Votre examen clinique retrouve : TA 13/8, pouls 110, hauteur utérine 29 cm, abdomen indolore et souple, spéculum : saignement actif provenant de l'endocol, rouge, sans plaie vaginale ni aspect louche du col. Rien de particulier n'est noté par ailleurs. Il manque un geste clinique dans cette observation. Lequel ? Est-ce un oubli ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Le toucher vaginal n'a pas été pratiqué. Ce n'est pas un oubli car il ne doit jamais être réalisé d'emblée en cas de métrorragies du troisième trimestre, et plus particulièrement quand on suspecte un placenta prævia, au risque de déclencher une hémorragie cataclysmique en cas de placenta prævia recouvrant (stade IV).

QUESTION 4/6 :

Quelle est votre conduite à tenir en urgence ?

Réponse attendue :

Mise en conditions : hospitalisation en urgence en service spécialisé, au bloc obstétrical ; repos strict au lit ; évaluation clinico-biologique du retentissement du saignement (NFS, TP, TCA, groupe rhésus, RAI 2e détermination si nécessaire, pouls et tension déjà pris) recherchant une éventuelle indication de remplissage voire de transfusion sanguine ; monitoring du rythme cardiaque fœtal évaluant le bien-être fœtal, posant éventuellement l'indication d'une extraction en urgence, pas d'examen obstétrical itératif ; à discuter : tocolyse IV en l'absence de contre-indication selon les résultats de la tocographie, maturation pulmonaire fœtale en cas de début de travail ou de nécessité de césarienne en urgence.

QUESTION 5/6 :

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous, dans quel but et sous quelle condition compte tenu de la situation ?

Réponse attendue :

Échographie obstétricale par voie vaginale recherchant la confirmation du diagnostic de placenta prævia et évaluant son caractère recouvrant ou non ou son stade. La condition de réalisation de cet examen est qu'il ne ralentisse à aucun moment la prise en charge obstétricale d'urgence.

QUESTION 6/6 :

Quelles sont les complications spécifiques à envisager ?

Réponse attendue :

- Les complications fœtales : (mort in utero), complications liées à la prématurité occasionnée, complications liées à un accouchement dystocique, à une césarienne.
- Complications obstétricales : procidence du cordon, placenta accreta (même terrain de facteur de risque), CIVD, (l'immunisation sanguine foeto-maternelle est à priori écartée ici).
- Complications maternelles essentiellement : choc hémorragique, décès (rare).