

## Hématome rétro placentaire : conduite à tenir en urgence

Professeur Franck Perrotin

Centre Olympe de Gouges

Service de gynécologie obstétrique B

Groupement de Gynécologie Obstétrique, Médecine fœtale et Reproduction humaine

Hôpital Bretonneau. CHRU de Tours.

- **Fréquence : 5 à 10 pour 1000 accouchements.**
- **Facteurs de risque :**
  - De nombreux facteurs e risque ont été décrits mais les principaux sont :
    - Age > 35 ans ;
    - La multiparité ;
    - Le tabagisme ;
    - L'hypertension artérielle ;
    - La rupture prématurée des membranes ;
    - Les antécédents d'hématome rétro placentaire.
- **Conséquences :**
  - Pour le fœtus : réduction voire interruption des échanges transplacentaires pouvant entraîner une asphyxie voire une mort in utero (mortalité périnatale de 10 à 30% selon les séries).
  - Pour la mère : hypovolémie (état de choc, anurie,...) et coagulopathie de consommation (hémorragie utérine, CIVD,...).

### 1. Données cliniques :

#### Forme typique

- Symptomatologie
  - *Douleur abdominale aigue.* Typiquement en coup de poignard, de siège diffus (douleur utérine) ;
  - *Métrorragies* brunâtres ou rouges ;
  - *Diminution des MAF d'apparition récente.*
- Examen
  - *Hypertonie utérine* : utérus de bois
  - *Augmentation de la hauteur utérine* ;
  - *Anomalies du RCF ou mort in utero* ;
  - *Au toucher vaginal*: segment inférieur tendu avec présentation fixée ou appliquée et mise en évidence de métrorragies.
- Echographie
  - *Faible sensibilité de cet examen pour le diagnostic (20 à 50%).* Il peut s'agir de la mise en évidence d'une zone hypoéchogène ou d'une masse hétérogène rétro placentaire

En dehors du travail :

- *Métrorragies – 2/3 des cas* : typiquement brunâtres, mais en fait de couleur variable, parfois sang frais.
- *Douleurs utérines* : typiquement à type de contracture utérine, parfois confondues avec des contractions. Dans certains cas, anomalie de la contractilité utérine: mauvais relâchement ou hypertonie.
- *Anomalies isolées du RCF* : traduisant la réduction des échanges transplacentaires.
- *Tableau de MAP* : l'hématome collecté est un puissant irritant du muscle utérin responsable d'un travail prématuré peu accessible aux tocolytiques.
- *MFIU inexplicquée* : l'HRP serait la première cause de ce type d'accident et doit donc être systématiquement recherché en pareil cas.

Pendant le travail :

- *Anomalies de la dynamique utérine* : hypertonie, mauvais relâchement, hypercinésie.
- *Anomalies du RCF*: tachycardie ou ralentissements tardifs.
- *Liquide amniotique sanglant* ; parfois l'évolution peut se faire vers une coloration verdâtres témoignant de l'issue de méconium.

## 2. Principes de base de la prise en charge

L'HRP symptomatique ayant pour tendance à s'aggraver au fil des heures, le seul geste thérapeutique essentiel est son évacuation. Seul ce geste peut permettre d'éviter ou de minimiser les complications fœtales et maternelles. La prise en charge doit faire intervenir :

- Obstétricien
- Anesthésiste réanimateur
- Pédiatre

Mise en condition de la patiente :

- *Voie veineuse* : de calibre suffisant, au mieux, dans les formes symptomatiques, deux voies seront posées.
- *Sonde urinaire* : permettant une surveillance de la diurèse horaire.
- *Feuille de surveillance horaire ou bi-horaire* de la pression artérielle, de la température, du pouls de la diurèse des apports liquidiens et des paramètres biologiques

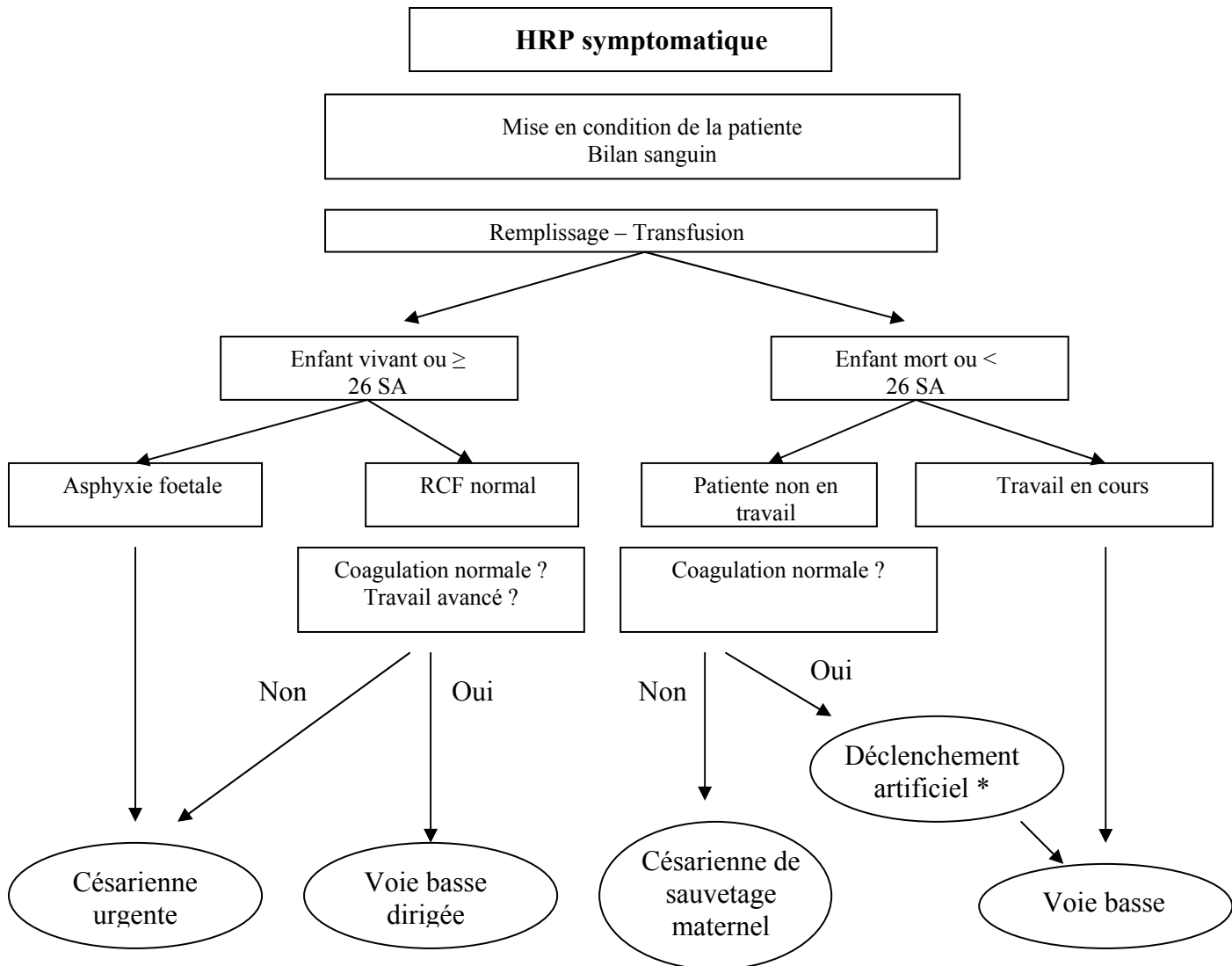
Bilan initial :

- *Groupe sanguin si nécessaire* ;
- *RAI* ;
- *NFS – PL* ;
- *TP, TCA, fibrinogène, D-Dimères et PDF*. Une analyse plus détaillée de la coagulation peut être nécessaire en cas de perturbations (dosage des facteurs de la coagulation) ;
- *Ionogramme sanguin* ;
- *Créatininémie, uricémie*.

Prise en charge obstétricale :

- *C'est l'évacuation utérine* qui doit être entreprise de façon rapide (d'où le recours fréquent à la césarienne) mais à discuter en fonction de la vitalité et de la viabilité fœtale.

**Conduite à tenir:**



\* Maturation préalable par Mifégyne et déclenchement par misoprostol ou ocytocine

**3. Cas particulier de l'HRP asymptomatique**

Une conduite à tenir expectative peut être discutée en fonction du terme. Elle n'est plus licite au-delà de 35 SA si le diagnostic d'HRP est certain et ne peut être envisagée que si :

- Il n'existe pas de troubles de la coagulation
- Il n'y a pas de retentissement fœtal
- Une surveillance attentive des paramètres maternels et fœtaux en hospitalisation peut être effectuée

L'apparition d'anomalies met fin à la surveillance et fait poser l'indication d'un déclenchement ou d'une césarienne selon l'état du col.