

Hémorragies génitale au cours du 2ème et 3ème trimestre (item 17F)

Objectifs :

Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des hémorragies génitale au cours du 2ème et 3ème trimestre de grossesse.

Introduction

Les hémorragies du troisième trimestre peuvent être dues à une pathologie cervicale (cervicite, polype, cancer). Dans ce cas, l'hémorragie est habituellement minime, sans conséquence sur le bien-être foetal, et sa cause est facilement reconnue à l'examen au spéculum.

Ne pas oublier la possibilité de métrorragies alors qu'il existe une association pathologie cervicale/pathologie endo-utérine.

Les autres causes réalisent des urgences obstétricales :

Placenta praevia : C'est un placenta qui s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur après la formation de ce dernier, c'est à dire au 3ème trimestre. Il doit être distingué du placenta bas inséré à l'échographie du 2nd trimestre. Dans la majorité des cas, celui-ci est asymptomatique et s'éloigne du col au fur et à mesure de la formation du segment inférieur.

Hématome rétroplacentaire : C'est un décollement prématuré d'un placenta normalement inséré avec constitution d'un hématome décidual basal qui interrompt une partie de la circulation utéroplacentaire. Selon son importance, il entraîne donc une souffrance foetale (forme incomplète) ou une mort foetale in utero (forme complète).

Hématome décidual marginal : C'est la rupture d'une veine au pôle inférieur d'un placenta normalement inséré (d'où le synonyme de rupture du sinus marginal). Il est relativement bénin car l'hémorragie est habituellement modérée et l'hématome n'interrompt pas la circulation utéroplacentaire. Il se traduit en échographie par une petite collection et un décollement très partiel du placenta au niveau du pôle inférieur.

Rupture utérine. Elle est devenue exceptionnelle dans les pays développés et survient presque toujours sur un utérus cicatriciel ; elle se produit le plus souvent lors du travail, la rupture en dehors du travail étant rarissime (traumatisme abdominal violent).

L'hémorragie de Benkiser : rupture d'un vaisseau praevia sur insertion velloplacentaire du cordon, elle se traduit par un écoulement de liquide amniotique sanglant après rupture des membranes (rupture artificielle plus souvent que rupture spontanée). Elle est très rare mais impose un sauvetage foetal en extrême urgence.

En pratique, les deux causes principales sont le placenta praevia et l'hématome rétroplacentaire. La prise en charge de l'hématome rétroplacentaire est développée dans le cours "Douleurs abdominales chez la femme enceinte". Nous n'envisagerons ici que, la démarche diagnostique devant une hémorragie du troisième trimestre puis la prise en charge d'un placenta praevia.

I. Mme Valérie M... , 29 ans, deuxième geste primipare, est vue en urgence à 32 semaines d'aménorrhée en raison d'hémorragies génitales d'apparition brutale. Que recherchez-vous à l'interrogatoire à l'examen clinique ?

1) Interrogatoire :

Analyse sémiologique des hémorragies et des éventuels signes d'accompagnement :

- Histoire de la grossesse : hémorragies antérieures ? HTA gravidique ? antécédents obstétricaux,
- Circonstances d'apparition des hémorragies, couleur et abondance

Douleurs utérines permanentes ? contractions utérines ?
Retentissement maternel des hémorragies : asthénie, palpitations, dyspnée, état de choc.
Retentissement foetal : mouvements actifs ?

2) Examen clinique :

LE TOUCHER VAGINAL EST INTERDIT tant qu'il existe une suspicion de placenta praevia,

- Etat maternel : pouls, tension artérielle, état général,
- Recherche des bruits du coeur foetaux,
- Palpation de l'utérus : souple ou contracturé ? mesure de la hauteur utérine :
- Inspection du col après mise en place prudente d'un spéculum -> élimine une cause cervicale : cervicite, polype, cancer.

II. L'examen au spéculum montre que l'hémorragie est d'origine endo-utérine. Enumérez les arguments cliniques en faveur d'un placenta praevia et ceux en faveur d'un hématome rétroplacentaire.

1) En faveur d'un placenta praevia :

Contexte : le plus souvent multiparité.

Hémorragie de sang rouge, au début modérée, puis plus ou moins abondante, indolore,

Spontanée, d'apparition brutale, ayant tendance à récidiver,

Souvent associée à des contractions utérines, mais sans douleurs utérines permanentes,

Retentissement maternel en rapport l'abondance des hémorragies : pouls accéléré, tension artérielle normale ou abaissée,

Utérus souple (entre les contractions) et indolore, présentation souvent anormale,

Activité cardiaque foetale bien perçue (absence de souffrance foetale associée).

2) En faveur d'un hématome rétroplacentaire :

Contexte : le plus souvent primiparité.

Hémorragie de sang noirâtre, incoagulable, peu abondante,

Associée à douleurs utérines brutales, permanentes, qui dominent 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 (ventre de bois),

Activité cardiaque foetale non perçue (foetus mort) dans les formes sévères, souffrance foetale aiguë (anomalies du RCF) dans les formes moyennes.

Le diagnostic d'hématome rétroplacentaire est facile dans la forme complète qui tue le foetus et engage le pronostic vital maternel. Il est plus difficile dans les formes incomplètes qui simulent un placenta praevia : le sang est rouge, la douleur absente ou discrète, l'utérus souple, le foetus vivant.

III. L'examen montre une hémorragie de sang rouge, indolore, de moyenne abondance. L'utérus est souple. L'activité cardiaque foetale est bien perçue. Quelles mesures prenez-vous immédiatement ?

1) Hospitalisation :

Ses objectifs : établir un diagnostic étiologique, juger de l'évolution spontanée de l'hémorragie, guider la réanimation maternelle, évaluer l'état foetal (prévoir la nécessité d'une extraction foetale en urgence) :

- Consultation d'anesthésie,
- Voie(s) d'abord veineuse(s) de gros calibre, pour permettre un remplissage vasculaire par

- macromolécules ou une transfusion de concentrés globulaires
 - Bilan préopératoire, groupe Rhésus, agglutinines irrégulières, bilan de coagulation complet, bilan hépatique et rénal,
- 2) Si âge gestationnel < 34 SA (comme ici) : corticothérapie prénatale +++ pour prévention de la maladie des membranes hyalines.
- 3) Pour guider l'enquête étiologique et évaluer le bien être foetal :
- Echographie obstétricale :
- Précise la position du placenta : placenta praevia (inséré sur le segment inférieur) ? Si oui, localisation exacte par rapport à l'orifice cervical,
 - Recherche un hématome rétroplacentaire, en fait rarement visible,
 - Echographie complète avec, notamment, recherche d'un retard de croissance intra-utérin et étude Doppler des artères utérines.
- Enregistrement cardiotocographique : contractions utérines ? altération du rythme cardiaque foetal : tachycardie, tracé plat, ralentissements ?

IV. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ? Discutez les diagnostics différentiels possibles et les éléments en leur faveur.

Un placenta praevia.

L'examen essentiel est l'échographie, qui montre que le placenta s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur, de localisation antérieure, postérieure, et précise son siège exact par rapport au col utérin : placenta latéral, marginal, recouvrant (partiel ou total).

Si le placenta est normalement inséré, il faut discuter deux diagnostics :

Une forme incomplète d'hématome rétroplacentaire. En faveur de cette hypothèse : anomalies de la contraction utérine (contractions hypercinétiques, épisodes d'hypertonie) et du RCF (tachycardie, tracé plat, ralentissements, ...), contexte "vasculaire" : HTA gravidique, RCIU, Doppler utérin altéré, antécédents obstétricaux similaires, anomalies biologiques fréquentes : thrombopénie, troubles du bilan de coagulation, perturbation du bilan hépatique et rénal.

Un hématome décidual marginal. Le tableau clinique est celui d'un placenta praevia.

C'est un diagnostic d'élimination.

L'hématome n'est habituellement pas visible à l'échographie. Le diagnostic différentiel est donc difficile et ne sera souvent que rétrospectif, à l'examen anatomique du placenta.

V. L'échographie montre un placenta praevia recouvrant totalement l'orifice interne du col. L'enregistrement cardiotocographique montre des contractions utérines régulières et un rythme cardiaque foetal normal. Quelles mesures prenez-vous dans l'immédiat ?

- 1) Repos strict au lit,
- 2) Traitement tocolytique car les contractions utérines sont probablement le facteur déclenchant de l'hémorragie. Les bétamimétiques sont les tocolytiques de référence mais tendent à être remplacées par les anticalciques et les antagonistes de l'ocytocine (cf cours sur menace d'accouchement prématuré),
- 3) Recherche et traitement d'une infection intercurrente (urinaire surtout) qui pourrait être le facteur déclenchant des contractions utérines et, indirectement, de l'hémorragie. Test de Kleihauer sur le sang recueilli au spéculum pour évaluer la participation foetale à l'hémorragie,
- 4) Surveillance étroite car les hémorragies peuvent s'aggraver ou récidiver sur un mode cataclysmique

exigeant alors une césarienne pour sauvetage maternel et foetal en urgence.

VI. Les hémorragies cèdent rapidement. La surveillance maternelle et foetale est satisfaisante. Que prévoyez-vous pour la suite de la grossesse ?

1) Dans l'immédiat :

Gagner du temps pour obtenir une naissance à un terme le plus éloigné possible de la grande prématurité :

- Poursuivre la surveillance en milieu hospitalier avec repos strict.
- Risque possible de récurrence brutale des hémorragies, parfois sur un mode cataclysmique, avec indication de césarienne en urgence.

2) Pour l'accouchement :

- La position du placenta interdit un accouchement par les voies naturelles,
- Prévoir une césarienne prophylactique vers 38 semaines d'aménorrhée.

Points essentiels

Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse sont fréquentes, parfois très prématurément.

Les deux principales étiologies sévères sont : le placenta praevia et l'hématome rétro-placentaire.

Le placenta praevia est évoqué sur des signes cliniques : métrorragies de sang rouge, inopinées et sans douleur.

Le placenta praevia met en jeu le pronostic maternel en raison de l'abondance de l'hémorragie.

Une césarienne est indiquée en cas de placenta praevia qui recouvre l'orifice interne du col.

L'hématome rétro-placentaire met en jeu le pronostic foetal en raison du décollement souvent brutal du placenta, qui interrompt la circulation materno-foetale.

Il est évoqué du fait du contexte vasculaire (HTA) et de la symptomatologie (sang noirâtre, douleurs, parfois choc) .

Une césarienne est indiquée en cas d'HRP si l'enfant est encore vivant.

Il n'existe pas de traitement préventif.

La prévention des complications (hémorragies, troubles de la coagulation, infections, accidents trombo-emboliques pour la mère, pathologies liées à la prématurité ou à la souffrance foetale pour le nouveau-né) nécessite une prise en charge précoce et adaptée en milieu hospitalier.