

LES METRORRAGIES DU 3^{EME} TRIMESTRE DES GESTES POUR SAUVER DEUX VIES

Pr. H. KHAIRI - Dr A. ERNEZ

INTRODUCTION-DEFINITION

- Les métrorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse correspondent à un saignement ayant une origine endo-utérine, extériorisé par voie vaginale survenant à partir de 28 semaines d'aménorrhée.
- Fréquence :
 - ↳ représentent 50 % des hémorragies de 3^{ème} trimestre.
 - ↳ compliquant 2 à 5 % des grossesses.
- Ils constituent une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales.
- 3/4 des urgences gynéco-obstétricales prise en charge par les services d'aide médicale urgente sont des urgences du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Elles relèvent du transport primaire dans 75 % des cas.
- Deux causes principales dominent les métrorragies du 3^{ème} trimestre : placenta praevia et hématome rétro-placentaire (HRP).
- L'urgence hémorragique obstétricale constitue une situation spécifique qui impose une prise en charge pluridisciplinaire où médecin urgentiste, obstétricien, anesthésiste-réanimateur, pédiatre et biologiste sont impliqués.
- Les hémorragies obstétricales restent caractérisées par leur brutalité et leur gravité
➔ mortalité maternelle évaluée à 34,65 pour 100.000 naissances vivantes en Tunisie par hémorragie obstétricale (l'hémorragie est au premier rang des causes directes de décès maternels pendant la gravidité).

Quelle évaluation initiale ? en parallèle avec la réanimation.

L'évaluation de l'importance des métrorragies permet de faire face à une éventuelle situation d'urgence nécessitant une prise en charge rapide et permet ainsi une première orientation diagnostique.

Quels sont les éléments pertinents à relever à l'interrogatoire ?

- 1- Est-ce-que c'est le 1^{er} épisode.
- 2- Post traumatique ?
- 3- L'importance du saignement, sa couleur.
- 4- L'âge gestationnel et le déroulement de la grossesse.
- 5- Associé à une douleur abdominale ?
- 6- Le site placentaire.
- 7- Le groupe sanguin.

Quels sont les éléments à déceler par l'examen physique ?

- Pouls et TA.
- La fréquence respiratoire.
- La palpation abdominale, y-a-t-il des contractions utérines ?
- L'examen au spéculum (le toucher vaginal est à éviter).
- La hauteur utérine.
- L'auscultation de bruit du cœur fœtal.

Quel bilan initial à demander en urgence ?

- Le groupe sanguin + Cross Match
- NFS (taux d'hémoglobine et hématocrite).
- Bilan de coagulation : (plaquettes, TP, Fibrinémie, PDF)
- Bilan de retentissement viscéral : Azotémie, créatinine, bilan hépatique.
- Recherche d'une albuminurie
- Echographie obstétricale : pour localiser le placenta et a-t-on un HRP ?
- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (pour éliminer une souffrance fœtale).

Quels sont les premiers gestes à faire ?

Plusieurs gestes à effectuer immédiatement. Les formes graves nécessitent une réanimation basée sur le remplissage, la compensation des pertes globulaires et le traitement des troubles de la coagulation.

- Une ou deux voies d'abord veineuses de bon calibre.
- Une sonde urinaire à demeure.
- Traitement de l'hypovolémie.

Le remplissage est réalisé par des solutions synthétiques ou des dérivés sanguins (doit commencer sans retard).

- Des solutés cristalloïdes type Ringer qui permettent une restitution volémique de 350 ml pour 500 ml d'apport.
- Les colloïdes ne sont plus employés avant l'accouchement sauf urgence vitale immédiat du fait des risques potentiels d'hypotonie utérine et de souffrance fœtale.
- L'albumine concentrée à 20 %.

L'expansion volémique est surveillée par l'état de la patiente, le monitoring cardiovasculaire et la diurèse horaire qui doit être > à 30 ml/h.

- La compensation globulaire (la masse sanguine est estimée à 100 ml/kg).
 - L'objectif du traitement est de maintenir :

➔ Un taux d'hémoglobine au dessus de 8g/dl en anté-partum et 7g/dl en post-partum, l'hématocrite entre 25-30 %.

➔ Le taux de plaquettes > à 20.000/l pour un accouchement par voie basse et à 50.000/l pour une césarienne.

Un culot de 250 cm³ fait monter l'hémoglobine d'environ à 1 à 2g et l'hématocrite de 2 à 3 %.

- La correction des troubles de la coagulation :

Toute hémorragie persistante ou abondante impose la recherche des stigmates biologiques d'un défibrination (CIVD) dont le traitement repose sur :

➔ PFC (plasma frais congelé) : apporte tous les facteurs de coagulation sauf les plaquettes.

- Une unité de PFC apporte 0,4 à 0,5 g de fibrinogène.
- La compatibilité dans le système ABO et rhésus doit être en règle respectée chez des femmes jeunes.

- Contribue au maintien de la pression oncotique.
- L'apport de PFC se calcule sur une base de 20 à 30 ml/kg.
- L'objectif est de maintenir une hémocrite proche de 25 % et un taux de fibrinogène \geq à 1g/l.

→ Fibrinogène :

- Il est présent sous forme de plaquettes de 100 ml contenant 1,5 g de fibrinogène.
- L'apport est indispensable si sa concentration plasmatique est $<$ à 1g/l.
- La posologie conseillée : 2 à 4g si le taux initial est $<$ à 0,5 ou 1g/l.

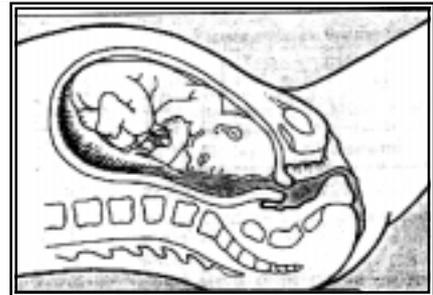
→ Concentrés plaquettaires :

- Ne sont transfusés que s'il existe une thrombopénie \leq 50.000/l pour une césarienne et \leq 20.000/l pour un accouchement par voie basse.
- Compatibilité ABO et rhésus doit être respectée (femme jeune), il est préférable d'utiliser des concentrés CMV (-) avant l'accouchement.
- La posologie est de 1 unité / 7 à 10 kg de poids.
- 8 unités à passer en 1 à 2 heures.
- L'utilisation de l'héparine est proscrite.

Quelle orientation diagnostique après cette première évaluation ?

→ **S'agit-il d'un HRP ? : décollement prématuré d'un placenta normalement inséré.**

- Il s'agit d'un hématome décidual basal représenté par un caillot noirâtre plus ou moins étendu (quelques centimètres à plus de 10 cm).
- Interrompant la circulation materno-fœtale entraîne rapidement des troubles hémodynamiques (choc hémorragique), une souffrance fœtale aiguë et des anomalies de la coagulation (CIVD).
- Facteur favorisant : HTA ? toxémie gravidique, multiparité, traumatisme abdominal.
- Le diagnostic de l'HRP est avant tout clinique : marqué par :



HRP extériorisé

- un début **brutal** marqué par une **douleur abdominale violente** à type de crampe qui ne cède pas, localisé à l'utérus ou dans la région lombaire.

→ Métrorragie (80 % des cas), discrète faite de **sang noir**, retardée par rapport à la douleur, non proportionnelle à la quantité de sang perdu.

→ A la palpation abdominale, **l'utérus est dur contracté et douloureux.**

→ La hauteur utérine s'accroît à deux examens successifs.

→ Le spéculum permet de confirmer l'origine endo-utérine de l'hémorragie.

→ Les battements cardiaques fœtaux ne sont plus perçus (70 % des cas).

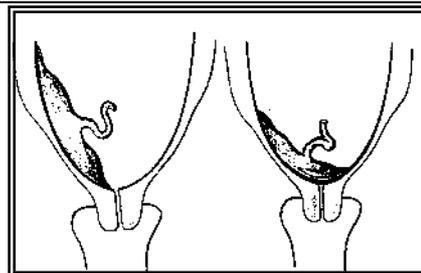
→ Il existe des signes de **choc maternel** (pâleur + tachycardie) et une hypotension qui peut être marquée par une HTA gravidique.

Le diagnostic est évident, il faut sans attendre débiter le traitement.

Si l'on dispose d'une échographie en salle d'urgence, on confirme l'absence de vitalité fœtale et parfois l'hématome.

S'agit-il d'un placenta praevia ?

- Le placenta est dit praevia lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus.
- Le diagnostic en est clinique et échographique.
- Sa fréquence augmente : la parité, l'âge maternel, les grossesses multiples (x2) le nombre d'avortement (x2) et la présence de cicatrice



Formes anatomiques des insertions basses du placenta

utérine antérieure (x3).

- Le diagnostic est évoqué devant une **hémorragie** de sang **rouge vif, isolée sans douleurs** avec passage de gros caillots survenant dans 70 à 83 % des cas avant le début de travail souvent la nuit.

Sans cause appréciable parfois pendant les travaux ménagers ou lors des rapports sexuels ou à l'occasion de contraction utérine.

- A la palpation abdominale, l'utérus souple et qui se relâche bien s'il y aie des contractions (20% des cas).
- L'auscultation des **bruits du cœur est normale** en absence d'état de choc maternel.
- L'état général est proportionnel à la quantité de sang perdu si saignement abondant → état de choc hémorragique avec tachycardie et pincement de la différentielle.

L'examen utile est l'échographie pratiquée en salle de naissance, pour préciser la topographie du placenta. L'enregistrement cardio-tocographique du rythme cardiaque fœtal montre un cas d'anémie du fœtus, un tracé d'allure sinusoïdale très caractéristique.

La rupture utérine

- Exceptionnelle en dehors du travail.
- Douleur utérine vive + état de choc + saignement (inconstant) minime.
- La palpation de l'abdomen met en évidence une défense ± palpation d'un fœtus sous la paroi abdominale + mort fœtale.
- Facteur favorisant : cicatrice utérine : césarienne, hystéroplastie ou traumatisme direct ou indirect (la rupture siège ainsi sur la face postérieure de l'utérus).
- La rupture d'une cicatrice de césarienne lors d'un essai d'accouchement par voie basse donne un tableau fait de douleur avec saignement de sang rouge et modification de la dynamique utérine et une souffrance fœtale.

L'hématome décidual marginal :

- C'est une déchirure d'une veine utéro-placentaire marginale créant un hématome qui décolle le bord latéral du placenta.
- Le saignement est rarement abondant et rouge plus souvent noirâtre, peu abondant en dehors des contractions utérines.

→ Le diagnostic échographique

→ Le bon pronostic sauf s'il est persistant → anémie maternelle.

L'hémorragie de Benkiser

- C'est une hémorragie fœtale par rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux ayant une insertion vélamenteuse.
- Elle survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux.
- Clinique : saignement indolore lors de la rupture des membranes pour modification de l'état maternel mais avec une souffrance fœtale immédiate.
- L'état général maternel est généralement conservé.

Autres causes exceptionnelles :

- Rupture spontanée de varice utérine au 3^{ème} trimestre.
- Melæna intra-utérine.

Quelle est la C.A.T. obstétricale ?**CAT obstétricale devant un hématome rétro-placentaire**

Selon le consensus et les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens :

- Le but est l'évacuation utérine.

Formes graves d'emblée : prise en charge concomitante : réanimation et décision obstétricale.

Risque vital maternel immédiat +++

Etat de choc ± coagulation intra-vasculaire disséminée.

→ Appel du médecin anesthésiste réanimateur.

→ Corriger l'hypovolémie : macromolécules en attendant sang et dérivés.

→ Corriger les troubles de la coagulation : sang, plasma frais congelé, concentrés plaquettaires, fibrinogène lyophilisé (but : Hb > 8g/100ml et TP > 50 %).

→ Amniotomie

→ Evaluation utérine urgente :

Fœtus vivant accouchement imminent : voie basse acceptée.

Fœtus vivant accouchement non imminent : césarienne.

Fœtus mort et col défavorable : envisager césarienne ; si dilatation avancée, tenter voie basse.

Répéter bilan/2 heures jusqu'à maîtrise de l'hémorragie puis/6 heures.

Formes non graves d'emblée :

Absence de choc maternel et de troubles de la coagulation.

Fœtus vivant et viable pas de SFA :

Surveillance maternelle.

Attention à une aggravation secondaire

Biologie : à faire toutes les 3 heures.

Surveillance fœtale : RCF.

Surveillance du travail.

Conduite obstétricale en fonction des données de la surveillance.

Fœtus mort ou non viable :

Surveillance de l'état maternel.

Surveillance de l'évolution du travail : parcimonie avec l'ocytocine.

Admettre l'accouchement par voie basse.

Post-partum

- Risque d'hémorragie de la délivrance +++
- Surveillance au cours des 24 premières heures en unité de réanimation.
 - état hémodynamique : TA, saignement, diurèse.
 - Biologie : coagulation, fonction rénale, bilan hépatique.
- Prévention des complications thromboemboliques : héparinothérapie (HBPM++).
- Prise en charge du nouveau-né : unité de néonatalogie.

La CAT obstétricale devant un placenta previa

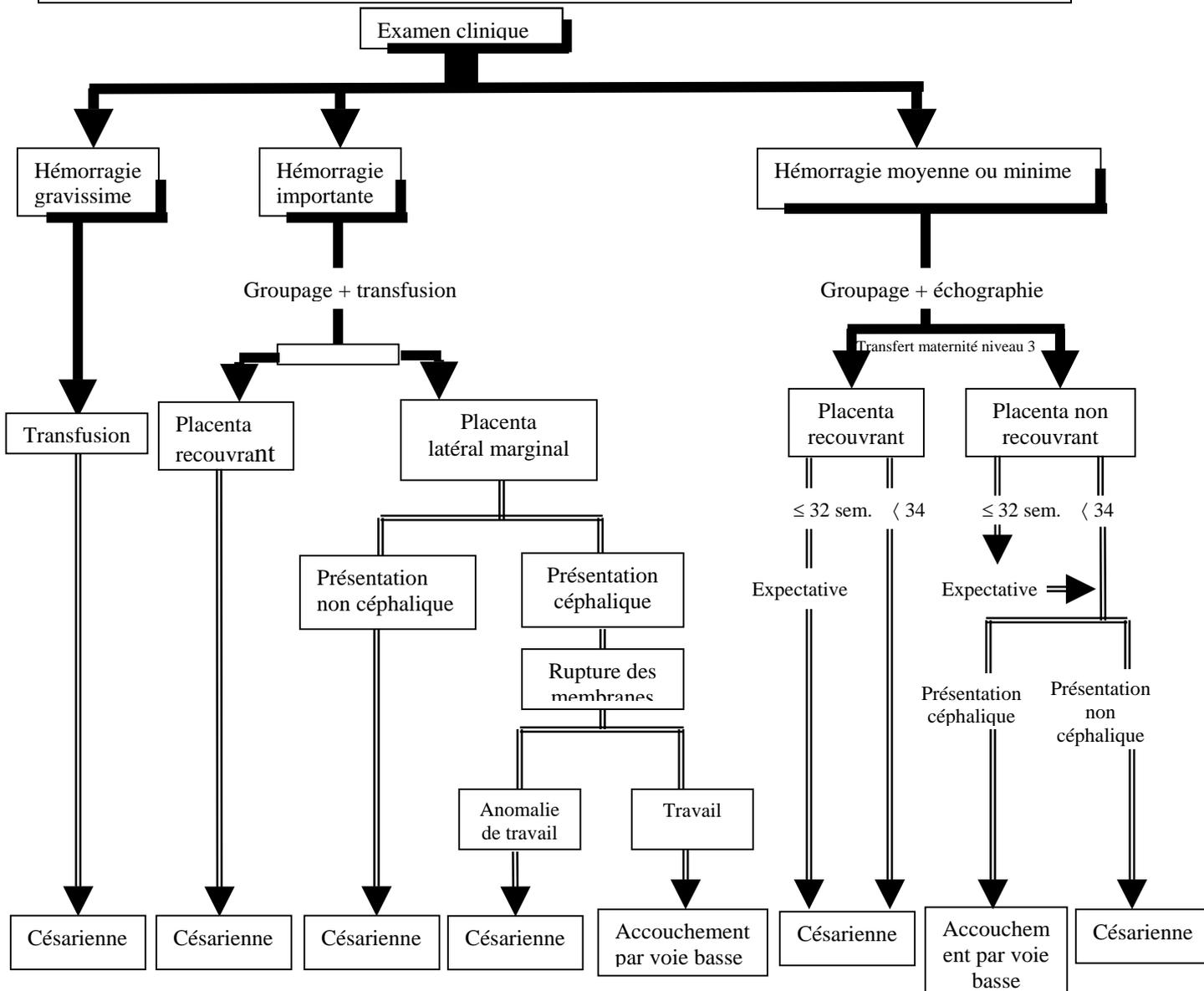
S'offre trois modalités :

- La césarienne.
- L'expectative
- La rupture des membranes.

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en considération avant toute décision :

- Le volume du saignement.
- L'existence d'un travail spontané et la perméabilité cervicale.
- Le terme de la grossesse.
- L'état fœtal

L'arbre décisionnel est comme suit :



Rupture utérine : → laparotomie en urgence.

N'oublions pas que les métrorragies du 3^{ème} trimestre posent un diagnostic différentiel avec les hémorragies d'origine cervicale et vulvo-vaginale.

Pour en savoir plus

- 1- Hématome rétroplacentaire, comité de consensus et de recommandations du Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens. Sept. 2002.
- 2- Hémorragie du troisième trimestre de grossesse, JC Pons, la Revue du Praticien 2000.
- 3- Antre-partum haemorrhage, K. Morgan, Current obstetric and Gynecology, 2003 ; 13.
- 4- Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au troisième trimestre, Lansac J. Obstétrique pour le praticien. SIMEP, 2000.
- 5- Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, A. Fournié. Rev. Fr. Gynécol. Obstetc. 1994.
- 6- Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post partum. Choc hémorragique. P. Judlin, EMC (Elsevier, Paris) Obstétrique, 1998.