

# HEMORRAGIES DU 3<sup>ème</sup> trimestre DE LA GROSSESSE

Dr MESKALDJI Rima

## Introduction:

**1- définition:** Saignement extériorisé par voie vaginale au cours du troisième trimestre de la grossesse.

**2- Intérêt:** constitue une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale.

- Causes de l'hémorragie du T3 Les hémorragies endo-utérines: sont dominées par

- Le placenta prævia
- l'hématome rétroplacentaire (HRP)
- La rupture utérine
- Hémorragie de Benckizer.

Elles peuvent mettre en danger rapidement la mère et l'enfant.

- Les hémorragies non gravidiques: sont dominées par les saignements d'origine cervicale. Elles sont en général modérées et ne représentent pas un danger immédiat.

## Causes locales

- Perte du bouchon muqueux
- Polypes cervicaux
- Cervicite
- Cancer du col
- Ectropion
- Dilatation cervicale

\*Quelque soit son origine, la survenue d'une hémorragie au cours du troisième trimestre de la grossesse impose :

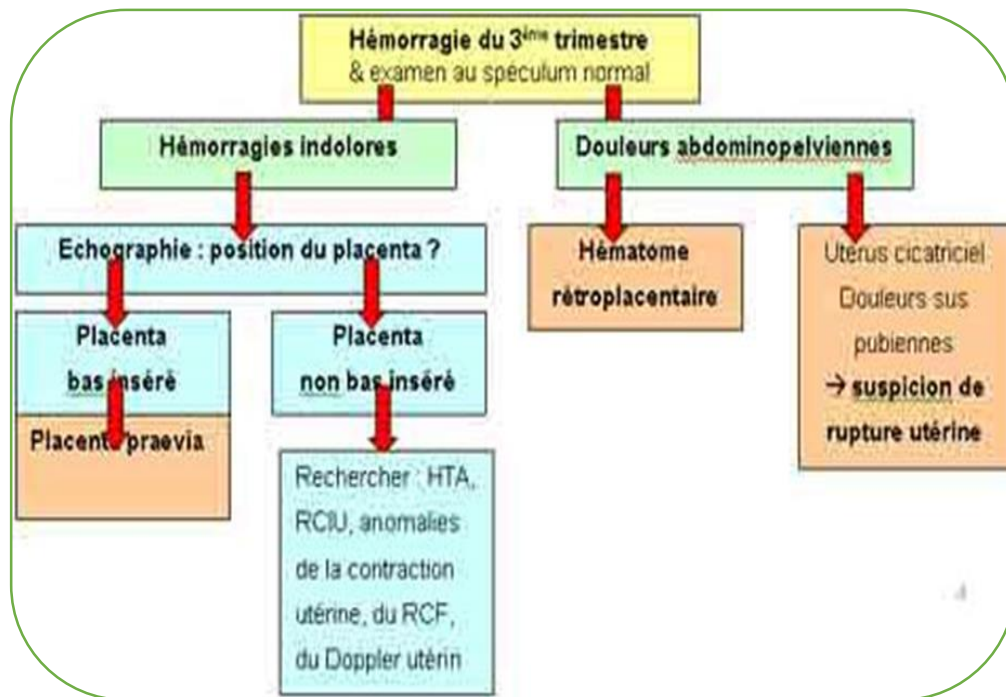
- Une évaluation de l'importance de l'hémorragie et de son retentissement
- un examen de la patiente et éventuellement un bilan paraclinique pour rechercher une étiologie

## **Orientations diagnostiques ;**

- TV ne doit pas être fait avant l'échographie
- Orientation diagnostique
  - Apprécier l'importance de l'hémorragie
  - Quantité de sang extériorisée, existence ou non de caillots
  - Retentissement maternel: coloration cutanéomuqueuse, pouls, FC, TA, signes d'état de choc

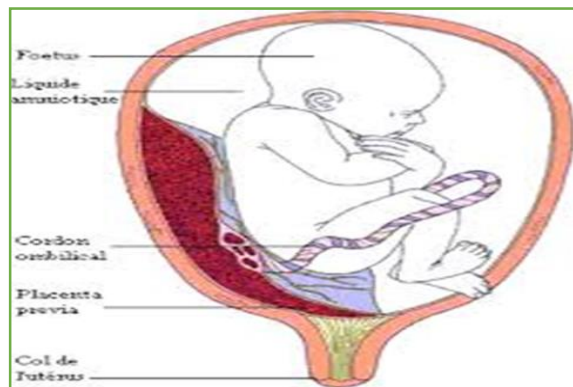
### **\*Examen obstétrical:**

- Interrogatoire:
  - Déroulement de la grossesse
  - ATCD: HTA, néphropathie, cicatrices utérines, curetage, endométrites, pathologie de la coagulation...
  - Notion de traumatisme abdominal
  - Palpation de l'utérus
  - Apprécie le tonus utérin
  - L'existence ou l'absence de contractions
  - La position du fœtus
  - Auscultation des bruits du cœur fœtal: renseigne sur la vitalité du fœtus
  - Toucher vaginal: après avoir éliminé un PP, doit être prudent Apprécie l'état du col, longueur, ouverture à l'orifice externe Position: postérieure, centrale ou excentrée
  - Examen au speculum: Confirme l'origine utérine de l'hémorragie (50% des hémorragies du 3ème trimestre) Peut retrouver une cause locale aux saignements n
- 
- **Echo:**
  - Recherche de la cause de l'hémorragie
  - Evalue la vitalité fœtale
  - Monitoring (ERCF+ Tocométrie): à la recherche d'une souffrance fœtale aiguë nécessitant une extraction fœtale en urgence
  - Etiologies:



Si + :  
suspicion HRP

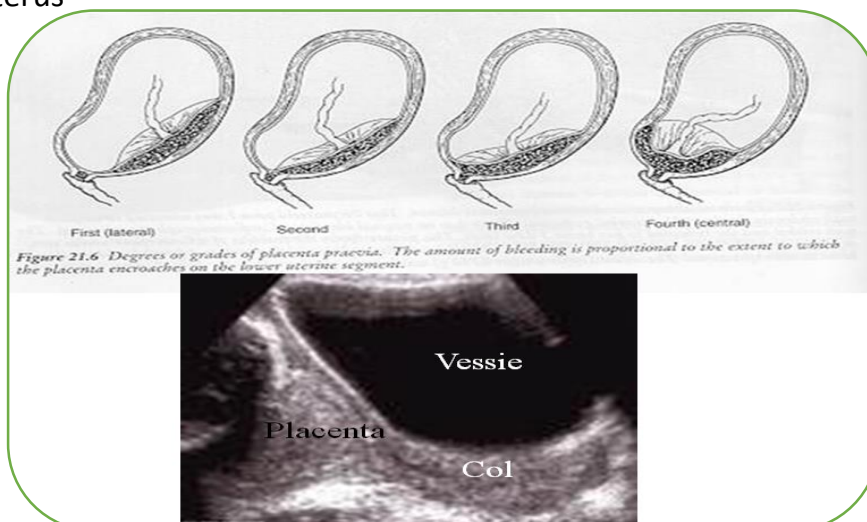
Si - :  
hématome déciduel marginal



### Placenta praevia

#### Définition:

Insertion d'une partie ou en totalité du placenta sur le segment inférieur de l'utérus

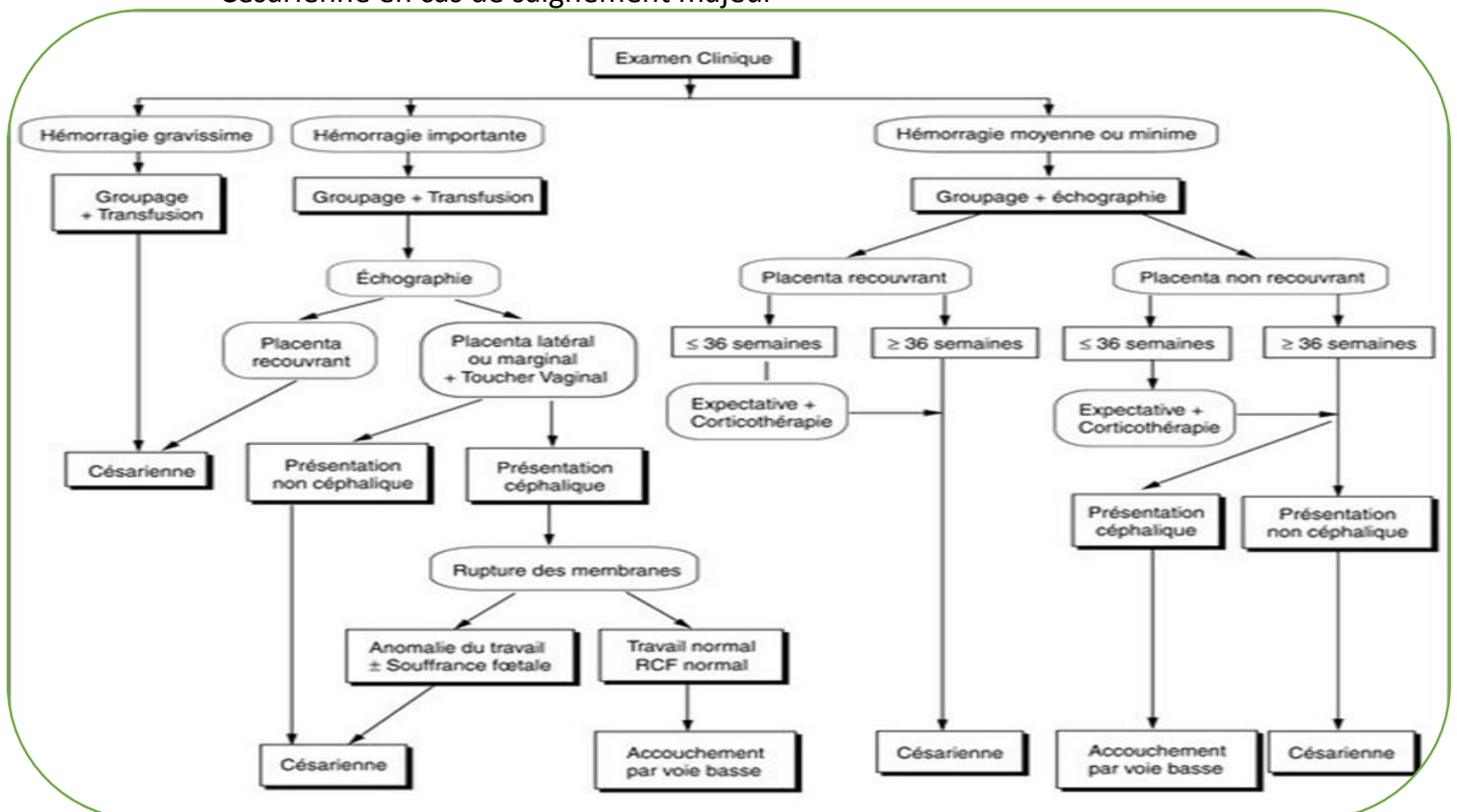


En faveur placenta praevia:

- 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, TA normale ou abaissée.
- Utérus souple (entre les contractions) et indolore.
- Présentation pathologique fréquente (siège et transverse).
- Activité cardiaque fœtale bien perçue.
- Souvent chez une multipare

Devant placenta praevia:

- 2 voies veineuses de bon calibre
- Remplissage
- Commande de culots de sang
- antibiotiques
- Corticoïdes (<34 SA) nn Tocolytiques
- Prévention de l'alloimmunisation Rhésus
- \_ surveillance de l'hémodynamique et du RCF
- Césarienne en cas de saignement majeur



## HRP

- **Définition:** Décollement partiel ou total du placenta au 3ème trimestre

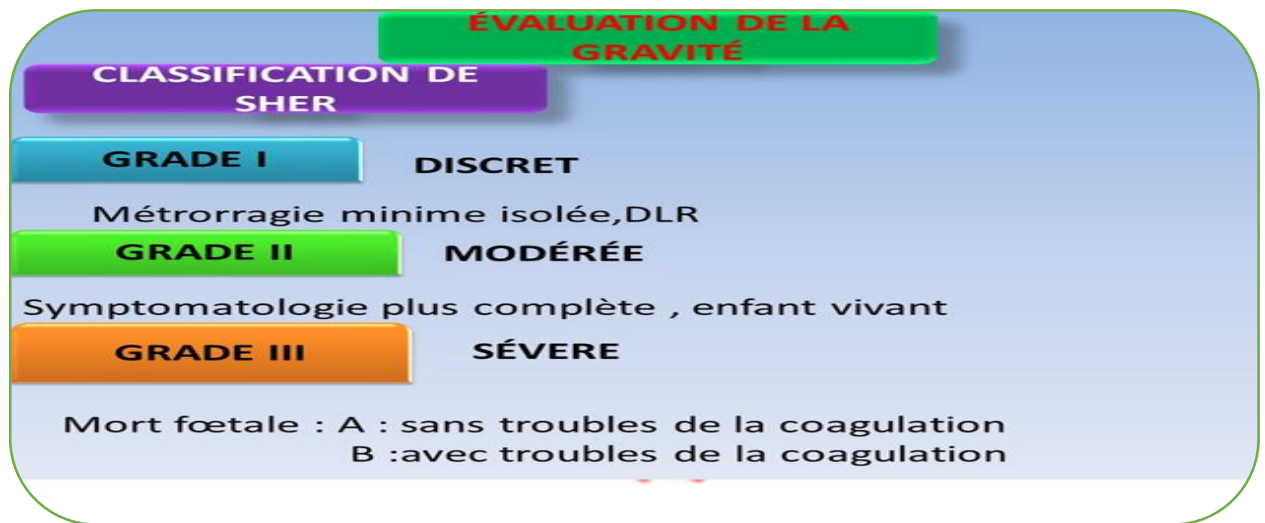
### Formes cliniques:

- 1) Forme typique:
  - Symptômes: association douleur abdominale brutale, intense, permanente + métrorragies minimales ou moyenne abondance, parfois noirâtres + CU avec mauvais relâchement utérin.
  - Clinique: utérus « de bois », douloureux +++, CU avec mauvais relâchement utérin. Parfois: retentissement hémodynamique maternel voir état de choc.
  - Rechercher des signes de contexte vasculaire (TA, BU, oedèmes,...)
- 2) Forme atypique:
  - Contractions utérines anormalement douloureuses, parfois en cours de travail
  - parfois sur tableau de MAP.
  - Absence de métrorragies
  - Découverte sur l'analyse macroscopique du placenta en post-partum

### Complications

- Maternelles:
  - ✓ Hémorragie post-partum
  - ✓ Apoplexie utérine (utérus de Couvelaire)
  - ✓ Insuffisance rénale aiguë
  - ✓ CIVD
  - ✓ Choc hypovolémique
  - ✓ décès
- Fœtales:

- ✓ Mortalité périnatale: 20-35% voire plus
- ✓ RCIU
- ✓ Malformations congénitales X2 (4,4%)
- ✓ Anémie fœtale, troubles de la coagulation



### CAT

5 objectifs à atteindre:

- TTT du choc
- Arrêt de l'hémorragie
- Évacuation de l'utérus
- Correction de l'anémie
- Correction d'éventuels troubles de coagulation

### **RUPTURE UTERINE**

#### -Définition:

-Solution de continuité non chirurgicale, atteignant au cours de la grossesse ou au cours du travail, le corps ou le segment inférieur de l'utérus Cette définition exclut: Lésions limitées au col et les Perforations consécutives à un curetage

-On la rupture sur uterus sain(inta péritonéale et sous péritonéale) et on a aussi la rupture sur uterus cicatriciel(complete et incomplete)

#### Etiologies

-Utérus sain

- Ruptures spontanées:
  - Dystocies mécanique : présentation dystocique, malformation fœtale, cerclage laisse en place

- Utérus fragilise: gde multipare, atcd curetage répété, malformation utérine
- - rupture provoquées :
- Utero toniques: Pg de synthèse, ocytocique
- Manœuvres obstétricales: manuelle (VME, VMI, dégagement dystocie des épaules), instrumentales

-Utérus cicatriciel

- ❖ Mauvaise qualité de la cicatrice:
  - incision corporéale,
  - cicatrice de RU,
  - technique de réparation,
  - suite de la césarienne
- ❖ Contrainte exercées sur la cicatrice:
  - Toutes causes d'augmentation de pression intra utérine,
  - dystocie mécanique,
  - ocytocique,
  - manœuvres,
  - sur distension utérine.

### Diagnostic

#### **Synd de pré rupture (de Bandl frommel):**

Hypertonie utérine avec rétraction du corps utérin

Etirement du segment inferieur

L'utérus prend l'aspect d'un sablier par la constitution d'un anneaux de rétraction séparant le SI étiré aminci du corps utérin rétracté

Ascension progressive de cet anneau

Tension douloureuse des ligaments ronds perçus à la palpation comme 2 cordes symétriques, tendus des orifices inguinaux jusqu'au fond utérin

La SFA est constante, la mort fœtale est fréquente

#### **La rupture utérine:**

Sédation brusque des douleurs et des CU procurant une fausse sensation de soulagement, parfois sensation d'écoulement intra abdominale de liquide tiède

Les signes de choc apparaissent rapidement; hypotension, tachycardie,..

L'examen clinique met en évidence

métrorragies

Palpation de 2 masses: fœtus palpé sous la peau,

utérus vide et rétracté

TV: pas de présentation

Mort fœtale

## **CAT**

TTT Curatif: est chirurgical; doit être conduit sans retard nn Une réanimation est toujours associée Après extraction éventuelle du fœtus et du placenta, faire l'inspection des lésions Le choix de la technique se fera entre la suture utérine ou l'hystérectomie

TTT Préventif:

Sur utérus sain: dépistage de toutes les causes de dystocie

Respect des règles et pratique de l'obstétrique n

Sur utérus cicatriciel:

Apprécier la qualité de la cicatrice; type, indication suites opératoires

## **Hémorragie de Benckiser**

- Rupture d'un vaisseau praevia courant sur les membranes entraînant une hémorragie aigue du fœtus .Rarissime ( 1/10000)

### **Clinique :**

- Métrorragies de sang rouge ou rosé , LA sanglant
- RPM concomitante

### **Paraclinique :**

- SFA , bradycardie.

**Traitement** : extraction URGENTISSIME Décès fœtal en qq minutes par anémie aigue

## **CONCLUSION**

**URGENCE LE PLUS SOUVENT !!!**

**Cause de décès Fœtal +++**

**Tableau cliniques différents (HRP et Placenta praevia)**

**Pas de toucher vaginal**