

# HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

Dr . GUENDOUZE

# L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

I - Définition

II - Étiologies

III - Étude clinique

IV - Les complications

V - Le traitement

# DEFINITION

➤ Décollement prématuré du placenta avec formation d'un hématome dans la zone de clivage entre le placenta et l'utérus

À partir de 20 S d'âge gestationnel jusqu'avant la délivrance

- Les échanges mère-enfant sont interrompus
- 0,5 % des accouchements
- foetus meurt dans 30 à 50 % des cas

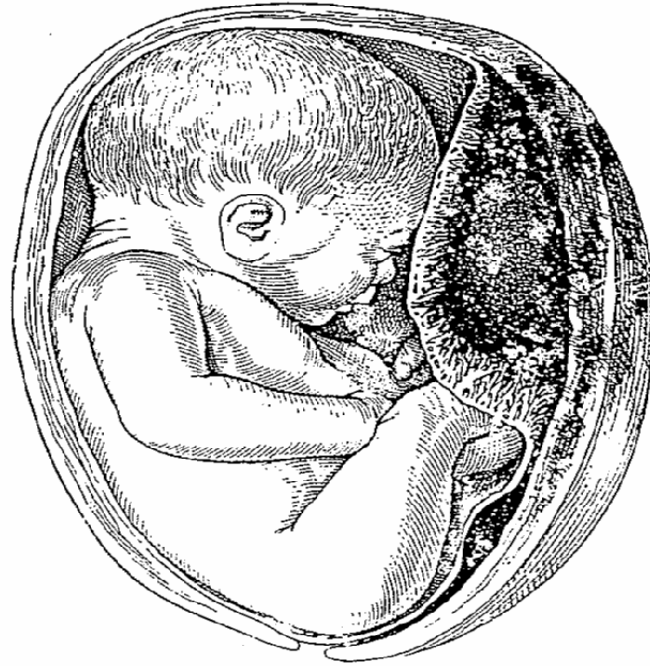


FIG. 449. — *Hématome rétroplacentaire  
avec hémorragie externe.*

C'EST UNE URGENCE  
MEDICO-OBSTETRICALE

mise en jeu de la vie de la  
mère et du fœtus

# Étiologies

## 1 - Traumatisme abdominal

(Amniocentèse, version par manœuvre externe, AVP) :

- L'HRP survient alors à distance de l'accident causal ( 2-3 j )
- En dehors de l'HRP post-traumatique on ne connaît pas de causes exactes de l'HRP.

## 2 - HTA et pré-éclampsie. ( 1/3 des cas ) :

la relation entre HRP et affections hypertensives est indiscutable

cependant si PEC de l'HTA gravidique a permis de réduire de façon très significative la fréquence de l'éclampsie, elle n'a eu que peu ou pas d'effets sur la fréquence des HRP.

# Étiologies

## 3 - Autres :

- ATCD d'HRP : il existerait environ 10 % d'HRP récurrents
- RPM surtout suite à une hydramnios
- Brièveté du cordon
- Âge (> 30 ans)
- Parité (multipares)
- Pathologie de l'hémostase ( thrombophilie, maladies AI )
- toxiques (cocaïne, crack++ : poussée HTA au moment de la prise)

# Étude clinique

## unique :

- Début brutal.
- Douleur abdominale intense en coup de poignard.
- Métrorragies peu abondantes, de sang noirâtre.
- Hyperesthésie cutanée.
- Hypertonie utérine douloureuse : utérus de bois
- Hauteur utérine augmentée par le volume de l'hématome.
- Bruits du cœur sont absents ou très altérés.
- TV : hypertonie du SI et du col.
- Signes généraux : PCM, TA peut être normale dans un contexte de dysgravidie, état de choc.
- Recherche des signes de prééclampsie, notamment protéinurie.



**Le diagnostic est alors évident,**

il faut :

- **apprécier l'état général de la mère**
- **mettre une voie d'abord veineuse**
- **faire un bilan biologique en urgence**
- **faire une échographie**
  - permet d'éliminer le Dc de PP
  - d'apprécier la vitalité fœtale
  - de suspecter l' HRP : l'image typique = image anéchogène, lenticulaire, biconcave
- **Faire un ERCF** : obligatoire : détecte la souffrance fœtale et met en évidence l'hypertonie particulière de l' HRP

# COMPLICATIONS

- **État de choc hypovolémique** : il est souvent démesuré par rapport à l'hémorragie extériorisée.
- **Troubles de la crasse sanguine** = consommation des facteurs de coagulation ( augmentation des PDF )
  - 20 à 30 % des cas
  - les troubles de la coagulation doivent être recherchés dès le bilan initial, puis répétés toutes les 2 à 3 h
  - l'aggravation de ses troubles impose l'évacuation utérine
- **L'oligo-anurie par insuffisance rénale** : généralement transitoire
- **Hémorragie de la délivrance** : double origine :
  - coagulopathie de consommation
  - inertie utérine : liée elle-même aux troubles de la coagulation : les PDF ont un effet inhibiteur sur la CU
- **Mortalité maternelle** est à 0,1 % - **foetale** 30 à 50 %

# Diagnostic différentiel

- **Devant Hgie du T3 :**
  - à PDE . I : RU, PP
  - à PDE . R : Hgie de Benkiser, mélena intra-utérine
- **Devant hypertonie utérine :**
  - Hydramniose
  - Appendicite au cours de la grossesse : point de McBurney remonte, et il est remplacé par une contracture utérine réflexe
- **Devant un état de choc :**
  - RU classique sur utérus sain.
  - Torsion d'annexe.
  - Hémorragie interne par rupture des artères spléniques.

# TRAITEMENT

## PRINCIPE :

- Maladie gravidique, son seul traitement reste l'évacuation utérine.
- La malfaisance du temps qui passe = évacuation ut le + tôt possible.
- État fœtale : vivant et viable = impose l'extraction en urgence par voie haute

# TRAITEMENT : MOYENS

## Surveillance : essentielle +++

- Exige une équipe comprenant au moins 1 obstétricien + 1 médecin réanimateur + 1 technicien anesthésiste + 1 sage femme
- Bilan initial répété / 3 h
- 2 voies veineuses
- Sondage vésical à demeure
- Établissement d'une fiche de surveillance horaire

# TRAITEMENT MEDICAL

## TRT médical = Prévention des complications :

- Lutte contre l'hypovolémie :  
sang extériorisé < déperdition réelle →  
**transfusion de CG**
- Lutte contre les troubles de la coagulation : doit être précoce +++.
- CIVD : **PFC** ( apporte fibrinogène et facteurs de coagulation ).
- Thrombopénie < 50 000 : **transfusion de plaquettes.**

# TRAITEMENT OBSTETRICAL

➤ La CAT obstétricale dépendra :

- De la sévérité du tableau.
- De l'état fœtale.
- Du stade du W

➤ Elle peut être schématisée de la manière suivante :

1. **Fœtus vivant** : quelque soit le degrés de sévérité : voie haute +++

2. **Fœtus mort** :

- La forme est grave : **voie haute**
- La forme est modérée : **voie basse** est préférable.
  - \* Amniotomie précoce
  - \* Dolosal

Si W n'avance pas rapidement malgré les AS majeurs et +/- ocytociques  
= **voie haute**

# TRAITEMENT PREVENTIF

- Surveillance HTA
- Aspirine 100 mg/j à partir de 15 SA pour prévenir le risque de récurrence
- Hospitalisation systématique en fin de grossesse et DAW dès 37 S



# CONCLUSION

l'HRP reste une complication grave de la grossesse, son Dc doit être fait précocement à fin de le traiter rapidement

Le seul TRT reste l'évacuation utérine