

Hématome Rétro-Placentaire

Définition

Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré avec la formation d'un hématome entre la plaque basale du placenta et la caduque maternelle → interruption rapide des échanges materno-fœtaux → risque fœtal (Souffrance Fœtale Aigüe, Mort *In Utero*) et maternel (état de choc hémorragique, troubles de la coagulation, CIVD)

Intérêt de la question

- Urgence obstétricale typique
- Pathologie paroxystique du 2^e et 3^e trimestre et pendant le travail
- Diagnostic difficile +++ : formes atypiques

Epidémiologie

- L'HRP représente :
 - 30% des hémorragies du 3^e trimestre
 - 20-35% de la mortalité périnatale
 - 10% de la morbidité néonatale
- **Fréquence** : faible, touche 0,5-1% des grossesses
- **Risque de survenue** : 10-15% si un antécédent d'HRP, 25-45% si deux antécédents d'HRP

Facteurs de risque

- HTA gravidique, chronique ou pré-éclampsie (40-50%)
- Traumatisme abdominal
- Multiparité, âge maternel avancé
- Antécédents d'HRP
- Tabagisme, froid, stress
- RPM (suite à une évacuation brutale d'hydramnios)
- Thrombophilies (déficit en protéines C)
- Carences nutritionnelles (fer, acide folique, vitamine B₁₂)

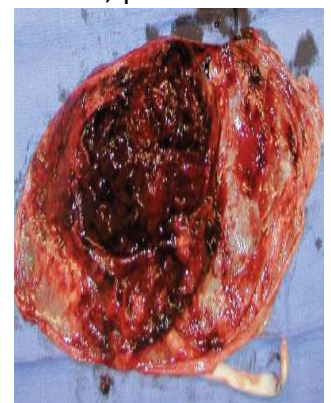
Physiopathologie

Rupture des vaisseaux spiralés (afflux du sang) → HRP → hypo-perfusion placentaire → lésions ischémiques (caduque) → cellules nécrosées (thromboplastines) :

- **Maternelle** :
 - **Vasculaire** : agrégation plaquettaire, thromboses, vasoconstriction, CIVD
 - **Rénale** : micro-thromboses, néphropathie, fonction glomérulaire diminuée, protéinurie des 24h augmentée, hypovolémie, insuffisance rénale
- **Fœtale** : hypoxie, Souffrance Fœtale Aigüe, Mort *In Utero*

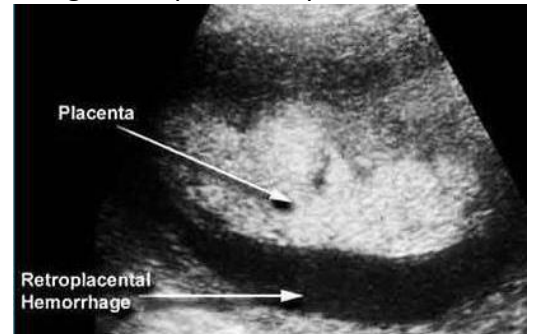
Anatomopathologie

- **Macroscopie** : caillot arrondi noirâtre, apoplexie utéro-placentaire, lésions ecchymotiques (foie, rein, cerveau)
- **Microscopie** : amas hématique, hémosidérine, vasodilatation, une thrombose ou des zones de rupture



Diagnostic positif

- **Clinique :**
 - **Signes fonctionnels :**
 - **Douleur utérine :** intense, permanente, de siège abdominal
 - **Métrorragies :** peu abondantes, noirâtres, incoagulables
 - **Examen obstétrical :**
 - **Palpation :** hypertonie utérine permanente (utérus dur, dureté de bois), hauteur utérine augmentée
 - **Toucher vaginal :** segment inférieur dur, col rigide spasmodique, Orifice Cervical Interne semble être cerclé par un fil de fer
 - **Auscultation :** Bruits Cardiaques Fœtaux souvent absents ou ralentis
 - **Examen général :** signes de collapsus et d'état de choc, signes de pré-éclampsie
- **Examens paracliniques :**
 - **Echographie :** intérêt limité pour le diagnostic, vérifie la vitalité fœtale, élimine un placenta prævia
 - Confirmé l'HRP : image semi-lunaire, biconvexe ou lenticulaire, anéchogène puis devenant de plus en plus échogène avec le temps. Ne pas visualiser l'hématome n'exclue pas le diagnostic
 - **ERCF :**
 - **Normal**
 - **Pathologique :** décélération répétée, diminution de la réactivité, tracé sinusoidal
 - **Biologie :**
 - **Albuminurie :** massive
 - **FNS :** anémie variable, taux de plaquettes effondré, hémoglobine diminuée
 - **Bilan d'hémostase :** CIVD, fibrinogène < 1g/l, TP < 70%, plaquettes < 100.000/mm³, PDF > 300 ng/l
 - **Bilan rénal :** acide urique élevé
 - **Bilan hépatique**



Formes cliniques

- **Forme de MAP :** trompeuse, peut se compliquer par une Souffrance Fœtale Aigüe, Mort *In Utero* inexpliquée
- **Forme fruste :** tableau de douleur abdominale aigüe, brutale souvent régressive
- **Forme associée à un placenta prævia :** intervention rapide, abondance de saignement sous forme peu douloureuse
- **Forme survenant lors du travail**
- **Forme très précoce :** 1^{er} ou 2^e trimestre

Diagnostic différentiel

- **Devant les métrorragies :** placenta prævia, rupture utérine, hémorragie de Benkiser (saignement d'un vaisseau prævia à trajet membraneux + rupture membranaire), lésions cervicales, hématome décidual marginal (décollement de la portion périphérique d'un placenta latéral bas inséré)
- **Devant la douleur :** Menace d'Accouchement Prématuro, pancréatite aigüe, appendicite aigüe, colique néphrétique
- **Devant l'état de choc :** embolie amniotique, choc infectieux, cardiopathie, hémorragie interne

Complications

- **Fœtales** : Souffrance Fœtale Aigüe, Mort *In Utero*
- **Maternelles** :
 - **Immédiates** : choc hémorragique, inertie utérine, CIVD
 - **Utérus Couvelaire** : utérus apoplectique, extension intra-myométriale de l'hématome
 - **Complications post-partum** : complications rénales
 - **Tardive** : syndrome de Sheehan (nécrose hypophysaire suite une hémorragie du post-partum)

Pronostic

- **Maternel** :
 - **Mortalité** : 4%, dépend de la durée de l'hémorragie et de la consommation des facteurs de coagulation
- **Fœtal** :
 - **Mortalité** : élevée, HTA chronique (58%), HTA gravidique (24%)
 - **Morbidité** : liée à la Souffrance Fœtale Aigüe, la prématurité, l'hypotrophie

Evaluation de la gravité

- **Classification de Sher** :
 - **Grade I** (discret) : métorrhagie isolée
 - **Grade II** (modéré) : symptomatologie plus complète, enfant vivant
 - **Grade III** (sévère) : mort fœtale
 - **A** : sans troubles de la coagulation
 - **B** : avec troubles de la coagulation

Prise en charge

- **URGENCE THÉRAPEUTIQUE** : gravité du tableau clinique, âge gestationnel
- **But** :
 - Restaurer les pertes sanguines et assurer l'hémostase
 - Sauvetage fœtal le plus tôt possible
 - Prévenir les complications
- **Moyens** :
 - **Médiaux** : prise en charge assurée par obstétriciens, anesthésistes et réanimateurs
 - **Bilan initial** : groupage, Rhésus, NFS, hématicrite, crase sanguine chaque 3h. Si nécessaire, chaque heure
 - **Mise en condition** : deux voies veineuses, sonde vésicale, feuille de surveillance horaire
 - **Obstétricaux** :
 - Rupture large des membranes
 - Perfusion de Syntocinon
 - Délivrance artificielle
 - Révision utérine
 - **Chirurgicaux** :
 - **Césarienne** : sauvetage maternel et fœtal
 - **Hystérectomie d'hémostase** : exceptionnelle

- **Indications :**
 - **HRP symptomatique :**
 - **Césarienne** : en urgence
 - **Voie basse** : acceptée si : accouchement imminent, fœtus mort et sans complication maternelle, à condition que l'évacuation utérine n'excède pas 4-12h. Perfusion Syntocinon + délivrance artificielle + révision utérine → systématiques
 - **HRP asymptomatique** : expectative armée, à la moindre anomalie :
 - **Déclenchement** : si col favorable
 - **Césarienne**
 - **HRP compliqué :**
 - **Césarienne** : même fœtus mort, rôle de l'anesthésiste réanimateur
 - ✓ Lutter contre l'hypovolémie
 - ✓ Corriger l'anémie
 - ✓ Lutter contre les troubles de la coagulation
 - ✓ Si hémorragie de la délivrance : Sulprostone (Nalador), sinon, embolisation des artères hypogastriques voire hystérectomie d'hémostase

Prévention

- **Récidive +++** : cette population doit subir un bilan dès le premier trimestre : surveillance de la TA, uricémie, créatinémie, FNS, TP, Temps de Saignement, facteurs de coagulation
- **Aspégic 100 mg** : entre 14-35 SA, femmes ayant un antécédent d'HRP survenu dans un contexte d'HTA ou de Retard de Croissance Intra-Utérin
- **Hospitalisation** : systématique en fin de grossesse
- **Surveillance** : intensive autour de la date anniversaire de l'accident antérieur
- **Accouchement** : déclenché dès que possible à 37 SA

Conclusion

- Bien qu'il soit rare, l'HRP reste une pathologie grave qui doit être évoquée devant toute métrorragie du 3^e trimestre de la grossesse
- Diagnostic rapide et traitement adéquat évitent les complications materno-fœtales