

TD

Métrorragies du 3^e trimestre

Introduction

- L'hémorragie du troisième trimestre correspond à un saignement extériorisé par voie vaginale au cours du 3^e trimestre de la grossesse
- Urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales
- L'évaluation de l'importance de saignement, son retentissement maternel et fœtal doit constituer le premier geste
- La détermination de la cause d'hémorragie et sa prise en charge doivent suivre assez rapidement

Evaluation de l'importance de l'hémorragie

- Quantifier l'hémorragie
- Rechercher :
 - **Présence de caillots** : absence de trouble de la coagulation
 - **Retentissement maternel** : hypotension, pouls rapide, pâleur cutanéomuqueuse, sueur
 - **Retentissement fœtal** : ERCF à la recherche d'une souffrance fœtale aiguë nécessitant une extraction fœtale souvent en urgence

Examen de la patiente

- **Interrogatoire** : groupe sanguin et Rhésus, précise le terme exact de la grossesse (par Date des Dernières Règles surtout par échographie précoce), antécédents personnels de trouble de la coagulation ou de pathologie cervicale, antécédents de saignements au 1^{er} et au 2^e trimestre, antécédents obstétricaux (placenta prævia, hypertension gravidique, décollement placentaire marginal lors des éventuelles grossesses antérieures)
- **Circonstances de survenue du saignement** : associé ou non à des contractions utérines, après un traumatisme direct (accident de la voie publique, agressions...), spontané et indolore ou associé à des douleurs qu'il faut décrire (topographie, type, intensité, irradiation)
- **Examen clinique** :
 - **Examen général** : prise de la tension artérielle et du pouls, recherche d'une pâleur cutanéomuqueuse sont les premiers gestes à faire pour apprécier le retentissement maternel de l'hémorragie
 - **Palpation abdominale** : surtout utérine, pour apprécier le tonus utérin :
 - **Utérus contracturé** : avec un mauvais relâchement entre les contractions, réalisant ce que l'on appelle l'utérus de bois, évoquant un hématome rétro-placentaire
 - **Utérus bien relâché** : associé à une hémorragie de sang rouge s'aggravant au cours des contractions est en faveur d'un placenta prævia
 - **Toucher vaginal** : doit être toujours très prudent et réalisé de préférence après un contrôle échographique de la localisation placentaire, permet l'évaluation des conditions cervicales (longueur, ouverture, consistance et position du col). A éviter en cas de placenta prævia
 - **Examen du col au spéculum** : systématique, permet d'orienter le diagnostic :
 - **Hémorragie d'origine endo-utérine** : placenta prævia, HRP, hématome décidual...
 - **Hémorragie non-gravidique d'origine cervicale** : cervicite, ectropion, polype ou exceptionnellement cancer du col...

- **Examen paraclinique :**
 - **Echographie** : de préférence par voie abdominale, réalisée de préférence avant le toucher vaginal, elle permet de poser ou d'écarter le diagnostic de placenta prævia en précisant la localisation placentaire, elle permet de faire le diagnostic d'un hématome rétro-placentaire qui n'est pas toujours aisé à diagnostiquer à l'échographie, elle permet aussi d'éliminer une Mort *In Utero* et de réaliser les mesures des paramètres fœtaux afin d'éliminer un Retard de Croissance Intra-Utérin
 - **Rythme cardiaque fœtal** : l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal pour éliminer une souffrance fœtale aiguë
 - **Autres examens** : prélèvements sanguins (groupe sanguin, Rhésus, numération globulaire, plaquettes, bilan de coagulation), doivent être réalisés pour débiter une éventuelle réanimation en fonction de l'importance de l'hémorragie

Etiologies

- **Perte du bouchon muqueux**
- **Causes cervicales** : polypes cervicaux, ectropion (éversion de la muqueuse endocervicale), cancer du col (exceptionnellement)
- **Placenta prævia**
- **Hématome rétro-placentaire**
- **Rupture utérine**
- **Hémorragie de Benkiser**
- **Hématome décidual marginal**

Cas clinique

Madame D.G, âgée de 35 ans, de groupe sanguin O+, elle est enceinte pour la 3^e fois, la 1^{ère} grossesse s'est bien passée, pour la seconde, elle a eu une césarienne en raison d'une Souffrance Fœtale Aigue, pour la grossesse actuelle, elle a saigné au 1^{er} trimestre, on a craint une fausse couche mais avec simple repos tout s'est arrangé, A 32 SA, tout est normal jusque-là

Elle vous consulte pour un saignement spontané de sang rouge d'abondance comparable à des règles mais avec des caillots, le pouls et la tension sont normaux, à l'examen : hauteur utérine à 29 cm, utérus souple, rythme cardiaque fœtal paraît normal

- Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier chez cette patiente ?
 - A. Hématome rétro-placentaire
 - B. Placenta prævia**
 - C. Rupture utérine
- Relevez, dans le résumé de l'histoire clinique, les éléments qui sont en faveur de ce diagnostic ?
 - Elle a saigné au 1^{er} trimestre
 - Avec simple repos tout s'est arrangé
 - Saignement spontané de sang rouge avec des caillots
 - Utérus souple
 - Rythme cardiaque fœtal paraît normal
- Il manque dans le résumé de l'observation l'examen au spéculum et le toucher vaginal, faut-il faire ces deux examens avant l'échographie ?
 - A. Oui
 - B. Non**
- Quel examen complémentaire est indispensable pour confirmer le diagnostic ?
 - A. Amnioscopie
 - B. Echographie**
 - C. Amniocentèse

- Quelle conduite proposez-vous ?
 - Tocolyse + Dexaméthasone, groupage + Rhésus, ERCF, bilan complet et confirmer le type placentaire
- On a dit à madame D.G qu'il faudra très probablement lui faire une césarienne en fin de grossesse pour extraire l'enfant. Quel est votre diagnostic définitif ?
 - Placenta prævia recouvrant

Cas clinique

Madame Y.F, âgée de 38 ans, 5^e geste, elle est enceinte de 36 SA, la grossesse s'est bien déroulée, mis à part une prise de poids excessive et une hypertension (15/9) revenue à la normale avec le repos. Elle vous appelle en urgence car elle a ressenti une vive douleur dans l'hypogastre qui est constante, elle a perdu de sang noir et elle a l'impression que l'enfant ne bouge plus

- Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier chez cette patiente ?
 - Hématome rétro-placentaire**
 - Placenta prævia
 - Rupture utérine
- Relevez, dans le résumé de l'histoire clinique, les éléments qui sont en faveur de ce diagnostic ?
 - 5^e geste
 - Prise de poids excessive
 - Hypertension (15/9)
 - Vive douleur dans l'hypogastre, constante
 - Sang noir
 - Enfant ne bouge plus
- Quels signes cliniques allez-vous rechercher pour étayer votre diagnostic ?
 - Utérus bien relâché + état de choc
 - Utérus contracté + état de choc + trouble de coagulation**
 - Utérus bien relâché, pas d'état de choc ni de trouble de coagulation
- Quel(s) est/sont le(s) examen(s) complémentaire(s) indispensable(s) pour confirmer le diagnostic ?
 - ERCF**
 - Echographie**
 - Bilan de coagulation**
- L'hématome est-il toujours visible à l'échographie ?
 - Oui
 - Non**
- Quelle attitude proposez-vous si l'enfant est vivant ?
 - Abstention et surveillance
 - Déclenchement de travail (voie basse)
 - Césarienne en urgence**

QCM

- Toutes ces étiologies peuvent donner une hémorragie génitale externe en fin de grossesse, sauf une, laquelle ?
 - A. Insertion basse du placenta
 - B. Hématome rétro-placentaire
 - C. Nécrose d'un fibrome pédiculé sous-séreux**
 - D. Rupture d'un utérus cicatriciel
- Parmi les éléments de surveillance de la vitalité d'un fœtus en fin de grossesse, quel est celui qui apporte le maximum de renseignements ?
 - A. Amioscope
 - B. Echographie**
 - C. Comptage des mouvements actifs
 - D. Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- L'HRP dans sa forme complète :
 - A. Se traduit par une contracture du corps utérin**
 - B. Peut se compliquer de coagulopathie de consommation**
 - C. Entraine souvent la mort du fœtus in utero**
 - D. Ne récidive jamais lors d'une grossesse ultérieure
- Le placenta prævia se définit comme :
 - A. Placenta qui s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus**
 - B. Placenta qui s'insère en totalité sur le fond utérin
 - C. Placenta qui s'insère en totalité sur la face latérale de l'utérus
- Le placenta prævia est plus fréquent :
 - A. Chez primipare
 - B. Chez multipare**
 - C. Chez femme antérieurement césarisée**
 - D. Chez femme âgée**
- Parmi les signes cliniques observés chez une femme enceinte qui saigne au 3^e trimestre, quels sont ceux qui sont en faveur du placenta prævia ?
 - A. Saignement rouge indolore**
 - B. Saignement noirâtre accompagné de douleurs abdominales
 - C. Utérus tendu hypertonique
 - D. Bruits du cœur clairement perçus**
- La rupture utérine survient fréquemment au niveau :
 - A. Corps utérin
 - B. Segment inférieur**
 - C. Col utérin
 - D. Segmento-corporéale
- La rupture utérine, proprement dite, se caractérise par :
 - A. Déformation de l'utérus en sablier**
 - B. Au TV : absence de présentation avec saignement**
 - C. Les bruits cardiaques fœtaux sont perçus
 - D. Installation d'un état de choc**