

HEMATOME RETRO PLACENTAIRE

I-INTRODUCTION-DEFINITION:

- Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré.
- Etiologie principale des hémorragies du 3^{ème} trimestre.
- Touche 0,25-1% des grossesses.
- Urgence obstétricale mettant en jeu le pronostic maternel et foetal ,nécessitant un traitement urgent.
- Mortalité périnatale:20-35%.
- Plus de 10% des enfants présentent des troubles neurologiques.

II-ETIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUE:

- HTA gravidique ou chronique:45-50% des cas.
- Age: plus fréquent > 30 ans .
- Grande multiparité.
- Origine traumatique.
- Habitudes toxiques.
- Risque de récidence 10-15% si un seul ATCD d'HRP,25-40% si deux ATCD d'HRP.
- DDT et malformations foétales:des lésions placentaires
- Variations brutales de la pression intra-utérines .
 - Carences nutritionnelles.
 - Hypofibrinogenie congenitale,anticorps anticardiolypides ,déficit en protéine C .

III-PHYSIOPATHOLOGIE:

Ischémie aigue passagère des artères utéro placentaires →-Spasme artériel et poussée hypertensive→Rupture vasculaire et fragilité capillaire → Troubles de l'hémostase

III-ANAPATH

- 1°/Macroscopie:

-Caillot arrondi noirâtre +ou _ adhérent aux cotyledons et déprimant le placenta en cupule de dimensions variables.

-L'hématome est toujours surmonté d'une zone placentaire infarctée

-L'ensemble de l'utérus peut être le siège de lésions ecchymotiques avec suffusions hémorragiques dans les cas graves d'apoplexie utéro placentaire (maladie de couvelaire)

- **2°/Microscopie:**

-Amas hématiques (hématies et fibrine), les cellules environnantes trophoblastiques et déciduales contiennent de l'hemosidérine

-Les lésions de la plaque basale, des vaisseaux villositaires et utéroplacentaires peuvent montrer une vasodilatation, thrombose ou des zones de rupture.

IV-CLINIQUE:

1-FORME COMPLETE:

A-signes fonctionnels:

- Douleur abdominale constante en coup de poignard, brutale et intense, permanente, irradiant vers les lombes et les régions crurales.
- Métrorragies noirâtres, peu abondantes.
- Signes moins évocateurs: nausées, vomissements, signes de pré-éclampsie.

B-Examen général:

-Signes de choc: collapsus, hypothermie, oligurie.

-Rechercher une HTA + protéinurie = pré-éclampsie.

C-Examen obstétrical:

-Hypertonie utérine: utérus dur et douloureux « utérus de bois ».

-Hypercontractilité utérine.

-Hyperesthésie cutanée.

-Augmentation de la hauteur utérine.

-TV: après avoir éliminer un placenta prævia retrouve un segment inferieur dur, col modifié.

-Examen au spéculum: origine endo-utérine du saignement.

-Auscultation des BCF.

2-Forme incomplète.

3-Forme simulant une menace d'accouchement prématuré:

4-Souffrance fœtale aigue ou mort fœtale intra-utérine.

5-Anomalie de la dynamique utérine pendant le travail.

6-Forme associée à un placenta prævia.

V-EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

A-BIOLOGIE:

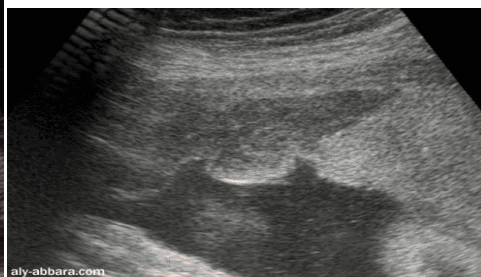
GR-Rh , NFS, TP,TCA, Fibrinogène, PDF ,Facteurs de la coagulation ,Albuminurie massive

B-ECHOGRAPHIE:

- Rechercher la viabilité fœtale.
- Eliminer un placenta prævia.
- Appréciation approximative du volume de l'hématome.
- L'image caractéristique n'est retrouvée que dans 25% des cas:

-Zone linéaire ou lenticulaire biconvexe d'écho structure hétérogène légèrement hypoechogène par rapport au placenta.

-Augmentation de l'épaisseur du placenta.



C-CARDIOTOGRAPHIE:

- **Signes de souffrance fœtale:**

-Tracé non réactif et plat.

- Apparition de décélérations lors de chaque contraction utérine ou en cas d'hypertonie.

- Bradycardies.

VÍ-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

A-Devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre:

-Placenta prævia.

-Hémorragie de Benkiser.

-Hémorragie d'origine cervicale.

B-Devant un état de choc:

-Rupture utérine.

-Embolie amniotique.

-Choc infectieux.

C-Devant un syndrome abdominal aigue:

-Colique néphrétique.

-Pancréatite aigue.

-Appendicite aigue.

D-Hématome décidual marginal:

déchirure d'une veine utéroplacentaire marginale

VII-EVALUATION DE LA GRAVITE

A-CLASSIFICATION DE SHER:

A-Grade 1 discret: métrorragies isolées.

B-Grade 2 modéré: symptomatologie plus complète avec fœtus vivant.

C-Grade3 sévère:

- 3A fœtus mort sans coagulopathie.

- 3B fœtus mort avec coagulopathie.

B-CLASSIFICATION DE PAGE:

	Discret	Modéré	Sévère
Saignement vaginal	<100 ml	100-500 ml	≥500 ml
Tocographie	CU	Hypertonie	Contracture
ERCF	N	SFA	Mort fœtale
Choc	-	±	+
Coagulation	N ou CIVD		Défibrination

LX-TRAITEMENT:

A-REANIMATION:

- Compensation des pertes .
- Mesure de la PVC.
- Sonde urinaire(diurèse horaire)
- Apport des facteurs déficitaires.
- Dans les cas gravissimes :concentrés plaquettaires ,anti fibrinolytiques+ héparinothérapie à faible dose en cas de CIVD.

B-TRITEMENT OBSTETRICAL:

1-Césarienne:

-Fœtus vivant + l'accouchement n'est pas imminent.

-Fœtus mort +la gravité de l'état maternel.

2-Accouchement par voie basse:

-Fœtus vivant+HRP modéré+pas de SFA+accouchement imminent après rupture des membranes.

-Fœtus mort ou non viable.

3-Délivrance artificielle et la révision utérine.

4-Hystérectomie d'hémostase: exceptionnelle .

5-Les suites de couches: ATB, anticoagulants, surveillance de la fonction rénale.

X-EVOLUTION ET PRONOSTIC:

- **A-Evolution spontanée:**

-Choc hypovolémique.

-Troubles de la coagulation: risque de CIVD et fibrinolyse.

-Oligurie par insuffisance rénale: dans les chocs graves, entraînant une nécrose corticale dans 1/6 des cas.

-Utérus de COUVELAIRE: utérus noir, violacé, la nécrose peut survenir.

-Rupture utérine :si l'HRP survient sur utérus cicatriciel.

B-Pronostic maternel:

Mortalité 4% liée à la:

- cause et la sévérité de l'HRP.

-durée d'évolution -> consommation des facteurs de la coagulation ce qui rend tout geste chirurgical dangereux.

C-Pronostic foetal:

- Mortalité 30-60% par diminution des échanges fœto-maternelles

-Morbidity liée aux lésions de la souffrance et la prématurité et l'hypotrophie.

XI- PREVENTION:

- Aspirine 50-100 mg /jour de la 14^{ème}-34^{ème} SA.

Bilan du 1^{er} trimestre: surveillance de la TA , -NFS. -TP,TCA. -Bilan rénal.

XII-CONCLUSION:

- L'HRP est une urgence médico-obstétricale.
- Doit être craint particulièrement chez les gestantes ayant des facteurs de risque tel que l'HTA gravidique à partir de la 20^{ème} SA.
- Le diagnostic précoce et la césarienne améliorent le pronostic.

