

## Hématome retro placentaire

### I. Introduction :

L'hématome rétroplacentaire, correspond au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI), désinsertion accidentelle de tout ou d'une partie du placenta avant l'accouchement, avec formation d'un hématome plus ou moins volumineux entre le placenta et la paroi utérine.

C'est une urgence obstétricale, met en jeu le pronostic materno-fœtal

### II. Etiologies :

L'étiologie est mal connue il est préférable de parler de facteurs de risque :

- l'hypertension gravidique
- les traumatismes obstétricaux : qu'il s'agisse de violent traumatisme abdominal maternel (accident de circulation, ceinture de sécurité, chute...) ou de traumatisme plus minime (version du fœtus par manœuvres externes)
  - Age: >30ans et multiparité
  - Race noire
  - Atcd d'HRP
  - Malnutrition et carence en acide folique et en fer
  - Travail astreignant: voyage, position debout prolongée
  - Version manœuvre externe
  - RPM: évacuation rapide d'un hydramnios
  - Dépassement de terme
  - Amnioscopie
  - Thrombopathie: déficit en pr c-s, hypfibrinogénie congénitale, anticoagulant circulant ac antiphospholipide
  - Tabagisme

### III. Physiopathologie :

La physiopathologie de ce syndrome est tout entière expliquée par le terme de DPPNI.

- Il s'agit du décollement du placenta qui se produit prématurément, c'est-à-dire avant la naissance de l'enfant.
- Il peut survenir lors de la grossesse ou pendant le travail.
- \* Ce décollement va entraîner la constitution d'une hémorragie qui ne va pas s'extérioriser le plus souvent, s'épanchant entre placenta et utérus. Il se constitue donc un hématome dans l'espace ainsi créé
  - le retentissement fœtal sera dû à l'interruption des échanges fœto-maternels au niveau du décollement, pouvant conduire à la mort fœtale si la zone est importante
  - le retentissement maternel pourra être dû à l'importance de l'hémorragie, mais surtout aux troubles de la coagulation responsables d'un syndrome de coagulation disséminée, éventuellement associé à une fibrinolyse.

### IV. Diagnostic positif : forme typique

#### A. Signes fonctionnel :

- \* une douleur abdominale constante :
  - brutale " en coup de poignard "
  - intense
  - localisée au niveau de l'utérus
  - contrairement aux contractions utérines douloureuses, elle est permanente ;
- \* une hémorragie génitale variable :
  - habituellement peu abondante
  - constituée de sang noirâtre incoagulable
- \* les autres signes sont inconstants et moins évocateurs : signes de prééclampsie

#### B. Examen général :

État de choc non corrélé avec la spoliation sanguine

Chimie des urines : protéinurie

#### C. Examen obstétrical :

- Hypertonie utérine permanente,
- Utérus dur et douloureux = contracture dit de bois
- hyperesthésie cutanée
- parfois hypercinésie de fréquence >8 cu/10min
- augmentation de la hauteur utérine est une donnée difficile à apprécier ; par contre, on peut noter son augmentation rapide lors d'examens répétés, si le diagnostic tarde à être porté
- au speculum : origine endo-utérine du saignement

- Au toucher vaginal, le segment inférieur est dur, tendu, " en sébile de bois ", témoignant de la contracture utérine

#### D. Echographie

- \* Elle permet la recherche de la vitalité fœtale
- \* Elle confirme le diagnostic, faisant le diagnostic différentiel avec le placenta prævia et appréciant le volume approximatif de l'hématome rétroplacentaire.
  - L'image caractéristique d'hématome (25% des cas) est une zone linéaire ou biconcave, bien limitée, vide d'écho.
  - Mais les signes sont parfois plus discrets : zone anéchogène intraplacentaire, augmentation de l'épaisseur du placenta (>5.5)

#### E. ERCF : apprécie la vitalité fœtale et détecte une souffrance fœtale

Redresse le dg dans les cas incertains de MAP : rythme sinusoidal contractil avec une hypertonie basale

#### V. Evaluation de la gravité :

La classification de SHER comporte 3 stades :

Le stade I moyen avec métrorragie isolée.

Le stade II intermédiaire avec hypertonie utérine et enfant vivant,

Le stade III sévère avec mort fœtale, subdivisé en :

stade IIIA sans coagulopathie

stade IIIB avec coagulopathie

#### VI. les complications :

##### 1. Maternelle :

- Décès
- Trouble de la coagulation
- Insuffisance rénale aigüe et chronique
- Utérus de Couvelaire
- Rupture utérine
- Syndrome de Sheehan

##### 2. Fœtale :

- Souffrance fœtale aigüe
- Mort fœtale in utero
- Prématûrité et ses complications
- Augmentation de la mortalité périnatale

#### VII. Diagnostic différentiel

Placenta prævia

Rupture utérine

Hémorragie de Benckiser

Hémorragies d'origines cervicales

#### VIII. Traitement :

But : compensation des pertes sanguines

Assurer l'hémostase

##### 1. Traitement médical :

Compensation des pertes à l'aide de : solutés de remplissage et surtout de sang frais, concentrés globulaires.

Le contrôle de l' <sup>2</sup>a pression veineuse centrale permettant d'éviter les surcharges.

En cas de troubles de la coagulation :

- sang frais et surtout du plasma frais congelé (PFC)
- fibrinogène
- dans les cas gravissimes des concentrés plaquettaires

##### 2. Traitement obstétrical :

La césarienne en urgence sous anesthésie générale (contre-indication à la péridurale du fait du risque de troubles de la coagulation) devant : Fœtus vivant+ accouchement n'est pas imminent.

Fœtus est mort et état maternel grave

L'accouchement par voie basse peut être accepté :

\* quand le fœtus est vivant :

- si l'hématome est modéré
- s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale
- si le travail évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion d'ocytocine

\* quand le fœtus est mort ou non viable

La révision utérine est systématique, de même que l'utilisation d'ocytociques (prévenant l'atonie utérine).

Surveillance en suite de couches : rigoureuse des constantes hémodynamiques, le globe utérin, le saignement, bilan biologique

IX. Traitement préventif :

Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétroplacentaire ou de complication grave responsable d'une HTA gravidique, prévoir un traitement par : Aspégic 100mg/jour entre la 14e et la 35e semaine d'aménorrhée.

Pronostic