

Hémorragies génitales : hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse (17a)

*Docteur Jean-Marc AYOUBI, Professeur Jean-Claude PONS
Août 2002 (Mise à jour avril 2005)*

Pré-Requis :

- Physiologie de la grossesse
- Physiologie de l'hémostase

Résumé :

- Le placenta praevia et l'hématome rétroplacentaire constituent les deux principales étiologies de l'hémorragie du troisième trimestre.
- Le placenta praevia survient surtout après 28 semaines d'aménorrhée et serait dû à la formation du segment inférieur qui entraînerait la rupture des sinus veineux. L'échographie et une prise en charge rapide et adaptée ont permis de diminuer de façon importante la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale.
- L'hématome rétro-placentaire survient, dans près de la moitié des cas, dans un contexte particulier qui est la pré-éclampsie. La physiopathologie de l'hématome rétro-placentaire est maintenant bien connue mais la physiopathologie de la pré-éclampsie n'est pas complètement élucidée. La mortalité périnatale est assez importante. La mortalité maternelle est liée aux troubles de la coagulation. L'aspirine semble donner des bons résultats pour diminuer les risques de récurrences.

Mots-clés :

Hémorragie, placenta praevia, hématome rétroplacentaire, prééclampsie, rupture utérine.

Références :

- D. Cabrol, J.C. Pons, F. Goffinet Obstétrique Flammarion Médecine Sciences Paris 2002

Exercices :

1. Introduction

L'hémorragie du troisième trimestre correspond à un saignement extériorisé par voie vaginale au cours du troisième trimestre de la grossesse. Elle survient dans moins de 5 % des grossesses et constitue une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelles et foetales.

L'évaluation de l'importance de saignement, son retentissement maternel et foetal doit constituer la première urgence. La détermination de la cause d'hémorragie et sa prise en charge doivent suivre assez rapidement.

2. Quelles sont les causes de l'hémorragie de troisième trimestre ?

Les causes de l'hémorragie de troisième trimestre sont multiples. 50 % ont une origine endo-utérine et l'autre moitié a une origine non gravidique.

Les hémorragies endo-utérines sont dominées par le **placenta praevia et l'hématome rétroplacentaire (HRP)**. Elles peuvent mettre en danger rapidement la mère et l'enfant.

Les hémorragies non gravidiques sont dominées par les saignements d'origine cervicale. Elles sont en général modérées et ne représentent pas un danger immédiat.

Quelque soit son origine, la survenue d'une hémorragie au cours du troisième trimestre de la grossesse impose :

- Une évaluation de l'importance de l'hémorragie et de son retentissement
- un examen de la patiente et éventuellement un bilan paraclinique
- une orientation diagnostique à la recherche d'une étiologie

3. Evaluation de l'importance de l'hémorragie

L'évaluation de l'importance de l'hémorragie permet de faire face à une éventuelle situation d'urgence nécessitant une prise en charge rapide et permet ainsi une première orientation diagnostique.

- **Une hémorragie importante de sang rouge** d'apparition récente et persistante évoque un **placenta praevia** surtout si l'existence d'un placenta bas inséré échographique est déjà connue. Dans ce cas, il faut :
 - **quantifier l'hémorragie**
 - rechercher la présence de caillots (absence de trouble de la coagulation)
 - rechercher un **retentissement maternel** (hypotension, pouls rapide, pâleur cutanéomuqueuse, sueur), ce qui nécessite de placer immédiatement une voie veineuse, perfuser la patiente et réaliser une numération formule sanguine, un bilan de coagulation, un groupe sanguin et rhésus
 - rechercher un **retentissement foetal** (enregistrement du rythme cardiaque foetal) à la recherche d'une souffrance foetale aiguë nécessitant une extraction foetale souvent en urgence

- Une **hémorragie de sang noir** plus ou moins abondante, accompagnée de douleur abdominale brutale en coup de poignard siégeant au niveau de l'utérus, oriente le diagnostic vers **l'hématome rétroplacentaire**, surtout si l'hémorragie survient chez une patiente hypertendue
- Une hémorragie peu abondante, rosée, survenant après l'apparition des contractions utérines, mélangée à des glaires, évoque la perte du bouchon muqueux
- Une hémorragie de sang noirâtre plus ou moins abondante, sans contraction utérine, évoque l'évacuation d'un hématome marginal déjà ancien
- Une hémorragie peu abondante de sang rouge, survenue après un rapport, évoque une cause cervicale

4. Examen de la patiente

Après cette première évaluation et en dehors d'une **souffrance foetale aiguë** ou de choc hypovolémique chez la mère, un examen clinique doit aider à réaliser un **diagnostic étiologique**.

4.1. Interrogatoire

- groupe sanguin et rhésus
- antécédents personnels de trouble de la coagulation ou de pathologie cervicale (dysplasie, ectropion,...)
- antécédents de saignements au premier et au deuxième trimestre
- précise **le terme exact de la grossesse** avec la date des dernières règles
- antécédents obstétricaux, antécédents de placenta praevia, d'hypertension gravidique, de décollement placentaire marginal lors des éventuelles grossesses antérieures
- antécédents personnels ou familiaux de **pré-éclampsie** ou d'éclampsie, de diabète gestationnel et pré-gestationnel

4.2. Circonstances de survenue du saignement

- associé ou en dehors de toute contraction utérine
- après un traumatisme direct : accident de la voie publique, agressions,...
- spontané, indolore
- associé à des douleurs qu'il faut décrire : topographie, type, intensité, irradiation

4.3. Examen clinique

4.3.1. Examen général

La prise de **la tension artérielle** et du pouls et la recherche d'une pâleur cutanéomuqueuse sont les premiers gestes à faire pour apprécier le retentissement maternel de l'hémorragie.

4.3.2. Palpation abdominale et surtout utérine pour apprécier le tonus utérin

Un utérus contracturé avec un mauvais relâchement entre les contractions réalisant ce que l'on appelle l'utérus de bois, évoque plutôt un hématome rétroplacentaire.

Un utérus bien relâché associé à une hémorragie de sang rouge s'aggravant au cours des contractions est plutôt en faveur d'un placenta praevia.

4.3.3. Examen du col au spéculum

L'examen au spéculum doit être systématique. Il permet d'orienter le diagnostic vers une hémorragie d'origine endo-utérine (placenta praevia, HRP, hématome décidual, ...) ou vers une hémorragie non gravidique d'origine cervicale (cervicite, ectropion, polype ou exceptionnellement cancer du col,...).

4.3.4. Toucher vaginal

Le toucher vaginal doit être toujours très prudent et réalisé de préférence après un contrôle échographique de la localisation placentaire.

Il permet l'évaluation des conditions cervicales (longueur, ouverture, consistance et position du col).

Il doit être évité en cas de placenta praevia. L'exploration du canal cervical, qui peut aggraver l'hémorragie par un décollement placentaire supplémentaire, est contre-indiquée.

4.3.5. Echographie

De préférence par voie abdominale, l'échographie doit avoir lieu de préférence avant le toucher vaginal.

Elle permet de poser ou d'écarter le diagnostic de placenta praevia en précisant la localisation placentaire.

Elle permet quelquefois de faire le diagnostic d'un hématome rétroplacentaire qui n'est pas toujours aisé à diagnostiquer à l'échographie.

Elle permet aussi d'éliminer une mort in-utéro et de réaliser les mesures des paramètres foetaux afin d'éliminer un retard de croissance intra-utérin.

4.3.6. Rythme cardiaque foetal

L'enregistrement continu du rythme cardiaque foetal doit permettre d'éliminer une souffrance foetale aiguë.

4.3.7. Les autres examens

Les prélèvements sanguins (groupe sanguin, rhésus, recherche des anticorps irréguliers, numération globulaire, plaquettes, bilan de coagulation, test de Kleihauer) doivent être réalisés avant de poser une voie veineuse et de débiter une éventuelle réanimation en fonction de l'importance de l'hémorragie.

5. Etiologie

5.1. Les causes cervicales

Elles doivent être reconnues à l'examen au spéculum afin d'éviter une hospitalisation abusive car ces hémorragies sont souvent bénignes et surviennent souvent après un examen gynécologique ou un rapport sexuel.

L'hémorragie est souvent très modérée, de sang rouge, d'apparition spontanée en dehors de toute contraction.

L'examen au spéculum permet de différencier :

- les polypes cervicaux qu'il faut respecter pendant la grossesse car leur ablation peut être hémorragique
- un ectropion qui correspond à une éversion et à l'extériorisation de la muqueuse endocervicale qui saigne facilement au contact
- un cancer du col exceptionnellement

5.2. Les causes endo-utérines

5.2.1. *Placenta praevia*

5.2.1.1. *Définition*

Se définit comme un placenta qui s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il survient dans moins de 1 % des grossesses.

5.2.1.2. *Facteurs étiologiques*

L'insertion basse du placenta est favorisée par :

- la multiparité
- l'âge maternel avancé
- l'antécédent de fausse-couche
- l'antécédent de curetage, d'interruption volontaire de grossesse
- les grossesses multiples
- l'antécédent de césarienne
- le tabac

5.2.1.3. *Physiopathologie*

L'hémorragie liée au placenta praevia est due au développement du segment inférieur qui, en augmentant, ouvre des sinus veineux de la caduque qui vont saigner.

Les pertes sanguines peuvent comporter une certaine part, en général assez faible, de sang foetal si l'espace intervilleux décollé a déchiré quelques artérioles d'origine foetale.

5.2.1.4. *Diagnostic clinique*

Le premier saignement survient entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée. Il s'agit d'une hémorragie de sang rouge, indolore, survenant en dehors de toute contraction.

L'utérus est souple. L'examen au spéculum confirme l'origine endo-utérine du saignement. **Le toucher vaginal doit être évité.**

5.2.1.5. *Echographie*

C'est l'examen capital pour le diagnostic. Souvent, le diagnostic de placenta bas inséré est fait lors d'une échographie antérieure (20-22 semaines d'aménorrhée) en sachant qu'un placenta diagnostiqué **en position praevia au cours d'une échographie du deuxième trimestre de la grossesse ascensionne souvent et peut être trouvé en position normale au troisième trimestre.**

L'échographie doit être réalisée avec une vessie pleine et permet de déterminer l'insertion exacte du placenta recouvrant (stade IV), marginal (stade III = affleure l'orifice interne du col) et placenta praevia latéral qui reste à distance de l'orifice interne du col (stade I et II).

L'échographie permet aussi de mesurer, dans les cas de placenta marginal, la distance entre l'orifice interne du col et le bord inférieur du placenta. Le risque hémorragique est assez faible si cette distance est supérieure à 3 cm.

5.2.1.6. *Evolution, traitement et pronostic*

En dehors d'hémorragie cataclysmique qui nécessite une extraction foetale en urgence, dans les autres cas, et quand le foetus est un prématuré, il faut être conservateur chaque fois que possible :

- hospitalisation + repos strict au lit
- surveillance maternelle : pouls, tension artérielle, numération formule sanguine, bilan d'hémostase, recherche d'agglutinines irrégulières
- pose d'une voie veineuse
- tocolytique (bétamimétiques en dehors d'anémie)
- traitement martial
- abstention de tout toucher vaginal
- **injection de gamma-globulines anti-D en cas de rhésus négatif**
- surveillance foetale : hauteur utérine, rythme cardiaque foetal 2 ou 3 fois par jour, biométries foetales, score de Manning
- test de Kleihauer à la recherche d'hémorragie foetale
- **maturation pulmonaire** si le terme est inférieur à 34 semaines : 12 mg de Bétaméthasone en intra-musculaire, 2 injections à 24 heures d'intervalle, à répéter toutes les semaines, 4 cures au maximum

Ces mesures permettent le plus souvent d'attendre 37 semaines d'aménorrhée, terme auquel la grossesse peut être interrompue le plus souvent par césarienne. Quelquefois, la césarienne peut être imposée avant ce terme devant toute hémorragie grave persistante ou devant une hémorragie foetale (test de Kleihauer positif) ou devant toute souffrance foetale aiguë. Dans les stades I et II, l'accouchement peut se faire par voie naturelle en dehors de toute hémorragie.

5.2.1.7. *Pronostic*

Mortalité maternelle quasi nulle; risque infectieux (endométrite) et thrombo-embolique. Mortalité foetale : 5 à 10 % en rapport avec :

- **la prématurité**

- **l'anémie foetale**
- **l'hypotrophie**

5.2.2. Hématome rétro-placentaire

5.2.2.1. Définition

Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré.

5.2.2.2. Physiopathologie

Il résulte d'une désinsertion accidentelle de tout ou d'une partie du placenta avant l'accouchement avec formation d'un hématome plus ou moins volumineux.

Ce décollement va entraîner la constitution d'une hémorragie qui ne va pas s'extérioriser le plus souvent s'épanchant entre placenta et utérus.

Cette zone de décollement empêche les échanges vasculaires entre la mère et le fœtus et est responsable de la **souffrance et du décès foetal**.

Ce caillot est responsable du passage dans la circulation maternelle de thromboplastines déciduales et de facteurs de coagulation activés qui sont responsables de **la CIVD**.

L'hématome rétro-placentaire doit être distingué de l'hématome décidual marginal qui correspond à la déchirure d'une veine utéro-placentaire marginale créant un hématome qui décolle le bord latéral du placenta.

5.2.2.3. Facteurs étiologiques

L'hématome rétro-placentaire complique moins de 1 % des grossesses, 0,25 à 0,5 % selon les séries. Dans près de la moitié des cas, il survient chez des patientes présentant une **hypertension artérielle ou une pré-éclampsie** qui est à l'origine d'un infarctus placentaire localisé avec saignement en regard de celui-ci.

Un traumatisme ou un choc abdominal peut être aussi à l'origine d'un hématome rétroplacentaire. D'autres facteurs favorisants ont été décrits (tabac, multiparité, consommation de cocaïne).

Dans 30 % des cas, aucune cause déclenchante n'est retrouvée.

5.2.2.4. Clinique

Le diagnostic d'un hématome rétro-placentaire est avant tout clinique. Il s'agit d'une douleur abdominale brutale en coup de poignard siégeant au niveau de l'utérus et irradiant en arrière. La douleur est permanente. Elle s'accompagne de sang noir peu abondant.

Les autres signes sont inconstants mais évocateurs : nausées, vomissements, signes de pré-éclampsie.

Parfois, un état de choc plus ou moins marqué est noté.

Quelquefois, l'hématome rétro-placentaire est minime et se traduit par des signes de souffrance foetale ou une menace d'accouchement prématuré chez une patiente présentant une pré-éclampsie.

5.2.2.5. Examen obstétrical

- sang noir venant de la cavité utérine incoagulable
- hauteur utérine augmentée
- **utérus hypercontractile** (contraction utérine : sans relâchement) : utérus de "bois"

5.2.2.6. Echographie

L'échographie confirme le diagnostic, participe au bilan, recherche la vitalité foetale. Elle permet aussi de faire le diagnostic différentiel avec le placenta praevia.

L'image caractéristique d'hématome est une zone linéaire bien limitée, vide d'écho.

Ce diagnostic n'est pas toujours facile et l'absence d'image évocatrice n'exclut pas le diagnostic, d'où l'importance de la clinique et du contexte.

5.2.2.7. Evolution, traitement, pronostic

L'hématome rétro-placentaire **constitue une urgence**. Le traitement doit être rapidement mis en route après évaluation du retentissement foetal et maternel.

Retentissement foetal :

- évalué par le monitoring du rythme cardiaque foetal
- le plus souvent, la mort foetale s'est déjà produite et on ne retrouve pas de bruit du coeur foetal
- dans certains cas, le rythme cardiaque foetal montre des signes de souffrance, représenté par un tracé non réactif, aplati avec surtout apparition de **décélération du rythme cardiaque foetal** et une **hypercontractilité utérine**, soit une hypertonie sans relâchement entre les contractions, soit une hypercinésie de fréquence et/ou d'intensité
- Globalement, la mortalité périnatale dans l'hématome rétro-placentaire est entre 30 et 50 %

Retentissement maternel :

- recherche d'un état de choc par la surveillance de la tension artérielle, du pouls, de la diurèse
- recherche de protéinurie
- numération, formule sanguine, plaquettes
- taux de prothrombine
- temps de cephaline activé
- fibrinogène
- groupe sanguin, rhésus
- recherche d'agglutinines irrégulières
- acide urique

Le risque maternel est lié à l'importance de l'hématome d'une part et à l'apparition **des troubles de la coagulation** à type de CIVD d'autre part. La mortalité maternelle est estimée entre 1 et 3 %.

5.2.2.8. Traitement

La prise en charge impose :

- une réanimation avec remplissage vasculaire de macro-molécules et de transfusions

- **correction des troubles de la coagulation sanguine**
- **évacuation de l'utérus :**
 - si l'enfant est vivant avec signe de souffrance, une césarienne doit être pratiquée
 - si l'hématome rétro-placentaire a entraîné la mort du fœtus, il faut s'efforcer d'obtenir l'accouchement par les voies naturelles

Après l'accouchement par voie basse ou par césarienne, la réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la normalisation des troubles de la coagulation et de la fonction rénale.

Lors d'une grossesse ultérieure, une surveillance intensive s'impose en raison du risque de récurrence de l'hématome rétro-placentaire. Ce risque est diminué avec l'utilisation de l'aspirine à la dose de 100 mg par jour à partir de 12 semaines d'aménorrhée.

6. Les autres causes d'hémorragie du troisième trimestre

6.1. La rupture utérine

La rupture de l'utérus en dehors du travail est un accident exceptionnel. La clinique est dominée par des douleurs utérines vives, un état de choc. Le saignement extériorisé est inconstant en général et souvent minime. La palpation de l'abdomen met en évidence une défense et l'on peut, dans certains cas, palper le fœtus directement sous la paroi abdominale. La rupture utérine survient le plus souvent sur un utérus cicatriciel (antécédent de myomectomie, de césarienne ou d'hystéroplastie) et, plus exceptionnellement, lors d'un traumatisme soit direct, soit indirect et la rupture siège alors sur la face postérieure de l'utérus. Le fœtus meurt habituellement lors de la rupture utérine et le traitement est la laparotomie afin d'assurer l'hémostase.

La rupture d'une cicatrice de césarienne lors d'un essai d'accouchement par voie basse chez une femme antérieurement césarisée est moins exceptionnelle. Elle se traduit classiquement par une douleur, un saignement de sang rouge, une modification de la dynamique utérine et une souffrance fœtale. La symptomatologie est rarement complète et c'est souvent sur des signes incomplets que le diagnostic doit être évoqué.

6.2. Hémorragie de Benkiser

C'est une hémorragie fœtale par rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes. Elle survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux. Elle complique une grossesse sur 3 000 à 5 000. Le risque fœtal est majeur avec une mortalité de 50 à 100 %. Elle se manifeste par un saignement indolore lors de la rupture des membranes, sans modification de l'état maternel mais avec une souffrance fœtale immédiate. Elle doit être distinguée de la rupture d'un sinus marginal, rupture survenant sur un placenta bas inséré et, dans ce cas, le saignement est d'origine maternelle et ne s'accompagne pas de souffrance fœtale.

6.3. Hématome décidual marginal (rupture du sinus marginal)

Le saignement est rarement abondant et rouge, plus souvent noirâtre, peu abondant signant l'évacuation secondaire de ce décollement partiel du placenta.

Le diagnostic en est échographique, recherchant une collection sanguine et un décollement très partiel du placenta, plus souvent au niveau du pôle inférieur.

L'hématome est de bon pronostic, sans retentissement maternel, ni foetal notable, étant donné que la zone de décollement est vraiment minimale : il nécessite parfois l'hospitalisation lorsque le saignement est en cours et une tocolyse qui permettra de le minimiser. Parfois, il entraîne une anémie chez la mère, si le saignement est persistant.

6.4. Les causes cervicales

Polype, ectropion, cancer du col.

7. Conclusion

L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est le plus souvent due à une cause bénigne.

L'orientation diagnostique a surtout pour but de reconnaître un placenta praevia ou un hématome rétroplacentaire qui impose l'hospitalisation, une évaluation rapide de l'hémorragie et un traitement adapté car ces causes mettent en jeu le pronostic foetal, voire maternel.

	Douleurs	Hypertonie Utérine	Choc	CIVD	Echo	Souffrance foetale	Mort Périnatale %
Placenta praevia	0	0	+	—	+++	+	4-25
HRP	+++	+++	++	++	±	+++	30-55

HRP : hématome rétroplacentaire ; CIVD : coagulation intravasculaire disséminée

Tableau : principales caractéristiques différenciant les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse
(J.M. Ayoubi)

8. Points forts à retenir

- L'hémorragie du troisième trimestre est souvent due à une cause bénigne en dehors du placenta praevia et de l'hématome rétroplacentaire
- Le diagnostic du placenta praevia est échographique. Le pronostic maternel est conditionné par l'importance de l'hémorragie
- Un hématome rétroplacentaire est de diagnostic avant tout clinique. Le pronostic foetal est sombre. Le pronostic maternel est conditionné par le choc hypovolémique et les troubles de la coagulation