

HEMATOME RETROPLACENTAIRE

I- DEFINITION – INTERET

II- ETIOLOGIES

III- CLINIQUE

1- FORME AIGUE

2- FORMES CLINIQUES

IV- DIAGNOSTIC

1- DIAGNOSTIC POSITIF

2- DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIEL

V- EVOLUTION

VI- TRAITEMENT

HEMATOME RETROPLACENTAIRE

I-DEFINITION

C'est la formation rapide de collection sanguine entre la face postérieure du placenta et la paroi utérine, survenant pendant le 3ème trimestre ou pendant le travail.

- L'INTERET de la question réside dans la double gravité du pronostic maternel et foetal .
- Le syndrome de COUVELAIRE : c'est un HRP grave compliqué de trouble de la coagulation
- Apoplexie utero placentaire : c'est une souffrance des tissus de l'utérus suite a l'hémorragie importante.
- Le décollement prématuré du placenta normalement inséré : est une autre appellation de l'HRP
- Le pronostic foetal est mauvais car il y a souvent une souffrance foetale par interruption de la circulation utero placentaire.
Si le décollement > 2/3 du placenta → mort foetale

II- ETIOLOGIES

* Fréquence = rare 2 a 6 cas/ 1000 gsse

◆ Les facteurs étiologiques

- HTA facteur principale du fait de l'ischémie qui la caractérise et qui intervient dans la pathogénie de l'HRP.
- PARITEE : survient surtout chez la primipare et la grande multipare.
- Traumatisme : par une manœuvre obstétricale
- TRT par des anticoagulant au long cours
- Tabagisme et abus d'alcool
- terrain prédisposant : obésité, diabète, carence en protéine et en acide folique.

◆ PATHOGENIE :

- L'HRP est spontané dans 70% des cas
- Mécanisme de décollement : plusieurs facteurs sont incriminés mais la cause vasculaire reste la plus déterminante : il s'agit d'une fragilité capillaire exacerbée pendant la grossesse. ce sont des lésions infra clinique, aboutissant au décollement .

→ 2 types d'HRP :

- ⊙ HRP décidual basal : les lésions sont artérielles= les artères utero placentaires. ceux sont les plus grave, l'hémorragie est plus importante et la mort foetale est précoce par interruption de la circulation foeto-maternelle
- ⊙ HRP marginal : les lésions sont veineuses= les veines utero placentaires, il est moins grave et l'extension est limitée du fait de la faible pression veineuse.

→ Conséquences de l'HRP :

- ⊙ Sur le fœtus : ↓ des échanges F-M → hypoxie → SFA → mort foetale
- ⊙ sur la mère :

* 1^{er} temps : l'Hgic entraîne une hypovolémie puis EDC avec passage dans la circulation de substances vaso constrictrice d'origine placentaire qui induit une souffrance rénale se Traduisant par un syndrome hypertensif (en dehors d'une toxémie).

Cet hématome serait à l'origine d'une consommation massive des facteurs de la coagulation et des plaquettes avec libération de ces substances actives dans la circulation maternelle.

* 2eme temps : rétraction du caillot et mise en circulation des PDF qui est proportionnelle à la pression qui règne dans le caillot. ceci explique la gravité des hématomes basaux et l'importance de la rupture précoce et franche des membranes.

* complication ultime : c'est la CIVD aboutissant à une hémorragie incoercible engageant le pronostic maternel.

III- CLINIQUE :

A-FORME HABITUELLE : de gravité moyenne

Type de description : multipare mal ou non suivie, ACTD d'HTA, au T3 et qui présente
Brutalement :

1- Début : brutal

⊙ Douleur abdominale en coup de poignard sus ombilical, aigu, brutal, de type chirurgicale

⊙ Hémorragie externe minime, discrète et noirâtre

⊙ Un état de choc : d'emblée sévère camouflé par l'HTA préexistante, apprécié par les éléments périphériques : refroidissement des extrémités, tachycardie, sueurs, pouls rapide.

2- Examen :

⊙ Palpation : utérus dur, hypertonique, douloureux d'une dureté pathognomonique = Utérus de bois, contracture permanente

la hauteur utérine augmente à des examens successifs

⊙ Auscultation : BCF assourdis ou absents.

⊙ TV : - segment inférieur tendu en « seille de bois »

- Col est spasmé « cerclé par un fil de fer »

- Membranes intactes lisses et tendues, le doigtier ramenant du sang.

Il faut noter* La disproportion entre l'état de choc sévère et l'hémorragie minime

* L'utérus de bois

* Absence des BCF

3- Examens complémentaires :

a- biologie :

⊙ Protéinurie massive : en rapport avec la sévérité du syndrome vasculaire

⊙ Hyperuricémie

⊙ Hématocrite ↑

⊙ Bilan d'hémostase : à la recherche de CIVD (fibrinogène ↓, plaquette ↓, PDF ↑
Anémie sévère)

b- échographie : image anéchogène ou finement échogène au niveau de la plaque basale qui traduit la présence de l'HRP.

c- ERF : Aspect typique est celui d'une souffrance anoxique sévère : tracé aréactif plat avec décélération résiduelle.

B-FORMES CLINIQUES

1- Forme selon la gravité : classification de PAGET

- ➔ Degré 0 infra clinique : le diagnostic n'est fait qu'après l'examen du délivre où l'on Note une dépression de la face maternelle = cupule
- ➔ Degré 1 : il y a une tension utérine, une petite hémorragie mais pas l'état de choc.
- ➔ Degré 2 : formes de gravité moyenne.
- ➔ Degré 3 : tableaux du syndrome de COUVELAIRE .

2- Formes associées :

- ➔ forme associée a l'éclampsie convulsive
- ➔ Forme associée au diabète
- ➔ Forme associée au placenta previa : la plus fréquente 30% se traduit par un mauvais relâchement utérin, le fœtus est souvent vivant et le sang est plus abondant
- ➔ Forme précoce < 5mois : le tableau peut simuler une menace d'ABRT

IV- DIAGNOSTIC

1- DIAGNOSTIC POSITIF : souvent clinique

- 1- Contracture permanente de l'utérus
- 2- État de choc sévère contrastant avec une hémorragie minime
- 3- Ascension du fond utérin a des examens successifs
- 4- Absence des BCF

2- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1- Les hémorragies du T3 et du travail :

- ⊛ Placenta previa : l'échographie redresse le diagnostic
- ⊛ Rupture utérine : souvent une cause est retrouvée (dystocie osseuse) avec un syndrome de pré rupture et des éléments négatifs a l'examen :

- * Pas de contracture
- * l'hémorragie est plus importante
- * À la palpation : 2 masses, le fœtus rétracté et le fœtus sous la peau

2- syndromes douloureux extra-génitaux :

- ⊛ Appendicite et grossesse : CU localisée, pas d'hémorragie, pas de syndrome vasculaire .
- ⊛ Occlusion intestinale : exceptionnelle
- ⊛ Pancréatite aigue hémorragique
- ⊛ Colique hépatique et néphrétique

V- EVOLUTION :

A- FAVORABLE : le travail et l'accouchement se déclenchent rapidement = accouchement en avalanche, expulsion du fœtus mort né +placenta+le caillot de sang de façon rapide

B-DEFAVORABLE = COMPLICATION

1- complications immédiates

- ➔ Etat de choc : qui s'aggrave au moment de la délivrance par le relâchement utérin, il y aurait passage de substance toxique a partir de l'hématome et du placenta vers la mère favorisant l'apparition de trouble de la coagulation = syndrome obstétricale de YOUNG (CRUSH SD)

- Hémorragie de la délivrance : par mauvaise rétraction utérine puis trouble de la coagulation
- Hémorragie généralisée par CIVD et défibrillation aigue

2-complications tardives

- Rénales : 24-48h :nécrose corticale du rein puis anurie permanente par IRA
- Syndrome de SHEEHAN :
Aménorrhée post-partum avec régression des caractères sexuels secondaires qui serait du a une thrombose de l'artère hypophysaire antérieur donnant une insuffisance hypophysaire soit :
 - * Total :pan hypopituitarisme
 - * Partielle : insuffisance hypophysaire gonadotrope

VI – TRAITEMENT

A- PRINCIPES:

L'HRP est considéré comme une maladie générale

*c'est une maladie apoplectique gravidique :en accélérant la fin de la grossesse ,on accélère la guérison et on évite les complications

* faire vite : c'est u tableau d'urgence

*la prise en charge se fait sur le plan médical et obstétrical

B-CONDUITE A TENIR

1- Réanimation médicale :

- *Doubles voies d'abord
- * Lutter contre l'état de choc : transfusion de sang frais – plasmagel
- * Oxygénothérapie
- * Antibiothérapie a large spectre
- * Lutter contre les troubles de la coagulation : fibrinogène- PCF.

2- Traitement obstétricale :

* 1^{er} geste = RUPTURE LARGE DE LA POCHE DES EAUX

* 2e geste = Evacuation de l'utérus : 2 situations

→ Fœtus vivant :

si l'accouchement est imminent et que l'état maternel est stable → accélérer l'accouchement par voie basse

Si le travail traîne → césarienne en urgence

Si le travail est au début → césarienne

→ Fœtus mort :

* Si l'état maternel est stable : rupture large de la poche des eaux, déclenchement artificiel du travail,délivrance dirigée et révision utérine

* Si l'état maternel est instable : réanimation + césarienne en urgence

UNIVERSITE D'ALGER
DEPARTEMENT DE MEDECINE

DR FARAH ZOHRA
PROFESSEUR AGREGEE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
EPH BOLOGHINE

COURS D'EXTERNE

HEMATOME RETROPLACENTAIRE