

Hémorragies du 3^e trimestre : étiologies et prise en charge obstétricale

Dr Camille LE RAY

- 1- *Maternité Port Royal, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, 123 boulevard de Port Royal, 75014 Paris*
- 2- *Université Paris Descartes*

Auteur correspondant : Dr Camille Le Ray
Email : camille.le-ray@aphp.fr

Aucun conflit d'intérêt.

Points Essentiels

- Fréquence : 2-5% des grossesses.
- Les étiologies les plus graves (placenta prævia, HRP, rupture utérine, hémorragies de Benckiser) doivent être systématiquement évoquées.
- Le pronostic foetal et / ou maternel peut être mis en jeu.
- La prise en charge multidisciplinaire avec une collaboration étroite obstétricale et anesthésique est primordiale.

Les hémorragies du 3^e trimestre surviennent chez environ 2 à 5 % des grossesses. La fréquence des étiologies varie selon les études. Mais, dans 5 à 20% des cas, aucune cause n'est retrouvée. Les étiologies peuvent être des plus sévères, mettant en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant (placenta prævia, HRP, rupture utérine, hémorragies de Benckiser) aux plus banales (lésions cervicales, hématome décidual, menace d'accouchement prématurée, début de travail, rupture des membranes).

L'objectif principal de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont d'identifier les situations mettant en jeu le pronostic fœtal et / ou maternel.

L'interrogatoire comprend : les caractéristiques du saignement (abondance, aspect, caractère spontané ou provoqué), les signes associés (contractions utérines, écoulement de liquide amniotique (LA)), calcul de l'âge gestationnel, présence de mouvements fœtaux, recherche de complications pour la grossesse actuelle (HTA, localisation placentaire) et recherche d'antécédent gynécologiques et obstétricaux (en particulier l'antécédent de césarienne, facteur de risque d'anomalies d'insertion placentaire et de rupture utérine).

L'examen clinique comprend : la prise de constantes (pression artérielle et fréquence cardiaque), la recherche des bruits du cœur fœtaux, la palpation utérine à la recherche de contractions voire d'un utérus de bois en faveur d'un hématome rétro-placentaire (HRP). On posera un spéculum afin d'évaluer si les métrorragies sont actives, l'origine du saignement, la présence de LA. Le toucher vaginal ne sera réalisé qu'en cas de certitude que le placenta est normalement inséré. En cas de placenta prævia, le toucher vaginal est contre-indiqué.

Une échographie sera réalisée, car son apport diagnostique est important, sauf en cas d'urgence vitale (bradycardie fœtale, hémorragie avec instabilité hémodynamique maternelle, forte suspicion d'HRP). L'échographie permet de préciser le degré d'urgence, de préciser le diagnostic étiologique, d'anticiper les complications et d'orienter les modalités de l'accouchement.

Les étiologies les plus banales sont heureusement les plus fréquentes :

- **Les lésions cervicales et vaginales**

Les saignements sont le plus souvent modérés. L'interrogatoire orientera vers cette étiologie en cas de contexte traumatique, post-coïtal ou après un toucher vaginal. Le diagnostic est fait lors de l'examen clinique au spéculum. Il n'y a pas de retentissement fœtal.

- **L'hématome décidual marginal**

Il est ou non associé à des contractions. Les métrorragies peuvent être d'abondance variable et cèdent le plus souvent spontanément. Il y a peu de retentissement fœtal. Le diagnostic est échographique. Il est important de prévenir les patientes du risque de récurrence de métrorragies lors de la grossesse dans cette situation.

- **La menace d'accouchement prématurée et la mise en travail** avec ou sans rupture des membranes sont également des causes fréquentes de métrorragies du 3^e trimestre.

Les contractions utérines entraînent alors des modifications cervicales pouvant occasionner des saignements. Il s'agit le plus souvent métrorragies très modérées, rouges ou marron, plus ou moins associées à la perte du bouchon muqueux. Lorsque les métrorragies sont très fluides (LA mêlé à du sang), une rupture des membranes doit être évoquée. On retrouve alors au TV des modifications cervicales.

Mais parmi les étiologies des hémorragies du 3^e trimestre, des situations beaucoup plus sévères à la fois pour la mère et l'enfant doivent être évoquées et ne sont finalement pas si rares.

- **Le placenta praevia**

Il peut être bas inséré, marginal ou recouvrant plus ou moins l'orifice interne. C'est une cause relativement fréquente d'hémorragie du 3^{ème} (voire du 2^{ème}) trimestre. Les métrorragies sont habituellement spontanées, rouge vif, d'abondance variable (mais parfois cataclysmique), souvent sans contraction associée (ou des contractions qui peuvent survenir secondairement). Le risque de récurrence est élevé, puisque 50 à 95% des patientes vont saigner durant leur grossesse. Le diagnostic est échographique. En cas de placenta recouvrant, le toucher vaginal est formellement contre-indiqué.

En cas d'hémorragie cataclysmique, avec mise en jeu du pronostic vital fœtal et maternel, une césarienne sera réalisée en urgence. En cas d'hémorragie modérée, la patiente sera hospitalisée avec mise en place d'une voie veineuse, un bilan pré opératoire, une consultation d'anesthésie. Avant 34 SA, on réalise habituellement une tocolyse, une corticothérapie à visée de maturation pulmonaire fœtale et un transfert dans une maternité de niveau de soin adaptée. Si les saignements s'arrêtent et que le placenta est recouvrant, une césarienne est programmée entre 37 et 39 SA [1]. Dans certains cas, le placenta n'est pas recouvrant et la voie basse est possible [2].

- **Vaisseaux praevia – hémorragie de Benckiser**

Des vaisseaux praevia doivent être systématiquement recherchés en cas de placenta bas inséré. En cas de vaisseaux praevia avec rupture des membranes, il existe un risque de rupture de ces vaisseaux fœtaux, appelée hémorragie de Benckiser, situation à haut risque de mort fœtale in utero (75-100% selon les études). Il s'agit d'une urgence vitale pour l'enfant, une césarienne doit être réalisée en extrême urgence.

- **Placentas accreta et percreta**

Lorsque le placenta envahit le myomètre, voire dépasse la séreuse utérine, le risque de complications maternelles et néonatales est particulièrement élevé, avec un risque de 50% de prématurité et un risque de décès maternel allant de 1 à 7% selon les études [3].

En cas de métrorragies sur un placenta adhérent, le risque vital maternel et fœtal est élevé. La prise en charge doit être multidisciplinaire, avec une collaboration étroite avec les anesthésistes, radiologues interventionnels, néonatalogistes, voire chirurgiens urologues et vasculaires. La prise en charge doit être faite dans une structure adaptée

avec une équipe entraînée. Au cas par cas, on choisira soit un traitement radical par hystérectomie soit un traitement conservateur [4].

- **L'hématome rétro-placentaire (HRP)**

L'association contractions utérines et métrorragies du 3^e trimestre doit systématiquement fait évoquer un HRP. Le tableau classique métrorragies de faible abondance associées à un utérus de bois n'est pas systématiquement retrouvé et le tableau clinique peut être beaucoup plus frustré. L'HRP n'est pas un diagnostic échographique. On retrouve une douleur utérine brutale dans 66% des cas, des métrorragies dans 78% des cas, un tableau de menace d'accouchement prématurée frustré dans 22% des cas et finalement une contracture utérine dans seulement 17% des cas. L'HRP peut aussi être découvert dans le cadre d'une mort fœtale in utero (MFIU) inaugurale, ce cas est loin d'être exceptionnel puisque selon les études cela représenterait 30 à 50% des cas.

La fréquence de survenue d'un HRP est augmentée devant certains facteurs de risque : pré-éclampsie, antécédent d'HRP (risque de récurrence environ 5%), âge maternel > 35 ans, grande multiparité, prise de toxiques (cocaïne)... mais dans 50% des cas aucune étiologie ou facteur de risque n'est retrouvé.

En l'absence de prise en charge active, en plus du risque de MFIU, les complications maternelles vont survenir : état de choc, troubles de l'hémostase, insuffisance rénale, apoplexie utérine, complications liés à HTA et PE potentiellement associées... avec un risque d'hystérectomie voire de mort maternelle. La prise en charge dépend de l'état maternel, de l'âge gestationnel et de la vitalité fœtale, mais dans tous les cas il s'agit d'une urgence vitale.

- **La rupture utérine**

Elle survient quasiment toujours dans un contexte d'utérus cicatriciel, et peut dans certains cas survenir en dehors du travail (5). Le plus souvent on retrouve le tableau clinique suivant : douleur intense, état de choc, hémopéritoine, anomalies du RCF voire MFIU. Il s'agit d'une urgence vitale pour l'enfant s'il est encore vivant et d'une urgence vitale pour la mère dans tous les cas. Dans tous les cas, une césarienne en urgence doit être réalisée, l'hémostase sera faite chirurgicalement avec un risque non négligeable d'hystérectomie d'hémostase.

En conclusion, devant la survenue de métrorragies au 3^e trimestre de la grossesse, il faut toujours penser aux étiologies les plus graves, qui ne sont finalement pas si rares et peuvent mettre en jeu de pronostic vital de la mère et de l'enfant. Un interrogatoire ciblé et un examen clinique concis permettent d'orienter rapidement vers une étiologie. L'échographie est également d'une grande aide à la fois diagnostique et pronostique. La rapidité de prise en charge en urgence peut permettre de sauver parfois l'enfant, le plus souvent la mère. En extrahospitalier, il faudra privilégier la proximité de la maternité, à son niveau de soin, en

particulier en cas d'hémorragie importante. La prise en charge des métrorragies du 3^e trimestre dans les situations à risque, doit être multidisciplinaire. Une collaboration étroite avec l'équipe d'anesthésie est primordiale.

Références :

- [1] Verspyck E, de Vienne C, Muszynski C, Bubenheim M, Chanavaz-Lacheray I, Dreyfus M, Deruelle P, Benichou J. Maintenance nifedipine therapy for preterm symptomatic placenta previa: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS One*. 2017 Mar 23;12(3):e0173717.
- [2] Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG*. 2003 Sep;110(9):860-4
- [3] Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, Winer N, Pierre F, Benachi A, Dreyfus M, Bauville E, Mahieu-Caputo D, Marpeau L, Descamps P, Goffinet F, Bretelle F. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010 Mar;115(3):526-34.
- [4] Marcellin L, Delorme P, Bonnet MP, Grange G, Kayem G, Tsatsaris V, Goffinet F. Placenta percreta is associated with more frequent severe maternal morbidity than placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Aug;219(2):193.e1-193.e9.
- [5] Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM, O'sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM, Gabbe SG; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Jul;108(1):12-20.