

MCours.com

**Ière partie :**

**Considérations théoriques**

## CHAP I : GENERALITES

### 1. DEFINITION :

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont des hémorragies en provenance de la cavité utérine à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (A. Fournié, 1995) ; Elles compliquent 2 à 5 % des grossesses.

### 2. HISTORIQUE

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs. Il semble que c'est PORTAL qui est le premier à sentir un placenta bas inséré lors d'un toucher Trans cervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme. Plus tard LEVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante. (Diakité R, 2003) Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher Trans cervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta. Parmi ces auteurs on peut citer DOSNANTOS par aortographie ; SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin depuis la publication de DONALD en 1958. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA. Mais il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta prævia. En Afrique, les dystocies vraies étaient totalement méconnues des accoucheuses traditionnelles qui les mettaient soit au compte d'une infidélité de la femme, soit au compte du mauvais sort. Les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc. MICHAELLIS reconnaît les principales causes de ruptures utérines : disproportion foeto-pelvienne, présentation transverse. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois en Angleterre en 1811. RIGLEY opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes retro – placentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia BAUDELOQUE décrit la cupule rétro – placentaire des hémorragies cachées. De LEE, en 1901 décrirait à l'occasion d'un hématome retro – placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par DEEKERMAN qu'en 1936. COUVELAIRE en 1937 chercha à définir

la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère.

### **3. RAPPELS ANATOMIQUES**

#### **3.1 Utérus gravide**

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. L'utérus gravide comprend anatomiquement : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur.

A terme son poids varie entre 90 et 1200g. Sa capacité à terme est de 4 à 5 l.

##### **3.1.1 Le corps utérin**

Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin. L'utérus à la fin du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse sa hauteur est de 24 cm et sa largeur de 16 cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm. A terme, l'épaisseur des parois est de 8 – 10 cm au niveau du fond et de 5 – 7cm au niveau du corps.

##### **3.1.2 Le col utérin**

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est

fréquent que l'orifice externe soit perméable pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé.

### 3.1.3 Le segment inférieur

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide comprise entre le corps et le col. Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- **Forme** : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la
- **Dimensions et limites** : le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur, 9 – 12 cm de largeur et 3 – 5 cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporéale.
- **Structure** : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- **Caractère** : son caractère essentiel est la minceur 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail, le segment inférieur facilite l'accommodation fœto – utero – pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.
- **Physiopathologie** : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

- Sur le plan clinique :

Il montre la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec sa présentation.

- Sur le plan physiologique :

C'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement, qui, après avoir conduit la contractilité corporelle vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais, mal distendu dans la dystocie.

- Sur le plan pathologique :

Il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique : c'est lui qui est concerné dans la grande majorité des ruptures utérines, c'est lui que s'insère le placenta prævia.

### **3.2 Le placenta**

En latin Placenta signifie Gâteau. Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [14]. Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste. Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le troisième et le quatrième mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du cinquième mois.

#### **3.2.1 Structure du placenta**

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16 – 20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2 – 3 cm au centre, 4 – 6 cm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500 – 600 grammes soit le sixième de celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé, que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend 2 faces et 1 bord :

##### **a) La face fœtale**

Encore appelée plaque chorale, lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous – jacent et qui laisse

apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter - villeuse, une arborisation villositaire organisée en système tambour. On distingue parmi ces villosités :

- Les villosités crampons ou crochets fixataires de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.
- Les villosités libres ou de nutrition sont les plus nombreuses. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncitial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

### **b) la face maternelle**

Encore appelée la lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche Mitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérins placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse. Quant aux veines, leurs orifices seraient repartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouve la chambre intervilleuse. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

### **c) Le bord**

Il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

### **d) La physiologie du placenta**

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœto – placentaire ».

D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse.

Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges Trans placentaires se font par plusieurs mécanismes : - Par simple diffusion ; - Par les molécules porteuses ; - Par l'intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

Les échanges placentaires sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

### **3.2.2 La circulation placentaire**

Elle est double : maternelle et fœtale : La circulation utéro – placentaire s'établit au 14<sup>ème</sup> – 15<sup>ème</sup> jour de la fécondation par l'extravasation du sang maternel dans la chambre intervilleuse. Le sang arrive dans celle – ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéro placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER. Le flux sanguin maternel est de 600ml par minute et le débit artériel fœtal est à terme de 160 ml/kg/mn. La circulation fœtale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les éléments nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins. La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée

la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.

- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges et Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 12m<sup>2</sup> lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang ».

### **3.3 Les membranes de l'œuf**

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

#### **3.3.1 L'amnios**

C'est une membrane mince, transparente et résistante, qui circonscrit dedans la cavité amniotique. Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

#### **3.3.2 Le chorion**

C'est une membrane fibreuse transparente, située entre la caduque et l'amnios. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios. A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon de mucus qui obstrue le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

### 3.3.3 La caduque

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou serotine de HUMTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie qui recouvre l'œuf et accolée au chorion extra – placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice interne du col. A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement accolées, mais seule la première passe en pont au-dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante.

## 4. ETIOLOGIES

### 4.1 Le placenta prævia

#### 4.1.1 Définition

C'est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il représente selon de nombreux auteurs la 1<sup>ère</sup> cause d'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.

#### 4.1.2- Classification

##### a) Classification anatomique

- Variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice cervical interne. - Variété marginale : le placenta affleure l'orifice cervical interne ; - Variété centrale : le placenta recouvre complètement l'orifice cervical interne.

##### b) Classification échographique

Décrit le placenta bas inséré antérieur ou postérieur avec type (I, II, III) pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice cervical interne.

c) La classification clinique

Il faut que la femme soit en travail d'accouchement pour parler de cette classification : - Variété non recouvrant, dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical interne. - Variété recouvrant ; dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation cervicale.

#### 4.1.3 Pathogénie de l'hémorragie

Au cours du placenta prævia, les hémorragies constituent le principal symptôme. Elles surviennent généralement au cours du travail d'accouchement mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts par décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner.

Vue la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia, plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce mécanisme. Nous avons retenu deux théories :

- Théorie de tiraillement des membranes de PINARD

Lors des contractions utérines de fin de grossesse ou du début de travail, la tension intra-utérine qui s'exerce sur le pôle inférieur de l'œuf est inégalement répartie sur la surface des membranes ; le petit côté des membranes étant plus sollicité que le grand côté des membranes. A un moment, le petit côté moins élastique tire sur le bord inférieur du placenta et tend à le décoller, provoquant ainsi l'hémorragie à moins qu'une rupture providentielle des membranes n'intervienne pour éviter cet accident.

- Théorie du glissement

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique, mais et surtout celles des variétés centrales. Ces théories

qui semblent apparemment opposées sont en fait complémentaires en raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies de placenta prævia.

#### **4.1.4 Etude clinique**

##### a) L'hémorragie

Elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail d'accouchement. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable faite du sang rouge. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier, sans cause apparente.

##### b) Signes généraux

Leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence. On observe tous les degrés des effets de la spoliation sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardio-vasculaire.

##### c) Signes physiques

- Le palper abdominal montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple, sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.

-Le toucher vaginal qui ne devrait pas être fait avant l'échographie mais très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes, les doigts tombent directement sur le matelas placentaire sous forme de masse molle interposée entre les doigts et la présentation. Le doigt revient avec du sang rouge vif.

## **4.2- L'hématome retro-placentaire (HRP)**

### **4.2.1- Définition**

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi interne de l'utérus. Il est généralement la conséquence de l'hypertension artérielle et grossesse, mais il peut aussi être dû à un traumatisme.

#### 2.4.2.2- Pathogénie de l'hémorragie

Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales provenant des artères spirales irriguer la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisé à la zone utéroplacentaire : ainsi se constitue l'hématome retro-placentaire. Le sang extériorisé n'est pas toujours proportionnel au degré de saignement.

#### 4.2.3 Etude clinique

Le début est brutal, l'HRP survient sans prodrome, parfois sans protéinurie ni même hypertension artérielle préalable. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus ; de perte de sang noir.

##### a) Signes généraux

- altération rapide de l'état général ;
- faciès angoissé ;
- le pouls s'accélère et s'affaiblit ;
- la tension artérielle élevée au début, chute brutalement traduisant le choc ;
- les urines sont réduites en quantité, la protéinurie existe, elle est soudaine et massive : c'est l'ictus albuminurique.

##### b) Signes physiques

- L'examen : l'utérus qui est le siège de l'hémorragie devient dur comme du bois ; dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Il est autant plus dur que l'hémorragie externe est minime. L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre.
- A l'auscultation : les BDCF sont souvent absents.
- Au toucher vaginal : le segment inférieur dur et tendu participe à l'hypertonie utérine.

Le doigtier ramène du sang noirâtre. En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

## **4.3- La rupture utérine (RU)**

### **4.3.1- Définition**

Il s'agit d'une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide [17]. Le diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de mortalité maternelle : 20 à 39,04 % selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94 % des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre.

## **3.2- Pathogénie de l'hémorragie**

L'hémorragie survenant à la suite de l'hémopéritoine à trois origines :

- saignement des berges utérines lésées ;
- la désinsertion de placenta richement vascularisé ;
- la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus. La rupture sur l'utérus cicatriciel qui est une déhiscence est en général moins hémorragique que la rupture sur utérus sain.

### **3.3.1 Etude clinique**

Il y a trois (3) phases :

#### **3.3.1a) Phase de prodromes**

Permet de prévoir l'accident. Les signes de la rétraction utérine apparaissent les premiers : l'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes ; l'utérus se relâche mal. La gestante supporte mal la douleur.

#### **3.3.1b) Phase d'imminence de la rupture**

La rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'élonge, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL, traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction. Le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.

### 3.3.1c) Phase de rupture

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister, le fœtus se trouve dans l'abdomen. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. On peut percevoir le fœtus sous la peau. A côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du contenu. Au toucher vaginal, la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu. La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible.

### 3.3.1e) Rupture de vaisseau prævia ou hémorragie de BENKISER

C'est une hémorragie par rupture d'un vaisseau du cordon ombilical en position prævia, se produit uniquement au cours de l'accouchement lors de la rupture de la poche des eaux. Un vaisseau du cordon ombilical se trouve à la surface des membranes ovulaires. Lors de la rupture de la poche des eaux, spontanée ou provoquée, la déchirure d'un vaisseau aboutit à une hémorragie fœtale massive. Elle se manifeste par un saignement indolore, sans modification de l'état maternel mais avec une souffrance fœtale immédiate. La mortalité fœtale est de 90%. Seule une césarienne en extrême urgence peut sauver le fœtus. L'échographie avec Doppler à codage couleur permet parfois d'en faire le diagnostic avant la rupture de la membrane.

## 5. Le traitement

### 5.1 Le Traitement Préventif

Les hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre sont les plus souvent imprévisibles. En effet, de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur. Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risque tel qu'une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi-fœtale, les antécédents d'hématome retro placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de stupéfiants, d'alcool ou de tabac.

### 5.2 Le Traitement Curatif

Il doit être assuré par une équipe comprenant : un (1) obstétricien et son aide ; un (1) Anesthésiste réanimateur et un (1) pédiatre néo-natale.

#### 5.2.1 Les buts du traitement curatif

- Arrêt de l'hémorragie ;
- Evacuation du contenu de l'utérus si nécessaire ;
- Correction des éventuelles complications.

#### 5.2.2- Les moyens

##### a) Le traitement général

Toute hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse quelle que soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé. De façon générale et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelle que soit l'étiologie de l'hémorragie :

- mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre ;
- mise en place d'une sonde urinaire ; - oxygénation ;
- bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe Rhésus, NFS entre autre) et le bilan de coagulation (Taux fibrinogène). Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible. Les solutés cristalloïdes comme le Ringer Lactate ou sérum salé à 0,9 % sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le Ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80 % de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire. Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemacel sont administrées, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500cc en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique. Si la patiente a préalablement été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps anti-D des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatibles peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs. Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO Rhésus doit être réalisé rapidement. Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou

100ml/min. aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait pas être ajoutée à un dérivé de sang mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

- Correction des troubles de coagulation : fibrinogène, plasma frais congelée (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50.000/mm<sup>3</sup> avec saignement actif.
- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic ; prévention de l'infection par l'antibiotique si nécessaire.

## b) Le traitement obstétrical

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

### b.1) Le placenta prævia

Il y a 3 modalités thérapeutiques :

- la césarienne ; - l'expectative ;
- la rupture des membranes. Un certain nombre de facteurs doivent être pris en considération avant toute décision :
  - le volume du saignement ; - l'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire. - L'état fœtal ; En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet. En cas d'hémorragie importante, avec placenta recouvrant la césarienne s'impose après une transfusion. Si le placenta est latéral ou marginal, la présentation non céphalique, la césarienne est indiquée. Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie, « une femme qui perd les eaux ne perd plus de sang » disait-on déjà au XVIII<sup>ème</sup> siècle, en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse ; dans le cas contraire la césarienne s'impose. En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale. Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34<sup>ème</sup> SA si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée. Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA l'attitude thérapeutique est l'expectative : - Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30 %. - Immunoglobulines anti-D pour les patients de Rhésus négatif ;
  - Corticothérapie pour accélérer la maturation pulmonaire ;
  - Repos stricte au lit avec interdiction de toucher vaginal. Après la 34<sup>ème</sup> SA, une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic fœtal,

mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus.

#### b.2) Hématome retro-placentaire (H.R.P)

Trois (3) facteurs doivent entrer en ligne de compte :

- l'état cardio-vasculaire de la mère ;
- la vitalité du fœtus ;
- la maturité fœtale ;

Devant un hématome modéré ou sévère, il n'y a pas de place pour l'expectative, il faut au contraire agir vite et efficacement. La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un fœtus vivant et viable avec un accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec une hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère. L'accouchement par voie basse peut être envisagé, si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré, l'état maternel est bon ; le travail sera dirigé avec les ocytociques ou déclenché par les prostaglandines. Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près. Il faut se souvenir que, le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome.

#### b.3 La rupture utérine

Le traitement de la rupture utérine est chirurgical : Il s'agit de la laparotomie pour hystérogénésie (c'est-à-dire suture utérine) ou hystérectomie (c'est-à-dire ablation utérine) et traitement des lésions associées.

### 5.3 La Surveillance

Elle est clinique et échographique :

- La surveillance clinique

Elle comporte : L'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls. La température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal (BDCF), les mouvements actifs fœtaux (MAF), les contractions

utérines (CU), le saignement et la diurèse. La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement, les suites de couche doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part.

#### - Surveillance échographique

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps. Car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire de 34 à 35 SA. Ces deux (2) surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement institué.

### **5.4 Evolution et complications**

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, la grossesse se poursuivant jusqu'à terme cependant, en l'absence de traitement ou lorsque celle-ci est inefficace, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être :

#### - Le choc hypovolémie

Particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, et pouvant entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse par un vasospasme des artères nourricières de l'antéhypophyse responsable du syndrome de SHEEHAN ou hypopituitarisme du poste partum décrit en 1937 par SHEEHAN.

#### - Les troubles de la coagulation

Ils sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination. L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

#### - Les syndromes rénaux

- « Le rein de choc »

Les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, car réagit au traitement bien conduit.

- La nécrose corticale du rein

Elle survient dans les suites de couches. Les lésions glomérulaires sont définitives et la mort survient dans un tableau d'insuffisance rénale par anurie.

## **2. 6 Le pronostic**

a) Le pronostic maternel

Si la mortalité maternelle a fortement baissée de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction du fœtus par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux et thrombotiques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH. Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, mettant fin à la procréation et aux règles avec toutes les conséquences psychologiques et sociales que cela peut avoir sur la vie du couple.

b) Le pronostic fœtal

En général, il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'anémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant la mort in-utéro et la mortalité périnatale.

Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic fœtal est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 35 et 39 S.A.