

HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)

DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE (DPPNI)

définition:

- Synonyme :Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)ou placenta abruptio
- Amas de sang entre le placenta et la caduque utérine dû à un décollement précoce, plus ou moins étendu, du placenta au cours de la grossesse ou du travail
- Urgence obstétricale typique.
- pathologie paroxystique « coup de tonnerre dans un ciel serein »
- La partie décollée prématurément du placenta ne participe plus aux échanges fœto-maternels
 - *Conséquences fœtales: souffrance aigue, mort utéro
 - * Conséquences maternelles : troubles hémodynamiques ,anémie , césarienne, inertie, hystérectomiecoagulopathie (CIVD) décès maternel
- l'étiologie n'est pas identifiée

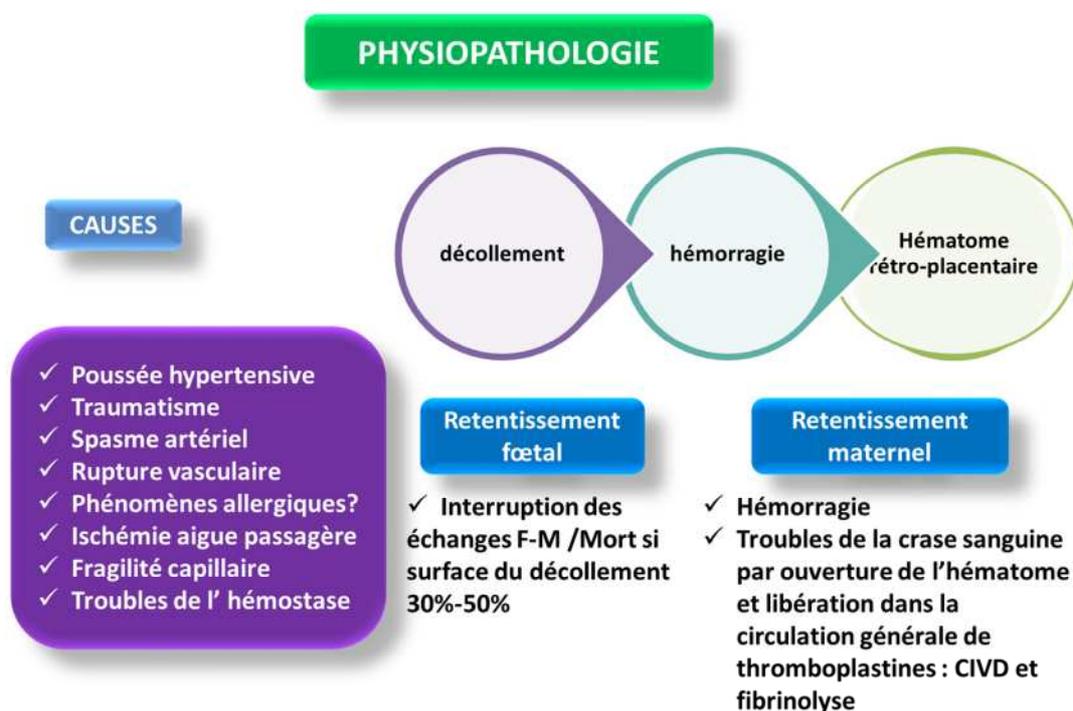
EPIDEMIOLOGIE:

- Accident obstétrical rare: 0,5 à 1 % des accts
- 30% des hémorragies du 3ème trimestre
- 0.28 à 2,7% grossesses.

Anatomopathologie

- HRP = hématome décidual basal placentaire par rupture d'une artériole au niveau de la surface de l'insertion du placenta sur caduque déciduale
 - 1-l' aspect macroscopique de l'hématome:
 - Caillot arrondi noirâtre +/- adhérent aux cotylédons et déprimant le placenta en une cupuleqq cm à + de 10cm
 - formes microscopiques
 - 2- L'aspect microscopique:
 - Amas hématiques (hématies+fibrine).
 - Les cellules environnantes trophoblastiques et déciduales contiennent de l' hémosidérine.
 - des lésions de la plaque basale.
 - des vaisseaux villositaires et utéro-placentaires peuvent montrer une vasodilatation, rare thrombose ou des zones de rupture.

PHYSIOPATHOLOGIE



Ces troubles nécessitent une prise en charge adaptée et rapide avec des complications suites aux complications multiviscérales :

- * choc hémorragique,
- * nécrose rénale tubulaire puis corticale,
- * cytolysé hépatique..

FACTEURS DE RISQUE

- HTA gravidique; chronique ou pré éclampsie (40% à 50%)
(l' HRP complique 2,3% des prééclampsies et 10% des HTA chroniques)
- Traumatisme abdominal(accident de la circulation..)
- version par manœuvres externes pour présentation du siège(surtout quand le placenta est d'insertion antérieure) et la version par manœuvres internes...
- Traction par le fœtus sur l'insertion funiculaire(cordon court ou circulaire)
- Multiparité
- Age maternel avancé(>30 ans)et chez les très jeunes primigestes (18ans)
- Tabagisme, éthyliste et toxicomanie (cocaïne)
- Thrombophilie congénitale (déficit en protéine C)
- ATCD d'HRP
- Décompression utérine/pratique d'amniocentèse
- Fibromes ?
- Dépassement de terme et malformations fœtales
- conditions de travail ...
- RPM ;suite à une évacuation brutale d'hydramnios
- Carences nutritionnelles : fer ,acide folique , vit B12 , Hyperhomocystéinémie
- anticoagulant circulant: AC anti cardiolipine,
- hypofibrinogénémie congénitale
- Une chute brutale et profonde de la tension artérielle maternelle suite à une anesthésie locorégionale au cours de la grossesse peut déclencher le décollement prématuré du placenta

ETUDE CLINIQUE

- Survient de façon imprévisible
- métrorragies de sang noirâtre
- douleur abdominale ou pelvienne brutale et intense, contracture utérine
- mort in utéro
- Parfois associés à un collapsus et un état de choc
- les contractions utérines sont rapprochées, de forte intensité, de longue durée associées ou non à une induration de l'utérus (dur comme du bois), sans relâchement, ou avec un mauvais relâchement entre les contractions utérines
- dans les volumineux hématomes rétro placentaires, l'utérus augmente de volume progressivement entre 2 examens cliniques
- * Les saignements génitaux sont souvent du sang noir car il s'agit du sang déjà coagulé (qui n'est pas frais et congelé comme c'est le cas des saignements observés dans le placenta previa)
- l'importance de ces saignements dépend de :
 - *de l'étendue de la surface du décollement placentaire
 - *de la localisation du décollement placentaire :marginal ou central
 - *dans le cas de décollement marginal, l'hématome résultant peut s'évacuer via le col utérin et le vagin en décollant les membranes amniotiques
 - *au contraire en cas de localisation centrale l'hématome rétro placentaire est retenu entre le placenta et la paroi utérine , donc il ne peut pas s'évacuer, et la mère ne présente pas de saignements génitaux extériorisés
 - * dans ce dernier cas les saignements peuvent apparaître après l'expulsion du placenta
- * La clinique est plus performante que l'échographie



Décollement prématuré marginal d'un placenta normalement inséré à 29 semaines d'aménorrhée



Décollement prématuré et massif et central d'un placenta normalement inséré à 29 semaines d'aménorrhée

Parfois :

- * une anomalie isolée du rythme cardiaque fœtal : tachycardie fœtale et/ou des ralentissements ;
 - * simple menace d'accouchement prématuré ou une mise en travail spontané à terme ;
 - * apparition brutale des contractions utérines le seul élément pouvant évoquer le diagnostic de la présence d'un hématome rétro placentaire associé.
- Parfois le diagnostic est fortuit, lors de la réalisation d'un examen échographique.
 - Dans certains cas, le diagnostic est fait après l'accouchement par voie basse ou par césarienne

FORMES CLINIQUES

- f d'une MAP: risque d'être traité par les B mimétiques
- f frustes: tableau de douleur abdominale aiguë isolée brutale souvent régressive
- f associée à une placenta praevia: intervention en urgence : risque hémorragique majeur
- f survenant lors de travail : raccourcissement du travail+anomalie de la dynamique utérine +SFA

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Confirment le diagnostic et apprécient le retentissement fœtal et maternel : Biologie;échographie;Tocographie
 ERCF

BIOLOGIE

- Groupage RH,
- Hématocrite, Hb
- Albuminurie,
- Bilan d'hémostase(troubles de la crase) :plaquettes et fibrinogène, TCA , TP
- PDF (D-dimères) , facteurs de coagulation II,V, VII, X

ÉCHOGRAPHIE A/P

- N'est pas performante dans les formes cliniques précoces
- Vitalité fœtale :Positive ou négative
- Diagnostic différentiel (placenta praevia)
- Volume d'HRP:500g_2000g
- L'image typique de L'hématome rétroplacentaire :Zone linéaire, ou lenticulaire biconcave, bien limitée ,vide d'écho (anéchogène)
- Parfois les signes sont discrets, l'absence de l'image caractéristique n'exclut pas le diagnostic

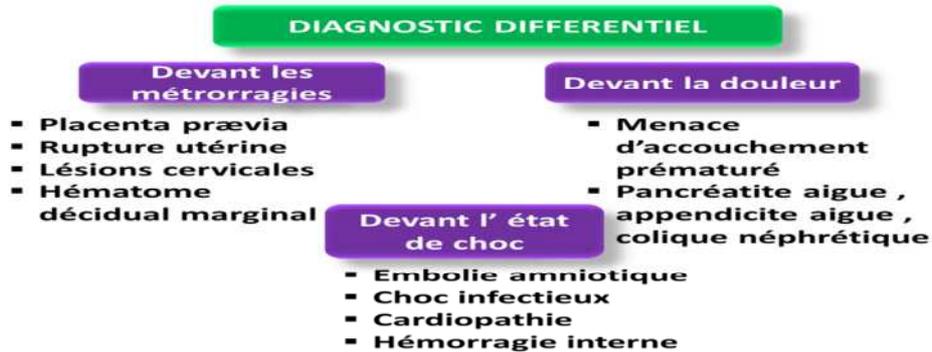


CARDIOTOCOGRAPHIE

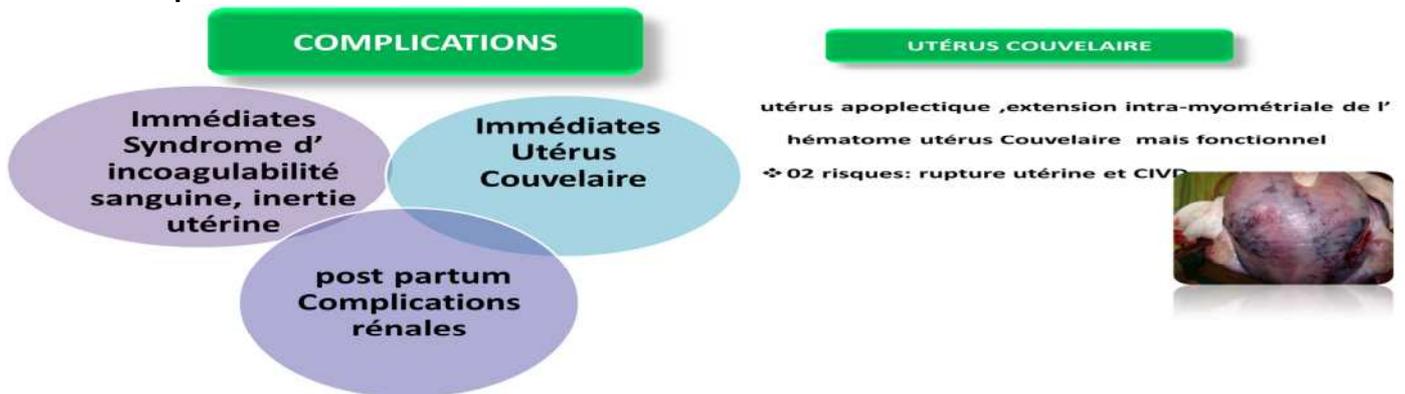
-Signes d'asphyxie périnatale

-au cours du travail apparition de décélérations du RCF lors de chaque contraction utérine ou d'hypertonie utérine

Diagnostic différentiel



Complication



ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

CLASSIFICATION DE SHER

GRADE I

DISCRET

Métrorragie minime isolée, DLR

GRADE II

MODÉRÉE

Symptomatologie plus complète, enfant vivant

GRADE III

SÉVÈRE

Mort fœtale : A : sans troubles de la coagulation
B : avec troubles de la coagulation

TRAITEMENT:

BUTS

- ✓ Restaurer les pertes sanguines
- ✓ Assurer l'hémostase

CAT en urgence

préparation

2 AVS + sonde urinaire + bilan

Compenser les pertes

Solutés de remplissage (concentrés globulaires iso groupe iso Rh)

- ✓ Précoce, traitement le plus efficace par l'évacuation du placenta et l'hématome

Assurer l'hémostase

- ✓ Apport des facteurs déficitaires : plasma frais congelé, concentrés plaquettaires si inf à 50 000/mm³

- ✓ Lutter contre l'inertie utérine
- ✓ syntocinon

- ✓ Cytotec (misoprostol) 600 ug en intrarectal
- ✓ Nalador (sulprostone) : 200 à 500 ug la 1^{ère} heure Puis 100 ug /h

- ✓ Lutter contre la coagulopathie
- ✓ Novoseven facteur 7 recombinant



**Révision utérine
+ ocytociques**

Systématique ,risque d'inertie utérine

Suites de couches

**ATBthérapie , anticoagulation;
surveillance de la fonction rénale ,
prévention Rh**

**Hystérectomie d'
hémostase**

**Exceptionnelle ,car le myomètre
malgré son aspect souvent
alarmant ,récupère bien**

Traitement préventif

**Le risque de récurrence est de 10 à
15 % si un seul épisode d' HRP**

**Le risque de récurrence est de 25 à
45% si 02 épisodes d' HRP**

**Cette population doit subir un bilan dès le premier
trimestre :**

- **surveillance de la TA**
- **uricémie ? créatinémie**
- **FNS**
- **TP,TS, facteurs de coagulation**

**surveillance intensive
aspirine (100 mg /j) de 14 SA à 34 SA , HBPM; acide
folique**

CONCLUSION

**l' HRP reste une complication grave du 3eme
trimestre ,mettant en jeu le pronostic vital foetal et
maternel
 ,il faut extraire le foetus rapidement par césarienne
s'il est vivant ; s'il est mort par voie basse a
condition que la rea soit efficace**