



Faculté de Médecine
Département de Médecine

Cours de Gynécologie obstétrique
5^{ème} année médecine

HEMATOME RETROPLACENTAIRE

Pr MOULAY El Hadj
Gynécologie obstétrique
Année 2020

PLAN

- I) DEFINITION
- II) EPIDEMIOLOGIE
- III) ANATOMIE- PATHOLOGIE
- IV) CLINIQUE
- V) EXAMENS COMPLEMENTAIRES
- VI) FORMES CLINIQUES
- VII) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- VIII) PRONOSTIC
- IX) TRAITEMENT
- X) CONCLUSION



OBJECTIFS

- Connaitre les éléments de diagnostic précoce de l'HRP.
- Identifier les facteurs de risque.
- Surveillance préventive des paramètres à haut risque et un traitement institué en urgence afin d'éviter les complications maternelle et foétale.



I) DEFINITION

L'HRP est due à un **décollement prématuré d'un placenta normalement inséré** ; aboutissant à la formation d'un hématome volumineux et extensif qui va entraîner une interruption des échanges foeto-maternels et retentit rapidement sur l'hémodynamique et la coagulation maternelle.



II) EPIDEMIOLOGIE

Facteurs de risque :

- **HTA gravidique** : dans 50 % des cas.
- Carences nutritionnelles.
- Tabagisme. Abus d'alcool.
- Age et parité interviennent par le biais de l'HTA.
- **Accidents funiculaires** : (brièveté du cordon et circulaire du cordon).
- **HRP post traumatique** : secondaire à un accident de la circulation lors d'un port de la ceinture de sécurité
- **Carence en vitamine C** qui est responsable de l'élévation des taux plasmatiques d'histamine qui joueraient un rôle dans la genèse de l'HRP.
- **Hématomes iatrogènes** :
 - Traumatismes obstétricaux lors de VME, et dans ce cas le risque est grand surtout lorsque le placenta est antérieur et associé à une HTA gravidique.
 - HRP par amniocentèse surtout lorsqu'elle est faite précocement.
- HRP secondaire à l'évacuation d'un hydramnios

III) ANATOMIE-PATHOLOGIE

Le DPPNI réalise un **hématome décidual basal par décollement**

Macroscopie :

- * C'est un caillot de sang arrondi, noirâtre, adhérent et déprimant le placenta en une cupule ; due à la compression des cotylédons.
- * Cet hématome est toujours surmonté d'une zone placentaire infarctée associée à des lésions de nécrose ; d'infarctus placentaire et des thromboses inter villeuses et utéro-placentaires.
- * Dans les formes graves d'apoplexie ; on peut observer des lésions ecchymotiques ; suffusions hémorragiques ou oedème au niveau des organes de voisinage ; exceptionnellement à distance : foie ; pancréas ; reins.

Microscopie :

- * Amas hématiques formés de fibrine et d'hématies.
- * Lésions de nécrose au niveau de la plaque basale.
- * Au niveau des vaisseaux utéro-placentaires : vasodilatation, thromboses, rupture vasculaire et nécrose.

IV) CLINIQUE :

TYPE DE DESCRIPTION: FORME GRAVE

1) Signes fonctionnels :

Douleur : c'est une douleur brutale ; **constante, intense**, en coup de poignard siégeant au niveau de l'utérus et irradiant vers les régions lombaires ; le plus souvent suraiguë contrairement aux CU douloureuses, et elle est **permanente** et va persister jusqu'à l'évacuation utérine.

Hémorragie peu abondante, faite de sang noirâtre incoagulable. Ce signe peut manquer dans 15 à 20 % des cas.

Nausées, vomissements, des signes de pré-éclampsie (céphalées, barre épigastrique, troubles sensitifs...) moins évocateurs et moins constants.



2) Examen général :

Montre les signes d'état de choc : Pâleur, refroidissement des extrémités.

La TA peut être normale ou effondrée dans les formes les graves.

On s'attachera plus aux valeurs de l'accélération du pouls.

Recherche les pétéchies ou ecchymoses au niveau de la peau et des muqueuses

Albuminurie ; oligurie : de règle.

Température normale.



3) Examen Abdominal :

- Hypertonie utérine permanente douloureuse jusqu'à la contracture utérine moulant le fœtus.
- Augmentation de la HU : constitue une donnée de surveillance tardive et difficile à apprécier.

4) Examen gynécologique :

*BCF: (-) dans la plupart des formes graves.

*T.V : Col parfois modifié confirmant le début du travail.

→ Une fois le Diagnostic posé, la réanimation maternelle s'impose après avoir pratiqué un bilan materno-fœtal qui tiendra compte de :

-l'état maternel.

-Terme de la grossesse et de la vitalité fœtale

- si fœtus mort ⇒ évacuation utérine.
- Si fœtus vivant et viable ⇒ césarienne pour éviter les complications.



V) EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1 - Biologie :

- Albuminurie massive.
- Hyper uricémie
- Bilan hématologique apprécie les troubles de la coagulation : étude de la crase sanguine : diminution des facteurs de la coagulation
- CIVD biologique souvent
- modérée (fibrinogène, plaquettes ↓ et PDF ↑)
- Anémie fonctionnelle due au volume de la déperdition sanguine (Hb et FNS).



2-Echographie :

- Confirme la mort fœtale dans les formes graves.
- Apprécie au mieux le volume de sang épanché.
- Zone anéchogène entre la paroi utérine et le placenta au niveau de la plaque basale
- Zone étalée et biconvexe \Rightarrow aspect lenticulaire.
- Si hématome important \Rightarrow placenta refoulé ; bombe dans la cavité utérine.



3-Cardiotocographie (monitoring) :

Enregistre les CU et les BCF.

- ⇒ Aspect typique d'une souffrance fœtale anoxique.
- RCF signe d'anoxie : césarienne d'urgence
- Activité utérine : CU de hautes fréquences ; évocatrice d'HRP..



VI) FORMES CLINIQUES

1-Formes frustrées :

- Tableau d'une douleur abdominale aigüe ; isolée brutale et souvent régressive .
- Pas d'état de choc.
- Biologie : hyper uricémie, thrombopénie.
- Cardiotocographie : souffrance fœtale et hypertonie.
- Echographie : HRP isolé, hypotrophie fœtale.

2-Formes trompeuses :

- Evoquant un PP sachant que l'association est possible.



3-Formes compliquées :

- **Nécrose corticale des reins :**

survient dans les formes les (+) graves avec choc hémorragique et troubles de la crase sanguine .Cette nécrose est due à un défaut de remplissage vasculaire d'où la mesure de la pression veineuse centrale.

- **Rupture utérine :**

survenant sur utérus cicatriciel ou non, c'es une cause de mortalité maternelle.

-Suspectée en cas aggravation brutale de l'hémorragie et des troubles de l'hémostase et apparition d'une atonie utérine malgré la compensation sanguine.

-CAT : césarienne ou révision utérine si voie basse .

- **Crise d'éclampsie :** accident grave de l'HTA gravidique.

- **HELLP syndrome**



VII) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Placenta prævia
- Lésions cervicales.
- Hémorragie de Benkiser.
- Rupture utérine proprement dite, notion de cicatrice évocatrice.
- Choc hémorragique \Rightarrow embolie amniotique.
- Syndrome douleur abdominal : appendicite, colique néphrétique ...
- Hématome décidual marginal en relation avec le décollement marginal d'un PP latéral.



VIII) PRONOSTIC

1) Fœtal :

- Mortalité : dominée surtout par la prématurité.
- Morbidité : liée aux lésions de souffrance fœtale chronique.

2) Maternel :

- Lié à la cause ; la sévérité de l'HRP compliqué ou non et à la durée de l'évolution de l'hémorragie.



IX) TRAITEMENT

- Evacuation utérine constitue la base du traitement obstétrical ; nécessaire pour obtenir l'arrêt de l'hémorragie et éviter les complications.
- Restauration de l'hémodynamique efficace et de la coagulation repose sur la réanimation médicale.



1) Traitement préventif : traitement de la cause.

- HTA gravidique : chez la femme à risque de récurrence d'HTA gravidique et d'HRP.
- Surveillance obstétricale (clinique - biologie).
- Antiagrégants plaquettaires = aspirine.
- Traitement de l'HTA gravidique.

2) Traitement curatif :

- Restauration des pertes sanguine : transfusion.



3) Traitement obstétrical :

a) Evacuation utérine :

*Si fœtus mort, évacuation par :

⇒ Voie basse après rupture large des membranes.

⇒ Césarienne pour sauvetage maternel.

- Prévention Rhésus++

*Si fœtus vivant:

- Le choix de voie basse ou voie haute doit tenir compte du type de la présentation, de la parité, des antécédents, du terme de la grossesse et de la souffrance fœtale chronique (RCUI).

b) Hystérectomie d'hémostase : en cas de :

- Saignement persistant d'origine utérine incontrôlable
- Apoplexie utérine.



X)CONCLUSION

- C'est une **urgence obstétricale** mettant en jeu le pronostic fœtal et maternel.
- La conduite médicale repose sur la **précocité du diagnostic** ; une **surveillance préventive** des paramètres à haut risque et un traitement institué en urgence afin d'éviter les complications maternelle et fœtale.



MERCI
DE VOTRE ATTENTION

