

ITEM 23 : HEMORRAGIE GENITALE LORS DE LA GROSSESSE

- **Examen au spéculum** systématique : origine **endo-utérine** (métrorragie) ou **cervico-vaginale** des saignements
 → Injection de **gammaglobuline anti-D** dans les **72h** si patiente Rh-, père Rh + ou inconnu et fœtus Rh+ ou inconnu

1 ^{er} trimestre	= 25% des grossesses : 1 ^{er} motif de cs aux urgences gynécologiques, évolution défavorable dans 50% des cas (ASP) - Evaluation du retentissement maternel : signes cliniques d'anémie, NFS	
	GEU (1%)	→ Toute femme consultant pour métrorragie du 1 ^{er} trimestre a une GEU jusqu'à preuve du contraire
	Avortement spontané précoce (12%)	= Expulsion d'un fœtus avant qu'il ne soit viable (22 SA) = précoce si ≤ 12 SA : 20% des grossesses - Cause : anomalie chromosomique (60%), SAPL , médicament tératogène , malformation
		C - Métrorragie : sang rouge, d'abondance variable (parfois cataclysmique), avec caillots et débris - Douleur pelvienne : médiane, à type de crampes, intermittente (colique) - Disparition récente des signes sympathiques de grossesses (nausée, tension mammaire...) - TV : indolore, col utérin ouvert (perméable au doigt), mou
		PC - Echo : - Sac ovulaire intra-utérin bien visible (couronne trophoblastique échogène) - Embryon > 6 mm sans activité cardiaque ou à 2 reprises à 7 jours d'écart si < 6 mm - Œuf clair : sac intra-utérin aplati, hypotonique, en voie d'expulsion
		TTT - Abstention thérapeutique avant 8 SA : attente de l'expulsion spontanée complète du sac (s'assurer ensuite de la vacuité utérine) → aspiration endo-utérine si échec - Prostaglandine = misoprostol (hors AMM) : si œuf de petite taille, hémorragie peu importante - Aspiration-curetage endo-utérin : si avortement spontané hémorragique ou > 8 SA avec rétention de débris de trophoblaste → Examen histologique des débris systématique → Complication : perforation , rétention , syndrome d'Asherman (synéchie), infection
		ASP à répétition = ≥ 3 ASP consécutifs < 14 SA : bilan étiologique (négatif dans 70% des cas) - Echo pelvienne : anomalie utérine = malformation , myome , béance cervico-isthmique - Caryotypes parentaux : translocation réciproque équilibrée ou robertsonienne - Bilan hormonal : insuffisance ovarienne prématurée , dysthyroïdie , diabète - Bilan de coagulation : coagulopathie (mutation facteur V Leiden, facteur II...), SAPL → TTT préventif en cas de thrombophilie : aspirine à faible dose ± héparine (HBPM)
	Grossesse intra-utérine évolutive (12%)	C - Signes sympathiques de grossesse omniprésents - Métrorragie de faible abondance, souvent récidivantes, isolées (sans douleur) - Abdomen souple et indolore - TV : indolore, utérus augmenté de volume, col fermé
		PC - Echographie : sac intra-utérin contenant un embryon avec activité cardiaque , de taille correspondant au terme, souvent avec une image de décollement trophoblastique - Si vacuité utérine et hCG < 1500 UI/L : cinétique normale de l'hCG (doublement en 48h)
		TTT - Repos avec surveillance - Pronostic : risque d'extension du décollement trophoblastique et d'avortement spontané
	Môle hydatiforme (maladie trophoblastique)	= Maladie gestationnelle trophoblastique : dégénérescence kystique des villosités du trophoblaste, généralement en l'absence d'embryon (40% d'accouchement à terme si embryon) - Evolution : risque de choriocarcinome si môle complète (15%) ou partielle (1%)
		C - Métrorragies répétées ± abondantes - Signes sympathiques de grossesse exacerbés (hyperproduction d'hCG) - TV : utérus mou, anormalement volumineux pour le terme, ovaires ↗ de volume et sensibles
		PC - Taux d'hCG anormalement élevé (> 100 000 UI/L) - Echo : absence d'embryon, image intra-utérine caractéristique en « tempête de neige » (hétérogène, floconneuse), ovaires ↗ de volume poly-kystiques
		TTT - Aspiration endo-utérine sous contrôle écho avec examen histologique (confirmation) - Contrôle de la vacuité utérine : écho pelvienne à J7-J14 - Surveillance 1/semaine de la décroissance du taux d'hCG jusqu'à négativation (< 6 mois), puis contrôles répétés pendant 1 an , associé à une contraception efficace au moins 6 mois - Choriocarcinome = absence de décroissance ou réascension du taux d'hCG : bilan d'extension (échographie hépatique et pelvienne + RP) → chimiothérapie
	Lyse d'un jumeau = Mort d'un embryon d'une grossesse multiple multi-choriale : rare, risque d' ASP global	

2 nd trimestre	Etiologie	<ul style="list-style-type: none">- Avortement spontané tardif = > 12 SA : à évoquer en priorité, rare (1%), le plus souvent par chorio-amniotite, infection maternelle, béance cervicale, malformation, thrombophilie ou cause génétique- Placenta bas inséré (= placenta praevia au 2nd trimestre)- Hématome rétro-placentaire ou hématome décidual marginal- Idiopathique (30%) : de meilleur pronostic	
	Evolution	<ul style="list-style-type: none">- Risque d'avortement spontané tardif, de prématurité ou d'hypotrophie fœtale- Risque de mortalité périnatale plus important	
3 ^{ème} trimestre	= < 5% des grossesses : urgence diagnostique et thérapeutique, évaluation du retentissement materno-fœtal		
	PEC	<ul style="list-style-type: none">- Examen clinique complet : retentissement maternel (pouls, TA), examen au spéculum (origine endo-utérine)- TV contre-indiqué avant une échographie éliminant un placenta praevia : risque d'hémorragie cataclysmique- Rythme cardiaque fœtal : souffrance fœtale anoxique- Echographie obstétricale (avant le TV) : position du placenta, hématome rétro-placentaire, décollement décidual marginal, bien-être fœtal (score de Manning)- Mesures associées : NFS, bilan de coagulation, groupage sanguin, RAI et pose de VVP, mise en réserve de CGR	
	Hématome rétro-placentaire	= Décollement prématuré du placenta normalement inséré : généralement en contexte hypertensif	
		<ul style="list-style-type: none">- 30% des causes de métrorragie du 3^{ème} trimestre, mortalité périnatale = 30 à 50%- Fœtus : ↘ surface d'échanges materno-fœtaux → hypoxie aiguë jusqu'à la mort fœtale in utéro- Mère : passage de thromboplastine placentaire dans la circulation → fibrinolyse, CIVD	
		FdR	<ul style="list-style-type: none">- HTA gravidique et prééclampsie- Age maternel avancé- Traumatisme abdominal- Dépassement du terme- Toxique : cocaïne, tabac, alcool- Multiparité
		C	<ul style="list-style-type: none">- Douleur pelvienne en coup de poignard, brutale, intense, permanente- Métrorragie : sang noirâtre de faible abondance, incoagulable- Palpation abdominale : utérus dur (« de bois »), ↗ hauteur utérine
		PC	<ul style="list-style-type: none">→ Ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique : diagnostic clinique- Electro-cardio-tocographie externe : anomalies du rythme cardiaque fœtal- Echo : - Elimine un placenta praevia<ul style="list-style-type: none">- Confirmation : image anéchogène en lentille biconvexe entre le placenta et l'utérus- Recherche d'activité cardiaque fœtale→ L'absence d'HRP visible à l'échographie n'élimine pas le diagnostic
		TTT	Forme incomplète avec fœtus vivant
	Forme complète avec mort fœtale (CIVD constante)		<ul style="list-style-type: none">- Expulsion par voie basse : rupture manuelle des membranes si accessible ou maturation cervicale par prostaglandine sinon→ Anesthésie péridurale contre-indiquée en cas de CIVD- Réanimation maternelle (CIVD constant) : oxygénation, remplissage, transfusion (CGR, PFC, plaquettes)
	Placenta praevia	= Implantation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus : 30% des cas, 1% des grossesses	
<ul style="list-style-type: none">- Segment inférieur : 10 cm, n'apparaît qu'après 32 SA par les contractions utérines de Braxton-Hicks- Classification : - Latéral : à distance de l'orifice interne du col<ul style="list-style-type: none">- Marginal : le bord inférieur du placenta atteint l'orifice interne du col sans le recouvrir- Partiellement recouvrant ou recouvrant- Placenta accreta = placenta praevia sur cicatrice de césarienne antérieure → risque d'envahissement vésical (hématurie)			
FdR		<ul style="list-style-type: none">- Antécédent : placenta praevia, césarienne, aspiration endo-utérine, endométrite- Terrain à risque : multiparité, âge maternel avancé, grossesse multiple, tabac- FdR gynécologique : malformation utérine, fibrome endo-utérin sous-muqueux	
	C	<ul style="list-style-type: none">= Très longtemps asymptomatique, découverte fortuite à l'échographie fréquente- Métrorragie d'apparition brutale, de sang rouge coagulable, indolore ou avec contractions utérines sans douleur permanente, parfois très abondante- Utérus souple et indolore	

3 ^{ème} trimestre	Placenta praevia	PC	<ul style="list-style-type: none">- Echo obstétricale par voie abdominale puis endovaginale (non contre-indiquée) : localisation exacte du placenta, recherche de décollement placentaire associé, vitalité/présentation fœtale- Electro-cardio-tocographie externe : recherche d'anomalies du rythme cardiaque fœtale	
		Complications	Maternelle	<ul style="list-style-type: none">- Hémorragie récidivante, parfois cataclysmique : choc hémorragique- Allo-immunisation foeto-maternelle- Post-partum : carence martiale, ↗ risque thrombo-embolique
			Foetale	<ul style="list-style-type: none">- Souffrance fœtale aiguë par hypoxie avec risque de mort fœtale in utéro- Rupture prématurée des membranes- RCIU (mauvaise vascularisation placentaire)- Risque de prématurité induite (hémorragie génitale, RPM)- Présentation dystocique- Procidence du cordon en cas de RPM → césarienne- Mortalité périnatale = 5-6%
		TTT	Découvert fortuitement	<ul style="list-style-type: none">- En ambulatoire : - Repos avec arrêt de travail- Information sur le risque de saignement- Suivi échographique
			Symptomatique non grave	<ul style="list-style-type: none">= Aucun signe de mauvaise tolérance fœtale et saignement modéré- Hospitalisation en maternité de niveau 3- Remplissage +/- transfusion- Repos au lit + Bas de contention- Corticothérapie prénatale < 34 SA et sulfate de magnésium < 33 SA- Tocolyse (privilégier un antagoniste de l'ocytocine) : discutée en cas de contractions utérines aggravant le saignement, après avoir éliminé un HRP- Accouchement : - Non recouvrant → attente de mise en travail spontané- Recouvrant → césarienne prophylactique programmée
			Symptomatique grave	<ul style="list-style-type: none">= Hémorragie abondante ou anomalie du rythme cardiaque fœtale- Extraction fœtale par césarienne en urgence
	Hématome décidual marginal	<ul style="list-style-type: none">= Décollement d'une portion périphérique du placenta- Métrorragie de faible abondance, examen clinique normal, sans signe de souffrance fœtale- Echographie : taille et localisation de l'hématome- TTT : repos avec surveillance en milieu hospitalier		
	Hémorragie de Benckiser	<ul style="list-style-type: none">= Hémorragie fœtale par dilacération d'un vaisseau praevia lors de la rupture de membrane (vaisseau normalement absent des membranes : cotylédon accessoire ou insertion vélamenteuse du cordon) : très rare, risque vital majeur pour le fœtus (mortalité proche de 100%), sans retentissement maternel- Lors de la rupture de la poche des eaux : - Métrorragie franche de sang rouge, indolore- Etat maternel conservé- Souffrance fœtale immédiate avec anomalie sévère du rythme cardiaque <p>→ Sauvetage fœtal par césarienne en urgence (15 minutes)</p>		
	Autres	<ul style="list-style-type: none">- Métrorragie après rapport sexuel- Modifications cervicales liées aux contractions <p>→ Diagnostics d'exclusions</p>		
	Hémorragie de la délivrance	<ul style="list-style-type: none">- Cf item 33		
DD	<p>→ Examen au spéculum systématique : origine cervico-vaginale des saignements, généralement bénin</p> <ul style="list-style-type: none">- Cancer du col (1^{ère} cause à éliminer) : lésion bourgeonnante, saignant au contact → biopsie cervicale- Ectropion : extériorisation de la muqueuse glandulaire endo-cervicale- Cervicite : col inflammatoire, saignant au moindre contact, glaire cervicale louche → antiseptique local- Polype accouché par le col : bénin, sans incidence sur la grossesse (ne pas toucher : risque hémorragique)- Lésion traumatique : plaie cervicale et/ou vaginale			