

# Hémorragie génitale pendant la grossesse

[Gynéco-obstétrique](#)

Fiche réalisée selon le [plan OD](#)

[Item ECNi 23](#)

---

Dernières mises à jour

Sources

Sommaire

---

**!! URGENCES !!**

Etiologies
T1 : GEU
T2 et T3 : Hématome rétroplacentaire (HRP)
Post-partum : Hémorragie de la délivrance

---

## 1) Etiologie <sup>1A</sup>

### A) 1er trimestre

*Les hémorragies du premier trimestre concernent 25% des grossesses.*

Etio	Clinique	Paraclinique
------	----------	--------------

<p><u>Grossesse extra-utérine</u> (GEU) (1%)</p>	<p>Hémorragies peu abondantes, noirâtres (« sépia ») Douleurs pelviennes latéralisées sourdes avec des accès intenses TV : utérus de taille inférieure à celle du terme attendu, col tonique et fermé, masse latéro-utérine douloureuse Douleurs provoquées dans un cul-de-sac latéral, dans le Douglas ou mobilisation utérine</p>	<p>Echo pelvienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utérus vide malgré âge gestationnel &gt; 5,5SA et/ou taux d'hCG <math>\geq</math> 1000-1500 UI/L</li> <li>- Masse latéro-utérine inconstante <math>\pm</math> caractéristique : sac ovulaire typique avec embryon et activité cardiaque</li> <li>- Image en cocarde (10-20mm) avec couronne échogène (trophoblaste) et un centre clair</li> <li>- Masse hétérogène non spécifique</li> <li>- Epanchement dans le douglas</li> </ul>
<p>Grossesse intra-utérine évolutive avec un <b>hématome décidual</b> (12%)</p>	<p>Hémorragies isolées, sans douleurs, souvent récidivantes</p>	<p>Echo pelvienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sac ovulaire intra-utérin d'aspect conforme à l'âge gestationnel avec un embryon vivant présentant une activité cardiaque régulière.</li> <li>- Hématome décidual : image liquidienne entre les contours de l'oeuf et la paroi utérine.</li> </ul>

<p><b>Grossesse intra-utérine non évolutive</b> (12%) *</p>	<p>Disparition récente des signes sympathiques de grossesse</p> <p>Hémorragies franches, de sang rouge, avec caillots et « débris »</p> <p>Douleurs pelviennes médianes, intermittentes à type de contractions « comme des règles »</p> <p>Col utérin mou, perméable au doigt</p> <p>Forme récidivante : ≥ 3 avortements spontanés consécutifs &lt; 14SA</p>	<p>Echo pelvienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sac ovulaire utérin bien visible, reconnaissable par sa couronne trophoblastique échogène</li> <li>- Embryon sans activité cardiaque ou œuf clair (= sans écho embryonnaire) souvent aplati, à contours irréguliers, plus petit que ne le voudrait à l'âge de la grossesse.</li> </ul>
<p>Grossesse molaire = môle hydatiforme (exceptionnel)</p>	<p>Signes sympathiques de grossesses très intenses</p> <p>Utérus de taille supérieure à celle attendue pour le terme</p>	<p>Taux d'hCG très élevé</p> <p>Echo pelvienne : utérus très occupé par une masse hétérogène, floconneuse, contenant de multiples petites vésicules. Présence de 2 gros ovaires polykystiques. Il n'y a ni cavité ovulaire ni embryon visible.</p>
<p>Autres causes exceptionnelles ✕</p>	<p>–</p>	<p>–</p>

\* Les fausses couches spontanées sont fréquentes (10-15% des grossesses) et n'ont aucune conséquence sur l'avenir obstétrical, généralement liées à une anomalie chromosomique (60%). Il existe cependant des formes récidivantes (≥ 3 FCS avant 14 SA) qui nécessitent une enquête étiologique (cf. partie 2 Paraclinique). Le plus souvent, aucune cause n'est retrouvée et les avortements sont dits idiopathiques.

✕ Les autres causes d'hémorragie au T1 comportent les maladies trophoblastiques (môle hydatiforme + tumeurs malignes du trophoblaste<sup>0</sup>), la lyse d'un jumeau, le cancer du col...

## B) (2e et <sup>0</sup>) 3e trimestre

Etio	Clinique	Paraclinique
------	----------	--------------

<p><b>Placenta praevia</b></p>	<p>Terrain : ATCD de curetage, chirurgie utérine, césarienne Hémorragie abondante, de sang rouge et coagulable souvent récidivante ± retentissement maternel (pouls accéléré, TA normale ou abaissée). Souvent associée à des contractions utérines mais sans douleurs utérines permanentes. Utérus souple et indolore entre les contractions Présentation foetale pathologique fréquente : siège ou transverse Activité cardiaque bien perçue</p>	<p>Echo : placenta bas inséré à proximité de l'orifice interne du col (&lt; 50 mm) ou recouvrant le col</p>
<p><b>Hématome rétroplacentaire</b> (= HRP, urgence vitale!)</p>	<p>Terrain : âge &gt; 35 ans, HTA, tabac, cocaïne, primipare, thrombophilie Hémorragie peu abondante, noirâtre, incoagulable Associée à des douleurs utérines brutales, permanentes, qui dominant le tableau. Retentissement maternel sévère : état de choc, tachycardie, TA variable parfois élevée (HTAG ou pré-éclampsie) Contracture utérine permanente et douloureuse « ventre de bois » Activité cardiaque foetale non perçue dans les formes complètes</p>	<p>Echo (inconstant) : hématome visualisé au niveau du placenta (forme antérieure et récente), placenta en position haute à distance du segment inférieur</p>
<p>Mise en travail <sup>0</sup></p>	<p>Contraction utérines régulières et douloureuses TV : col modifié</p>	<p>—</p>

### C) Post-partum

Etio	Clinique
<p><b>Hémorragie de la délivrance</b> (7 % des naissances, urgence !)</p>	<p>FdR : fibromes, placenta praevia, utérus cicatriciel, ATCD d'hémorragie de la délivrance, travail déclenché, rapide ou prolongé, hyperthermie, macrosomie, hydramnios, grossesse multiple, grande multiparité, absence d'injection d'utérotonique dans les secondes qui suivent la naissance de l'enfant. Pertes sanguines &gt; 500 mL après la naissance.</p>

## 2) Orientation diagnostique

### A) Clinique

Le principal signe d'orientation est le **terme de la grossesse**.

**Interrogatoire** : ATCD, signes sympathiques de grossesse, histoire de la grossesse, aspect et abondance des hémorragies, présence de symptômes associés (douleur, contractions utérines).

#### Clinique

- Etat général et constantes
- Palpation de l'abdomen
- Pose de spéculum : aspect des saignements et du col
- TV : évaluation du col, utérus, masse, douleur (**ATTENTION** : le **TV est interdit au 3ème trimestre** tant qu'il existe une suspicion de placenta praevia)
- Perception des bruits du coeur (à partir du 2ème trimestre)

### B) Paraclinique

Bilan devant une hémorragie génitale en cours de grossesse
<p style="text-align: center;"><b>Hémorragie génitale au T1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosage plasmatique d'hCG si doute sur l'état de grossesse</li> <li style="padding-left: 20px;">- Echographie pelvienne par voie vaginale</li> <li style="padding-left: 40px;">- Bandelette urinaire</li> </ul>

### Hémorragie génitale au T3 (retentissement et préopératoire)

#### Biologie plasmatique et urinaire

- Bilan pré-opératoire : NFS, plaquettes, groupe, RAI, coag complète, test de Kleihauer
  - Dosage IgG anti-D si femme rhésus négatif
  - Bandelette urinaire

#### Imagerie

- Echo obstétricale : vitalité ou mort foetale, position du placenta, recherche d'un hématome, RCIU (doppler des artères utérines)
  - Enregistrement cardiotocographique

A part, il faut également penser au bilan étiologique devant des FCS récidivantes

### Bilan étiologique devant des avortements spontanés à répétition

#### En première intention

- Hystérogaphie (à la recherche d'une malformation utérine)
- Sérologie lupique et recherche d'anticoagulant circulant (à la recherche d'un SAPL ou lupus)
  - Caryotype des deux membres du couple
  - Prélèvements bactériologiques vaginaux et endocervicaux (endométrite chronique)
  - Bilan hormonal et glycémie (à la recherche de causes hormonales et métaboliques, controversées : dysovulation, hyperandrogénie, hypothyroïdie, diabète)

**En seconde intention** : recherche d'anticorps cytotoxiques anti-lymphocytes paternels dans le sérum maternel (cause rare et controversée)

## C) Synthèse<sup>0</sup>

(non réalisée pour le moment)

## 3) Prise en charge<sup>1A</sup>

### A) Hémorragies du 1er trimestre

> **GEU** : [PEC spécifique](#)

> **GIU avec hématome décidual** : surveillance simple<sup>0</sup>

> **Maladie trophoblastique**

- Aspiration sous contrôle écho avec anapath systématique

– Suivre la décroissance des  $\beta$ -HCG jusqu'à négativation : si pas de décroissance voire réascension il faut suspecter une môle invasive ou un choriocarcinome → chimiothérapie.

#### > **Avortement spontané du 1er trimestre**

– Prévention de l'allo-immunisation si mère rhésus négatif.  
– Possibilité d'envisager l'expulsion de la grossesse arrêtée soit par prostaglandines (si œuf de petite taille et hémorragies peu importantes) soit par chirurgie (aspiration et étude anapath).

### B) Hémorragie du 3e trimestre

*La conduite à tenir immédiate implique une hospitalisation et une consultation d'anesthésie et une prévention de l'allo-immunisation si femme de rhésus négatif.*

#### > **Placenta praevia**

##### CAT immédiate

– Repos strict  
– Corticothérapie préinatale si < 34 SA (prévention de la MMH)  
– Sulfate de magnésium si < 33 SA (effet neuroprotecteur foetal)  
– Traitement tocolytique à condition d'avoir éliminé le diagnostic d'HRP  
– Surveillance étroite des saignements, des contractions utérines et du retentissement foetal (RCF), césarienne pour sauvetage maternel en extrême urgence si aggravation ou récurrence hémorragique cataclysmique.

##### A distance le mode d'accouchement dépend de la position du placenta

– Si placenta recouvrant : césarienne  
– Si placenta non recouvrant : possibilité d'accouchement voie basse.

#### > **HRP**

Si forme complète avec MFIU, il existe constamment une CIVD qui met en jeu le pronostic vital maternel

- Oxygénation
- Remplissage vasculaire
- Traiter la défibrination (PFC et plaquettes)
- Traiter l'éventuelle HTAG
- Déclenchement immédiat du travail soit par rupture des membranes (si elles sont accessibles) soit par maturation cervicale (PG) ; anesthésie péridurale CI si CIVD
- Surveillance étroite avant et après l'expulsion

Si forme incomplète avec fœtus vivant : césarienne immédiate si altération du rythme cardiaque foetal

## C) Hémorragie du post-partum

### ▪ 1. Prise en charge immédiate

**1ère étape** : une fois le diagnostic établi (perte sanguine > 500 cc), la première question à se poser est « est-ce que la délivrance a été effectuée ? »

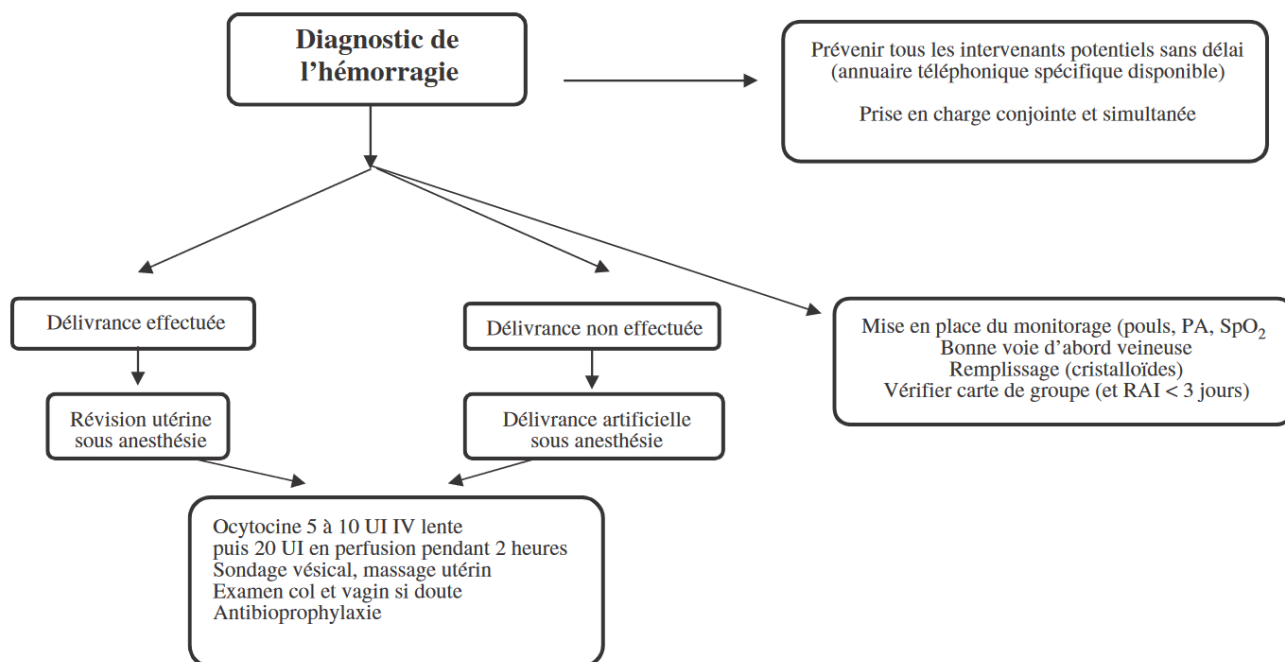
- Si oui : Révision utérine pour s'assurer de la vacuité et de l'intégrité de l'utérus
- Si non : Délivrance artificielle et révision utérine.

Puis administration d'utérotoniques (ocytocine 5-10 UI en IV lente puis 20UI en perfusion lente sur 2h) après la RU pour obtenir une bonne rétraction utérine.

**2ème étape** : massage utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à obtention d'un globe tonique

**3ème étape** : inspection sous valve des voies génitales basses pour s'assurer de l'absence de déchirure du col ou des parois vaginales.





Si l'hémorragie persiste plus de 15 à 30 minutes malgré cette prise en charge initiale, se reporter à la figure 2

**Figure 1** Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat.  
*Initial management of postpartum hemorrhage.*

Source : HAS 2004 <sup>2</sup>

▪ 2. PEC d'une hémorragie persistant > 15 à 30 mins

**4ème étape** : traitement par prostaglandine (sulprostone) IV en seringue électrique

– 2 VVP de gros calibre, mise sous O2 et remplissage par macromolécules

– Bilan en urgence à répéter : NFS et coagulation complète (plaquette, TP, TCA, fibrinogènes, facteurs II, V, VII, X, D-Dimères, temps de lyse des euglobulines à la recherche d'une CIVD)

– Transfusion : envisager CGR et PFC (selon les pertes en Hb, l'existence d'une CIVD)

**5ème étape** : PEC chirurgicale si échec après 30 mins de prostaglandines IV

– Embolisation artérielle sélective (radiologue entraîné et immédiatement disponible)

– Ligature chirurgicale des artères utérines ou des artères hypogastrique ou techniques de compression utérine

– En dernier recours : hystérectomie d’hémostase à réaliser rapidement en cas d’hémodynamique instable ou de CIVD installée.

Si les techniques précédentes ne sont pas disponibles, l’hémostase peut également être réalisée par tamponnement intra-utérin (ballonnet de Bakri), permettant un arrêt de l’hémorragie et/ou la préparation d’un transfert.

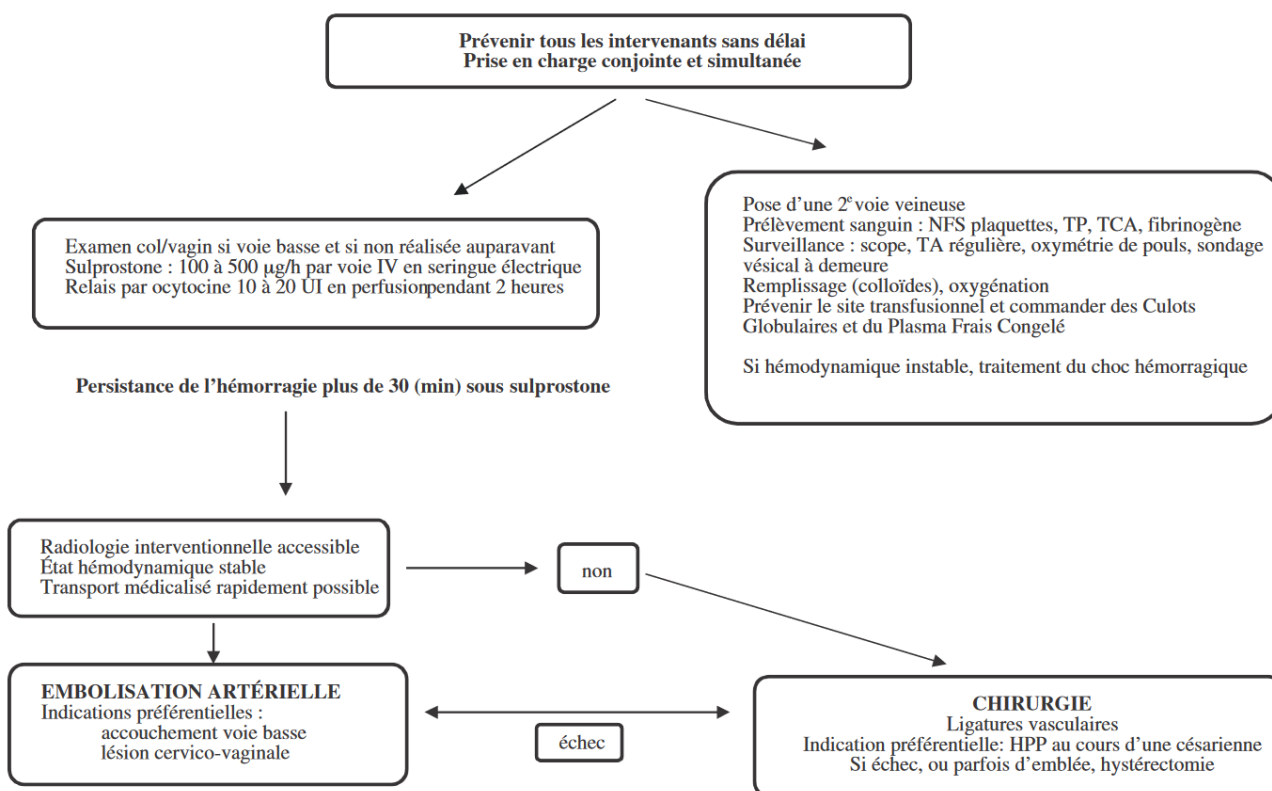


Figure 2 Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste au-delà de 15 à 30 minutes.

Source : HAS 2004 <sup>2</sup>

**Prévention de l’hémorragie de la délivrance** : les FdR ne sont présents que dans 50 % des cas, il n’existe pas d’accouchement « à bas risque »

- Délivrance dirigée et systématique par administration d’ocytocine dès la sortie de l’enfant
- Mise en place d’un sac de recueil des pertes sanguines juste après l’expulsion
- Surveillance de la délivrance normale
- Surveillance systématique de toute accouchée pendant deux

heures

– Délivrance artificielle en cas de non décollement placentaire 30 min après l'accouchement.