


RESEAU PERINATAL LORRAIN

 <p>Réseau Périnatal Lorrain</p>	FICHE REFLEXE_METRORRAGIES	Version du 19/03/2021
	<p>METRORRAGIES DU 2^{ème} ET DU 3^{ème} TRIMESTRE : CONDUITE A TENIR</p> <p>--- FICHE REFLEXE ---</p>	<p>Rédaction : Mme BOYER Astiana Mme BASSET Pascale Dr CREUTZ-LEROY Margaux Dr GAUCHOTTE Emilie Dr PERDRIOLLE-GALET Estelle</p> <p>Validation : Conseil de coordination</p>

I. Indications d'extraction fœtale en urgence

a. Hématome rétro-placentaire (HRP)

Le pronostic fœtal en cas d'HRP est sombre avec une mortalité périnatale entre 30 et 50%. Chez la mère, l'HRP peut se compliquer d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) (1,2).

En raison de ces risques pour la mère et pour le fœtus, le diagnostic ou la suspicion d'HRP est une contre-indication au transfert in utero. En cas d'HRP, une extraction fœtale en urgence par césarienne doit être réalisée (1,2).

Le pédiatre doit être contacté dès que la décision de césarienne est prise.
Si besoin, l'organisation d'un transfert néonatal (TNN) doit être anticipée (1–3).

b. Autres situations d'urgence

D'autres situations de métrorragies peuvent constituer une urgence au 3^{ème} trimestre (et plus rarement au 2^{ème} trimestre) : l'hémorragie de Benckiser et la rupture utérine. **Une extraction fœtale en urgence par césarienne doit également être réalisée dans ces deux cas (2).**

II. Indications de transfert in utero (TIU)

Dans les autres cas de métrorragies, le risque majoré de complications maternelles, de prématurité et de naissance outborn (pouvant induire une perte de chance pour l'enfant) doit entraîner une discussion collégiale avec les professionnels de santé de l'établissement adapté pour l'organisation d'un TIU (1,2,4–8).

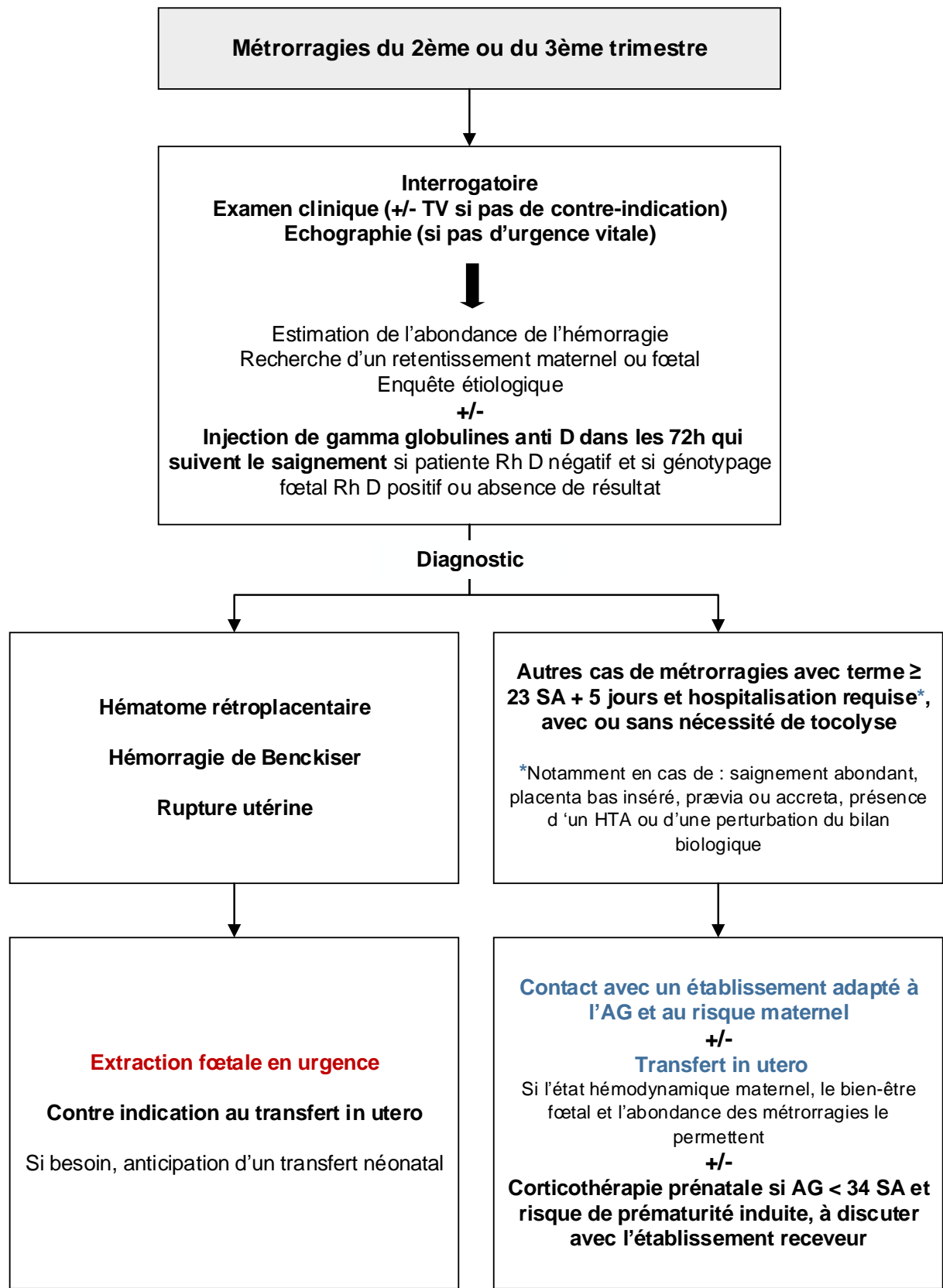
Un TIU vers un établissement adapté à l'âge gestationnel doit ainsi être envisagé en cas de métrorragies dès lors que le terme est supérieur ou égal à 23 SA + 5 jours et qu'une hospitalisation est requise, avec ou sans nécessité de tocolyse, si l'état hémodynamique maternel, le bien être fœtal et l'abondance des métrorragies le permettent.

III. Autres éléments de la prise en charge

Pour tous les cas de métrorragies du 2^{ème} ou du 3^{ème} trimestre :

- Une **échographie** doit être effectuée **sauf urgence vitale** (bradycardie fœtale, instabilité hémodynamique maternelle, forte suspicion d'HRP) (9).
L'échographie permet de préciser la localisation du placenta, d'évaluer la vitalité fœtale et de fournir une orientation diagnostique. Elle doit être réalisée de préférence par l'obstétricien, dans le service où se trouve la patiente afin de ne pas retarder la prise en charge (pas de transfert en service de radiologie).
- Le **toucher vaginal (TV)** ne doit être réalisé que si la localisation placentaire normale est établie avec certitude (contre-indication du TV en cas de placenta prævia) (9).
- Si la mère est Rhésus D négatif et si génotypage fœtal RHD positif ou en l'absence de résultat → **Injection de gamma globulines anti D dans les 72h qui suivent le saignement devant le risque d'allo-immunisation fœto-maternelle** (2).
- Si AG < 34 SA → **Corticothérapie prénatale devant le risque de prématurité induite à discuter avec l'établissement receveur** (2).

IV. Synthèse de la CAT en cas de métrorragies



Logigramme : CAT en cas de métrorragies du 2^{ème} ou du 3^{ème} trimestre de la grossesse

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé [Internet]. 2012 [cité 29 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_reco_transfert_en_urgence.pdf
2. Courbiere B, Carcopino X. Items 23, 28, 339 - Principales complications de la grossesse - Hémorragie génitale au cours de la grossesse. In: Gynécologie Obstétrique. Vernazobres-Grego; 2017.
3. Rouabah, Creutz Leroy, Trabelsi, Réseau Périnatal Lorrain. Recommandations - Transfert néonatal. 2017;22.
4. Parant O, Clouet-Delannoy M, Connan L, Duclusaud A, Chale J, Fournié A. [Metrorrhagia during the second trimester of pregnancy: obstetrical and perinatal outcome. A retrospective study including 85 cases]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). févr 2000;29(1):66-72.
5. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-36.html>
6. Martin I. Analyse des parcours de soins en périnatalité: les naissances avant 31 semaines d'aménorrhée en maternité de type 2B sont-elles évitables? :79.
7. Morel O, Creutz Leroy M, Gauchotte E, Réseau Périnatal Lorrain. Anomalies d'insertion placentaire : accreta/increta/percreta [Internet]. 2018 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.reseauperinatalloirain.fr/recommandations-rpl/ant%C3%A9natal/>
8. Kez Z, Réseau Périnatal Lorrain. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat [Internet]. 2020 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.reseauperinatalloirain.fr/recommandations-rpl/accouchement-et-post-partum/>
9. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Hémorragies du 3ème trimestre : étiologies et prise en charge obstétricale [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2020]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/les_hemorragies_du_3eme_trimestre_camille_leray_paris_.pdf