Hémopéritoine obstétrical :

une complication de l'endométriose à risque vital maternel et fœtal

F Golfier, L Pleynet, PA Bolze

Chirurgie gynécologique et cancérologique – obstétrique

CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon

Université Lyon 1

Président de la filière ENDAURA

Pas de lien d’intérêt

Endométriose et grossesse

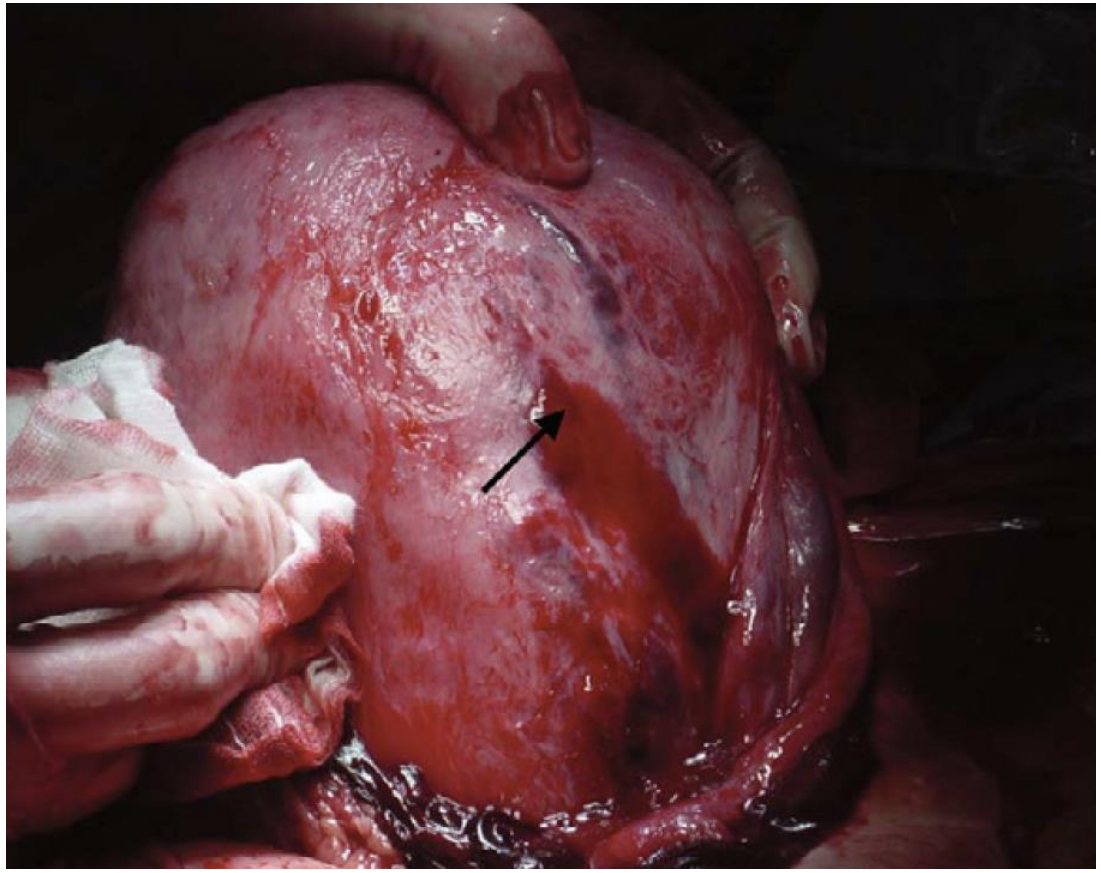
- Endométriose : 10 % des femmes en âge de procréer
- 30 à 40% de troubles de la fertilité
- Fertilité spontanée + PMA & Chirurgie de l’infertilité
- Grossesses fréquentes chez patientes endométriosiques

Hémopéritoine spontané en cours de grossesse

- Saignement intra-abdominal **non traumatique**
- Symptomatologie abdominale douloureuse **aigüe**
- **Etat de choc** maternel rapide
- **Mortalité** maternelle rapportée de 49% en 1950
- **Mortalité** fœtale rapportée de 30% en 1987

Mécanismes des hémopéritoines spontanés obstétricaux (1/2)

- **Ruptures vasculaires spontanées** (vaisseaux utéro-ovariens, vaisseaux sous-séreux)
- **Décidualisation** d'implants endométriosiques
- **Décidualisation** de nodules non endométriosiques



Mécanismes
des hémopéritoines spontanés obstétricaux (2/2)

- Rupture de **pseudo-anévrysme** artériel

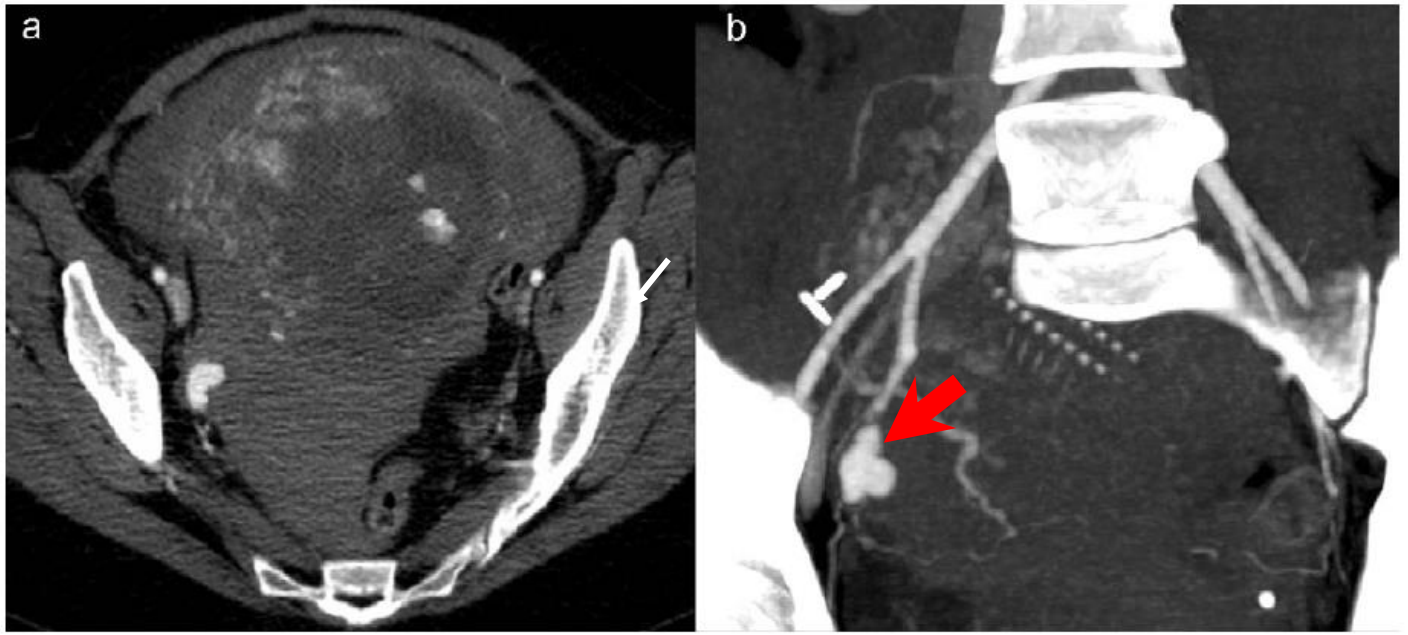


Fig. 1. a et b : scanner avec injection au niveau du pelvis en coupe transversale montrant un hémopéritoine majeur ainsi que l'image de l'anévrysme. La reconstruction avec vue coronale oblique confirme la localisation sur l'artère utérine proximale et montre la faisabilité d'une embolisation.

Objectifs de l'étude

Caractéristiques cliniques et pronostic maternel et fœtal :

- 11 nouveaux cas de la région AURA
- 43 cas publiés de 1995 à 2020

Sensibiliser les professionnels au risque vital maternel et fœtal des hémopéritoines obstétricaux associés à l'endométriose

Caractéristiques des 54 patientes avec hémopéritoine obstétrical associé à l'endométriose

Grossesses post-PMA: 44%

ART (N = 54)	24 (44%)
GA at occurrence (N = 48)	27 (13 to 40+6) weeks
Hemorrhagic shock (N = 51)	24 (47%)
Estimated blood loss (N = 45)	1957 (150–7500) mL
GA at birth (N = 47)	30 (13 +2 to 42) weeks
Fetal or neonatal death (N = 64)	19 (30%)

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Age gestationnel au diagnostic de l'hémopéritoine:
29 SA

13%
en post-partum

ART (N = 54)	24 (44%)
GA at occurrence (N = 48)	27 (13 to 40+6) weeks
Hemorrhagic shock (N = 51)	24 (47%)
Estimated blood loss (N = 45)	1957 (150–7500) mL
GA at birth (N = 47)	30 (13 +2 to 42) weeks
Fetal or neonatal death (N = 64)	19 (30%)

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Choc maternel hypovolémique: 47%

Diagnostic de l'hémopéritoine :
- échographie: 59%
- laparotomie en urgence: 30%

ART (N = 54)	24 (44%)
GA at occurrence (N = 48)	27 (13 to 40+6) weeks
Hemorrhagic shock (N = 51)	24 (47%)
Estimated blood loss (N = 45)	1957 (150–7500) mL
GA at birth (N = 47)	30 (13 +2 to 42) weeks
Fetal or neonatal death (N = 64)	19 (30%)

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Pertes sanguines (est.):
1957 mL (max 7,5 L)

Pas de mort maternelle

ART (N = 54)	24 (44%)
GA at occurrence (N = 48)	27 (13 to 40+6) weeks
Hemorrhagic shock (N = 51)	24 (47%)
Estimated blood loss (N = 45)	1957 (150–7500) mL
GA at birth (N = 47)	30 (13 +2 to 42) weeks
Fetal or neonatal death (N = 64)	19 (30%)

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Terme de naissance: 32 SA

ART (N = 54)	24 (44%)
GA at occurrence (N = 48)	27 (13 to 40+6) weeks
Hemorrhagic shock (N = 51)	24 (47%)
Estimated blood loss (N = 45)	1957 (150–7500) mL
GA at birth (N = 47)	30 (13 +2 to 42) weeks
Fetal or neonatal death (N = 64)	19 (30%)

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Mort foetale ou néonatale: 30%

ART (N = 54)	24 (44%)
GA at occurrence (N = 48)	27 (13 to 40+6) weeks
Hemorrhagic shock (N = 51)	24 (47%)
Estimated blood loss (N = 45)	1957 (150–7500) mL
GA at birth (N = 47)	30 (13 +2 to 42) weeks
Fetal or neonatal death (N = 64)	19 (30%)

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Voie d'abord du traitement de l'hémopéritoine

- 46 femmes (85%) : laparotomie
- 5 femmes (9%) : laparoscopie
- 2 femmes (2%) : radiologie interventionnelle

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Origine de l'hémopéritoine

- **Compartiment mediolatéral du pelvis: 54%**

  saignement des **vaisseaux utérins** dans le **ligament large**

  dans 85% des cas

- **Compartiment mediocentral du pelvis: 46%**

  saignement de la **paroi postérieure de l'uterus**

  dans 85% des cas

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Modalités de l'hémostase

- Suture ou coagulation ou hémostatique : 72%
- Annexectomie ou salpingectomie: 11%
- Hystérectomie: 9%
- Embolisation: 6%
- Résection partielle de vessie: 3%

Golfier, Pleynet, Bolze Gynecol Obstet Hum Repr 2022

Discussion

- Endométriose et grossesse: risque d'hémopéritoine (fréquence ?)
- Pas de mortalité maternelle rapportée en 25 ans (sous-déclaration?)
- Morbidité maternelle sévère (pertes sanguines ≈ 2 L, jusqu'à 7,5 L)
- **Mortalité fœtale élevée** (≈ 30%) sans amélioration en 30 ans

31% en 1987 (Ginsburg et al. 1987), 31% en 2017 (Lier et al. 2017), 30% en 2022 (série actuelle)

- **Morbidité néonatale élevée** (prématurité 32 SA)

Discussion

- Douleurs abdominales aiguës et grossesse:
  - Echographie immédiate
  - Epanchement péritonéal ?
- Evaluation tolérance maternelle & fœtale ? âge gestationnel ?
- Décision +++ :
  - transfert en structure adaptée ?
  - ou maintien sur site ?

Discussion

- Challenge chirurgical significatif+++
- Laparotomie médiane
- Chercher l'origine de l'hémopéritoine ? Exploration:
  - rupture foie, rate, surrénales, Vx spléniques ?
  - Rupture utérine ? Hématome rétropéritonéal ?
- Exploration rétro- et latéro-isthmique compliquée (volume utérin)

Discussion

- FORCES :
  - Etude rétrospective la plus grande à ce jour
  - Méthodologie PRISMA = qualité méthodologique
  - Série régionale ≈ 20% des cas mondiaux (>> biais de publication)

- FAIBLESSES :
  - Biais de mémorisation
  - Biais de sélection (34 réponses pour 60 maternités)
  - Biais de classement

Conclusions (1/2)

- Endométriose = risque d'hémopéritoine obstétrical par rupture vasculaire
- Syndrome douloureux abdominal aigü au début du 3ème trimestre
- Laparotomie en urgence, sur site le plus souvent, pour sauvetage maternel
- Morbidité maternelle sévère associée à un risque de mort fœtale élevée

Conclusions (2/2)

- Taux d'incidence inconnu chez les patientes endométriosiques

- Intérêt d'une étude prospective multicentrique collaborative :
  - 24 maternités du Réseau Périnatal AURORE
  - Filière Endométriose Auvergne-Rhône-Alpes ENDAURA

Remerciements

Les auteurs remercient tous les professionnels qui ont participé d'une manière ou d'une autre à cette étude:

Dr Nora ADEL, Dr Pamela BOUCHET, Dr Sandrine CAMPAGNE LOISEAU, Dr Patrick CASALI, Pr Céline CHAULEUR, Dr Florence COUDER, Dr Pascale FAGGIANELLI, Dr Deborah GAVANIER, Dr Witold GERTYCH, Pr Cyril HUISSOUD, Dr Etienne LIARAS, Dr Aslam MANSOOR, Dr Thierry MICHY, Pr Erdogan NOHUZ, Dr Alix SESQUES.