

HYDRAMNIOS

→ Présence d'une quantité excessive de LA dans la cavité ovulaire (> 2L à terme)
Normes physiologiques à terme : 1 à 2L

- . Difficile à déterminer en pratique courante : néglige les hydramnios précoces
- . Diagnostiqués à l'écho : appréciation subjective
- . Déf. rétrospective : Quantité de LA ne peut être mesurée qu'après l'accouchement

Fréquence : 0,8 à 6% des grossesses

Pronostic (globalement réservé) :

- ☠ 40% **Malformation fœtale**
- ☠ + 30% de **Mortalité périnatale**
- ☠ 25% de **Souffrance fœtale** aigüe ou chronique
- ☠ 25% de **Préma**

1) Anomalie de résorption *essentiellement d'origine fœtale* : Toutes les anomalies diminuent ou interdisent la déglutition du fœtus ou le transit intestinal

2) Excès de production :

- Par le **fœtus** : anomalie du SNC laissant à nu les méninges
- Par le **cordon** ou par l'**amnios** : phénomènes inflammatoires & infectieux

3) Anomalies de la régulation : Mécanismes de la régulation inconnus

La prolactine a un probable rôle pivot dans cette régulation

→ Donc les anomalies de régulation sont probablement la cause des hydramnios inexpliqués.

A. Causes fœtales (40%)

- Malformation SNC, appareil digestif / pulmonaire / cardiaque, hématologique
- Tumeur cervicale ou sacro-coccygienne
- Anomalie chromosomique
- Syndrome polymalformatif

B. Causes materno-fœtales (20%)

- Diabète
- Incompatibilité sanguine fœto-maternelle
- Anémies sévères
- Infections fœtales : syphilis, toxoplasmose, cytomegalovirus

C. Cause placentaires & cordonales (10%)

- Anastomoses vasculaires au niveau du placenta (chorio-angiome placentaire & STT dans les grossesses gémellaires)
- Obstacles à la circulation cordonale (nœuds, torsion, tumeurs, thromboses)

D. Causes indéterminées (30%)

Les hydramnios aigu & chronique sont opposés par :

La date d'apparition, le mode de survenue, le retentissement & les étiologies

Hydramnios aigu

- Rare : **moins de 25%** des cas
- Apparition **précoce** : entre 16 & 26 SA
- Installation rapide & volume important

A. Diagnostic positif (*signes cliniques qui permettent d'affirmer l'hydramnios*)

Signe essentiel : ↗ **du volume de l'utérus** (d'un coup ou par poussée)

→ Douleuruse, mal supportée & s'accompagnant de dyspnée (du mal à respirer), cyanose (teint bleu), tachycardie (accélération du cœur), vomissements, œdèmes des membres inférieurs

L'examen clinique : met facilement en évidence l'excès → Hauteur Utérine : + 5 cm par rapport à la valeur attendue par l'âge de la grossesse

→ Circulation veineuse abdominale collatérale avec tension permanente & douloureuse de la paroi abdominale (à différencier des contractions utérines qui vont progressivement apparaître de façon intermittente)

L'abondance de LA est suspectée par :

- . **Le signe du glaçon** : Quand on appuie, la tête fœtal descend puis remonte
- . **Le signe du flot** : Vibrations perçues par la main appliquée sur l'utérus, l'autre main donnant une légère frappe

Au Toucher Vaginal, le col utérin témoigne indirectement de la tension puis des contractions utérines, s'ouvrant progressivement pour laisser apparaître la **Poche Des Eaux bombante**.

B. Diagnostic différentiel (= éliminer des pathos ressemblant à l'hydramnios)

On peut confondre l'hydramnios aigu avec :

- Une ascite (accumulation de sérosité dans la cavité péritonéale)
- Un kyste de l'ovaire, un fibrome
- Une rétention d'urine
- Une erreur de terme
- Une grossesse gémellaire (non compliquée d'hydramnios)

→ L'écho confirme ou infirme le diagnostic.

C. Diagnostic étiologique

(Une fois que l'écho nous a confirmé le diagnostic (+), on cherche la cause)

- . **Grossesses gémellaires** : souvent monochoriales & monoamniotiques, parfois biamniotique avec déséquilibre entre les 2 circulations
- . **Malformation fœtale** : principalement une anomalie de fermeture de l'arc neural

Hydramnios chronique

- Fréquent
- Apparition **tardive** : **après 28 SA**
- Tableau clinique moins complet, installation insidieuse, progressive & marquée par des poussées sur fond de rémission

A. Diagnostic positif

- Mêmes signes que pour l'hydramnios aigu, mais **beaucoup + atténués**
- Signes généraux maternels modérés

B. Diagnostic échographique

L'écho confirme le diagnostic cliniquement évident et participe au bilan étiologique & pronostique. *Parfois l'écho révèle un hydramnios cliniquement insoupçonné.*

C. Diagnostic étiologique

- . **Patho** connue dont on sait qu'elle **prédispose au risque d'hydramnios**
→ *Dépister son apparition par écho systématiques & régulières*
- . **Hydramnios chronique** totalement isolé dans de nombreux cas
→ *Problème, risque de malformation dans la moitié des cas*

Les pathologies connues :

- **Incompatibilité sanguine fœto-maternelle** : signe de l'hydramnios, souvent associés ou précédant l'anasarque fœto-placentaire (c'est un œdème)
- **Diabète maternel** : Hydramnios + Diabète = Pronostic défavorable
- **Grossesse gémellaire** : risque d'hydramnios de 4% pour un placenta bichorial & 16% pour un placenta monochorial biamniotique

→ Conséquence des anastomoses vasculaires placentaires

→ Une forme aigüe précoce peut évoluer en chronique (Dans le cas d'un STT : transfuseur hypotrophique & transfusé pléthorique)

OLIGOAMNIOS

- ➔ **Réduction pathologique de la quantité de LA** (< 200 mL de LA dans les derniers mois de grossesse)

NB : Amnios & chorion intacts, donc ce n'est pas une Rupture Prématuurée des Membranes

Selon l'importance & la précocité de l'oligoamnios il y a une réduction du LA à conséquence +/- importante sur le développement fœtal :

- **Hypoplasie pulmonaire**
- **Anomalies positionnelles de membres** : ankylose articulaire, mains & pieds bots
- **Agénésie rénale bilatérale** : séquence déformatrice de l'oligoamnios complète

→ **Syndrome dysmorphique de Potter** : nez aplati, hypertélorisme, rétrognathisme, glossoptose, pli sous oculaire, oreilles à implantation basse

- Fréquence & gravité difficiles à apprécier (la gravité dépend de l'étiologie)
- Diagnostic moins souvent posé que celui de l'hydramnios car **absence d'inconfort chez la mère**

A. Causes fœtales

- Malformations principalement anomalies de l'arbre urinaire :
 - . Agénésie rénale bilatérale (syndrome de Potter)
 - . Uropathie obstructive
 - . Valve de l'urètre postérieur
 - . Syndrome de Prune Belle (méga vessie, abdomen flasque, dilatation urinaire)
 - . Anomalies chromosomiques, nanisme, syndrome polymalformatif
- Autres : RCIU, STT grossesse gémellaire : syndrome transfuseur/transfusé

B. Causes materno-fœtales

- HTA +++
 - Tabagisme ++
- } Dans les 2 cas, association avec un RCIU

C. Causes indéterminées (30%)

D. Diagnostic positif

Signes cliniques : retard de développement de l'utérus (moulé sur le fœtus) par rapport à l'âge de la grossesse + diminution des Mouvements Actifs du Fœtus

→ L'écho soupçonne l'oligoamnios bien avant que la clinique soit évidente !!

E. Diagnostic différentiel

- . Erreur de terme (l'écho confirme ça facilement)
- . Rupture Prématuroe des Membranes
 - Diagnostic facile si écoulement liquidien vaginal clair (même minime & intermittent)
 - Test biologique (DAO) pour affirmer la nature amniotique
 - Si écoulement sanguinolent, test impossible à pratiquer → Faire un test au colorant par amniocentèse → Confirme ou infirme la fissuration des membranes*

F. Diagnostic échographique

Très important : permet de dire si une malformation fœtale est à l'origine de l'oligoamnios ou non ? (*même question pour l'hydramnios*)

→ Difficile car **échogénicité faible** (*car le liquide est échogène, et comme par définition il y en a peu dans l'oligoamnios, le diagnostic écho sera difficile à faire*)

Dans les **oligoamnios sévères** : possible recours à l'injection de sérum phy dans la cavité amniotique (= **Amnioinfusion** → On met de l'eau stérile sous contrôle écho pour remplacer le LA manquant et permettre au fœtus de se développer)

→ Bilan informatif aidé par caryotype fœtale grâce à la cordocentèse

Si l'écho nous prouve que ce n'est pas une malformation, on fait une étude **Doppler des artères** utérines, ombilicales & cérébrales fœtales & une étude du **Rythme Cardiaque Fœtal**

- Appréciation de la souffrance fœtale chronique
- Décisions obstétricales en conséquence (en particulier : RCIU)

