

Placenta Prævia

Introduction

- Le placenta prævia est une complication rare de la grossesse, correspondant à une insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.
- Cette pathologie obstétricale, d'origine multifactorielle, est potentiellement grave → complications hémorragiques (en 2^e partie de grossesse et jusqu'à la délivrance)
- La survenue brutale, et souvent imprévisible, d'une hémorragie massive pendant la grossesse constitue une véritable urgence obstétricale, mettant en jeu le pronostic vital materno-fœtal

Définition

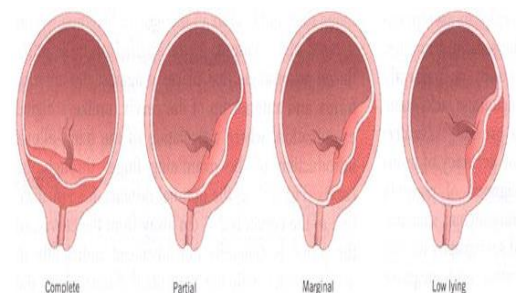
- Le placenta, siège des échanges materno-fœtaux, s'insère normalement sur le fond et sur l'une des faces du corps utérin. Il s'attache sur la muqueuse corporeale, appelée pendant la grossesse « déciduale »
- Un placenta est qualifié de « prævia » lorsqu'il est inséré sur une partie ou tout le segment inférieur de l'utérus, dont la muqueuse se transforme en caduque de mauvaise qualité, source d'accidents hémorragiques
- La mesure du petit côté des membranes, inférieur à 10 cm lors de l'examen du placenta, après la délivrance constitue un diagnostic à postériori

Epidémiologie

- **Fréquence :**
 - 0,3-1 % des grossesses
 - 30% des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse
 - 45% des placentas prævia sont découverts à l'échographie entre 15-25 SA
 - Ainsi, un placenta diagnostiqué comme prævia au 2^e trimestre se retrouve dans la majorité des cas (54-94%) en situation normale à terme
 - 0,5% des placentas prævia sont symptomatiques
- **Facteurs favorisants :**
 - **Multiparité**
 - **Manceuvres endo-utérines** : avortements (spontané ou provoqué), curetage, rupture utérine, délivrance artificielle
 - **Cicatrice utérine et lésion endométriale** : césarienne, myomectomie, cure de synéchie
 - **Antécédents de placenta prævia**
 - **Gémellité** (importance de la face placentaire)
 - **Fibromyomes sous-muqueux**
 - **Âge maternel avancé, tabac**

Classification

- **Classification anatomique de MacAfee** : distingue plusieurs types de placenta prævia en fonction de la situation du placenta par rapport à l'orifice cervical interne
 - **Type 1** (placenta prævia latéral) : le bord placentaire reste à distance de l'orifice cervical interne
 - **Type 2** (placenta prævia marginal) : affleure l'orifice cervical interne
 - **Type 3** (placenta prævia partiel) : recouvre partiellement l'orifice cervical interne
 - **Type 4** (placenta prævia central) : recouvrant la totalité de l'orifice cervical interne

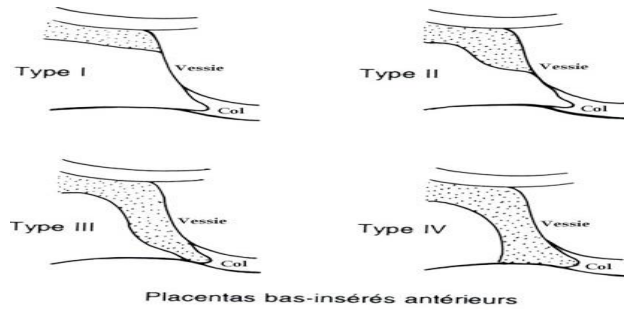


- **Classification clinique de Couvelaire** : situation du placenta pendant le travail :
 - **Variété non-recouvrante** : le bord placentaire ne déborde pas l'orifice cervical interne
 - **Variété recouvrante** : la partie du placenta recouvre, en totalité ou en partie l'orifice cervical interne et, par conséquent, l'air de la dilatation

- **Classification échographique de Bessis** :

- **Bas inséré antérieur** :

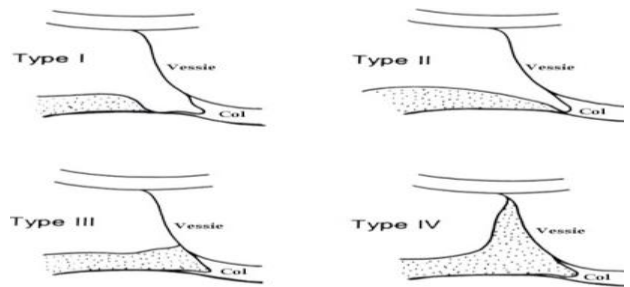
- **Type 1** : limite inférieure du placenta atteint le 1/3 supérieur de vessie
- **Type 2** : limite inférieure du placenta atteint les 2/3 supérieurs de vessie
- **Type 3** : limite inférieure du placenta atteint le col utérin
- **Type 4** : limite inférieure dépasse le col (atteint la face postérieure)



Placentas bas-insérés antérieurs

- **Bas inséré postérieur** :

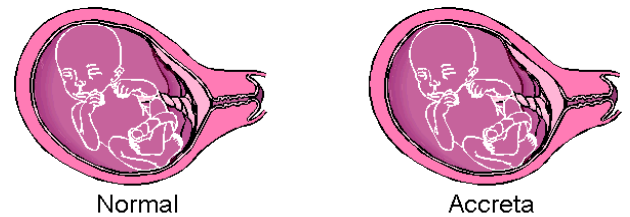
- **Type 1** : limite inférieure du placenta à moins de 4 cm en arrière du col
- **Type 2** : limite inférieure du placenta atteint col
- **Type 3** : limite inférieure du placenta atteint le 1/3 inférieur de la vessie
- **Type 4** : limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical



Placentas bas-insérés postérieurs

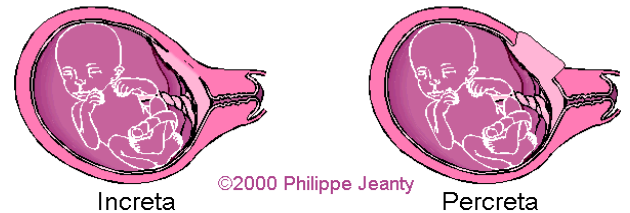
- **Classification de Denhez** :

- **Groupe I** : placenta fundique.
- **Groupe II** : la limite supérieure du placenta est située à la moitié supérieure de l'utérus.
- **Groupe III** : placenta entièrement dans la moitié inférieure de l'utérus.



Normal

Accreta



Increta

©2000 Philippe Jeanty

Percreta

Mécanismes

- Implantation primaire du blastocyste au niveau du segment inférieur → placenta prævia
- Implantation secondaire basse → placenta prævia

Pathogénie

- Placenta prævia → hémorragie et/ou rupture des membranes
- **Placenta inextensible inséré sur un segment inférieur extensible** → s'adapte mal à l'étirement → décollement partiel → saignement
 - **Placenta latéral et marginal** : lors des contractions utérines → tiraillement du bord inférieur du placenta par les membranes
 - **Si membranes non-résistantes** → rupture → déclenchement du travail, risque infectieux, procidence du cordon
 - **Si membranes résistantes** → décollement d'une languette placentaire → ouverture des sinus utérins → saignement
 - **Placenta recouvrant** : pendant le travail → glissement du segment inférieur sous le placenta → clivage entre placenta et myomètre par asynchronisme (segment inférieur et placenta) → saignement

- **Segment inférieur non-adapté à l'insertion placentaire :**
 - **Pendant la grossesse :**
 - Placenta prævia = épine irritative
 - Point de départ des contractions utérines
 - **Pendant le travail :**
 - Mauvaise ampliation du segment inférieur
 - Mauvaise accommodation de la présentation
 - **Pendant la délivrance :**
 - Difficulté du clivage inter-utéro-placentaire
 - Difficulté d'hémostase spontanée

Etude clinique et paraclinique

- **Pendant la grossesse :**
 - **Signes fonctionnels :**
 - **Métrorragie du 3^e trimestre :** inopinée, d'apparition brutale, sans cause déclenchante, indolore, sang rouge vif, contenant parfois des caillots, pouvant survenir la nuit comme le jour, debout ou couchée, souvent au repos mais ayant tendance à récidiver tout en augmentant de volume, ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel
 - ✓ **Variété latérale :** saigne tôt, se répète pendant la grossesse, et s'arrêtant pendant le travail
 - ✓ **Variété centrale :** souvent silencieuse pendant la grossesse et saigne avec le travail lorsque le segment inférieur glisse sous le placenta
 - **Signes généraux :** dépendent de l'importance de l'hémorragie
 - **Signes physiques :**
 - **Palpation :** utérus souple, sans contracture, la présentation est haute et souvent anormale (siège ou transversale)
 - **Auscultation :** les Bruits Cardiaques Fœtaux sont perçus
 - **Examen au spéculum :** confirme l'origine endo-utérine
 - **TV :** intra-cervical est contre-indiqué car risque d'hémorragie cataclysmique. Col long, souvent dévié du côté du placenta, segment inférieur mal amplifié, sensation de masse spongieuse « matelas ou d'éponge », présentation haute
 - **Echographie :** examen clé +++, diagnostic topographique du placenta, si décollement associé, vitalité et biométrie fœtale, présentation, liquide amniotique
 - **Electro-cardio-tocographie externe :** signes de mauvaise tolérance fœtale
 - **Evolution :** imprévisible (récidives hémorragiques, prématurité, rupture prématurée des membranes)
- **Pendant le travail :**
 - **Signes fonctionnels :**
 - **Hémorragie :** attendue, avec ou sans syndrome hémorragique antérieur, sang rouge, provoqué par les contractions utérines, son abondance est variable selon la phase du travail, l'état de la Poche Des Eaux et la variété antérieure
 - **Signes généraux**
 - **Signes physiques**
 - **Echographie :** en salle de travail
 - **ERCF**
- **Pendant la délivrance :**
 - **Avant l'expulsion :** décollement partiel ou incomplet du placenta (muqueuse qui se prête mal au clivage)
 - **Après la délivrance :** rétention d'un cotylédon, inertie du segment inférieur, rupture du segment inférieur, placenta accreta, troubles de la coagulation

Formes cliniques

- **Formes selon la symptomatologie** : formes asymptomatiques révélées par amnioscopie ou TV
- **Formes anatomiques** : central, marginal antérieur ou postérieur, latéral
- **Forme associée à un Hématome Rétro-Placentaire**
- **Formes compliquées** : procidence du cordon, placenta accreta, CIVD

Diagnostic différentiel

- **Pendant le 3^e trimestre de grossesse** :
 - **Hémorragies d'origine cervico-vaginale ou vulvaire** : cancer, dysplasie du col, polype, ectropion
 - **Hémorragies d'origine endo-utérine** : rupture utérine, Hématome Rétro-Placentaire, hématome décidual marginal
- **Pendant le travail** : Hématome Rétro-Placentaire, rupture utérine, hémorragie de Benckiser

Pronostic

- **Maternel** :
 - **Hémorragie** : anémie, état de choc, mort maternelle (placenta accreta, CIVD)
 - **Infection** : sur terrain favorable (anémie, Rupture Prématuration des Membranes, TV répétés...) réalise : endométrite, phlegmon, septicémie, **CIVD**
- **Fœtal** : prématurité, anoxie fœtale, anémie, traumatismes obstétricaux, malformation fœtale associée, hypotrophie fœtale, mortalité périnatale (≈ 5-6%)

Conduite A Tenir

- **But** : compenser les pertes, assurer l'hémostase
- **Moyens** :
 - **Traitement médical** : mesure de réanimation
 - **Traitement obstétrical** :
 - **Voie haute** : césarienne
 - **Voie basse** : Rupture Artificielle des Membranes et autre manœuvre obstétricale
- **Indication** : liée à l'abondance du saignement, terme de la grossesse, tolérance fœtale et maternelle, localisation exacte du placenta prævia, patiente en-dehors du travail ou en travail
 - **Patiente en-dehors du travail** :
 - **Placenta prævia asymptomatique** : ne nécessite pas l'hospitalisation, informer la patiente sur le risque hémorragique
 - **Placenta prævia symptomatique** : prise en charge dans un centre spécialisé qui diffère selon le terme et l'importance de l'hémorragie
 - ✓ **Situation 1** : si hémorragie moyenne ou minime, absence de mauvaise tolérance matéro-fœtale → groupage et échographie :
 - ❖ **Placenta prævia recouvrant** :
 - **< 36 SA** : traitement conservateur et surveillance : voie vénéneuse, bilan sanguin en urgence (Groupage, Rhésus, FNS, taux de fibrinogène, TP...), repos au lit (Décubitus Latéral Gauche), mise en réserve de culot globulaire, traitement martial, transfusion, antispasmodique (calmer les contractions utérines), maturation pulmonaire fœtale (corticothérapie), tocolyse si < 34 SA, anti-D si Rhésus négatif, antibioprophylaxie, abstention des TV, surveillance maternelle (TA, pouls, hémoglobine, bilan d'hémostase...), surveillance fœtale (Mouvements Actifs Fœtaux, Bruits Cardiaque Fœtaux, Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal, échographie)
 - **> 36 SA** : césarienne

❖ Placenta prævia non-recouvrant :

- < 36 SA : traitement conservateur et surveillance
- > 36 SA :
 - **Présentation non-céphalique** : césarienne
 - **Présentation céphalique** : voie basse acceptée
- ✓ **Situation 2** : si hémorragie importante, mauvaise tolérance maternelle et fœtale → césarienne
- **Pendant le travail** :
 - **Mesure de réanimation** : oxygénothérapie, compensation des pertes
 - **Césarienne** : immédiate si hémorragie abondante mettant en danger la mère, placenta prævia recouvrant, présentation autre que sommet, souffrance fœtale
 - **Voie basse** : si forme non recouvrante, saignement non-gravissime, présentation céphalique bien centrée, ERCF normal, pas de dystocie surajoutée
 - ✓ **Rupture Artificielle des Membranes** : supprime le tiraillement des membranes sous l'influence des contractions utérines. Réservée à des cas favorables : présentation céphalique bien centrée, début de dilatation, placenta prævia latéral. Faite avec asepsie, risque de procidence du cordon, de lésion d'un vaisseau du cordon. Si le saignement ne se tarie pas → césarienne
- **Au cours de la délivrance** :
 - **Avant la délivrance** :
 - ✓ **Délivrance artificielle** : Méthergin ou Ocytociques en IV, dès le dégagement de l'épaule antérieure
 - **Après la délivrance** : révision utérine
 - **Hystérectomie** : sera indiqué si placenta prævia accreta, rupture utérine large
- **Post-partum** : supplémentation martiale, transfusion, antibioprofylaxie, anti-D (si incompatibilité Rhésus), prévention et traitement des accidents thromboemboliques

Conclusion

- Le placenta prævia symptomatique est une véritable urgence
- C'est le premier diagnostic à évoquer devant les métrorragies du 3^e trimestre
- La prise en charge pluridisciplinaire dépend de plusieurs facteurs
- Le pronostic est lié à la survenue d'éventuelles complications :
 - Mortalité périnatale (5-6 %)
 - Mortalité maternelle (< 1 %)
 - Morbidité maternelle (20-60 %)