

## Placenta Preavia

- I. Définition : Le placenta prævia est une insertion basse, vicieuse du placenta sur le segment inférieur
- II. Intérêt : une urgence obstétricale, pouvant mettre en jeu le pronostic matérnofoetal
- III. Etiologies :
  - ✓ Age > 30 ans
  - ✓ la multiparité
  - ✓ ATCD d'avortement spontané ou provoqué avec curetage
  - ✓ les manœuvres endo-utérines : révision utérine, hystérocopie, hystérosalpingographie
  - ✓ cicatrices utérines : myomectomie avec effraction de la cavité, cure de synéchie, césarienne et séquelles d'endométrite
  - ✓ ATCD de placenta prævia
  - ✓ la gémellité : placenta volumineux, très étalé, débordant sur le segment inférieur
  - ✓ fibromyomes sous-muqueux, des malformations utérines
- IV. physiopathologie :

-Pour les variétés périphériques (latérales et marginales), les contractions physiologiques de Braxton Hicks entraînent le décollement d'une languette placentaire, ouvrant ainsi les sinus utérins qui saignent

-Pour les formes recouvrantes, il s'agit plutôt d'un clivage entre le placenta et l'utérus dû à la formation du segment inférieur au 3e trimestre et à la dilatation progressive du col pendant le travail

- V. Classification anatomique :

Pendant la grossesse : on distingue 4 stades selon la localisation anatomique du placenta par rapport à l'orifice interne du col

- stade I ou placenta prævia latéral qui reste à distance de l'orifice interne du col
- stade II ou placenta prævia marginal, affleurant l'orifice interne du col
- stade III ou placenta prævia partiel, recouvrant partiellement le col
- stade IV ou placenta prævia central ou total, recouvrant complètement l'orifice interne du col.

Pendant le travail, il faut tenir compte de la dilatation du col au moment de l'examen car, par exemple, un placenta marginal peut devenir partiel, un placenta latéral peut devenir marginal. Ainsi, on distinguera :

- le placenta prævia recouvrant, partiellement ou totalement
- du placenta prævia marginal non recouvrant.

- VI. Diagnostic positif :

- a. Les signes fonctionnels : sont dominés par l'hémorragie externe :

- apparition brutale, souvent au repos
- de sang rouge, d'abondance variable
- indolore sauf si menace d'accouchement prématuré

- b. Les signes généraux: retentissement hémodynamique du saignement, chimie des urines négative

- c. examen obstétrical :

- l'utérus souple, bien relâché
- Présentation anormale : transversale, oblique, podalique, présentation céphalique anormalement haute et mobile, mal accommodée au DS
- les bruits du cœur foetal sont perçus.
- Au spéculum : origine endo-utérine du saignement.
- CI du toucher vaginal avant une échographie, risque de rupture cataclysmique, si il est fait, peut sentir un matelas placentaire entre les doigts et la présentation et essaie d'apprécier une dilatation éventuelle.

- d. Ecographie obstétricale : permet de faire le diagnostic, et d'en préciser le type selon la classification de Bessis, à vessie pleine :

### Les variétés antérieures :

Type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie ;

Type II : la limite inférieure atteint les deux tiers supérieurs de la vessie ;

Type III : la limite inférieure atteint le col utérin ;

Type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus

### Les variétés postérieures :

Type I : la limite inférieure de placenta se situe à moins de 4 cm en arrière du col de l'utérus ;

Type II : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin ;

Type III : la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieur de la vessie ;

Type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

e. ERCF : apprécie la vitalité fœtale, généralement un rythme bon

VII. Diagnostic différentiel

- Hématome rétroplacentaire
- Hématome décidual marginal
- Rupture utérine
- Hémorragie de Benckiser
- Hémorragies cervicales

VIII. Les complications :

1. Maternelles :

Hémorragies récidivantes

Allo immunisation fœto-maternelle si RH négatif

Placenta accréta

2. fœtales :

Souffrance fœtale aigue

Rupture prématurée des membranes et procidence du cordon

Retard de croissance intra utérin

Accouchement prématuré

Présentation dystocique

IX. Traitement :

But : tarissement du saignement

Corriger les pertes

Améliorer le pronostic matérnofoetal

La conduite dépend : âge de la grossesse, importance du saignement, état matérnofoetal

Avant 37 semaines: il faut être conservateur chaque fois que possible. Ce traitement conservateur comporte :

- \* le repos strict au lit : au maximum en décubitus latéral gauche
- \* détermination du groupe Rhésus
- \* compensation des pertes sanguines par - des transfusions iso groupe, iso-Rhésus  
- traitement martial
- \* abstention de tout examen obstétrical
- \* traitement tocolytique par les bêtamimétiques (salbutamol) en l'absence de contre-indication et après correction de l'anémie ;
- \* injection de gammaglobulines anti-D en cas de Rhésus négatif
- \* corticothérapie pour maturation pulmonaire si < 34 SA
- \* Surveillance matérnofoetale rapprochée :
- \* Ces mesures thérapeutiques permettent souvent d'obtenir l'arrêt des hémorragies et d'atteindre 36-37 semaines.
- \* Parfois la césarienne peut s'imposer avant 37 semaines en cas hémorragies grave et anomalie de l'ERCF.

A 37 semaines : la césarienne s'impose devant :

PP recouvrant

PP+présentation anormale ou autre type de dystocie

La voie basse : PP non recouvrant peu hémorragique + présentation de sommet bien fléchi.

Pendant le travail

- Le premier geste à effectuer est la rupture large des membranes en modérant l'écoulement : cette rupture doit obligatoirement arrêter très rapidement les hémorragies, sinon la césarienne s'impose.

- Par ailleurs, elle expose au risque de procidence du cordon

Pendant la délivrance : hémorragie de la délivrance liée au risque de placenta accréta, inertie du segment.

Ultérieurement : risque de récurrence, risque de placenta accréta.