

PLACENTA PRAEVIA

I.Définition:

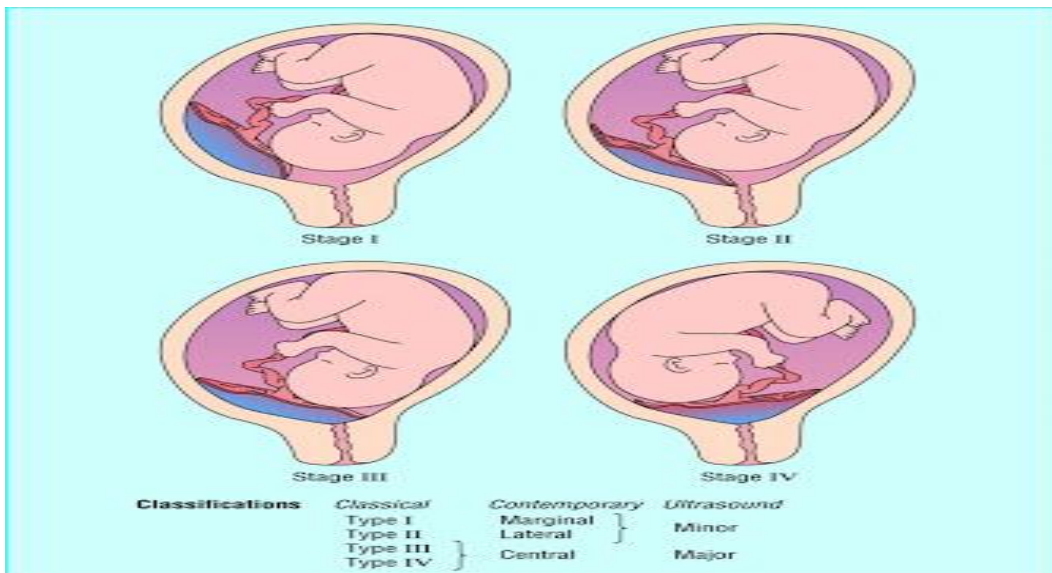
C'est l'insertion en totalité ou en partie du placenta sur le segment inférieur au 2nde partie de la grossesse.

II.Facteurs de risque:

- Étalement secondaire du placenta prævia sur le segment inférieur (augmenter la surface des échanges materno-foetales; âge avancé, tabagisme, cocaïne, grossesse multiple)
- Age maternel: risque x 2 si sup à 29 ans, risque x 3 si sup à 35 ans;
- Endomètre fragilisé par: multiparité, endométrite, cicatrice de césarienne ou de myoméctomie, ATCD d'ABRTs, **ATCD de PP** (x9).
- Nidation basse primitive de l'œuf;
- Utérus déformé ou malformé;
- AMP

III.Classification anatomique:

- En dehors du travail: classification de MACAFEE



- Pendant le travail: classification de Couvelaire:
- PP recouvrants, ou non recouvrants

IV. Anatomie pathologique:

- placenta plus étalé, plus mince; zones de dégénérescence villositaire friables et amincies au contact des membranes. On peut observer de la nécrose, des thromboses marginales, et une aplasie villositaire en rapport avec l'érythroblastose réactionnelle. Il existe des formes anatomiques rares du PP:
- **placenta zonaria** avec une insertion annulaire autour du segment inférieur;
- **placenta reflexa** avec persistance de villosités sur la caduque capsulaire du pôle inférieur de l'œuf
- **Placenta membranacea** recouvrant l'ensemble des membranes dans toute la cavité utérine.
- Le P.P. peut être associé à: Un organe bilobé avec un lobe accessoire prævia; une insertion excentrée ou marginale du cordon; hématome décidual marginal, une insertion accreta.

V. Physiopathologie

- **Mécanisme de l'hémorragie:**

PP sur le SI → CU → Tiraillement du bord inférieur du P par les membranes → Décollement d'une Languette placentaire → Hémorragie d'origine surtt maternelle (90-95%).

VI. Clinique:

A/ Pendant la grossesse:

**hémorragies: +++*; Sans cause déclenchante; Souvent la nuit au repos; Indolores; Sang rouge, franc, liquide, avec passage de gros caillots; Souvent récidivantes, imprévisibles après des épisodes du T1 et T2.

**Douleurs: rare*, elles doivent suspecter un HRP associé ou un début de travail.

**Signes généraux:*

-État général se dégrade proportionnellement à la quantité de sang perdu;

-Peut être cataclysmique d'emblée responsable d'un état de choc hémorragique.

**signes physiques:*

-palper abdominal: utérus souple en dehors des CUs.

- BCF: en général présents.

- Au spéculum: +++confirme l'origine endo-utérine du saignement et élimine une cause vaginale.

Le TV est proscrit: signe de « matelas »

B/ Pendant le travail:

- saignements: constants et proportionnels à la dilatation du col.

- palpation: précise la position fœtale .

- BCF et ERCF: dépister une SFA.

- le TV permet de préciser la dilatation du col, l'état de la poche des eaux, et appréciation du placenta.

-

C/ Pendant la délivrance:

*la délivrance qui s'effectue souvent par glissement (mode de DUNCAN) est hémorragique.

**Avant l'expulsion*; l'hémorragie est souvent dûe à un décollement incomplet du placenta inséré sur une Muqueuse insuffisamment développée.

**après expulsion*: l'hémorragie est dûe à la rétention d'un cotylédon, l'inertie du segment, traumatisme ou rupture du SI ou à des troubles de la crase sanguine

Echographie: +++ confirme le diagnostic, permet de classer le PP,

- Classification échographique de BESSIS à vessie pleine:

P.P. antérieur:

Stade 1: bord infèr du P. atteint le 1/3 sup de la vèssie

Stade 2: bord infèr du P. atteint le 1/3 moy de la vessie

Stade 3: bord infèr du P. atteint l'orifice cervical interne.

Stade 4: le bord inf du P. atteint la face post de l'utérus (recouvrant)

P.P. postérieur:

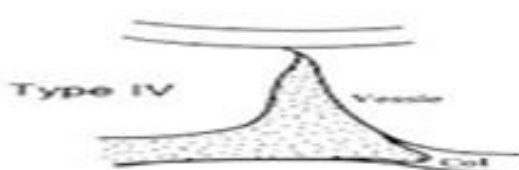
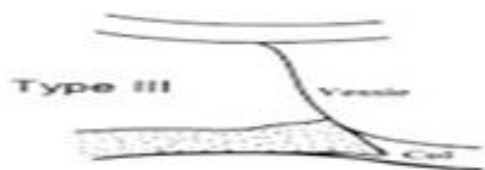
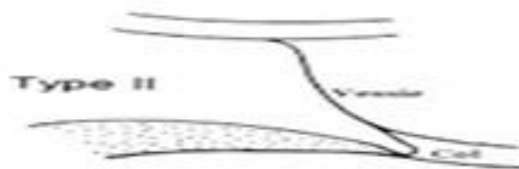
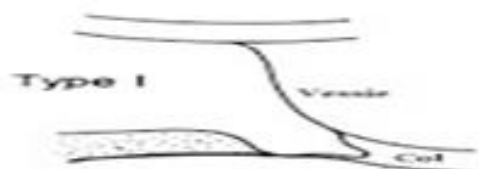
Stade 1: bord infèr du P. à moins de 04 cm de l'orifice cervical interne

Stade 2: le bord infèr du P. atteint l'orifice cervical interne

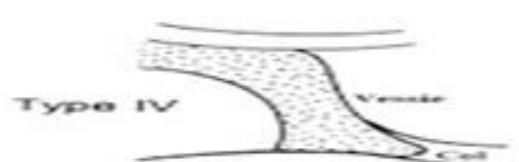
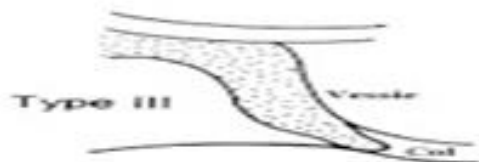
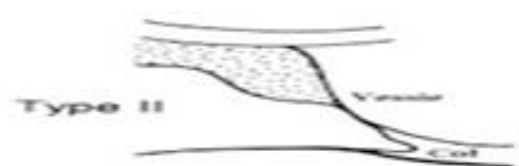
Stade 3: bord infèr du P. atteint le 1/3 infer de la vessie

Stade 4: le bord infèr du P. remonte sur le mur post de la vessie.

Classification de BESSIS:



Placentas bas-insérés postérieurs



Placentas bas-insérés antérieurs

VII. Formes cliniques:

- **Selon topographie:**

-P.P. latéral : souvent asymptomatique découvert à l'écho.

-P.P. marginal: antérieur (entrave la CST) ou postérieur (dystocie fœtale).

-P.P. central: 1/3 des P.P. peut rester asymptomatique jusqu'à la 1^{ère} CU du début de travail.

- **Formes associées:**

-À un HRP: association non négligeable avec pronostic Fœto maternel redoutable.

-Procidence du cordon: 4x plus fréquente.

-Placenta accreta: complique 10% des P.P.

-Vaisseaux praevia.

VIII. Diagnostic différentiel:

- **Hémorragies d'origine extra-utérine: speculum +++**

- Rupture de varice vulvaire,

- Cystite hémorragique,

- Lésion vaginale ou cervicale.

- Hémorragies d'origine digestive

- **Hémorragie d'origine endo-utérine:**

- HRP: prééclampsie, contracture utérine, métrorragie noirâtre et peu abondante.

- Rupture utérine: petite métrorragie douleur intense, pas de BCF.

- Hémorragie de Benkiser par déchirure d'un vaisseau du cordon fœtal, c'est le fœtus qui saigne avec SFA, la mère est en bon état général.

IX. Pronostic:

-Maternel: La morbimortalité demeure importante en cas d'hémorragie grave de la délivrance et /ou un placenta accreta, surtout liée à la réanimation.

-Fœtal: prématurité, Mortalité néonatale.

X. Traitement:

1-Hospitalisation

2-PEC multidisciplinaire: gynéco-obstétrique, réanimation, anesthésie, pédiatrie.

3-Mise en condition: réanimation maternelle si hémorragie grave

- O2 voies AVS, oxygénation: 6 à 8 l/mn, Bilan d'urgence: Gr-Rh, NFS, TP, urée, créat, ionogramme sanguin.

Rétablir le volume circulatoire: cristalloïdes, colloïdes, transfusion par du sang iso groupe iso rhésus.

Monitoring : TA, pouls, saturation, ERCF.

4-Surveillance après le premier épisode hémorragique:

l'hospitalisation est la règle dans les formes récidivantes, alors qu'un suivi à domicile peut être envisagé après un seul épisode hémorragique lorsque les conditions nécessaires peuvent être promises .

- Control des saignements,
- Sce fœtale: SBM, BCF, MAF.
- Doppler ombilicale tous les 15 jrs . (une mesure de la vitesse systolique maximale de l'artère cérébrale moyenne fœtale peut renseigner sur une anémie fœtale)

*Le but est de maintenir la grossesse jusqu'à 36 SA.

5-Le traitement invasif:

Indications d'interruption urgente de la grossesse:

- hémorragie massive à l'admission ;
- hémorragies persistant 10 à 12 heures après l'admission; patiente en travail après 36 SA ou accouchement

prématuré inéluctable après échec de la tocolyse ; participation importante de sang fœtal dans l'hémorragie

selon le test de Kleihauer ;signes d'hypoxie fœtale au cardiotocogramme.

Indication de la césarienne en dehors de l'urgence:

- les placentas prævia recouvrants totaux et partiels ;
- les placentas prævia marginaux ;
- les placentas prævia latéraux avec une distance du bord inférieur du placenta inférieure à 2 cm par rapport à l'orifice interne du col ;
- toutes les formes associées à une présentation pathologique.

6-La voie basse: Indication:

Variétés latérales distantes de plus de 02 cm du col + présentation céphalique.

Particularités:

-Avant la RAM; sce des BCF qui en cas d'anomalie peuvent témoigner d'une SFA par latéroprocidence du cordon, des vaisseaux prævia.

La RAM permet de diminuer les récides de saignement au cours du travail par compression du lit placentaire.

7-En cas de placenta accreta, increta ou percreta:

- Conservateur: abondan / embolisation artérielle.
- Radicale: hystérectomie délicate

***Conclusion: COUVELAIRE: « J'ECRIRAI PLACENTA PRAEVIA PAR LE SANG DE MA PETITE FILLE»**