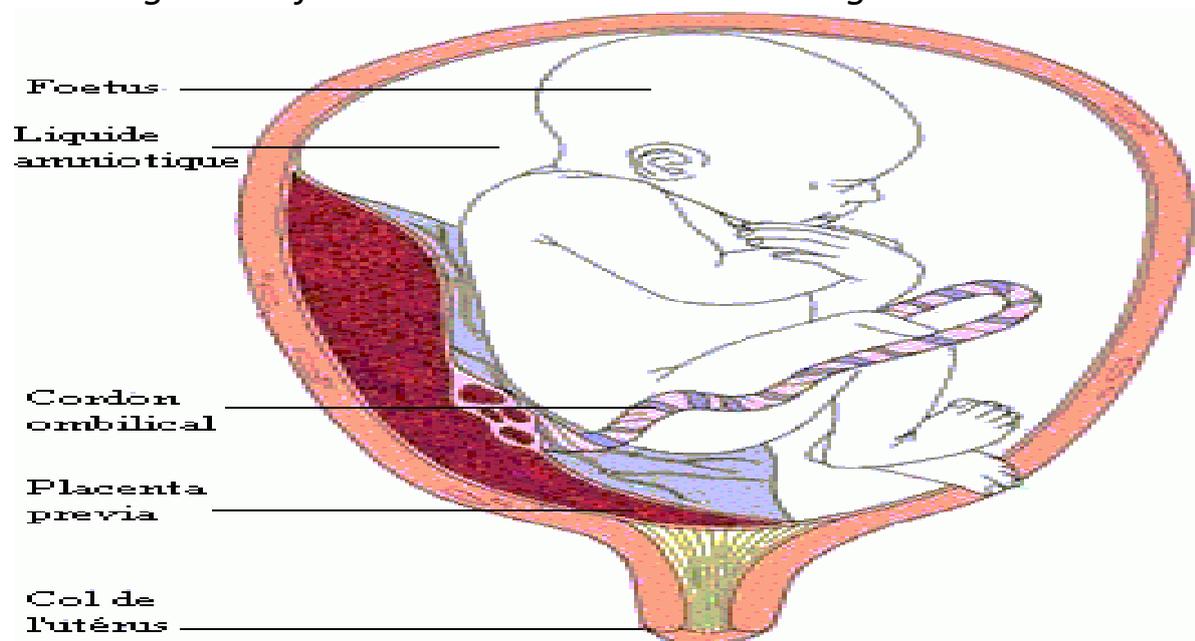


Placenta prævia

Définition

C'est l'insertion en totalité ou en partie du placenta sur le segment inférieur au 3eme trimestre de la grossesse.



Facteurs étiologiques:

- 1) Age maternel: risque x 2 si sup à 29 ans, risque x 3 si sup à 35 ans;
- 2) Race: RR x 1.2 à 1.3 chez les gestantes noires, et x 1.86 chez les asiatiques
- 3)) Endomètre fragilisé par: multiparité, endométrite, cicatrice de césarienne ou de myoméctomie, synechie, plastie utérine, ATCD d'ABRTs(curetage),
ATCD de PP (x9).
- 4) Grossesse multiple: RR x 1.4 à 2.0
- 5) Nidation basse primitive de l'œuf.
- 6) Anomalie utérine.
- 8) PMA (OR= 3.1);
- 9) Tabagisme

Classification anatomique:

En dehors du travail:

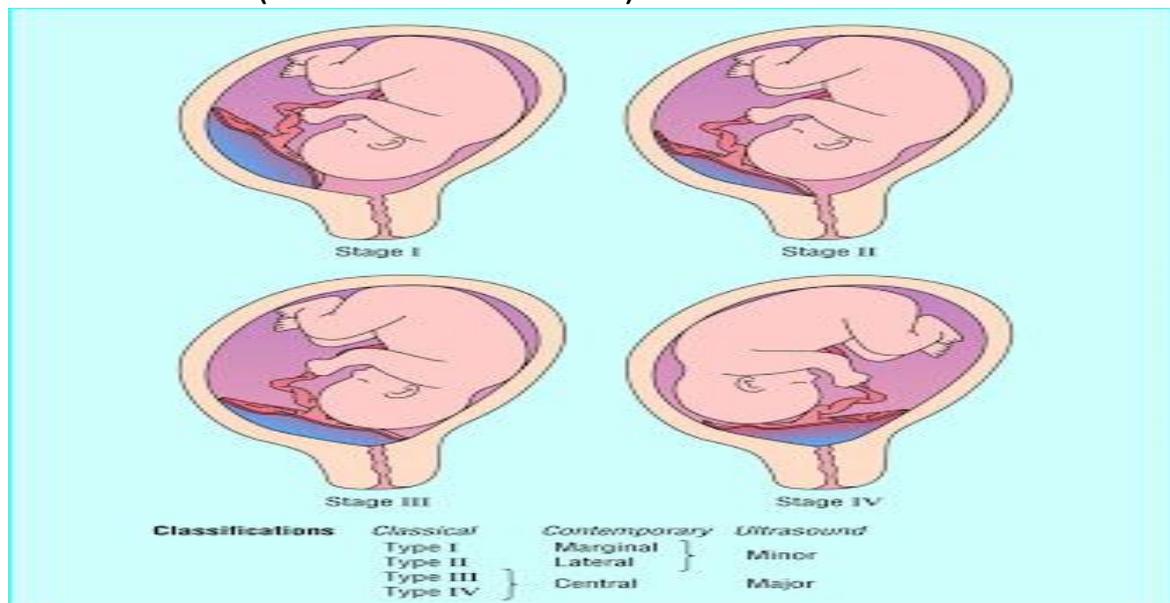
04 stades: (classification de MACAFEE)

*placenta latéral dont le bord inférieur reste à distance de l'orifice interne du col (stade I de Macafee)

*placenta praevia marginal qui affleure l'orifice interne du col (stade II de Macafee)

*placenta praevia partiel où une partie seulement du col est recouverte par le placenta (stade III de Macafee)

*Placenta praevia central ou total recouvrant totalement l'orifice interne du col (stade IV de Macafee)



il existe deux formes pendant le travail:

- ✓ des formes recouvrant le col partiellement ou totalement,
- ✓ des formes non recouvrantes, marginales ou latérales.

(classification de Couvelaire)

Anatomie pathologique:

► Macroscopie:

- poids comparable à celui d'un P. normal;
- plus étalé, plus mince;

-zones de dégénérescence villositaire friables et amincies au contact des membranes où la fibrine peut remplacer un cotylédon.

► **Microscopie:**

On peut observer de la nécrose, des thrombose marginale, et une aplasie villositaire en rapport avec l'érythroblastose réactionnelle.

1) Nidation Itive basse du blastocyste: transport accéléré de l'œuf ou insertion préférentielle sur une muqueuse altérée.

2) Implantation basse llaire: extension progressive d'un placenta NI

► 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.

Physiopathologie:

► **Mécanisme de l'hémorragie:**

*Les contractions utérines physiologiques de Braxton-Hicks plus fréquentes et plus intenses à partir de 30 SA... Tiraillement du bord inférieur du P par les membrane... Décollement d'une Languette placentaire... ouverture des sinus veineux utérins... Hémorragie.

Pendant le travail:

Au cours de la dilatation, le segment inférieur glisse de bas en haut sur la surface de l'oeuf et la rétraction des fibres myométriales décolle une fraction de plus en plus grande du placenta .

Les CU propulsent en avant les membranes du pole inferieur de l'œuf _tiraiilement sur le placenta.

► **Origine de l'hémorragie:**

Double; maternelle et foétale:

*sinus maternels;

*capillaires sinusoïdes foetaux;(test de

KLEIHAUER)(isoimmunisation,anemie et RCIU

► **Conséquences:**

-anémie foétale qui devient plus sensible à l'hypoxie avec

SFA.

-risque d'immunisation maternelle si son rhésus est négatif d'où la prévention systématique par l'anti-D dans les 72h qui suivent le saignement si femme est de Rhésus nég.

-la fibrose de la partie décollée avec réduction de la surface d'échange materno-fœtale ...RCIU

Signes cliniques:

► **Pendant la grossesse:**

***hémorragies:**

- principal motif de consultation du T3;
- 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:**
- constitue rarement un 1^{er} motif de consultation, si elles sont intenses, elles
- doivent suspecter un HRP associé ou un début
- de travail.

Signes généraux:

- État général se dégrade proportionnellement à la quantité de sang perdu;(pâleur, Hypotension, pouls accéléré, froideur des extrémités..)
- Peut être **cataclysmique** d'emblée responsable d'un état de choc hémorragique.

signes physiques:

-palper abdominal:

- ✓ utérus souple en dehors des CUs.
 - ✓ présentation souvent pathologique (transverse ou siège) car gênée par cette placentation vicieuse.
 - ✓ Si présentation céphalique; mobile, haute, rejetée d'un coté ou refoulée en avant.
- BCF: en général présents.

- Aspect du périnée et de la vulve permet d'éliminer une réctorragie ou une hématurie.

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

- **Le TV est contre indiqué** et doit être

Pratiqué après échographie et élimination d'un P.P. recouvrant.

► **Pendant le travail:**

- saignements: constants et proportionnels à la dilatation du col.
- palpation: précise la présentation.
- BCF et ERCF: dépister une SFA.
- le TV permet de préciser l'état de la poche des eaux qui si intacte, épaisse et rugueuse peut être confondue avec une languette placentaire(signe du matelas).

► **Pendant la délivrance:**

*la délivrance qui s'effectue souvent par glissement (mode de DUNCAN) peut entraîner une grave hémorragie.

*Avant l'expulsion; l'hémorragie est souvent due à un décollement incomplet du placenta inséré sur une Muqueuse insuffisamment développée avec un véritable Placenta Partiel accreta.

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

Formes cliniques:

► Selon la symptomatologie:

-forme asymptomatique:

découverte lors d'examen échographique, de césarienne pour présentation transverse ou au décours d'une délivrance artificielle.

Dans 93% des cas il s'agit d'un P.P. type 1 ou 2 .

-forme symptomatique:

hémorragie spontanée, lors d'un TV.

► Selon topographie:

-P.P. latéral :

souvent asymptomatique découvert à l'écho.

-P.P. marginal:

antérieur (entrave la CST) ou postérieur (dystocie foetale).

-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.

▶ Formes compliquées:

- Procidence du cordon: 4x plus fréquente.
- Placenta accreta: complique 10% des P.P.
- CIVD.

Complications néonatales: prématurité, SFA.

Diagnostic du placenta praevia:

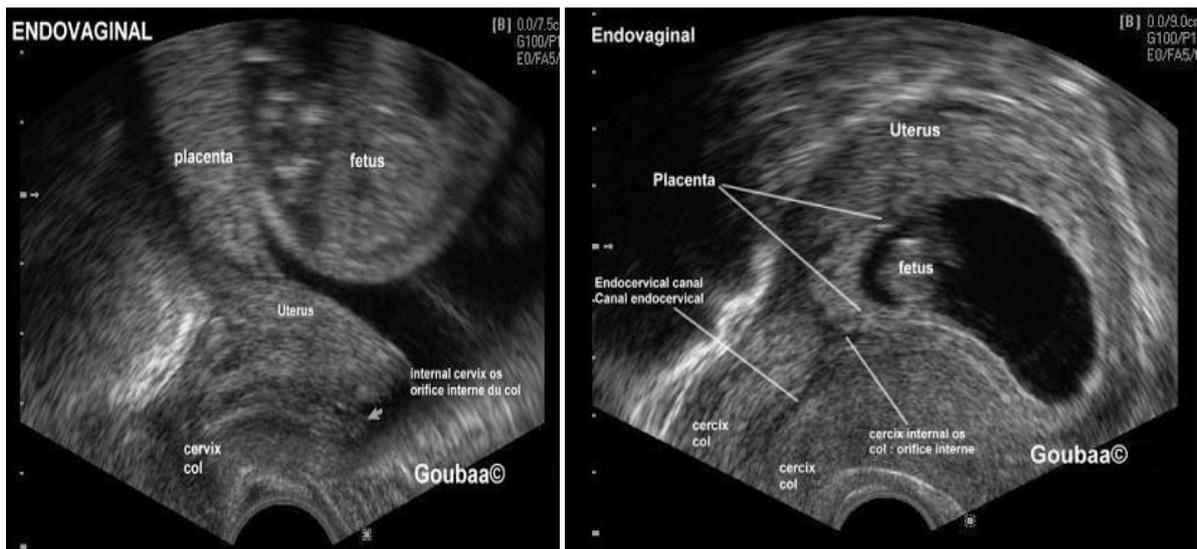
▶ Repose sur les signes positifs:

- ATCDs: âge, multiparité, césarienne, curetage.
- Circonstances de grossesse: gémellité, PMA, tabagisme...
- Caractères de l'hémorragie: spontanée, indolore, récidivante, sang rouge coagulable.
- Triade de Macafee ou besseis: hémorragie modérée avec utérus souple, présentation haute et mobile, vitalité foetale présente.

▶ Signes négatifs:

- absence de contracture utérine ;
- absence de signe d'hypertension artérielle gravidique ;
- normalité de la coagulation.

▶ Le diagnostic positif est fait par l'échographie vaginale.



► Classification échographique de BESSIS à vessie pleine:

- P.P. antérieur:

Stade 1: bord infér du P. atteint le 1/3 sup de la vessie

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

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

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

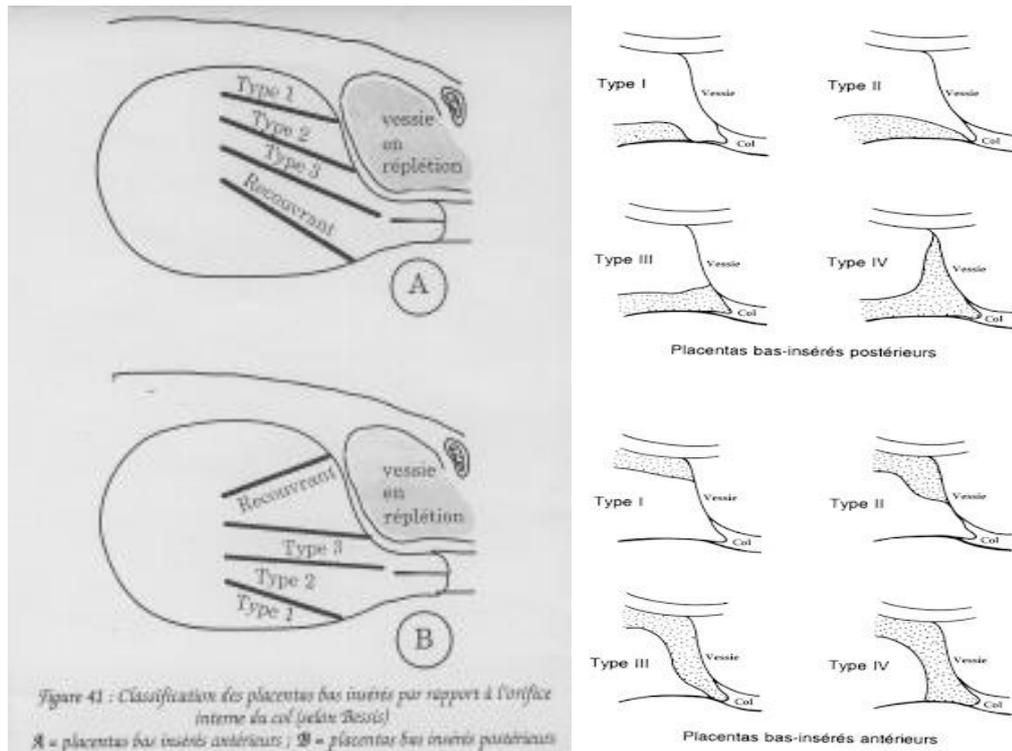
- P.P. postérieur:

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

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

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

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



Diagnostic différentiel:

► Hémorragies d'origine extra-utérine:

- Rupture de varice vulvaire,
- Cystite hémorragique,
- Lésion vaginale ou cervicale.
 - *éliminés par l'inspection de la région ano-génitale et des urines ainsi que l'examen au spéculum.

► Hémorragie d'origine endo-utérine:

- HRP: HTA gravidique, contracture utérine, métrorragie noirâtre et peu abondante.
- Rupture utérine: douleur intense, pas de BCF, fœtus sous la peau.
- 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.

Traitement:

- Hospitalisation
- PEC multidisciplinaire: gynéco-obstétrique, réanimation, anesthésie, pédiatre.

- ▶ Disposition d'une échotomographie performante avec sonde endo-vaginale.
- ▶ Disposition du sang frais en permanence.
- ▶ Réanimation maternelle:
 - 02 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, ERF.
- ▶ **Traitement conservateur:**
 - dans les formes bénignes où le saignement s'affaïsse en général en 02 à 03 jours:
 - Repos strict au lit,
 - Interdiction des rapports sexuels,
 - Tocolyse,
 - Corticothérapie prénatale.
 - Transfusion sanguine si Hb infér à 10 gr/dl.
 - Dépistage et traitement des infections uro- génitales (PV, ECBU, antibiogramme, CRP).

La tocolyse:

- ▶ Les inhibiteurs calciques (la nicardipine):
 - Dont l'inconvénient est l'hypotension qu'ils induisent qui ne sera pas approprié devant un Tableau d'hémorragie,
 - Souvent donné comme relais par voie orale sous forme de Nifédipine.

- ▶ L'ATOSIBAN (inhibiteur des hormones ocytocine et vasopressine):
 - action efficace et rapide dès l'admission sans Effets sur l'hémodynamique.

Corticothérapie prénatale:

- ▶ La CTC stimule la synthèse du surfactant alvéolaire par les cellule épithéliales type 2 du fœtus.

Dose:

Bétaméthasone 12 mg à renouveler après 24h.

Effet:

maximale au bout de 48h et s'épuise après 07 jours.

N.B:

- ▶ Il ne faut en aucune manière chercher à atteindre le terme de la grossesse et encore moins dépasser le terme du fait du risque permanent de récurrence hémorragique avec la possibilité d'un choc hypovolémique, d'une anémie fœtale et une hypoxie avec SFA.

Traitement:

- ▶ 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 _37 SA.

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 ;
- signes d'hypoxie fœtale au cardiotocogramme.

► La voie basse:

Indication: (une seule)

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

céphalique. (un succès ds 63%)

Particularités:

- La RAM permet de diminuer les récives de saignement au cours du travail par compression du lit placentaire.
- La délivrance se fait selon le mode DUNCAN.

► Dans les suites de couches:

- Antibiothérapie;
- Lever précoce;
- Bas de contention veineuse,
- Héparinothérapie.

► En cas de placenta accreta, increta ou percreta:

- Conservateur: abondan / embolisatiotion artérielle.
- Radicale: hystérectomie très délicate qui nécessite un Gynéco obstétrique entraîné ... le risque de lésions vésico urétérale est très important.

NB: le placenta prævia accreta est une complication redoutable nécessitant une prise en charge lourde(réanimateur obstétrique chirurgien).

pronostic:

► Maternel:

- La mortalité a considérablement diminuée depuis la Survenue de l'échographie qui permet d'identifier précocement le P.P. avec sa PEC avant la survenue de complications.
- Cependant elle reste importante en cas d'hémorragie grave de la délivrance et /ou un placenta accreta.
- La morbidité reste lié à la réanimation (la transfusion sanguine, anémie, syndrome de sheehan).

- ▶ Foetal:
 - prématurité,
 - Mortalité néonatale.
 - On note une Amélioration du pronostic foetal depuis la survenue de la corticothérapie et l'allongement de la grossesse par les tocolytiques.

Conclusion:

- ▶ Le placenta prævia; une entité obstétricale redoutable par le risque hémorragique qu'il peut induire mettant en jeu le pronostic vital maternel.
- ▶ Diagnostic souvent évident à l'échographie.
- ▶ Le TV est contre indiqué (peut provoquer une hémorragie cataclysmique).
- ▶ Une prise en charge rapide et adéquate permet d'obtenir de meilleurs résultats avec un bon pronostic materno-foetal.

