

PLACENTA PRAEVIA

DR BOUGADA

I- INTRODUCTION :

Le placenta praevia (PP) est défini par l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur, C'est une anomalie du siège.

Normalement le placenta s'insère au niveau du fond ou l'une des faces latérales du corps utérin. Anatomiquement le petit côté des membranes est inférieur à 10 cm.

II- INTERET

La fréquence est de 0.5-1% des grossesses.
10-30% des hémorragies du troisième trimestre T3.
La mortalité et la morbidité maternelle et fœtale sont élevées.
L'échographie permet le diagnostic.

III- FACTEURS DE RISQUE :

- La multiparité
- L'âge maternel au-delà de 35 ans.
- Antécédent de placenta praevia.
- Les antécédents d'avortements et curetage IVG.
- Les manœuvres endo utérines : version par manœuvre interne (VMI), révision utérine, délivrance artificielle.
- Les cicatrices utérines, myomectomie, césarienne ; cure de synéchie et les lésions endométriales ; séquelle d'endométrite.
- La grossesse multiple et le diabète : placenta volumineux.
- Les malformations utérines, les fibromes sous muqueux, le tabac : nicotine.

IV- PATHOGENIE :

Deux mécanismes sont incriminés dans la formation du placenta praevia :

- La nidation primitive basse du blastocyste au niveau du segment inférieur : Transport accéléré de l'œuf ; l'insertion préférentielle sur une muqueuse altérée ou un retard du développement ovulaire.
- Les implantations secondairement basses après extension progressive vers le segment inférieur d'un placenta normalement inséré au début afin d'augmenter les échanges materno-foetaux.

Mécanisme des hémorragies :

Le placenta inextensible s'insère sur un segment inférieur extensible.

Pendant la grossesse :

- **La théorie du tiraillement des membranes** : les contractions utérines de Braxton Hicks vont décoller le placenta par la mise en tension du petit côté des membranes.
- **La théorie de la distension du segment inférieur** : Pendant les trois derniers mois, le segment inférieur subit une ampliation entraînant un clivage entre le placenta et le myomètre.

Pendant le travail :

- **La théorie du glissement du segment inférieur** : au cours de la dilatation cervicale, le segment inférieur glisse de bas en haut par rétraction des fibres myométriales, ce qui entraîne le décollement du placenta.

Le SI va être mal ampli à l'origine d'une mauvaise accommodation de la présentation.

Pendant la délivrance :

Un défaut de clivage inter-utéroplacentaire d'où la difficulté d'hémostase spontanée.

Dans le post partum :

L'accumulation des caillots sanguins favorise les complications infectieuses du post partum.

V- CLASSIFICATION ANATOMIQUE :

Pendant la grossesse : On retrouve les 04 stades de MACAFEE :

Stade I: placenta prævia latéral : le placenta s'insère sur le segment inférieur et son bord inférieur reste à distance de l'orifice cervical interne du col.

Stade II: placenta prævia marginal : le bord inférieur du placenta atteint le pourtour de l'orifice cervical interne du col.

Stade III : Placenta Prævia partiel : il recouvre partiellement le col.

Stade IV : Placenta prævia central ou total : il recouvre totalement le col, c'est la variété la plus dangereuse.

Pendant le travail : C'est la classification de COUVELAIRE qui est utilisée :

Placenta prævia non recouvrant : Placenta Prævia marginal, le bord inférieur du placenta ne déborde pas sur l'orifice cervical interne.

Placenta recouvrant : Placenta Prævia partiellement ou totalement recouvrant.

VI- DIAGNOSTIC :

1- Diagnostic positif :

1-1- Etude clinique :

A- Pendant la grossesse :

Le PP peut rester asymptomatique et être découverte fortuitement lors d'une échographie.

Signes fonctionnels :

Les métrorragies du 2ème ou du 3ème trimestre est le maître symptôme :

Elle est d'apparition brutale, souvent au repos ; sans cause déclenchante faite de sang rouge, indolore, et inopinée, sans cause apparente, survenant aussi bien le jour que la nuit, en position couchée que debout; avec une tendance à la récurrence.

En général les variétés latérales saignent tôt pendant la grossesse et s'arrêtent pendant le travail.

Signes généraux : Il y'a retentissement hémodynamique du saignement sur la coloration cutanéomuqueuse, Pouls, TA en fonction de la quantité du sang perdu.

Signes physiques :

La palpation : l'utérus est souple, relâché, la présentation est souvent anormale : transversale oblique, podalique, présentation céphalique anormalement haute, excentrée et mobile, mal accommodée au détroit supérieur.

L'auscultation : Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

Le speculum : confirme l'origine endo-utérine du saignement et permet d'exclure les hémorragies d'origine locale.

Le toucher vaginal : il est contre indique +++ , s'il est effectué en extra cervical il objective un col long et dévié, un segment inférieur mal formé et parfois la sensation de masse spongieuse correspondant au placenta.

Devant toutes hémorragies durant la grossesse il faut effectuer une échographie avant de pratiquer le TV.

B- Pendant le travail :

L'hémorragie est souvent présente pendant le travail.

La palpation : apprécie la présentation.

L'auscultation : et le monitoring du rythme cardiaque fœtal apprécient la vitalité fœtale et recherchent des signes de souffrance. La vitalité fœtale est bonne.

Le Toucher vaginal très prudent : tente d'apprécier le degré de dilatation et la hauteur de la présentation :

- Dans les variétés latérales : une sensation de membrane rugueuse est retrouvée.
- Dans les variétés marginales : le bord placentaire est perçu au voisinage de l'orifice cervical interne (OCI).
- Dans les variétés centrales, une languette placentaire ou le placenta entier est perçue.
- Le toucher vaginal est contre indiqué.

C- Après la délivrance :

L'examen du délivre set systématique retrouvant : petit coté des membranes < 10cm ; diagnostic rétrospectif.
Après la délivrance l'hémorragie peut avoir cinq causes :

- Rétention placentaire.
- Inertie du segment inférieur.
- Rupture du segment inférieur.
- Adhérence anormale du placenta.
- Troubles de coagulation

1 -2- Examens para cliniques :

L'échographie :

C'est l'examen clé, réalisé en urgence devant tout saignement du deuxième et du troisième trimestre de la grossesse, avant de faire un toucher vaginal. L'échographie fera le diagnostic de PP et précisera le type anatomique (recouvrant ou non). Il sera classé selon BESSIS.

Classification échographique de BESSIS : → **Placenta prævia antérieur :**

- De type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie
- De type II : la limite inférieure atteint les deux tiers supérieurs de la vessie
- De type III : la limite inférieure atteint le col utérin
- De type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus.

→ **Placenta praevia postérieur :**

- De type 1 : la limite inférieure du placenta se situe a moins de 4cm en arrière du col de l'utérus.
- De type II : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin.
- De type III : la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieur de la vessie.
- De type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

Les investigations du bien être foetal :

L'enregistrement du rythme cardiaque foetal (ERCF), le score de Manning ne montre pas d'anomalies.

VII- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Il se pose avec les étiologies des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et du début de travail :

La Rupture utérine :

- La Douleur est très intense
- Le Collapsus n'est pas expliqué par l'hémorragie externe qui est modérée
- Le foetus est mort le plus souvent.

L'hématome rétro placentaire (HRP) :

- Les signes de toxémie gravidique sont présents
- La contracture utérine douloureuse
- Les métrorragies noirâtres peu abondantes
- Le foetus est mort le plus souvent

L'hématome décidual marginal l'hémorragie est moins importante et de bon pronostic.

L'hémorragie de Benkiser : déchirure d'un vaisseau prævia par l'accoucheur, l'hémorragie est d'origine foetale essentiellement.

Placenta circum vallata.

Melena intra utérin.

Causes cervico-vaginales : éctropion ; polype, cervicite, cancer du col.

VIII- FORMES CLINIQUES :

Les formes asymptomatiques : de découverte fortuite à l'échographie ou lors de l'examen du délivre,

Les formes associées à un hématome retro placentaire (HRP) Les pronostics maternel et foetal sont graves.

Les formes compliquées :

- Procidence du cordon.
- Placenta accréta.
- Accouchement prématuré avec ou sans rupture prématurée des membranes
- Troubles de coagulation

IX- COMPLICATIONS :

A. maternelles :

- Hémorragies récidivantes
- Hémorragie cataclysmique avec un état de choc hypovolémique.
- Placenta accreta surtout en cas d'utérus cicatriciel
- Post partum : carence martiale ; augmentation de risque thromboembolique
- Syndrome de Sheehan : absence de montée laiteuse avec aménorrhée secondaire

B, fœtales :

- SFA SFC MFIU RPM RCIU
- Procidence du cordon
- Présentations dystociques
- Risque d'iso immunisation
- Accouchement prématuré
- Prématurité et ses complications

X- TRAITEMENT

1. Buts :

Compenser les pertes sanguines.

Arrêter l'hémorragie.

2. conduite à tenir :

Le traitement dépend du terme de grossesse ; l'importance de l'hémorragie ; la localisation du placenta et l'existence de souffrance fœtale et sa présentation.

A. Pendant la grossesse :

L'échographie permet le diagnostic et précise la localisation du placenta

L'examen clinique estime l'abondance et le retentissement de l'hémorragie

a. L'hémorragie cataclysmique :

Réanimation maternelle :

- Décubitus latéral
- Oxygénothérapie
- Remplissage vasculaire
- Transfusion sanguine
- Bilan complet : NFS, TP, TCK, fibrinogène, groupage rhésus

Césarienne en urgence quelque soit l'AG

b. Hémorragie minime ou moyenne :

Avant 34 semaines d'aménorrhées : Le but est de retarder l'accouchement jusqu'à l'obtention de la maturité fœtale, sans augmenter le risque maternel :

- Hospitalisation
- Repos
- La tocolyse est instaurée.
- Voie veineuse périphérique : bilan complet groupage rhésus
- Compensation des pertes sanguines : transfusion iso gr iso rhésus.
- Corticothérapie pour maturation pulmonaire.
- Prévention de l'immunisation foeto maternelle : sérum anti D dans 72h suivant l'apparition des saignements.
- La surveillance maternelle : TA, pouls, abondance des saignements.
- NFS *2 par jour, bilan d'hémostase, recherche des RAI
- Proscrire les TV et l'amnioscopie.
- Surveillance fœtale : HU, MAF, BCF ERCE, biométrie fœtale, test de kleihauer à la recherche d'hémorragie fatale.
- La césarienne s'impose si l'hémorragie persiste retentissant sur la mère ou le fœtus.

Après 34 semaines d'aménorrhées :

La grossesse est interrompue, le plus souvent par césarienne, si il y'a une hémorragie.

B. Au cours du travail :

La césarienne :

- Un pp recouvrant
- Placenta marginal ou latéral avec persistance de l'hémorragie après rupture des membranes
- Une souffrance fatale aigue (rythme cardiaque fœtal, pH céphalique)
- Présentation dystocique Procidence du cordon
- Hémorragie abondante avec altération de l'état général maternel
- Placenta accreta
- Association d'HRP

La voie basse est envisageable pour

- Les formes non recouvrantes : placenta latéral ou marginal (distance plus de 2cm entre le placenta et le col
- Présentation céphalique
- Rythme cardiaque fœtal normal Le 1er geste à effectuer est la rupture artificielle des membranes.

C. Au moment de la délivrance :

Avant la délivrance : délivrance dirigée 05ui d'ocytocine en IVL au moment de dégagement de l'épaule antérieure.

Après la délivrance : certain préconise une délivrance artificielle systématique, examen du délivre, perfusion d'ocytocine

D. Suites de couches :

La transfusion sanguine est pratiquée si l'anémie est mal tolérée.

L'antibiothérapie est prescrite.

La prévention de l'iso-immunisation rhésus par administration du sérum anti D.

La prévention des accidents thromboemboliques : par le lever précoce, heparinothérapie préventive.

E. PEC du nouveau-né :

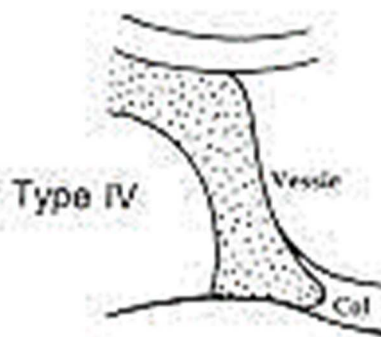
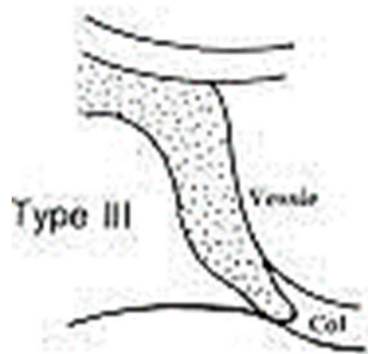
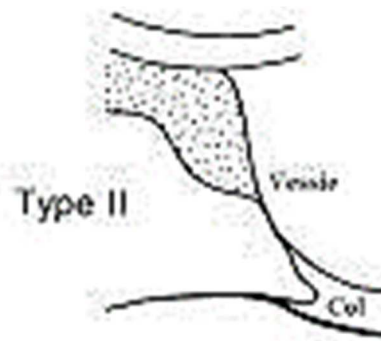
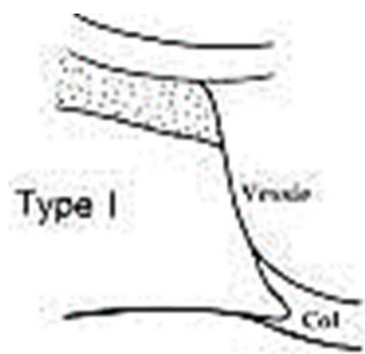
La prise en charge est immédiate Il est souvent hypotrophe , prématuré anémique Il faut lui confier au pédiatre :

- Oxygénothérapie
- Aspiration
- Examen somatique complet
- Surveillance
- Correction de l'anémie, vitamine K

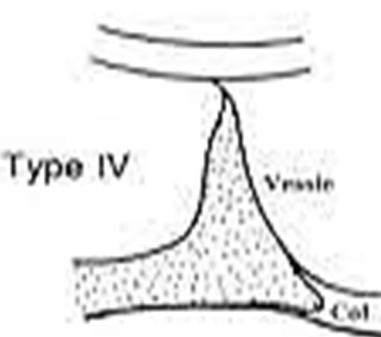
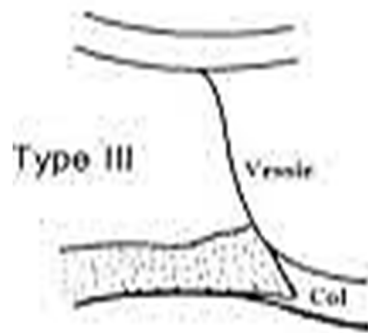
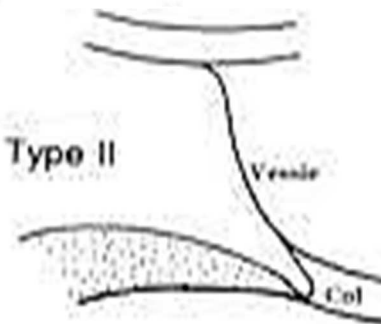
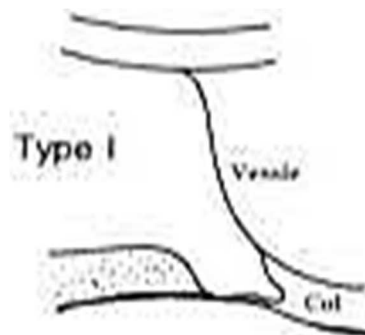
XI- CONCLUSION

Le PP est une situation redoutable en raison du risque hémorragique mettant le pronostic maternel et fœtal en jeu.

Le pronostic est nettement amélioré par le diagnostic précoce grâce à l'échographie et le développement des techniques de réanimation



Placentas bas-insérés antérieurs



Placentas bas-insérés postérieures