

①

LE PLACENTA PRAEVIA

Dr. SUALI Mohammed
Maître de Conférence Gynéco-Obstétrique
Chef d'Unité Gynéco Oncologie
A. H. S TLEMCEM

II-1 Définition, Généralités

- Le placenta praevia (PP) constitue une grossesse à haut risque materno-fœtal.
- Le placenta praevia est caractérisé par son insertion basse, vicieuse sur le segment inférieur, source d'accidents hémorragiques.
- Un placenta est praevia quand il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur.
- Les accidents hémorragiques du placenta praevia peuvent survenir :
 - Au 3^{ème} trimestre de la grossesse
 - Au cours du travail
 - Lors de la délivrance
- Le diagnostic repose sur l'échographie.
- Nécessite un traitement d'urgence adapté car menace le pronostic vital materno fœtal.

II-2 Classification anatomique

A- Pendant la grossesse

Au 3^{ème} trimestre par l'échographie à vessie pleine : on distingue 04 stades en fonction de la situation du placenta par rapport à l'orifice cervical interne (OCI).

Classification britannique :

- Placenta praevia latéral : le placenta s'insère sur le SI mais à distance de l'orifice cervicale interne (stade I de MACAFEE)
- Placenta praevia marginal : le bord inférieur du placenta atteint le pourtour de l'orifice cervical interne (stade II de MACAFEE)
- Placenta praevia partiel : une partie du col est recouverte par le placenta, le reste est tapissé par les membranes (stade III de MACAFEE)
- Placenta praevia central ou total : le placenta recouvre complètement l'orifice cervical interne (stade IV de MACAFEE)

B- Pendant le travail

Tenir compte de la dilatation du col au moment de l'examen à la première phase du travail :

- Placenta praevia latéral peut devenir marginal
- Placenta praevia marginal peut devenir recouvrant ou partiel.

La classification clinique doit être établie à 04 cm de dilatation, on distingue :

- Placenta praevia recouvrant, total ou partiel
- Placenta praevia non recouvrant

Physiopathologique

A- Origine de l'implantation basse du placenta : 02 mécanismes

• Implantation primaire du blastocyste au niveau du segment inférieur soit :

- Insertion préférentielle sur une muqueuse cicatricielle altérée (infection, manœuvre instrumentale, une grossesse antérieure)
- Retard du développement ovulaire au stade de blastocyste qui n'est atteint qu'au voisinage du col.
- Par déplacement vers le col d'un œuf non encore implanté suivant le flux minimes d'hémorragie fonctionnelle.

• Implantation basse secondaire : résulte d'une extension progressive vers l'orifice interne d'un placenta normalement inséré de la grossesse.

B-Mécanisme de l'hémorragie

• Variétés périphériques : Placenta prævia latéraux et marginaux.

- Les contractions utérines physiologiques de Braxton – Hicks entraînant le décollement d'une languette placentaire par une tension du petit côté des membranes qui entraînent l'ouverture des sinus veineux utérines (origine de l'hémorragie).
- Les rapports sexuels augmentent la fréquence de l'hémorragie par les contractions qu'ils induisent.

• Variétés recouvrantes : il s'agit d'un clivage entre le placenta et le myomètre c'est-à-dire asynchronisme de développement entre le segment inférieur qui poursuit son ampliation pendant les trois derniers mois alors que la surface placentaire croît rapidement, atteint son maximum dès la 36^{ème} SA.

• Pendant le travail : au cours de la dilatation le segment inférieur glisse de bas en haut sur la surface de l'œuf, cette rétraction des fibres myométriales décolle une portion de plus en plus grande placenta.

C-Origine de l'hémorragie

- Sinus maternel : après le décollement d'une languette placentaire les sinus veineux de la caduque restent béants en fin de grossesse et au cours du travail car la rétraction musculaire assurant l'hémostase ne peut se faire avant l'expulsion fœtale.
- Hémorragie d'origine fœtale : lors de décollement d'un bord placentaire les villosités peuvent se déchirer entraînant une hémorragie fœtale.

D-Fibrose de placenta décollé

Le fragment du placenta décollé nécrotique et thrombosé devient le siège de fibrose qui réduit la surface placentaire fonctionnelle, RCIU témoin de la diminution des échanges placentaires et de l'anémie fœtale chronique.

II-4 Etiologies

Les causes réelles sont inconnues, les facteurs favorisant sont :

- Multiparité
- Antécédents d'avortements spontanés ou provoqués avec curetage toutes manœuvres utérines.
- Antécédents de Placenta prævia.
- Cicatrice utérine : myomectomie, synéchie, césarienne, séquestrum d'endométriose.
- Grossesse multiple, gros enfants.
- Facteurs divers : fibrome sous muqueux, malformation utérine, adényomyose, tabac, cocaïne.

II-5 Diagnostic Positif

Caractérisé par la triade :

- Utérus souple
- Fœtus vivant
- Présentation haute mobile

A- Symptômes au cours de la grossesse

1. Motif de Consultation

- **Hémorragie** : classiquement il s'agit d'une multipare en bonne état de santé, le saignement survient le plus souvent la nuit au repos sans douleur, il est fait de sang rouge franc.
- **Douleur** : classiquement les hémorragies du Placenta prævia sont indolores, l'existence de douleurs doit faire évoquer soit un HR associé soit le début de travail.

2. Signes généraux

On apprécie le retentissement hémodynamique du saignement sur l'état général, coloration des muqueuses, pouls et TA.

L'altération de l'état général est proportionnellement à la quantité du sang perdu.

3. Signes physiques

- Palpation abdominale : utérus souple relâché en dehors des contractions.
- Mesure de la hauteur utérine.
- Il existe souvent une présentation anormale (transverse, oblique, siège) dans les meilleurs des cas une présentation céphalique haute et mobile.
- Les BCF sont perçus.

4. conduite à tenir

- Toute hémorragie du troisième trimestre impose une hospitalisation
- Si l'hémorragie est modérée ou abondante : deux abord veineux
- Bilan : groupage, rhésus, hémoglobine, hématocrite, bilan d'hémostase : TP, TCK, taux de plaquettes, taux de fibrinogène et PDF.
- Inspection de la vulve et la mise en place prudente d'un spéculum confirmant l'origine endo-utérine du saignement.
- Cardiotocographe : révèle les contractions utérines causales d'éventuels signes de souffrance fœtale.

4. TV

Strictement vaginal peut montrer :

- un col dévié du côté de l'insertion placentaire.
- les doigts introduits dans CDS vaginaux : confirme la présentation haute mobile non engagée.
- signe de matelas : sensation de masse spongieuse située entre le doigt et la présentation.

TV intra cervical peut déclencher une hémorragie redoutable

La confirmation tactile du Placenta prævia doit être réservée aux situations suivantes :

- Hémorragies importantes nécessitant un acte chirurgical immédiat.
- Patiente en travail confirmé.
- RPM.
- Terme 36 à 38 SA.

Le TV intra cervical doit être réalisé au bloc opératoire avec aseptie stricte après préparation pour une éventuelle césarienne avec du sang frais à disposition, c'est « le double set up »

A l'inverse, il faut savoir renoncer au TV au moment de l'admission et pratiquer plutôt une échographie lorsque le fœtus est prématuré et lorsqu'aucune décision chirurgicale immédiate ne s'impose pas.

- La confirmation diagnostique repose sur l'échographie

L'échographie abdominale :

- Exige une vessie bien remplie
- Bessis considère comme bas insérée échographique les placentas dont l'insertion se situe en totalité à une distance de 04 cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus.
- Le mur postérieur de la vessie en réplétion représente le segment inférieur.
- Les causes de discordance entre l'examen clinique et l'échographie ante natale.

- Dilatation du col au cours du travail
- Remplissage excessif de la vessie
- Placenta postérieur
- La localisation placentaire peut varier jusqu'au 34 à 35 SA

L'échographie endovaginale :

- Eviter les erreurs diagnostic liées à l'obésité, au remplissage vésical excessif et à localisations postérieures
- Améliore la précision du degré de recouvrement et la mesure exacte entre le bord placentaire et l'orifice cervical interne
- Elle doit avoir les mêmes précautions que le toucher vaginal

5. Evolution

- Sans traitement la mortalité maternelle et fœtale est élevée.
- Avec traitement l'évolution est imprévisible :

Les récidives hémorragiques sont fréquentes avec augmentation du risque d'accouchement prématuré.

La RPM a souvent un effet bénéfique sur le saignement mais expose au risque d'accouchement prématuré, d'infections amniotiques et de procidence de cordon.

B- Pendant le travail

- L'hémorragie est constante au cours du travail.
- La palpation apprécie la présentation.
- L'auscultation et RCF apprécient la vitalité fœtale et recherchent les signes de souffrance fœtale.
- L'échographie en salle de travail apprécie la variété anatomique du PP (recouvrant ou périphérique)
- TV : contre indiqué lors de Bessis IV
- Tenter d'apprécier la dilatation du col et la hauteur de la présentation.

3- Pendant et après la délivrance

L'hémorragie peut être due à :

- Décollement incomplet du placenta.
- Rétention d'un cotylédon aberrant.
- Mauvaise rétraction du segment inférieur
- Placenta accréta
- CIVD

II-6 Les formes cliniques

(4)

A- Formes symptomatiques

- Formes asymptomatiques : découverte à l'échographie ou lors de l'examen du délivre
- Forme découverte par une amnioscopie ou TV

B- Formes anatomiques

- Placenta prævia central ou recouvrant : (stade IV)
- Placenta prævia marginal (stade III)
 - L'insertion antérieure rend l'hystérotomie segmentaire lors de la césarienne difficile et dangereuse.
 - L'insertion postérieure devant le promontoire empêche la tête de fœtus de s'engager et favorise les compressions funiculaires.
 - Placenta prævia latéral : le plus souvent asymptomatique.

C- Formes compliquées

- Providence du cordon : plus fréquente, elle succède à une rupture spontanée des membranes ou artificielle d'où la nécessité de rechercher un pro cubitus ou une latérocidence du cordon.
- Placenta prævia accréta : c'est l'adhérence anormale du placenta au myomètre due à l'absence totale ou partielle de la plaque basale.
- Formes associées à un HRP : le pronostic est grave pour la mère et le fœtus.
- Formes compliquées de troubles de la coagulation : CIVD, fibrinolyse.

II-7 Diagnostic Différentiel

A- Les hémorragies d'origine cervicovaginale ou vulvaire

L'examen au spéculum élimine les causes cervicovaginales (ectropion, polype du col...etc.).

B- Les hémorragies endo utérines :

- Rupture utérine :
 - douleurs très intense
 - signe de collapsus
 - le fœtus mort le plus souvent
- HRP :
 - signe de toxémie gravidique
 - contracture utérine douloureuse
 - métrorragie Noirâtre de petite abondance
 - état de choc
 - mort fœtale
 - CIVD

PARTIE II: Prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales

- Hématome décidual marginal : le pronostic materno fœtal est bon
- Hémorragie de Benkizer : c'est la rupture d'un vaisseau prævia cheminant sur les membranes, l'hémorragie s'installe rapidement après amniotomie.

II-8 Pronostic

- Mortalité : l'hémorragie reste la cause majeure du décès, le pronostic a été amélioré principalement par le recours aux transfusions et à l'extraction par césarienne.

- Morbidité : les principales complications néonatales sont :

- Détresse respiratoire par immaturité.
- Les ictères.
- L'hypoglycémie, l'hypocalcémie.
- Malformation fœtale (cardiaque).

II-9 Traitement

Il ne se conçoit qu'en centres spécialisés avec équipe multidisciplinaire : obstétricien, réanimateur, pédiatre.

Principe :

- Compenser les pertes sanguines
- Arrêter l'hémorragie

A- Au troisième trimestre de la grossesse avant 36-37 SA

- PP saigne et le fœtus est un prématuré : Traitement conservateur

- Hospitalisation et repos au lit en DLG
- Détermination du groupage- Rhésus
- Une voie d'abord veineuse
- Compensation des pertes sanguines par transfusion de sang iso groupe iso rhésus
- Traitement martial
- Abstention de tout examen obstétrical
- Tocolyse par les B mimétique (SALBUTAMOL) ou VALIUM
- Anti D si RH (-) négatif
- Surveillance maternelle : TA, état général, pouls, abondance du saignement, FNS.
- Surveillance fœtale : HU, BCF, MAF, échographie, RCF
- Ces mesures thérapeutiques permettent souvent d'obtenir l'arrêt du saignement d'atteindre 36-37 SA, donc la grossesse peut être interrompue, le plus souvent par césarienne, celle-ci s'impose en cas de :

- Placenta prævia recouvrant
- Placenta prævia et pathologique maternelle

PARTIE II: Prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales

- Placenta prævia et utérus cicatriciel
- Placenta prævia et toute autre cause de dystocie

- Traitement des formes asymptomatiques dépistées par l'échographie
la localisation placentaire peut varier.
Avant 34 SA : répéter l'échographie tout les 15 jours jusqu'à la sur
version en situation normale ou jusqu'à l'accouchement
 - si l'hémorragie survient : hospitalisation jusqu'à arrêt de puis
l'échographie / 15 jours
 - si récidive hémorragie : hospitalisation jusqu'au termeAprès 34 SA : hospitalisation en règle / décision à terme

~~B- Pendant le travail~~ la réanimation s'impose toujours

- transfusion du sang iso groupe, iso rhésus
- O₂ : 6 à 8 l/min
- Monitoring RCF

~~Parfois la césarienne s'impose d'emblé en urgence devant :~~

- Placenta prævia recouvrant
- Hémorragie persistante abondante après la rupture des membranes
- Souffrance foétale aigue
- Placenta prævia et présentation anormale ou toute autre cause de dystocie

~~En d'autres l'accouchement par voie basse est envisageable devant :~~

- Formes non recouvrantes.
- Présentation céphalique du sommet.
- Fœtus vivant et de poids eutrophique.
- Multipare dont le bassin a fait ses preuves.

~~Le premier geste à effectuer est la rupture large des membranes; cette
rupture doit arrêter très rapidement les hémorragies sinon recours à une
césarienne de deuxième intention.~~

~~C- Pendant la délivrance~~

- La délivrance peut être spontanée ou dirigée, certains préconisent une
délivrance artificielle systématique pour prévenir les complications
hémorragiques
- Elle est souvent suivie d'une hémorragie persistante
- La révision utérine (RU) qui peut ramener un cotylédon aberrant ou
fragment de placent accréta partiel, met en évidence une déhiscence de la
cicatrice de césarienne
- Examen sous valve et réparation d'éventuelles lésions génitales

- (A)
- Traitement d'une éventuelle inertie : injection d'ocytocine par voie intraveineuse ou intra musculaire, voie intra myométriales et massage utérin.
 - Si l'atonie persiste ou si survient des hémorragies secondaires : traction et torsion du col utérin sur son axe pendant quelques heures ou réaliser un packing utérin par des mèches larmés en place pour une durée maximale de 24 heures sous couverture d'une perfusion de syntocinon et une antibiothérapie massive.
 - Lorsque on dispose d'un plateau technique performant et que la patiente est hémodynamiquement stable on peut recourir à une embolisation artificielle par voie fémorale ou axillaire rétrograde (injection de vasopressine ou mise en place Spongel)
 - Lorsque toutes ses méthodes échouent, il faut envisager une intervention chirurgicale après réanimation intensive, 03 techniques :
 - ligature bilatérale des branches descendantes des artères utérines
 - ligature bilatérale des artères hypogastrique
 - hystérectomie d'hémostase

D- Suite de couche

- Poursuivre la correction de l'anémie (transfusion et traitement martial)
- Antibiothérapie préventive souhaitable après la révision utérine, délivrance artificielle
- Sérum Anti D en cas d'incompatibilité Rhésus
- Prévention et dépistage des accidents thromboemboliques
- Héparinothérapie préventive + kinésithérapie au lit.

E- Prise en charge du nouveau né

- L'enfant né d'un PP hémorragique est souvent prématuré, anémique et hypoxique, parfois hypotrophe et quelque fois malformé.
- Il doit être confié immédiatement à un pédiatre, le traitement comporte :
 - correction de l'anémie par des transfusions
 - administration de vit K
 - prévention du choc par des corticoïdes / perfusion
 - si détresse respiratoire en cas de grande prématurité : surfactant exogène et assistance respiratoire. ^{(51) (9)}