

PLACENTA PRÆVIA

Dr Bocoum Amadou Maitre-assistant à la FMOS cours 5^{ème} année médecine Mars 2019

Objectifs

- 1- Définir le placenta prævia.
- 2- Donner la classification clinique du placenta prævia
- 3- Enumérer 4 facteurs étiologiques du placenta prævia.
- 4- Décrire les saignement du placenta prævia hémorragique.
- 5- Décrire la conduite à tenir appropriée devant le placenta prævia pendant le travail

PLAN

1. GENERALITES

1.1 Définition

1.2 Intérêt

1.3 Rappel

2. Classification :

2.1 Clinique :

2.2 Echographie

3. Epidémiologie

3.1 Fréquence

3.2 Facteurs de risque

4. Physiopathologique

5. Etude Clinique :

5.1 Type de description : Placenta Prævia pendant la grossesse

5.1.1 Circonstance de découverte

5.1.2 Signes fonctionnels

5.1.3 Signes généraux

5.1.4 Signes physiques:

5.1.5 Examen complémentaire

5.1.6 Evolution

5.2 Forme clinique

5.2.1 Placenta prævia pendant le travail

5.2.2 Placenta prævia associé à l'hématome rétroplacentaire

6. Diagnostic

6.1 Diagnostic positif

6.2 Diagnostic différentiel

7. Conduite à tenir

7.1 Pendant la grossesse

7.2 Pendant le travail

7.3 Pendant la délivrance

7.4 **Pronostic**

Conclusion

1 Généralités

1.1 Définition :

On dit que le placenta est *prævia* lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

1.2 Intérêt :

- Le placenta *prævia* est une des causes fréquente d'hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Il est responsable d'une mortalité maternelle et fœtal par hémorragie surtout dans les pays sous médicalisés.
- Le diagnostic précoce est possible par l'échographie obstétricale.

1.3 Rappel :

La fécondation a eu lieu dans le tiers externe de la trompe. La morula arrive dans la cavité utérine entre le 3^{ème} et le 4^{ème} jour et le blastocyste s'implante dans la paroi utérine aux environs du 7-8^{ème} jour sur une des faces utérines loin de l'isthme. La circulation fœto-placentaire commence à être fonctionnelle vers la 3^{ème} semaine de gestation. Le développement du placenta continue pendant toute la gestation pour s'adapter aux besoins métaboliques de l'embryon en croissance.

L'utérus gravidique comprend 3 parties : le col, le corps utérin séparé par l'isthme qui au cours du développement de la grossesse forme le segment inférieur au début du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Le placenta s'insère normalement au niveau du corps utérin loin du segment inférieur qui mesure 10 cm au terme de la grossesse.

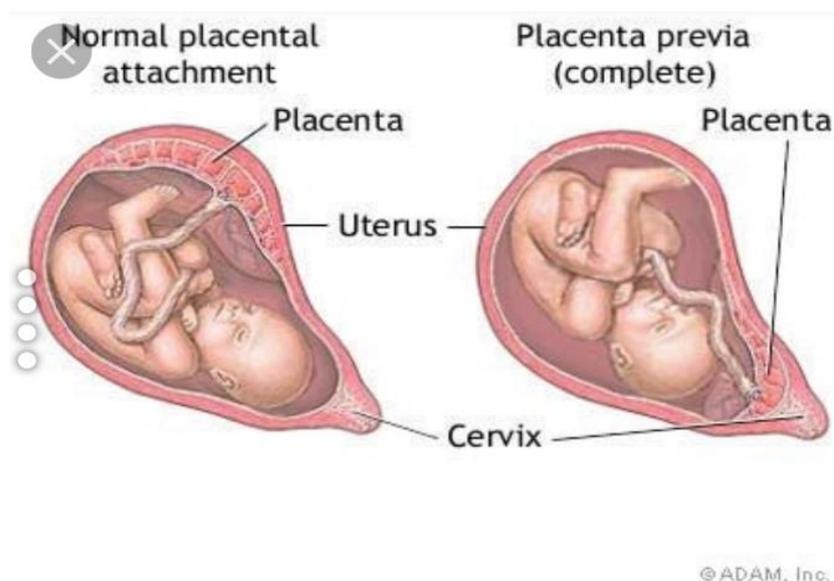


Fig N°1 : Insertion du placenta

2. Classification :

2.1 Clinique :

➤ **Pendant la grossesse ou classification anatomique (LACOMME) :** Il y a 3 variétés :

- **Placenta prævia latéral**

Le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col

- **Placenta prævia marginal**

Le placenta atteint le bord supérieur du canal cervical (affleure l'orifice interne du col)

- **Placenta prævia central**

Le placenta recouvre l'orifice interne du col.

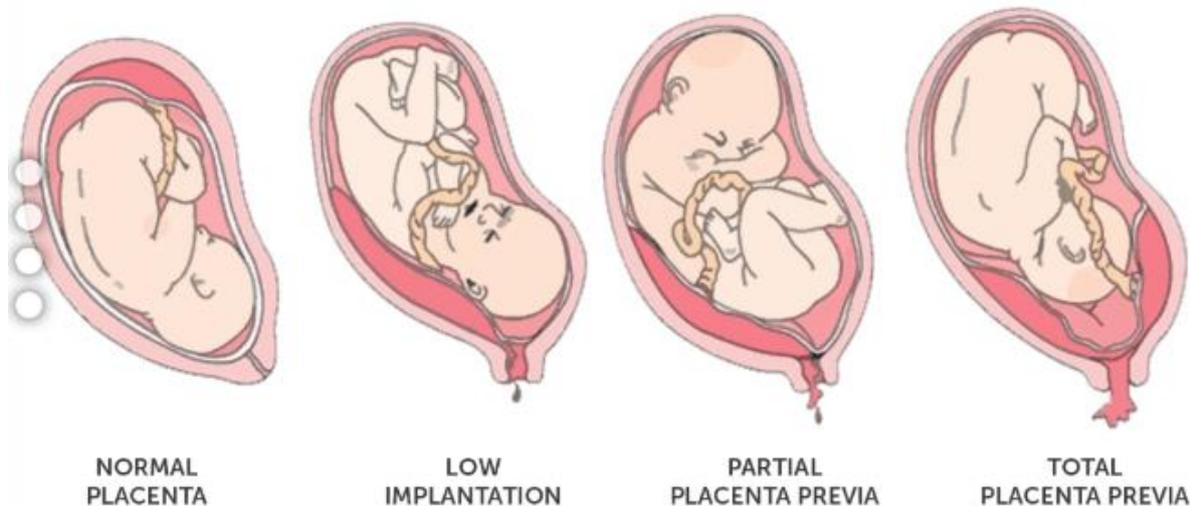


Fig N°2 : Classification anatomique

➤ **Pendant le travail (COUVELAIRE)**

- **Placenta prævia non recouvrant** : le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice interne du col c'est l'équivalent au cours de la grossesse du placenta prævia latéral ou marginal.

- **Placenta prævia recouvrant** : une partie plus ou moins importante du placenta recouvre l'orifice interne du col et apparaît dans l'aire de dilatation du col. Les membranes ne sont pas accessibles.

2.2 Echographique :

On distingue le placenta bas inséré postérieur ou antérieur selon que le placenta soit sur la face antérieure ou postérieure de la cavité utérine

3. Epidémiologie :

3.1 Fréquence :

- En Europe : la fréquence < 1% des accouchements.
- Abidjan au CHU de Cocody : 2,3% des accouchements
- Niamey : à la maternité centrale GAZOBY de Niamey : 0,4% des accouchements
- Bamako, CHU GT : 1.7% des grossesses

3.2 Facteurs de risque :

Le placenta déborde souvent sur le segment inférieur du fait de son étendue. Certains facteurs favorisent l'insertion ectopique du placenta :

- **Multiparité** par altération durable de la muqueuse endométriale
- **Endométrite**
- **Avortements provoqués** (à risque)
- **Manœuvres endo-utérines** curetages endo-utérins (endo-utérins) délivrance artificielle – révision utérine
- **Cicatrices utérines** (césarienne segmentaire, myomectomie, plastie utérine)
- **Myomes sous-muqueux**

4. Physiopathologique :

Le placenta inextensible est inséré sur le segment inférieur qui est une zone très extensible et très mobile. Le saignement dans le placenta praevia peut être dû :

- A la séparation mécanique des cotylédons de leur lieu d'implantation lors de la formation du segment inférieur ou lors de l'effacement et de la dilatation du col,
- A une placentite,
- A la rupture de sinus veineux dans la caduque.

L'insertion basse du placenta crée des défauts d'accommodation foeto-maternelle avec risques de présentation dystocique (présentation transversale, présentation du siège)

Après la délivrance, l'aire d'insertion placentaire se rétracte mal d'où risque d'hémorragie de la délivrance.

5. Etude clinique :

- **Circonstance de découverte :**
- ✓ Survenue d'une hémorragie abondante au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse
- ✓ Survenue d'une hémorragie plus ou moins abondante inopinée au cours du travail d'accouchement
- ✓ Découverte échographique au cours du bilan prénatal

5.1 Type de description : Placenta Prævia hémorragique pendant la grossesse

5.1.1. Signe fonctionnel : est représenté par des hémorragies sous forme de **métrorragies**.

Les caractères de ces hémorragies sont :

- leur moment de survenue : dans les deux derniers trimestres de la grossesse (2^{ème} ou 3^{ème})
- leur aspect : **sang rouge** s'écoulant à la vulve
- le facteur déclenchant : sang apparaissant **sans cause déclenchant** survenant la nuit ou le jour en position debout ou couchée en dehors de tout effort physique.

- apparition spontanée

- indolore

- abondance : abondance est variable

- Evolution : **très capricieuse, imprévisible** de telle sorte que leur survenue en fin de grossesse impose l'hospitalisation en milieu spécialisé,

Elle s'arrête le plus souvent spontanément ou après repos et traitement antispasmodique mais ayant une **tendance à récidiver**.

5.1.2- Signes généraux

Leur importance est en rapport avec l'abondance des métrorragies et avec leur répétition.

5.1.3- Signes physiques

➤ **Palper obstétrical :**

❑ Défaut d'accommodation du mobile fœtal au détroit supérieur

✓ Soit présentation céphalique (PC) haute et mobile, parfois excentré

✓ Soit présentation du siège, présentation transversale ou oblique

❑ **l'utérus est souple pas de contracture utérine**

➤ **Auscultation :**

✓ les bruits du cœur du fœtus (BDC) sont le plus souvent présents (fœtus vivant)

➤ **Spéculum :**

✓ col et paroi vaginale sont macroscopiquement sains

✓ **sang rouge provient de l'utérus**

➤ **TV** intra cervical est proscrit (interdit) car risque de métrorragies abondantes :

✓ déviation latérale du col,

✓ segment inférieur malformé,

✓ **présentation fœtale haute et mobile**

✓ **sensation de matelas placentaire ou d'éponge** qui traduit l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation,

✓ **sang rouge au doigtier.**

5.1.4 - Examen complémentaire

- C'est l'**échographie obstétricale** avec vessie pleine,

✓ elle pose le diagnostic positif du placenta prævia

- ✓ elle précise la classification de ce placenta prævia (classification échographique)
- NFS : permet d'évaluer le degré de l'anémie.

5.1.5 – Evolution et complication

L'évolution est **imprévisible**.

Les métrorragies ont **tendance à se répéter**.

L'évolution spontanée est émaillée de complications.

✓ **Les complications en cours de grossesse**

- anémie maternelle, anémie fœtale,
- rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré, accouchement prématuré infection ovulaire et maternelle, procidence du cordon ombilical,
- défaut d'accommodation fœtale responsable de présentation dystocique (présentation du siège, présentation oblique),
- décès maternel, décès fœtal,
- allo-immunisation maternelle si gestante rhésus négatif avec un fœtus rhésus positif.

✓ **Les complications au cours du travail**

- rupture spontanée des membranes,
- procidence du cordon ombilical,
- présentation dystocique,
- anémie maternelle, anémie fœtale,
- décès maternel, décès fœtal
- allo-immunisation maternelle si parturiente rhésus négatif avec un fœtus rhésus positif.

✓ **Les complications au cours de la délivrance**

- **hémorragie de la délivrance** : elle peut survenir malgré la constatation d'un bon globe de sécurité et l'absence de rétention placentaire.

✓ **Les complications dans les suites de couches**

- anémie maternelle, anémie néonatale
- infection puerpérale, infection néonatale
- thrombophlébite
- retour tardif des couches
- décès maternel, décès néonatal

5.2- Formes cliniques

5.2.1- Placenta prævia pendant le travail

Les hémorragies sont attendues si la grossesse a saigné auparavant. Elles peuvent être le 1^{er} signe du placenta prævia.

En cas de placenta recouvrant :

- lorsque la dilatation du col est suffisante :
 - *on sent le placenta sous la forme d'une **masse mollasse** occupant l'aire de dilatation du col, cette **masse saigne et le sang est rouge**,
 - *on ne sent pas la présentation car les **doigts de l'examineur tombent directement sur la masse mollasse**.

En cas de placenta non recouvrant :

- Si les **membranes** ne sont pas rompues, elles **sont rugueuses et épaisses**, le doigtier **ramène du sang rouge**.

5.2.2- Placenta associé HRP :

Dans ce cas, on retrouve les métrorragies mais surtout après la délivrance une **cupule** qui déprime la face maternelle du placenta et le **petit côté des membranes qui mesure moins de 10 cm**.

5.2.3. Formes asymptomatiques :

La découverte à l'occasion d'une présentation transversale ou d'une échographie près du terme ou lors d'une césarienne pratiquée avant le début du travail en raison d'une grossesse pathologique ; d'autres placentas prævia ne sont reconnus qu'à la délivrance artificielle ou à l'examen des membranes sur le produit du délivre.

6- Diagnostic :

6.1- Diagnostic positif : il repose sur des métrorragies :

- apparaissant dans les 6 derniers mois de la grossesse
- spontanées
- indolores
- BDC présents
- utérus souple

Echographie qui précise le type de placenta prævia.

6.2- Diagnostic différentiel

- **HRP** : début brutal
- ✓ **sang noir**
- ✓ **contracture utérine**
- ✓ **foetus mort**
- ✓ **Albuminurie, HTA**

➤ **Rupture utérine :**

- ✓ état de choc sans commune mesure
- ✓ antécédent d'utérus cicatriciel
- ✓ fœtus sous la peau

7- CONDUITE A TENIR

- But :** - arrêter les métrorragies
- compenser les pertes sanguines

7.1- Pendant la grossesse

- ✓ Donner des conseils pour le changement de comportement de la gestante et entourage sur les risques du placenta prævia.
- ✓ Déterminer le **groupe sanguin** (systèmes ABO et rhésus)
- ✓ **Corriger la spoliation** sanguine soit :
 - Par transfusion iso-groupe si le taux de l'hémoglobine < 7 g/100 ml,
 - Par prescription du fer si taux d'hémoglobine ≥ 7 g/100ml.
- ✓ **Hospitaliser** la gestante en milieu spécialisé
- ✓ Eviter les touchers vaginaux fréquents.
- ✓ **Surveillance stricte** de l'hémorragie et de la grossesse en milieu spécialisé.
- ✓ Inhibition des contractions utérines par des antispasmodiques (ou mieux β mimétiques en absence de leur contre-indications).
- ✓ **Interdiction d'avoir des rapports sexuels**
- ✓ **Césarienne en urgence** avant tout début de travail quel que soit le terme de la grossesse **si hémorragie brutale menaçant la vie de la mère.** (césarienne pour sauvetage maternel)
- ✓ A partir de la 37^{ème} semaine une **césarienne systématiquement** si :
 - placenta prævia associé à autre pathologie ou à une dystocie,
 - placenta prævia central.

7.2- Pendant le travail

7.2.1 - En cas placenta prævia recouvrant :

- ✓ **Réaliser une césarienne d'extrême urgence** sous transfusion massive après détermination du groupe sanguin et du taux de l'hémoglobine.

7.2.2- Placenta prævia non recouvrant :

- ✓ réaliser la **rupture artificielle large des membranes**
- ✓ **surveiller les métrorragies et le travail ;**

- Si les métrorragies se tarissent et si la situation mécanique obstétricale et dynamique sont favorables, il faut **laisser l'accouchement se faire par voie basse ; c'est le cas le plus fréquent.**
- Si les métrorragies se tarissent et la situation mécanique et dynamique obstétricale sont défavorables faire une **césarienne** pour sauvetage maternel.
- si les métrorragies ne se tarissent pas malgré la rupture artificielle large des membranes et si elles menacent la vie de la mère, il faut faire une **césarienne de sauvetage maternel.**
- ✓ **les manœuvres de désespoir pour sauver la vie de la mère si on se trouve loin de tout centre chirurgical.**

7.3- Pendant la délivrance :

- ✓ Faire une **délivrance artificielle systématique** suivie **d'une révision utérine,**
- ✓ Utiliser des utérotoniques en IM
- ✓ **Surveiller rigoureusement l'accouchée**
- ✓ Compenser des pertes sanguines
- ✓ Faire la prévention de l'infection puerpérale par l'usage des antibiotiques.

7.4- Pronostic :

Maternel :

- mort maternelle par choc hémorragique (2 à 6 %)
- Infection maternelle

Fœtal :

- anémie fœtale
- mortalité fœtale élevée

CONCLUSION

Le placenta prævia est une affection obstétricale grave. Le diagnostic positif précoce est possible grâce à la clinique et surtout grâce à l'échographie. La prise en charge doit se faire d'un centre chirurgical.