

# Placenta prævia

## I. Intérêt :

Pathologie très grave mettant en jeu le pronostic vital de la mère par l'importance du saignement qu'elle peut engendrer, et fœtal en augmentant la mortalité et la morbidité fœtale et périnatale.

Un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate peuvent améliorer le pronostic.

## II. Définition :

Le placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur. Cette insertion étant source d'accident hémorragique.

## III. Facteurs favorisants :

- 1- L'âge maternel sup à 35 ans ;
- 2- Race noire ;
- 3- multiparité ;
- 4- ATCDS d'avortements spontanés ou provoqués avec curetage ou toutes manœuvres endométriales (DA, RU) ;
- 5- Cicatrice utérine et lésions endométriales
- 6- ATCDS de placenta prævia ;
- 7- Gémellité.

## IV. Mécanismes d'implantation basse :

- 1- Nidation primitive du blastocyte au niveau du segment inférieur qui est due
  - soit à un transfert accéléré de l'œuf
  - soit à une insertion préférentielle sur muqueuse cicatricielle
  - soit à un trouble de l'organogénèse avec un retard de développement ovulaire ; stade de blastocyte atteint au voisinage du col.

### 2- implantation basse secondaire :

- Résulte d'une extension progressive vers l'orifice cervicale d'un placenta normalement inséré au début de la grossesse (grossesses multiples)

## V. Anatpath :

### a- Macroscopie :

Il ne diffère pas du placenta normalement inséré, mis à part qu'il est plus étalé et plus mince.

Cependant, Certaines anomalies peuvent être associées :

- Insertion excentrique du cordon
- Insertion vélamenteuse du cordon
- Placenta bilobé
- Placenta acréta

### b- Microscopie :

Nécrose déciduale, thrombose marginale, fibrose du stroma et œdème villositaire terminal.

c- Classification anatomique :

**Classification de MACAFEE :**

Pendant la grossesse, distingue 4 stades par rapport à l'orifice interne du col.

Stade 1 : pp latéral ; le placenta s'insère sur le segment inférieur et reste à distance de l'orifice interne du col.

Stade 2 : pp marginal ; le placenta affleure l'orifice interne du col.

Stade 3 : pp partiel ; le placenta recouvre seulement une partie du col.

Stade 4 : pp centra ou total ; le site d'implantation recouvre en totalité l'orifice interne du col.

Physiopathologie :

**1- Mécanisme de l'hémorragie :**

- Pendant la grossesse :

Dans les variétés périphériques ; les contractions physiologiques de braxton hixs et les rapports sexuels entraînent un décollement de languette placentaire ouvrant les sinus utérin qui saignent par tiraillement du petit coté des membranes.

Dans les formes recouvrantes ; il existe un clivage entre le placenta et le myomètre par suite d'un asynchronisme de développement entre le segment inférieur qui poursuit son ampliation pendant les 3 derniers mois de la grossesse alors que la surface placentaire atteint son maximum dès la 36<sup>èmes</sup> semaines.

- 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 myometriales décolle progressivement une fraction de plus en plus grande du placenta.

**2- Origine de l'hémorragie :**

L'origine du saignement est aussi bien maternelle que foétale.

**VI. Diagnostic positif :**

1- Pendant la grossesse :

- Signes fonctionnels : les hémorragies sont le maître symptôme, apparaissent à partir de la 32<sup>èmes</sup> SA, elles sont externes, d'apparition brutale, souvent au repos, dans le jour ou la nuit, faite de sang rouge liquide qui s'écoule par la vulve, non associés à d'autres signes, indolore ayant un caractère important, celui d'être récidivantes.
- Signes généraux : leurs importance est en rapport avec l'importance de l'hémorragie ; pâleur, vertige, soif d'air, refroidissement des extrémités, accélération du pouls, chute de la TA.
- Signes physiques :
  - L'inspection : le speculum confirme l'origine endométrine du saignement.
  - La palpation : retrouve un utérus souple sans contracture, présentation souvent irrégulière, haute, mobile, mal accommodé au détroit supérieur.  
Le TV est dangereux, réalisé avec prudence retrouve une présentation haute et le signe du matelas placentaire.

- L'examen échographique :

### **Classification échographique de BESSIS**

A- PP antérieur :

Type 1 : recouvre le tiers supérieur de la vessie.

Type 2 : recouvre les 2 tiers supérieurs de la vessie.

Type 3 : affleure l'orifice cervical interne.

Type 4 : recouvrant.

B- PP postérieur :

Type 1 : limite inférieure est moins de 4 cm de l'OCI

Type 2 : affleure l'OC

Type 3, 4 : recouvrant.

### **Classification échographique de DENHEZ**

Groupe 1 : placenta fundique ; la limite supérieure du placenta atteint ou dépasse le fond utérin

Groupe 2 : la limite supérieure du placenta est dans la moitié sup de l'utérus.

Groupe 3 : le placenta est entièrement dans la limite inférieure de l'utérus.

- 2- Pendant le travail : l'hémorragie est constante, le degré du saignement est fonction de la dilatation du col.

L'enregistrement du RCF recherche des signes de souffrance fœtale.

Le TV très dangereux peut être responsable d'hémorragie cataclysmique, les doigts tombent directement sur le placenta qui s'interpose entre eux et la présentation.

- 3- Pendant la délivrance :

Hémorragie de la délivrance

Examen du délivre qui retrouve un petit coté des membranes inf. à 10cm.

### **VII. Diagnostic différentiel :**

- Au cours de la grossesse : Rupture utérine : douleur intense, hémorragie minime, défense abdominale, le fœtus mort le plus souvent.
- Hématome décidual basal : terrain d'HTA, douleur, sang noir incoagulable.
- Hématome décidual marginal
- Au cours du travail : rupture utérine, rupture de vaisseaux ombilical prævia en cas d'insertion vélamenteuse du cordon (hémorragie de benkiser).

### **VIII. Traitement :**

A- But du TRT

- Arrêter l'hémorragie par un TRT obstétrical qui fait appel à 2 moyens : rupture des membranes ou césarienne.
- TRT des conséquences de l'hémorragie : rôle du TRT général et de la réanimation.  
Le PP hémorragique nécessite une hospitalisation dans un centre spécialisé avec présence d'une équipe pluridisciplinaire avec appareillage échographique et du sang frais disponible.

B- Choix entre accouchement immédiat et TRT conservateur :

- Accouchement immédiat : si hémorragie massive persistante  
- Patiente en travail après 36 SA  
- Accouchement prématuré inéluctable  
- Souffrance fœtale

1- Voie haute :

- Formes symptomatiques
- Variétés recouvrantes
- Formes périphériques hémorragiques
- Présentations pathologiques.

2- Voie basse :

- Variétés latérales, présentation céphalique avec rupture précoce des membranes, absence d'hémorragie fœtale ou de souffrance fœtale.

Prise en charge spécialisée du NNé déjà fragilisé par l'anémie et l'hypoxie.

- TRT conservateur :

Si pp avec grande prématurité en l'absence d'hémorragie grave ou de ses conséquences.

- 1- Repos strict
- 2- Compensation des pertes sanguines par des transfusions
- 3- Tocolyse par sédatifs, AINS avant 32 SA, inhibiteurs calciques, les B. mimétiques étant CI en cas d'hémorragie sévère
- 4- Accélération de la maturité pulmonaire fœtale par des corticoïdes (B. méthasone)
- 5- Surveillance Materno-fœtale.

-