

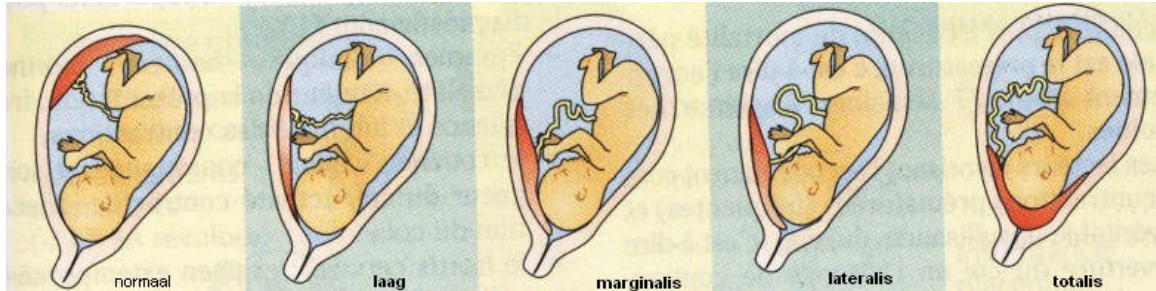
Urgence obstétricale mettant en jeu le pronostic fœtal et maternelle. Nécessite de le distinguer de l'HRP (hématome rétro placentaire)

I) DEFINITION

Le PP : localisation anormale du placenta qui est responsable d'hémorragie sévère le + souvent au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse pouvant mettre en jeu le pronostic maternelle et fœtal

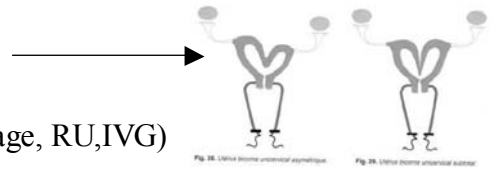
Le placenta est dit praevia si il est dans la partie basse de l'utérus

- PP latéral : extrémité inférieure à distance du col
- PP marginal : extrémité inférieure affleure le col
- PP couvrant : extrémité inférieure recouvre le col



II) CIRCONSTANCES FAVORISANTES

- malformation utérines : utérus bicorne
- Fibrome sous muqueux
- ATCD de manœuvre endo utérine (curetage, RU, IVG)
- Utérus cicatriciel (césarienne)
- grossesse nombreuse, âge avancé de la mère, tabagisme, ATCD personnel de PP



III) CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- Parfois longtemps silencieux et découvert au US
- Saignement d'origine utérine de sang rouge, parfois très abondant, survenant le + souvent au 3^{ème} trim de la G, indolore
- Utérus souple à l'examen, entre les éventuelles CU (en cas d'HRP, l'utérus reste dur en permanence)
- TA et π dépendant du volume de sang perdu (en cas d'HRP, le + souvent HTA et albuminurie)

IV) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

a. Hémorragie en cours de grossesse

- rupture utérine
- HRP : hématome décidual basal
- Hématome décidual marginal

b. Hémorragie en cours d'accouchement

- Rupture utérin
- HRP
- Hémorragie de Benckiser : rupture d'un vaisseau placentaire

LE PLACENTA PRAEVIA (suite)2/2

V) DIAGNOSTIC

- échographie : voie abdo ou EEV
 - o localise le placenta et précise la situation de son extrémité inférieure par rapport au col de l'utérus : latéral, marginal, couvrant
 - o Peut apprécier la longueur du col. Si Dg US précoce, parfois « ascension » du placenta au cours de la G
- examen biologique : NF, crase sanguin : évaluation du retentissement maternel
- évaluation du bien être fœtal : RCF, score de Manning (mouvement US du BB)
- recherche de la participation fœtale à ces hémorragies : test de Kleihauer(sang recueilli au spéculum)

VI) PRISE EN CHARGE

Les éléments à prendre en compte pour la prise en charge :

- l'état maternel
- le terme de la G
- la localisation du placenta : latéral, marginal, couvrant
- l'état de l'enfant : MFIU (mort fœtale in utero), enfant vivant avec analyse du RCF (recherche d'anomalies témoignant d'une SFA(souffrance fœtale aigue)

VII) L'ETAT MATERNEL

- quelque soit le terme , nécessité évacuer l'utérus en cas d'hémorragie grave avec trouble hémodynamique majeur (TA effondrée TTT +++) pour sauver la mère
- prise en charge adaptée : voie d'abord veineuse +++, réservation de sang, transfusion globulaire et/ou plaquettes.
- Césarienne le + souvent sauf dans certaines circonstances particulières
- En cas de symptomatologie précoce, temporisation et hospitalisation de la patiente, mise au repos, tocolyse (↘ des contractions) surveillance, gagner du temps pour la maturité pulmonaire fœtale(SURFACTAN®)(avant 34 SA adjoindre corticothérapie)
- si patiente Rh- : SAD (serum anti D)

VIII) L'ETAT DE L'ENFANT

En cas de SFA, l'extraction fœtale s'impose —> césarienne

- après 34 SA sans aucune hésitation, avant ce terme débat +++(à partir de 26 SA ?)
- en l'absence de SFA et d'hémorragie maternelle importante expectative sous surveillance régulière du RCF
- intérêt de la corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale avant 34 SA
- à distance de l'épisode de métrorragie : le mode d'accouchement dépend de la position du placenta
 - o recouvrant —> césarienne
 - o non couvrant —> voie basse possible

IX) CONCLUSION

Nécessité de prise en charge adaptée par équipe multidisciplinaire :

SF, obstétricien, anesthésiste, pédiatre

Parfois nécessité d'une décision rapide en cas de risque maternel

D'autre fois décision + difficile, quand survenue précoce de la symptomatologie, hémorragie, notamment avant 34 SA