

LE PLACENTA PRAEVIA

Présenté par: Dr BELOUNNAS



LE PLAN

I-INTRODUCTION-DEFINITION.

II-INTERET DE LA QUESTION

III-RAPPEL ANATOMIQUE.

IV-ETIOLOGIES.

V-ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

VI-PHYSIOPAYHOLOGIE.

VII-CLASSIFICATION ANATOMIQUE



VIII-LE DIAGNOSTIC.

IX-LES FORMES CLINIQUES.

X-LES DIAGNOSTICS DIFERRENTIELS.

XI-LE PRONOSTIC.

XII- LA PRISE EN CHARGE.

XIII-CONCLUSION.

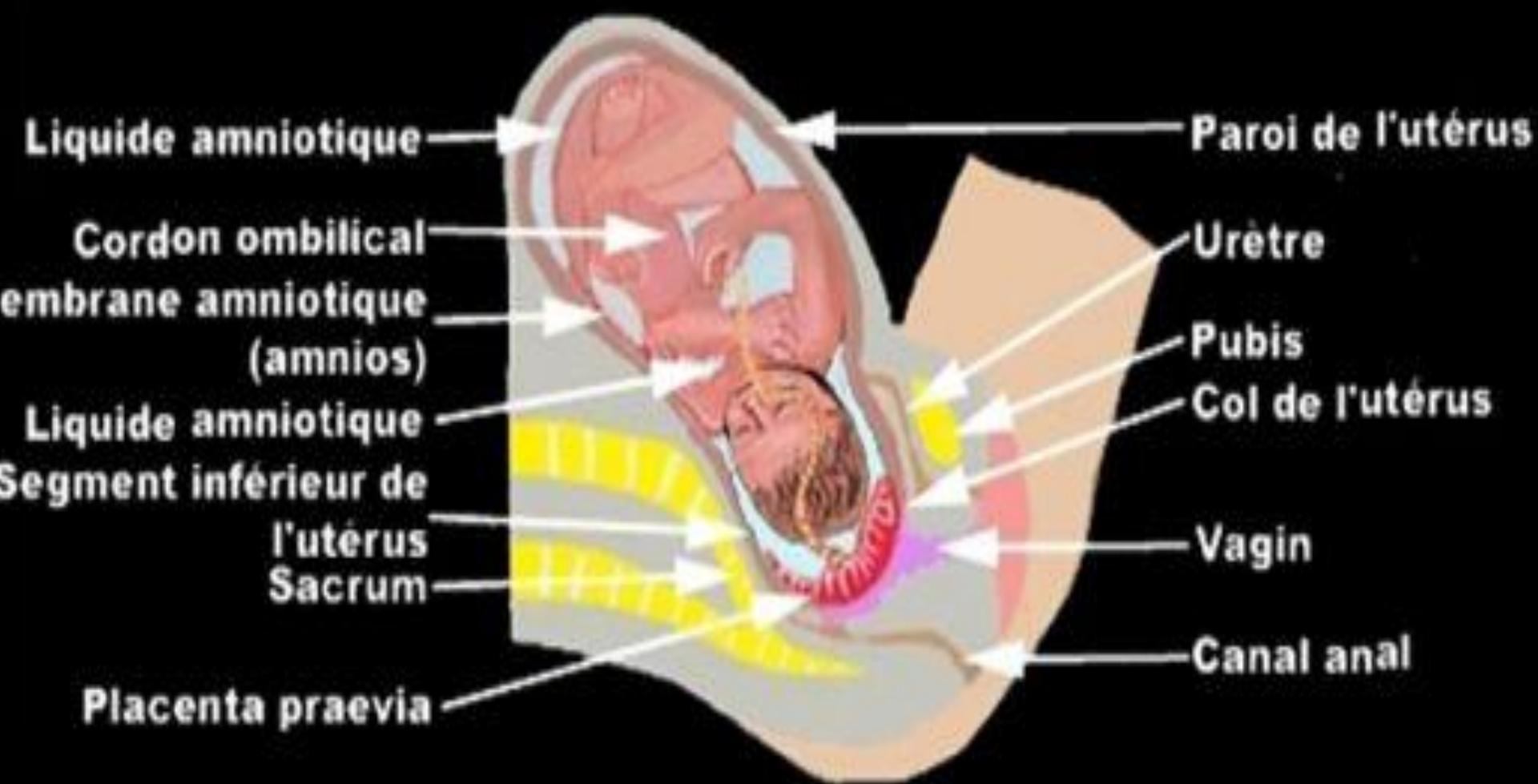


INTRODUCTION- DEFINITION

- Le PP constitue l'une des principales causes des hémorragies du 3ème trimestre chez la parturiente.
- Urgence obstétricale surtout dans sa forme hémorragique, car il met en jeu le pronostic vital materno-foetal; nécessitant un diagnostic précoce, une prise en charge adéquate.
- le placenta prævia est une anomalie de siège, caractérisé par son insertion basse vicieuse, en totalité ou en partie sur le segment inférieur (mauvaise caduque). Cette insertion étant source d'hémorragie.
- Normalement, le placenta s'insère sur l'une des faces et/ou le fond utérin  caduque déciduale.
- On en parle du PP qu'après 3ème Trimestre, car le SI n'est pas encore formé; auparavant (placenta bas inséré).

On note que:

- **Sur le plan anatomique:** dans 25% des accouchements, l'examen du délivre retrouve un petit coté des membranes inferieur à 10cm,
- **Sur le plan échographique:** la localisation du placenta peut varier jusqu'à une date proche du terme phénomène de migration du placenta «**PHENOMENE DE KING** »



Placenta praevia



**INTERET DE LA
QUESTION
QUESTION**

GRAVITE

Pathologie très grave mettant en jeu le pronostic vital de la mère par l'importance du saignement qu'elle peut engendrer. Mortalité et morbidité foétale et périnatale.

FREQUENCE

Le placenta previa est une affection assez fréquente; elle représente 1% des grossesses. Les formes hémorragiques représentent 0,28% à 0,50% des grossesses.

- 5%: 3ème trimestre de la Grossesse
- 45% PP à l'échographie entre 15 et 25 SA
- 0,5% PP symptomatique

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précoce avec une prise en charge adéquate peuvent améliorer le pronostic, d'où l'intérêt d'une surveillance échographique du dernier trimestre de la grossesse.



ETIOLOGIES



Nidation basse primitive de l'œuf :

- Soit un transport accéléré de l'œuf , soit par insertion préférentielle sur une muqueuse utérine altérée par des grossesses antérieures ou des manœuvres instrumentales ou des infections.
- un trouble de l'organogénèse sous forme d'un retard de développement ovulaire de sorte que le stade de blastocyste ne serait atteint qu'au voisinage du col.
- En fin ,selon Iffy, l'insuffisance lutéale qui peut s'exprimer par des métrorragies fonctionnelles prémenstruelles pourrait déplacer l'œuf vers le col utérin avant son implantation.



➤ **Anomalies utérines**

Le placenta prævia peut être la conséquence d'une anomalie utérine (malformation utérine, fibrome sous muqueux, adénomyose ou syndrome de diéthylstilbestrol).

➤ **Procréation médicalement assistée**

Le traitement de l'infertilité augmente la fréquence de placenta prævia.

➤ **Endomètre fragilisé:**

L'insertion prævia résulte principalement d'une Nidation plus facile sur des zones fragilisées de l'endomètre (multiparité, cicatrices opératoires, séquelles d'endométrites).



➤ **MULTIPARITE**

RR 4 à 5 fois plus que chez la primipare; car chaque grossesse altérerait le site endométrial avec des modifications des vaisseaux diminuant l'irrigation de la muqueuse, d'où une extension vers le segment inférieur pour obtenir un ancrage satisfaisant du placenta et une irrigation correcte de l'espace intervilleux.

➤ **Antécédents d'avortements:** surtout provoqués, curtés.

➤ **ENDOMETRITE**

40% des cas.



➤ **Cicatrices utérines:**

-les myomectomies et les cures de synéchie, les cicatrices de césarienne.

➤ **Récidives du placenta prævia:** RR ×5 ou 6.



Etalement du placenta sur le segment inferieur

Age maternel:

-Le risque relatif du placenta prævia après 35ans augmente par un facteur de 1,8 à 4,7.

-

➤ Race

-Il semble exister une fréquence plus élevée de pp chez les sujets a peau noire(x1,2 à 1,3) et dans les populations asiatiques (odds ratio=1,86)

➤ Tabagisme

-Le tabagisme multiplie par 1,3 à 3,0 le risque relatif du pp;

COCAINE:

➤ GROSSESSES MULTIPLES:



CLASSIFICATION ANATOMIQUE

DU PLACENTA PRAEVIÆ

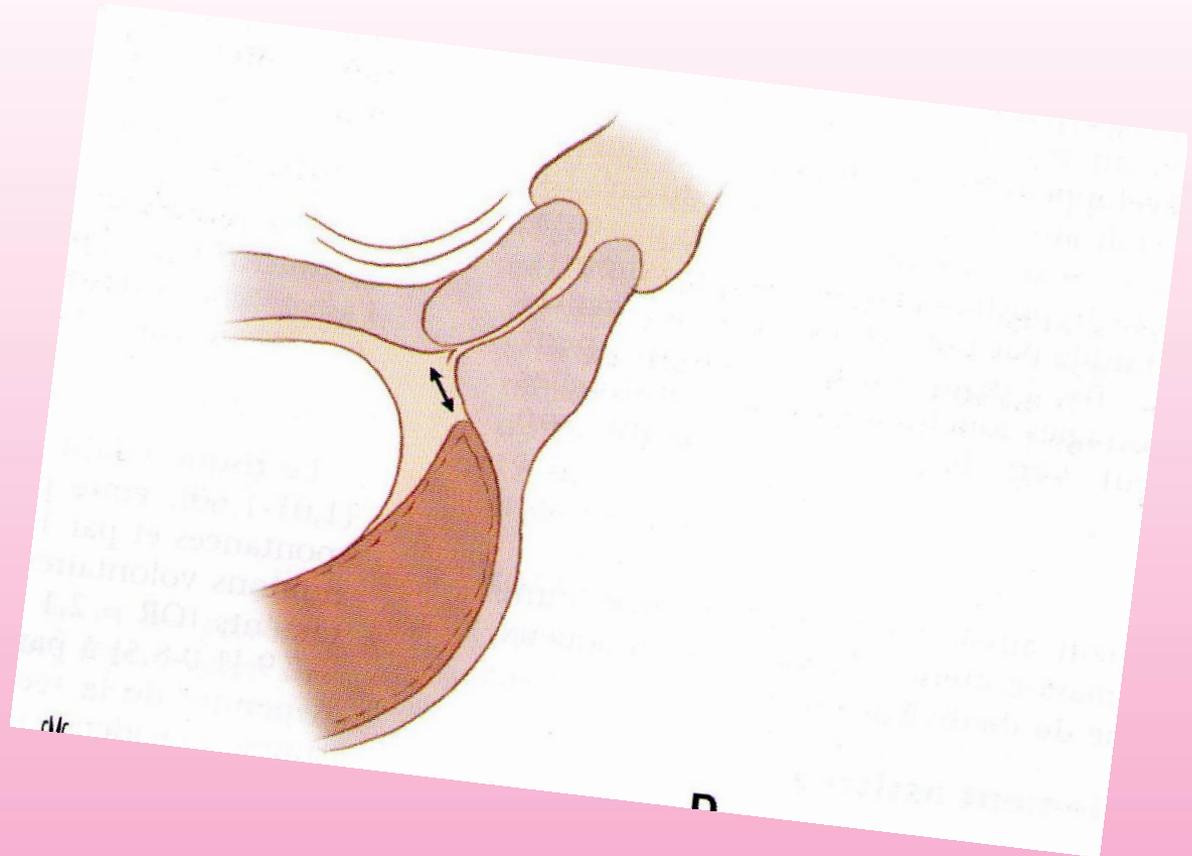
DU PLACENTA PRAEVIÆ



➤ **PENDANT LA GROSSESSE:**

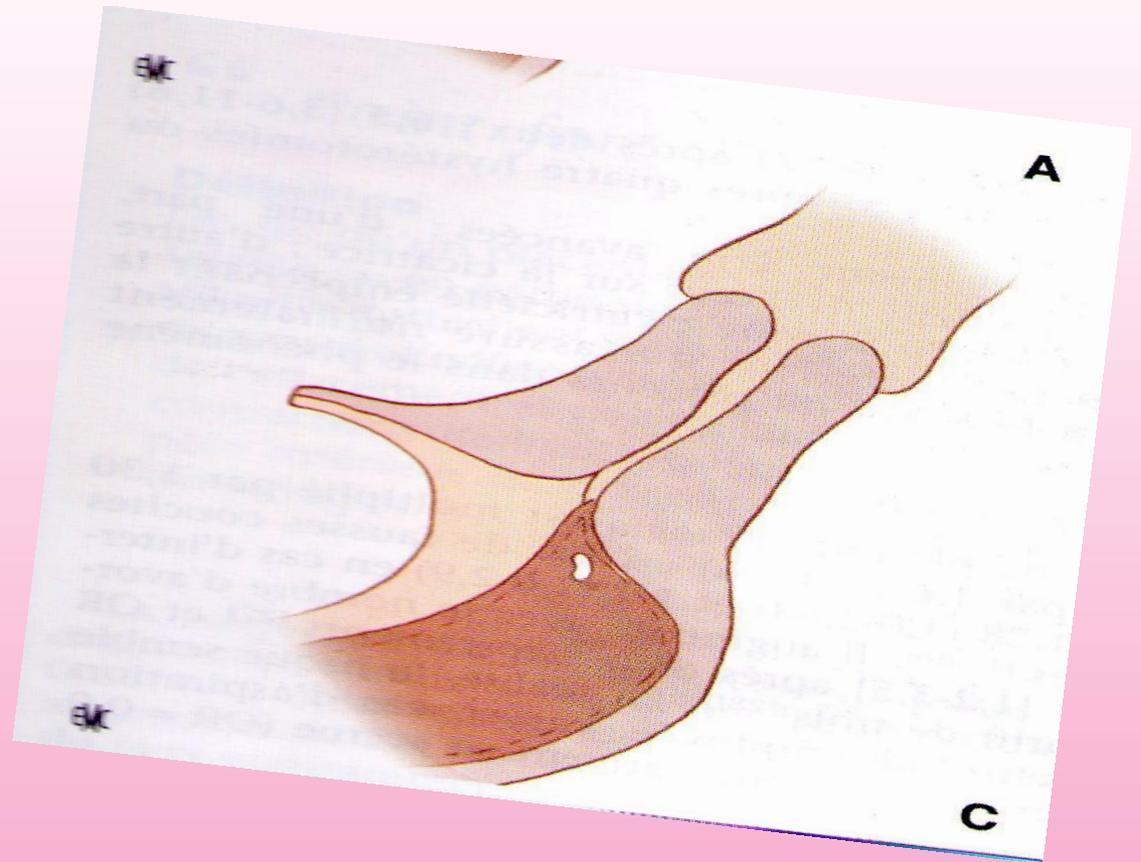
Selon MACAFEE, on distingue 4 stades ,selon la localisation anatomique par rapport à l'orifice interne du col réalisée par les coupes longitudinales et parasagittales, à l'écho cette évaluation ne peut se faire qu'au 3^{ème} trimestre de la grossesse »vessie pleine «.

**le bord placentaire
reste à distance de
l'orifice interne du
col,inséré dans le
segment
inférieur.Au dela de
5cm de distance
(low- lying)**



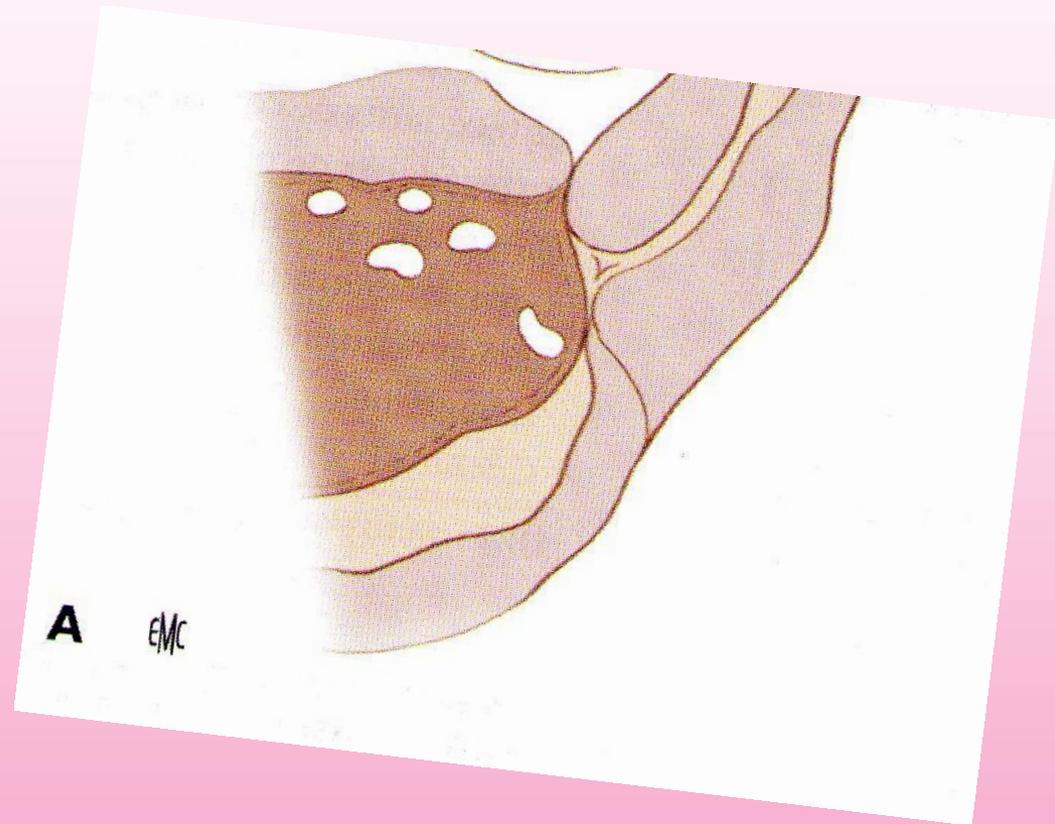
STADE 1:PLACENTA PRAEVIA LATERAL

**Affleure l'orifice
interne du col**



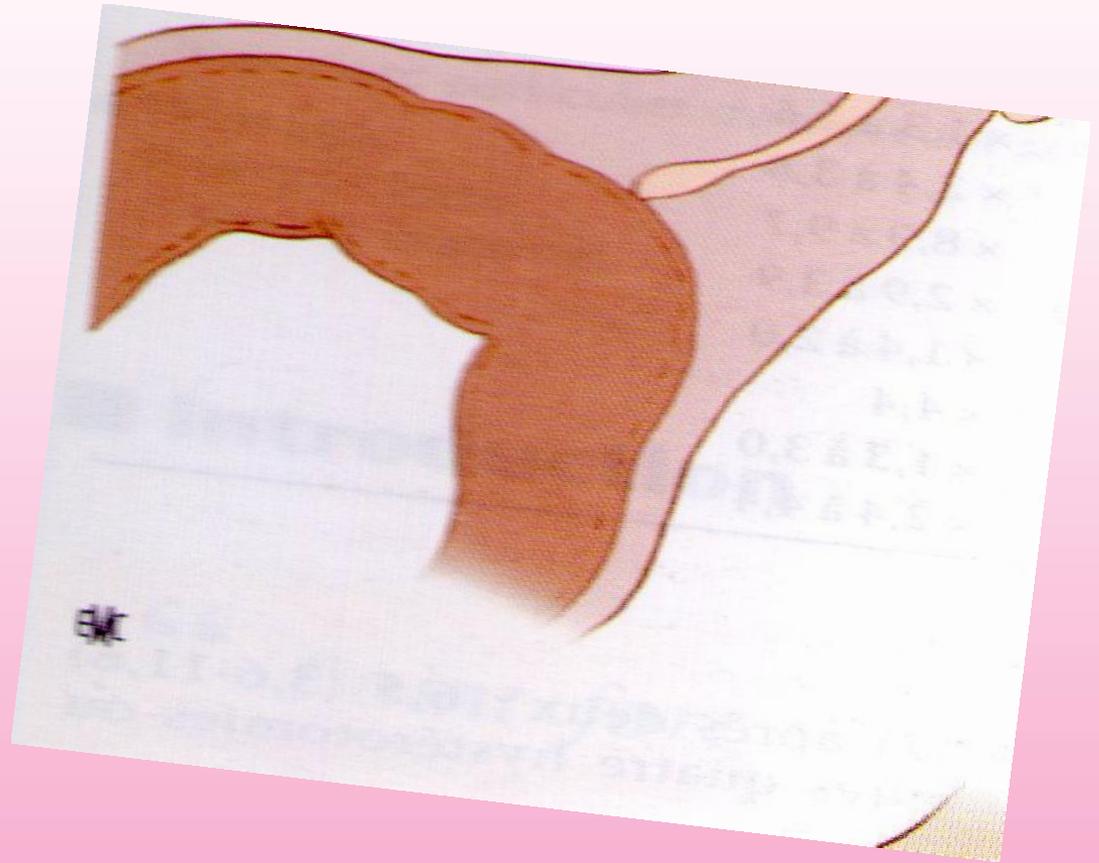
STADE 2:PLACENTA PRAEVIA MARGINAL

**Une partie
seulement du
col est
recouverte par
le placenta**

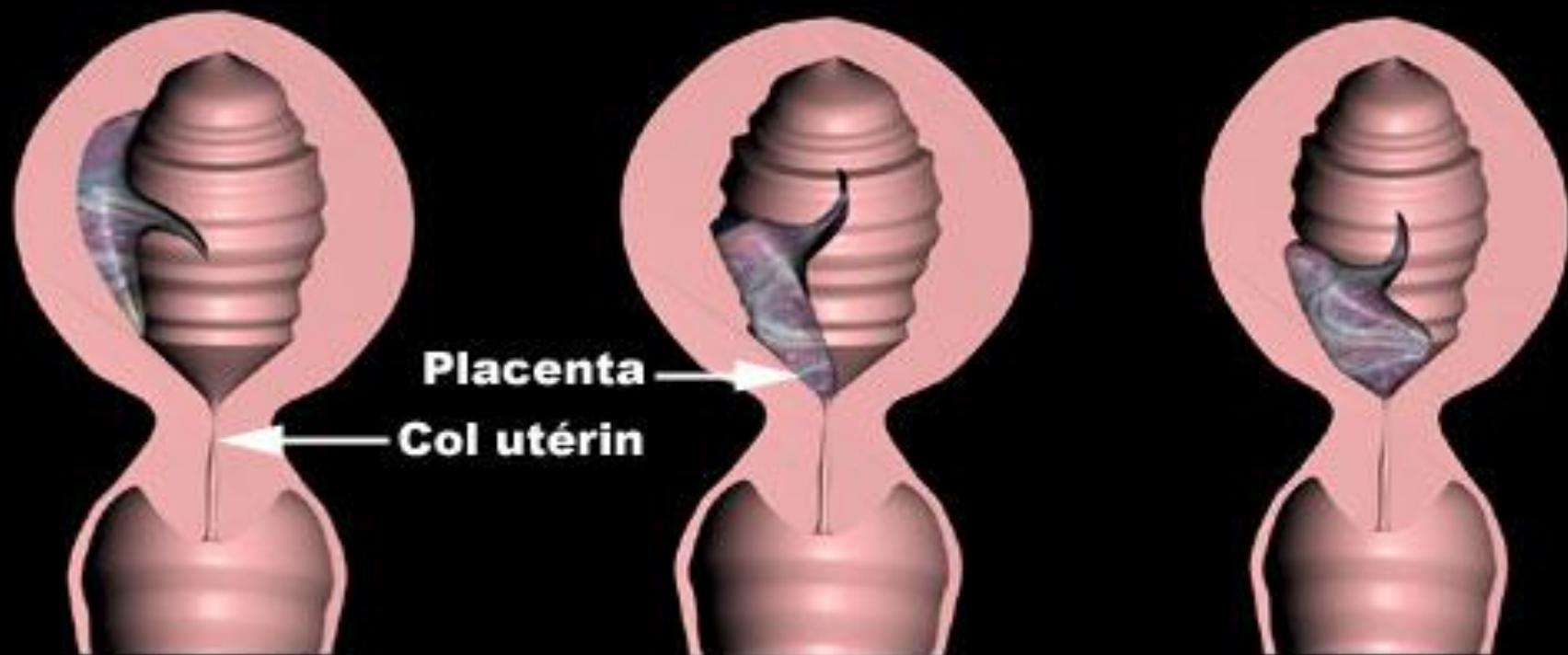


**STADE 3:
PLACENTA PRÆVIA PARTIEL**

**Recouvrant en
totalité l'orifice
interne du col**



**STADE 4:
PLACENTA PRAEVIA CENTRAL OU TOTAL**



**Placenta
normalement
inséré**

**Placenta
partiellement
recouvrant**

**Placenta
recouvrant**

**Placenta praevia
(différents types)**

➤ PENDANT LE TRAVAIL

Il faut tenir compte de la dilatation du col au moment de l'examen, car, au cours de la première phase du travail:

- Pp marginal peut devenir partiel
- Pp latéral peut devenir marginal

La classification américaine doit être établie à 3 à 5 cm de dilatation.

On distingue:

Les formes recouvrantes: PP partiel ou total.

Les formes non recouvrantes: PP marginal ou latéral.



PHYSIOPATHOLOGIE

PHYSIOPATHOLOGIE



Le placenta inextensible inséré sur le segment inférieur qui est extensible, il en résulte 2 conséquences: l'hémorragie et la rupture des membranes (risque infectieux, déclenchement du travail, procidence du cordon).

➤ MECANISME DE L'HEMORRAGIE

❖ Pendant la grossesse:

1. Variétés périphériques: placenta prævia latéraux et marginaux:

Les contractions physiologiques de BRAXTON HICKS et les rapports sexuels entraînent un tiraillement du bord inf du placenta par les membranes, un décollement d'une languette placentaire ouvrant ainsi les sinus utérins qui saignent (particulier du petit coté des membranes « théorie de PINARD »).

2-pour les formes recouvrantes:

Il s'agit d'un clivage entre le placenta et le myomètre à la suite d'un asynchronisme de développement, le segment inférieur qui poursuit son ampliation pendant les 3 derniers mois de la grossesse alors que la surface placentaire croît beaucoup moins rapidement et atteint son maximum dès la 36^e semaine.

- La caduque du SI est de mauvaise qualité par rapport à la corporelle, d'où pénétration profonde des villosités: PP percreta ou increta

❖ PENDANT LE TRAVAIL

Au cours de la dilatation, le segment inférieur glisse de bas en haut sur la surface de l'œuf et la rétraction des fibres myométriales décolle une fraction de plus en plus grande du placenta (théorie de SCHROEDER).

➤ **ORIGINE DU L'HEMORRAGIE :**

L'hémorragie extériorisée a une double origine.

❖ **SINUS MATERNELS**

Lors du décollement de la languette placentaire inférieure, les sinus veineux de la caduque restent béants, tant en fin de grossesse qu'au cours de la dilatation, car la rétraction musculaire qui assure normalement l'hémostase ne peut pas se produire avant l'expulsion fœtale.

❖ **CAPILLAIRES SINUSOIDES FOETAUX:**

Le décollement d'un bord placentaire et le clivage en regard de la caduque déchire les villosités choriales avec issue de sang fœtal dans l'espace intervilleux et dans les sinus veineux maternels de la caduque.

-Une perte sanguine aigue entraine un choc **hypovolémique**, voire mort foetale.

-Si les pertes sanguines sont faibles mais répétées, elles conduisent à une **anémie chronique**.

-Le passage d'hématies foetales dans les sinus veineux maternels béants **favorise l'immunisation maternelle** en cas d'incompatibilité dans le système rhésus et les éventuelles macro transfusions foeto-maternelles supérieures à 50ml peuvent déclencher une hémolyse avec **coagulation intra vasculaire** chez la mère en cas d'incompatibilité dans le système ABO.

-Fibrose du placenta décollé:

Réduisant la surface du placenta fonctionnel:

RCIU+ANEMIE CHRONIQUE



LE DIAGNOSTIC

A- Symptômes pendant la grossesse:

➤ Dgc clinique:

Les signes fonctionnels:

❖ Hémorragie:

Le principal motif de consultation en urgence est l'hémorragie du 3^{ème} T; en moyenne vers 30 SA. Classiquement chez **une femme en bonne santé qui est prise brutalement, sans cause évidente souvent la nuit au repos, sans aucune douleur, d'une hémorragie de sang rouge, franc, liquide, avec tendance à se répéter.**

Elle peut survenir également au cours de travaux mineurs , à l'occasion de contractions utérines déclenchés par des voyages ou des rapports sexuels.



En général:

les variétés latérales saignent tôt, se répétant pendant la grossesse et s'arrêtant souvent pendant le travail.

Les variétés centrales sont souvent silencieuses pendant la grossesse et foudroyante pendant le travail.

❖ **DOULEUR:**

très rarement le premier motif de consultation(2%).

NB: l'existence de douleurs intenses doit évoquer un hématome rétro_placentaire associé soit un début de travail.



➤ SIGNES GENERAUX:

Il faut apprécier le retentissement hémodynamique de la perte du sang:

❖ Coloration des muqueuses et des conjonctives.

❖ La tension artérielle et le pouls.

❖ Etat général ,état de conscience, diurèse.

➤ SIGNES PHYSIQUES:

A la palpation:

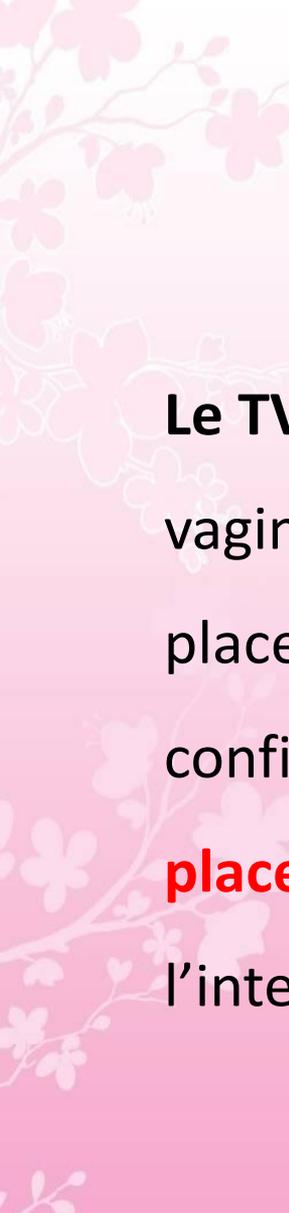
- ✓ Utérus souple, bien relâché.
- ✓ Il existe souvent des présentations anormales, présentation transversale ou oblique ou podalique.
- ✓ Présentation céphalique haute et mobile, mal accommodée au

A l'auscultation :BCF perçus.

Inspection de la vulve et la mise en place d'un spéculum pour s'assurer de l'origine endoutérine du saignement.



Tout saignement du T3 de la grossesse impose de pratiquer une **échographie en urgence avant de faire le TV**; qui peut déclencher une hémorragie cataclysmique.



Le TV intracervical est dangereux, le toucher strictement vaginal peut montrer le col dévié, attiré du côté de l'insertion placentaire, les doigts introduits dans les culs de sac vaginaux confirme que la présentation reste haute + **signe du matelas placentaire** (sensation de masse spongieuse) qui traduit l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation.

EVOLUTION:

- ❑ L'évolution est imprévisible
- ❑ Récidives hémorragiques sont fréquentes, avec augmentation du risque d'accouchement prématuré (qui aggrave le pronostic fœtal)
- ❑ La RPM à svt a un effet bénéfique sur les saignements mais elle expose au risque d'accouchement prématuré, infection amniotique; et de procidence du cordon.



➤ **DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE:**

- L'échographie permet un diagnostic facile et fiable en visualisant le placenta situé à la partie basse de l'utérus et de préciser ses variétés.
- Elle doit être pratiqué en urgence avant le TV par sonde sus pubienne ou trans vaginale pour le pp postérieur.
- Mesurer la distance entre l'orifice cervical interne et le bord inférieure du placenta, permettant ainsi d'apprécier le risque hémorragique.



Classification échographique de BESSIS:



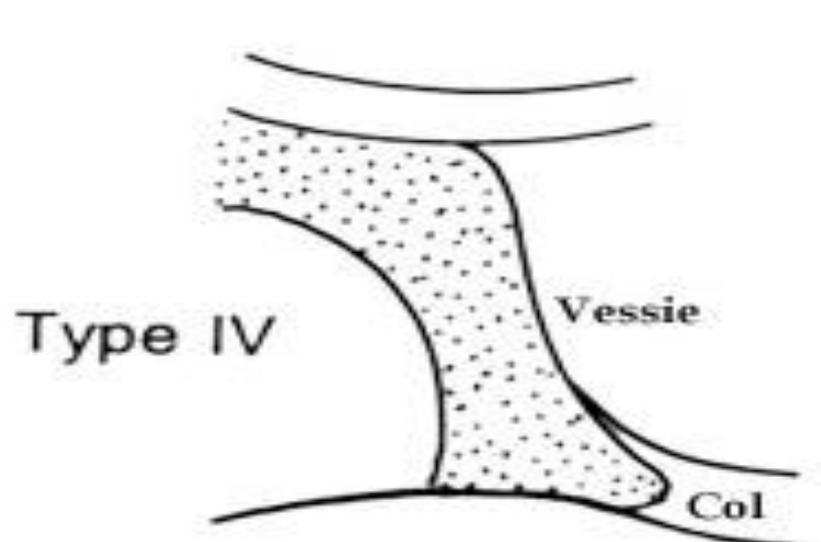
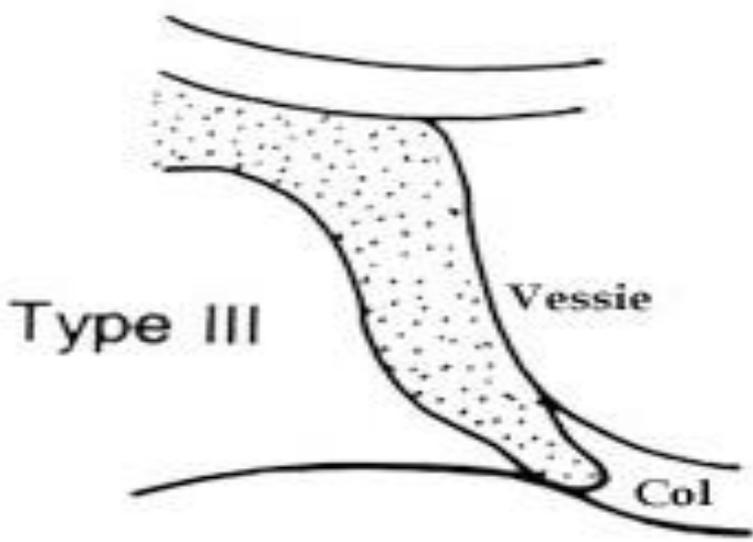
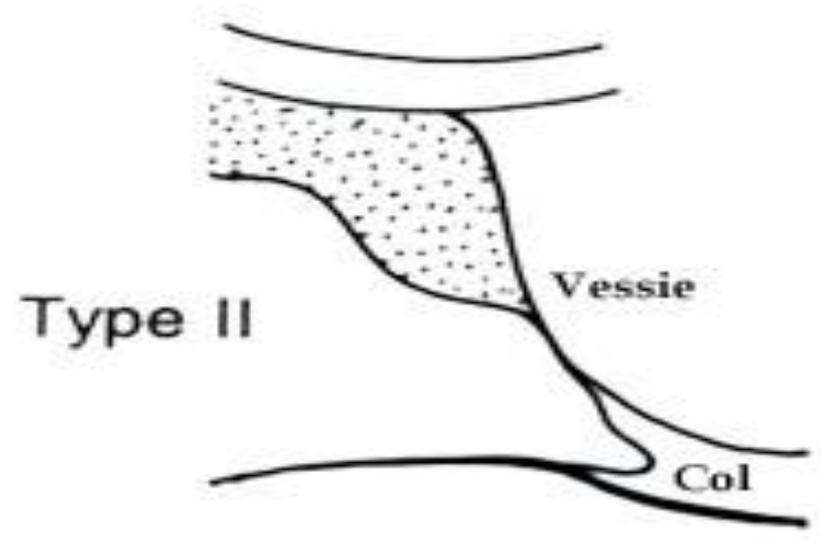
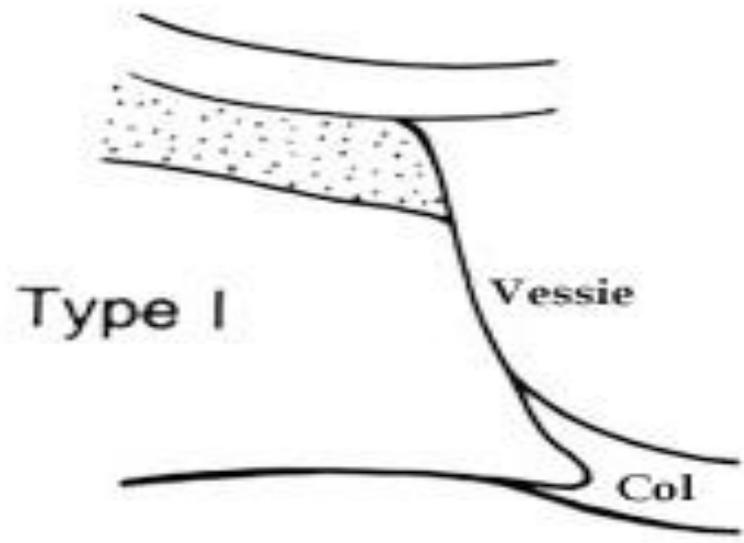
➤ **PP ANTERIEURS:**

Type 1: recouvre le 1/3 sup de la vessie.

Type 2: recouvre les 2/3 sup de la vessie.

Type 3: Affleure l'OCI, 1/3 inf de la vessie.

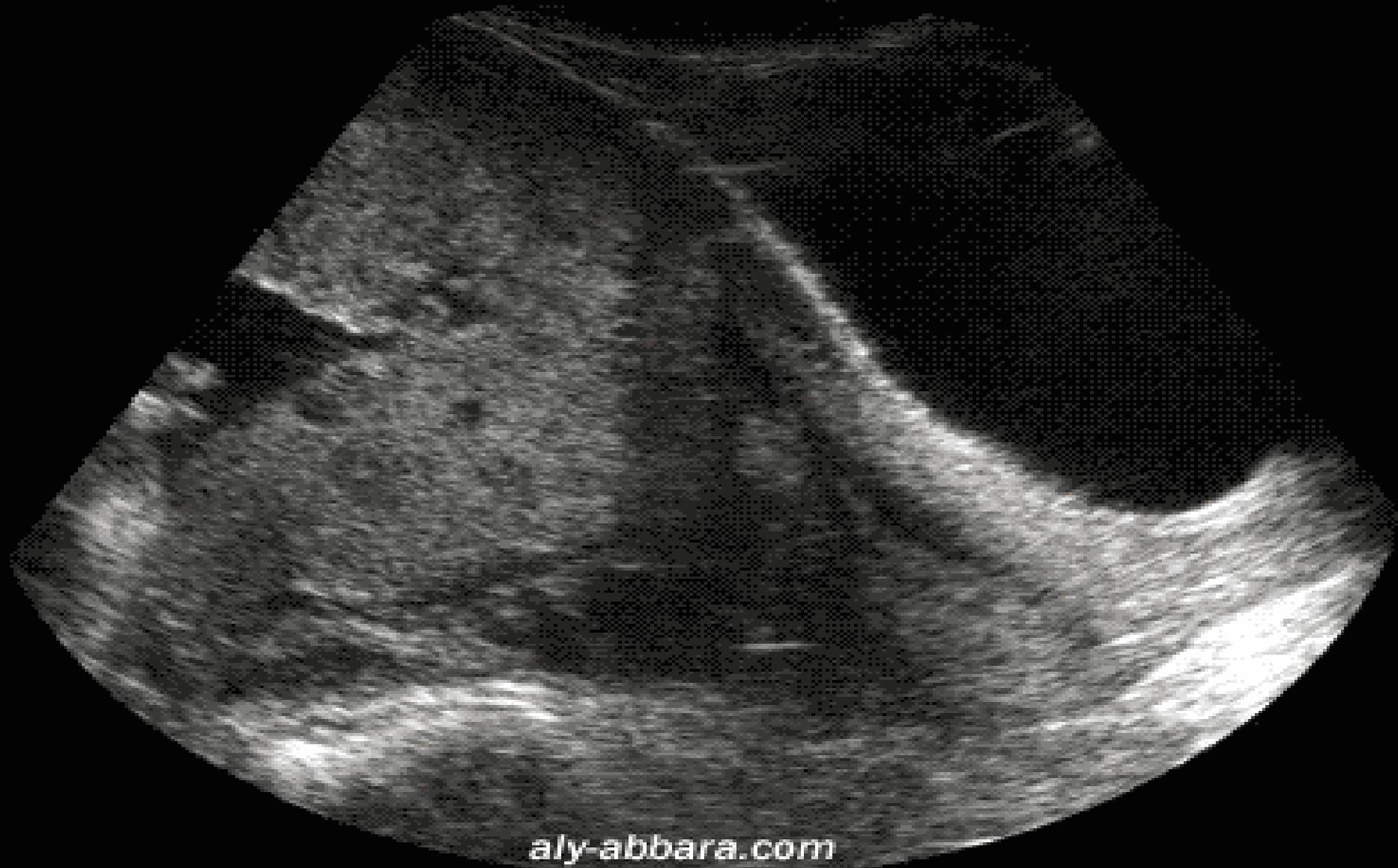
Type 4: recouvrant central.



Placentas bas-insérés antérieurs

Grossesse de 35 SA

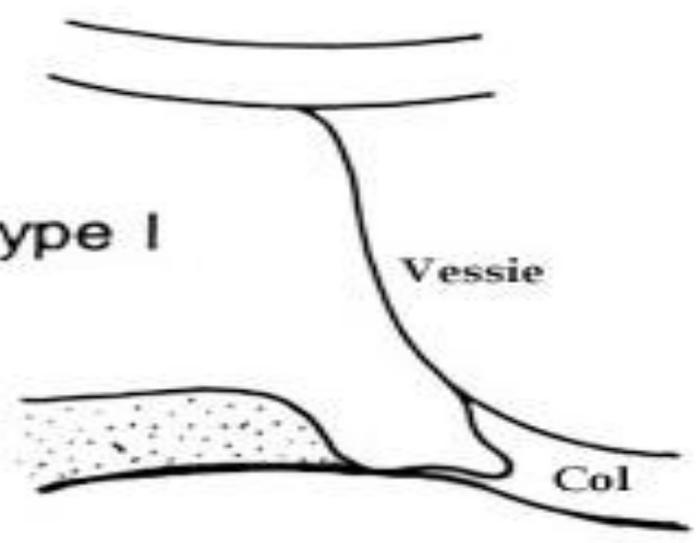
*Placenta antérieur recouvrant
" bas inséré type IV "*



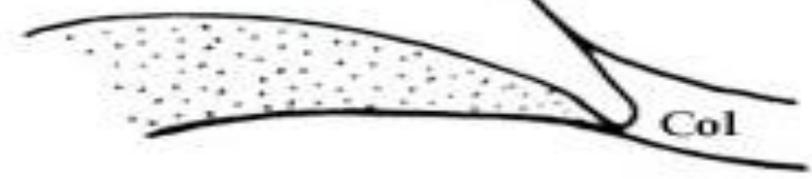
➤ **PP POSTERIEURE:**

- **Type 1:** limite inf du placenta se situe au moins de 4cm de l'OCI.
- **Type 2:** affleure l'OCI.
- **Type 3:** recouvrant central (1/3 inf du mur vésical).
- **Type 4:** recouvrant central (2/3 inf du mur vésical).

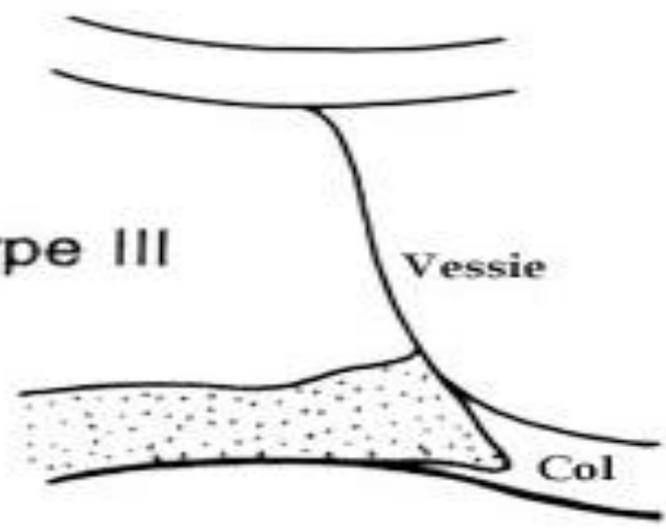
Type I



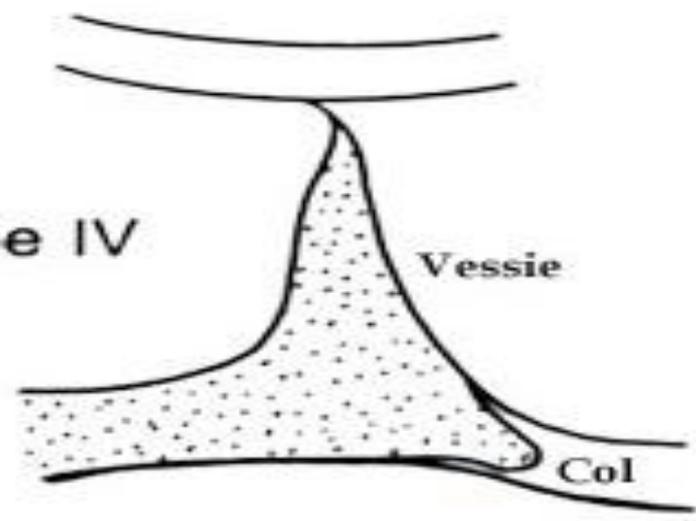
Type II



Type III

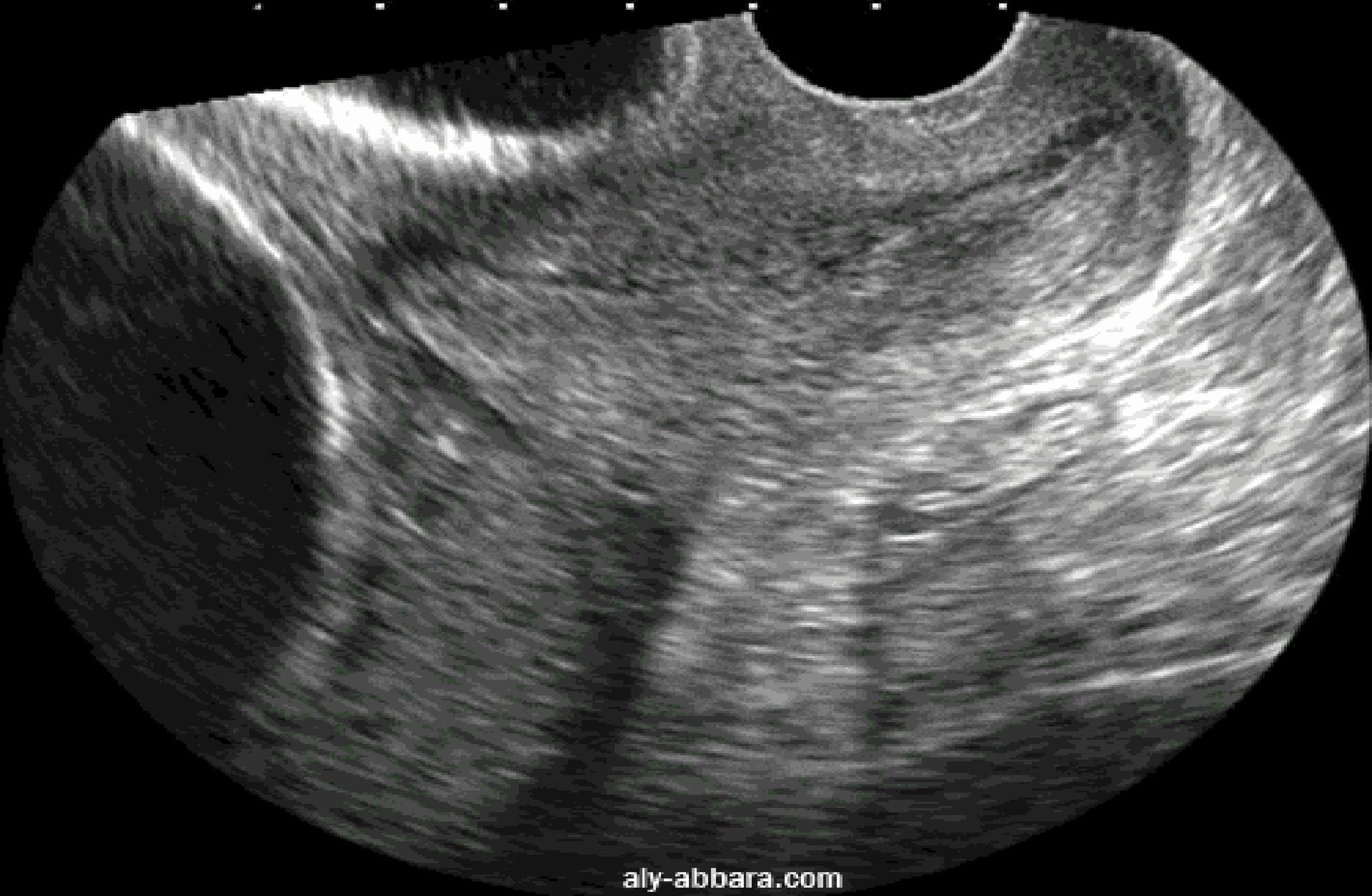


Type IV



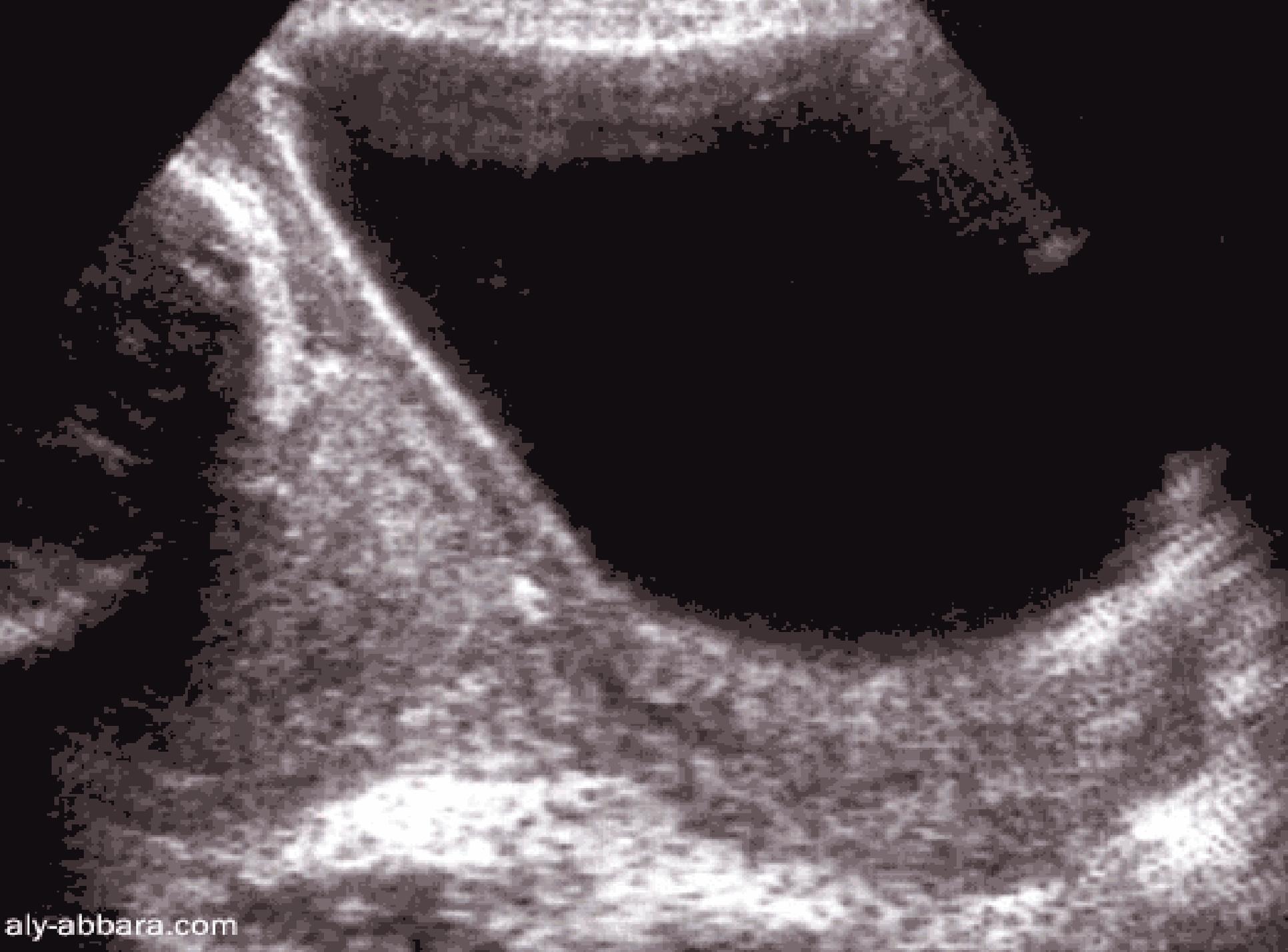
Placentas bas-insérés postérieurs

Placenta bas inséré, postérieur Type I



*Placenta postérieur praevia
marginal (type II d'après Bessis)*





ECHOGRAPHIE VAGINALE:

Pour éviter les erreurs dgc liées a l'obésité ou remplissage vésical excessive et au localisation postérieure.

CLASSIFICATION DE DENHEZ:

GROUPE 1: placenta fundique, limite sup atteint ou dépasse le fond utérin.

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

GROUPE 3: le placenta est entièrement dans la moitié inf de l'utérus = pp.

B/ PENDANT LE TRAVAIL:

Les hémorragies sont constantes dans 98% des cas, le degré du saignement est fonction de dilatation du col.

L'examen clinique guide la conduite thérapeutique: la nature de la présentation foétale, la variété anatomique du pp.

- Palpation de l'abd apprécie la présentation et position foétale.
- L'auscultation permet de vérifier la vitalité foétale.
- Examen au spéculum: origine du saignement et son recueil pour MEV les GR foetaux.



- RCF monitoring du rythme fœtal à la recherche de signes de souffrance fœtale ;(tachycardie, ralentissement ou bradycardie et appréciera la vitalité fœtale).

- Echo en salle de travail: déterminer la variété anatomique du pp.

- TV prudent détermine la variété anatomique, degré de dilatation et la présentation.

TV est contre indiquée si stade 4

Prise de sang maternel a la recherche d'anémie ou troubles de la coagulation et micro transfusion fœtale.

➤ C/PENDANT ET APRES LA DELIVRANCE

-La délivrance s'effectue le plus souvent en mode DUNCAN par glissement.

-L'hémorragie de la délivrance peut être due :

❖ **Avant l'expulsion du délivre:**

Décollement incomplet d'un placenta inséré sur une muqueuse insuffisamment développée qui se prête mal au clivage.

❖ **Après la délivrance:**

- Rétention d'un cotylédon aberrant
- Mauvaise rétraction du segment inférieur.
- Placenta accreta.
- Anomalies de la crase sanguine(CIVD).



FORMES CLINIQUES

FORMES CLINIQUES

A/FORMES SYMPTOMATIQUES:

➤ **Forme asymptomatique:**

Découverte par une échographie ou lors de l'examen de délivre après l'accouchement.

➤ **Forme révélée par amnioscopie ou TV:**

Qui peuvent déclencher une hémorragie très grave y penser devant une présentation instable ,tête haute.

B/FORMES ANATOMIQUES(TOPOGRAPHIQUES) :

➤ **PP CENTRAL OU RECOUVRANT:**

Stade 4, peut rester asymptomatique jusqu'au début du travail; peut se manifester par des hémorragies dès le 2^{ème} trimestre, favorisant la prématurité; une mauvaise accommodation du foetus .

➤ **PP MARGINAL: stade 3**

✓ **Pp marginal antérieur:** rend l'hystérotomie de la césarienne difficile et dangereuse (anémie fœtale grave), car cette incision porte sur une grande surface placentaire, ce qui nécessite une incision corporéale classique.

✓ **PP marginal postérieur:** 2 dangers:

- Insertion devant le promontoire empêchant la tête de s'engager.
- Insertion postérieure favorise les compressions funiculaires.

➤ **Pp latéral:**

Le plus souvent asymptomatique; découvert lors de l'écho systématique du 8ème mois (**stade 1 et 2**).

C-FORMES COMPLIQUEES:

➤ Procidence du cordon:

4 fois plus fréquente que lors des accouchements normaux, favorisé par une insertion excentrée ,déclive ou vélamenteuse . Provoquée par une mauvaise adaptation de la présentation au SI. Elle peut succéder a une rupture spontanée ou artificielle des membranes d'où la nécessité de la recherche d'un procubitus ou latérocidence par le TV et l'analyse du RCF en comprimant la tête contre le DS avant de rompre les membranes.

➤ Complications néonatales:

- Prématurité -Détresse respiratoire
- Retard de croissance intra-utérin
- Malformation: 2 à3 fois plus fréquentes ,notamment au niveau du cœur ;elles rendent compte d'une altération précoce de la placentation parfois associée à une artère ombilicale unique.

➤ Complications maternelles:

- ❑ Les hémorragies sont la principale cause de complication maternelle; On peut observer des anomalies de l'hémostase telle que, **une coagulation intra vasculaire disséminée** suivie d'une fibrinolyse peut survenir lors d'un HRP ;d'une embolie amniotique, d'une hémorragie grave avec acidose et après d'abondantes perfusions cristalloïdes.
- ❑ Les hémorragies sont à l'origine **d'anémie** et de durées séjour prolongées.
- ❑ Les complications a à distance liées à une hémorragie grave devenues tout à fait exceptionnelles: **anurie et insuffisance rénale, nécrose antéhypophysaire, contamination virale par les transfusions(hépatite etVIH).**
- ❑ **Endométrite du post partum.**

➤ Association à un hématome rétro placentaire:

- Il s'agit souvent d'un décollement périphérique d'un placenta bas inséré sous forme d'un hématome décidual basal.
- Au cours de la surveillance d'une patiente présentant une insertion basse du placenta, la survenue de **douleurs intenses** doit être prise en compte notamment en cas de rupture prolongés des membranes.

➤ Placenta accreta:

Adhérence anormale du placenta au myomètre due à l'absence totale ou partielle de la plaque basale; elle est favorisée par :

- ✓ La multiparité
- ✓ Césarienne et curetage antérieure ,synéchies.....
- Le PP accreta peut se compliquer; d'hémorragie massive, troubles de la coagulation(CIVD),rupture du segment inférieur spontané ou provoqué par des manœuvres endoutérine(délivrance artificielle).

➤ Rupture des vaisseaux ombilicaux prævia(vasa prævia)



DIAGNOSTICS DIFFERENTIALS DILLEBENLIETS

➤ **Hémorragies d'origine cervico-vaginale ou vulvaire(ano-vulvaire):**

L'inspection peut éliminer une rupture des varices vulvaires, fissure anale, des hémorroïdes.

L'examen **au spéculum**: élimine ces causes cervico-vaginales éctropion, polype du col ,dysplasie ou cancer du col.

➤ **Hémorragie d'origine endoutérine:**

☐ **Du 2^{ème} trimestre:**

- Hématome décidual basal.
- ABRT tardif
- Mole hydatiforme
- Béance du col

❑ Du 3^{ème} trimestre:

✓ Rupture utérine:

- Douleur très intense
- Hémorragie modérée avec collapsus
- Fœtus mort le plus sv.

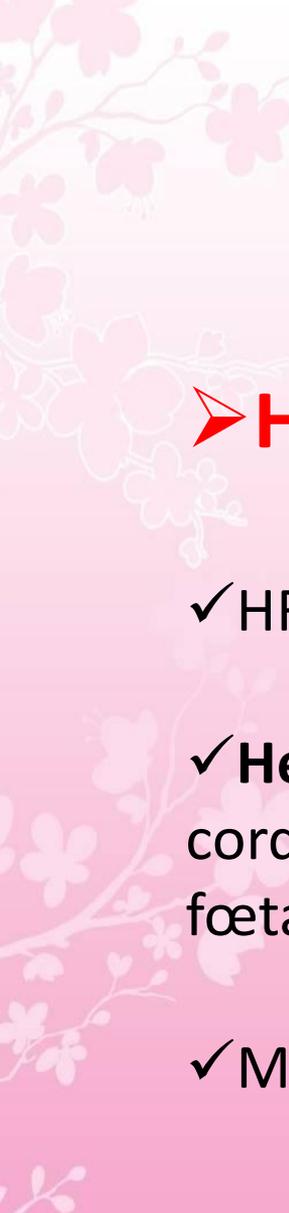
✓ HRP:

- Signes de toxémie gravidique.
- Contracture utérine douloureuse.
- Métrorragie noirâtre peu abondantes.
- Etat de choc.
- Mort fœtale.
- Oligurie avec protéinurie.
- Coagulopathies de consommation voire CIVD.

✓ Hématome décidual marginal ou rupture de sinus marginal utéro-placentaire:

- Hémorragie moins importante.
- De bon pronostic materno-foetal.

	PP	HRP
Contexte	Souvent multiparité	primiparité++
Hémorragie	Sang rouge +/- caillots, abondance variable, indolore, spontanée, d'apparition brutale, avec tendance à récidiver	Sang noirâtre, incoagulable, peu abondante
Douleurs	Svnt + CU mais sans Dlrs utérines permanentes.	Douleurs utérines brutales permanentes +++
Retentissement maternel	En rapport avec l'importance du saignement : pouls accéléré, TA normale ou abaissée.	Sévère et sans rapport avec l'abondance de l'hgie, femme prostrée, état de choc, Tachycardie, TA basse ou augmentée (HTAG), CIVD+++.
palpation	Utérus souple entre les cu et indolore.	Contracture utérine permanente et douloureuse (Ventre en bois).
BCF	Bien perçus	Formes moyennes (SFA) Formes graves (non perçus)



➤ HEMORRAGIE AU COURS DU TRAVAIL:

- ✓ HRP;RU (collapsus + désunion de la cicatrice).
- ✓ **Hémorragie de BENCKISER**: déchirure d'un vaisseau du cordon dont l'insertion est vélamenteuse avec souffrance foétale aigue et liquide amniotique sanglant.
- ✓ Méléna intra utérine(gastrite hémorragique foétale).



LE PRONOSTIC

LE PRONOSTIC

➤ PRONOSTIC MATERNEL:

✓ **La mortalité:**

On note une diminution significative vue la précocité du dgc et la PEC; elle est due souvent à l'hémorragie cataclysmique des TV, à RU après version bipolaire, hémorragie du post partum; infections puerpérales.

✓ **Morbidité:**

Est encore importante: anémie des suites de couche, complications infectieuses (endométrite ,septicémie), accidents thromboemboliques.

A distance, anurie, insuffisance rénale, nécrose antéhypophysaire et hépatique.

➤ PRONOSTIC FŒTAL:

✓ **Mortalité:** est encore importante 5 à 20%.

✓ FACTEURS DE PRONOSTIC FŒTAL:

- Age gestationnel: **prématurité** source de complications respiratoires et neurologiques.
- **Hémorragie maternelle:** son importance et sa récurrence.
- Degré de l'**hypotrophie**, fréquente due à l'anémie fœtale chronique.
- **Mode d'accouchement:** voie haute améliore le PC.
- **Variété anatomique du pp**, le recouvrant est tjrs dangereux.
- L'existence d'éventuelle **malformation**.



LA PRISE EN CHARGE



Le placenta prævia hémorragique nécessite une hospitalisation dans un centre spécialisé qui doit répondre à trois impératifs:

1-Disposer d'une équipe pluridisciplinaire avec:

✓ Un gynécologue-obstétricien qualifié

✓ Un anesthésiste compétent

✓ Un pédiatre réanimateur présents en permanence

2-Avoir un équipement d'échotomographie performant disposant d'une sonde vaginale.

3-Fournir du sang frais disponible en permanence.

L'objectif du trt: compenser les pertes sanguines et arrêter l'hémorragie.

La conduite a tenir dépend de plusieurs facteurs:

➤ **Paramètres foetaux:**

- Le terme de la grossesse.
- Signes de SF.
- Hémorragie foetale.

➤ **Paramètres obstétricaux:**

- Importance de l'hémorragie
- Degrés de la dilatation cervicale
- Variétés anatomiques du pp.
- Présentation foetale et état des membranes.

A-AU 3^{ème} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AVANT 36- 37SA

PP saigne et le fœtus est un prématuré:

Il faut être conservateur chaque fois que possible; comporte:

- **Repos** strict au lit: en décubitus latéral.
- Pose d'une **voie d'abord veineuse** ou 2v voies
- Détermination du groupe rhésus (RAI agglutinines irrégulières)
- Compensation des pertes sanguines par des **transfusions** isogroupe isorhésus
- Trt martial
- Abstention de tout examen obstétrical(TV).
- Trt **tocolytique** par :
 - ✓ B mimétiques (salbutamol) en absence de contre indication et après correction de l'anémie (s'assurer de la vitalité fœtale).
 - ✓ AINS ,ne dépasser 48H à 72H avant 32SA
 - ✓ SULFATE DE Mg

-Accélération de la maturation pulmonaire fœtale si terme < 32 SA par la **corticothérapie**, (12 mg de bétaméthasone en IM : 2 inj à 24 h d'intervalle à répéter tous les 10 jours) ou les hormones thyroïdiennes.

-injection de **gamma-globuline antiD** en cas de rhésus négatif.

➤ **SURVEILLANCE MATERNELLE:** porte sur:

- L'abondance du saignement
- Le pouls,TA
- NFS régulière
- Bilans d'hémostase
- Recherche d'agglutinine irrégulière

➤ **SURVEILLANCE FŒTALE:**

- Hauteur utérine
- MAF,BCF
- Monitoring du RCF
- Surveillance de la biométrie fœtale à l'échographie
- Test de kleihauer pour rechercher une hémorragie fœtale .
- Amniocentèse pour étudier les paramètres de la maturité.

Ces mesures permettent en règle générale d'arrêter les hémorragies et atteindre 36-37SA, terme ou la grossesse peut être interrompue ➡ **césarienne.**

La césarienne s'impose en cas:

PP recouvrant

Pp associé à :

- Une présentation anormale
- Utérus cicatriciel
- Toute cause de dystocie.

Avant 37SA si:

- Hémorragie grave persistante
- Hémorragie fœtale
- SF sur le RCF
- RPM

B-PENDANT LE TRAVAIL

➤ Réanimation en urgence:

- ✓ Compensation stricte des pertes sanguines par transfusion.
- ✓ Oxygénothérapie.

➤ Monitoring permanent du RCF.

➤ Césarienne s'impose d'emblée(pp recouvrant).

➤ La voie basse est envisageable dans:

Les formes non recouvrantes avec présentation céphalique bien centrée avec un ERCF normal, le 1^{er} geste effectuer est la **rupture large des membranes** qui doit rapidement arrêter les hémorragies sinon la césarienne s'impose.

D-Prise en charge du nouveau-né:

- Sera pris en charge dès la naissance par une équipe pédiatrique d'autant qu'il s'agit d'un prématuré, anémique, parfois hypotrophique ou malformé.
- La survenue de complications respiratoires(œdème interstitiel, maladie des membranes hyalines), infectieuses, nécessite un trt adapté.

E-Les suites de couches:

- Poursuivre **la correction de l'anémie**
- ATBthérapie préventive** avec bilan de contrôle complet .
- Gamma globulines antiD** en cas d'incompatibilités rhésus(Rh-)
- Prévention et dépistage des accidents thromboemboliques** (lever précoce, héparinothérapie préventive, palpation biquotidienne des mollets).



CONCLUSION



- 
- **Le placenta prævia est une pathologie obstétricale, dont les formes asymptomatiques sont prédominantes.**
 - **Peut constituer une urgence redoutable mettant en jeu le pronostic vital de la mère et du fœtus; d'où l'intérêt d'une surveillance clinique et échographique de la grossesse.**
 - **Le diagnostic doit se faire précocement pour pouvoir agir à temps et d'une manière convenable et efficace.**
 - **Collaboration entre obstétricien, réanimateur et pédiatre.**



MERCI