

Hémorragie grave par placenta praevia

Professeur Franck Perrotin
Centre Olympe de Gouges
Service de gynécologie obstétrique B
Groupement de Gynécologie Obstétrique, Médecine fœtale et Reproduction humaine
Hôpital Bretonneau. CHRU de Tours.

- **Fréquence du placenta praevia (PP) compliqué : 0.5%**
- **Participation du PP dans les hémorragies péri-partum : .20%**
- **Facteurs de risque :**
Bien que le mécanisme ne soit pas connu, plusieurs facteurs de risque ont été décrits :
 - Age maternel et parité élevée ;
 - Le tabagisme ;
 - Les antécédents de fausse couche ou d'IVG (surtout curetage) ;
 - Les grossesses multiples ;
 - Les césariennes.
- **Diagnostic :**
 - Sur le plan clinique l'hémorragie est le plus souvent une hémorragie indolore de sang rouge, liquide, avec des caillots.
 - Le diagnostic est échographique par voie abdominale et, sauf en cas de placenta recouvrant ou en période d'hémorragie profuse, en s'aidant de la voie vaginale.
 - La voie vaginale si elle est effectuée de façon prudente, sous contrôle de la vue, ne majore pas le risque hémorragique. Elle donne des renseignements importants sur la localisation du bord inférieur du placenta (principalement en cas de PP postérieur) : elle permet de mesurer la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col.
- **Possibilités d'accouchement :**
 - En cas de placenta praevia recouvrant, l'obstacle praevia constitué par le placenta empêche toute possibilité de voie basse.
 - En l'absence de placenta recouvrant, le taux de voie basse est significativement augmenté si le bord inférieur du placenta est à plus de 2cm de l'orifice interne du col.

1. Principes de base :

La prise en charge des patientes présentant une hémorragie grave par placenta praevia tient compte du risque hémorragique maternel, des possibilités mécaniques d'accouchement (pas d'obstacle praevia causé par le placenta) et du terme (qui influe sur le pronostic néonatal). La décision est dans la mesure du possible pluridisciplinaire associant :

- Obstétricien
- Anesthésiste réanimateur
- Pédiatre

Mise en condition de la patiente :

- *Voie veineuse* : il est recommandé la mise en place de deux voies veineuses de calibre suffisant pour permettre un remplissage rapide.
- *Sonde urinaire*, permettant une surveillance de la diurèse horaire.
- *Feuille de surveillance horaire ou bi-horaire* de la pression artérielle, de la température, du pouls de la diurèse des apports liquidiens et des paramètres biologiques

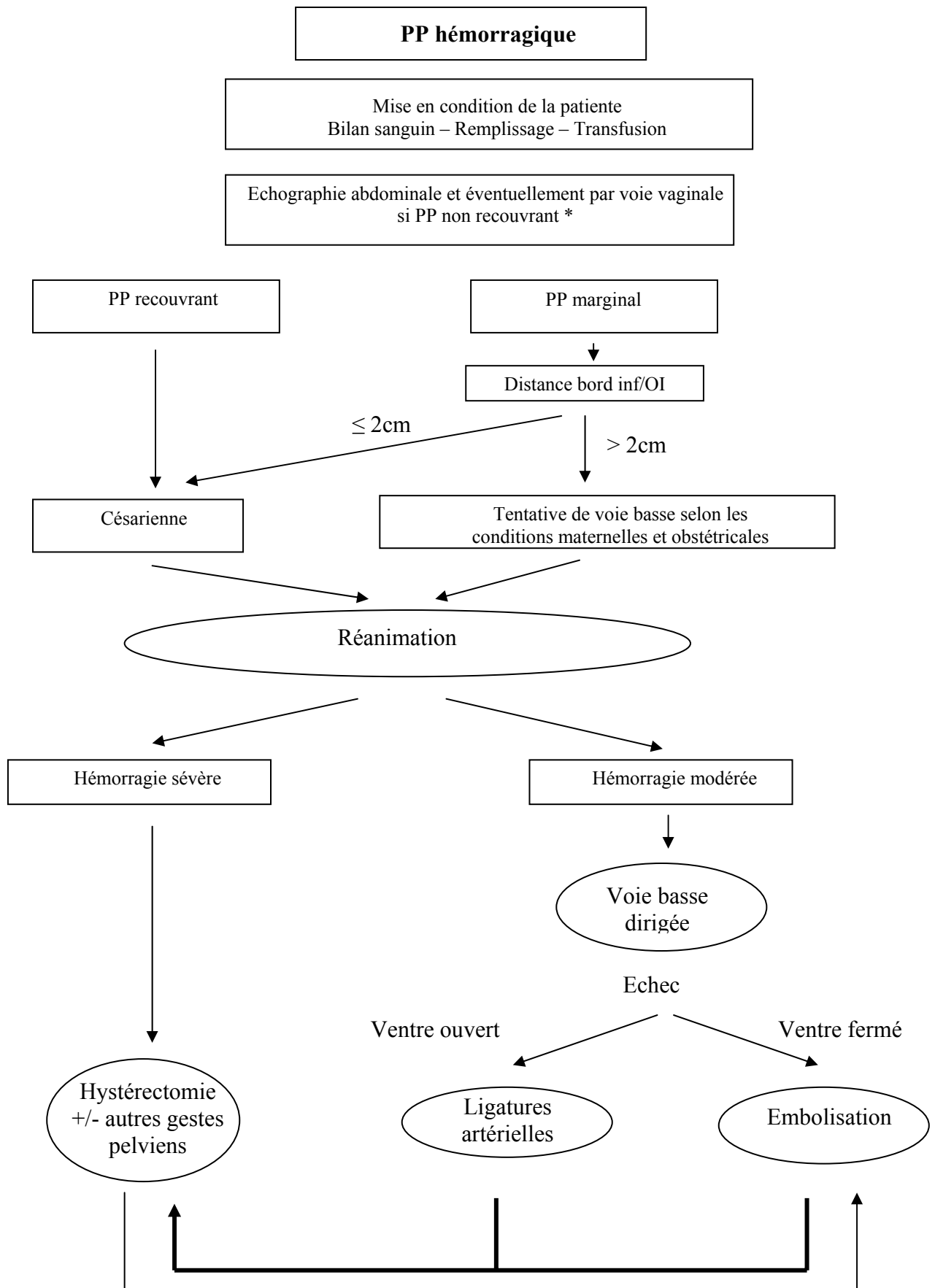
Bilan initial :

- *Groupe sanguin si nécessaire* ;
- *RAI* ;
- *NFS – Plaquettes* ;
- *TP, TCA, fibrinogène, D-Dimères et PDF*. Une analyse plus détaillée de la coagulation peut être nécessaire en cas de perturbations (dosage des facteurs de la coagulation) ;
- *Ionogramme sanguin* ;
- *Créatininémie, uricémie*.

2. Prise en charge obstétricale

- *C'est l'accouchement et la prise en charge du risque hémorragique lié à l'insertion segmentaire du placenta* qui doit être entreprise de façon rapide en cas d'hémorragie grave. (d'où le recours fréquent à la césarienne).

Conduite à tenir:



3. Cas particulier du placenta praevia accreta

La notion de placenta praevia accreta n'est le plus souvent pas connue avant l'accouchement en raison de l'absence de signe échographique de sensibilité satisfaisante. Il faut toutefois systématiquement y penser en cas de placenta praevia antérieur sur utérus cicatriciel (en cas de PP le risque d'accreta passe de 5% en l'absence de cicatrice à près de 25% si il s'agit d'un utérus cicatriciel) :

- Lorsque le diagnostic est fait avant l'accouchement, les modalités d'accouchement sont encore mal définies car les données proviennent de case report ou de courtes séries. :
 - Césarienne dont l'incision utérine doit se faire à distance du placenta, parfois au niveau du fond utérin.
 - Placenta laissé en place totalement ou partiellement après découpage dans le cas d'un accreta partiel
 - Embolisation ou ligatures vasculaires parfois associées à un traitement par Méthotrexate®. L'efficacité de ces traitements complémentaires n'est pas établie par rapport à l'abstention.
- Lorsque le diagnostic est fait au cours de la césarienne ou de l'accouchement, la prise en charge dépend de l'importance de l'hémorragie.