

République Algérienne Démocratique et Populaire
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴰⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵓⵎⵎⵓⵔ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵓⵏ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵓⵏ
UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEN



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Thème :
IPLACENTA PRAEVIA**

Présenté par :

Dr. BELMEKKI RADJAA

Dr. BENSBA FARAH

Dr. BENMIRA RIANE

Dr. ZAHDOUR LAMYA

Soutenue publiquement le 06 Mars 2024

Pr OUALI MOHAMMED Professeur en gynécologie obstétrique
Encadreur

Année universitaire 2023-2024

REMERCIEMENT:

Nous remercions avant tout notre dieu qui nous éclairé le Chemin du savoir et qui nous a donné le courage et la volonté D'achever ce modeste travail.

A Pr OUALI MOUHAMED pour les encouragements et les orientations qu'elle n'a pas manqués de nous prodiguer lors de la réalisation de ce travail.

Aux membres de jury de soutenance qui nous ont fait un grand honneur en acceptant de consacrer du temps à la lecture et l'évaluation de ce travail.

Dédicaces

Je remercie mes chers parents, pour tous leur amour, leurs incessantes sacrifices, leurs précieux conseils, leur soutien et leurs prières et tout ce qui ils ont fait pour que je puisse arriver à ce stade.

Je dédie ce travail à:

- A mon père MUSTAPHA et ma mère AMARIA.
- A mes chères sœurs HASSIBA, IMANE et NOUR EL HOUDA pour leurs encouragements permanents, et leurs soutiens morale et je vous souhaite un avenir plein de joie et de réussite.
- A mon chère frère OUSSAMA. Je t'exprime à travers ce travail tous mes sentiments et mes vœux de réussir dans votre vie.
- A mes adorables nièces BADR EDDINE, AYOUB et NADA ; pour leurs précieux conseils et appuis je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de sérénité.
- A toutes la famille de BELMEKKI et LAHMER.
- A la Mémoire de mes très chers grands parents, De la miséricorde de Dieu sur eux.
- A tous mes enseignants qui m'ont initié aux valeurs authentiques, en signe d'un grand respect et d'un profond amour.
- A mes amies et toutes personnes qui m'ont aidé de près ou de loin.

BELMEKKI RADJAA

Dédicaces

Tout d'abord, je tiens à remercier DIEU

De m'avoir donné la force et le courage de mener à bien ce modeste travail.

Je tiens à dédier cet humble travail à :

- Ma mère MERIEM et mon très cher père YUCEF
- A ma sœur: CHAIMA
- A mes deux frères : WALID et HAROUN
- A mes meilleurs amis : AMEL et SELMA
- A Toutes personnes qui m'ont aidé de près ou de loin.

BENSBA FARAH

Dédicaces

Tout d'abord, je tiens à remercier ALLAH le tout puissant de m'avoir donné la santé , la volenté , le courage et la patience pour mener à terme ma formation et pouvoir réaliser cette mémoire

Je tiens à remercier mon encadreur Pr. Ouali Mohamed

Je dédie ce travail à :

- A mes chers parents MOHAMED et YAMINA, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études,
- A mes chères sœurs KHALIDA et RADJAA pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral
- A mon frère HICHAM , pour leur appui et leur encouragement
- A mon chère amie CHAIMA qui m'a aidé et supporté dans les moments difficiles
- A toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infaillible .

Merci d'être toujours là pour moi.

ZEHDOUR LEMYA

Dédicaces

A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études,

A mes chères sœurs pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral,

A mes chers frères, pour leur appui et leur encouragement,

A toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire,

A mon groupe de mémoire :LEMYA , RADJAA et FARAH

Ainsi que ma promo 2016-2017

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible,

Merci d'être toujours là pour moi.

BENMIRA RIANE

Table des matières

Introduction	1
Historique	2
Partie Théorique	3
Chapitre 1 : Rappel Anatomophysiologique de l'utérus et le placenta	4
- L'Utérus	5
- Le Placenta	6
Chapitre 2 : Définition et Classification du Placenta Prævia	12
- Définition	13
- Classifications	14
Chapitre 3 : Mécanisme des hémorragies	16
Chapitre 4 : Épidémiologie et facteur favorisants	19
- Épidémiologie	20
- Facteurs Favorisants	21
Chapitre 5 : Le diagnostic du placenta prævia	22
- Diagnostic clinique et échographique	23
- Diagnostics différentiels	24
Chapitre 6 : Complications du placenta preavia	25
Chapitre 7 : Pronostic du placenta preavia	27
Chapitre 8 : Prise en charge	30
- Les moyens de traitement	31
- CAT pendant la grossesse	34
- CAT pendant le travail	36
- CAT au moment de la délivrance et dans le post partum	37
- PEC du nouveau-né	38
Chapitre 9 : Évolution	41
Partie pratique	43
Chapitre 01 : Objectifs et méthodologie	44
Chapitre 2 : Résultats	46
- Prévalence et répartition annuelle du PP	46
- Étude statistique des cas de PP durant 02 ans	47
Chapitre 3 : Discussion et commentaires	57
Conclusion	60
Bibliographie	61

INTRODUCTION :

Le placenta prævia est une complication rare de la grossesse, correspondant à une insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Cette pathologie obstétricale, d'origine multifactorielle, est potentiellement grave puisque cette anomalie est souvent à l'origine de complications hémorragiques, notamment en deuxième partie de grossesse et jusqu'à la délivrance. Même si les progrès effectués ces dernières années dans le diagnostic et la prise en charge des femmes porteuses d'un placenta prævia ont été conséquents, cette pathologie reste associée à une lourde morbidité maternelle et périnatale.

En particulier, la survenue brutale et souvent imprévisible d'une hémorragie massive pendant la grossesse constitue une véritable urgence obstétricale, mettant en jeu le pronostic vital materno-foetal et pouvant nécessiter un accouchement prématuré en urgence. C'est pourquoi, de par sa potentielle gravité, le placenta prævia a été largement décrit et étudié par de nombreux auteurs, et la littérature portant sur ce sujet est aujourd'hui riche. Cependant, nous avons remarqué qu'il existe peu de travaux portant spécifiquement sur l'étude des femmes ayant eu un placenta prævia symptomatique pendant la grossesse. De ce constat, et vu l'enjeu que représente ces situations d'urgence, tant pour l'équipe obstétricale que pour les patientes et leurs enfants, nous avons trouvé intéressant d'approfondir ce sujet.

Nous avons donc choisi de porter notre étude uniquement sur les femmes porteuses d'un placenta prævia et ayant eu des métrorragies pendant leur grossesse. Dans cette situation précise, nous avons notamment voulu nous intéresser au pronostic materno-foetal et aux pratiques professionnelles concernant la prise en charge de ces femmes, et nous avons tenté de déterminer s'il pouvait exister un lien entre les deux. Pour atteindre ces objectifs, une étude rétrospective a été réalisée à la maternité du CHU de Tlemcen entre les années 2020 et 2023, correspondant à un total de 54 patientes. Au préalable, nous sommes revenus sur quelques généralités concernant le placenta prævia et sa prise en charge. Nous avons ensuite présenté la problématique, les objectifs et hypothèses, et la méthodologie de notre étude. Puis nos résultats ont été exposés et discutés. Enfin, nous avons émis quelques propositions découlant des conclusions de notre travail.

Historique :[1]

Jusqu'au début du 20^e siècle, avant l'ère chirurgicale, la morbidité et la mortalité materno-fœtale liées au placenta prævia étaient très élevées: la mortalité maternelle atteignait 30% au milieu du 19^e siècle, avec une mortalité périnatale de 40 à 80%.

A cette époque, les accoucheurs utilisaient différents procédés de compression de la zone d'insertion placentaire pour diminuer l'importance de l'hémorragie: ballons remplis d'eau, traction du cuir chevelu par des pinces (Willet), tamponnade placentaire grâce au siège fœtal après version combinée par voies interne et externe (Braxton Hicks).

Bien que parfois efficaces, ces manœuvres entraînaient souvent des lésions du segment inférieur et du col, aggravant les pertes de sang et les chocs. L'emploi de la césarienne comme méthode de traitement du placenta prævia se généralisa en 1927 avec Bill, qui proposa aussi l'usage large des transfusions pour combattre l'hypovolémie.

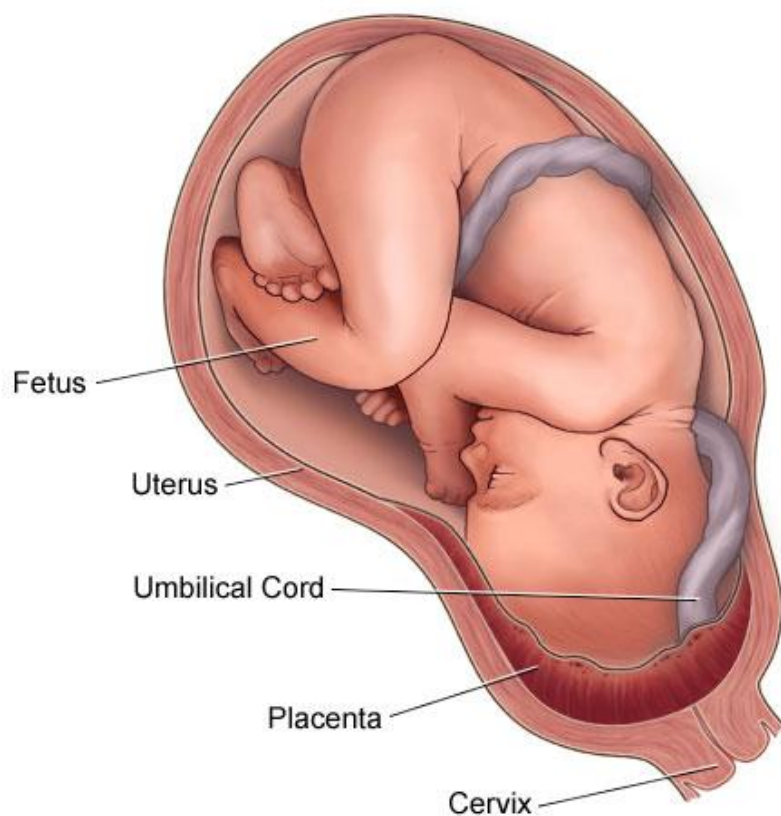
La mortalité maternelle chuta alors à 1,8 % mais les résultats fœtaux restaient médiocres avec 32% de mortalité, la césarienne étant pratiquée dès le diagnostic de placenta prævia sans tenir compte de la maturité fœtale.

En effet, on croyait alors que le premier épisode de métrorragies se révélerait fatal. Entre 1945 et 1948, MacAfee et Johnson renoncèrent au toucher vaginal, avec lequel l'opérateur retrouvait une sensation de « matelas placentaire », comme moyen de diagnostic. Ils mirent aussi en place un traitement conservateur avec expectative afin d'attendre la maturité fœtale, après avoir montré que la mortalité périnatale était surtout liée à la prématurité. L'avènement des techniques ultrasonores constitua une autre étape importante, en particulier avec l'échographie obstétricale qui permit le diagnostic précoce des placentas bas-insérés avant toute manifestation clinique.

De nos jours, les taux de mortalité maternelle et périnatale liée au placenta prævia sont faibles dans les pays développés, respectivement de l'ordre de 0,03% [3,4] et de 4 à 8% [3], mais les taux de morbidité liés à cette pathologie restent élevés

Partie Théorique

Total Placenta Previa



Chapitre 1 :

Rappel Anatomophysiologique de l'utérus et le placenta

1.L'utérus:[2]

L'utérus est situé dans la cavité pelvienne, entre le rectum et la base de la vessie. Il s'agit d'un organe creux et musculéux, aux parois épaisses, destiné à accueillir à héberger et à nourrir l'embryon. Chez la femme qui n'a jamais été enceinte, il a à peu près la forme et la grosseur d'une poire renversée; il peut cependant être deux fois plus gros chez les femmes qui ont eu des enfants.

L'utérus est normalement fléchi quelque peu vers l'avant à l'endroit où il s'unit au vagin ; on dit qu'il est en antéversion. Chez les femmes d'un certain âge, il est souvent fléchi vers l'arrière, c'est-à-dire en rétroversion.

La partie la plus volumineuse de l'utérus est son corps. La partie arrondie située au-dessus du point d'insertion des trompes est le fond de l'utérus, et la partie légèrement rétrécie entre le col et le corps, l'isthme de l'utérus. Le col de l'utérus, plus étroit, constitue l'orifice de l'utérus. Il fait saillie dans le vagin, localisé plus bas.

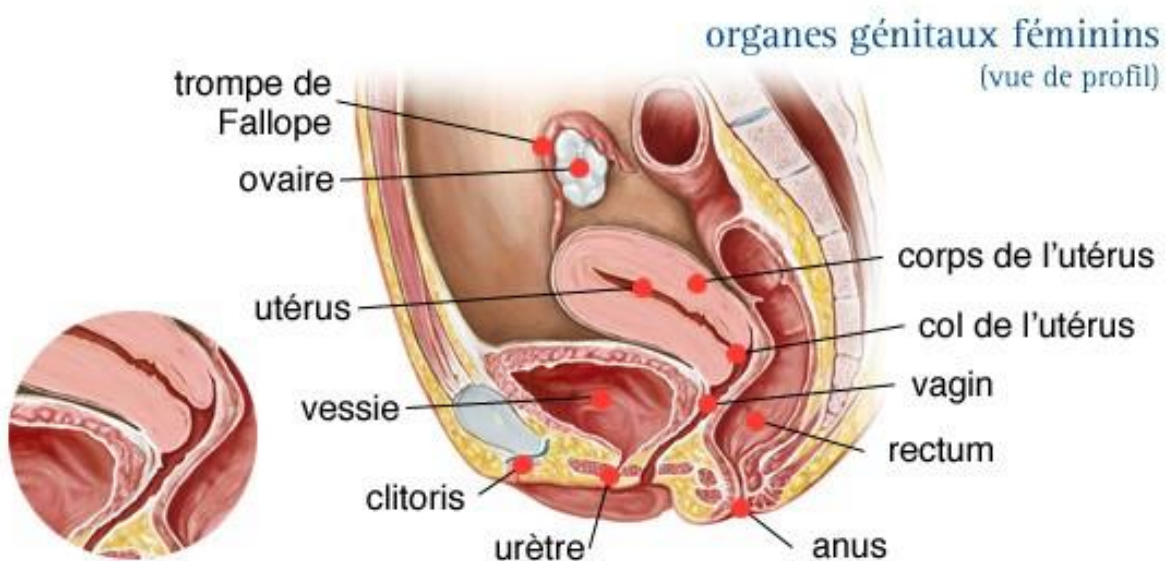


Figure 1 : Organes génitaux féminin (vue de profil)

2. Le placenta : [3]

Définition :

Le placenta, constitué de tissus maternels et fœtaux, peut être considéré comme l'organe directeur de la gestation.

Ses activités sont multiples :

- Zone d'échanges fœto-maternels (+++)
- Zone barrière entre la mère et l'enfant
- Glande endocrine essentielle pour le maintien de la grossesse.

Le placenta à terme : est un disque d'une moyenne de 20cm de diamètre et de 3cm d'épaisseur, pèse 500g (1/6 du poids du nouveau-né), il est expulsé à la délivrance, environ 15 minutes après la naissance

Le placenta humain est :

Hémo-chorial : il pénètre dans la muqueuse utérine jusqu'à l'érosion de l'endothélium des vaisseaux maternels, et entre en contact avec le sang

Discoïde : car implanté en forme de disque, par opposition au placenta diffus (implanté sur toute la muqueuse utérine)

Décidua : l'expulsion du placenta entraîne la chute d'une partie de la muqueuse utérine (qui porte le nom de décidue) et une hémorragie

Pseudo-cotylédoné : les villosités placentaires sont groupées en amas (ou cotylédons), séparés par des cloisons incomplètes Chorio-allantoïdien : la circulation placentaire (choriale) est reliée à la circulation fœtale allantoïdienne.

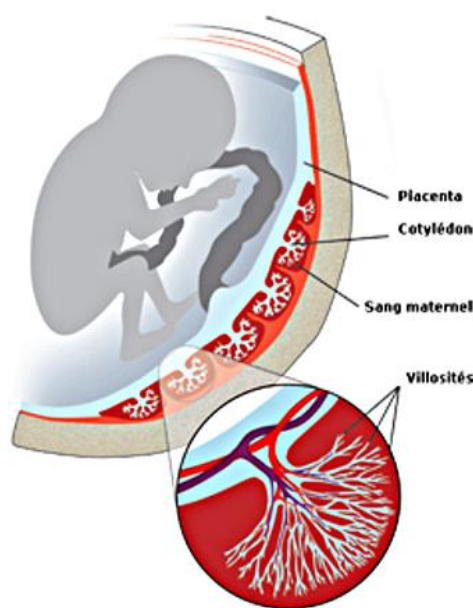


Figure 2 : anatomie du placenta

Le développement du Placenta :

A- Pendant les trois premières semaines :

L'évolution de la sphère chorale, formée du trophoblaste et du mésenchyme extra-embryonnaire va conduire à la formation des villosités placentaires et à la mise en place des systèmes circulatoires.

1) Première semaine du développement embryonnaire

L'on sait que dès cette période, les cellules de l'œuf sont destinées à devenir des :

- Cellules du bouton embryonnaire (ou embryoblastes)
- Cellules du futur placenta : qui se forment à partir des cellules les plus périphériques de la morula, lesquelles se différencient en cellules trophoblastiques.

2) Au cours de la deuxième semaine

Rappelons, qu'au début de la deuxième semaine, 2 couches histologiquement distinctes s'individualisent au sein du trophoblaste :

- Le cytotrophoblaste : couche interne faite de cellules mononucléées;
- Le syncytio-trophoblaste : couche externe, multinucléée (sans limite distincte entre les cellules : syncytium), dont les propriétés proliférantes permettent l'implantation de l'œuf.

Au cours de la deuxième semaine, des vacuoles apparaissent dans le syncytio-trophoblaste, grandissent et confluent pour former des lacunes. Ces dernières se remplissent par la suite de sang, du fait de l'érosion des capillaires de l'endomètre : c'est le début de la circulation utéro-lacunaire (ou utéro-placentaire) Enfin, à partir de J13, le syncytio-trophoblaste émet des travées radiaires qui pénètrent dans l'endomètre et entraînent avec elles un cordon de cellules du cytotrophoblaste. Chaque travée constitue l'élément de base du placenta : la villosité. Cette dernière évolue par stades successifs avant d'aboutir à sa structure définitive.

3) Au cours de la troisième semaine

Les villosités se développent et leur axe est envahi par le mésenchyme extra-embryonnaire de la lame chorale. Elles deviennent ainsi des **villosités secondaires** que l'on retrouve tout autour de l'œuf.

Entre J18 et J21, des îlots vasculo-sanguins se constituent dans l'axe mésenchymateux des villosités, comme dans tout le reste du mésenchyme extra-embryonnaire. Les villosités deviennent des **villosités tertiaires** (villosités définitives du placenta).

Après la formation de ces dernières, le cytotrophoblaste continue à proliférer sous forme de cordons cellulaires, **les colonnes cytotrophoblastiques**, qui traversent le syncytium. A leurs

extrémités distales, ces colonnes s'anastomosent entre elles et vont bientôt entourer l'œuf **d'une coque cytotrophoblastique complète.**

Ce développement du cytotrophoblaste transforme les lacunes en "**chambres intervillieuses**" c'est à dire en espaces inter villositaires, constitués par une cavité bordée de syncytio-trophoblaste, en continuité directe avec la circulation maternelle. Soulignons que c'est vers J21 que **la circulation placentaire fœtale** se met en place après que le réseau vasculaire des villosités soit relié au cœur embryonnaire par l'intermédiaire des vaisseaux ombilicaux de la région allantoïdienne (Voir 4 ème semaine).

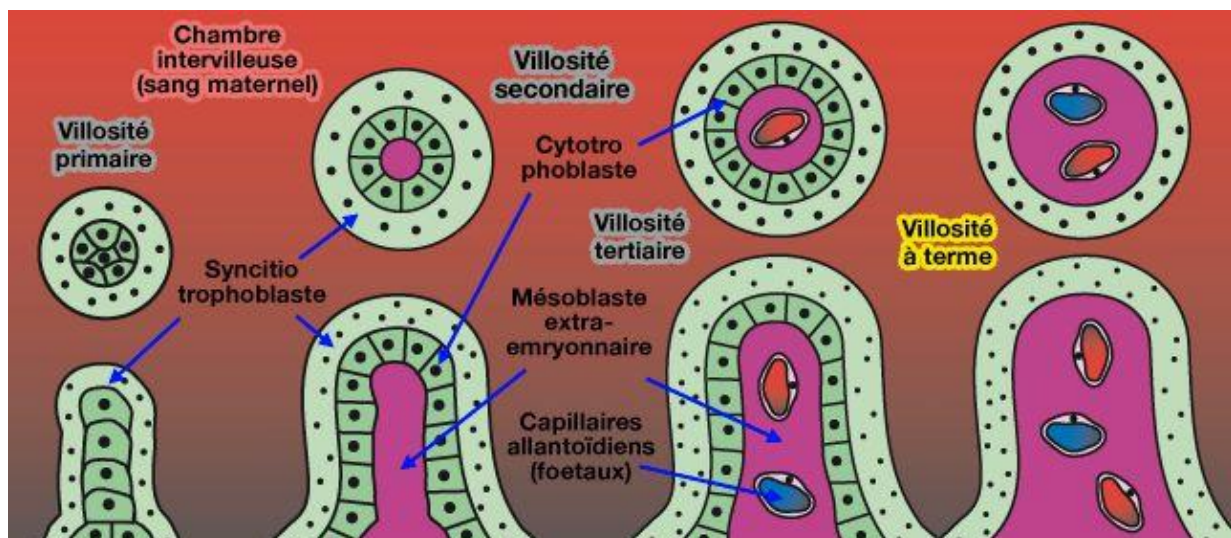


Figure 3 : Développement des villosités chorales

B- De la quatrième semaine au quatrième mois

Le placenta définitif va se constituer :

1) Rappel sur les caduques :

La muqueuse utérine maternelle est modifiée au siège de l'implantation par la réaction déciduale (c'est à dire la transformation de type épithélial des fibroblastes du stroma endométrial) et prend le nom de caduque (ou décidue). On y reconnaît trois régions, ces dernières étant délimitées (par convention) d'après leur position par rapport à l'œuf :

- Caduque basilaire : en regard de la zone d'implantation.
- Caduque ovulaire ou réfléchie : entourant l'œuf.
- Caduque pariétale : sur le reste de la cavité utérine.

N.B : Il existe dans la caduque basilaire une zone compacte (déciduale) et une zone spongieuse (où se fait le décollement du placenta au moment de l'accouchement).

2) Délimitation du placenta :

A partir de la fin du deuxième mois :

- Les villosités choriales orientées du côté de la caduque ovulaire (entre l'œuf et la cavité utérine) vont dégénérer. Elles laissent place au chorion lisse, avasculaire, constitué d'une couche de cytotrophoblaste et du mésenchyme extra-embryonnaire de la lame choriale, sous-jacent

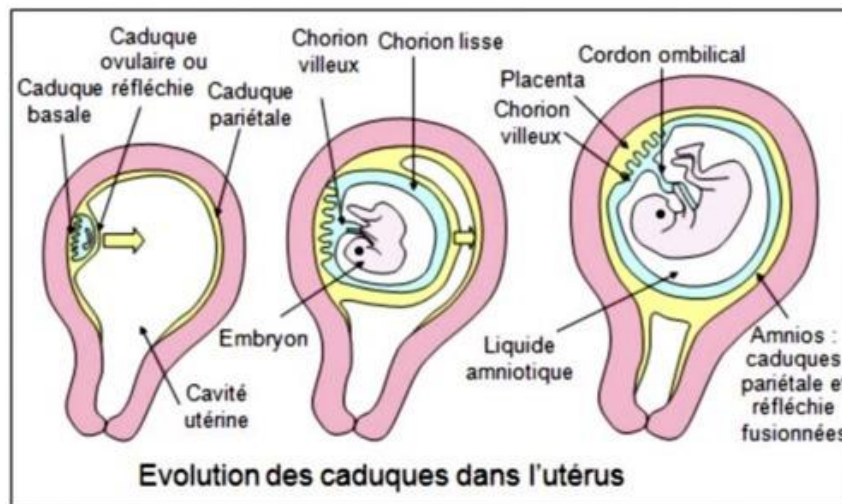


Figure 3 : Évolution des caduques dans l'utérus

- Au contraire, les villosités orientées vers la caduque basilaire (entre l'œuf et la paroi utérine) se développent et constituent le chorion villositéux, **futur placenta**.

A la fin du troisième mois, le développement de la cavité amniotique (qui a déjà provoqué l'effacement du coelome extra-embryonnaire) amène la caduque ovulaire au contact de la caduque pariétale. La fusion de ces deux caduques oblitère la cavité utérine.

Le placenta est alors un organe discoïde, comportant deux parties :

- **La plaque choriale** : correspond à sa partie profonde (face fœtale). D'origine purement ovulaire, elle est formée de l'amnios, du mésenchyme extra-embryonnaire, du cytotrophoblaste et du syncitio-trophoblaste.

- **La plaque basale** : désigne la partie externe du placenta au contact de la paroi utérine.

D'origine mixte, elle est formée par :

- des tissus embryonnaires : cytotrophoblaste et syncitio-trophoblaste
- des tissus maternels : caduque basilaire. En périphérie du disque placentaire, les structures placentaires se continuent avec la caduque pariétale et les membranes (amnios et chorion lisse).

3) Organisation vasculaire :

Comme nous l'avons vu précédemment, au cours du troisième mois, seul le chorion villex participe au placenta. A ce stade, toutes les villosités sont des villosités tertiaires. Au fil de la grossesse, elles s'organisent et les surfaces d'échanges entre la mère et le fœtus augmentent.

Chaque villosité se ramifie dans la chambre intervillieuse. **Une villosité "mère" est à l'origine de nombreuses villosités "filles"**. Ces villosités s'organisent en deux catégories :

- Des villosités libres : dont l'extrémité flotte dans la chambre intervillieuse et
- Des villosités crampons : qui s'étendent de la plaque chorale à la plaque basale.

Au niveau de la plaque chorale, les villosités forment les troncs villositaires de premier ordre qui donnent successivement les troncs villositaires de 2ème et 3ème ordre.

L'axe vasculaire des villosités est constitué de:

une veine centrale (vaisseau efférent), **deux artérioles paracentrales** (vaisseaux afférents), anastomosées entre elles par **un réseau capillaire sous-trophoblastique**. Il existe ainsi 20 à 40 troncs villositaires de premier ordre, qui donnent chacun 20 à 50 villosités filles de 2ème ordre, libres ou crampons. L'ensemble des villosités issues d'un même tronc de premier ordre forme une unité vasculaire fonctionnelle, "le cotylédon fœtal". Il existe donc dans un placenta **20 à 40 cotylédons**.

4) Remaniements du cytotrophoblaste :

A partir du troisième mois, le cytotrophoblaste cesse de proliférer :

- Il disparaît peu à peu de la paroi des villosités tertiaires pour ne subsister, à partir du 4ème mois, que sous la forme de quelques amas cellulaires sous le syncytio-trophoblaste. La distance entre les vaisseaux maternels et fœtaux est ainsi réduite.
- La coque cytotrophoblastique s'amenuise et fait place en regard des villosités crampons à du tissu conjonctif. Les restes cytotrophoblastiques confluent alors pour constituer les **septa inter-cotylédonaires** qui délimitent les "**cotylédons maternels**" (apparents sur la face maternelle du placenta, lors de la délivrance).

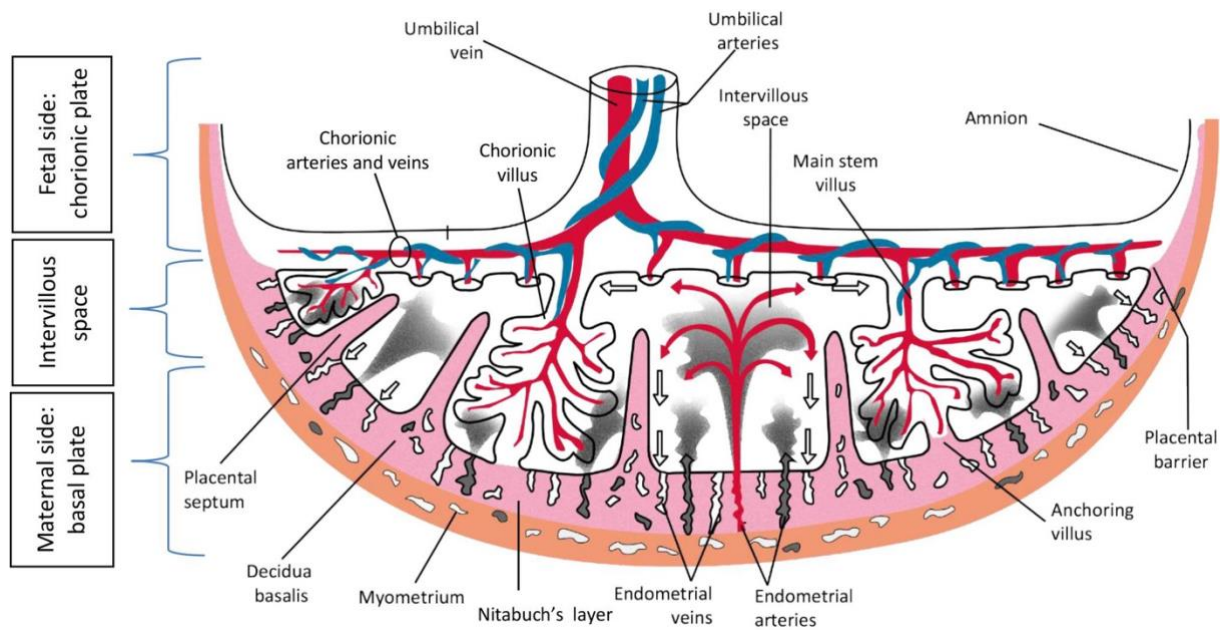


Figure 4 : villosités choriales du placenta

○ Rôle physiologique du placenta :

Le placenta est généralement fonctionnel à la fin du troisième mois de grossesse. Il est l'organe d'échanges entre la mère et son fœtus, assurant sa respiration et sa nutrition. Mais il a aussi une activité métabolique et endocrine. Il sécrète l'HCG dès sa formation puis, plus tard, les œstrogènes et la progestérone de la grossesse. Il protège le fœtus des infections bactériennes et toxiques. Il règle le passage de certains médicaments. C'est pourquoi seul le médecin (ou la sage-femme) peut décider si la future maman peut prendre un médicament. L'alcool et les drogues sont tout autant dangereux pour le fœtus.

Chapitre 2 :

Définition et Classification du Placenta Prævia

1) Définition du placenta prævia : [4] [5]

Le placenta est le siège des échanges materno-fœtaux, s'insère normalement sur le fond et sur l'une des faces du corps utérin. Il s'attache sur la muqueuse corporeale, appelée pendant la grossesse « déciduale ». Un placenta est qualifié de « prævia » lorsqu'il est inséré sur tout ou partie du segment inférieur de l'utérus, celui-ci se formant au troisième trimestre. Par abus de langage, ce terme est également utilisé dans le cas d'une patiente présentant des métrorragies sur un placenta bas inséré au second trimestre. La mesure du petit côté des membranes inférieure à 10 cm lors de l'examen du placenta après la délivrance constitue un diagnostic à postériori.

2) Classifications :

Classifications anatomiques :

- Classification selon le rapport du placenta à l'orifice interne du col utérin:
 - le placenta prævia «latéral» (stade I de MacAfee): il reste à distance du col, la distance entre son bord inférieur et l'orifice cervical interne est mesurable.
 - le placenta prævia «marginal» (stade II de MacAfee): son bord inférieur affleure l'orifice interne du col sans le recouvrir.
 - le placenta prævia « recouvrant»: il recouvre le col, partiellement (stade III) ou totalement (stade IV). Ce dernier représente un tiers des placentas prævia

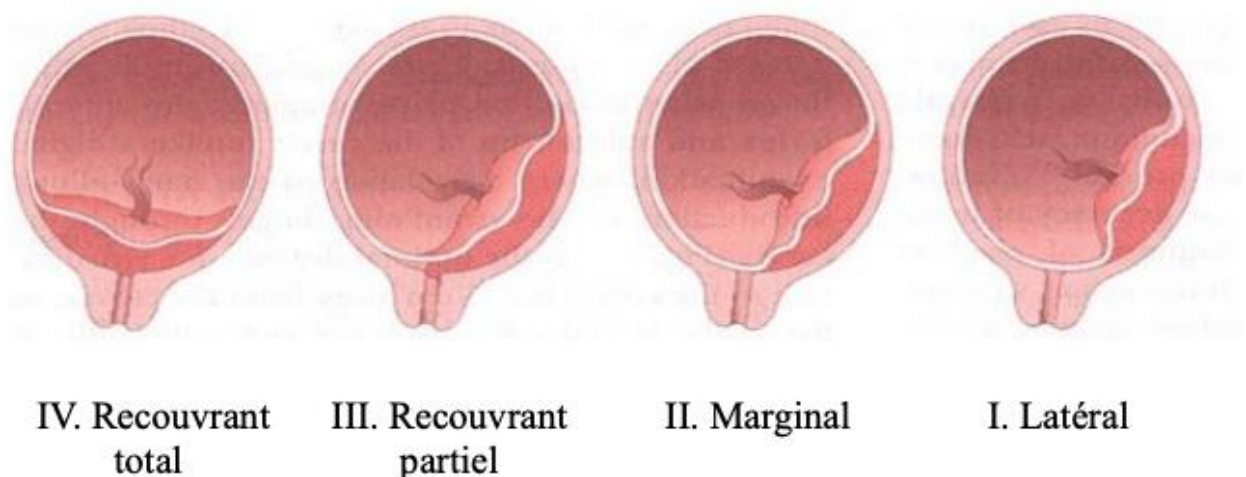


Figure 5 : Classification de Macafee

- Classification en fonction de la position du placenta par rapport au fond de l'utérus. (classification de Denhez) :
 - Les placentas de groupe I (placentas fundiques) : dont la limite supérieure atteint ou dépasse le fond de l'utérus, donc à distance du col utérin et non prœvia.
 - Les placentas de groupe II dont la limite supérieure est située entre la moitié et le fond de l'utérus, sans conséquence habituellement.
 - Les placentas du groupe III (placentas praevias) qui sont entièrement situés dans la moitié inférieure de l'utérus, ce groupe correspondent aux placentas praevias, justifiant une surveillance accrue.

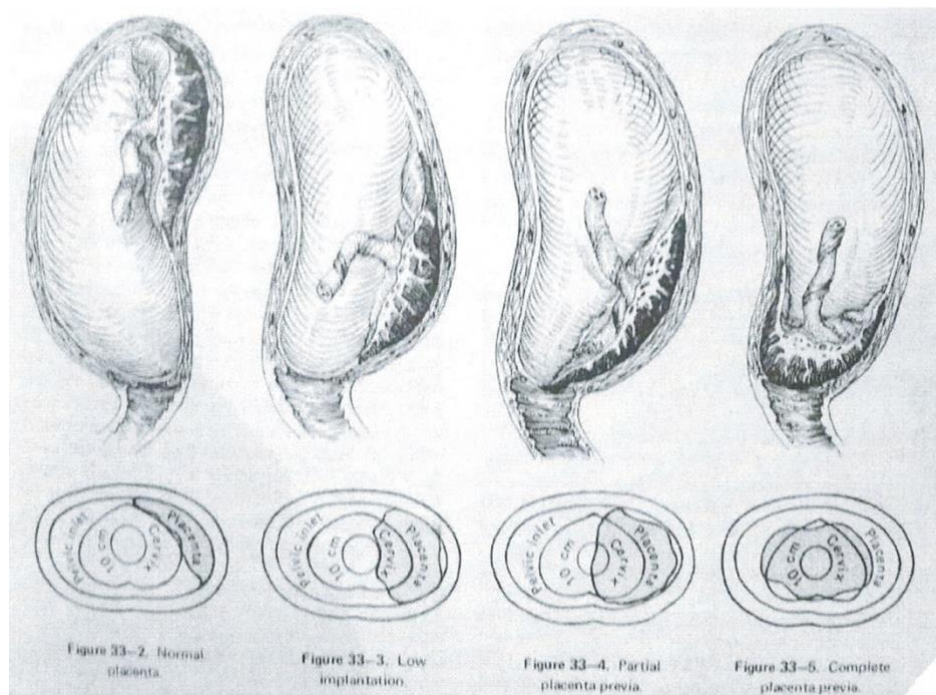


Figure 6 : Classification de Denhez

Classification échographique d'après (BESSIS R, BRIGNON C, SCHNEIDER L. 1976) :

- Les placentas bas insérés antérieurs :

Type I: la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie

Type II: la limite inférieure atteint les deux tiers supérieurs de la vessie

Type III: la limite inférieure atteint le col utérin

Type IV: la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus.

- Les placentas bas insérés postérieurs.

Type I: la limite inférieure de placenta se situe à moins de 4 cm en arrière du col de l'utérus

Type II: la limite inférieure du placenta atteint le col utérin

Type III: la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieur de la vessie

Type IV: la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

Les placentas de type I et II correspondent aux placentas praevias latéraux.

Les placentas de type III correspondent aux placentas praevias marginaux.

Les placentas de type IV correspondent aux placentas praevias recouvrant .

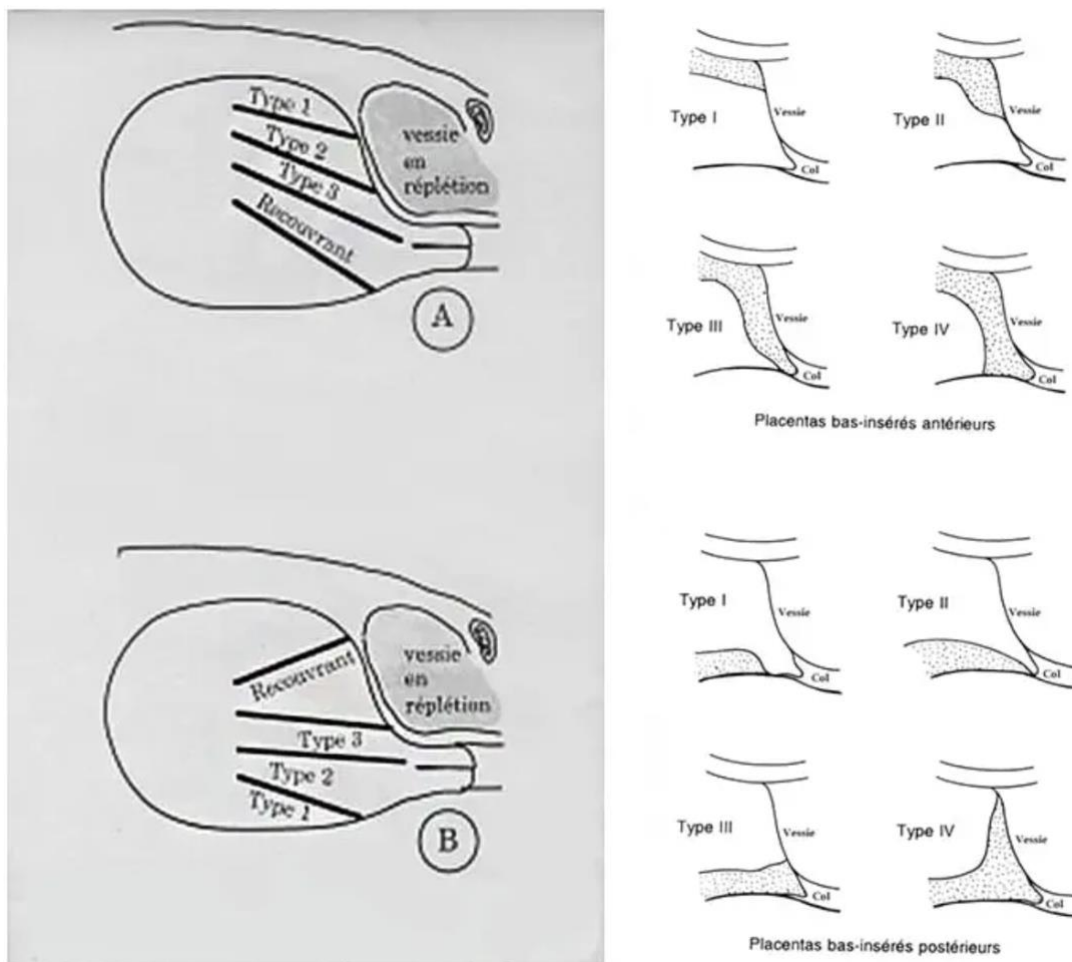


Figure 7 : Classification de Bessis

Chapitre 3 :

Mécanisme des hémorragies

Le placenta inextensible se trouve inséré sur un segment inférieur extensible.

Le placenta ne s'adapte pas à l'étirement de la région sur laquelle il insère cela aboutit à un décollement partiel hémorragique.

La pathogénie des hémorragies a donné lieu à diverses explications qui se complètent plus qu'elles ne se contredisent.

Le placenta tirailé par des membranes se décolle. La contraction utérine exerce sa force vers le pôle inférieur de l'œuf. La pression exercée se répartit d'un côté sur une vaste surface dont la souplesse amortit la force. Mais de l'autre côté, la distance est courte entre le bord placentaire et le pôle inférieur de l'œuf; la contraction qui pèse sur elle décolle le bord voisin du placenta, ouvrant les sinus utérins. Ce mécanisme explique bien les hémorragies en variétés latérales du placenta prævia, mais il ne rend pas compte de celles des autres variétés. La formation même, puis l'ampliation du segment inférieur, enfin la dilatation du col, les font aisément comprendre. Entre le développement placentaire et celui du segment inférieur, la concordance fait défaut.

Pendant le travail dans les variétés centrales ou marginales la dilatation laisse découvrir progressivement une partie de la surface placentaire.

Tiraillement, clivage ou glissement, la conséquence est la même. Le placenta partiellement décollé laisse béant les sinus maternels que la rétraction ne peut obstruer puisque l'utérus n'est pas vide. L'hémorragie est donc d'origine maternelle. Mais la déchirure de villosités peut ouvrir de surcroît une source d'hémorragie du côté fœtal.

Lors de l'apparition des premières contractions et de la formation du segment inférieur, le pôle inférieur de l'œuf se décolle, les membranes sont peu extensibles au voisinage du placenta, d'où hémorragie et la rupture large et précoce des membranes.

Si les risques d'infection ovulaire ne sont pas spécialement importants, l'éventualité d'accouchement prématuré est beaucoup plus sérieuse.

En plus de ces trois conséquences (hémorragie, rupture précoce des membranes, prématurité) on peut ajouter les dystocies mécaniques qui sont fréquentes dans le placenta prævia. On rencontre souvent les présentations transverses, les présentations du siège et la procidence du cordon.

L'hémorragie, si elle est importante et prolongée peut entraîner des troubles de la coagulation surtout l'afibrinémie qui est sujette de plusieurs hypothèses, elle est également responsable dans un certain nombre de cas de l'hypopituitarisme du post-partum (syndrome de Sheehan).

Le décollement prématuré des membranes quant à elle est responsable de l'infection ovulaire. Cela est d'autant vrai que les caillots de sang contenus dans l'utérus et le liquide amniotique

constituent un véritable milieu de culture pour les microbes. Ceci explique également l'apparition des phlébites dans les suites de couches chez certaines femmes ayant été victimes de placenta prævia.

Mécanisme de l'hémorragie	
Pendant la grossesse	Pendant le travail
• Variété périphérique : PP latéraux et marginaux : la contraction décolle une languette placentaire • Variété recouvrant : Clivage entre le placenta et le myomètre par suite d'un asynchronisme de développement entre le segment inférieur et la surface placentaire	La dilatation décolle progressivement une fraction de plus en plus grande du placenta

- **Théorie de Pinard pour les formes latérales et marginales :**

Les contractions utérines sont responsables d'un tiraillement du bord inférieur du placenta par les membranes propulsées vers le pôle inférieur de l'œuf. Ainsi une languette placentaire se décolle par la mise en tension du petit côté des membranes et ouvre le sinus veineux utérin.

- **Théorie de Jacquemier pour les formes recouvrantes :**

Il existerait un asynchronisme de développement entre le segment inférieur qui poursuit son ampliation durant les trois derniers mois de la grossesse, alors que la surface placentaire croît beaucoup moins rapidement. Ce phénomène serait responsable d'un clivage entre le placenta et le myomètre.

- **Théorie de Schroeder pendant le travail :**

Au cours de la dilatation, la rétraction des fibres du myomètre décollerait progressivement le placenta.

L'hémorragie extériorisée à une double origine :

Maternelle : par le sinus veineux de la caduque utérine lors du décollement de la languette placentaire inférieure

Fœtale : par les capillaires sinusoides fœtaux suite au déchirement des villosités chorionales lors du clivage entre myomètre et placenta.

Chapitre 4 :

Épidémiologie et facteur favorisants

1. Épidémiologie :

Sa fréquence varie d'une population à une autre, elle est plus élevée dans les populations à faible niveau socio-économique.

D'après une étude méta analyse faite par le TMIH Européen journal en 2013 : (prévalence of placenta prævia by world région : a systématique review and méta analysys) ,

Les fréquences du placenta prævia étaient variables entre les continents :

- L'Afrique subsaharienne : 2.7 pour 1000 grossesses
- En Amérique du nord : 2.9 pour 1000 grossesses
- En Europe : 3.6 pour 1000 grossesses
- En Asie : 12.2 pour 1000 grossesses

2. Étiologies et facteurs favorisants :

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta restent encore méconnues. Plusieurs facteurs favorisants ont cependant été décrits dans la littérature. Les principaux sont :

L'âge maternel :

Avec l'âge, les artères du myomètre se sclérosent progressivement et le tissu Collagène remplace les structures musculaires. La vascularisation placentaire est alors réduite. Le placenta développe une surface d'attachement plus importante pour assurer un débit sanguin suffisant. Différentes étude montrent qu'une femme de plus de 35 ans à un risque relatif de développer un placenta prævia augmenté par un facteur de 1.8 à 4.7 par rapport à une femme de moins de 20 ans.

L'origine géographique :

La fréquence de placenta prævia semblerait plus élevée chez les femmes à peau noire et les asiatiques que chez les femmes à peau blanche.

Le tabac :

Le tabagisme multiplie par 1.36 à 1.66 le risque relatif de placenta prævia
La nicotine entraîne une vasoconstriction responsable de l'hypertrophie compensatrice du placenta, cela s'explique également par la compétition entre le monoxyde de carbone et l'oxygène pour la fixation sur l'hémoglobine.

La cocaïne :

Elle est responsable du même mécanisme compensateur du placenta et multiplie son risque relatif par 2.4.

La multiparité :

Au fur et à mesure des grossesses, l'endomètre subit des modifications vasculaires au niveau du site d'implantation placentaire, diminuant l'irrigation de la muqueuse utérine. Lors de la grossesse suivante, le placenta chercherait à augmenter sa surface d'implantation pour améliorer le débit sanguin de perfusion, afin de palier à l'hypo perfusion de la zone fragilisée.

Les cicatrices utérines :

Lorsque l'on parle de cicatrice utérine, hormis celle de césarienne qui a été très étudiée, il est aussi question des myomectomies, ablation de polype et cures de synéchies.

Le risque accru de placenta prævia s'explique par l'implantation préférentielle de l'œuf sur la cicatrice et aussi parce que la formation du segment Inférieur est rendu impossible par la nature fibreuse de la zone cicatricielle.

De nombreux auteurs s'accordent à dire que le risque de placenta prævia augmente avec le nombre de césarienne antérieure (5-6). En effet le risque relatif après une hystérotomie est de 4.5, 7.6 après deux, 6.5 après trois et 44.9 après quatre hystérotomies ou Plus.

Les antécédents d'avortements :

Le risque de développer un placenta prævia est de 1.7 chez les Femmes avec au moins un antécédent de fausse couche spontanée. Il est de 1.3 chez Les femmes ayant eu recours à l'interruption volontaire de grossesse . Le risque Augmente avec le nombre d'avortement. Cependant, il semble dépendre de la Technique opératoire employée.

Les anomalies utérines :

Les anomalies utérines peuvent être la source d'une insertion basse placentaire en constituant une barrière mécanique à l'implantation normale (Malformation utérine, fibrome sous muqueux, adénomyose).

La PMA :

Les techniques de procréation médicalement assistée multiplient par 2,9 le risque de développer un placenta prævia. Cela concerne les grossesses conçues par fécondation in vitro (FIV) ou par micro injection (ICSI).

Chapitre 5 :

Le diagnostic du placenta prævia

1. la clinique :

Les métrorragies associées au placenta prævia surviennent généralement au 3ème trimestre de la grossesse. Elles sont de survenue brutale, sans facteur déclenchant. Ce sont des pertes liquides de sang rouge avec passage de caillots. Elles sont indolores sauf lorsqu'elles sont accompagnées de contractions utérines. On retrouve souvent dans l'histoire de la grossesse des épisodes de métrorragies au premier et au deuxième trimestre.

A l'examen on retrouve classiquement une hémorragie modérée extériorisée avec un utérus souple, une vitalité fœtale présente et une présentation haute mobile souvent pathologique. Ces hémorragies ont surtout tendance à se répéter, entraînant à la longue un état d'anémie chronique qu'il faut corriger par des transfusions, les BCF et les mouvements fœtaux sont normaux.

2. l'Échographie :

L'échographie est l'examen complémentaire essentiel et fiable dans le diagnostic anténatal de l'insertion basse du placenta. Ce diagnostic se fait classiquement lors de l'échographie réalisée autour de 22 SA.

- L'échographie abdominale :

Nécessite un remplissage vésical, les difficultés diagnostiques peuvent être liées à un remplissage excessif de la vessie, à un balayage insuffisant de l'abdomen en cas de placenta latéral, à l'obésité et aux structures fœtales masquant la limite inférieure du placenta postérieure ; ceci est corrigeable par la position de Trendelenburg et le refoulement manuel de la présentation.

- Échographie endovaginale :

Confirme l'insertion placentaire ; dès qu'un placenta prævia est suspecté, et ce à tout moment de la grossesse. En effet, ce type d'échographie permet de mesurer la distance exacte entre le bord inférieur placentaire et l'orifice interne du col.

3. Anatomopathologie :

Si le poids de ces placentas ne diffère pas de ceux des grossesses normales ils sont cependant plus minces et étalés. On retrouve des zones de dégénérescence villositaire friables et amincies au contact de petit côté des membranes, où la fibrine peut remplacer un cotylédon. Ils peuvent être associés à un placenta bi partita, une insertion excentrée, marginale ou vélamenteuse du cordon, des vaisseaux prævia, un hématome décidual marginal ou encore à une insertion accreta.

4.DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Le placenta prævia ne constitue pas la seule cause d'hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse et du travail. Il importe donc devant une hémorragie, quelque soit le moment d'apparition au 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse d'exclure d'emblée , Les causes d'hémorragie non endo-utérines , l'inspection de la région anogénitale permet facilement de retrouver une rupture de varice vulvaire, une fissure anale ou des hémorroïdes, et l'examen des urines peut mettre en évidence une cystite hémorragique l'examen au spéculum montre des lésions vaginales ou cervicales dans 3,6% à 17% des cas , notamment des polypes du col (6%), des érosions (6%) et des dysplasies ou cancers du col (5%)

Les causes d'hémorragie d'origine endo-utérines au 2ème trimestre :

Le placenta prævia représente 12,2 à 26,8% des causes d'hémorragie au 2ème trimestre.

Les autres diagnostique a évoquer sont :

- l'hématome décidual basal (34,8%)
- l'avortement tardif (7%)
- la môle hydatiforme (7%)
- les béances du col (3,1 à 6%).

L'examen clinique, l'échographie, la tomographie et l'étude anatomopathologique du produit d'expulsion en cas d'issue défavorable permettent d'établir un diagnostic précis.

Les hémorragies d'origine fœtale Elles ont en commun une caractéristique : elles apparaissent après la rupture des membranes (que celle-ci soit spontanée ou provoquée) :

¾ Hémorragie par rupture d'un vaisseau prævia

¾ Le méléna intra-utérin

Les causes d'hémorragie d'origine endo-utérines au 3ème trimestre :

- ¾ Hématome rétro-placentaire (HRP) : Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement insérée alors que le fœtus est encore dans l'utérus.
- ¾ La rupture utérine La rupture utérine est une solution de continuité sur l'utérus (paroi utérine). Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser toutes les parties de l'utérus.
- ¾ Hématome décidual marginal , Autrefois appelé rupture du sinus marginal, il s'agit de la rupture d'une veine utéro-placentaire au pôle inférieur de l'œuf.

Chapitre 6 :

Complications du placenta preavia

1. Complications maternelles :

Parmi les complications du placenta prævia décrites sont :

- L'**hémorragie** (parfois importante) nécessitant une transfusion de la mère ,
un **positionnement anormal du fœtus**
- Un **retard de croissance**,
- Une **rupture prématurée des membranes** (RPDM)
- Une **obstruction du col de l'utérus** empêchant un accouchement par voie basse (on parle de vasa prævia si les vaisseaux placentaires fœtaux se situent sur le col).

Dans le cas où la mère a déjà eu un accouchement par césarienne, un placenta prævia favorise le risque de placenta accreta. Il s'agit d'une complication rare mais potentiellement grave définie par un placenta fermement attaché à la paroi utérine maternelle (le risque d'hémorragie lors de l'accouchement est très important). [27]

Un placenta accreta, qui correspond à l'implantation profonde du placenta dans le muscle utérin. Cette affection grave nécessite l'ablation de l'utérus pendant l'accouchement par césarienne [28]

Le placenta prævia peut entraîner une hémorragie du vagin non douloureuse et soudaine après la 20e semaine de grossesse. Le sang peut être de couleur rouge vif. Le saignement peut devenir très important et mettre en danger la vie de la mère et du fœtus. Certaines femmes présentent également des contractions. [29]

2. complications fœtale :

- Un retard de croissance intra-utérine, à cause d'un défaut d'approvisionnement en sang du fœtus.
- Une détresse fœtale.
- La prématurité.
- La mortalité périnatale. [28]

Chapitre 7 :

Pronostic du placenta preavia

1. Pronostic maternel :

Selon certaines études nous avons retrouvé 2,2% de décès maternels dans le groupe des placentas prævia contre 1,7% dans le groupe sans placenta prævia ; la différence n'était pas statistiquement significative. Parmi les pathologies étudiées, seul l'hématome rétro-placentaire était fortement associé au placenta prævia (p0,05). [30]

La morbidité maternelle était plus élevée dans le PP (57,1%) que chez les témoins selon les études.

Elle était dominée par l'anémie (50,1%), l'endométrite et les suppurations pariétales en cas de césarienne.

Plusieurs auteurs s'accordent avec le fait que la morbidité soit importante dans les PP et plus encore après césarienne. Buambo notait un taux d'anémie maternelle à 8,6%, d'endométrite à 2,5% et de suppurations pariétales à 5,5%. Ce taux élevé d'anémie dans cette étude s'explique par la précocité des premières hémorragies, des récides hémorragiques, de l'importance de la quantité de sang perdue en per partum chez des patientes qui déjà étaient anémiées. Cette anémie très souvent mal corrigée soit par insuffisance de transfusion soit par déficit de sang dans nos banques de sang, prédispose aux complications infectieuses. Ils ont déploré 3 décès maternels dans le PP soit un taux de létalité de 0,9%. Un décès dû à un choc hypovolémique ou hémorragique et deux autres causés par des troubles de la coagulation. [31]

2. Pronostique fœtale :

La morbidité et la mortalité périnatales étaient significativement importantes, surtout en période anténatale. Ikechebelu retrouve 4,5% de mortalité périnatale associée au placenta prævia au Nigéria alors que Nayama rapporte une mortalité périnatale de 38,8 % dont 22,5 % de décès anténatals à Niamey au Niger. En effet, il y avait une fréquence significativement plus élevée de mort-nés, de scores d'Apgar morbides et de petits poids de naissance dans le groupe placenta prævia. Dans l'étude la mortalité périnatale était passée de 40% en cas d'accouchement par vois basse à 11% en cas de césarienne alors que la prématurité était retrouvée dans 36.45%, et l'hypotrophie dans 12.3%.

Toujours au Maroc, Ghazli M rapporte 6% de détresse respiratoire néonatale avec des facteurs de mauvais pronostic fœtal qui était l'âge gestationnel bas, le faible poids de naissance, l'hémorragie abondante, la présentation vicieuse du fœtus, le non suivi de la grossesse et L'association du placenta preavia avec l'hématome rétro-placentaire. Dans cette étude, la baisse de la mortalité périnatale est corrélée à l'amélioration du plateau technique, notamment l'agrandissement du service et le recrutement des premiers médecins en spécialisation. [30]

Selon l'étude on a noté une mortalité périnatale de 21,3% dans les cas contre 3,8% chez les témoins ($p=0,000$). Le PP a contribué à assombrir le pronostic vital fœtal. L'incidence élevée de mortinatalité que nous rapportons s'explique par la fréquence élevée de prématurés et de fœtus de faible poids de naissance. Le PP reste la première cause de mortinatalité car source de complications respiratoires (7,8). Selon cette étude, l'accouchement a été prématuré dans 48,3% des PP contre 8,5% chez les témoins ($p=0,000$). Cette prématurité a été responsable de 61,3% des décès fœtaux dans le PP contre 23% des témoins.

L'âge gestationnel est un facteur important dont il faut tenir compte lors des décisions thérapeutiques.

Un poids fœtal inférieur à 2500g et l'hypotrophie fœtale majorent 2 à 3 fois la mortalité périnatale. Les enfants de poids $<$ à 2500g dans notre étude représentaient 51,5% des nouveau-nés des patientes avec PP contre 12% des enfants nés des témoins ($p=0,000$) et 64% des enfants morts pesaient moins de 2500g dans le PP contre 30,8% chez les témoins ($p=0,001$). Il ressort clairement que la mortalité était plus élevée chez le fœtus de faible poids de naissance.

Dans l'étude de Richard, tous les enfants décédés avaient un poids de naissance inférieur à 2500g et ils étaient tous des prématurés. Boogs fait remarquer qu'un poids de naissance $>$ 2500g suffit à garantir une bonne évolution néonatale.

Au-delà de ces facteurs de mauvais pronostic, l'étude de la variété du PP dans notre travail révèle que la mortalité fœtale est plus grande dans les formes recouvrantes et pire encore quand le PP était associé à d'autres pathologies. Ils ont relevé 45,3% de décès fœtaux en cas de PP recouvrant ; résultat très proche de celui de Ghazli qui a rapporté 48,38% de décès fœtaux. En effet la variété recouvrante avait déjà été étiquetée comme dangereuse.

Nous avons dénombré des associations très fœticides avec l'hématome retro-placentaire (82% de décès fœtaux), la rupture utérine (100% de décès) et la procidence du cordon (100% de décès). [31]

Chapitre 8 :

Prise en charge

Ces dernières années, les taux de mortalité maternelle et périnatale liée au placenta prævia sont faibles malgré la complication fréquente qu'est l'hémorragie. Rappelons qu'en l'absence d'intervention médicale, la mortalité maternelle est estimée à 25 % et la mortalité fœtale 90%. D'autre part, l'évolution des manifestations cliniques du placenta prævia est hautement variable et ne peut pas être prédite avec exactitude [26], bien que les formes recouvrantes semblent associées à un pronostic maternel et périnatal plus sombre [23,24]. Il est donc primordial de pouvoir assurer une prise en charge optimale des patientes lorsque leur placenta prævia devient symptomatique. A partir de la littérature, nous allons en présenter les principaux points.

A-But :

Les buts du traitement sont :

- *Arrête le saignement .
- *Sauver la mère et le produit de conception .

B-Moyens :

B-1- Médicaux (tocolyse) :

- L'ATOSIBAN (inhibiteur des hormones ocytocine et vasopressine):

Action efficace et rapide dès l'admission sans effets sur l'hémodynamique, avec relais oral au bout de 48 heures par des bêtamimétique ou IC.

-Les inhibiteurs calciques (la Nicardipine)

Donne l'inconvénient est l'hypotension qu'ils induisent qui ne sera pas approprié devant un tableau d'hémorragique souvent donner comme relais par voie orale sous forme de nifédipine.

- Les bêtamimétiques (terbutaline orale, ou sous-cutanée..... très bon résultat avec allongement significatif de la grossesse)

- Les AINS : ne sont plus utilisés de fait de leur effet secondaire materno-fœtaux (Thrombopénie maternelle, oligoamnios, fermeture de canal artérielle...) [15]

B-2-Obstétricaux :

Les moyens obstétricaux sont essentiellement l'expectative, le repos et la surveillance, la rupture artificielle des membranes et l'accouchement par voie basse.

B-3-chirurgicaux :

- * Césarienne
- * Parfois hystérectomie d'hémostase

Techniques de césarienne :

Plusieurs techniques de césarienne sont possibles et ont été décrites en cas de placenta praevia dont l'hystérotomie corporéale, l'hystérotomie transversale segmentaire avec passage par voie transplacentaire et l'hystérotomie transversale segmentaire avec évitement de placenta après réparation échographie

- Hystérotomie corporéale :

D'après les recommandations de 2014 de CNGOF, il n'y a pas d'argument dans la littérature pour recommander une hystérotomie corporéale à distance de lit placentaire pour diminuer le risque hémorragique. Ainsi en présence d'un placenta praevia sans suspicion de placenta accreta, il est recommandé réaliser une hystérotomie transversale segmentaire.

- Hystérotomie transversale segmentaire :

- Extraction par voie transplacentaire :

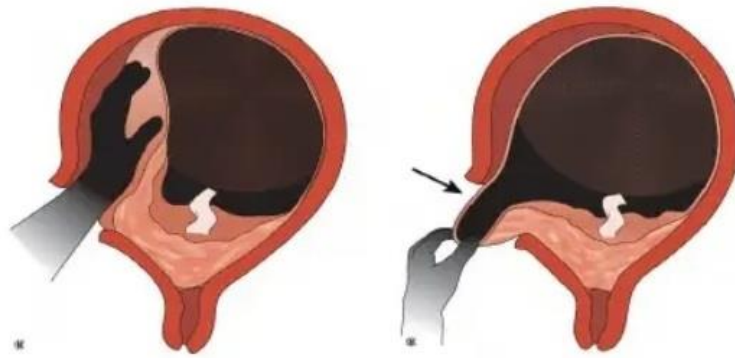
La césarienne classiquement réalisé en cas de placenta praevia antérieur situé en regard de segment inférieur nécessite une hystérotomie segmentaire transversale et un passage rapide par voie transplacentaire pour permettre l'extraction fœtale. Cette incision transplacentaire est à risque d'hémorragie massive

Le risque d'anémie néonatal est encore débattu mais certaines études mettent en évidence un taux d'hémoglobine néonatale plus bas en cas d'incision transplacentaire même lorsque le passage transplacentaire se fait à distance des principaux vaisseaux placentaire et en regard d'une épaisseur placentaire inférieure à 1 cm, 12,6 plus ou moins 1,2 g/dl versus 15,6 plus ou moins 2,1 g/dl en absence d'incision transplacentaire.

- Technique d'évitement placentaire (d'après Ward):

En cas de placenta praevia antérieur avec indication de naissance par césarienne Ward a décrit en 2003 une technique de césarienne avec évitement de placenta tout en réalisant une hystérotomie transversale au niveau de segment inférieur: réparation échographie préalable à l'incision et nécessaire pour réalisation d'une hystérotomie prudente du segment antérieur jusqu'à la plaque basal de placenta afin de créer avec l'index un plan de clivage entre le placenta et l'utérus de manière à pouvoir remonter avec la main jusqu'aux membranes et réaliser l'amniotomie au-dessus du bord supérieure de placenta permettant l'extraction fœtal.

[9]



Hystérotomie segmentaire transversale avec évitement placentaire.

B-4- Anesthésie et réanimation :

La technique d'anesthésie dépend de contexte programmé ou urgent de la césarienne.

Classiquement si la césarienne intervient en cours de travail en urgence, l'analgésie péridurale déjà installé et fonctionnant correctement (dans cette situation, elle est fortement conseillé) est étendu et utilisée pour l'anesthésie chirurgicale puis l'analgésie postopératoire.

En cas de césarienne programmée, ce sont la rachianesthésie ou l'anesthésie générale qui sont utilisés , avec une mini-controverse persistant dans la littérature comme dans les différentes équipes d'anesthésie obstétricale.

En effet, il y a peu de temps encore, l'anesthésie générale était proposée systématiquement pour la réalisation d'une césarienne pour placenta prævia . Néanmoins, les indications de l'anesthésie locorégionale, principalement la rachianesthésie, se sont élargies progressivement pour la césarienne toute venant, comme pour faire réalisées pour placenta prævia [8]

C- Conduite à tenir:

C-1- pendant la grossesse:

***placenta prævia asymptomatique :**

- PP recouvrant asymptomatique :

Les recommandations françaises et anglo-saxonnes préconisent une naissance à partir de 38 SA sans dépassés 38 + 6 SA afin d'assurer le meilleur compromis entre les risques d'intervention en urgence en cas d'hémorragie important et les risques néonatal liés au terme et l'immaturité fœtal (notamment sur le plan pulmonaire) .en absence de suspicion d'accrétion placentaire, un accouchement par césarienne entre 38 SA et 39 + 0 SA en l'absence de mise en travail spontané avec une hospitalisation la veille de la césarienne programmée.

- PP non recouvrant asymptomatique:

En absence d'argument dans la littérature scientifique en faveur d'un déclenchement afin d'éviter un épisode hémorragique anténatal, laisser la patiente aller jusqu'à son terme pour favoriser la mise en travail spontané. Cette attitude est d'autant plus justifiée que la présence d'un utérus cicatriciel est plus fréquemment associée en cas de placenta prævia, situation où il est préférable d'éviter un déclenchement.

***placenta prævia symptomatique:**

- Prise en charge initiale:

Le traitement des placenta prævia symptomatique mais stable avec des pertes sanguines modérées ne mettant pas en jeu le pronostic maternel et fœtal est conservateur en cas d'âge gestationnel inférieur à 34 SA avec une prise en charge expectative qui associer

-Une hospitalisation : l'hospitalisation est systématique. Le but est de retarder l'accouchement jusqu'à l'obtention de la maturité fœtale, sans augmenter les risques maternels.

Une – voire deux – voie veineuse de bon calibre (16 à 18 g) doit être posée à la patiente, et un bilan sanguin d'urgence prélevé, comportant: bilan préopératoire, hémoculture, et Kleihauer à la recherche d'une éventuelle hémorragie fœto-maternelle. Une consultation d'anesthésie en urgence doit être réalisée, et Il faut s'assurer de la présence de culots globulaires disponibles[16,18]

-Le repos non stricte: même en l'absence d'épreuve scientifique il semble raisonnable de contre-indiquer les rapports sexuels vaginaux en cas de placenta prævia hémorragique lorsque le placenta prævia est recouvrant (qu'il soit symptomatique ou asymptomatique) les rapports sexuels vaginaux sont à éviter pour prévenir le risque d'hémorragie massive en cas de d'effraction placentaire.

-La surveillance : de la tolérance hémodynamique maternelle avec quantification des pertes sanguines et la tolérance fœtal que l'on objective à l'aide d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal à raison d'une à deux fois par jour.

- L'évaluation de la perte sanguine est difficile à reconnaître, c'est pourquoi il faut aussi apprécier l'état hémodynamique maternel et mesurer le pouls et la pression artérielle, en sachant reconnaître un état de choc à son début (manifesté par un pouls pincé, des sueurs, pâleur...) toutefois rarement présent [17]

Une échographie par voie endovaginale est à réaliser en urgence pour faire ou confirmer le diagnostic de placenta prævia [17,19,21], avant tout examen du col par toucher vaginal. En effet, ce geste, rarement Informatif, pourrait provoquer une hémorragie très grave (13% en cas de placenta recouvrant) [16,18]. C'est pourquoi, il ne doit être fait que si patiente semble en début de travail et que si le résultat de ce toucher peut laisser envisager la possibilité d'un accouchement voie basse, après le bilan initial et le début de la prise en charge effectués, voie veineuse posée et culots globulaires réceptionnés [17]. Le toucher vaginal est donc, entre autre, formellement contre-indiqué en cas de placenta recouvrant.

En pratique, l'activité cardiaque fœtale et la présentation sont rapidement vérifiées en même temps que la localisation placentaire aux urgences. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) est également fait dès l'arrivée de la patiente. En effet, des signes d'anoxie fœtale, pouvant évoquer une Importante spoliation sanguine maternelle, modifieraient la prise en charge [17]. Ce n'est qu'après quelques heures qu'une échographie fœtale complète sera réalisée en dehors d'un contexte d'urgence [20].

-Une tocolyse: Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [22], avant 34 SA une tocolyse courte de 48 heures est instituée pour tenter de stopper les saignements, cette tocolyse peut être effectuée jusqu'à 36 SA.

La tocolyse est associée à une prolongation de la grossesse et à une augmentation du poids de naissance, sans aggraver les saignements [46]. Il n'existe pas d'éléments convaincants pour justifier une tocolyse prolongée [39]. Les bêtas-mimétiques sont à éviter en première intention du fait d'effets secondaires cardiovasculaires pouvant aggraver l'état hémodynamique [39].

L'atosiban ou les Inhibiteurs calciques peuvent être utilisés, en rappelant toutefois que ces derniers n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché en traitement tocolytique

-Une supplémentation martiale et les transfusions maternelles ne sont indiquées qu'en cas de mauvaise tolérance à l'anémie associé généralement à un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g.

-une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtal avant 34 SA.

-Prévenir l'allo-immunisation fœto-maternelle anti-D en cas de patiente de rhésus négatif.

-En cas de rupture des membranes associés, il faut veiller à la mise en place d'une antibiothérapie prophylactique adapté.

- Le terme d'accouchement:

- PP recouvrant symptomatique:

Lorsque la situation peut être considérée comme "stable" en cas d'antécédent d'un épisode hémorragique stabilisé et non récidivant l'accouchement par césarienne aux alentours de 38 SA est recommandé. Lorsque la situation est symptomatique à partir de 36 SA, une césarienne programmée à partir de ce terme est à envisager. Dans les cas où le domicile de la patiente sera très éloignée de la structure hospitalière, une l'hospitalisation les jours précédents la date de la césarienne programmée peut être discuté afin de pouvoir assurer une prise en charge rapide en cas de saignement. [10,9]

- PP non recouvrant symptomatique :

Dans cette situation de placenta prævia non recouvrant symptomatique "stable" le terme d'accouchement est similaire à celui proposé en cas de placenta prævia recouvrant symptomatique.

Le déclenchement se fera en fonction des conditions locales, aux alentours de 38 SA en cas d'antécédent d'un épisode hémorragique stabilisé et non récidivant. Lorsque la situation est symptomatique à partir de 36 SA, une hospitalisation avec déclenchement du travail est à envisager en fonction des circonstances locales (touché vaginal prudent pour évaluer le score de Bishop) et des antécédents obstétricaux (accouchement par voie vaginale réussi, césarienne)

-Une extraction faetale en urgence par césarienne ne sera guidée que par l'existence d'une souffrance fœtale aiguë et/ou la persistance d'une hémorragie abondante avec retentissement maternelle malgré le traitement symptomatique.

C-2- pendant le travail :

Si le placenta est recouvrant et/ou l'hémorragie importante : césarienne

Si la présentation est dystocique la césarienne s'impose quelle que soit le type anatomique de PP.

Placenta prævia non recouvrant : si le fœtus est eutrophique et le bassin est perméable et la présentation est céphalique, et en cas de placenta prævia cliniquement stable : tenter un accouchement par rapport à base, rompre les membranes des qu'ils sont accessibles, de manière à ce que la tête fœtale comprime le placenta et interrompe le saignement.

Il y a, dans tous les cas où cela est possible, intérêt à réduire le taux de césarienne chez ses patientes présentant un placenta prævia, afin de lutter contre la récurrence et le risque d'accrétion placentaire lors des grossesses suivantes.

En cas d'impossibilité de recours chirurgical rapide, deux méthodes exceptionnelles sont à retenir : en cas de PP recouvrant, si le fœtus est mort, tenter, à dilatation complète, une délivrance manuelle, en pratiquant un clivage avec le bord cubital de la main, puis accouchement du fœtus mort avec Ventouse si nécessaire.

Indication ou renforcement de travail par l'ocytocine, pour permettre une dilatation de col, donc un accès aux membres. [12,9,11]

C-3- Au moment de la délivrance :

Le décollement de placenta est habituellement retardé car il est inséré sur le segment inférieur, dont la contraction est mauvaise, donc il faut faire la délivrance artificielle associée à la révision utérine d'urgence

Laparotomie s'avère nécessaire en cas de rupture utérine ou de placenta accreta total. Lorsque la délivrance est suivie d'hémorragie, il faut procéder à une révision utérine qui peut ramener un cotylédon ou un fragment de placenta accreta partiel et puis vérifier l'intégrité de l'utérus.

La persistance des saignements peut être due à deux causes principales:

- Une déchirure de partie molle (vagin, col) nécessitant un examen attentif au spéculum ou valves et une suture minutieuse sera faite.
- Une atonie qui sera combattue par un passage intraveineux continu d'ocytocine. [7]

Les agents utéro toniques peuvent aider à réduire la perte de sang due à la relative atonie du segment inférieur. L'embolisation des artères utérines est parfois utile, et des mesures supplémentaires telles que la ligature des artères utérines, voire l'hystérectomie, doivent être considérées si besoin [21]

C-4- Dans le post-partum :

● C'est la prise en charge des hémorragies de post-partum qui passe par :

- Une surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent l'accouchement : globe utérin, pertes sanguines, fréquence cardiaque et tension artérielle.
- Identifier la cause du saignement, assurer la vacuité urinaire.
- Administration d'ocytociques de façon systématique : l'ocytocine est préconisée de première intention en cas de survenue d'une hémorragie du

post-partum : 5 a 10 UI en intraveineuse lente suivie d'une perfusion

d'entretien : 5 à 10 UI/heure pendant 2 heures

- Si hémorragie de post-partum résistante aux premières mesures :
- Traitement pharmacologique de l'atonie utérine par sulprostone (Nalador) : qui est un analogue de synthèse de la PGE2, est devenu le traitement de référence de l'atonie utérine résistant à l'ocytocine.
- Si hémorragie grave de post-partum résistante au sulprostone : c'est la chirurgie conservatrice d'hémostase par compression et cloisonnement utérine ou par ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro ovarienne.

-Si après la ligature, le saignement persiste et met le pronostic vital en danger, procéder à une hystérectomie subtotale.

- Une anémie persistant peut être traitée par l'administration d'érythropoïétine associée à un traitement martial en complément de transfusions.
- La prescription d'antibiotiques apparaît indispensable, singulièrement après la rupture prématurée des membranes, la délivrance artificielle et la césarienne.
- Les complications se thromboemboliques sont à redouter chez les femmes qui ont présenté des hémorragies abondantes et qui ont subi une hystérotomie.
- Le lever précoce, la kinésithérapie aux lit, la surveillance quotidienne des courbes de pouls et de température sont complétées par une héparinothérapie préventive [14,7]

C-5- prise en charge de nouveau-né :

Première soins au nouveau-né :

Soins de base :

- Clamper le cordon avec 2 pinces kocher à 10 cm de l'ombilic et couper entre les 2 pinces(utilisées des ciseaux stériles, distingue de ceux utilisés pour une éventuelle et épisiotomie).
- Évaluer immédiatement et rapidement l'état initial de l'enfant afin de mettre en route les manœuvres de réanimation si nécessaire
- Les signes (cri, respiration, coloration, tonus, fréquence cardiaque) doivent être évalués simultanément.

Schématiquement, deux situations peuvent se présenter :

- **L'enfant va bien :**

Il respire spontanément, crie, et tonique et réactive, devient rose rapidement, sa fréquence cardiaque est supérieur à 100/min.

Immédiatement :

- Sécher l'enfant avec un linge propre et sec, ne pas le baigner (risque d'hypothermie): l'enveloppe en linge propre et sec, le maintenir au chaud le corps de la mère, sinon dans une couverture.
- Lui ai dit car je les vois respiratoires en essayant le nez et la bouche. Il ne veut pas aspirer systématiquement le nez ou l'oropharynx (risque de bradycardie, de spasme laryngé) mais uniquement en cas d'encombrement manifesté.
- Un liquide amniotique teinté de méconium n'est pas une indication d'inspiration systématique si l'enfant respire bien et qu'il est tonique.
- Lier le cordon à 3 cm de l'ombilic avec un fil stérile (double ligature). Nettoyer l'ombilic avec une compresse stérile imbibée de chlorure de sodium stérile à 0,9 % séchées et protéger avec une compresse sèche.

Dans les deux premières heures :

- Peser l'enfant, prendre sa température, noter sur la feuille de surveillance.
- Nettoyez doucement les yeux avec une compresse stérile et du chlorure de sodium à 0,9 %.
- Appliquer de la phytominadione (vitamine K) en prévention de la maladie hémorragique de nouveau-né: soit 1 mg dose unique on IM dans la cuisse, soit 2 mg par voie orale. En cas d'administration orale, il est nécessaire de donner une 2^{ème} dose de 2 mg 4 à 7 jours après la naissance, puis, si l'enfant est allaité, une 3^{ème} dose de 2 mg 4 semaines après la naissance. Le traitement oral n'est efficace que si la totalité des doses est administrée.

Utiliser systématiquement la voie IM

- En cas de prématurité ou petit poids de naissance.
- Si la mère est traitée par un inducteur enzymatique (Réfampicine, Phénobarbital, Phénytoïne, Carbamazépine)
- C'est tous les nouveau-nés si l'observance le traitement oral ne peut être garantie.
- Le maître au sein possible, au cours de la première heure.

Avant la sortie :

Administrer les premiers vaccins (polio O, BCG, hépatite B)

- **L'enfant ne va pas bien :**

Il respire lentement ou difficilement ou gaspe ou est en apnée, il est hypotonique ou flasque, cyanosé ou pale ou fréquence cardiaque et inférieur à 100 par minute.

- Maintenir l'enfant au chaud

Le sécher et l'envelopper rapidement dans un linge propre et sec (l'hypothermie compromet la réanimation)

- Positionner l'enfant :

Le poser sur le dos, tête en position neutre, éviter la flexion et l'hyper extension de cou car elle favorise l'obstruction des voies aériennes.

- Désobstruer les voies respiratoires en essayant le nez et la bouche: aspirer doucement la bouche et les narines si l'enfant est encombré.

Un liquide amniotique teinté de méconium et une indication d'aspiration systématique lorsqu'un enfant respire mal et qu'il est hypotonique.

Ne pas aspirer trop profondément ni trop lentement (risque de bradycardie et/ou une apnée: pour le nez; 1 cm maximum dans chaque narine, pour la bouche, 5 cm maximum à partir des lèvres, pendant 5 secondes maximum.

En cas de liquide amniotique teinté de méconium aspiré jusque dans la trachée. S'aider de laryngoscope uniquement si la technique d'utilisation est bien maîtrisée.

De locataire contraire, il est préférable d'aspirer sans laryngoscope.

- Stimuler l'enfant:

Lui frotter doucement la plante des pieds et le dos (ne pas le secouer, le gifler, le prendre par les pieds). La stimulation tactile peut déclencher des inspirations spontanées.

Si une ventilation efficace se déclenche dans les 30 secondes et que l'enfant récupère, effectuer les soins de base.

Si une ventilation efficace ne se déclenche pas dans les 30 secondes: arrêter la stimulation l'enfant à besoin d'une ventilation assistée, voir réanimation de nouveau-né. [12]

Chapitre 9 :

Évolution

A-Sans traitement :

En absence d'intervention médicale, le placenta prævia est greffé d'une mortalité maternelle de 25% et d'une mortalité fœtale de 90%

B-Avec traitement :

Pendant la grossesse :

Les hémorragies ont tendance à se répéter, cela malgré l'hospitalisation et le repos .celles qui sont rapprochées et modérées ont un retentissement sur l'état général de la mère. La rupture prématurée des membranes n'est pas rare, elle a une influence favorable sur l'hémorragie en supprimant une cause. Le tiraillement des membranes, mais elle conduit souvent à l'accouchement prématuré

Pendant le travail :

Lorsque le placenta n'est pas central, la rupture spontanée précoce des membranes est une éventualité heureuse après laquelle l'hémorragie s'arrête souvent. Mais elle peut être la cause de procidence et de la chorioamniotite. L'abondance et la brutalité de l'hémorragie dans les insertions recouvrant peuvent entraîner le collapsus et le choc. Il existe même des hémorragies cataclysmiques, coïncidant également avec début du travail, qui entraînent la mort.

La délivrance :

La délivrance est souvent facile, le placenta étant partiellement décollé. Mais ce décollement partiel reste la cause possible d'une nouvelle hémorragie qui, s'ajoutant aux précédents peut être redoutable. L'hémorragie peut même persister après la délivrance, la rétraction du segment inférieur étant imparfait.

Dans les suites des couches :

Peut-être compliquées par les thrombophlébites surtout pelviennes, enfin ces femmes qui ont saigné restent plus longtemps fatiguées ; la lactation s'établit moins bien, le retour de couches est plus long à venir.[6]

Partie Pratique



Chapitre 01 :

Objectifs et méthodologie

I. Les objectifs

- Faire une étude épidémio-clinique du placenta prævia.
- Déterminer la prévalence de la PP
- Identifier quelques facteurs de risque de la PP, ainsi que ces étiologies.
- Décrire les tableaux cliniques du placenta prævia
- Évaluer le pronostic materno-foetal au cours du placenta prævia
- Définir la conduite à tenir devant un placenta prævia

II. Méthodologie :

1- Le type et la population de l'étude :

Il s'agit d'une étude statistique descriptive d'une série de :

54 patientes qui ayant été hospitalisées durant une période d'une année du janvier 2022 jusqu'à décembre 2023.

2- la durée de l'étude : 2022-2023

3- Le lieu :

Notre étude a été effectuée au sein du service de gynécologie obstétrique de l'EHS Tlemcen.

4-La population :

Les patientes incluses durant cette étude :

Les patientes hospitalisées à la maternité de l'établissement hospitalière pour la prise en charge de placenta prævia.

5-Les variables analysées :

Afin d'exploiter au maximum les données, les informations suivantes ont été relevées pour chaque dossier :

- L'âge de la patiente.
- L'âge gestationnelle.
- La gestité.
- La parité.
- Le nombre d'antécédents d'avortement.

- Le nombre d'antécédents de césarienne.
- Signes cliniques.
- Classification échographique.
- Les étiologies.
- Le mode d'accouchement.

6- la collecte des données

Une autorisation préalable du responsable de la maternité de l'EHS Tlemcen a été obtenue pour permettre de mener notre étude, le bureau des archives a été visité quotidiennement afin de consulter les dossiers et de remplir la fiche d'exploitation.

- **Le calcul de la prévalence**

Le calcul de la prévalence a été basé sur la formule suivante : le nombre des patientes ayant présenté une PP durant la période de l'étude rapportée au nombre total des patientes hospitalisées durant cette période au service.

- **L'étude des cas de PP recueillis**

Une étude statistique descriptive durant 2 ans, dont les cas d'PP qui sont classés par groupe ont été répartis en fonction de l'âge, de la parité, l'âge gestationnel, mode de l'accouchement et les étiologies de l'PP.

Chapitre 2 : Résultats

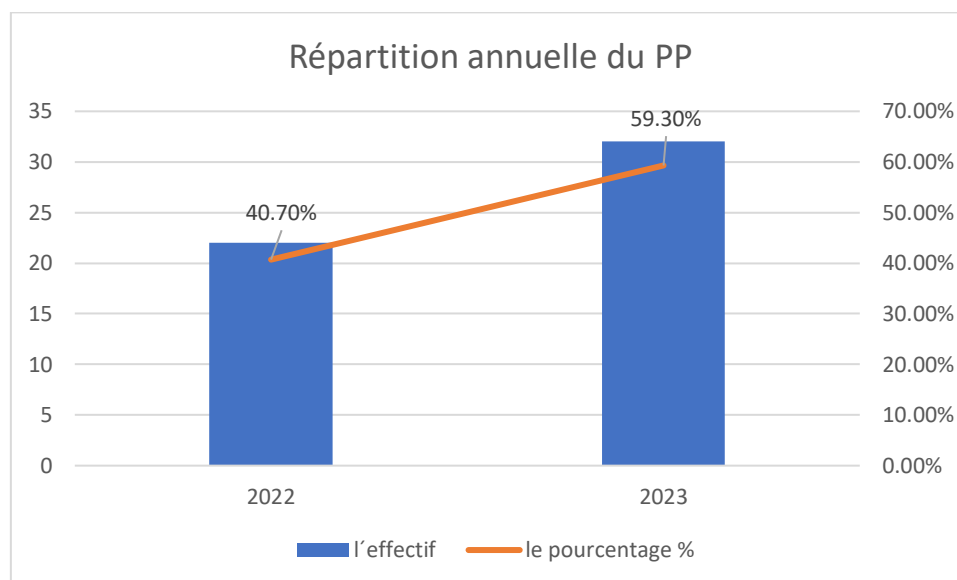
1. La prévalence :

Au cours de notre étude (02 ans), nous avons colligé 54 cas de PP, sur 10 650 patientes admises au niveau du service de gynécologie obstétrique De l'EHS Mère et Enfant Tlemcen durant la période (du 01 janvier 2022 jusqu'à 31 décembre 2023), soit une prévalence de 0,005 %.

2. Répartition du PP annuelle :

L'année	L'effectif	Le pourcentage %
2022	22	40,7%
2023	32	59,3%
Total	54	100

Tableau 1 : Pourcentages des répartitions annuelles du PP.



Selon le tableau et les barres : on observe qu'il y a une nette augmentation de la prévalence du PP du 2022 au 2023 par un pourcentage estimé à 18.6%.

2. Étude statistique des cas de PP durant 2 ans :

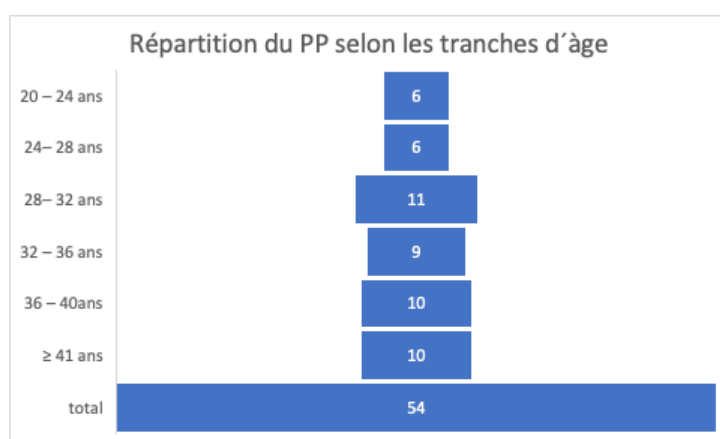
Les Caractéristiques des patientes :

2.1. L'âge

La moyenne d'âge de nos patientes est de 33 ans, l'écart-type est de ± 8 .

	Nombre de patients	pourcentage
≤ 20 ans	2	3,7%
20 – 24 ans	6	11,11%
24– 28 ans	6	11,11%
28– 32 ans	11	20,37%
32 – 36 ans	9	16,67%
36 – 40ans	10	18,52%
≥ 41 ans	10	18,52%
Total	54	100

Tableau 2 : Le pourcentage des tranches d'âge des patientes qui ont présenté une PP



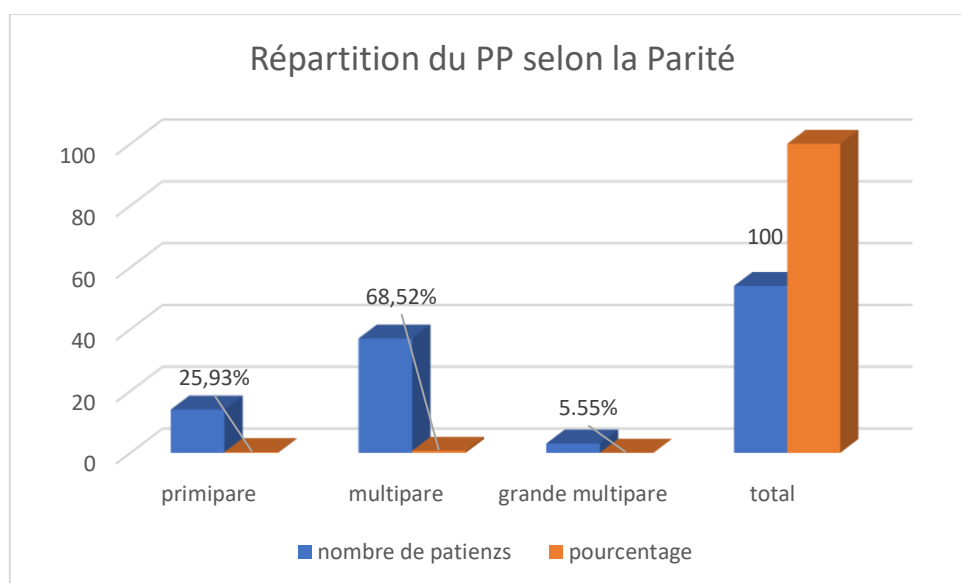
Selon le tableau et le graphique : chez les patientes qui ont présenté une PP, Le pourcentage le plus important été remarqué chez les patientes ayant un âge compris entre 28 et 32 ans est de 20,37 % alors qu'il est de 18,52 % chez les patientes dont l'âge compris entre 36 et 40 ans

ainsi que les femmes ayant un âge > 41ans. Les patientes d'âge compris entre 32 et 36 ans 16,67 %. Une baisse remarquable retrouvée dans la classe d'âge compris entre 20 et 28 ans, et d'âge < 20 ans avec un pourcentage de 3,7%.

2.2. La Parité

	Nombre de patientes	pourcentage
Primipare	14	25,93 %
Multipare	37	68,52 %
Grande multipare	3	5,55 %
Total	54	100 %

Tableau 3 : Le pourcentage des tranches de parité chez les patientes qui ont présenté une PP.

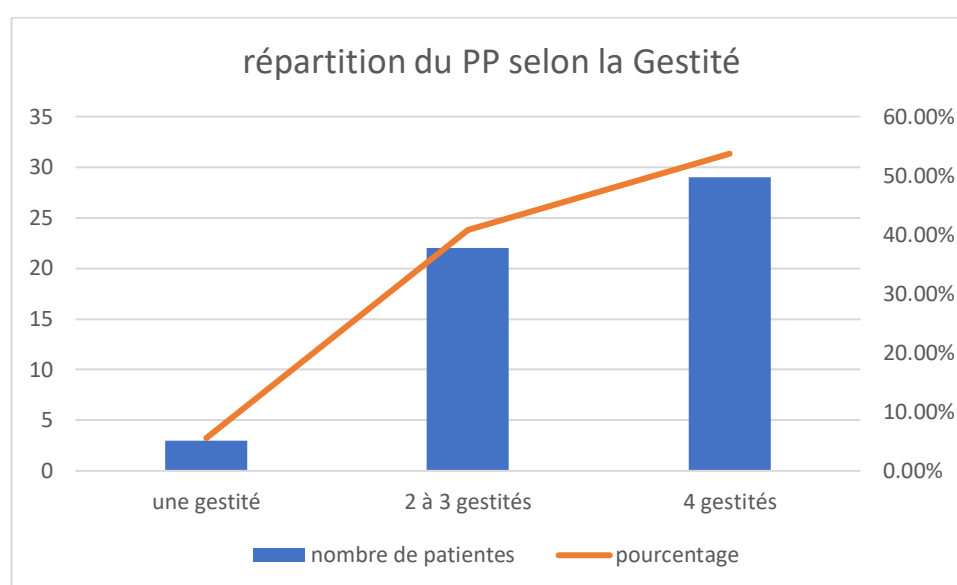


D'après le tableau et l'histogramme : les multipares étaient les plus touchées par le PP avec un pourcentage de 68.52% .Suivi par les primipares en deuxième classe 25.93 %. Les grandes multipares sont les moins présentées avec un pourcentage de 5.55%.

2.3. La gestité :

	Nombre de patientes	pourcentage
Une gestité	3	5.55%
2 à 3 gestité	22	40.74%
4 gestité et plus	29	53.70 %
Total	54	100%

Tableau 4 : Le pourcentage des tranches de gestité chez les patientes qui ont présenté une PP.

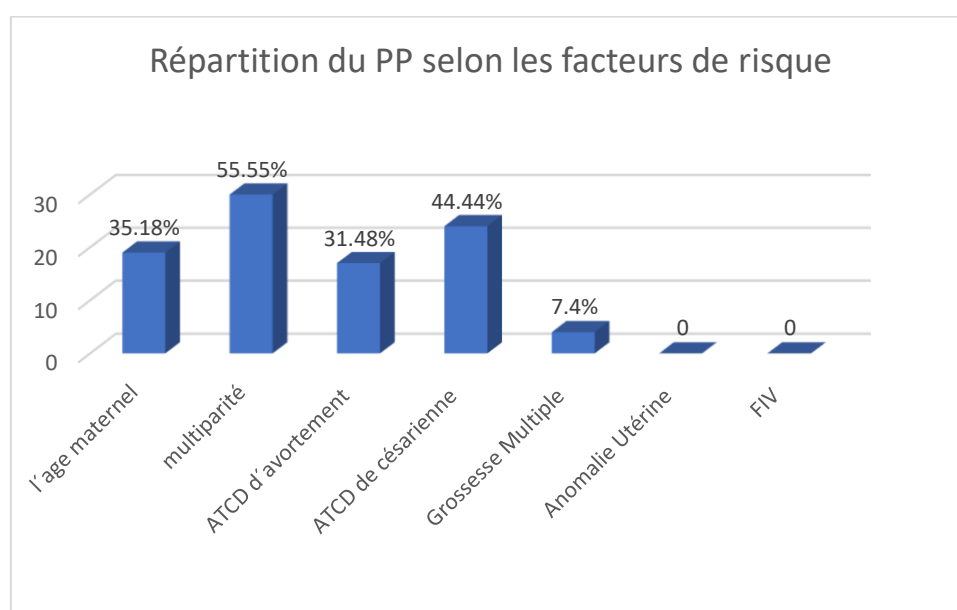


D'après le tableau et le graphique les femmes avec > 4 gestité étaient les plus touchées par le PP avec un pourcentage de 53,7 % .Suivi par 2 – 4 gestité en deuxième classe 40,74 %. Les patientes qui ont une gestité sont les moins présentées avec un pourcentage de 5.55 %.

2.3. Facteurs de risques :

Facteur de risque	Nombre de cas	Pourcentage
L'âge maternel > 35 ans	19	35.18 %
Multiparité	30	55,55 %
ATCD d'avortement	17	31,48 %
ATCD de césarienne	24	44,44 %
Grossesse multiple	4	7,40 %
Anomalie utérine	0	0 %
FIV	0	0 %

Tableau 5 : Pourcentages des différents facteurs de risque pour la PP.



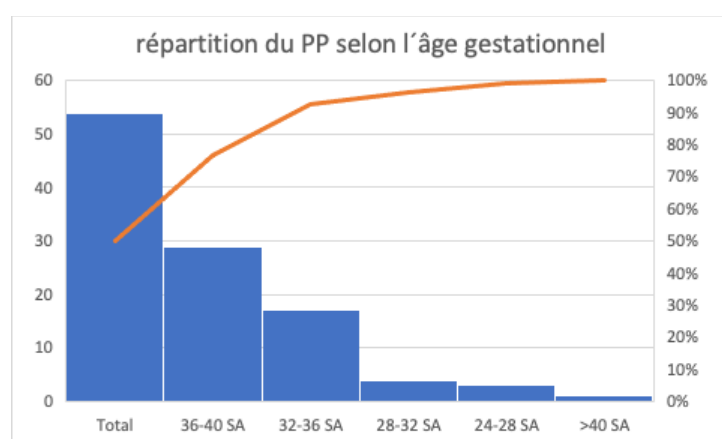
D'après le tableau et l'histogramme : le facteur de risque le plus impliqué par une PP c'est la multiparité avec un pourcentage de 55.55%, suivi par les antécédents de césarienne en deuxième classe 44.44 %. En troisième place survient l'âge quand c'est supérieur à 35 ans avec une incidence de 35.18 %, puis les femmes qui ont des antécédents d'avortements avec une incidence de 31.48% ; et en dernier c'est les grossesses multiples qui n'intervient que dans 7.4% des cas.

Alors que les anomalies utérines et les FIV n'ont pas apporté une modification de l'incidence du PP chez ces patientes.

2.4. L'âge gestationnel :

L'âge gestationnel	L'effectif	Pourcentage %
24-28 SA	3	5.55 %
28-32 SA	4	7.40 %
32-36 SA	17	31.48 %
36-40 SA	29	53.72 %
>40 SA	1	1.85 %
Total	54	100 %

Tableau 6 : Pourcentage des âges gestationnelles atteints chez les patientes qui ont présenté une PP.



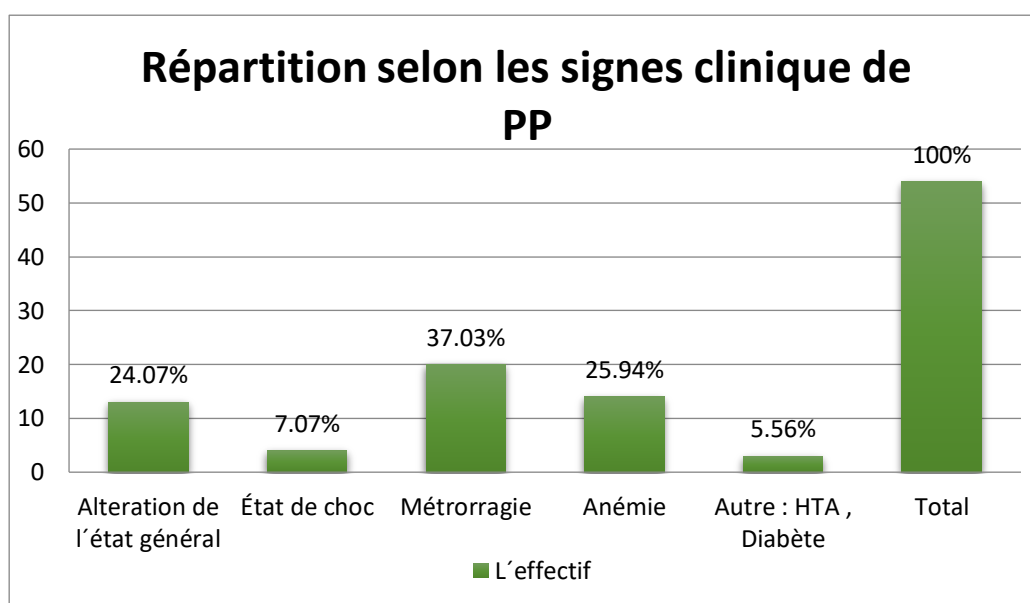
Selon le tableau et les barres : chez les patientes qui ont présenté une PP, Le pourcentage des grossesses menés à terme est de 53.72% alors qu'il a 31,48 % d'accouchement prématuré 32 à 36 SA chez ces patientes ; et une grande prématurité de 28 à 32 SA, et de 14 à 28 SA avec des pourcentages de 7.4 % et 5.55% respectivement. Alors qu'il y a 1.85% d'accouchement avec un dépassement de terme et un âge gestationnelle > 40 SA.

3. Étude Clinique :

3.1. Signes fonctionnels du PP :

Signes fonctionnels	L'effectif	Pourcentage %
Altération de l'état général	13	24.07 %
État de choc	4	7.40%
Métrorragie	20	37.03%
Anémie	14	25.94 %
Autre : HTA, Diabète	3	5.56 %
Total	54	100 %

Tableau 7 : Pourcentages des différents signes cliniques chez les patientes ayant une PP.

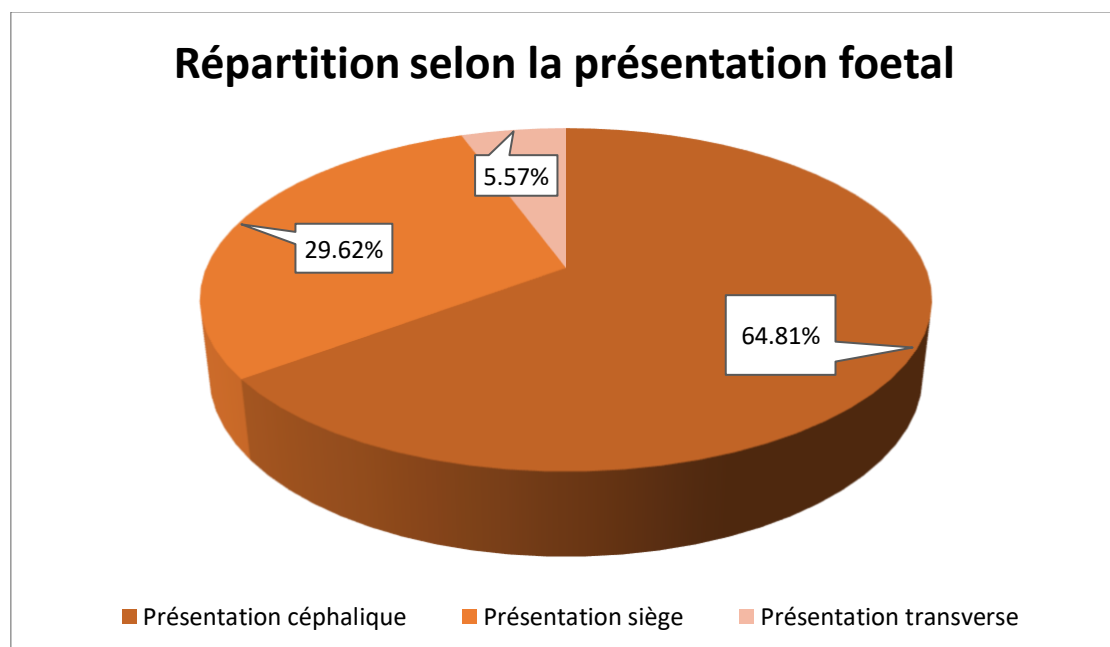


D'après le tableau et le graphique : Les hémorragies représentent le maître symptôme du PP avec un pourcentage de 37.03%, les anémies surviennent en deuxième position dans 25.94% des cas, ensuite des états général altéré dans 24.07% des cas. Ces patientes peuvent présenter des états de choc dans 7.07% des cas et une HTA ou un diabète avec un pourcentage de 5.56%.

3.3. Présentation fœtale au moment de la naissance :

Signes cliniques	L'effectif	Le pourcentage %
Présentation céphalique	35	64.81%
Présentation siège	16	29.62%
Présentation transverse	3	5.57%

Tableau 8 : Pourcentages des présentations en cas de PP.

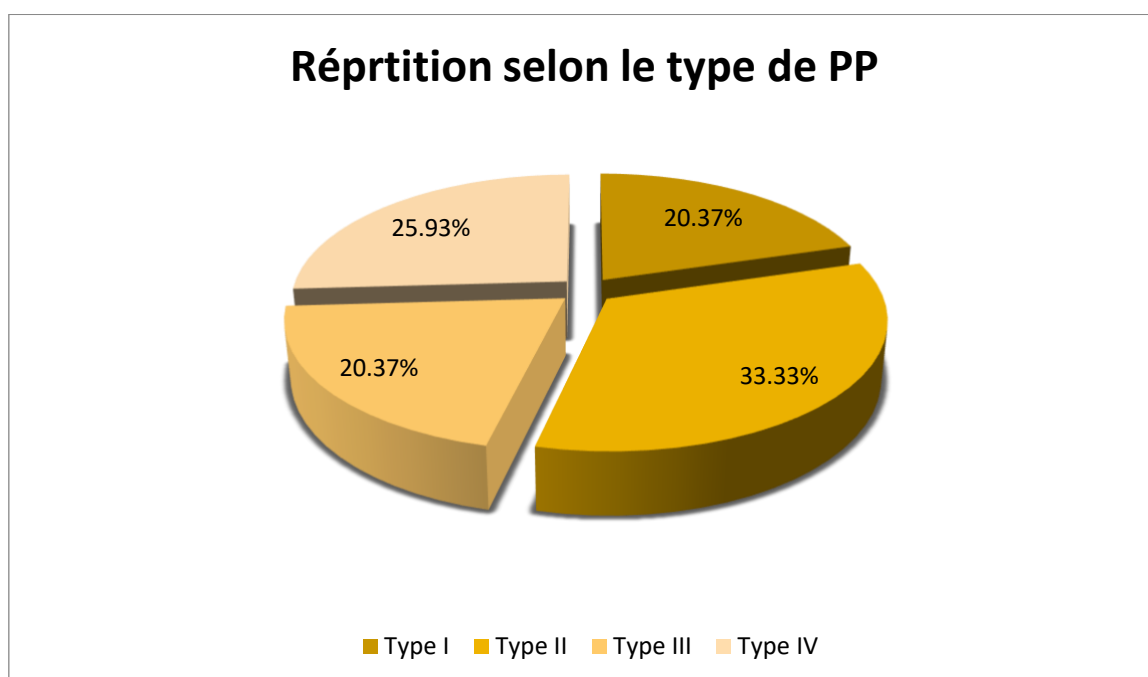


Selon le tableau et le secteur : on constate que dans 64.81 % la présentation est céphalique, et de siège dans 29.62%, alors que les présentations transverses représentent 5.57%

3.4. Classification échographique du PP :

Type du PP	L'effectif	Le pourcentage %
Type I	11	20.37%
Type II	18	33.33%
Type III	11	20.37%
Type IV	14	25.93%
Total	54	100%

Tableau 9 : Pourcentages des types par classifications échographiques du PP.

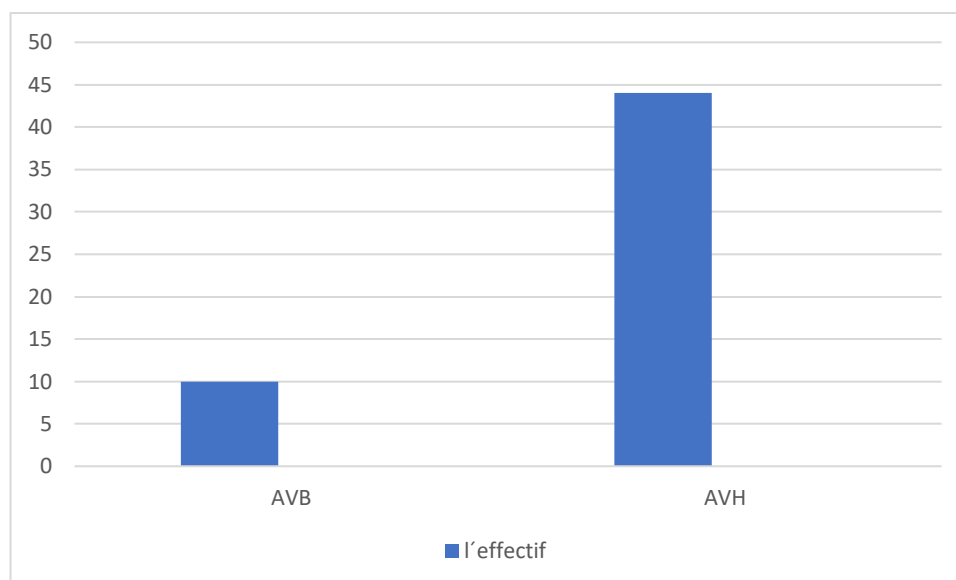


Selon le tableau et le graphe : la classification échographique la plus fréquente est la PP type II avec un pourcentage de 33.33%, puis vient le type I et III en 2eme position avec le même pourcentage 20.37% ; et en dernier le type IV qui représente 25.93% des cas.

3.5.Mode d'accouchement en fonction du type de PP :

Mode d'accouchement	L'effectif	Le pourcentage %
AVB	10	18.51%
AVH	44	81.49%
Total	54	100%

Tableau 10 : Pourcentages des modes d'accouchement en cas de PP.

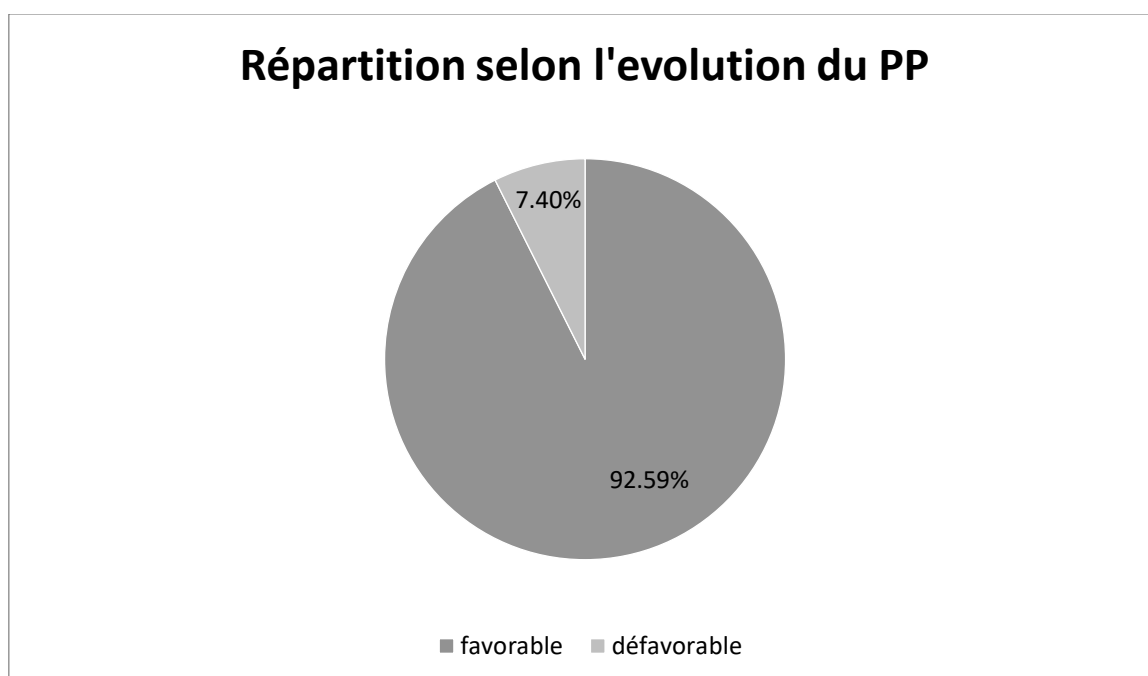


Selon le tableau et l'histogramme : 81.49% des accouchements étaient par voie haute alors que sauf 18.51% était par vois basse.

3.6. L'évolution du PP :

Évolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	50	92.60%
Défavorable	4	7.40%

Tableau 11 : Pourcentage d'évolution du PP



Selon le tableau et le secteur : on constate que l'évolution est favorable dans 92.60 % des cas, et dans 7.40% des cas elle est défavorable.

Chapitre 3 : Discussion et commentaires

Selon l'étude qu'on a fait au niveau du service de gynécologie obstétrique EHS Mère et Enfant Tlemcen sur les patientes hospitalisés pour la prise en charge du placenta prævia durant la période étalée du 01 janvier 2022 jusqu'au 31 décembre 2023, on a constaté les résultats suivant selon les différents caractéristiques :

1. La prévalence :

Dans notre population on a 22 patientes hospitalisés pour le motif de PP sur un total de 4268 pendant l'année 2022 soit une prévalence de 0.51 %, et 32 patientes sur 6382 pendant l'année 2023 soit une prévalence de 0.50 %.

Par conséquent, la prévalence n'a pas marquer un grand changement, alors qu'il y a une augmentation de la répartition annuelle avec un pourcentage de 18.6%.

2. L'âge :

La PP atteint surtout les femmes âgées de 28 à 32 ans puis par ordre décroissant les femmes âgées de 36 à 40 ans, femmes ayant un âge > 41ans puis les femmes d'âge compris entre 32 et 36 ans ; et une très faible incidence dans la classe d'âge compris entre 20 et 28 ans, et d'âge < 20 ans.

- < 20 ans : 2 cas soit 3.7 %
- De 20-24 ans : 6 cas soit 11.11 %
- De 24-28 ans : 6 cas soit 11.11 %
- De 28-32 ans : 11 cas soit 20.37 %
- De 32-36 ans : 9 cas soit 16.67 %
- De 36-40 ans : 10 cas soit 18.52 %
- > 41ans : 10 cas soit 18.52 %

Dans notre population l'âge moyen des femme et de 30 ans

Ceci s'explique par le fait que notre population est jeune dans son ensemble.

A travers ces résultats nous constatons que le PP peut survenir à tous les âges de l'activité génitale de la femme, Cependant la plupart des études à travers le monde trouve que l'âge avancé de la femme est un facteur favorisant la survenue du PP .

3. La parité :

Nous avons constaté que les grandes multipares et les multipares sont les plus touchées que les primipares et les nullipares.

L'association multipare et PP a été prouvée par plusieurs auteurs. Ainsi les statistiques ont rapporté que les multipares sont trois fois plus concernées que les primipares par rapport au PP.

Dans notre étude le PP touche dans les deux tiers des multipares avec un pourcentage de 68.53 % , suivi par les primipares en deuxième classe dont l'incidence est de 25.93 % et en dernier les grandes multipares sont les moins touchées avec une incidence de 5.55%.

4. La gestité :

Selon cette étude on a remarqué que l'incidence du PP augmente avec les nombres de gestités

5. Les facteurs de risques :

Les facteurs de risque les plus impliqués dans la prévalence du PP par ordre croissant sont :

- Les grossesses multiples.
- Les antécédents d'avortements.
- L'âge supérieur à 35 ans.
- Les antécédents de césarienne.
- La multiparité.

Alors que les anomalies utérines et les FIV n'ont pas apporté une modification de l'incidence du PP chez les femmes.

6. Le terme :

Presque la moitié des grossesses sur PP sont menées à terme, le un tiers des patientes qui ont PP ont un accouchement prématuré de 32 à 36 semaines et 7.4 % ont une grande prématurité alors que 5.55% présentent un avortement tardif sur PP ; et un très faible pourcentage de dépassement de terme.

Dans notre étude le terme de PP était reparti comme suit :

- De 24-28 SA : 3 cas soit 5.55 %
- De 28-32 SA : 4 cas soit 7.40 %
- De 32-36 SA : 17 cas soit 31.48 %
- De 36-40 SA : 29 cas soit 53.72 %
- >40 SA : 1 cas soit 1.85 %

7. les antécédents :

- Antécédents d'avortement :

On a enregistré 17 cas soit 31.48 %,et donc les antécédents d'avortements sont incriminés dans les facteurs de risque de placenta prævia surtout la notion de curetage.

- Antécédents de césarienne :

Nous avons enregistré 24 cas soit 44.44 % d'antécédents de césarienne. Cette association PP et antécédent de césarienne s'expliquerait par le fait que la cicatrice utérine laissée par la césarienne, s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin. On note une différence statistiquement significative entre les femmes présentant des antécédents de césarienne et celles sans césarienne antérieure concernant l'avènement du PP.

Plusieurs statistiques à travers le monde confirment que les femmes avec un ou plusieurs antécédents de césarienne courent 2 fois plus de risque de faire le PP que celles sans césarienne antérieure.

- Grossesse gémellaire :

Dans notre série la grossesse gémellaire a été recensée chez 04 de nos patientes soit 7.40 %. Ce taux n'apporte pas d'explication dans la relation entre le PP et la grossesse gémellaire, du fait de la rareté de cet événement.

Certains auteurs ont trouvé que la grossesse gémellaire multiplie le risque de PP par deux.

NB : Nous n'avons enregistré aucun cas de malformation utérine ni aucun antécédent de FIV.

8. Les symptômes :

Les signes cliniques qui peuvent survenir au cours du PP sont les suivants par ordre décroissant : **Les hémorragies , les anémies , Altération de l'état générale , États de choc , l'HTA , le diabète.**

L'état général peut varier selon le degré de l'hémorragie. 13 de nos patientes soit 24.07 % avaient un état général altéré à l'entrée, et 7.4 % de patientes ont fait un état de choc. Ceci s'explique par le fait que toutes celles qui viennent directement au service en cas d'hémorragie sont prises directement en charge en urgence.

L'altération de l'état général se voit souvent dans les cas d'hémorragie massive pouvant entraîner le décès maternel et/ou fœtal. Nous avons enregistré également 20 cas de métrorragie soit 37.07 % et 14 cas d'anémie soit 25.94 % souvent secondaire à l'hémorragie.

9. La présentation :

La présentation est céphalique dans les deux tiers des cas de PP, et elle est de siège dans 29.62%, ainsi qu'un faible pourcentage pour les présentations transverses.

- 35 cas de présentations céphaliques soit 64.81 %
- 16 cas de présentations siège soit 29.62 %
- 3 cas de présentations transverses soit 5.57 %

10. La classification échographique :

La classification échographique la plus fréquente est la PP type II puis survient le type IV et en dernier les types I et III.

- 11 cas de PP type I soit 20.37 %
- 18 cas de PP type II soit 33.33 %
- 11 cas de PP type III soit 20.37%
- 14 cas de PP type IV soit 25.93%
-

10. Voie d'accouchement :

Les quatre cinquièmes des accouchements sont issues par voie haute tandis que juste le un cinquième était par voie basse.

11. L'évolution :

Selon notre étude l'évolution est favorable dans la majorité des cas.

Conclusion :

Cette étude descriptive rétrospective portant sur 54 parturientes ; on a trouvé que l'incidence du placenta prævia est de 0.5 %

L'âge moyen de nos parturientes étudiées est de 33 ans ; la classe modale est de [28ans _32 ans] La classe médiane est [32 ans _ 36 ans]

La multiparité était retrouvée dans 55,55% des cas de PP , l'âge supérieur à 35 ans était retrouvé dans 35,18% .

Les facteurs étiologiques retrouvés sont : l'âge , la parité , les antécédents (de césarienne, d'avortement) .

37 % des parturientes avaient des métrorragies au cours de leur grossesse

25,93% des parturientes avaient un placenta recouvrant et présentaient un placenta non recouvrant

-Durant notre étude le pronostic maternel est faible .

-la césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 81,49% contre par voie basse 18,51% .

Bibliographie :

- [1] Boog G, 1996, Placenta prævia, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Obstétrique, Elsevier, 5-069-A-10
- [2] Elaine Marieb ; Katja Hoehn(2018). «le système génital » (chap.27), dans *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 11^{ème} édition américaine,Éditeur : Pearson, p. 1228-1229
- [3] https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2055.pdf
- [4] Merger R, Lévy J, Melchior J, 2001, Précis d'obstétrique, Pathologie des annexes du fœtus, 6^e édition, Masson p261-266
- [5] Cabrol D, Pons J-C, Goffinet F, 2003, Traité d'obstétrique, Placenta prævia, Flammarion Médecine, p922-926
- [6] Merger Robert, Levy Jaen, Melchior J, précise de stress d'obstétrique, 6^e édition, paris : masson, 2001, 585p
- [7] HoubecheHanane ,tiahSoumia, Yazid H, thèse de médecine. Université Abou Baker Belkaid; 2012-2013,54p
- [8] RackelboomT,Tsatsaris V, Silvera S, VignauxO,GoffinetF,Mignon A, anomalie d'insert sur place intervrigule prise en charge par l'anesthésiste réanimateur, Université Paris Descartes,2011, 527-538p
- [9] Madar H, Brun S, CoatlevenF,ChabanIer P, GomerH,Nithart A, et al plecenta praevia ,EMC-Obstétrique 2016,11
- [10] Guyot B, virus d'Immunodéficiencie humain et gynécologie, EMC 2007
- [11] blandine C, xavier C, ENC Gynécologie obstétrique.Paris:Edition VG,2004,326 p
- [12] CoutineAnne-Sophi, Grouzard V, Myriam H, Tonia M. Obstétrique en situation d'isolement ,collection médecine sans frontières. 3^e édition, 2007, 35-36
- [14] hémorragie grave au cours de la grossesse et de post-partume. Choc hémorragique.EMC obstétrique, 2008
- [15] placenta previa, Chu Béjaïa, 2012-2013
- [16] Boog G, 1996, Placenta praevia, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Obstétrique, Elsevier, 5-069-A-10

- [17] Cabrol D, Pons J-C, Goffinet F, 2003, Traité d'obstétrique, Placenta praevia, Flammarion Médecine, p922-926
- Oyelese Y, Smulian JC, 2006, [18] Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa: Review, Obstetrics and gynecology, 107(4) p927-41
- [19] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Oppenheimer L, 2007 Diagnosis and management of placenta previa, Journal of obstetrics and gynaecology Canada, 29(3) p261-73
- [20] Cabrol D, Goffinet F, 2009, Anomalies d'insertion placentaire, Protocoles cliniques en obstétrique Collection Abrégés de périnatalité, 3^e édition, Elsevier Masson Paris, p37-42
- [21] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2005, Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management, London (UK): RCOG, 12 p. Guideline no. 27
- [22] Haute Autorité de Santé (HAS), Bayoumeu F, Verspyck E, 2004, Prise en charge anténatale : la gestion du risque, Hémorragies du post-partum Immédiat, Recommandations pour la pratique clinique, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 33 (supplément 8), P4S17-4S28
- [23] Tuzovic L, 2006, Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome, International journal of gynaecology and obstetrics, 93(2) p110-7
- [24] Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoot D, Asrat T, 2003, Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome? American journal of perinatology, 20(7) p353-60
- [25] Love CD, Wallace EM, 1996, Pregnancies complicated by placenta praevia: what is appropriate management? British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 103(9) p864-7
- [26] Jouppila P, 1979, Vaginal bleeding in the last two trimesters of pregnancy. A clinical and ultrasonic study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 58(5) p461-7
- [27] <https://www.qare.fr/sante/maladies-femme-enceinte/placenta-praevia/>
- [28] <https://www.passeportsante.net/famille/grossesse?doc=placenta-praevia-risques-pendant-grossesse>
- [29] <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/complications-de-la-grossesse/placenta-pr%C3%A6via#:~:text=Le%20placenta%20pr%C3%A6via%20peut%20entra%C3%A9ner,fe mmes%20pr%C3%A9sentent%20%C3%A9galement%20des%20contractions.>
- [30] <https://jsago.org/index.php/jsago/article/download/6/6>
- [31] <http://www.malimedical.org/2009/57b.pdf>

[32] Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK, ,The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987, Am J Obstet Gynecol, 1993 168(5) 1424-9

[33] Commission des gynéco-obstétriciens. Diagnostic et prise en charge des placentas prævia et accreta. Réseau sécurité naissance naitre ensemble pays de loire

ملخص :

- المشيمة المنزاحة هي انغراس المشيمة في فتحة عنق الرحم الداخلية أو بالقرب منها، وتظهر عادةً على شكل نزيف مهبل غير مؤلم ابتداءً من 20 أسبوعًا من الحمل، وعادة ما يرتبط انفصال المشيمة بالألم وآلم في الرحم. ومع ذلك، التمايز السريري غالبًا ما يكون مستحيلًا.
- تعتبر المشيمة المنزاحة في الاعتبار عند جميع النساء اللاتي يعانين من نزيف مهبل بعد 20 أسبوعًا. بالنسبة لمعظم نوبات النزيف الأولى قبل الأسبوع 36، يوصى بدخول المستشفى وتعديل النشاط والامتناع عن ممارسة النشاط الجنسي.
- فكر في إعطاء الكورتيكوستيرويدات لتسريع نضج رئة الجنين عندما تصبح الولادة المبكرة ضرورية قبل 34 أسبوعًا أو إذا حدث نزيف بين 34 و 36 أسبوعًا في المرضى الذين لم يتلقوا الكورتيكوستيرويدات قبل 34 أسبوعًا
- عملية قيصرية؛ تتم الإشارة إلى الولادة عندما تكون الأم أو الجنين غير مستقر، أو إذا كانت الأم والجنين مستقرين، عند 36 أسبوعًا / 0 يومًا إلى 37 أسبوعًا / 6 أيام.

Résumé :

- Le placenta prævia est l'implantation du placenta sur ou à proximité de l'orifice interne du col, se manifeste généralement par des saignements vaginaux indolores après 20 semaines de gestation et le décollement placentaire est habituellement associé à des douleurs et à une sensibilité utérine; cependant, la différenciation clinique est souvent impossible.
- Le placenta prævia est évoqué chez toutes les femmes présentant des saignements vaginaux après 20 semaines. Pour la plupart des premiers épisodes de saignement avant la 36e semaine, recommander l'hospitalisation, une modification de l'activité et l'abstinence de l'activité sexuelle.
- Envisager d'administrer des corticostéroïdes afin d'accélérer la maturation pulmonaire fœtale lorsqu'un accouchement précoce peut devenir nécessaire avant 34 semaines ou si un saignement se produit entre 34 et 36 semaines chez les patientes qui n'ont pas reçu de corticostéroïdes avant 34 semaines.
- Césarienne; l'accouchement est indiqué lorsque la mère ou le fœtus sont instables ou, si la mère et le fœtus sont stables, à 36 semaines/0 jour à 37 semaines/6 jours.

Abstract :

- Placenta previa is the implantation of the placenta on or near the internal os of the cervix, usually manifests as painless vaginal bleeding after 20 weeks of gestation and placental abruption is usually associated with pain and uterine tenderness; however, clinical differentiation is often impossible.
- Placenta previa is considered in all women with vaginal bleeding after 20 weeks. For most first bleeding episodes before 36 weeks, recommend hospitalization, activity modification, and abstinence from sexual activity.
- Consider administering corticosteroids to accelerate fetal lung maturation when early delivery may become necessary before 34 weeks or if bleeding occurs between 34 and 36 weeks in patients who have not received corticosteroids before 34 weeks.
- Caesarean section; delivery is indicated when the mother or fetus is unstable or, if the mother and fetus are stable, at 36 weeks/0 days to 37 weeks/6 days.