

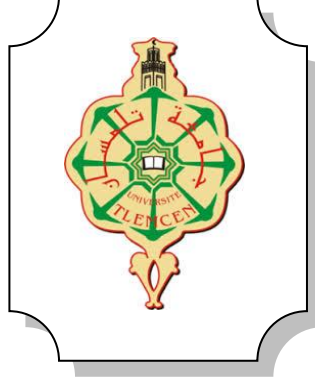
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

Université Abou-Bakr Blekaïd

Faculté de Médecine
Dr. B. BENZERDJEB – Tlemcen



وزارة التعليم العالي
والبحث العلمي

جامعة أبي بكر بلقايد

كلية الطب
د.ب. بن زرجب تلمسان-

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention
du diplôme de Docteur en Médecine

Thème :

LE PLACENTA PRAEVIA
Morbidité néonatale et maternelle
Capacité de dépistage d'un placenta accreta

Présenté par :

- ❖ Mr : salah baghdadi
- ❖ Mlle :bentalha amel
- ❖ Mlle :maassoum imene
- ❖ Mlle :dalaa imene
- ❖ Mlle :belaid ikram

Encadré par :

Pr : **OUALI MOUHAMED**

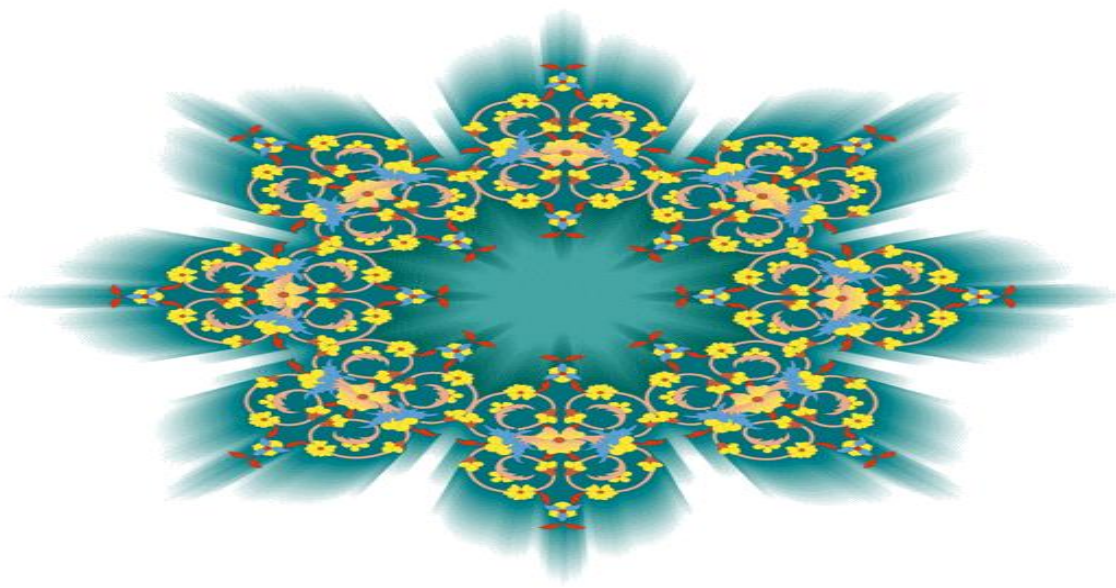
Année universitaire: 2017-2018

Remerciements

Nous remercions avant tout notre dieu qui nous éclairé le Chemin du savoir et qui nous à 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

A vous mes parents,

Rien n'aurait été possible sans vous,

Avec tous mon amour,

A mes frères et sœurs,

Tout simplement merci,

Pour vos gentillesse et vos conseils,

A tous mes familles ; oncles, tantes, cousins et cousines,

A tous mes amis,

Ainsi que tous les étudiants de la promotion **2017-2018**.

SOMMAIRE

Remerciements.....	-I-
Dédicace.....	-I-
Sommaire.....	-III-
Liste des figures.....	-IX-
Liste des tableaux.....	-X-
Liste des abréviations.....	-XI-
INTRODUCTION	15

Première partie : étude bibliographique

-I- Le placenta	16
-1- La placentation	16
-2- Rappels anatomiques	17
2.1. Anatomie macroscopique	17
2.2. Anatomie microscopique	17
-3- Les fonctions du placenta	17
-II- Définition du placenta prævia et diagnostic	20
-1- définition	20
1.1. Classification anatomique	20



SOMMAIRE

1.2. Classification échographique	21
-2- facteurs de risques	24
-3- phénomène de migration placentaire	26
-4- diagnostique	27
4.1. Clinique	27
4.2. Échographique	27
4.3. Anatomopathologique	28
-III- Formes compliquées des placentas praevia	28
-1- mécanisme des saignements	28
-2- placenta accreta, increta, percreta,	29
2.1. Définition	29
2.2. Facteurs de risques.....	30
2.3.1. Signes échographiques :.....	30
2.3.2. Signes au doppler couleur et pulsé	31
2.3.3. L'IRM	31

SOMMAIRE

-IV -Morbidity materno fœtale	31
-1- Morbidity et mortalité maternelle	31
-2- morbidity et mortalité foetale	32
-V- prise en charge.....	33
-1-Placenta praevia asymptotique	34
1.1. Pendant la grossesse	34
1.2. Mode d'accouchement :	34
-2- Placenta praevia symptotique	35
2.1. Prise en charge initiale	35
2.2. Traitement :	35
2.3. Modalités d'accouchement	35
-3- placenta accreta	36
3.1. Prise en charge initiale	36
3.2. Modalité d'accouchement	37



SOMMAIRE

Deuxième partie : étude expérimentale

-I -Matériel et méthode	38
-1- constitution de la population	38
-2- recueil de données	39
-3. L'analyse statistique du recueil des données	40
-II-Résultats :	41
-1- Renseignements généraux	42
1.1 Caractéristiques maternelles :	43
-2-Déroulement de la grossesse	44
-3- caractéristiques de l'accouchement	49
3.1 Accouchement voie basse	51
3.2 Accouchement par césarienne	52
3.3 analyse du taux d'hémoglobine et des plaquettes.	52

SOMMAIRE

-4- Caractéristiques néonatales :	53
4.1 Critères de souffrance foetale	53
4.2 Prise en charge des nouveau-nés	54
-5- le post partum	55
-6- placenta accreta	55
7.1. Suspicion de placenta accreta	56
7.2. Placentas accreta avérés	57
DISCUSSION	57
1. Limites et forces de l'étude	57
1.1 Les limites de l'étude	57
1.2 Forces de l'étude	57
2. analyse	58
2.1 Caractéristiques de la population étudiée	58
2.1.1 Age et antécédents	58
2.2 Concernant le déroulement de la grossesse	59

SOMMAIRE

2.2.1 Métrorragie pendant la grossesse	59
2.2.2 Autres complications	59
2.3 Concernant l'accouchement	60
2.4 Délivrance et post partum	60
2.4.1 Mortalité maternelle	61
2.5 Le nouveau-né	62
2.5.2 Morbidité néonatale	62
2.5.2 Mortalité néonatale	62
CONCLUSION	63
Références Bibliographique	64

TABLE DES ILLUSTRATIONS

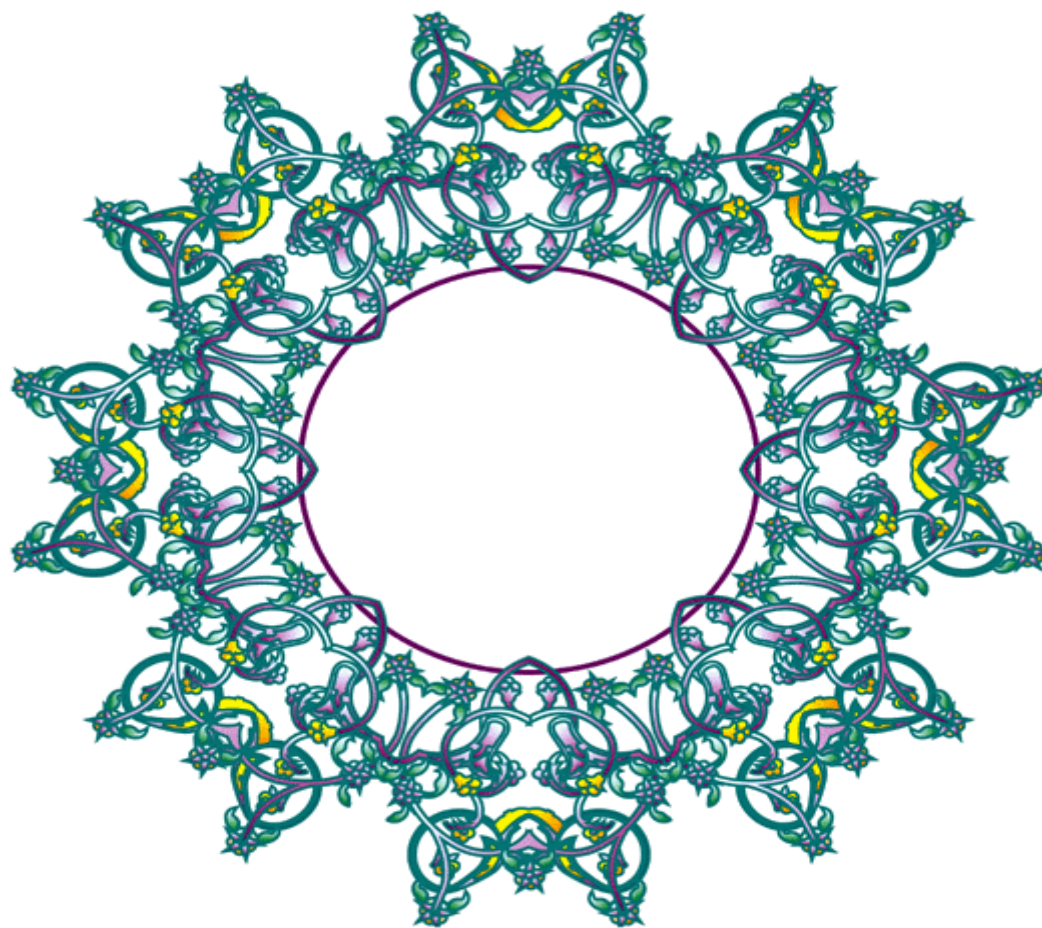


TABLE DES ILLUSTRATIONS



Figure 01 : Classification échographique.

Figure 02: Placentas bas-insérés antérieurs.

Figure 03: Placentas bas-insérés postérieurs.

Figure 04: age des patientes.

Figure 05 : taille des patientes.

Figure 06: gestite des patientes.

Figure07 : Parité des patientes

Figure 08 :Complications de la grossesse.

Figure 09 : type de placenta prævia.

Figure 10 : terme de dépistage.

Figure11 : terme de la MAP en SA.

Figure 12 : présentation fœtale au moment de la naissance.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 13 : anesthésie.

Figure 14 : terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhées.

Figure 15 : poids des nouveau-nés à la naissance en grammes.

Figure 16 : Réanimation à la naissance.

Figure 17 : transfert des nouveau-nés à la naissance.

Figure 18 : durée du séjour en post partum.



Tableau I: age des patientes.

Tableau II: taille des patientes.

Tableau III : gestite des patientes.

:

Tableau IV: Parité des patientes.

Tableau v: Complications de la grossesse.



TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau VI: type de placenta prævia.

Tableau VII: terme de dépistage.

Tableau VIII: terme de la MAP en SA.

Tableau IX : présentation foetale au moment de la naissance.

Tableau X: anesthésie.

Tableau XI : caractéristiques de l'accouchement voie basse.

Tableau XII : caractéristiques de la césarienne.

Tableau XIII : terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhées.

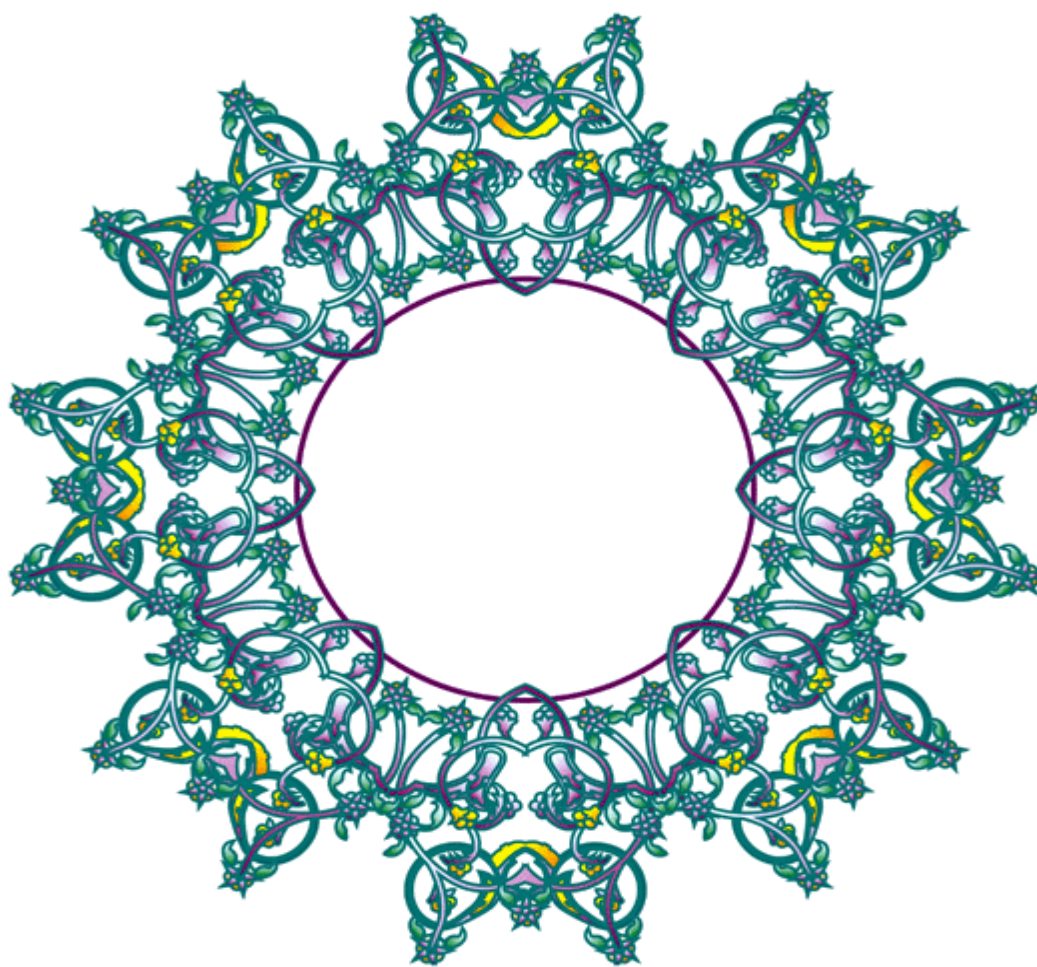
Tableau XIV : poids des nouveau-nés à la naissance en grammes.

Tableau XV : Réanimation à la naissance.

Tableau XVI : transfert des nouveau-nés à la naissance.

Tableau XVII : durée du séjour en post partum.

LISTE DES ABBREVIATIONS



LISTE DES ABREVIATIONS

FCS : fausse couche spontanée.

IVG : interruption volontaire de grossesse.

GEU : grossesse extra utérine.

IMG : interruption médicale de grossesse.

DA : délivrance artificielle.

RU : révision utérine.

HTA : hyper tension artérielle.

HRP : hématome rétro placentaire.

MAP : menace d'accouchement prématuré.

RCIU : retard de croissance intra utérin.

RPM : rupture prématurée des membranes.

PMA : procréation médicalement assistée.

IMC : indice de masse corporelle.

SA : semaine d'aménorrhée.

OP : occipito pubien.

OS : occipito sacré .

-Résumé-

- **Introduction** : Le placenta praevia est une complication rare de la grossesse.

Nous nous sommes intéressés au déroulement de la grossesse, à la prise de charge de la mère et de l'enfant afin de porter notre étude sur la morbidité néonatale et maternelle. Nous avons également étudié la capacité de diagnostic d'un placenta praevia accreta.

- **Materiel et méthode** : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant toutes les patientes suivies pour un placenta praevia de janvier 2016 à octobre 2017 au Centre Hospitalier Universitaire du tlemcen. Notre population compte 60 patientes.

- **Résultats** : l'incidence du placenta praevia était de 0.45%. L'âge moyen des femmes était de 31 ans. Dans la population étudiée, 26% avaient déjà eu une chirurgie utérine. Parmi ces femmes 13% avaient eu au moins une césarienne. Les multipares représentaient 63.3% de la population étudiée. Les principales pathologies associées étaient la RPM et la MAP . le terme du premier épisode de métrorragies était survenu en moyenne à 30 SA. Dans notre population, 41.7% des femmes ont accouché par voie basse et 58.3% ont eu une césarienne. Au total il n y aura pas d'hémorragies de la délivrance, ni d'hystérectomies d'hémostase. Le taux de prématurité était de 47.3%. Le poids moyen de naissance des nouveau-nés était de 2593.6g +/- 761.2g.

- **Conclusion** : le placenta praevia est responsable d'une morbidité foetale et maternelle élevée d'autant plus lorsqu'une accretion placentaire est associée.

-ABSTRACT-

-Introduction: placenta praevia Is a rare complication of pregnancy. We focused on the sequence of the pregnancy, how women and children have been taken care to study the maternal and néonatal morbidity.

-Méthodes: We retrospectively studied all women with placenta praevia during the period January 1, 2016–october, 2017. There were 60 patients.

-Results: The incidence of placenta praevia was 0.45%. The mean women age was 31years. In the population, 26% have ever had uterine surgery. Among this women, 13% had one cesarean section at least. There were 63.3% of multiparas. The principal pathology associated was premature prelabour rupture of membranes and preterm contractions . The mean gestationnel age at the first antepartum bleeding was 30 SA weeks. In this population, 41.7% of women delivered vaginally and 58.3% delivered by cesarean section.

The rate of prematurity was 47.3%. The mean children weigh birth was 2593.6g +/- 761.2g.

-Conclusion: the placenta praevia is responsible for a high maternal and neonatal morbidity all the more when he is accreta.



Introduction

INTRODUCTION :

Le placenta praevia est une complication rare de la grossesse. Il correspond à une insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Cette pathologie obstétricale, d'origine multifactorielle, est associée à une lourde morbidité maternelle et néonatale. En effet, elle est la source d'hémorragies, plus particulièrement en deuxième partie de grossesse et jusqu'à la délivrance. Elle est également responsable d'une prématurité importante, et des complications néonatales sous jacentes.

Le placenta praevia a été largement étudié par de nombreux auteurs et la littérature à ce sujet est aujourd'hui riche.

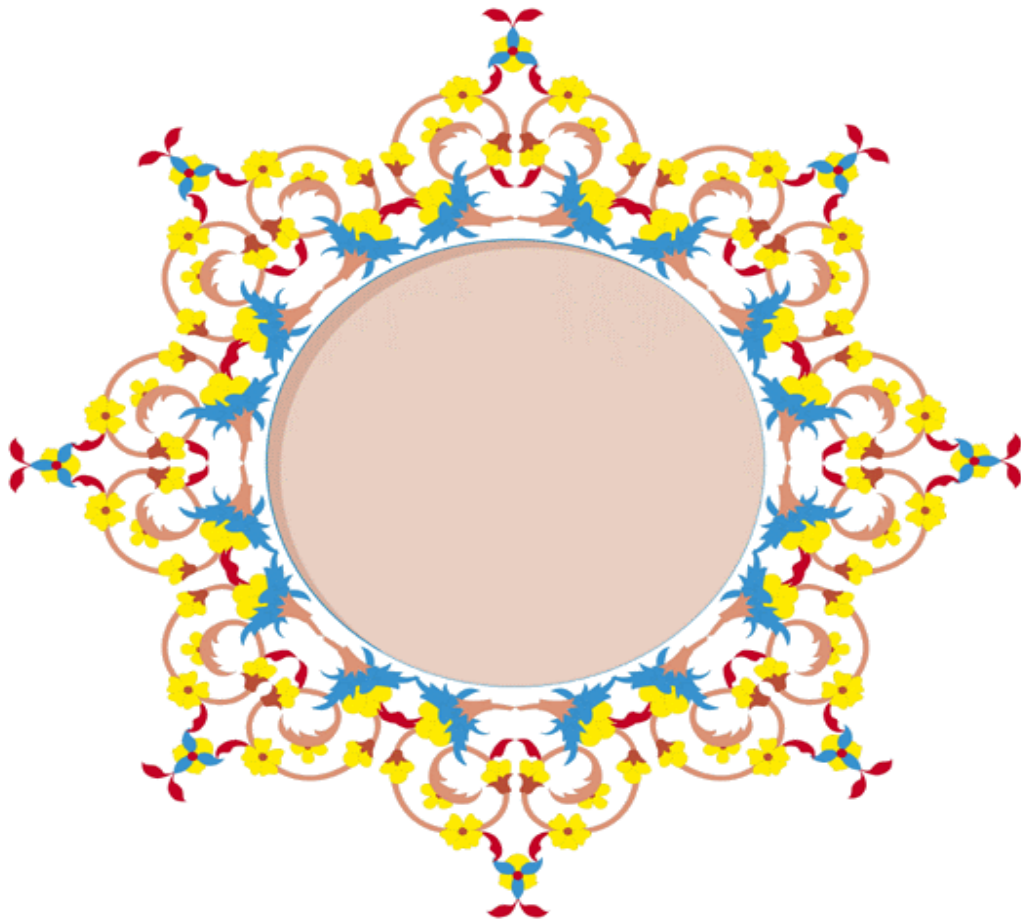
Nous nous sommes intéressés au déroulement de la grossesse, de la prise de charge de la mère et de l'enfant afin de porter notre étude sur la morbidité néonatale et maternelle dans le cadre d'une grossesse compliquée d'un placenta praevia. Nous avons également étudié la capacité de diagnostic d'un placenta praevia accreta. Pour atteindre ces objectifs, une étude rétrospective a été réalisée à la maternité du CHU d'Angers entre janvier **2001** et décembre **2010**, correspondant à **157** patientes.

Au préalable nous sommes revenus sur des généralités à propos du placenta Praevia, de sa prise en charge et du placenta accreta. Nous avons ensuite présenté la méthodologie de notre étude ainsi que nos résultats et nous les avons discutés avant de conclure notre travail.

ÉTUDE

BIBLIOGRAPHIQUE

***ÉTUDE
BIBLIOGRAPHIQUE***



Première partie : étude bibliographique

-I- Le placenta :

- 1-La placentation :(d'après Bessis R, Brigon C, Schneider L. 1976)

Situé à l'interface entre le fœtus et la mère, le placenta est un organe transitoire constitué de tissus maternels et fœtaux. Sa structure histologique est évolutive. Autour du **6ème jour** après la fécondation, le blastocyste libre limité par une assise cellulaire, le trophoblaste, adhère à la muqueuse utérine. Ce dernier va se différencier en deux tissus : le syncytiotrophoblaste (couche cellulaire externe) et le Cytotrophoblaste (couche cellulaire interne).

Le syncytiotrophoblaste très invasif assure la nidation de l'oeuf dans la muqueuse utérine à partir du 7ème jour. L'épithélium utérin rétabli ensuite sa continuité.

Le syncytiotrophoblaste prolifère considérablement en villosité sous forme de travées syncytiales, dans lesquelles apparaissent vers le 13ème jour des lacunes puis un axe Cytotrophoblastique.

La circulation embryonnaire se met en place vers les **18ème - 21ème** Jours de grossesse. A la fin du **2ème mois** les villosités disparaissent de la surface de l'oeuf. Elles persistent uniquement au pôle situé en regard du myomètre.

Les bords du placenta se continuent par les membranes. La face maternelle est formée par les cotylédons. Le placenta acquiert sa structure générale au **5ème mois**.

Première partie : étude bibliographique

-2- Rappels anatomiques :

- 2-1- Anatomie macroscopique :

A terme le placenta est discoïde, il mesure environ **20 cm** de diamètre et **3 cm** d'épaisseur. Il représente **1/6ème** du poids fœtal soit environ **500 g**.

Situé à l'interface entre la mère et le fœtus, il est composé de deux faces :

-a-La face fœtale ou plaque chorale : est lisse, tapissée par l'amnios et à Travers laquelle on voit l'arborisation de la circulation fœtale. Le cordon ombilical Composé de deux artères, d'une veine et de la gelée de Wharton s'y insère. Les membranes s'ancrent à la périphérie et sont composées de plusieurs feuillets accolés : L'amnios, le chorion et la fusion des caduques réfléchie et pariétale.

-b-La face maternelle ou plaque basale : est tomenteuse, divisée en lobes Ou cotylédons par de profonds sillons (correspondant aux septa). On y trouve les Vaisseaux maternels

-2-2-Anatomie microscopique :

La villosité chorionique est l'unité fonctionnelle du placenta. Elle Baigne dans le sang maternel. L'espace inter villositaire a pour plafond la plaque chorale En contact Avec le fœtus et pour plancher la plaque basale en contact avec la caduque Utérine.

Le placenta est constitué de **20 à 30** gros troncs villositaires provenant de la Plaque chorale.

-3- Les fonctions du placenta :

Le placenta est un organe extra fœtal qui possède plusieurs fonctions :

Première partie : étude bibliographique

-a- Échanges gazeux :

Il joue le rôle de poumon fœtal pendant toute la vie intra utérine. Il Assure l'apport d'oxygène au fœtus et l'élimination du gaz carbonique.

L'hémoglobine fœtale à une efficacité supérieure à celle de l'adulte pour le transport Des gaz.

-b- Fonction nutritive :

Le placenta assure l'apport d'un certain nombre d'élément essentiels à la Croissance et à la dépense énergétique du fœtus.

- L'eau est nécessaire pour le fœtus et pour le Renouvellement du liquide amniotique .
- Il assure le transport d'ions notamment le calcium qui Participe minéralisation Osseuse.
- Les protéines fœtales sont synthétisées à partir des acides Aminés maternels.
- Les immunoglobulines IgG traversent la barrière Placentaire contrairement aux **IgM** et aux **IgA**.
- Le glucose est l'élément énergétique principal du fœtus Essentiel à son développement.
- Les acides gras sont également concernés. Les Lipoprotéines maternelles apportent du cholestérol Nécessaire au fœtus pour la synthèse des membranes et des Hormones stéroïdes.
- Il assure l'apport en vitamine du fœtus.

Première partie : étude bibliographique

-c- Fonction d'épuration :

Le fœtus rejette dans la circulation maternelle les déchets du Métabolisme (urée, acide urique, créatinine, bilirubine...) où ils seront éliminés.

-d-Fonction de protection contre les agressions :

➤ Toxiques : le placenta joue le rôle de filtre. Les éléments essentiels

Passent la barrière alors que ceux qui sont délétères pour le fœtus vont s'accumuler Dans le syncytiotrophoblaste et passeront difficilement dans la circulation fœtale.

L'alcool et la nicotine franchissent facilement cette barrière.

➤ Médicamenteuses : la perméabilité dépend du poids moléculaire.

Les substances chimiques peuvent être nocives voire tératogènes pour le fœtus.

➤ Infectieuses : il existe des protéines bactéricides placentaires qui

Limitent le passage des bactéries. Les virus traversent facilement la barrière Placentaire comme celui de la rubéole ou le VIH. Le toxoplasme franchit le ,Placent Contrairement aux autres parasites.

-E- Fonction endocrine :

Le syncytiotrophoblaste est capable d'élaborer deux grands types

D'hormones :

✓ Stéroïde : la progestérone et les œstrogènes qui assurent le

Maintien de la grossesse et le repos du myomètre.

✓ Polypeptidique : l'hormone chorionique gonadotrophique HCG, l'hormone de croissance placentaire humaine, la Prolactine, l'hormone placentaire lactogène hPL...

Première partie : étude bibliographique

-F- Fonction immunologique :

Le placenta assure la tolérance du fœtus par l'organisme maternel.

- II- Définition du placenta prævia et diagnostic :

- 1-définition :

Le placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère totalement ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus.

Le segment inférieur mesure environ **10 cm**. Il correspond, à terme, à la zone d'effacement et de dilatation du col utérin.

Son incidence varie de **0.3 à 0.8%** selon les auteurs, soit environ 1 Cas sur **200** grossesses.

- 1-1-Classification anatomique :

Cette classification repose sur la distance entre le placenta et l'orifice interne du col de l'utérus.

- Placenta latéral : le placenta s'insère sur le segment inférieur mais son bord inférieur reste à distance de l'orifice interne du col utérin.
- Placenta marginal : son bord inférieur approche sans recouvrir l'orifice interne du col de l'utérus.
- Placenta partiel : son bord inférieur recouvre partiellement l'orifice interne.
- Placenta recouvrant : il recouvre totalement l'orifice interne du col.

Première partie : étude bibliographique

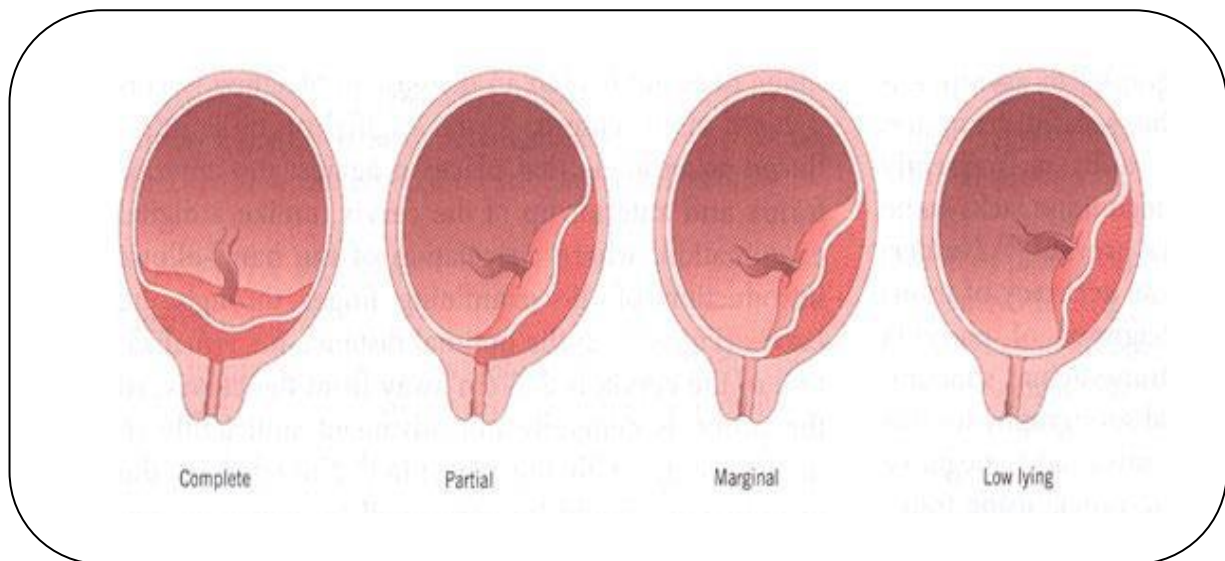


Figure-01- : Classification échographique (d'après Bessis R, Brigon C, Schneider L.

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 du placenta atteint les deux tiers supérieurs de la vessie
- **Type III** : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin
- **Type IV** : la limite inférieure du placenta dépasse le col utérin, il atteint la face Postérieure de l'utérus.

Première partie : étude bibliographique

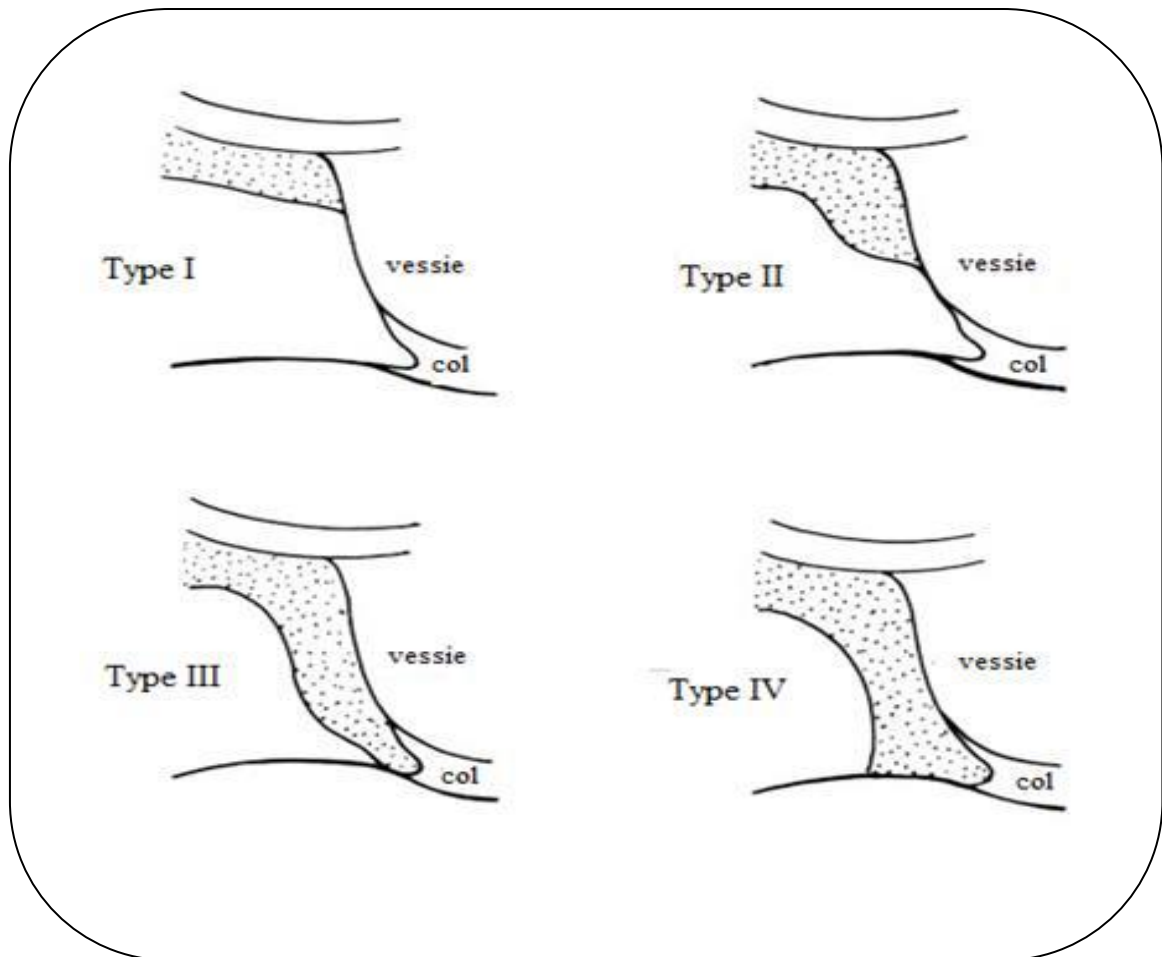


Figure-02- : Placentas bas-insérés antérieurs.

Première partie : étude bibliographique

➤ Les placentas bas insérés postérieurs :

-Type I : la limite inférieure du 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 de l'utérus

-Type III : la limite inférieure placentaire atteint le tiers supérieur de la vessie

-Type IV : la limite inférieure placentaire recouvre totalement le dôme vésical.

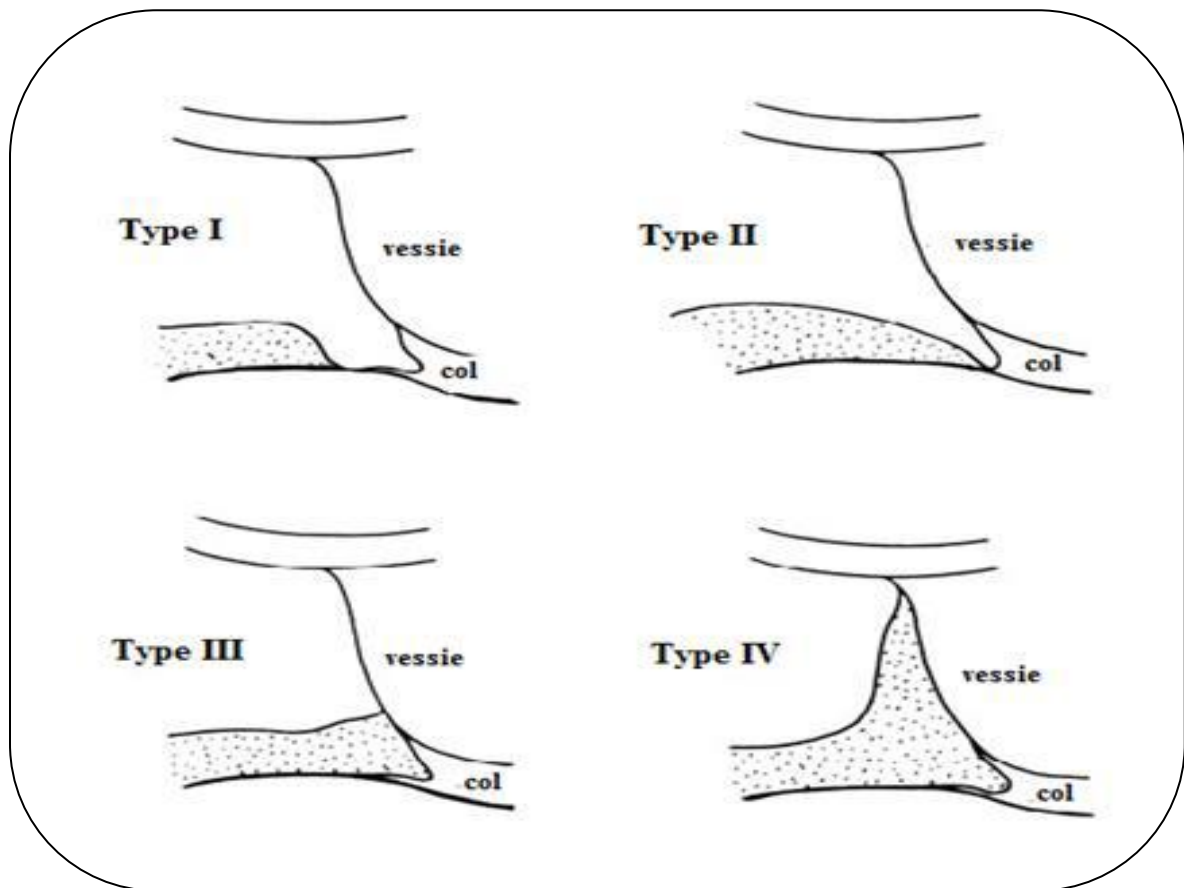


Figure-03- Placentas bas-insérés postérieurs.

Première partie : étude bibliographique

-Les placentas de **type I et II** correspondent aux placentas prævia latéraux.

-Les placentas de **type III** correspondent aux placentas marginaux.

-Les placentas de **type IV** correspondent aux placentas prævia recouvrant.

-2-facteurs de risques :

❖ 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 études 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**.(1AmJObset Gynéco)

❖ 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(11-26 Am J Epidemiol). La nicotine entraine 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.

Première partie : étude bibliographique

❖ La cocaïne :

Elle est responsable du même mécanisme compensateur du placenta et multiplie son Risque relatif par 2.4. (10-13 Am J Obstet Gynecol. 1997 Nov.; 177(5):1097-100)

❖ 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'oeuf 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. (6 Obstet Gynecol. 2001;97(5):765-769)

❖ Les antécédents d'avortements :

Le risque de développer un placenta prævia est de **1.7** chez les Femmes

Première partie : étude bibliographique

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(5 J Obstet Gynecol. 1997;177(5):1071). 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 :**

Selon Romunstad et al. 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). (4. J Perinatol. 2011 Jun 30. doi: 10.1038/jp.2011.86)

-3-phénomène de migration placentaire :

Plusieurs mécanismes physiopathologiques peuvent expliquer ce phénomène :

- ✓ Les contractions utérines rapprochent le bord inférieur du Placenta de L'orifice interne du col.
- ✓ Le développement du segment inférieur. Il est moins Important chez les Patientes ayant un utérus cicatriciel et Celle dont le placenta est Postérieur.
- ✓ La différence de croissance entre le placenta et le mur Utérin.

Première partie : étude bibliographique

✓ L'hypothèse du trophisme trophoblastique : le placenta Aurait une croissance préférentielle vers le fond utérin mieux vascularisé.

- 4-diagnostique :

-4-1-Clinique :

Les métrorragies associées au placenta prævia surviennent généralement au 3^{ème} 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.

-4-2-Échographique :

Le diagnostic de placenta prævia se fait classiquement lors de l'échographie réalisée autours de 22 SA. L'échographie abdominale nécessite un remplissage vésical responsable d'artéfact et à l'origine de faux positifs. Il a été démontré que l'échographie endovaginale est plus appropriée pour diagnostiquer Un placenta prævia et d'autant plus lorsqu'il est postérieur(9-8. Epub 2011 July 23 et Obstet Gynéco. 2009 Aug;34(2):123-6) En effet cela prend toute son importance quand on sait qu'un placenta prævia antérieur expose la femme à des métrorragies excessives, une transfusion massive, un placenta accreta et un risque d'hystérectomie

Première partie : étude bibliographique

significativement supérieure à une insertion postérieure(8). Elle permet de mesurer la distance exacte entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col.

-4-3-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.

- III- Formes compliquées des placentas prævia :

- 1- mécanisme des saignements :

Une contraction utérine entraîne la rétraction des fibres musculaires du segment inférieur exerçant ainsi une force mécanique. L'implantation fundique protège le placenta. Lorsque celui-ci est latéral, marginal ou même recouvrant, cette force peut induire un décollement partiel du placenta responsable de métrorragies.

-a-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'oeuf. Ainsi une languette placentaire se décolle par la mise en tension du petit côté des membranes et ouvre le sinus veineux utérin.

-b-Théorie de Jacquemier pour les formes recouvrantes :

Première partie : étude bibliographique

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.

-c- 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 chorales lors du clivage entre myomètre et placenta.

-2- placenta accreta, increta, percreta :

-2-1-Définition :

- Placenta accreta : il se définit par l'adhérence anormale du placenta avec pénétration superficielle des villosités dans le myomètre. Il existe différentes formes anatomiques selon la profondeur de la pénétration des villosités dans le muscle utérin .
- Placenta increta : les villosités envahissent profondément le muscle utérin .
- Placenta percreta : les villosités traversent le muscle pour atteindre la séreuse et les organes pelviens.

Première partie : étude bibliographique

- 2-2- **Facteurs de risques** :(17) Gynéco Obst Fertil 2007 ; 35 :186-92)

- Placenta prævia.
- Utérus cicatriciel.
- FCS, IVG.
- Chirurgie utérine.
- Multiparité.
- Antécédent de placenta accreta .
- Age maternel.
- Tabagisme.

-2-3-Diagnostic :

Le diagnostic de certitude du placenta accreta repose sur l'examen histologique, il est donc plus juste d'utiliser le terme de « dépistage prénatal ».(15)

Le dépistage d'un placenta prævia accreta peut se faire en prénatal à l'aide de l'échographie, du doppler ou encore de l'IRM. Il se fait en per opératoire devant une complication de la délivrance, et peut être évoqué devant une hématurie.

2.3.1. Signes échographiques :(15 Issues 7–8, July 2010, Pages 765-77)

- ✓ L'absence d'un liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre .
- ✓ L'existence de lacunes intra placentaires.
- ✓ Interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse utérine et de la vessie .
- ✓ La mise en évidence de tissus placentaire au-delà de la séreuse utérine.

Première partie : étude bibliographique

✓ Epaisseur myométriale inférieure à 1 mm chez des patientes avec un placenta Prævia ou bas inséré et un utérus cicatriciel.

2.3.2. Signes au doppler couleur et pulsé :

✓ Absence de signal veineux dans l'aire d'adhérence anormale sous placentaire

✓ Hyper vascularisation à l'interface entre la vessie et l'utérus avec un flux artériel à Basse résistance.

✓ Flux laminaire diffus ou focalisé à haute vélocité, pouvant prendre un aspect de Turbulence.

✓ Des vaisseaux sous placentaires dilatés avec un flux veineux pulsatile au dessus Du col.

2.3.3. L'IRM :

L'IRM présente un intérêt diagnostique pour apporter une précision Sur la localisation placentaire et l'envahissement éventuel des organes de voisinage.

Elle n'est pas indiquée en première intention pour le dépistage. Elle est de grandePrécision pour les insertions placentaires postérieures.

-IV- Morbidité materno foétale :

- 1- Morbidité et mortalité maternelle :

L'hémorragie, symptôme de l'insertion basse du placenta, constitue la principale complication pour les femmes ayant un placenta prævia.

Elle est à l'origine de moins de 1% de décès maternel(19-28(Elsevier masson), obstétrique 2012 ; 5-069-A-10, 23p et Am J Obstet Gynecol, 1993 168(5) 1424-9)

Ces femmes sont plus à risque d'être anémiées et restent hospitalisées plus longtemps.

Première partie : étude bibliographique

Le recours à la transfusion est **10 fois** plus fréquent dans cette population.

La morbidité maternelle augmente avec les antécédents de la Patiente : utérus cicatriciel, chirurgie utérine, placenta recourant etc.

Elles sont plus exposées au risque thromboembolique et aux infections. On note également une augmentation des placentas accreta et d'hystérectomies à l'accouchement chez ces patientes.

-2-morbidité et mortalité fœtale :

La prise en charge obstétricale et néonatale des nouveau-nés à Considérablement évoluée depuis le recours aux corticoïdes et au surfactant.

La principale complication néonatale est la prématurité. En effets 12% des

Accouchements prématurés sont imputables à un placenta prævia(14 Obstetrics and gynecology, 2001 98(2) 299-306) Malgré L'utilisation des tocolytiques elle reste encore élevée.

Ces enfants sont plus à risque de présenter une détresse respiratoire à la Naissance(23 Issue 4, April 1999, 541-4) Cela peut s'expliquer par le manque de surfactant chez les prématurés, le défaut de résorption du liquide alvéolaire ou par les effets d'une anesthésie générale chez la mère.

Ces enfants sont plus exposés à une anémie néonatale surtout lorsque la césarienne est réalisée en urgence et que le placenta prævia est de localisation antérieure. (23 Issue 4, April 1999, 541-4)

Chez ces femmes ayant un placenta prævia, les métrorragies répétées ont été corrélées avec une fréquence accrue de RCIU. Les zones correspondant au

Première partie : étude bibliographique

décollement ne participent plus aux échanges fœto-maternels (24 Issue 3, August 2004, 97-126)

Les malformations sont plus fréquentes chez ces enfants (23-29, Issue 4, April 1999, 541-4 et. J Materne Fetal Med. 2001 Déc.;10(6):414-9.) Il s'agit Notamment de Malformations cardiaques. (25 Fetal Ter. 1989;4(2-3):138-40).

La prématurité est responsable de complications, ce qui fait d'elle La principale cause de mortalité périnatale. Parmi les autres causes de décès on Retrouve les compressions funiculaires par procidence, les morts fœtales in utéro, Les chocs hémorragiques maternels.

-V- prise en charge : (22-21-19) (Elsevier Masson, obstétrique 2012 ; 5-069-A-10, 23p)

- 1- Placenta prævia asymptomatique :

-1-1- Pendant la grossesse :

Information du couple sur le risque hémorragique. Il est recommandé de réaliser au 3ème trimestre une échographie par voie abdominale et endovaginale par un médecin senior afin de rechercher des signes de placenta accreta ou percreta et de mesurer la longueur de col de l'utérus.

- 1-2- Mode d'accouchement :

Si le placenta est recouvrant ou marginal, la césarienne sera programmée à partir de 37 SA en l'absence de saignement. Cependant nous avons aujourd'hui suffisamment de données dans la littérature pour remettre en cause cette recommandation et autoriser les voie basse lorsque le placenta n'est pas recouvrant et

Première partie : étude bibliographique

ce quelque soit la distance entre le placenta et l'orifice interne. Cela n'augmenterait pas la morbidité maternelle et néonatale.

Si le placenta est latéral la tentative de voie basse sera autorisée.

- 2- Placenta prævia symptomatique :

-2-1- Prise en charge initiale :

- ✓ Hospitalisation dès les premiers saignements analyse du dossier, des sérologies et du groupe rhésus evaluation des pertes sanguines
- ✓ examen sous spéculum, TV proscrit avant l'échographie endovaginale.
- ✓ Monitoring de la dynamique de la patiente : pouls, tension artérielle .
- ✓ Echographie doppler abdominale et ou endovaginale pour déterminer la Localisation placentaire, évaluer la longueur cervicale, le bien être fœtal, des Biométries, et la quantité de liquide amniotique.
- ✓ Réalisation d'une bandelette urinaire sur sondage évacuateur à la recherche d'une Albuminurie. En cas de positivité, il ne faut pas sous estimer la possible existence d'un hématome rétro placentaire.
- ✓ Bilan pré opératoire : groupe, rhésus, RAI, NFS plaquettes, bilan de coagulation,
- ✓ Ionogramme sanguin, bilan hépatique, test de Kleihauer .
- ✓ Consultation d'anesthésie .
- ✓ Réalisation d'un rythme cardiaque fœtal .
- ✓ Disposer rapidement et suffisamment de produits sanguins .

Première partie : étude bibliographique

- ✓ Examens complémentaires.

-2-2- Traitement :

- ✓ Hospitalisation .
- ✓ Réalisation d'une corticothérapie si le terme est inférieur à 34 SA .
- ✓ Repos non strict .
- ✓ Mise en place d'une antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes .
- ✓ Recours à la tocolyse pendant 48h uniquement s'il n'y a aucun argument en faveur d'un hématome rétro placentaire.
- ✓ Prévention Rhophylac® pour les femmes rhésus négatif
- ✓ Supplémentation en fer et vitamine D .
- ✓ A long terme contre indication aux toucher vaginaux et aux rapports sexuels.
- ✓ Un retour à domicile sera envisagé (avec repos) qu'après au moins 8 jours consécutifs sans métrorragies (au cas par cas).

-2-3-Modalités d'accouchement :

Une césarienne sera réalisée en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, de métrorragies maternelles jugées trop importantes, ou encore en cas de placenta prævia recouvrant ou marginal.

Si le placenta est latéral et qu'il n'y a pas de signe inquiétant pour La mère ou le fœtus une voie basse sera envisagée.

Dans un contexte de métrorragies itératives, une hospitalisation définitive et une césarienne à partir de **36 SA** sera envisagée.

Première partie : étude bibliographique

-3-placenta accreta :

- 3-1-Prise en charge initiale :

Lorsqu'il est diagnostiqué en anténatal il permet une prise en charge adéquate dans un centre disposant d'une réanimation maternelle et néonatale, d'une unité d'embolisation et d'un centre de transfusion sanguine.

L'accouchement sera réalisé en présence d'une équipe expérimentée D'obstétriciens, d'anesthésistes, pédiatres et parfois aidés d'urologues et de Chirurgiens vasculaires.

- 3-2- Modalité d'accouchement :

Etant donné le risque important d'hémorragie de la délivrance il est important de prévoir des réserves de sang.

Lorsque le placenta accreta a été dépisté en anténatal, la césarienne doit avoir lieu en radiologie afin que la patiente soit équipée de cathéters d'embolisation.

Il existe différentes méthodes chirurgicales de prise en charge des placentas accreta : (16-17 Issue 6, Décembre 2006, 1875-6 et Fertil 2007 ; 35 :186-92)

- La méthode dite « extirpative » : lorsque le placenta accreta n'est Que partiel, on peut réaliser une délivrance manuelle forcée afin d'obtenir une Vacuité utérine complète. On procède ensuite à l'hémostase du lit placentaire. Si Cette technique est incomplète elle expose à une hémorragie de la délivrance. Cette méthode doit aujourd'hui être abandonnée.
- Une autre méthode consiste à réaliser une hystérectomie systématique après la naissance de l'enfant après tentative ou non de délivrance manuelle.

Première partie : étude bibliographique

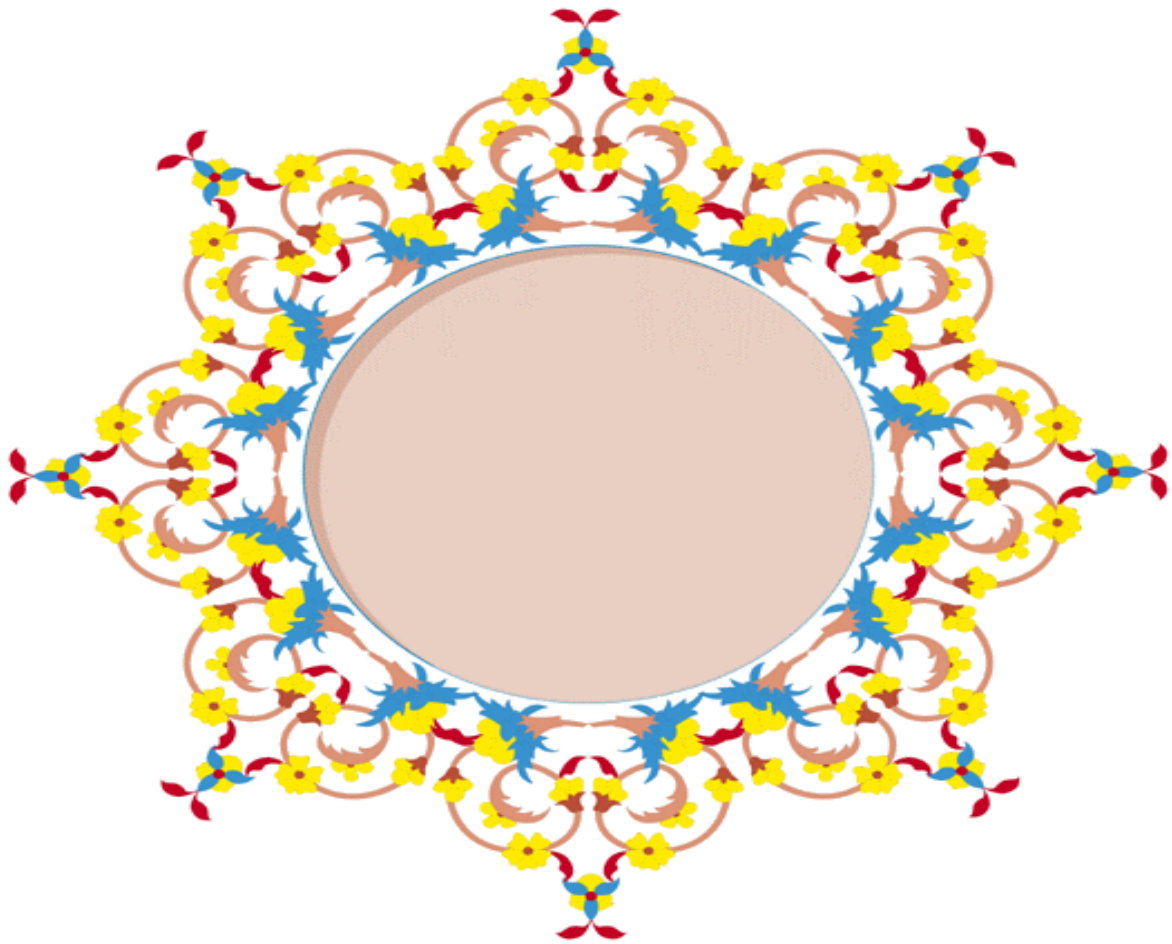
- Le traitement conservateur consiste à laisser le placenta in situ.

Après la naissance de l'enfant le cordon est noué puis coupé à sa base. Cette Technique doit être privilégiée chez la primipare et lorsque l'invasion vésicale, Iléale ou rectale laisse présager une intervention difficile. L'utilisation de Sulprostone ou l'embolisation des artères utérines sont discutées au cas par cas.

Une antibioprophylaxie par amoxicilline - acide clavulanique est administrée de façon systématique pendant dix jours. Dans les suites de la césarienne on distingue deux attitudes thérapeutiques : soit l'abstention Thérapeutique et la réalisation une fois par semaine d'un bilan sanguin (taux de β HCG, coagulation, hémogramme). L'autre attitude est d'utiliser le méthotrèxate Qui est un anti mitotique (**1 mg/kg** injecté en intracordonal). La vacuité utérine est observée dans **75%** des cas après un délai moyen de **15.6** semaines (**de 4 à 60**). (18 Paris : Vigot ; 2009.121-33)

.Cette méthode permet de réduire la morbidité maternelle et de préserver la fertilité.

ÉTUDE *EXPÉRIMENTALE*



Deuxième partie : étude expérimentale

- I- Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant toutes les patientes suivies pour un placenta Prævia de janvier 2016 à octobre 2017 au Centre Hospitalier Universitaire de Tlemcen. Le pôle Mère-Enfant est composé d'une maternité, d'un service de néonatalogie et d'un service de cci.

Nos objectifs étaient d'évaluer la morbidité maternelle en étudiant l'histoire de ces femmes à travers leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux, le déroulement de leurs grossesses et les éventuelles complications. Nous avons étudié le mode d'accouchement et la délivrance.

Nous avons également mesuré la morbidité néonatale et la prise en charge des enfants à la naissance.

Notre étude s'intéressait également à la capacité de diagnostic du placenta accreta et de sa prise en charge.

-1- constitution de la population :

✓ Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude l'ensemble des patientes présentant un placenta prævia, c'est-à-dire un placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, sur une grossesse unique ou multiple avec la naissance d'un enfant vivant ou non.

Le diagnostic devait avoir été fait avant la naissance. Il était défini par la découverte à l'échographie réalisée dans le cadre du suivi systématique de la grossesse, ou lors d'un épisode de métrorragies.

La classification anatomique a été utilisée. Un placenta latéral s'insère sur le segment inférieur mais son bord inférieur reste à distance de l'orifice interne du col utérin (>20mm). Le placenta est marginal lorsque son bord inférieur approche sans recouvrir l'orifice interne du col de l'utérus (<20mm). Le placenta recouvrant recouvre partiellement ou totalement l'orifice interne du col.

Deuxième partie : étude expérimentale

-2- recueil de données :

Les différents paramètres étudiés ont été recueillis manuellement à partir de l'analyse des dossiers obstétricaux des patientes.

Les renseignements généraux ont été relevés pour chacune des patientes : âge, poids, taille, la prise d'un traitement avant et pendant la grossesse.

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux recueillis étaient : Curetage (pour une interruption volontaire de grossesse ou une fausse couche spontanée), les fausses couches, interruption volontaire de grossesse (prise en charge médicale ou chirurgicale), grossesse extra utérine, infection génitale, utérus fibromateux, chirurgie utérine (résection hystéroscopique de fibrome, cure de synéchie ou d'endométriose, césarienne). Nous avons également étudié la gestité, la parité, ainsi que les antécédents suivants : grossesse multiple, césariennes, placenta prævia, accreta et percreta, rupture utérine, hémorragie de la délivrance définie par un saignement $\geq 500\text{ml}$ pour un accouchement voie basse et $\geq 1000\text{ml}$ pour une césarienne, embolisation et le recours à la procréation médicalement assistée.

Concernant le déroulement de la grossesse, nous avons relevé dans chaque dossier la prise de poids, le recours à la PMA, la survenue d'une hyper tension, d'une pré-éclampsie ou d'un diabète. Le mode de diagnostic du placenta prævia, c'est-à-dire la réalisation d'une échographie abdominale ou endovaginale, a été analysé ainsi que le terme de la grossesse du diagnostic et les circonstances de découverte d'un placenta accreta.

Les patientes présentant des métrorragies au cours de la grossesse étaient systématiquement hospitalisées pour une surveillance dans le service de grossesses pathologiques. Nous nous sommes intéressés aux hospitalisations pour surveillance de ces femmes en les distinguant des hospitalisations prénatale protocolaires qui consistent à hospitaliser les femmes à un terme autour de 36 SA même en l'absence de métrorragies.

Deuxième partie : étude expérimentale

Le terme de cette hospitalisation varie au cas par cas en fonction du médecin qui suit la patiente et du caractère symptomatique ou non de son placenta. Nous avons étudié la durée de leur séjour, le nombre d'hospitalisations, le nombre d'épisodes de métrorragies et la réalisation ou non d'un test de Kleihauer.

En anténatal, une injection de corticoïdes pouvait être administrée pour la maturation pulmonaire fœtale ou un traitement tocolytique en cas d'une menace d'accouchement prématuré, après avoir éliminé les contre indications (Hématome rétro placentaire, anomalie du rythme cardiaque fœtale). La menace d'accouchement prématurée se définit par la présence de contractions utérines régulières avec un col ayant un accolement des berges internes inférieur à 26 mm, ou bien par l'absence de contraction utérine et un col ayant un accolement des berges internes inférieur à 20 mm. Elle peut avoir lieu à un terme de grossesse compris entre 24 SA et 34 SA [22].

Nous avons étudié différemment les accouchements par voie basse et les césariennes.

Pour les placentas praevia latéraux c'est-à-dire insérés à plus de 20mm de l'orifice interne du col, l'équipe obstétricale autorisait une voie basse. Cela nécessitait une absence d'argument en faveur d'un placenta accreta, qu'il n'y ait pas de contraindication à la césarienne elle-même (utérus bicatriciel par exemple), et que le placenta soit asymptomatique au moment de l'accouchement.

Pour les accouchements voie basse, nous avons relevé le caractère spontané ou induit du début de travail, le type de rupture des membranes, la nécessité d'une extraction instrumentale ou de manoeuvres obstétricales, la réalisation d'une épisiotomie, la durée totale du travail, celle de l'expulsion et le délai entre la naissance et la délivrance. Pour les césariennes nous avons noté l'indication, le type d'hystérotomie (segmentaire, corporeale et transplacentaire) et les complications per opératoires (hémorragies, découverte d'accrétion placentaire, lésions urinaires, lésions digestives).

En cas de suspicion de placenta accreta, la césarienne était réalisée en radiologie interventionnelle pour permettre une embolisation des artères utérines en cas de confirmation du diagnostic, et envisager un traitement conservateur utérin en laissant le placenta en place.

Deuxième partie : étude expérimentale

Dans les deux cas les taux d'hémoglobine et de plaquettes pré opératoires et 24h après la naissance ont été relevés. La présentation foetale ainsi que le type l'analgésie au moment de la naissance ont été analysés. En ce qui concerne la délivrance nous avons noté la quantité des pertes sanguines afin de définir l'existence ou non d'une hémorragie de la délivrance définie par un saignement $\geq 500\text{ml}$ pour un accouchement voie basse et $\geq 1000\text{ml}$ pour une césarienne, l'utilisation de manoeuvre corrective (révision utérine, l'utilisation d'ocytocique, la transfusion de culots globulaires ou de plasma frais congelé). Une étude anatomopathologique du placenta était retrouvée dans la plupart des dossiers.

Nous avons étudié le devenir néonatal à cours terme à la naissance. Les données néonatales analysées étaient : le terme et l'année de naissance, le poids, le score d'Apgar à 1 et 5 minutes, le sexe, le transfert en néonatalogie, l'anémie foetale, la transfusion, la présence de malformations congénitales, les décès néonataux.

Enfin nous avons étudié la durée du séjour en post partum ainsi que ses complications comme l'endométrite, l'infection urinaire, la thrombophlébite et l'anémie.

-3- L'analyse statistique du recueil des données

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel Excel 2007. Ce même logiciel a été utilisé pour les statistiques.

-II- Résultats :

Nous avons donc inclus 60 dossiers correspondant à nos critères.

Ces patientes ont été hospitalisées au CHU du Tlemcen pour des métrorragies ou une RPM. Nous avons retenu leurs dossiers afin d'étudier leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux ainsi que le déroulement de leur grossesse.

-1- Renseignements généraux

1.1 Caractéristiques maternelles :

Dans la population étudiée, la patiente la plus jeune avait 18 ans, les plus âgés 39 ans.

Deuxième partie : étude expérimentale

Tableau I : age des patientes .

Age	Pourcentage
<20 ans	13.4 %
20-24 ans	20 %
25-29ans	33.3 %
30-34 ans	25 %
35-39 ans	08.3 %

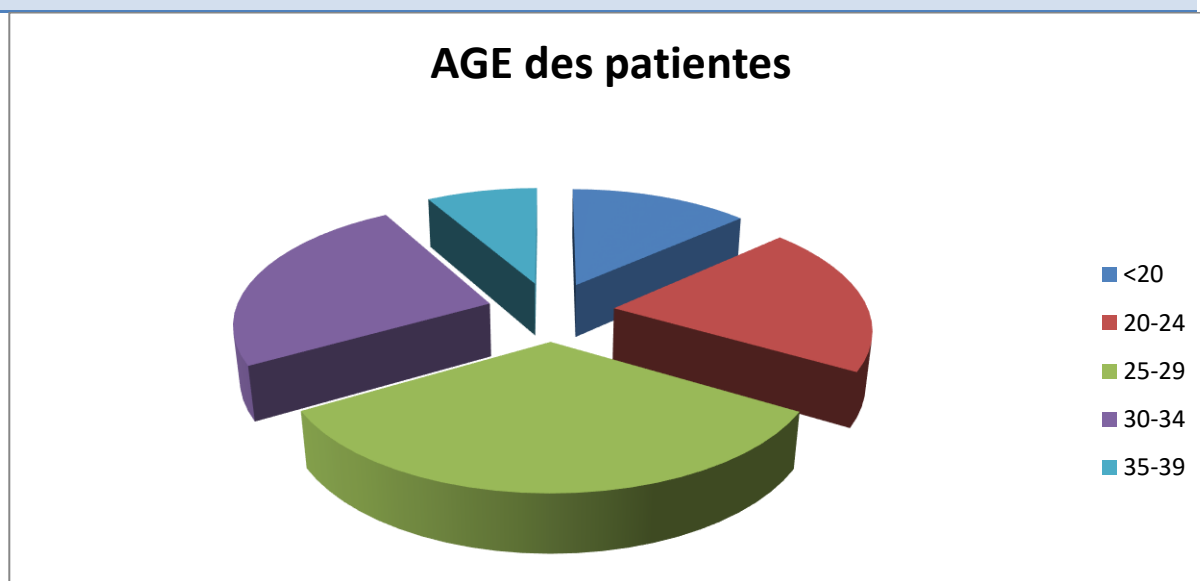


Figure 04 : age des patientes .

Dans la population étudiée, la taille des patientes variait entre 146 cm et 177 cm.

Tableau II : taille des patientes .

TAILLE	POURCENTAGE
146-156	11.7%
156-166	28.3%
166-176	38.3%
>176	21.7%

Deuxième partie : étude expérimentale

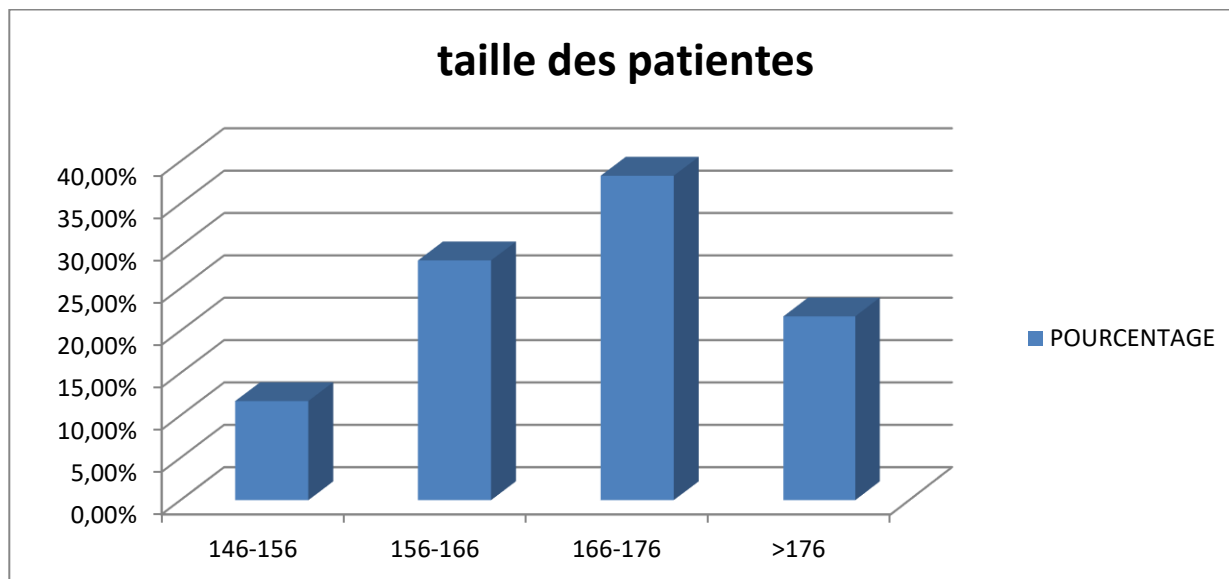


Figure 05 : taille des patientes.

La prise d'un traitement au long cours concernait 33.3% des patientes.

Pour 25% d'entre elles il s'agit d'un traitement par Lévothyrox®.

On note également 20% (N=3) des prises d'antiagrégant plaquettaire (pour un antécédent de RCIU ou de Pré-éclampsie)

40% des patientes étaient sous insuline (pour diabète gestationnel ou de type I)

Le taux de patientes sous anti hypertenseur pendant la grossesse est de 15%. Pour ces dernières nous n'avons pas relevé si le traitement avait été initié avant ou pendant la grossesse.

Il s'agit des curetages, et des césariennes.

On ne retrouve pas d'antécédent de rupture utérine ni de prise en charge d'hémorragie de la délivrance Par Embolisation des artères utérines dans la population étudiée.

Deuxième partie : étude expérimentale

-2- Déroulement de la grossesse :

Tableau III : gestite des patientes.

Gestite	pourcentage
1	16.7%
2	26.7%
3	40%
4	11.6%
5	5%

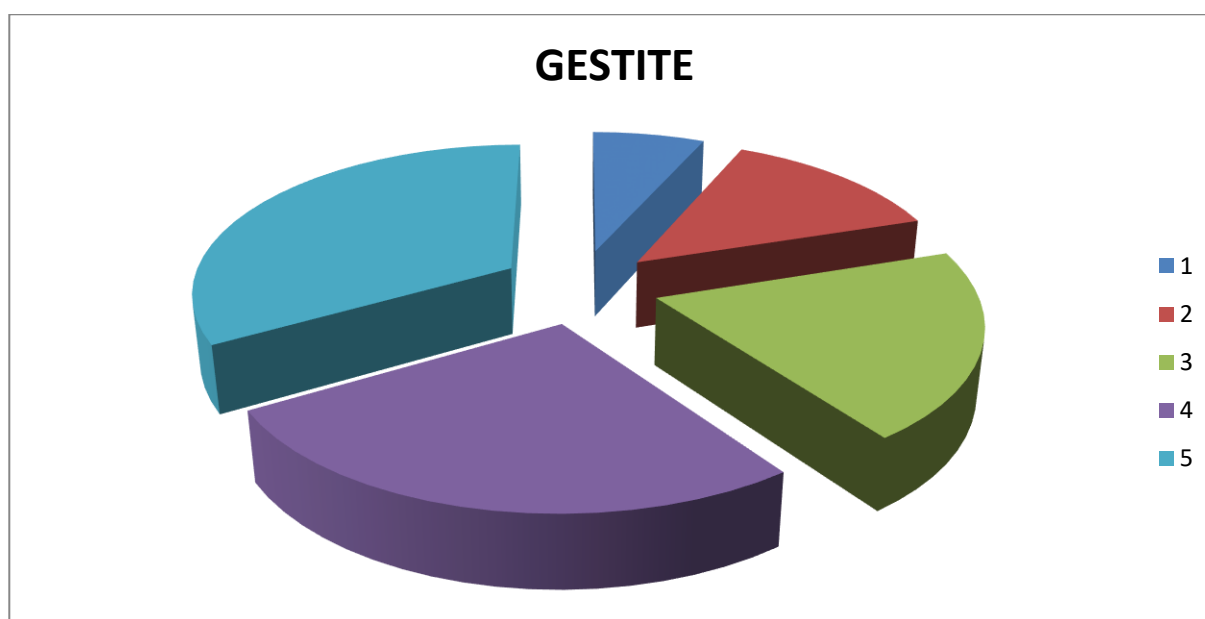


Figure 06: Gestité des patientes

Deuxième partie : étude expérimentale

Tableau IV : parité des patientes.

PARITE	%
1	36.7%
2	28.3%
3	21.7%
>4	13.3%

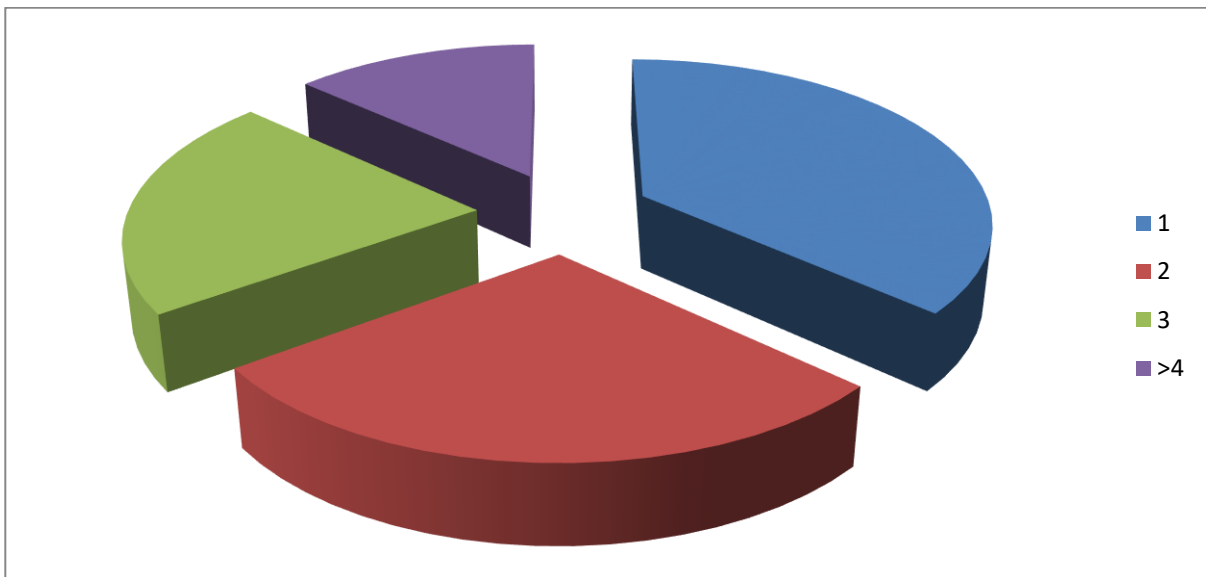


Figure 07: Parité des patientes

36.7% des patientes sont primipares et 63.3% sont des multipares.

Deuxième partie : étude expérimentale

Tableau V: les complications de la grossesse.

complications	%
HTA gravidique	16.7%
Pr éclampsie	8.3%
Diabète gestationnel	26.7%

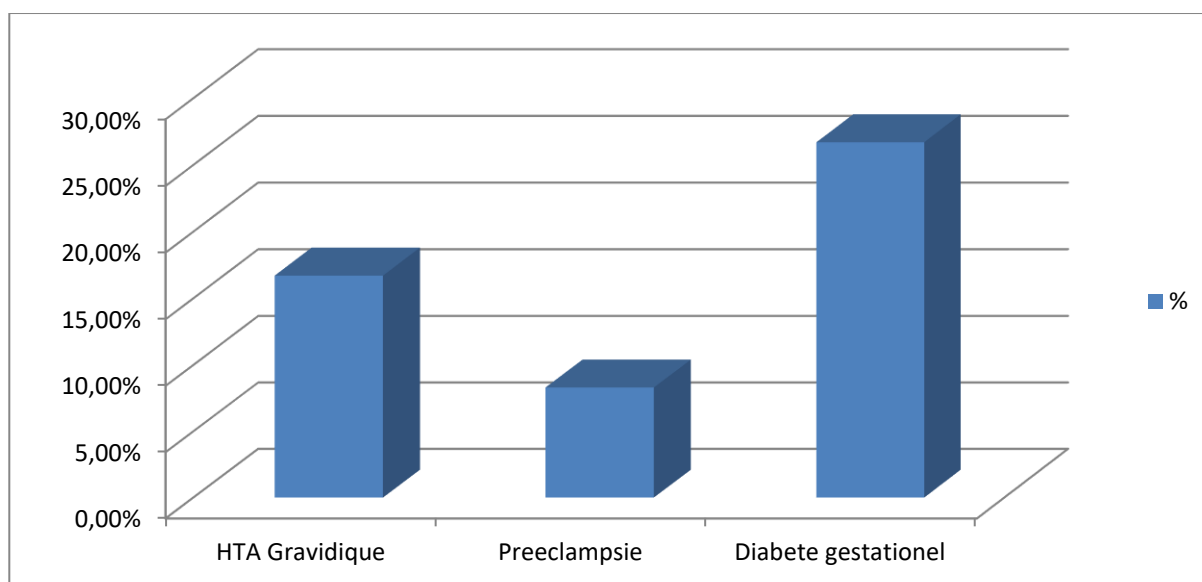


Figure 08 : Complications de la grossesse.

Tableau VI: type de placenta prævia .

TYPE DE PP	%
ANT 1	23.3%
ANT 2	21.7%
ANT 3	13.3%
ANT 4	3.4%
POST 1	15%
POST 2	13.3%
POST 3	10%

Deuxième partie : étude expérimentale

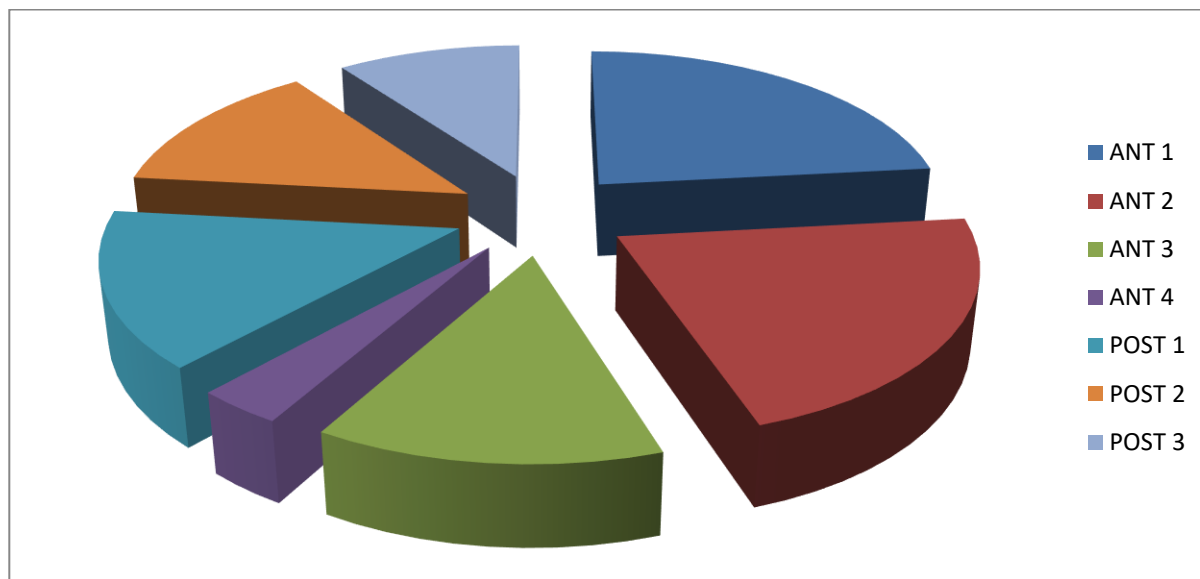


Figure 09 : type de placenta praevia.

Le dépistage du placenta praevia a été fait entre 19 SA et 35 SA dans la population étudié.

Tableau VII : terme de dépistage .

TERME DU DEPISTAGE	%
<21 SA	5%
21-21+6J	1.7%
22-22+6J	26.7%
23-23+6J	20%
24-24+6J	10%
25-28+6J	16.7%
29-31+6J	13.3%
>32 SA	6.6%

Deuxième partie : étude expérimentale

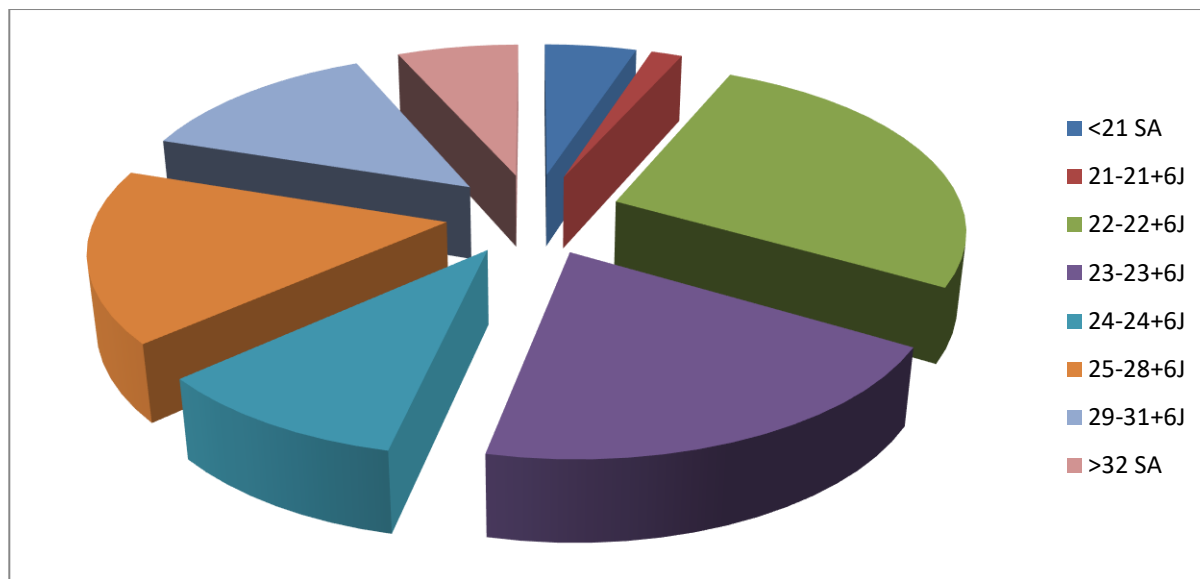


Figure 10 : terme du dépistage.

Dans notre population, 58.3% des femmes ont fait une menace d'accouchement prématuré entre 24 SA et 34 SA

Tableau VIII : terme de la MAP en SA.

MAP	%
24 SA	11.4%
25 SA	8.6%
26 SA	14.3%
27 SA	8.6%
28 SA	8.6%
29 SA	17.2%
30 SA	8.6%
31 SA	11.4%
32 SA	5.7%
33 SA	2.8%
34 SA	2.8%

Deuxième partie : étude expérimentale

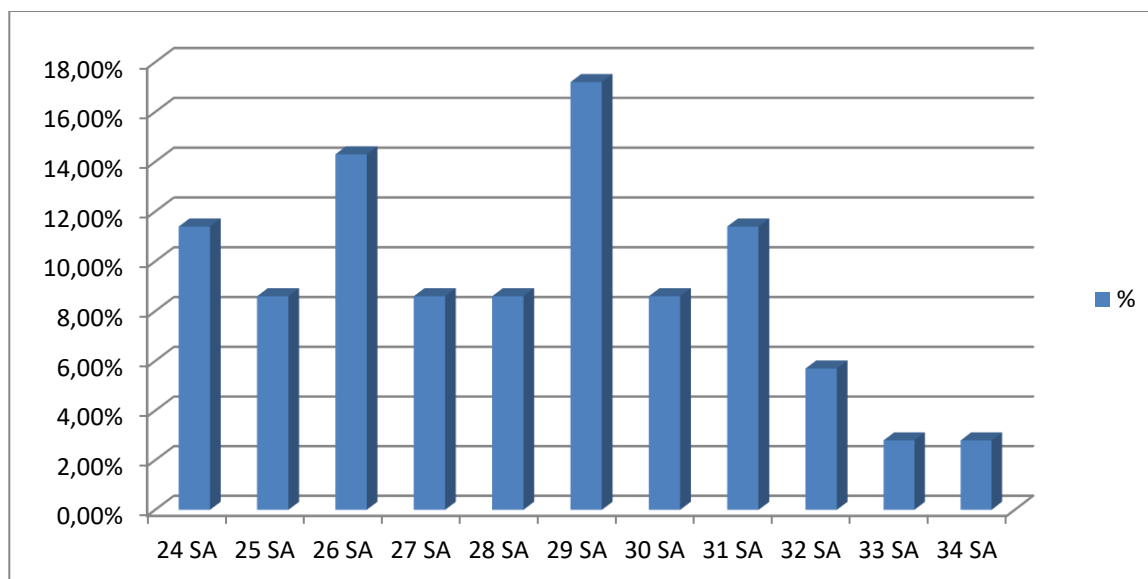


Figure 11: terme de la MAP en SA

La mise en place d'un traitement tocolytique a été effectuée.

Le recours aux corticoïdes a été nécessaire en 4 cures pendant la grossesse pour la prévention d'une Maladie des membranes hyalines.

-3- caractéristiques de l'accouchement :

Tableau IX : présentation fœtale au moment de la naissance.

Présentation	%
Céphalique	53%
Siege	31.8%
Transverse	15.2%

Deuxième partie : étude expérimentale

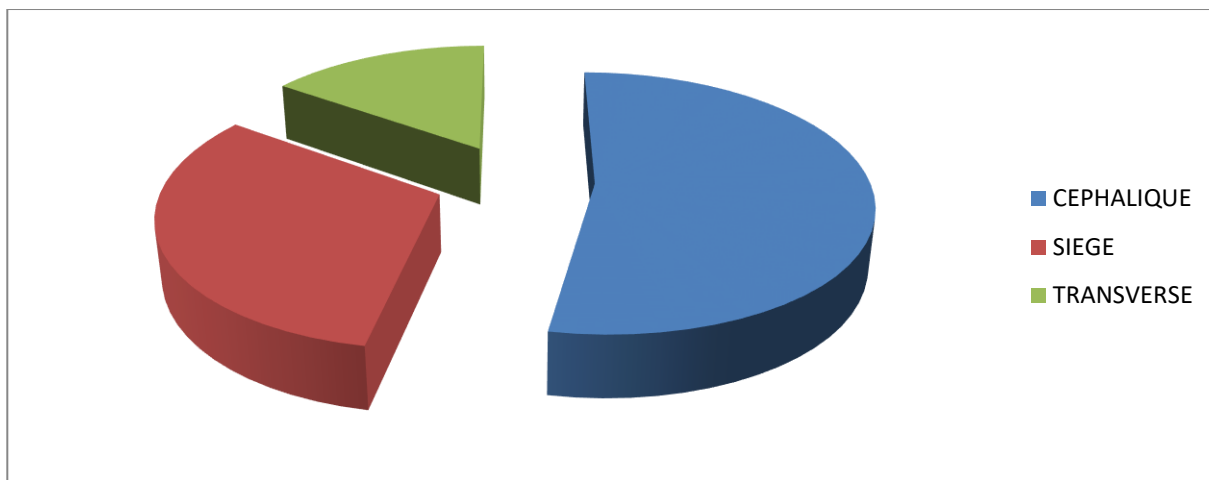


Figure 12 : présentation fœtale au moment de la naissance.

Tableau X : anesthésie.

Anesthésie	%
Aucune	33.3%
Anesthésie générale	58.3%
Péridurale	8.4%

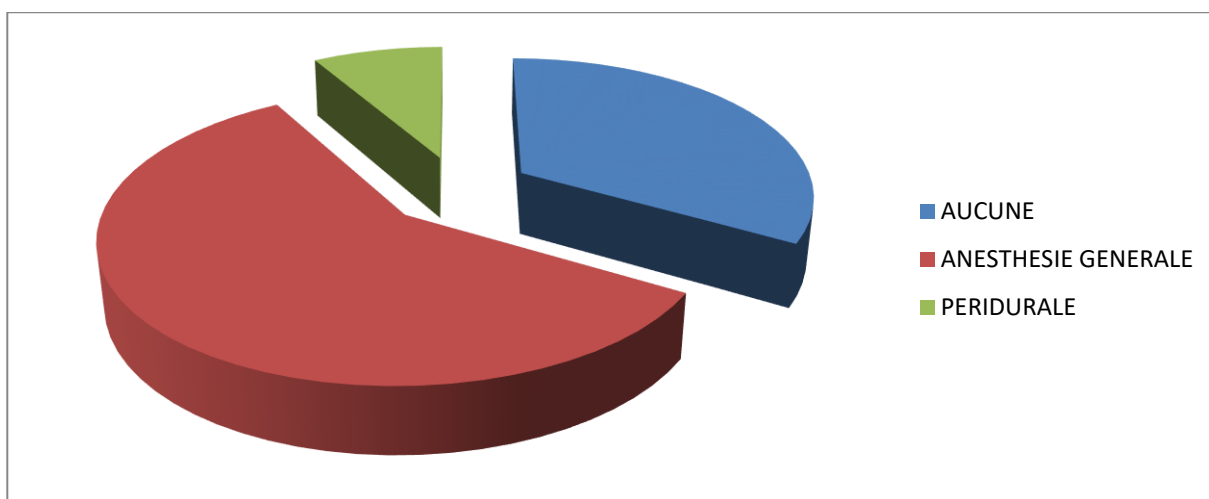


Figure 13: anesthésie.

L'anesthésie générale a été réalisée pour 58.3% patientes dans le cadre d'une césarienne en urgence.

Deuxième partie : étude expérimentale

3.1 Accouchement voie basse :

Dans notre population, 25 patientes (41.7%) ont accouché par voie basse.

Tableau XI : caractéristiques de l'accouchement voie basse.

Présentation :	
Céphalique	92%
siège	08%
Début de travail :	
spontanée	60%
déclenchée	40%
Rupture des membranes	
Spontanée avant le travail	32%
spontanée pendant le travail	60%
artificielle pendant le travail	08%
Accouchement normale :	
En OP	100%
En OS	0%
Episiotomie	72%

3.2 Accouchement par césarienne :

Tableau XII : caractéristiques de la césarienne.

Présentation :	
Céphalique	37.1%
Siege	34.3%
transverse	28.6%
Indication :	
Programmée	42.9%
En cours de travail	20%
Echec de déclenchement	08.5%
En urgence	28.6%
Hystérotomie :	
Segmentaire	65.7%
Corporeale	34.3%

1- Les césariennes sont programmées lorsque le placenta est recouvrant ou marginal, lorsque l'utérus de la Patiente est cicatriciel, lorsqu'il existe un placenta accreta.

2- Une césarienne a été effectuée en cours de travail pour anoxie fœtale. Chez une autre patiente le placenta

Deuxième partie : étude expérimentale

Prævia marginal a été découvert lors de son arrivée en début de travail.

D'après notre recueil de données, les indications des césariennes sont les suivantes :

- Placenta prævia recouvrant ou marginal .
- Placenta latéral .
- Présentation du siège.
- Echech de déclanchement.
- Césarienne en urgence .
- En cours de travail avec accord voie basse initial .
- Césarienne programmées .

-4- Caractéristiques néonatales :

Tableau XIII : terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhées.

Terme d'accouchement en SA	%
<28 SA	1.7%
29 SA	3.3%
30 SA	6.7%
31 SA	5%
32 SA	6.7%
33SA	8.3%
34 SA	5%
35 SA	5%
36 SA	10%
37 SA	16.7%
38 SA	10%
39 SA	13.3%
40 SA	5%
41 SA	3.3%

Deuxième partie : étude expérimentale

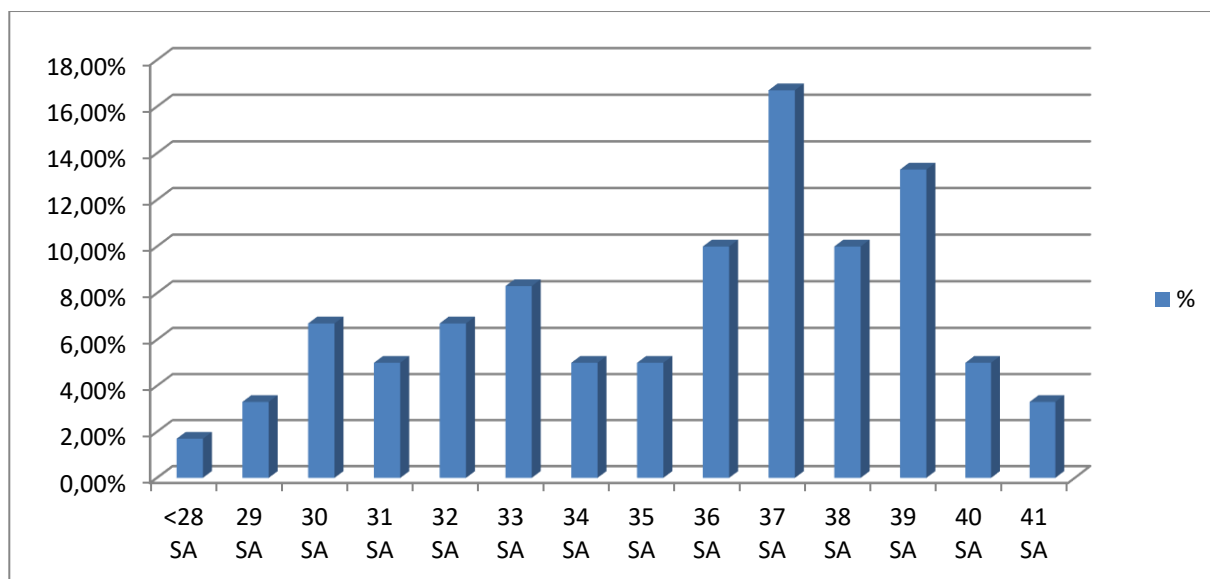


Figure 14: terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhées.

Dans notre population, l'enfant le plus gros pèse 4285g et le plus petit 1000g .

Tableau XIV : poids des nouveau-nés à la naissance en grammes.

POIDS	%
1000-1499	4.5%
1500-1999	12.1%
2000-2499	15.2%
2500-2999	30.3%
3000-3499	22.7%
3500-3999	9.1%
4000-4999	6.1%

Deuxième partie : étude expérimentale

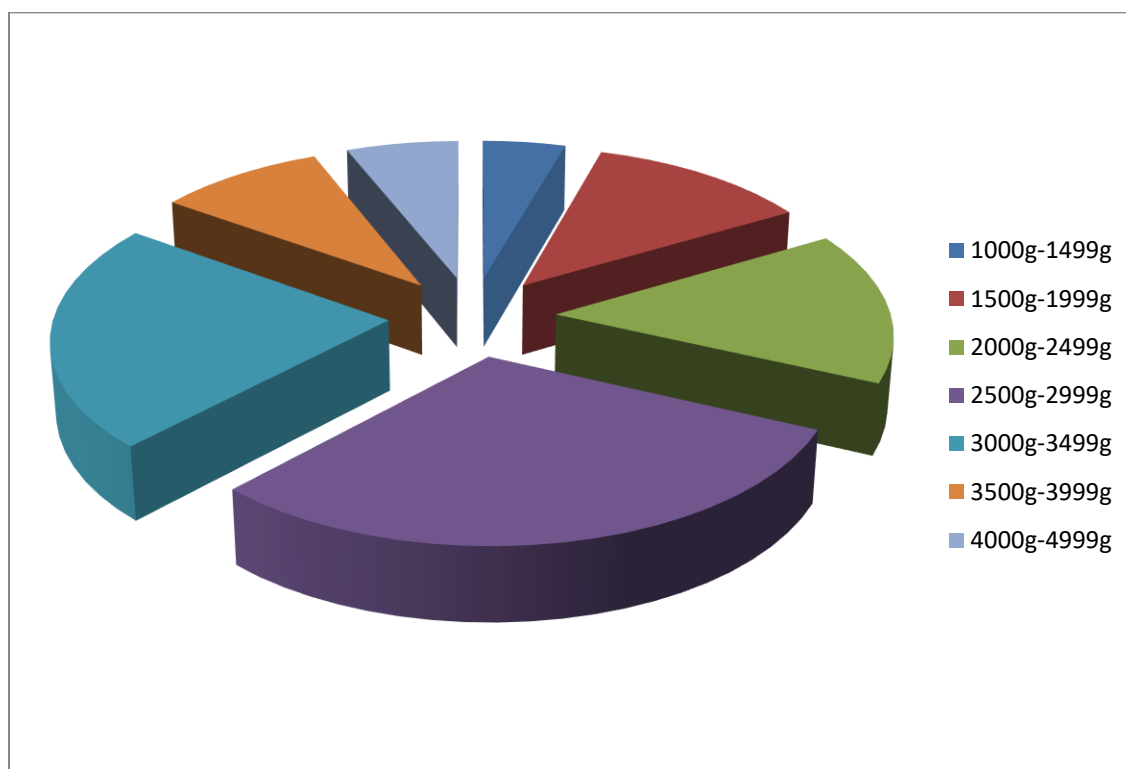


Figure 15 : poids des nouveau-nés à la naissance en gramme.

Deuxième partie : étude expérimentale

A 1 min de vie, l'APGAR moyen des enfants était de 8.7 +/- 2.6, avec des APGAR extrême à 0 et 10.

A 5 min de vie, l'APGAR moyen des enfants était de 9.4 +/- 1.6, avec des APGAR extrême à 0 et 10.

4.2 Prise en charge des nouveau-nés :

Une réanimation néonatale a été nécessaire pour 10 enfants (15.2%).

Tableau XV : Réanimation à la naissance.

REANIMATION	%
Ventilation	30%
Intubation	20%
DR	50%

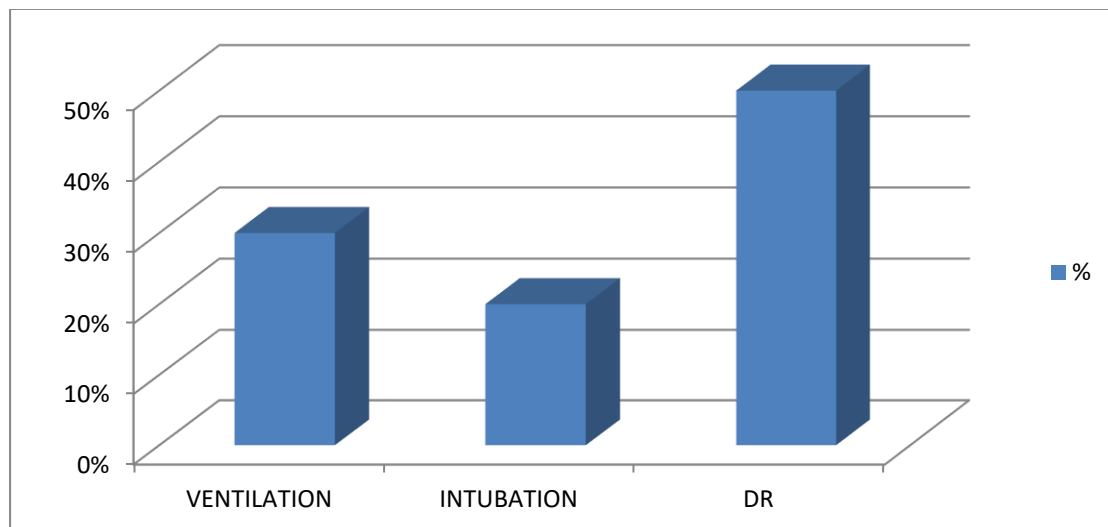


Figure 16 : Réanimation à la naissance

Deuxième partie : étude expérimentale

Tableau XVI: transfert des nouveau-nés à la naissance

TRANSFERT	%
SUITE DE COUCHE	54.5%
NURSURIE	30.3%
NEONATOLOGIE	15.2%

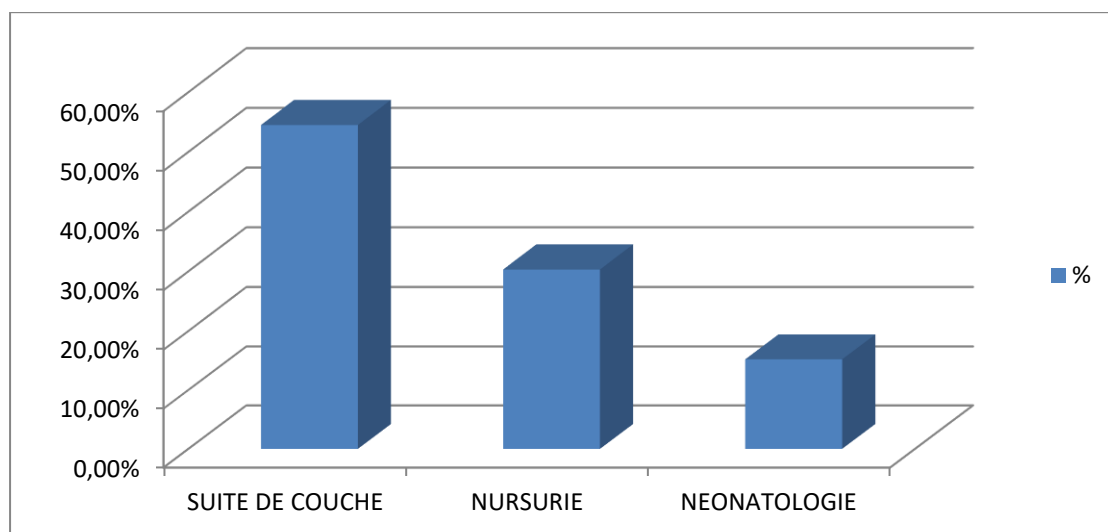


Figure 17 : transfert des nouveau-nés à la naissance.

- 5- le post partum :

La durée d'hospitalisation varie entre 2 et 13 jours .

Tableau XVII : durée du séjour en post partum.

DUREE	%
1-5j	30%
6-10j	58.3%
>10j	11.7%

Deuxième partie : étude expérimentale

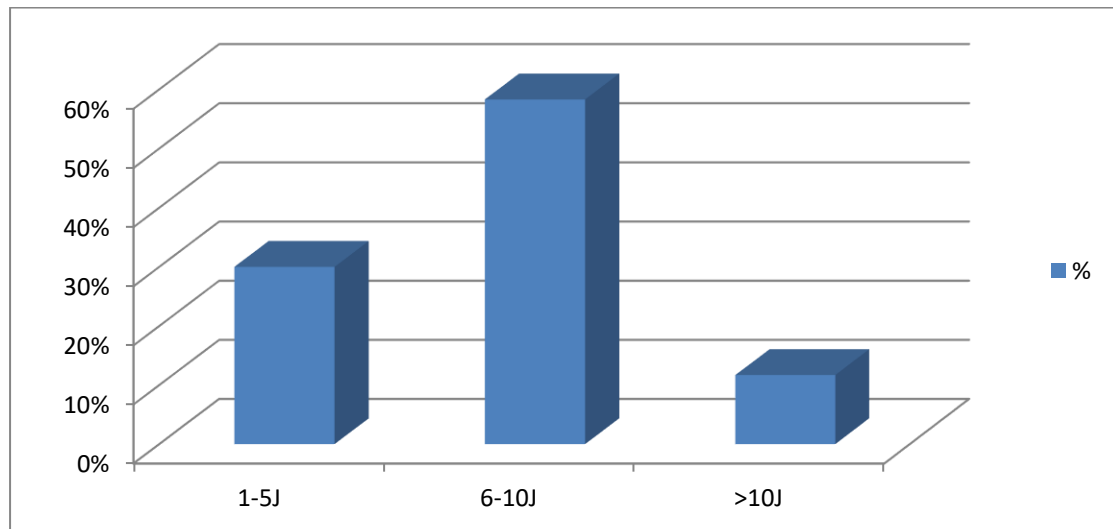


Figure 18 : durée du séjour en post partum.

Les patientes ont pu rester hospitalisées plus longtemps pour plusieurs raisons : leurs enfants étaient hospitalisés en néonatalogie, leur anémie a nécessité une transfusion ou de Veinofer. Il existe d'autres raisons de prolongation du séjour non spécifique à la complication due au placenta prævia comme un allaitement maternel difficile, une fragilité psychique...

Dans le post partum aucune patiente n'a présenté d'endométrite ni de thrombophlébite.

Une infection urinaire a été retrouvée chez 4 patientes. Seule l'une d'elle avait accouché par voie basse.

Deuxième partie : étude expérimentale

-DISCUSSION-

-1- Limites et forces de l'étude

1.1 Les limites de l'étude .

L'analyse de l'histoire de la patiente et de sa prise en charge a pu être limitée par des éléments manquants ou non retranscrits dans le dossier. De même que certaines femmes ont été hospitalisées pendant leurs grossesses au CHU du tlemcen et ont accouché dans une autre maternité. La prise en charge de l'accouchement ne figurait donc pas dans notre dossier.

En ce qui concerne les échographies, elles ont été réalisées par différents opérateurs qui n'utilisaient pas toujours la même classification. Afin d'améliorer l'homogénéisation des données, nous avons dû retranscrire le compte rendu échographique afin d'utiliser la même classification pour les placentas praevia. Nous avons retenus la dernière échographie pour déterminer la position du placenta.

Il s'agit d'une étude descriptive d'une population donnée, de ce fait nous n'avons pas pu la comparer à une population. Nous nous sommes contentés d'analyser les différents éléments des dossiers.

De plus nous avons inclus l'ensemble des patientes présentant un placenta praevia selon les classifications établies, or il est bien connu que la morbidité d'un placenta recouvrant est plus importante que celle d'un placenta latéral.

1.2 Forces de l'étude :

Notre étude est unicentrique et est donc assez représentative des pratiques du CHU du tlemcen. En matière de prise en charge du placenta praevia et accreta la pratique des chirurgiens est homogène.

Deuxième partie : étude expérimentale

-2- analyse :

2.1 Caractéristiques de la population étudiée :

- Age et antécédents :

Dans notre population, l'âge maternel supérieur à 30 ans a été identifié comme un facteur de risque [33].

La plus part des femmes étaient des multipares. Selon Zhang et Savitz le risque relatif de développer un placenta praevia atteint 3.6 à partir de 3 enfants [34].

Dans la population étudiée, 29.5% des femmes avaient déjà eu une chirurgie utérine. Parmi ces femmes, 17.3% avaient eu au moins une césarienne. Dans la littérature, on retrouve un taux de placenta praevia plus important en cas d'antécédent de césarienne comme Dola *et al.* avec 39% [35], Tuzovic retrouvait un taux de 10% [31] et une autre étude en retrouve 11.4% [32]. Dans toutes ces études, environ la moitié des femmes ont eu au moins un geste utérin (curetage, myomectomie, cure d'endométriose, cure de synéchie, césarienne). tout processus altérant la muqueuse utérine favorise la survenue de placenta praevia.

2.2 Concernant le déroulement de la grossesse :

Nous avons retrouvé dans moins de la moitié des dossiers la trace de l'échographie de dépistage du placenta praevia. L'échographie abdominale était la plus utilisée pour le diagnostic. Aujourd'hui les études recommandent d'avoir recours à l'échographie endovaginale pour faire le diagnostic. Cela s'applique d'autant plus si le placenta est postérieur [9 ; 37] car le diagnostic peut devenir difficile dans ce type de position du placenta, par voie abdominale.

Deuxième partie : étude expérimentale

2.2.1 Métrorragie pendant la grossesse :

Notre étude s'accorde avec la littérature [19] pour dire que le terme du premier épisode de métrorragies survient au début du troisième trimestre. En moyenne il est de 30 SA semaines dans notre population. Ces placentas ont tendance à saigner plus tôt. Il y a donc un taux important de récurrence de métrorragie après un premier épisode de saignement ce qui nécessite donc une surveillance rapprochée.

Il ya des femmes ont été transfusé pendant leur grossesse devant des métrorragies persistantes.

2.2.2 Autres complications :

Dans notre population, les principales pathologies associées étaient la RPM et la MAP. Dans la littérature, la RPM concerne 11 à 18 % des femmes ayant un placenta prævia [19] contre 5 à 10% dans la population générale. Ce résultat peut être sous estimé puisque le diagnostic est difficile en cas de métrorragies. En effet, lors du prélèvement, le sang diminue la sensibilité du test.

2.3 Concernant l'accouchement

Les patientes ayant accouché par voie basse représentaient 41.7% de la population soit 25 femmes, l'équipe obstétricale avait accordé une voie basse devant un placenta latéral, inséré à plus de 20mm de l'orifice interne.

Dans notre étude, le taux de césarienne était de 58.3%. Il y a eu 42.9% césariennes programmées (15), 28.6% réalisées en urgence (10), pour les 10 autres la voie basse était initialement autorisée. Les indications de césarienne programmée étaient un placenta prævia incéré à moins de 20 mm de l'orifice interne, un utérus cicatriciel, un placenta accreta, ou un diabète gestationnel insulino dépendant.

Deuxième partie : étude expérimentale

Certaines études ont un taux plus élevé (95%) mais cette différence peut s'expliquer par un taux de placenta recouvrant plus important (62% vs 46%) [38].

2.4.1 Mortalité maternelle :

Notre étude ne comptabilise aucun décès. La mortalité maternelle liée au placenta prævia est de nos jours faible. Cela peut s'expliquer par le dépistage anténatal du placenta prævia et accreta, de leur prise en charge précoce et rapprochée. L'hémorragie de la délivrance, principale complication, est mieux anticipée et nous disposons de moyens appropriés pour y faire face (remplissage, transfusion, thérapeutique, service de radiologie interventionnelle pour l'embolisation des artères utérines, hystérectomie d'hémostase en dernier recours).

2.5 Le nouveau-né :

2.5.2 Morbidité néonatale :

Nous avons étudié la morbidité néonatale à court terme, c'est-à-dire à la naissance et pendant l'hospitalisation si le compte rendu du séjour était dans le dossier, ce qui n'était pas souvent le cas.

Dans notre étude, 58.3% des femmes ont accouché avant 36 SA . Environ la moitié des enfants sont nés avant 37 SA alors que la prématurité concerne 9.8% des enfants dans la population générale [14]. Cette prématurité était induite dans des cas pour permettre la prise en charge du placenta accreta, pour RPM et présentation transverse , pour RPM et placenta recouvrant , pour diabète gestationnel insulino dépendant, et dans la majorité des cas pour un placenta praevia recouvrant. Le terme moyen d'accouchement était de 35.8 SA.

Le poids moyen des enfants à la naissance était de 2593.6g et notre

Deuxième partie : étude expérimentale

population comptait 31.8% d'enfants de moins de 2500g ce qui est en accord avec certains auteurs [32, 39].

Nous n'avons pas retrouvé de RCIU dans notre population d'enfants.

Parmi les nouveau-nés, 8.4% avaient un Apgar inférieur ou égal à 7 à

cinq minutes de vie. Nous n'avons pas étudié les circonstances de naissance qui auraient pu expliquer l'anoxo-ischémie chez ces enfants. L'Apgar moyen à 5 minutes de vie est de 9.4 dans notre population .

2.5.2 Mortalité néonatale :

Le taux de prématurité était élevé et peut donc expliquer les complications néonatales. En effet, ces enfants ont pu présenter une détresse respiratoire à la naissance et nécessiter des gestes de réanimation. Nous avons retrouvé également chez ces enfants des anémies néonatales, des hypoglycémies. Avec les données que nous fournissaient les dossiers

il nous était difficile de dire si ces enfants présentaient des complications neurologiques.



CONCLUSION

GENERALE

CONCLUSION

Aujourd'hui, les équipes obstétricales sont confrontées à la survenue de plus en plus fréquente de placenta praevia, c'est un évènement rare mais potentiellement grave.

En effet nous avons retrouvé morbidité maternelle accrue par rapport à la population générale. Ces femmes sont hospitalisées plus souvent et plus longtemps, principalement pour des métrorragies qui sont la plupart du temps récidivantes et/ou abondantes. Elles sont plus à risque de faire une hémorragie de la délivrance. Le rapport voie / basse césarienne est inversé par rapport à la population générale.

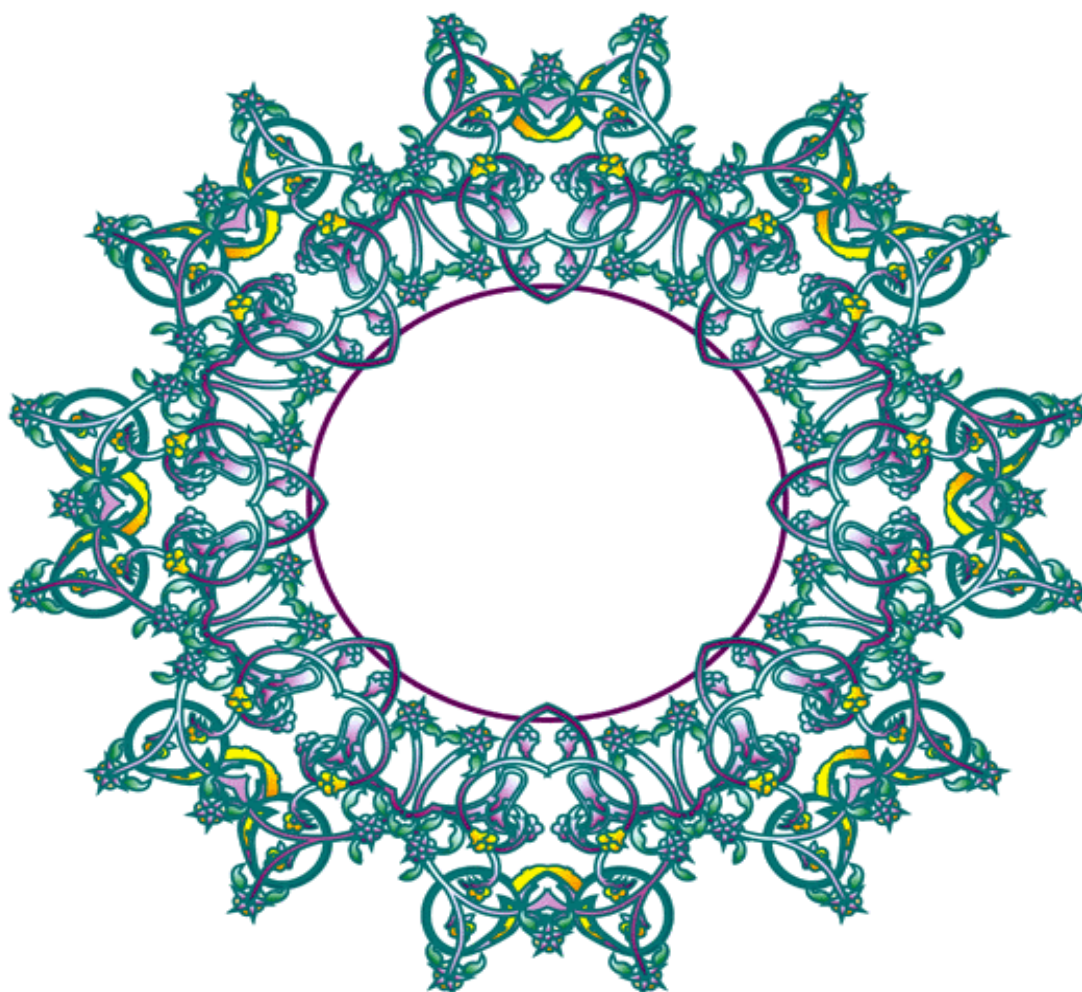
Nous avons retrouvé également une morbidité néonatale plus importante avec un risque de prématurité élevé. Ce sont des enfants qui ont nécessité des gestes de réanimation plus fréquemment, et qui avaient un score d'Apgar à cinq minutes inférieur à la population générale. L'hospitalisation en néonatalogie s'est imposée pour 15.2% d'entre eux.

Nous avons également étudié les placentas praevia accreta qui n'ont été dépistés en anténatal que pour la moitié d'entre eux. Leur prise en charge a conduit à une délivrance complète, à deux placentas laissés en place et à une hystérectomie d'hémostase.

L'enjeu de cette complication obstétricale est de la dépister précocement afin de mettre en place un suivi rapproché. La patiente doit être informée afin de coopérer à la prise en charge. Les signes d'accrétion placentaire doivent être dépistés en anténatal afin de dispenser les soins adéquats, dans le but de prévenir la morbidité maternelle et néonatale

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-** Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Kooning LM, Lawson HW, Atrash HK. The epidemiology of placenta praevia in United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:1424-9
- 2-** Zhang J, Savitz DA. Maternal age and placenta praevia: a population-based, case control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 641-5
- 3-** Romundstad LB, Romundstad PR, Sunde A, von Düring V, Skjærven R, Vatten LJ. Increased risk of placenta praevia in pregnancies following IVF/ICSI; a comparison of ART and non-ART pregnancies in the same mother. *Hum Reprod* 2006; **21**(9):2353-8
- 4-** Kim LH, Caughey AB, Laguardia JC, Escobar GJ. Racial and ethnic differences in the prevalence of placenta previa. *J Perinatol.* 2011 Jun 30. doi: 10.1038/jp.2011.86
- 5-** Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(5):1071–1078. doi: 10.1016/S0002-9378(97)70017-6.
- 6-** Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol.* 2001;97(5):765–769. doi: 10.1016/S0029-7844(01)01121-8.
- 7-** De Tourris H, Magnin G, Pierre F. *Gynécologie et obstétrique.* Masson 7^e édition 2000 (Paris).
- 8-** Jang DG, We JS, Shin JU, Choi YJ, Ko HS, Park IY, Shin JC. Maternal outcomes according to placental position in placental previa. *Int J Med Sci.* 2011;8(5):439-44. Epub 2011 Jul 23

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 9-** Oyelese Y. Placenta previa: the evolving role of ultrasound. *Obstet Gynecol.* 2009 Aug;34(2):123-6
- 10-** Macones GA, Sehdev HM, Parry S, Morgan MA, Berlin JA. The association between maternal cocaine use and placenta previa. *Am J Obstet Gynecol.* 1997 Nov; 177(5):1097-100.
- 11-** Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy.. *Am J Epidemiol.* 1996 Nov 1;144(9):881-9
- 12-** Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: an update. *J Obstet Gynecol,* 2008 28(4) p 377 – 81
- 13-** Kistin N, Handler A, Davis F, Ferre C. Cocaine and cigarettes: a comparison of risks. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1996 Jul;10(3):269-78.
- 14-** Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM, Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstetrics and gynecology,* 2001 98(2) 299-306
- 15-** Sentilhes L, Kayem G, Ambroselli C, Grangé G, Resch B, Boussion F, Descamps P placenta accreta : fréquence, dépistage prénatal, prise en charge. *La Presse Médicale,* Volume 39, Issues 7–8, July 2010, Pages 765-77
- 16-** Sentilhes L, Resch B, Clavier E, Marpeau L. Extirpative or conservative management for placenta praecreta? *Am J Obstet Gynecol,* Volume 195, Issue 6, December 2006, 1875-6

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 17-** Bretelle F, Provansal M, Courbière B, Mazouni. Prise en charge du placenta accreta. Gynécol Obst Fertil 2007 ;35 :186-92
- 18-** Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H. traitement conservateur des placentas accreta : résultats d'une étude multicentrique française. Mise à jour en gynécologie et obstétrique. Paris : Vigot ; 2009.121-33
- 19-** Boog G. Placenta praevia. EMC (Elsevier masson), obstétrique 2012 ; 5-069-A-10, 23p
- 20-** Boog G, Merviel P. Placenta accreta. EMC (Elsevier masson), obstétrique 2012 ; 5-069-A-30, 12p
- 21-** Commission des gynéco-obstétriciens. Diagnostic et prise en charge des placentas praevia et accreta. Réseau sécurité naissance naitre ensemble pays de loire
- 22-** Protocoles en gynécologie obstétrique. cngof masson
- 23-** Crane J, C Van den Hof M, Dodds L, Armson B.A, Liston R. Neonatal outcomes with placenta previa Original Research Article. Obstetrics & Gynecology, Volume 93, Issue 4, April 1999, 541-4
- 24-** Fournié A, Kessler S, Biquard F, Parant O, Connan L. Hypotrophie, retard de croissance intra-utérin, souffrance foetale chronique EMC Gynécologie-Obstétrique, Volume 1, Issue 3, August 2004, 97-126

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 25-**Neri A, Manor Y, Matityahu A, Blieden L. Placenta previa and congenital cardiac anomalies. *Fetal Ther.* 1989;4(2-3):138-40.
- 26-**Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 34, Supplement 1, April 2005, 130-4
- 27-**Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 34, Supplement 1, April 2005, 353-69
- 28-**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
- 29-** Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M.. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med.* 2001 Dec;10(6):414-9.
- 30-**Marilynn C, Frederiksen R, Glassenberg C, Stika S. Placenta previa: A 22-year analysis Original Research Article. *Am J Obstet Gynecol*, Volume 180, Issue 6, June 1999, 1432-7
- 31-**Tuzovic L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 93, Issue 2, May 2006, 110-7
- 32-** Daskalakis G, Simou M, Zacharakis D, Detorakis S, Akrivos N, Papantoniou N, Fouskakis D, Antsaklis A. impact of placenta previa on obstetric outcome Original *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 114, Issue 3, September 2011, 238-41

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 33-** Onwere CI, Gurol-Urgançi I, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH. Maternal morbidity associated with placenta praevia among women who had elective caesarean section. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 159, Issue 1, November 2011, 62-6
- 34-** Zhang J, Savitz DA. Maternal age and placenta praevia : a population-based, case contrôle study. *Am J Obset Gynecol* 1993; 168: 641-5
- 35-** Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoot D, Asrat T. Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome? *Am j perinat* 2003, 20(7) 353-60
- 36-** Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obst et Gynecol* 1999; 93: 622-8.
- 37-** Sherman J, Carlson D.E, Platt L.D, Medearis A.L. transvaginal ultrasound does it help in the diagnosis of placenta praevia. *J Obstet Gynecol* 2 (1992) 256-60
- 38-** Love CD, Wallace EM. Pregnancies complicated by placenta praevia: what is appropriate management? *British J Obstetrics and Gynaecology* 1996, 103(9) p864-7
- 39-** Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effect of placenta previa on neonatal mortality: A population-based study in the United States, 1989 through 1997 *Am J Obstet Gynecol* 2003
- 40-** Poirier J, Catala M, Poirier I, Baudet j. *Leçon d'embryologie humaine*. Maloine 4è edition 2005 paris