

Les pathologies du placenta



pré-éclampsie
HRP
placenta praevia

Points communs



- Mortalité & morbidité foetale & maternelle
- Urgences obstétricales



LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

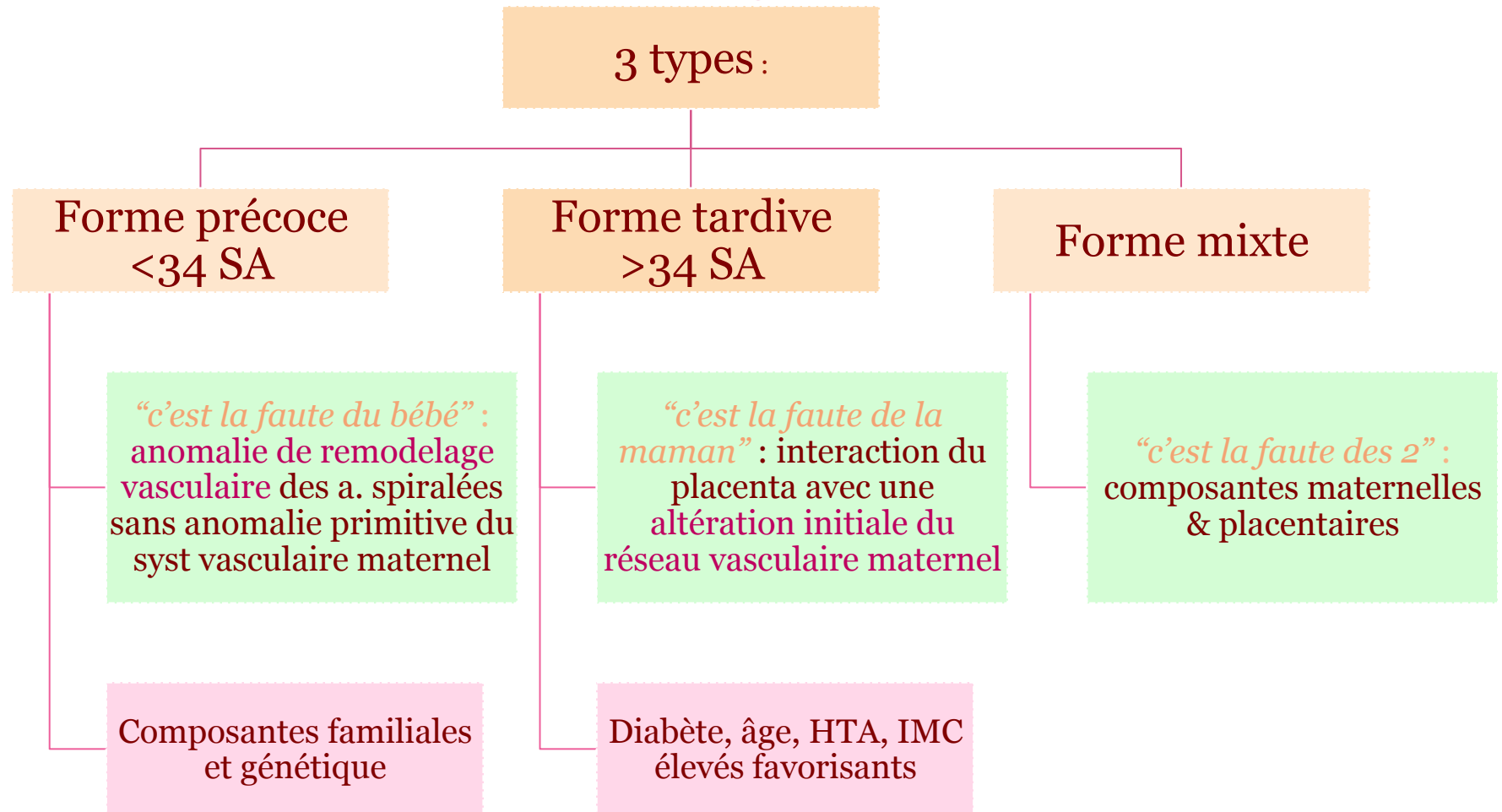


Pré-éclampsie = HTA gravidique



- = HTA (TA >14/9) + protéinurie >300mg/24h après 20 SA
- Fréquence 0,5 à 7%
- Morbidité & mortalité ↗ quand associée à :
 - HRP
 - HELLP syndrome
 - éclampsie

Pré-éclampsie = HTA gravidique



Pré-éclampsie = HTA gravidique

Physiopathologie de la forme précoce :



Défaut d'invasion du CT => **défaut de remodelage** des a. spiralées

1^{er} trimestre

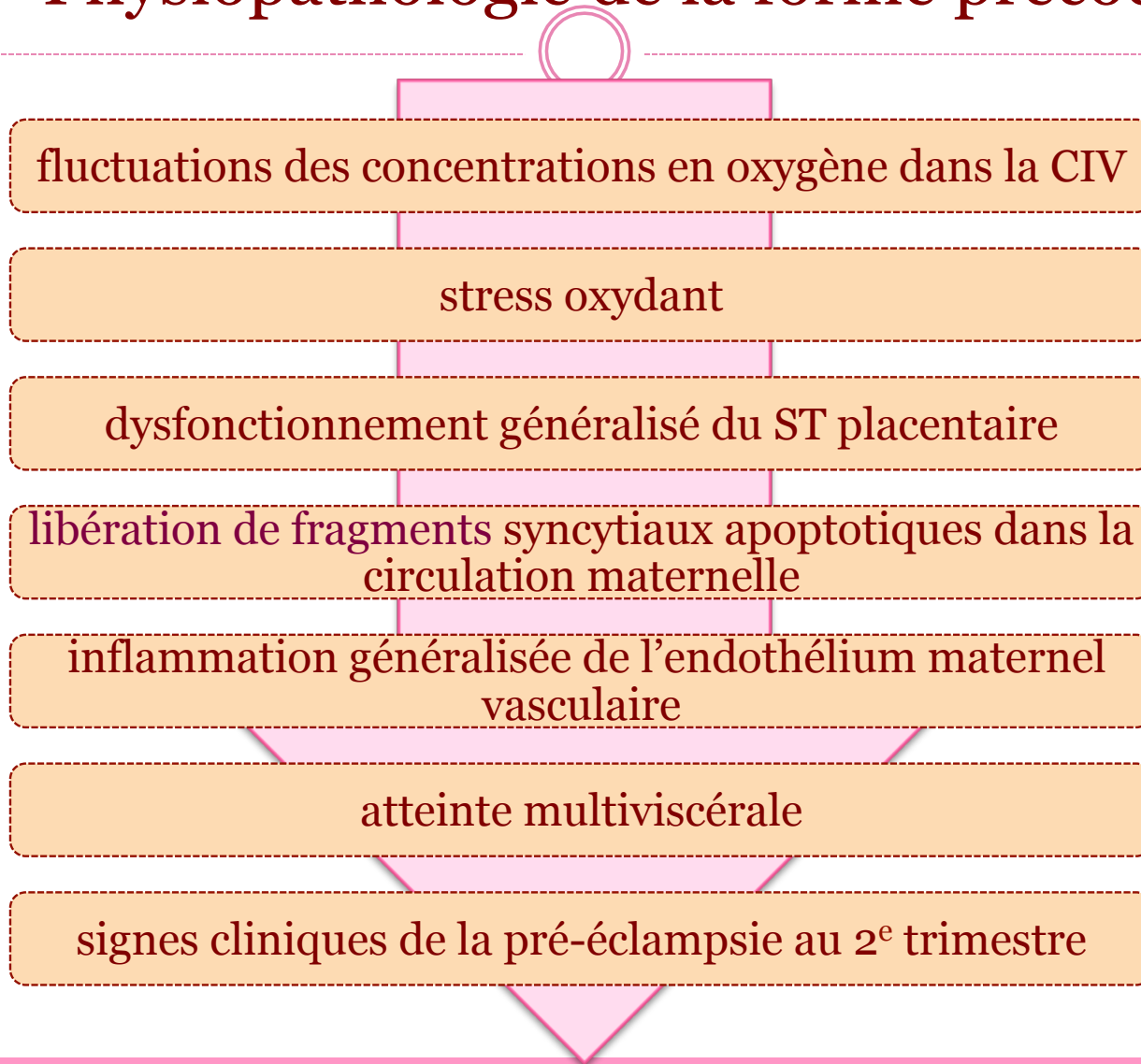
Le placenta se développe dans une atmosphère trop riche en oxygène.

2^e trimestre

l'afflux sanguin maternel devient insuffisant pour les besoins du développement de l'unité foeto-placentaire
=> HYPOXIE.

Pré-éclampsie = HTA gravidique

Physiopathologie de la forme précoce :



Pré-éclampsie = HTA gravidique traitement



- **Pas de traitement curatif**

Dépistage précoce + suivi rigoureux

Traitements médicamenteux :

- ✦ Aspirine low-dose
- ✦ Repos, arrêt de travail
- ✦ Antihypertenseur

- **Interrompre la grossesse** en préservant la santé de la mère et en évitant une trop grande prématurité

Vrai/Faux



- La pré-éclampsie est l'association d'une HTA gravidique (TA>15/9) et d'une protéinurie >30mg/24h après 25 SA
- HRP, éclampsie et HELLP syndrome sont des complications de pré-éclampsie
- La forme tardive apparaît après 36 SA
- La forme précoce a une composante héréditaire
- Dans la forme précoce, il y a une altération initiale du réseau vasculaire maternel

Vrai/Faux



- La pré-éclampsie est l'association d'une HTA gravidique (TA>15/9) et d'une protéinurie >30mg/24h après 25 SA
- FAUX !! TA>14/9 + protéinurie>300mg/24h après 20 SA
- HRP, éclampsie et HELLP syndrome sont des complications de pré-éclampsie
- VRAI
- La forme tardive apparaît après 36 SA
- FAUX 34 SA
- La forme précoce a une composante héréditaire
- VRAI
- Dans la forme précoce, il y a une altération initiale du réseau vasculaire maternel
- FAUX forme tardive

Vrai/Faux



- L'HTA, l'âge le diabète, l'IMC élevé sont des facteurs de risque pour la forme tardive
- La forme précoce correspond à un défaut de remodelage des artères spiralées
- Dans la forme précoce, le placenta manque d'O₂ dans le 1^{er} trimestre
- Dans la forme tardive, les fluctuations d'O₂ dans la CIV créent un stress oxydant qui entraîne un dysfonctionnement du ST
- Les signes cliniques sont liés à l'atteinte multiviscérale provoquée par l'inflammation généralisée de l'endothélium maternel
- Le seul traitement de la pré-éclampsie est d'interrompre la grossesse

Vrai/Faux



- L'HTA, l'âge le diabète, l'IMC élevé sont des facteurs de risque pour la forme tardive
- **VRAI**
- La forme précoce correspond à un défaut de remodelage des artères spiralées
- **VRAI**
- Dans la forme précoce, le placenta manque d'O₂ dans le 1^{er} trimestre
- **FAUX** au contraire trop d'O₂ au 1^{er} trimestre
- Dans la forme tardive, les fluctuations d'O₂ dans la CIV créent un stress oxydant qui entraîne un dysfonctionnement du ST
- **FAUX** c'est la forme précoce
- Les signes cliniques sont liés à l'atteinte multiviscérale provoquée par l'inflammation généralisée de l'endothélium maternel
- **VRAI**
- Le seul traitement de la pré-éclampsie est d'interrompre la grossesse
- **VRAI**



L'hématome rétro-placentaire



L'hématome rétro-placentaire



- Désinsertion placentaire normalement inséré, prématurément.
⇒ hématome décidual basal (*dans zone de clivage placenta/utérus*)
⇒ Interruption des échanges foeto-placentaires
- 1% des accouchements
- Absence de TRT => évacuation utérine
- Mortalité foétale de 15 à 20%

L'hématome rétro-placentaire



macroscopie	microscopie
<ul style="list-style-type: none">• Caillot arrondi, noirâtre, +/- adhérent à la face maternelle des cotylédons centraux ou marginaux• Infarctus aigu de la CIV voisine• +/- Lésions écchymotiques atteignant l'utérus, les annexes et le péritoine pelvien => apoplexie utéro-placentaire	<ul style="list-style-type: none">• Infiltration leucocytaire en périph• Réaction macrophagique• Pigments hémossidérémiques (C déciduales)• Vaisseaux villositaires :<ul style="list-style-type: none">• Vasodilatation• Thromboses (dû fibrinoïde)

L'hématome rétro-placentaire



- Pathogénie :

De l'hématome	Des troubles de l'hémostase
<p>Provenance de :</p> <ul style="list-style-type: none">- Interruption du flux sanguin suffisamment bref pour éviter infarctus- Poussée tensionnelle => rupture	<p>Provenance :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ouverture de l'hématome dans la CIV à travers le CT => inonde la circu maternelle

L'hématome rétro-placentaire



- Forme grave typique :

1/3 des cas, brutal

- Douleur permanente, aiguë : en coup de poignard
 - => dans l'utérus
 - => dans région lombaire
- hémorragie non cste, peu abondante, noirâtre
- Signes fonctionnels : nausées, vomissements, SFHTA
- Examen général : signe de choc
- Examen abdominal : contracture permanente

L'hématome rétro-placentaire

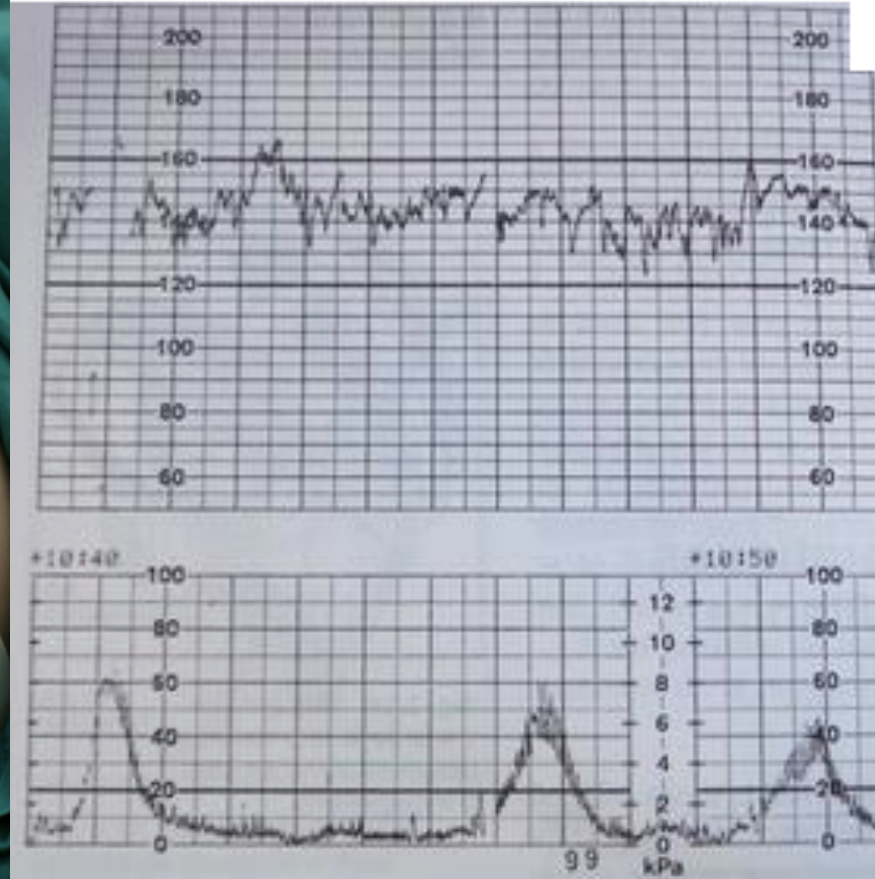


- CAT :
 - Apprécier état général
 - Demander bilan coag
 - Lancer réa
 - Rupture membranes si accessibles
 - Césarienne +++

Monitoring :

- *RCF : non fluctuant, non réactif, avec décélérations*
- *CU: hypertonie => CU freq et douloureuses*

L'hématome rétro-placentaire



Vrai/faux



- C'est un grave accident obstétrical mettant en jeu le pronostic foetal et maternel
- Il s'agit de la désinsertion placentaire survenant sur un placenta normalement inséré de façon prématuré entraînant un hématome volumineux et extensif qui va interrompre les échanges foeto-maternels
- L'incidence est de 1% des accouchements
- Le traitement est l'évacuation utérine associée à la restauration d'une hémodynamique efficace et d'une coagulation normale. C'est une urgence obstétricale.

Vrai/faux



- C'est un grave accident obstétrical mettant en jeu le pronostic foetal et maternel
- **Vrai**
- Il s'agit de la désinsertion placentaire survenant sur un placenta normalement inséré de façon prématuré entraînant un hematome volumineux et extensif qui va interrompre les échanges foeto-maternels
- **Vrai**
- L'incidence est de 1% des accouchements
- **Vrai**
- Le traitement est l'évacuation utérine associée à la restauration d'une hémodynamique efficace et d'une coagulation normale. C'est une urgence obstétricale.
- **Vrai**

Vrai/faux



- Cet hématoma va se développer au niveau du centre du placenta
- L'hématome se traduit macroscopiquement par un caillot arrondi, noirâtre, plus ou moins adhérent à la face maternelle des cotylédons centraux ou marginaux
- Dans les formes très graves d'hématome retro-placentaire, des lésions écchymotiques peuvent atteindre l'utérus et les annexes ainsi que le péritoine pelvien, réalisant une apoplexie utéro-placentaire
- A la périphérie du caillot se passe une réaction macrophagique et une infiltration leucocytaire

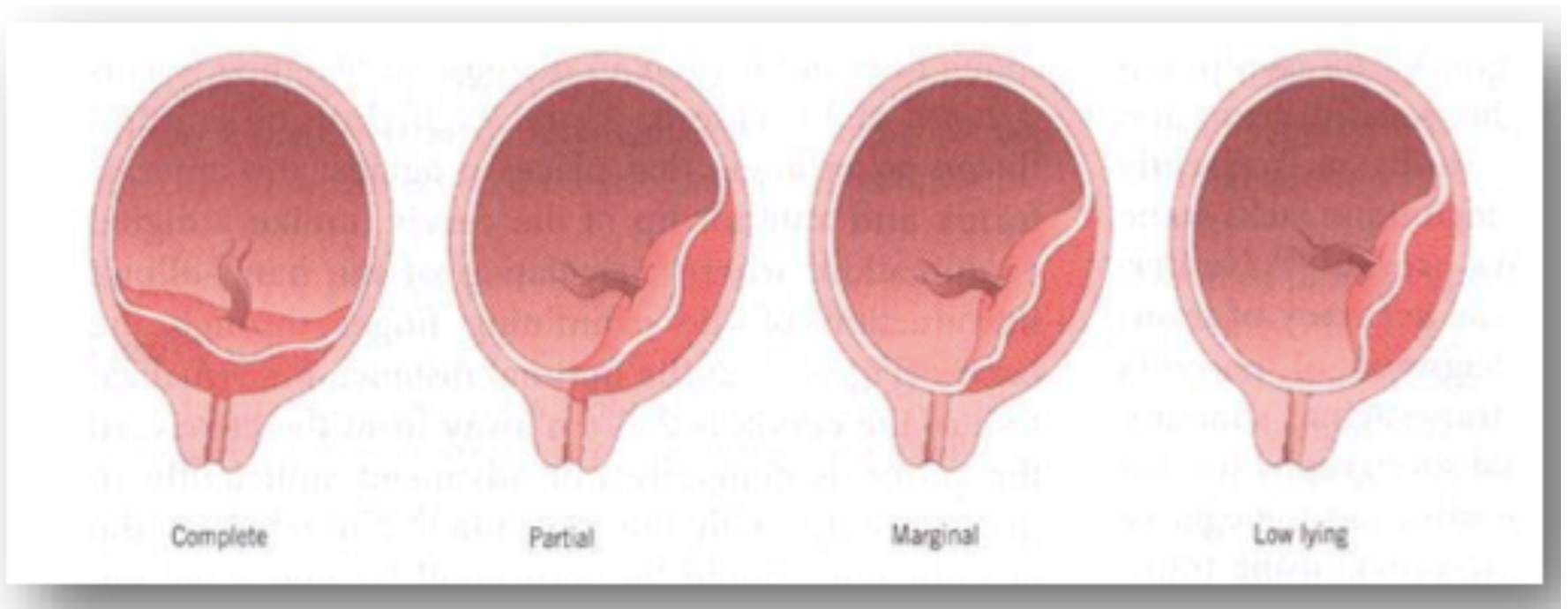
Vrai/faux



- Cet hématoma va se développer au niveau du centre du placenta
- **Faux:** au niveau de la zone de clivage du placenta et de l'utérus
- L'hématome se traduit macroscopiquement par un caillot arrondi, noirâtre, plus ou moins adhérent à la face maternelle des cotylédons centraux ou marginaux
- **Vrai**
- Dans les formes très graves d'hématome retro-placentaire, des lésions écchymotiques peuvent atteindre l'utérus et les annexes ainsi que le péritoine pelvien, réalisant une apoplexie utéro-placentaire
- **Vrai**
- A la périphérie du caillot se passe une réaction macrophagique et une infiltration leucocytaire
- **Vrai**



Placenta praevia

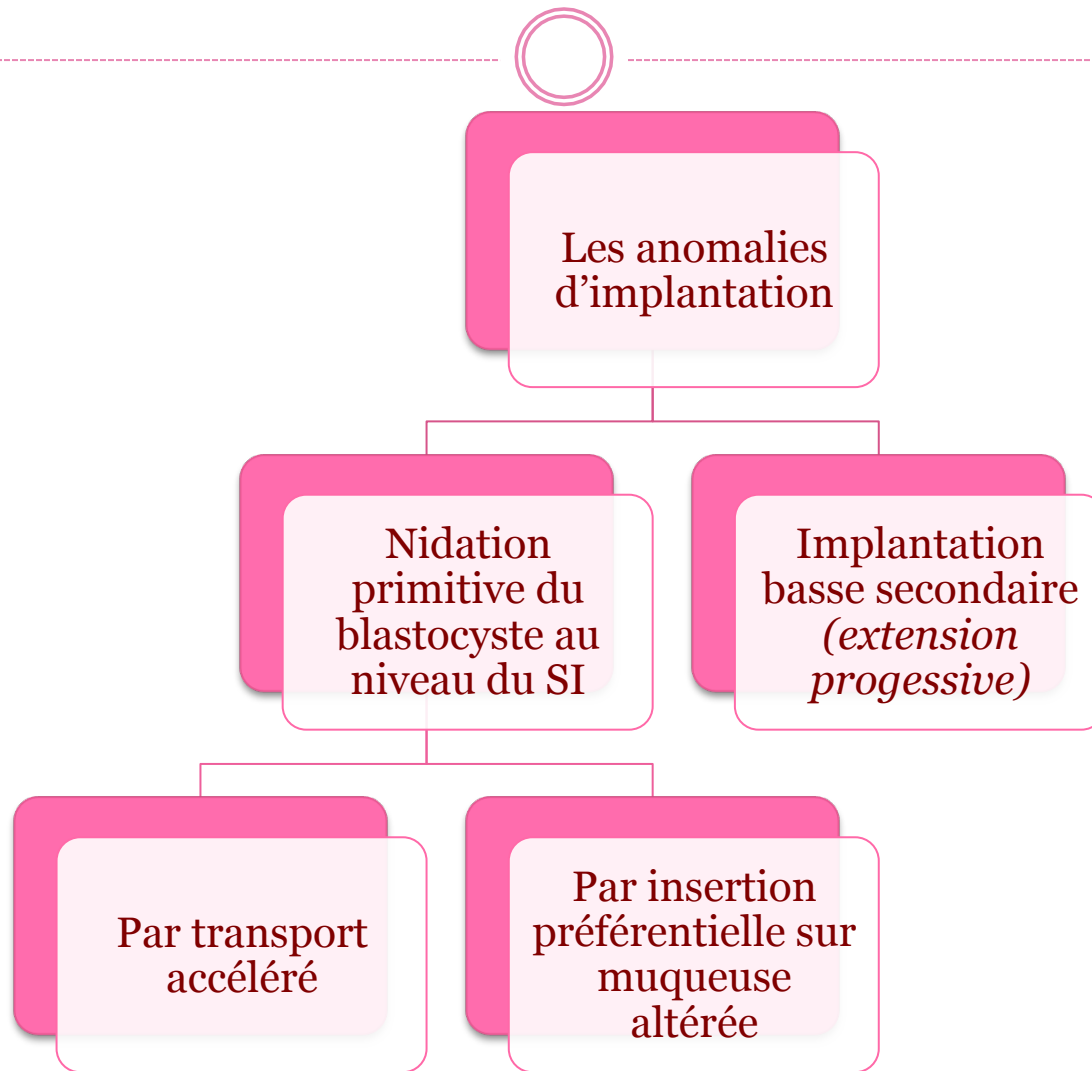


Placenta Praevia



- Placenta inséré en **totalité ou en partie sur le segment inf de l'utérus**
⇒ CU /TV /rapports sexuels : décollement partiel -> +/- hémorragies
- Fréq **0,3 à 2,6%** dont **0,3 à 0,45%** hémorragiques
- Diag + : hémorragie sang rouge T3 sans douleur
Attention : diag sans valeur avant 35 SA
- CAT :
hospitalisation urgente (VVP, bilan, monito, echo pour confirmer)
Délivrance artificielle

Placenta Praevia



Placenta Praevia



Différents types
de placenta
praevia

Placenta praevia
complet

Placenta praevia
partiel

Placenta praevia
marginal

Placenta praevia
bas inséré

Vrai/faux



- La fréquence du placenta praevia est de 0,5 à 7%
- Le diagnostic doit se faire avant 35 SA
- Le placenta praevia correspond a une anomalie de d'implantation de l'œuf qui peut être primitive ou secondaire
- Il existe 4 types de placenta praevia : complet, partiel, marginal ou bas inséré

Vrai/faux



- La fréquence du placenta praevia est de 0,5 à 7%
- **Faux : 0,3 à 2,6 %**
- Le diagnostic doit se faire avant 35 SA
- **Faux il est pas interprétable avant 35SA**
- Le placenta praevia correspond a une anomalie de d'implantation de l'œuf qui peut être primitive ou secondaire
- **Vrai : nidation primitive ou implantation basse secondaire**
- Il existe 4 types de placenta praevia : complet, partiel, marginal ou bas inséré
- **Vrai**

Vrai/faux



- Le diagnostic positif est : douleurs abdominales avec saignement abondant
- Parmi les facteurs de risque on a les utérus cicatriciels, les ATCD d'avortement, les grossesses gémellaires et les multiparités.

Vrai/faux



- Le diagnostic positif est : douleurs abdominales avec saignement abondant
- **Faux : saignement sans douleur**
- Parmi les facteurs de risque on a les utérus cicatriciels, les ATCD d'avortement, les grossesses gémellaires et les multiparités.
- **Vrai**