



Informations pour vous

Publié en septembre 2018

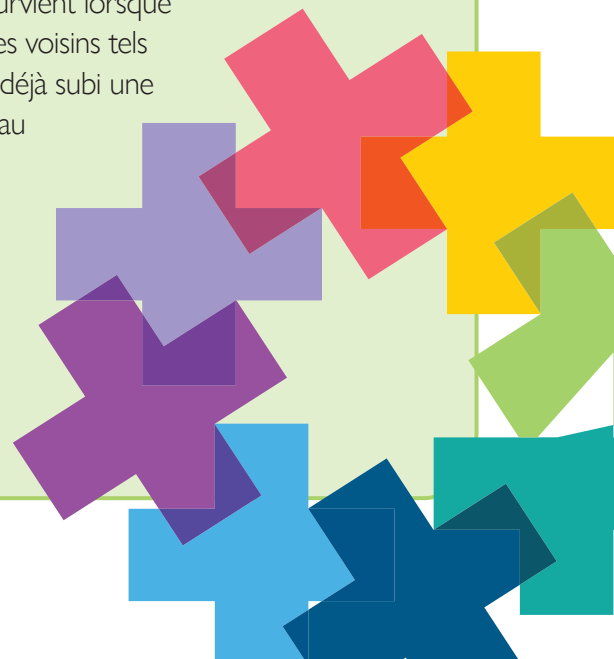
Placenta praevia, placenta accreta et vasa praevia

À propos de ces informations

Ces informations vous concernent si vous souffrez de placenta praevia (placenta bas après 20 semaines de grossesse) et/ou de placenta accreta (lorsque le placenta est collé au muscle de votre utérus). Cette brochure fournit également des informations sur le vasa praevia. elle peut également être utile si vous êtes le partenaire, un parent ou un ami d'une personne qui se trouve dans cette situation.

Points clés

- Le placenta praevia survient lorsque le placenta se fixe dans la partie inférieure de l'utérus, recouvrant parfois complètement le col de l'utérus.
- Cela peut entraîner des saignements abondants pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.
- Si vous avez un placenta praevia, votre bébé devra probablement naître par césarienne.
- Le placenta accreta est une pathologie rare mais grave qui survient lorsque le placenta est collé au muscle de l'utérus et/ou à des organes voisins tels que la vessie. Cette situation est plus fréquente si vous avez déjà subi une césarienne. Cela peut entraîner des saignements abondants au moment de l'accouchement.
- Le vasa praevia est une situation très rare et désigne un état où des vaisseaux sanguins allant de votre bébé à votre placenta, non protégés par le tissu placentaire ou le cordon ombilical, passent à proximité du col de l'utérus. Si ces vaisseaux sanguins se déchirent, cela peut être très dangereux pour votre bébé.



Ces informations vous permettront de mieux comprendre votre état de santé ainsi que les options de traitements et de prises en charge qui s'offrent à vous. Votre équipe soignante est là pour vous aider à prendre les décisions qui vous conviennent. Elle peut vous conseiller en discutant avec vous de votre situation et en répondant à vos questions.

Dans cette brochure, nous pouvons utiliser les termes 'femme' et 'femmes'. Cependant, nous savons que les personnes s'identifiant comme des femmes ne sont pas les seules à vouloir consulter cette brochure. Vos soins doivent être adaptés, inclusifs et respecter vos besoins quelle que soit votre identité de genre.

Un glossaire des termes médicaux est disponible sur le site web du RCOG à l'adresse suivante :

<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/a-z-of-medical-terms/>.

Qu'est-ce que le placenta praevia ?

Le placenta se développe avec le bébé dans l'utérus lors de la grossesse. Il se fixe à la paroi de l'utérus et assure la liaison entre vous et votre bébé. L'oxygène et les nutriments passent de votre sang au sang de votre bébé en traversant le placenta. La délivrance du placenta est effectuée peu de temps après la naissance de l'enfant.

Chez certaines femmes, le placenta se fixe dans la partie inférieure de l'utérus et peut recouvrir une partie ou la totalité du col de l'utérus. Dans la plupart des cas, le placenta se déplace en haut et s'écarte du chemin au fur et à mesure que l'utérus se développe pendant la grossesse. Chez certaines femmes, cependant, le placenta continue de reposer dans la partie inférieure de l'utérus lorsque que la grossesse se poursuit. On parle de placenta bas si le placenta se trouve à moins de 20 mm du col de l'utérus ou de placenta praevia si le placenta recouvre complètement le col de l'utérus.

Le placenta praevia est plus fréquent si vous avez déjà subi une ou plusieurs césariennes, si vous avez eu recours à un traitement de fertilité aux fins d'être enceinte ou si vous fumez.



Quels sont les risques pour moi et mon bébé ?

Vous risquez d'avoir des saignements vaginaux, en particulier vers la fin de la grossesse, car le placenta se trouve dans la partie inférieure de votre utérus. Les saignements dus au placenta praevia peuvent être très abondants, mettant parfois votre vie et celle de votre bébé en danger.

Il se peut que votre bébé doive naître par césarienne parce que le placenta peut bloquer le canal de naissance, empêchant un accouchement par voie vaginale.

Comment le placenta praevia est-il diagnostiqué ?

La présence d'un placenta bas est recherchée lors de l'échographie de routine de la 20^e semaine. La plupart des femmes qui présentent un placenta bas à 20 semaines, n'auront plus de placenta bas plus tard au cours de la grossesse. 9 femmes sur 10 présentant un placenta bas lors de leur examen à 20 semaines ne présenteront plus de placenta bas lors de leur examen de suivi ; seulement 1 femme sur 200 présentera un placenta praevia à la fin de sa grossesse. Si vous avez déjà eu un accouchement par césarienne, le placenta a moins de chances de se déplacer vers le haut de l'utérus.

Le placenta praevia est confirmé par une échographie transvaginale (la sonde est délicatement placée à l'intérieur du vagin). Cette méthode est sans danger pour vous et votre bébé et peut être utilisée vers la fin de votre grossesse pour vérifier exactement où se trouve votre placenta.

Le placenta praevia peut être suspecté si vous avez des saignements au cours de la deuxième moitié de votre grossesse. Les saignements du placenta praevia sont généralement indolores et peuvent survenir après un rapport sexuel.

Le placenta praevia peut également être suspecté à un stade ultérieur de la grossesse si l'on constate que le bébé est couché dans une position inhabituelle, par exemple les fesses en premier (siège) ou en travers de l'utérus (transverse).

Quels sont les soins prénatals supplémentaires auxquels je peux m'attendre si mon placenta est bas ?

Si votre placenta est bas lors de votre examen à 20 semaines, on vous proposera un examen de suivi à 32 semaines de grossesse pour vérifier s'il est toujours bas. Cela peut inclure un examen transvaginal. Une nouvelle échographie vous sera proposée à la 36^e semaine si votre placenta est toujours bas.

La longueur du col de l'utérus peut être mesurée lors de l'examen de 32 semaines afin de prédire si le travail peut commencer tôt et si vous avez un risque accru d'hémorragie.

Si vous avez un placenta praevia, vous avez un risque plus élevé d'accoucher prématurément (moins de 37 semaines) et on vous proposera peut-être une série d'injections de stéroïdes entre 34 et 36 semaines de grossesse pour aider votre bébé à devenir plus mature. Voir l'information pour les patients du RCOG Corticostéroïdes pendant la grossesse pour réduire les complications liées à une naissance prématurée (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/corticosteroids-in-pregnancy-to-reduce-complications-from-being-born-prematurely-patient-information-leaflet/>).

Si le travail commence tôt, il se peut que l'on vous propose un type de médicament (connu sous le nom de tocolyse) qui est administré pour essayer d'arrêter vos contractions et pour vous permettre de recevoir un traitement aux stéroïdes.

Les soins supplémentaires, y compris la nécessité ou non d'être hospitalisée, seront déterminés en fonction de votre situation personnelle. Même si vous n'avez présenté aucun symptôme auparavant, un faible risque d'hémorragie soudaine et abondante subsiste, ce qui peut nécessiter une césarienne d'urgence.

Si vous savez que votre placenta est bas, vous devez contacter l'hôpital immédiatement si vous avez des saignements vaginaux, des contractions ou des douleurs. Si vous avez des saignements, votre médecin peut être amené à effectuer un examen aseptique pour vérifier l'importance de la perte de sang et son origine. Il s'agit d'un examen sans danger et votre consentement vous sera demandé au préalable.

Vous devez essayer d'éviter l'anémie pendant la grossesse en ayant un régime alimentaire sain et en prenant des suppléments de fer si votre équipe soignante vous le recommande. Votre taux d'hémoglobine (qui indique si vous êtes anémique) sera contrôlé à intervalles réguliers pendant votre grossesse.

Comment mon bébé naîtra-t-il ?

Vers la fin de votre grossesse et dès la confirmation du placenta praevia, vous aurez la possibilité de parler de vos options d'accouchement avec votre professionnel de santé.

Votre équipe soignante s'entretiendra avec vous de la manière la plus sûre d'accoucher en fonction de votre situation personnelle.

Si le bord de votre placenta se trouve à moins de 20 mm de l'entrée du col de l'utérus lors de votre échographie à 36 semaines, une césarienne sera le moyen le plus sûr pour vous d'accoucher. Si le placenta se trouve à plus de 20 mm du col de l'utérus, vous pouvez choisir d'accoucher par voie basse.

À moins que vous n'ayez des saignements abondants ou récurrents, votre césarienne aura généralement lieu entre la 36^e et la 37^e semaine. Si vous avez eu des saignements vaginaux pendant votre grossesse, il se peut que votre césarienne doive avoir lieu plus tôt.

Si vous subissez une césarienne, un obstétricien et un anesthésiste expérimentés doivent être présents au moment de l'accouchement et vous devez accoucher dans un hôpital disposant des installations nécessaires pour vous soigner en cas de saignements abondants. Ceci est particulièrement important si vous avez déjà subi une ou plusieurs césariennes.

Votre anesthésiste abordera avec vous les possibilités d'anesthésie en cas d'accouchement par césarienne.

Pendant votre césarienne, il se peut que vous ayez des saignements plus abondants que la moyenne. Les médecins ont différentes possibilités d'intervenir pour arrêter les saignements, mais si ces derniers persistent et ne peuvent pas être contrôlés par d'autres moyens, une hystérectomie (ablation de l'utérus) peut s'avérer nécessaire.

Si vous avez des saignements abondants avant la date prévue de l'accouchement, on vous conseillera peut-être d'accoucher plus tôt que prévu.

Si vous avez un placenta praevia, il est très probable que vous ayez besoin d'une transfusion sanguine, en particulier si vous avez des saignements très abondants. Lors d'une césarienne programmée, du sang doit être mis à votre disposition en cas de besoin. Si vous pensez que vous ne pourrez jamais accepter une transfusion sanguine, vous devez l'expliquer à votre équipe soignante le plus tôt possible au cours de votre grossesse. Vous aurez ainsi la possibilité de poser des questions et de discuter de plans alternatifs si nécessaire. Pour plus d'informations, voir l'information patient du RCOG **Transfusion sanguine, grossesse et accouchement** (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/blood-transfusion-pregnancy-and-birth-patient-information-leaflet/>).

Qu'est-ce qu'un placenta accreta ?

Le placenta accreta est une complication rare lors de la grossesse (entre 1 sur 300 et 1 sur 2000). C'est lorsque le placenta se développe dans le muscle de l'utérus, ce qui rend son expulsion très difficile au moment de l'accouchement.

Le placenta accreta est plus fréquent chez les femmes présentant un placenta praevia et ayant déjà subi une ou plusieurs césariennes, mais il peut également survenir si vous avez subi une autre intervention chirurgicale sur votre utérus, ou si vous présentez une anomalie utérine telle que des fibromes ou un utérus bicorné. Il est plus fréquent si vous êtes plus âgée (plus de 35 ans) ou si vous avez subi un traitement de fertilité, en particulier une fécondation in vitro (FIV).

Le placenta accreta peut être suspecté lors des échographies que vous aurez au cours de votre grossesse. Des examens complémentaires tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peuvent aider au diagnostic, mais votre médecin sera seulement en mesure de vous confirmer cette situation, qu'au moment de votre césarienne.

Si vous avez un placenta accreta, il peut y avoir des saignements lorsque vous tentez d'expulser votre placenta après la naissance de votre bébé. Les saignements peuvent être abondants et une hystérectomie peut être nécessaire pour les arrêter. Il existe un risque de blessure de la vessie lors de la délivrance du placenta, qui dépend de votre situation personnelle.

Si un placenta accreta est suspecté avant la naissance de votre bébé, votre médecin discutera avec vous des options qui s'offrent à vous et des soins supplémentaires dont vous aurez besoin au moment de l'accouchement. Il peut être prévu que vous accouchiez tôt, entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse, en fonction de votre situation personnelle. Vous devrez accoucher dans un hôpital disposant d'installations spécialisées et d'une équipe expérimentée dans la prise en charge des femmes présentant cette pathologie. Votre équipe peut discuter avec vous de l'option d'une hystérectomie par césarienne planifiée (ablation de votre utérus avec le placenta encore en place, immédiatement après la naissance de votre bébé) si le placenta accreta est confirmé lors de l'accouchement.

Il est possible de laisser le placenta en place après la naissance, pour lui permettre de se résorber pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Malheureusement, ce type de traitement est souvent inefficace et peut être associé à des complications très graves telles que des hémorragies et des infections. Cependant une hystérectomie pourra être envisagée chez certaines femmes.

Votre équipe soignante discutera avec vous d'un plan de soins spécifique en fonction de votre situation personnelle.

Qu'est-ce que le vasa praevia ?

Le vase praevia est une pathologie très rare qui touche entre 1 sur 1200 et 1 sur 5000 grossesses. Dans ce cas là, les vaisseaux sanguins allant de votre bébé à votre placenta, non protégés par le tissu placentaire ou le cordon ombilical, passent près du col de l'utérus. Ces vaisseaux sanguins sont très délicats et peuvent se déchirer pendant l'accouchement ou lorsque vous perdez les eaux. Cette situation est très dangereuse puisque le sang qui est perdu provient de votre bébé. Les bébés n'ont qu'une petite quantité de sang dans leur corps ; le peu de quantité de sang perdu suffit à altérer leur état de santé, voire à ce qu'ils meurent. Jusqu'à 6 bébés sur 10 peuvent en mourir.

Si votre professionnel de santé pense que vous avez un vasa praevia lorsque vous commencez le travail ou lorsque vous perdez les eaux, votre bébé doit naître en urgence. Une césarienne d'urgence est généralement recommandée.

Si votre placenta est bas, si vous portez plus d'un enfant ou si votre placenta ou votre cordon ombilical se développe de manière inhabituelle, vous avez un risque plus élevé d'avoir un vasa praevia. Il se peut que l'on vous propose un examen supplémentaire au cours de votre grossesse pour vérifier si vous êtes atteinte de cette pathologie.

Si l'on découvre que vous avez un vasa praevia avant le début du travail, une césarienne planifiée vers la 34e-36e semaine de grossesse vous sera proposée. Puisque cela signifie que votre bébé naîtra prématurément, un traitement aux stéroïdes (deux injections à 12-24 heures d'intervalle) vous sera proposé pour aider à la maturation des poumons et des autres organes de votre bébé. Voir l'information pour les patients du RCOG **Corticostéroïdes pendant la grossesse pour réduire les complications liées à une naissance prématurée** (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/corticosteroids-in-pregnancy-to-reduce-complications-from-being-born-prematurely-patient-information-leaflet/>).

Informations supplémentaires

National Childbirth Trust (NCT): www.nct.org.uk/pregnancy/low-lying-placenta

Tommy's: www.tommys.org/pregnancy-information/pregnancy-complications/low-lying-placenta-placenta-praevia

Faire un choix

Faire un choix

3 questions à poser

Si on vous demande de faire un choix, il se peut que vous ayez beaucoup de questions à poser. Vous pouvez également discuter de vos options avec votre famille ou vos amis. Faire une liste des questions que vous aimeriez poser lors de votre rendez-vous peut vous être utile.



1. Quels sont mes choix ?
2. Comment peut-on m'aider à prendre la décision qui me convient ?
3. Quels sont les avantages et les inconvénients de chaque choix ?

* «Ask 3 Questions» est basé sur Shepherd HL, et coll. Trois questions que les patients peuvent poser pour améliorer la qualité des informations que les médecins donnent sur les choix de traitement : Un essai croisé. Éducation et conseil aux patients, 2011;84 : 379-85

<https://aqua.nhs.uk/resources/shared-decision-making-case-studies/>

Sources et remerciements

Ces informations ont été élaborées par le Comité d'informations destinées aux patientes du RCOG. Elles reposent sur les lignes directrices de « Green-top » n° 27(a) du RCOG, Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnostic et prise en charge, and 27(b), Vasa Praevia: Diagnostic et prise en charge. Ces directives contiennent une liste complète des sources de données probantes que nous avons utilisées. Vous pouvez les trouver en ligne à l'adresse suivante: www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27a and www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27b.