

Métrorragies et transferts pendant la grossesse (Placenta Prævia, Accréta, Vasa Prævia)

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	02/11/2022	Création

Indexation : 2022_ref_MTR_transferts.docx, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Rédaction** : Dr Allouche, Obstétricien, CHU Toulouse.
- ✓ **Relecture** : Dr Bertrand, RPO ; Dr Marie Portes, RPO.
- ✓ **Validation** : Conseil scientifique RPO du 18/10/2022

Objet	Le protocole décrit la prise en charge des patientes lors d'un transfert in-utero pour métrorragies pendant le deuxième et troisième trimestre de la grossesse : Placenta Prævia, Vasa Prævia et Placenta Accréta
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
Documents de référence	Recommandations HAS 2012 : « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts entre les établissements de santé.
Abréviations utiles	ACOG : American college of obstetricians and gynecologists ACM : artère cérébrale moyenne AR : anesthésiste réanimateur CAT : conduite à tenir CI : contre-indication CP : comprimés ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal GO : gynécologue-obstétricien HPP : hémorragie du post-partum HRP : hématome rétro placentaire IM : intra musculaire IRM : imagerie par résonance magnétique LP : libération prolongée NFS : numération formule sanguine OI : orifice interne PSL : produits sanguins labiles RAI : recherche agglutinines irrégulières SA : semaines d'aménorrhées SAMU : service d'aide médicale urgente SMUR : structure mobile d'urgence réanimation TAS : tension artérielle systolique TCA : temps de céphaline activée TIU : transfert in utéro TP : taux de prothrombine TV : toucher vaginal UI : unités internationales

Référentiel

I.	PLACENTA PRAEVIA	2
A.	Définition	2
B.	Prise en charge	2
1.	Placenta Prævia asymptomatique.....	2
2.	Placenta Prævia symptomatique.....	3
II.	Placenta Accreta	7
A.	Définition	7
B.	Diagnostic	7
C.	Prise en charge	7
1.	Placenta Accrétâ asymptomatique suspecté en anténatal	7
2.	Placenta Accrétâ suspecté en anténatal avec hémorragie massive.....	7
III.	Vasa Prævia	8
A.	Définition	9
B.	Prise en charge	9

I. PLACENTA PRAEVIA

A. Définition

Le placenta est dit prævia lorsqu'il est inséré en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

On distingue 3 formes de placenta prævia selon la topographie :

- Placenta recouvrant totalement ou partiellement l'OI du col utérin
- Placenta marginal affleurant l'OI
- Placenta latéral à moins de 5 cm de l'OI

L'échographie endovaginale est l'examen de référence pour préciser la localisation placentaire et mesurer la distance en millimètres entre le bord inférieur du placenta et l'OI.

B. Prise en charge

1. Placenta Prævia asymptomatique

a. Au cours de la grossesse

- Suivi obstétrical dans l'établissement d'origine
- Pas d'hospitalisation nécessaire même en cas de placenta prævia recouvrant
- Prévention et traitement de l'anémie
- Information appropriée (traducteur si besoin) de la patiente quant aux éventualités possibles, notamment la survenue possible de métrorragies abondantes avec nécessité de consulter en urgence au plus proche. Information également sur les risques de l'accouchement :
 - Actes chirurgicaux nécessaires en cas d'hémorragie incontrôlable ou d'accrétion non diagnostiquée au préalable
 - Transfusion de produits sanguins

- **Les éventuels refus ou inquiétudes doivent être pris en charge et documentés dans le dossier médical**
- Contrôle échographique de la topographie placentaire à 32 et 36 SA

b. Lieu d'accouchement

Du fait du risque d'hémorragie obstétricale massive associé au placenta prævia, il est souhaitable que l'accouchement ait lieu dans une maternité disposant :

- D'une banque de sang
- D'un service de réanimation adulte ou de surveillance continue

Dans le cas contraire : orientation de la patiente vers une maternité disposant de tels moyens dès 32 SA (après confirmation de protocole recouvrant).

c. Mode et terme d'accouchement

- Distance OI – bord inférieur du placenta > 20 mm : voie basse préférable.
- Distance OI – bord inférieur du placenta entre 0 et 20 mm : césarienne recommandée mais la tentative de voie basse est possible si les conditions obstétricales sont favorables.
- Césarienne programmée entre 38 et 38 SA + 6j en cas de :
 - Placenta recouvrant total ou partiel
 - Présentation dystocique

Cas particulier : la césarienne sur placenta prævia antérieur en regard du trajet de l'hystérotomie segmentaire transversale

- L'extraction par décollement du placenta semble préférable à l'incision transplacentaire
- Il n'est pas recommandé de réaliser une hystérotomie à distance du lit placentaire (corporéale) pour réduire la morbidité maternelle

2. Placenta Prævia symptomatique

	Hémorragie massive	Hémorragie active et importante	Hémorragie modérée
Nombre de protection	1 protection pleine toutes les 5 minutes pendant 1h	1 protection pleine toutes les 15 minutes pendant 1h	1 protection pleine toutes les 30 minutes pendant 1h
Quantité de sang perdue	<u>1litre/ heure</u>	<u>400cc/heure</u>	<u>200cc/heure</u>
Que faire ?	Naissance sur place	CI au transfert, à réévaluer	Transfert possible

a. Evaluation initiale

- ➔ Prévenir obstétricien de garde et anesthésiste.
- ➔ Pose d'une voie veineuse de bon calibre : 18G (vert) au minimum et 16G (gris) chaque fois que possible, voire une deuxième voie si signes de choc hémorragique.

- **Clinique**
 - Examen au speculum, pas de TV endocervical +++
 - Monitoring (mesure régulière non invasive de la pression artérielle, fréquence cardiaque, oxymétrie du pouls)
 - Evaluation du volume des pertes sanguines
 - Eliminer les diagnostics différentiels : HRP, hémorragie extra-utérine
- **Paraclinique**

➤ **Biologie**

- Groupe sanguin, rhésus (2 déterminations)
- RAI (si la précédente date de plus de 72h)
- NFS-plq, TP, TCA, fibrinogène
- Test de Kleihauer (> 25 SA si disponible dans la structure de soins)

➤ **ERCF**

➤ **Echographie obstétricale**

- Voie abdominale (diagnostic : localisation placentaire et retentissement fœtal : vitalité, signes d'anémie (pic systolique ACM))
- Voie endovaginale (topographie placentaire, distance OI – bord inférieur du placenta, recherche de vaisseaux prævia)

b. Placenta Prævia avec hémorragie massive (1 protection pleine toutes les 5 min pendant 1 h ou 1 litre/heure)

- **Extraction fœtale immédiate par césarienne**
- Appel du pédiatre dès la décision de terminaison de la grossesse
- L'intervention anténatale du SMUR pédiatrique peut être sollicitée afin de constituer un renfort à la prise en charge du nouveau-né
- En fonction de la gravité du tableau maternel, un transfert en post partum peut être envisagé :
 - Chez une patiente en état hémodynamique corrigé et stable
 - En prévision d'une embolisation ou d'une prise en charge en réanimation

c. Placenta Prævia avec hémorragie modérée (1 protection pleine toutes les 30 min pendant 1h ou 200cc par heure)

En fonction du terme : envisager traitement conservateur (particulièrement aux âges gestationnels précoces)

i. Corticothérapie anténatale à visée maturation fœtale

- A discuter avec l'établissement receveur dans la mesure du possible
- À partir de 23 SA et 5 jours
- Doit précéder le transfert +++ après accord du centre receveur
- Bétaméthasone 12mg IM à renouveler 24h plus tard

ii. Tocolyse initiale

- Bénéfice démontré pour augmenter le délai entre le début des saignements et l'extraction fœtale
- 2 tocolytiques peuvent être utilisés avant 34 SA :

1) Inhibiteurs calciques : prescription hors AMM

Traitement d'attaque :

- 1 cp de Nifédipine 20 mg LP, à répéter une fois après les 30 min (soit 2 cp en 30 min)
- surveillance de la pression artérielle : toutes les 15 min durant 2h (si TAs < 100mmHg ou baisse de la TA > 20% ou si symptômes cardiovasculaires : arrêt immédiat du traitement)

Traitement d'entretien :

- Nifédipine 20 mg LP : 1cp / 8h (3j)
- A débiter 3h après la dernière prise du traitement d'attaque
- Attendre au moins 2h pour juger de l'efficacité ou non de la Nifédipine
- Durée du traitement : 48h (6 cp au total)

2) Antagonistes de l'ocytocine : Atosiban

En cas d'échec des inhibiteurs calciques ou d'emblée : dose de charge puis d'entretien.

3) Les bêtamimétiques IV, dans cette indication, son formellement contre-indiqués.

iii. Le transfert in utero (TIU)

- **Appel de la cellule transfert qui fait le point sur les places maternelles et pédiatriques disponibles et appel du régulateur SAMU pour faire le point sur le vecteur disponible le plus adapté à la patiente et au trajet.**
- **Décision médicale** : accord entre le médecin demandeur (qui doit être présent auprès de la patiente), le médecin receveur (chef de garde) et le médecin régulateur du SAMU
- **L'état clinique de la patiente doit être réévalué au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport**
- **Check-list avant transfert in utero** :
 - Information de la patiente
 - Dossier médical complet (sérologies, carte de groupe sanguin, échographies, résumé du suivi obstétrical, dernier ERCF)
 - Fiche TIU RPO ou courrier médical.

iv. Choix de l'établissement receveur

Les indications recommandées de transfert in utero selon les types de maternité sont fonction du **terme** de survenue des symptômes et de **l'estimation pondérale fœtale**.

Le choix de l'établissement receveur tient compte des contraintes géographiques et de la disponibilité de place dans la maternité d'accueil.

- **Pour les grossesses < 23/24 SA** : pas d'indication de TIU à priori
- **Pour les grossesses > 23/24 SA et < 32 SA**, ou si l'estimation pondérale fœtale est inférieure à 1500g TIU vers le niveau III
- **Pour les grossesses entre 32 SA et 35 SA + 6j** avec estimation pondérale >1500g, le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type II.

En cas d'indisponibilité de places dans les structures de niveau de soins adaptées à l'échelle régionale, un transfert hors région peut être envisagé.

Une conférence téléphonique entre le médecin régulateur et les médecins des établissements demandeur et receveur doit déterminer les délais du transfert, la médicalisation de la patiente (monitorage, abords vasculaires, thérapeutiques) et le choix du mode de transport (vecteur).

- **Contre-indications du TIU**
 - Les métrorragies actives et importantes (une protection pleine toutes les 15 min pendant plus d'1h ou 400cc /heure)
 - Tout risque d'accouchement en cours de transport
 - Tout état hémodynamique non stabilisé ou gravissime
 - Toute anomalie du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction d'urgence

v. Orientation en primaire d'un placenta prævia hémorragique à domicile

- **Le transport : choix du vecteur**

En cas de demande de transfert en primaire pour une patiente ayant des métrorragies à domicile, la règle est d'aller vers **la maternité la plus proche**, idéalement celle qui suit la patiente même si elle n'est pas adaptée au terme de la grossesse. Le point sera fait entre les 3 possibilités (césarienne, surveillance sur place ou transfert vers le niveau adapté).

Eventuellement, après concertation entre le régulateur du SAMU, la maternité la plus proche et la maternité adaptée au terme, on peut envisager que la patiente soit conduite directement de son domicile vers la maternité adaptée à son terme si et seulement si :

- Le placenta prævia est connu et documenté
- La patiente présente des MTR modérées (1 protection pleine toutes les 30 min pendant 1h ou 200 cc / heure) isolées (pas de douleurs)

- Le trajet vers la maternité adaptée au terme rajoute moins de 30 min au trajet vers la maternité la plus proche.

vi. La réorientation

Le retransfert doit être proposé à la femme enceinte dès que l'amélioration de son état l'autorise ou si le terme de la grossesse a un avancement plus tardif. Ces deux situations permettent le retour de la femme enceinte vers sa maternité d'origine ou vers un établissement plus proche de son domicile.

Réfléchir ensemble (centre adresseur, centre receveur, patients) pour déterminer la CAT après un transfert pour PP en étudiant toutes les possibilités :

- Rester en niveau III
- Aller dans un niveau III plus proche
- Aller dans un niveau II
- Être hospitalisée dans le niveau I d'origine
- Retour à domicile

Prendre en compte :

- Le nombre de récurrence hémorragique du post partum
- La présence de vaisseaux praevia
- L'éloignement de la patiente d'un Centre Hospitalier
- La compréhension de la pathologie
- La facilité d'obtenir un vecteur
- L'organisation des soins de la maternité la plus proche du domicile

Un contact avec l'équipe médicale de l'établissement receveur est réalisé pour :

- Valider la demande et transmettre les éléments du dossier
- Vérifier, en concertation avec les pédiatres, les disponibilités de places
- Définir les modalités de transport
- Déterminer la date et l'heure du transfert

Dans certains cas, un retour à domicile peut être discuté et nécessite un accord préalable entre l'équipe médicale de l'établissement envoyeur et receveur (accord souhaitable du médecin qui assurera la poursuite de suivi obstétrical).

- **Check-list avant retransfert**

- Dossier médical complet (sérologies, carte de groupe sanguin, échographies, résumé du suivi obstétrical, dernier ERCF)
- Fiche TIU RPO ou courrier médical

vii. La consultation post natale

Lors de la consultation post natale, penser à proposer une reprise des événements autour du transfert et du vécu de la patiente : douleur, angoisse de mort, séparation avec le nouveau-né...

II. Placenta Accréta

A. Définition

L'accrétion se définit par l'absence de caduque déciduale entre le placenta et le myomètre induisant une « adhésion pathologique des villosités placentaires à la paroi utérine » et parfois aux structures avoisinantes (principalement la vessie). On parle de placenta accréta, increta ou percreta selon que son insertion pénètre dans la déciduale basale, dans le myomètre ou au-delà.

B. Diagnostic

- Suspecté devant des facteurs de risque en particulier :
 - Placenta prævia
 - Utérus cicatriciel : le risque d'accrétion augmente avec le nombre de cicatrices antérieures
- Exploré par l'imagerie : le dépistage anténatal du placenta accréta permet l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire +++
 - Echographie 2D + doppler couleur, 3D couleur : échographie de référence souhaitable
 - IRM +++

C. Prise en charge

1. Placenta Accréta asymptomatique suspecté en anténatal

a. Lieu d'accouchement

Lorsqu'un placenta accréta est suspecté en anténatal, la naissance doit être organisée dans une structure disposant de moyens humains et techniques adaptés disposant :

- De toutes les compétences chirurgicales nécessaires (autre obstétricien, chirurgien vasculaire, urologue ou digestif)
- D'une banque de sang
- D'un plateau de radiologie interventionnelle
- Et à proximité d'un service de réanimation adulte

L'orientation vers la structure adaptée sera envisagée dès que le diagnostic sera suspecté en anténatal au terme du bilan d'imagerie.

Cas particulier : en cas de placenta prævia antérieur sur utérus cicatriciel, le risque d'accrétion justifie le dépistage anténatal par imagerie et l'orientation de la patiente vers une structure adaptée.

b. Modalités d'accouchement

En cas de patiente totalement asymptomatique, il semble préférable de ne pas dépasser 38 SA. L'information de la patiente sur le plan de traitement exposera :

- La prise en charge privilégiée en 1ère intention : conservatrice vs césarienne-hystérectomie
- Le type de cicatrice cutanée et utérine
- Les gestes complémentaires en cas de complication hémorragique

2. Placenta Accréta suspecté en anténatal avec hémorragie massive

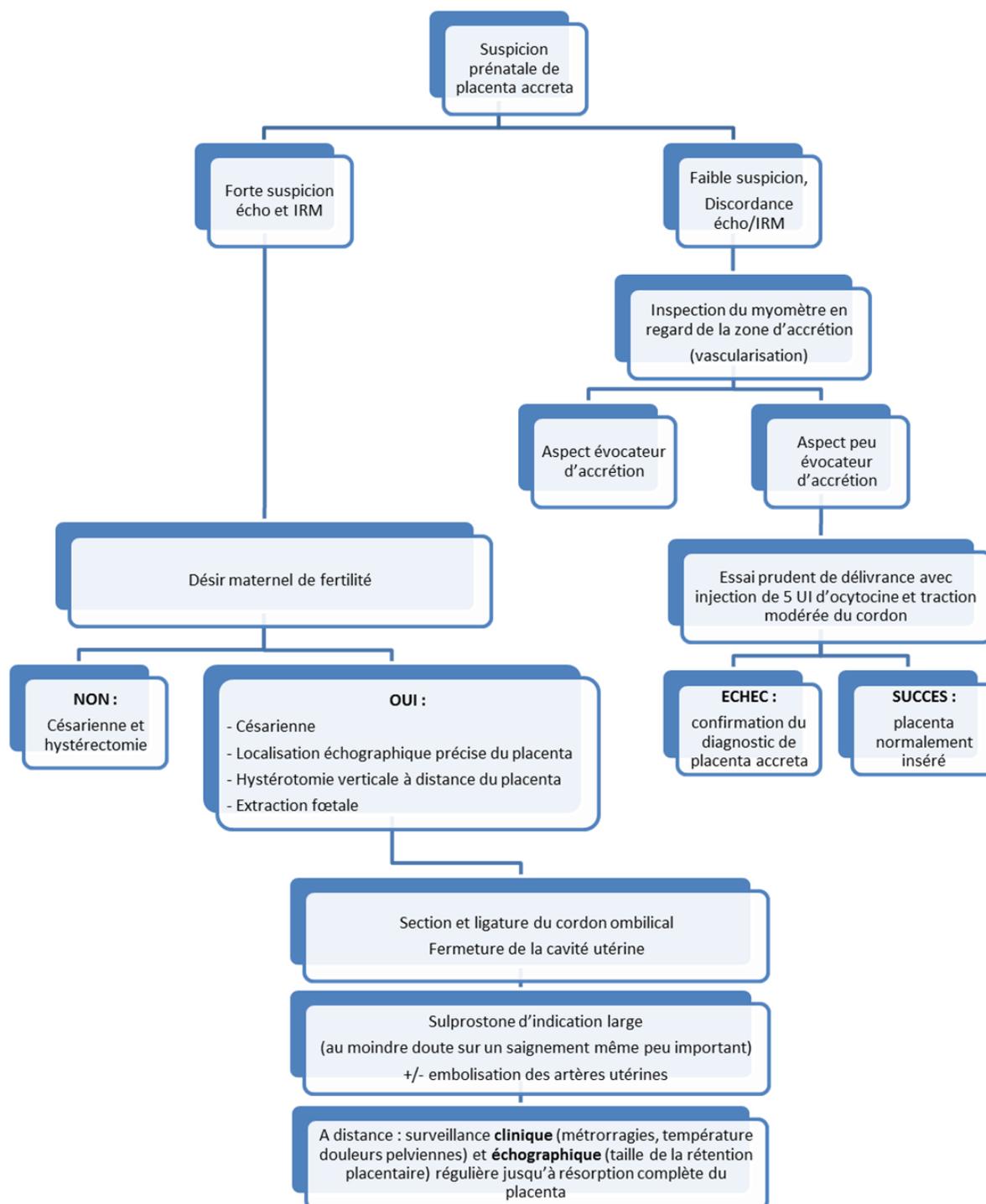
- Extraction fœtale immédiate par césarienne
- Appel du pédiatre dès la décision de terminaison de la grossesse
- L'intervention anténatale du SMUR pédiatrique peut être sollicitée afin de constituer un renfort à la prise en charge du nouveau-né.
- En fonction de la gravité du tableau maternel, un transfert en post-partum peut être envisagé :
 - Chez une patiente en état hémodynamique corrigé et stable
 - En prévision d'une embolisation ou d'une prise en charge de réanimation

c. Modalités de la césarienne

- Incision utérine de préférence au-dessus du lit placentaire (corporéale)

- Extraction de l'enfant
- Éviter la délivrance forcée ++ (méthode extirpative)
- En cas de doute diagnostique : tentative prudente de délivrance par injection de 5 UI d'ocytocine et traction modérée du cordon
- (Pour l'ACOG, en cas de forte suspicion anténatale d'accrétion : pas de délivrance artificielle)
- En cas d'échec : hystérectomie ou traitement conservateur en fonction de l'âge de la patiente, désir de grossesse ultérieur, stabilité hémodynamique

Schéma : prise en charge proposée en cas de diagnostic prénatal de placenta accréta



III. Vasa Prævia

A. Définition

L'expérience de vaisseaux fœtaux parcourant les membranes ovulaires accolées à l'orifice interne du col utérin.

Deux types sont décrits :

- Le type 1 est consécutif à une insertion vélamenteuse du cordon ombilical
- Le type 2 est consécutif à l'existence d'anastomoses vasculaires entre les différentes parties d'un placenta comportant un ou des lobes accessoires.

B. Prise en charge

Le diagnostic est difficile avant la rupture des membranes à rechercher devant tout placenta bipartita ou prævia. En cas de diagnostic anténatal avant la mise en travail et en fonction du terme :

- Discuter corticothérapie anténatale à visée maturation fœtale et **orientation vers une structure disposant de soins pédiatriques adaptés : césarienne à organiser vers 34-35 SA**
- La rupture de vasa prævia (hémorragie de Benckiser) impose **une extraction fœtale immédiate par césarienne. C'est une contre-indication au transfert *in utero***