Hémorragie antepartum et intrapartum

Salus Global.

Bienvenue à la présentation sur l'**Hémorragie antepartum et intrapartum**.
Durée approximative : **50 minutes**.

Édition : mars 2026.

REMARQUES À L'INTENTION DE L'APPRENANT(E)

- Messages clés
- Conseils de navigation

L'IMPORTANCE DU SUJET – MOMENTS À HAUT RISQUE

- L'importance du sujet
- Mesures concrètes pour de meilleurs soins et des équipes plus sécuritaires

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Objectifs d'apprentissage
- Surveillance et mesure

Questions de réflexion pour mesurer les impacts

CONTENU CLINIQUE CLÉ

Fondements de l'hémorragie antepartum

Placenta prævia

Troubles du spectre du placenta accreta (SPA)

Décollement placentaire

Vasa prævia

HAP : Consolidation des connaissances

Intégration avec des sujets connexes

Résumé

CULTURE DE SÉCURITÉ

Culture de sécurité relative à l'HAP

RÉCAPITULATIF

Questionnaire et journalisation

Références

Messages clés

Veuillez sélectionner les éléments suivants pour les messages importants.

Remarque importante

Le contenu du programme amproOB est élaboré à partir de directives provenant de ressources cliniques fondées sur des données probantes et des lignes directrices disponibles à la date de publication. Il pourrait ne pas inclure les publications, les lignes directrices cliniques et les normes les plus récentes ni d'autres mises à jour.

Le contenu est fourni à titre informatif et ne constitue pas une recommandation concernant la norme de soins en vigueur au moment de l'utilisation, y compris, mais sans s'y limiter, le traitement, la posologie ou l'approche procédurale. Les recommandations et le contenu de ces sujets ne remplacent pas le jugement professionnel indépendant, l'expertise et la prise de décision des professionnels de la santé qualifiés, qui doivent tenir compte des circonstances particulières de chaque patient, notamment son état de santé individuel et ses préférences, et les pratiques fondées sur les données probantes les plus récentes.

Salus Global décline expressément toute garantie, représentation et condition expresse, implicite, collatérale ou légale, qu'elle soit écrite ou orale, y compris toute garantie et condition implicite, qu'elle soit écrite ou orale, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie implicite de qualité marchande, d'absence de contrefaçon, de fiabilité, d'exhaustivité, de précision, de qualité, d'aptitude à un emploi particulier ou d'utilisation. Il est fortement conseillé aux utilisateurs de consulter d'autres sources et d'exercer leur propre jugement clinique lorsqu'ils appliquent ces renseignements dans leur pratique.

En utilisant ce contenu, vous reconnaissez et acceptez que la responsabilité finale des décisions relatives aux soins et au traitement des patients incombe exclusivement au prestataire de soins de santé.

Langage inclusif et reconnaissance du genre

Nous nous engageons à communiquer de manière inclusive et respectueuse. Nos documents font actuellement l'objet d'une révision afin de se conformer aux directives du gouvernement du Canada en matière de rédaction inclusive, qui encouragent l'utilisation d'un langage non stéréotypé et inclusif sur le plan du genre, ainsi que la reconnaissance de toutes les identités de genre. Lorsque les citations directes ou les documents cités ne reflètent pas ces principes, nous encourageons les apprenantes et apprenants à interpréter et à appliquer le contenu dans un cadre de travail inclusif, équitable et respectueux.

Bien-être et contenu sensible

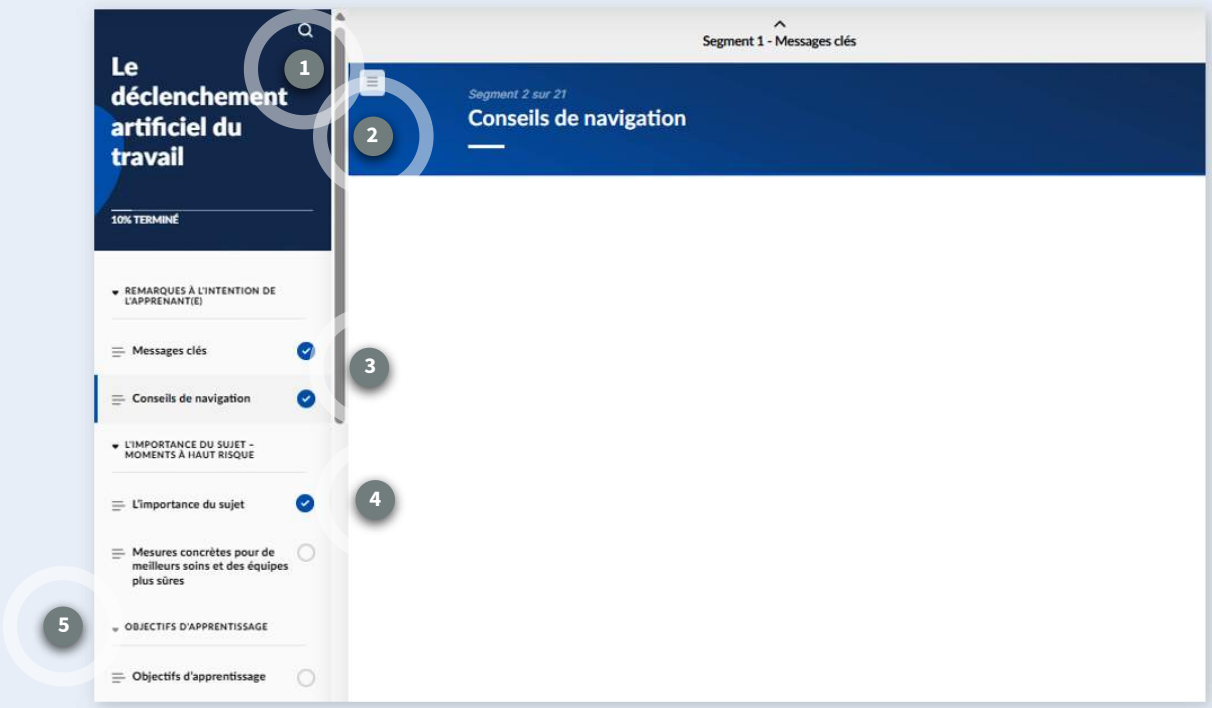
Certains thèmes abordés dans ce module peuvent faire référence à des événements cliniques indésirables ou à des expériences professionnelles une source de détresse, en particulier pour les personnes qui ont subi un traumatisme ou sont victimes du phénomène de « seconde victime ». Veuillez prendre soin de votre bien-être lorsque vous consultez ces documents, et n'hésitez pas à faire une pause ou à demander de l'aide si nécessaire.

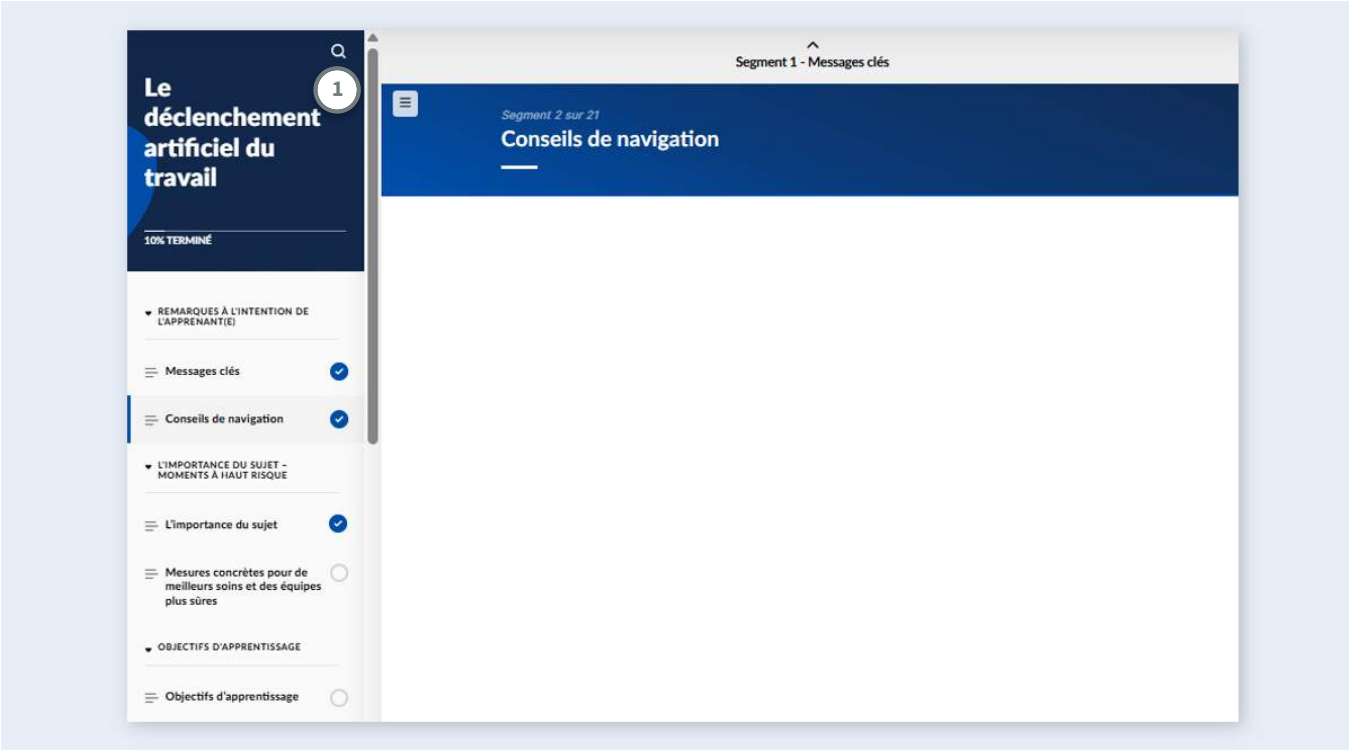
Utilisation de l'intelligence artificielle pour le développement du contenu

Lorsque des outils d'intelligence artificielle ont été utilisés dans la préparation des documents préliminaires, l'ensemble du contenu a par la suite fait l'objet d'un examen approfondi, d'une révision et d'une validation par des professionnels qualifiés. Les documents finaux sont vérifiés par des humains afin d'en assurer l'exactitude, la qualité et la pertinence.

Conseils de navigation

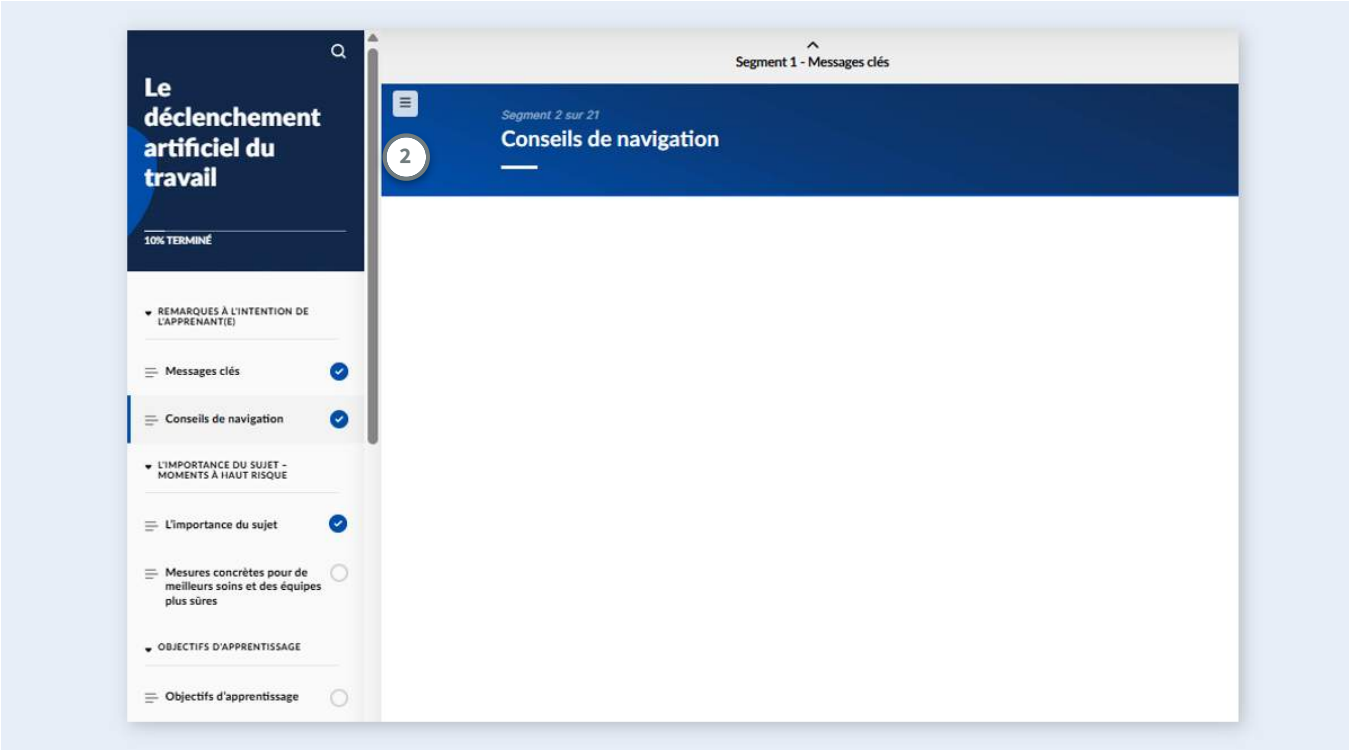
Sélectionnez les numéros ci-dessous pour obtenir des conseils sur la navigation dans ce sujet.





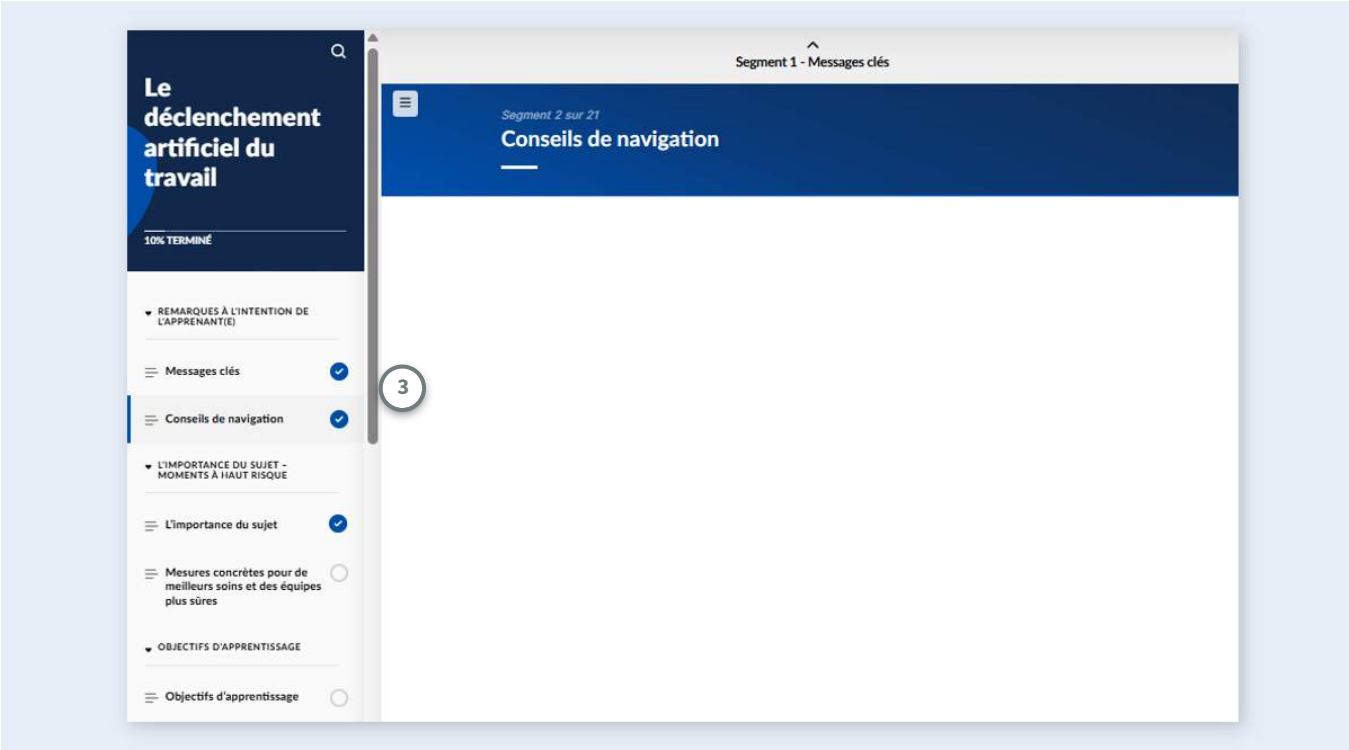
Fonction de recherche

Sélectionnez la loupe pour ouvrir le champ Recherche. Tapez votre ou vos mots-clés, puis appuyez sur Entrée. Les mots-clés seront surlignés en jaune. Vous devrez peut-être faire défiler la page pour les trouver.



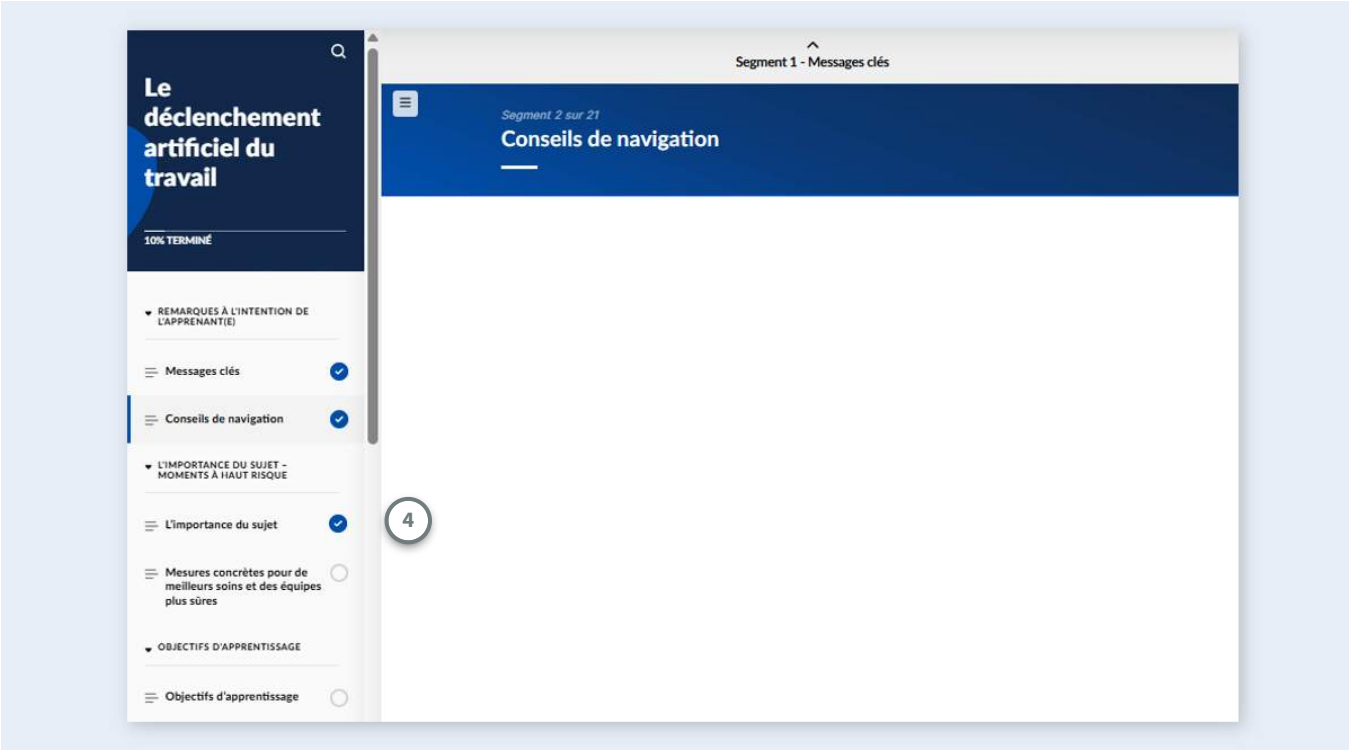
Afficher le menu

Sélectionnez l'icône du carré dans le coin supérieur gauche pour ouvrir ou fermer le menu. Sur les tablettes et les téléphones intelligents, vous devrez peut-être sélectionner cette icône pour révéler le menu.



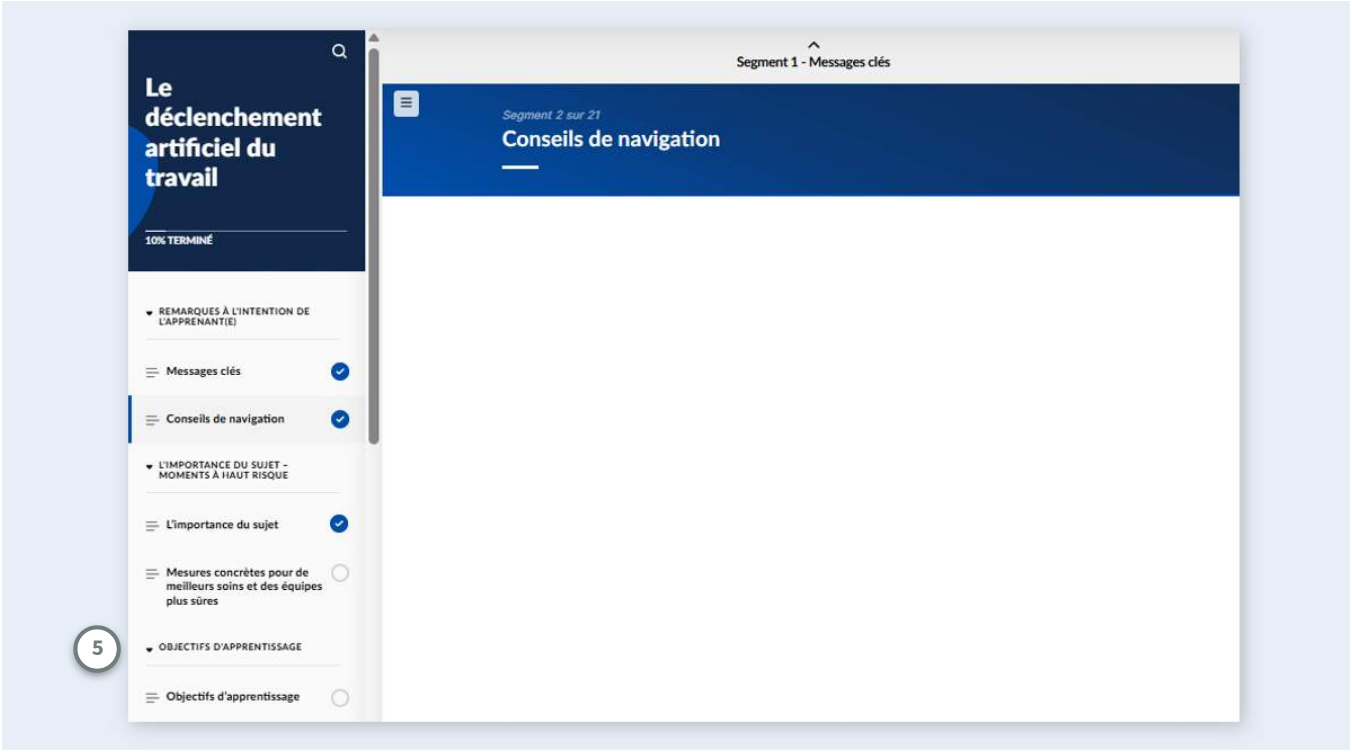
Navigation par le menu

Sélectionnez n'importe quel élément du menu pour passer à la section suivante ou revoir le contenu.



Suivi des progrès

Les éléments de menu complétés affichent des coches, ce qui vous permet de suivre votre progression.



Déployer / Réduire

Sélectionnez la flèche descendante pour révéler ou masquer des éléments de menu.

L’importance du sujet

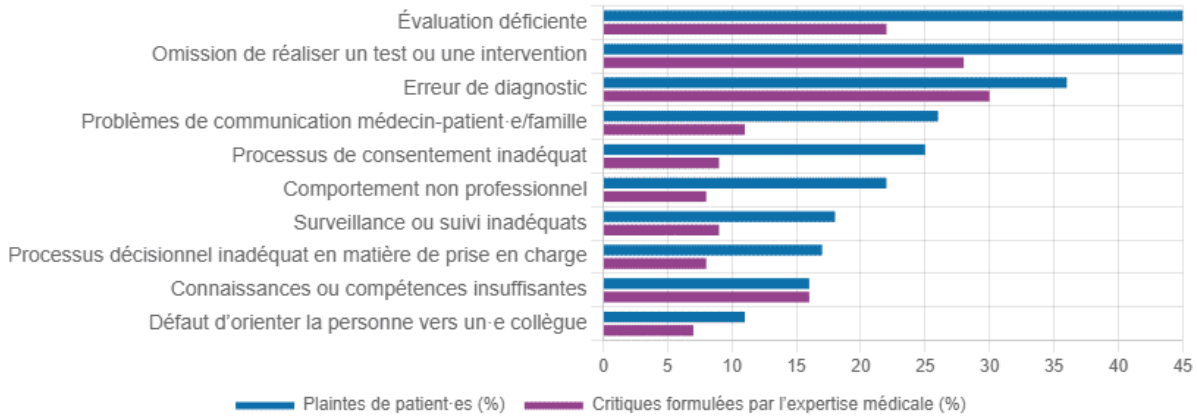


L’hémorragie antepartum (HAP) est un saignement vaginal survenant après 20 semaines de grossesse et survient dans 2 à 5 % des grossesses. Chez les patientes présentant des saignements vaginaux, l’évaluation clinique, les

antécédents médicaux et l'examen physique revêtent une importance accrue et sont essentiels pour établir un diagnostic et un plan de soins.

En examinant ce que les médecins qui fournissent des soins obstétricaux, tant en médecine familiale qu'en obstétrique, doivent savoir au sujet de leurs données sur les risques, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) fait remarquer que l'**évaluation déficiente**, **le manquement à effectuer un test ou une investigation** et **les erreurs de diagnostic** se classent aux trois premiers rangs en ce qui concerne les allégations des patientes et les critiques des pairs experts.[1,2]

FIGURE 1 : PLAINTES DES PATIENTES ET CRITIQUES DES PAIRS EXPERTS LES PLUS COURANTS



La revue des cas médico-légaux révèle également des facteurs associés à des préjudices graves. Il est à noter que plusieurs d'entre eux peuvent jouer un rôle clé dans les hémorragies antepartum et intrapartum.

Sélectionnez chaque facteur pour en savoir plus.

FACTEURS LIÉS AUX PATIENTES | FACTEURS LIÉS AU PRESTATAIRE

Facteurs liés aux patientes

- Saignements anormaux antepartum
- Prééclampsie, éclampsie, HELLP (hémolyse, enzymes hépatiques élevés, faible numération plaquettaire), troubles hypertensifs
- Grossesse multiple

FACTEURS LIÉS AUX PATIENTES | FACTEURS LIÉS AU PRESTATAIRE

Facteurs liés au prestataire

- Évaluation déficiente
- Manquement de diriger la patiente vers un spécialiste
- Manquement à admettre (hospitaliser)
- Manquement à lire les dossiers médicaux (p. ex. échographie, tracés de la fréquence cardiaque fœtale)[1,2]

Les causes identifiables les plus courantes d'hémorragies antepartum et intrapartum importantes sont les suivantes :

- Décollement placentaire (incidence : 1 par 100 naissances)
- Placenta prævia (incidence : environ 4 à 5 par 1 000 naissances)[3]
- Lésions du tractus génital inférieur

Dans chacun de ces cas, le motif de consultation peut simplement être **« personne enceinte présentant des saignements »**. Lorsqu'une patiente enceinte présente des saignements, la meilleure approche consiste d'abord à reconnaître la situation comme étant indifférenciée et potentiellement à haut risque.

Une évaluation clinique minutieuse et structurée, qui comprend un établissement des antécédents ciblé, un examen physique, un examen des dossiers disponibles ainsi que des investigations opportunes, est essentielle pour distinguer les causes bénignes des affections potentiellement mortelles telles que le décollement placentaire, le placenta prævia, d'autres anomalies placentaires ou le vasa prævia. La conscience situationnelle, la prévention des biais diagnostiques et la capacité à escalader la prise en charge des soins sont essentiels pour assurer la sécurité de la patiente et celle du fœtus.

En l'absence de grossesse, l'utérus reçoit environ 1 % du débit cardiaque, alors qu'au troisième trimestre, il en reçoit environ 20 %. Les saignements utérins au troisième trimestre peuvent être énormes et entraîner une instabilité hémodynamique.

- L’hémorragie antepartum est l’une des principales causes de mortalité maternelle au Canada.[4]
- Le décollement placentaire et le placenta prævia sont en cause dans 50 % de tous les décès maternels liés à des hémorragies.[5,6]

Certaines notes de bas de page ont été ajoutées pour faciliter la consultation. Sélectionnez la section Références pour consulter toutes les citations.

[1] Risques médico-légaux en obstétrique : ce que les médecins doivent savoir https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/know-your-risk/what-obstetricians-need-to-know Consulté le 30 septembre 2025.

[2] Risques médico-légaux : ce que les médecins de famille qui prodiguent des soins obstétricaux doivent savoir https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/know-your-risk/what-family-physicians-providing-obstetric-care-need-to-know

Mesures concrètes pour de meilleurs soins et des équipes plus sécuritaires

La création de **cinq principales priorités en matière de sécurité** des patients présentant des saignements pendant la grossesse est l'une des approches à suivre pour appliquer les connaissances acquises en matière d'hémorragies antepartum et intrapartum. Grâce à amproOB, Salus Global s'associe avec les équipes de soins de santé pour appliquer les connaissances acquises pour des naissances plus sécuritaires. Contactez votre équipe principale ou votre gestionnaire pour en savoir plus.

Exemple : Cinq principales priorités en matière de sécurité concernant les soins lors de saignements antepartum et intrapartum

Veuillez sélectionner les options suivantes pour en savoir plus sur les priorités en matière de sécurité.

1. Normaliser l'approche

▀ Utiliser des protocoles clairs, des évaluations structurées telles que l'échelle de triage et de gravité en obstétrique (ETGO) et des listes de vérification sur les soins, pour éviter l'omission d'étapes.

2. Renforcer la communication

▀ Favoriser des breffages structurés, la méthode I-CHAT (Identification, Condition, Histoire, Appréciation, Traitement), les transferts d'information et le dialogue ouvert afin que tous les membres d'équipe aient la même représentation mentale des saignements indifférenciés.

3. Maintenir la conscience situationnelle

▀ Réévaluer fréquemment, surveiller l'augmentation des saignements ou les premiers signes de détérioration et être prêt à intensifier les soins rapidement.
▀ Encourager tout le monde à « prendre un peu de recul » et à refaire une évaluation lorsque les cas n'évoluent pas de manière prévue.
▀ Considérez si les protocoles de quantification des pertes sanguines (QPS) peuvent-ils être adaptés aux saignements antepartum et intrapartum.

4. Réduire les biais lors de la prise de décision

▀ Éviter le biais d'ancrage ou la clôture prématurée en demandant : « Qu'est-ce que cela pourrait être d'autre? »
▀ Accueillir les deuxièmes opinions, en particulier si les soins antérieurs sont incomplets ou si les dossiers ne sont pas disponibles.

5. Favoriser une culture d'apprentissage et de sécurité

▀ Effectuer un débreffage après les événements.

- Adopter les principes de la culture juste.
- Encourager les gens à s’exprimer sans craindre d’être blâmés.

Objectifs d’apprentissage

Les objectifs d’apprentissage clarifient les buts à atteindre et permettent de mesurer les progrès, garantissant ainsi un apprentissage ciblé, pertinent, plus efficace et conforme aux rôles CanMEDS.

Avec le soutien des services professionnels de Salus Global, les équipes cliniques utilisent amproOB pour mettre en œuvre des étapes d’apprentissage et d’action qui permettent d’améliorer les compétences, les comportements et les pratiques, et d’offrir ainsi des soins plus sécuritaires et plus fiables.

Sélectionnez les options ci-dessous pour en savoir plus sur les rôles CanMEDS.

Rôles CanMEDS

CanMEDS est un référentiel de compétences pour les médecins élaboré au Canada. Il décrit les compétences et aptitudes essentielles nécessaires pour répondre efficacement aux besoins des patients en matière de soins de santé. Le référentiel initial regroupe ces compétences en sept rôles :

Expert médical, Communicateur, Collaborateur, Leader, Promoteur de la santé, Érudit et *Professionnel.*

Bien qu'initialement conçu pour les médecins, ce référentiel a été adopté dans diverses professions et organisations de soins de santé et est utilisé dans le monde entier.

Partout au Canada, les professionnels de la périnatalité, y compris les infirmières et les sages-femmes, incarnent également les rôles CanMEDS en intégrant l'expertise clinique, la collaboration, la communication, le leadership, la défense des intérêts, la recherche et le professionnalisme pour fournir des soins périnatals sécuritaires, équitables et centrés sur la personne.

Grâce à une pratique réflexive continue, les professionnels s'efforcent de faire preuve de responsabilisation et de professionnalisme, contribuant ainsi à de meilleurs résultats pour les personnes, les familles et les systèmes de santé à l'échelle nationale. Ils utilisent également ce référentiel de compétences dans la planification et pour satisfaire aux exigences d'apprentissage professionnel.

Objectifs d'apprentissage

1. Évaluer de manière critique et appliquer des lignes directrices fondées sur des données probantes concernant l'hémorragie antepartum et intrapartum afin d'élaborer conjointement des plans de soins centrés sur le patient et des protocoles locaux. *CanMEDS : Érudit, Expert médical*

2. Faciliter la prise de décisions éclairée, culturellement sécuritaire et partagée concernant l'hémorragie antepartum et intrapartum. *CanMEDS : Collaborateur, Communicateur*

3. Mettre en œuvre des stratégies qui améliorent la collaboration interprofessionnelle en matière

d’hémorragie antepartum et intrapartum, ainsi que l’attention portée aux biais et à la conscience situationnelle. *CanMEDS : Collaborateur, Leader*



Questions relatives aux objectifs d’apprentissage pour les équipes

Est-ce que votre équipe :

- **Regarde au-delà des premières impressions?** Vous arrêtez-vous pour vous demander : « Qu’est-ce que cela pourrait être d’autre? » avant de fixer un diagnostic lorsqu’une personne enceinte présente des saignements?
- **Parle avec prudence sous pression?** Dans les moments d’urgence, communiquez-vous de façon claire et structurée afin que tout le monde partage la même vision et le même plan?
- **Garde une longueur d’avance?** Êtes-vous à l’affût des changements, anticipez-vous ce qui pourrait mal tourner et vous préparez-vous à la prochaine étape avant qu’elle ne soit nécessaire?

- **Se prémunit activement contre les biais et la perte de conscience situationnelle** en réévaluant les cas en évolution, en sollicitant des deuxièmes opinions et des vérifications croisées et en étant prêt à intensifier les soins rapidement?

Surveillance et mesure



Les meilleures pratiques en matière de mesure pour l'hémorragie antepartum et intrapartum comprennent le suivi des résultats, des processus, des mesures d'équilibrage et des indicateurs du système. La preuve de l'impact survient lorsque vous pouvez les démontrer.

Mesures

Veuillez sélectionner chaque type de mesure pour en savoir plus.

MESURES DES RÉSULTATS | MESURES DU PROCESSUS | MESURES D'ÉQUILIBRAGE

Mesures des résultats

- Taux de morbidité maternelle liés à l'HAP (admission en unité de soins intensifs [USI], transfusion de 4 unités ou plus, hystérectomie).
- Résultats périnataux (mortinaissance, morbidité néonatale, admission en unité néonatale de soins intensifs [UNSI] liée à l'HAP).
- Délai entre la présentation et le diagnostic définitif / l'intervention, y compris l'activation du protocole de transfusion massive (PTM) ou du protocole d'hémorragie massive (PHM), selon les indications.
- Taux de létalité de l'HAP grave.
- Expérience des patients : perception de la sécurité, clarté de la communication et soutien affectif.

Mesures du processus

- Pourcentage de patientes ayant fait l'objet d'une évaluation normalisée et documentée pour l'HAP (antécédents, signes vitaux, évaluation fœtale, utilisation de l'ETGO, obtention du dossier prénatal/périnatal, rapports d'échographie et analyses de laboratoire).
- Délai entre l'arrivée au triage et l'évaluation initiale par le médecin ou la sage-femme.
- Délai entre l'apparition des saignements et l'échographie ou la confirmation de l'emplacement du placenta.
- Pourcentage de cas ayant nécessité l'utilisation d'une liste de vérification ou d'un protocole pour les hémorragies antepartum et intrapartum.
- Taux d'escalade de prise en charge précoce pour les saignements indifférenciés.

- Documentation de la communication avec la personne enceinte ou sa famille concernant la cause, les risques et le plan.

MESURES DES RÉSULTATS | MESURES DU PROCESSUS | MESURES D'ÉQUILIBRAGE

Mesures d'équilibrage

- Revue de la durée du séjour pour les saignements mineurs lorsqu'un suivi ambulatoire serait sécuritaire.
- Taux d'interventions inutiles (p. ex. échographies répétées lorsque les rapports précédents ne sont pas disponibles).
- Incidence sur la charge de travail et le stress du personnel (p. ex. épuisement professionnel ou fatigue attribuable à la suractivation des protocoles d'hémorragie massive).
- Expérience des patientes : les pratiques de sécurité (p. ex. évaluations multiples, monitorage) ont-elles involontairement causé de la détresse ou réduit l'autonomie?



Mesurer l'impact

Vous trouverez ci-dessous des exemples supplémentaires de mesures de l'impact sur les individus, les équipes et les systèmes en lien avec l'HAP.

Veuillez sélectionner chaque impact pour en savoir plus.

Impact individuel

- Pourcentage d'augmentation de l'évaluation, du diagnostic et de la prise de décisions (auto-évaluation avant et après) documentés.

Impact sur l'équipe

- Pourcentage de transitions de soins efficaces et de transfert d'information entre les professionnels en lien avec l'HAP (vérifications des dossiers).
- Pourcentage de thèmes de débreffage illustrant l'amélioration de la communication et de la collaboration.

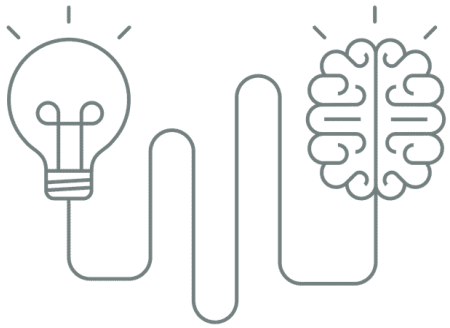
Impact systémique

- Pourcentage de démonstrations accrues de la reconnaissance et de la détection précoces de l'HAP et de la prise de décisions en lien avec l'HAP associée à la réduction des risques et à une culture d'équipe de soutien.

Questions de réflexion pour mesurer les impacts

Les questions de réflexion permettent aux participants d'arrimer leur pratique aux rôles CanMEDS, tout en démontrant leur impact sur :

- **Apprentissage individuel :** confiance, compétence, professionnalisme
- **Fonctionnement de l'équipe :** communication, collaboration, leadership
- **Amélioration du système :** sécurité, équité, plaidoyer, changement du flux de travail



Questions de réflexion

Sélectionnez le bouton ou les flèches pour accéder aux questions de réflexion.

Étape 2



Apprentissage individuel et pratique

- **En quoi ma compréhension de l'hémorragie antepartum et intrapartum a-t-elle changé?**
  Quelles sont les nouvelles perspectives ou connaissances que j'apporte à l'évaluation et à la prise en charge de la patiente qui présente un saignement indifférencié?

- **Comment est-ce que j'appliquerai cet apprentissage en pratique?**
  De quelle manière puis-je modifier mes habitudes en matière d'établissement des antécédents, de communication ou de sensibilisation aux biais afin d'améliorer la sécurité des patientes et de l'équipe?

- **Comment saurai-je que cet apprentissage a une incidence?**
  Quels résultats, processus ou comportements d'équipe devrais-je pouvoir observer (chez moi-même, mon équipe ou mon unité) qui témoignent de soins plus sécuritaires et plus fiables pour les patientes enceintes présentant des saignements?

Étape 3



Fonctionnement de l’équipe et collaboration interprofessionnelle

- Dans quelle mesure l’équipe communique-t-elle efficacement la gravité de l’hémorragie et déclenche-t-elle l’intervention obstétricale d’urgence appropriée?
- Dans quelle mesure l’équipe veille-t-elle à la clarté des rôles, en particulier lors d’une mobilisation rapide de l’équipe et d’un transfert vers le soutien obstétrique ou anesthésique?
- Quels outils de communication (p. ex. I-CHAT, boucle fermée, caucus de sécurité) améliorent le plus le rendement de l’équipe?
- Dans quelle mesure les débreffages après les événements contribuent-ils à la résilience de l’équipe?

Étape 4



Amélioration du système

- Quels sont les systèmes mis en place dans mon établissement pour assurer un accès rapide aux produits sanguins, la disponibilité des salles d'opération et le transport maternel?
- Quelles améliorations des processus (p. ex. cheminement clinique normalisé pour l'HAP, fréquence des formations par simulation, exercices interdépartementaux) pourraient améliorer notre temps d'intervention et nos résultats?

Faites défiler vers le bas pour continuer.

Fondements de l’hémorragie antepartum

Définition

- **Une hémorragie antepartum** est un saignement vaginal survenant après 20 semaines de grossesse.

Causes des risques élevés d’hémorragie antepartum

L’hémorragie antepartum est associée à plusieurs complications du placenta et du cordon ombilical qui présentent un risque élevé. Ces complications exigent une évaluation médicale et une prise en charge efficace pour atténuer les risques pour la personne enceinte et le fœtus. Par exemple :

- Placenta prævia
- Troubles du spectre du placenta accreta (SPA)
- Décollement placentaire
- Vasa prævia

Le décollement placentaire et le placenta prævia sont les principales causes de morbidité et de mortalité périnatales pendant le troisième trimestre. En effet, un peu plus de la moitié de tous les cas d’hémorragie antepartum sont attribuables à ces deux causes.

Un retard de croissance intra-utérin est signalé dans 16 % des cas de placenta prævia. Les saignements antepartum sont associés à un risque accru d’accouchement préterme.[7]

Continuez ci-dessous pour explorer plus en détail ces étiologies des saignements et les complications potentielles.

Placenta prævia

Définitions

- **Placenta prævia :** Le placenta touche ou couvre l'orifice interne.
- **Placenta inséré bas :** Le bord du placenta est situé à 2 cm ou moins de l'orifice cervical.[8]
- **Placenta normal :** Le bord du placenta est situé à plus de 2 cm de l'orifice cervical.[8]

Important

Les diagnostics de placenta prævia et de placenta inséré bas sont provisoires lorsqu'ils sont posés lors de l'échographie réalisée entre la 18e et la 20e semaine et doivent être confirmés à une date plus proche de l'accouchement, généralement à la 32e semaine ou après.[8]

Incidence

L'incidence de placenta prævia à terme reste à environ 4 à 5 cas par 1 000 grossesses.[8-10]

Facteurs de risque[7]

Les facteurs de risque de placenta prævia comprennent les suivants :

- Placenta prævia antérieur
- Césarienne antérieure,[11] particulièrement lorsque l'intervalle entre les grossesses est inférieur à 12

mois[12,13]

- Chirurgie utérine antérieure, y compris myomectomie et dilatation-curetage
- Âge maternel avancé (35 ans ou plus)
- Multiparité (au moins 3 grossesses)
- Tabagisme ou consommation de cocaïne pendant la grossesse
- Grossesse multiple
- Grossesse découlant de la fécondation in vitro
- Hypertension chronique[8]
- Diabète



Diagnostic

Important

En cas de saignements vaginaux non diagnostiqués à la fin du deuxième trimestre et tout au long du troisième trimestre, un

toucher vaginal ne devrait pas être effectué tant que le diagnostic de placenta prævia n'a pas été écarté.

Sur le plan clinique, le placenta prævia s'accompagne habituellement de **saignements vaginaux indolores** au deuxième ou troisième trimestre. Un faible pourcentage de femmes présentant un placenta prævia persistant à terme ne subissent pas de saignements avant le travail.

Veuillez sélectionner les méthodes d'échographie suivantes pour en savoir plus.

ÉCHOGRAPHIE TRANSABDOMINALE | ÉCHOGRAPHIE TRANSVAGINALE

Échographie transabdominale (ETA)

L'échographie transabdominale (ETA) est utile comme outil de dépistage, mais n'est pas suffisamment fiable pour diagnostiquer un placenta inséré bas ou un placenta prævia.

Lorsque le placenta **n'est pas clairement situé à plus de 2 cm** de l'orifice cervical lors de l'échographie transabdominale à 18 semaines de grossesse ou plus, on recommande une **échographie transvaginale immédiate** pour diagnostiquer de façon plus exacte l'emplacement du placenta.

ÉCHOGRAPHIE TRANSABDOMINALE | ÉCHOGRAPHIE TRANSVAGINALE

Échographie transvaginale (ETV)

L'échographie transvaginale (ETV) est très précise pour le diagnostic de placenta prævia et de placenta inséré bas.[8] Elle est **requise pour poser un diagnostic définitif** de ces affections.

En cas de placenta inséré bas ou de placenta prævia, il faut consigner en millimètres le lien entre l'orifice cervical et le bord du placenta (distance entre les deux ou degré de chevauchement).

Échographies de suivi pour un placenta inséré bas

Lorsque le diagnostic de placenta inséré bas est posé lors de l'échographie anatomique du deuxième trimestre, une échographie de suivi est nécessaire.

L'ETV devrait être répétée à 32 semaines lorsqu'un placenta inséré bas est repéré lors d'une échographie anatomique de routine.[8,14-17]

Cette échographie répétée à 32 semaines a deux buts :

1. Déterminer si le placenta inséré bas s'est rétabli (et la placentation est maintenant normale) **ou** le placenta est toujours inséré bas.[8,14,15]

2. Donner l'occasion de **faire un nouveau dépistage du vasa prævia**, si cela est indiqué en se basant sur les éléments suivants :

    - Résultats échographiques antérieurs/actuels (p. ex. lobe succenturié, placenta bilobé, insertion vélamenteuse ou basse/marginale du cordon),
    - Lorsque ces caractéristiques sont suffisamment proches du segment inférieur et/ou de l'orifice cervical interne pour être préoccupantes, ou
    - Si ces caractéristiques n'ont pas encore été évaluées et/ou si elles sont déterminées en fonction de facteurs de risque cliniques (p. ex. technologie de reproduction avancée, grossesse multiple).[16,17]

> Si le placenta inséré bas persiste à 32 semaines, on recommande une échographie répétée à 36 semaines.[8]

De plus, une évaluation échographique supplémentaire et/ou un aiguillage rapide vers un échographiste spécialisé devraient être envisagés dans les cas de diagnostic de placenta inséré bas à 18 semaines de grossesse ou

plus, lorsqu'il existe un risque de **vasa prævia ou de troubles du spectre du placenta accreta** (détails à suivre).

Lorsqu'on recommande une **échographie de suivi à 32 semaines** pour une patiente qui présente un placenta inséré bas lors de l'échographie anatomique de routine, il convient de la rassurer en lui expliquant que, dans la plupart des cas, le placenta sera normal à terme.

La migration placentaire est définie comme l'éloignement apparent du bord antérieur du placenta par rapport à l'orifice cervical à l'approche de la fin du troisième trimestre de la grossesse.[18–20] Cet éloignement résulte de la croissance et du développement différentiels du segment utérin inférieur au cours du troisième trimestre.[18–20]

Entre 11 et 14 semaines, environ **40 %** des placentas couvrent l'orifice interne**,** tandis qu'à la période de la grossesse allant de la 18^{e} à la 23^{e} semaine, **seulement 4 % à 5 %** des femmes présenteront un placenta inséré suffisamment bas à l'ETA pour justifier une ETV.[21]

Lors de l'ETV, on constatera que la plupart des placentas n'atteignent **pas** et ne recouvrent pas l'orifice interne. **Seulement 1 % à 2 %** des femmes présenteront un placenta qui atteint ou recouvre l'orifice interne lors d'une ETV **à 18-23 semaines**.

> Dans des études observationnelles menées chez 16 000 femmes, si le bord inférieur du placenta **n'atteignait pas ou ne recouvrait pas l'orifice interne** lors de l'ETV réalisée entre 18 et 23 semaines, l'incidence du placenta prævia persistant à terme était **nulle**. Cette

incidence nulle permet ainsi de rassurer la patiente présentant un placenta inséré bas lors de l'échographie anatomique de routine, en attendant le suivi à 32 semaines.[8,18,22-24]

Une étude réalisée en 2014 par Heller a donné lieu à un examen rétrospectif des dossiers de 1 416 patientes chez lesquelles un placenta inséré bas avait été diagnostiqué lors d'une échographie anatomique réalisée entre 16 et 24 semaines, et a permis de constater un taux de placenta prævia ou de placenta inséré bas de seulement 1,6 % à terme ou près du terme.[25] De plus, dans cette étude, le diagnostic de placenta inséré bas décelé lors d'une échographie anatomique réalisée entre 16 et 24 semaines était posé le plus souvent sur la base d'une ETA sans ETV.[25]

Comme indiqué précédemment, l'ETA ne permet pas de distinguer avec exactitude le placenta prævia du placenta inséré bas en raison des taux élevés de faux positifs et de faux négatifs. Une analyse critique de la littérature semble donc indiquer que le taux réel de placenta inséré bas persistant ou de placenta prævia à terme pourrait même inférieur à 1,6 %.

Prise en charge

Prise en charge ambulatoire par rapport à hospitalisation

Les lignes directrices de 2020 de la Société des obstétriciens et

gynécologues du Canada (SOGC) classent le placenta prævia et le placenta inséré bas comme présentant ou ne présentant pas de facteurs de risque pour une césarienne urgente ou avant terme.[8]

Les facteurs de risque sont les suivants :[8]

- Antécédents d'hémorragie antepartum
- Premier épisode à moins de 29 semaines
- Épisodes récurrents (au moins 3)
- Bord du placenta épais (plus de 1 cm)
- Présence d'un sinus marginal
- Col de moins de 3 cm de longueur avec placenta prævia
- Col de moins de 2 cm de longueur avec placenta inséré bas
- Césarienne antérieure
- Signes de placentation invasive

La présence ou l'absence de facteurs de risque aide à déterminer si une prise en charge ambulatoire est appropriée pour les patientes présentant un placenta prævia.

- **En présence de facteurs de risque**, on peut envisager l'admission selon le tableau clinique global.[8]
- **En l'absence de facteurs de risque**, une prise en charge ambulatoire est généralement considérée comme étant sécuritaire.[8]

Si une patiente présentant un placenta prævia est admise, il convient de se préparer à l'éventualité d'une césarienne d'urgence ou d'un besoin de

transfusion sanguine et d'envisager un transfert vers un établissement offrant un niveau de soins approprié.

Les conseils suivants sont fournis aux patientes concernant leur niveau d'activité en présence d'un diagnostic de placenta prævia à 18 semaines de grossesse ou plus :

- L'alitement n'est **pas** recommandé.
- **Poursuivre** les activités normales.
- **Éviter** toute activité sexuelle vaginale ou anale et l'insertion de tout corps étranger dans l'anus/le rectum ou le vagin, tel qu'un tampon (sauf lors d'échographies transvaginales).

> En présence d'un **placenta inséré bas**, aucune modification des activités n'est nécessaire. Toutefois, on conseille aux patientes de se présenter pour une évaluation médicale dans les plus brefs délais en cas de saignements vaginaux.

TABLEAU 1 : MODE D'ACCOUCHEMENT

Mesure à environ 36 semaines	Mode d'accouchement
Placenta inséré bas lorsque le bord du	Épreuve du travail **recommandée** lorsque les ressources appropriées sont disponibles.[8]

placenta est situé à **11 à 20 mm** de l'orifice cervical	(capacité d'accouchement par césarienne, accès aux intraveineuses, banque de sang, précautions contre l'hémorragie post-partum [HPP]) après une discussion sur le risque d'hémorragie intrapartum et la nécessité potentielle d'un accouchement par césarienne d'urgence. OU Césarienne
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à **10 mm ou moins** de l'orifice cervical	Césarienne OU Une épreuve du travail peut être **envisagée** chez des femmes soigneusement sélectionnées,[8] après avoir obtenu leur consentement éclairé, dans un hôpital où un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre sont présents et où des produits sanguins sont disponibles.[8]
Placenta prævia	Césarienne

À 35–36 semaines de grossesse, la probabilité d'un accouchement vaginal sans risque peut être prédite à l'aide d'une échographie transvaginale mesurant la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice cervical interne.

Bien qu'il sont fondé sur un petit nombre de cas (environ 250 femmes), le risque de saignement pendant le travail lorsque le bord inférieur du placenta est situé :

- À moins de 11 mm de l'orifice interne est supérieur à 70 %.[26-29] Une césarienne avant le travail est recommandée.
- Entre 11 et 20 mm, le risque de saignement pendant le travail est considérablement moindre, et une épreuve du travail est considérée comme acceptable une fois que la patiente en a été informée.[30]

Si une épreuve du travail est planifiée, la capacité de recourir rapidement à une césarienne et à une transfusion sanguine devrait être disponible.

TABLEAU 2 : ÉTUDES DES DISTANCES DU PLACENTA INSÉRÉ BAS ET DES CÉSARIENNES

Études sur les placentas insérés bas ayant donné lieu à une césarienne pratiquée pour cause d'hémorragie en fonction de la distance entre le placenta et l'orifice à terme ou près du terme.

Étude	N	Distance entre le placenta et l'orifice, en mm	Césarienne réalisée en raison de saignements (% des personnes en travail)
Dawson et coll.[26]	**40**	1 à 10	90

		11 à 20	29
Bronsteen et coll.[28]	**86**	1 à 9	73
		10 à 20	27
Vergani et coll.[29]	**24**	1 à 10	81
Vergani et coll.[29]	**29**	11 à 20	0
Al Wadi et coll.[30]	**17**	11 à 20	7.1

Il convient d'envisager les précautions suivantes chez une femme présentant un placenta inséré bas qui tente un accouchement vaginal :

- Réduire au minimum le nombre d'examens vaginaux
- Ne pas décoller les membranes
- Ne pas utiliser de méthodes mécaniques pour la maturation du col
- Accès à des intraveineuses pendant le travail et l'accouchement
- Groupage sanguin, dépistage et épreuve de compatibilité croisée

au besoin

- Se préparer pour une hémorragie post-partum

L'accouchement vaginal est considéré comme sécuritaire si la distance placenta–orifice est supérieure à 2 cm. Toutefois, des saignements vaginaux importants ont été décrits dans des cas rares où cette distance était supérieure à 2 cm.[31,32]

TABLEAU 3 : INDICATIONS ET MOMENT D'UN ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

On suggère une césarienne planifiée (en l'absence d'indication urgente) à :

Situation clinique	Âge gestationnel[8]
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à 10 mm ou moins de l'orifice cervical **accompagné de facteurs de risque**[8]	**37 SA + 0 j** à **37 SA + 6 j**
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à 10 mm ou moins de l'orifice cervical **sans facteurs de risque**[8]	**38 SA + 0 j** à **38 SA + 6 j**

Placenta prævia **accompagné de facteurs de risque**[8]	**36 SA + 0 j** à **36 SA + 6 j**
Placenta prævia **sans facteurs de risque**[8]	**37 SA + 0 j** à **37 SA + 6 j**

Veuillez sélectionner le moment de l'accouchement pour en savoir plus sur les indications possibles.

INDICATIONS D'UN ACCOUCHEMENT PLUS HÂTIF | INDICATIONS D'UN ACCOUCHEMENT URGENT

Indications d'un accouchement plus hâtif

Indications possibles pour un accouchement plus hâtif :[8]

- Vasa prævia associé
- Trouble du spectre du placenta accreta associé

INDICATIONS D'UN ACCOUCHEMENT PLUS HÂTIF | INDICATIONS D'UN ACCOUCHEMENT URGENT

Indications d’un accouchement urgent

Indications pour un accouchement urgent[8]

• Travail prématuré

• Hémorragie antepartum importante associée aux éléments suivants :

a) Atteinte hémodynamique de la mère en dépit d’une réanimation liquidienne

b) Tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal en dépit d’une réanimation liquidienne

c) Âge gestationnel supérieur ou égal à 34 semaines

Accouchement

Le mode d’accouchement dans les cas de placenta prævia est la **césarienne** dans un établissement où des transfusions sanguines et des soins intensifs pour adultes sont disponibles. Les complications associées devraient être prises en compte par les cliniciens chargés de la prise en charge du placenta prævia et communiquées à l’avance à la personne enceinte.[8]

La discussion sur le consentement et la documentation pour une césarienne dans les cas de placenta prævia comprennent :

- L’examen de la possibilité d’une hystérectomie abdominale totale, en tant qu’intervention vitale.

- Le risque accru de troubles du spectre du placenta accreta.
- La prise en compte du lieu de l'accouchement.
- Si la personne n'accepte pas les transfusions sanguines (pour des raisons religieuses ou autres).

Il existe un risque que le placenta soit touché par une incision transversale basse lors d'une césarienne, ce qui pourrait causer une perte sanguine accrue chez la mère et/ou le fœtus. La sortie rapide du bébé réduira au maximum la perte sanguine. Si le placenta est sectionné pendant l'intervention, **clamper immédiatement** le cordon ombilical après la sortie du fœtus.

Envisager l'utilisation de l'**acide tranexamique**, soit à **titre prophylactique** avant l'incision cutanée, soit comme traitement d'une hémorragie post-partum.[33,34]

Des saignements utérins dans la zone placentaire peuvent se produire lorsque le myomètre du segment utérin inférieur ne se contracte pas aussi bien que le segment utérin supérieur en raison de l'absence de récepteurs d'ocytocine et peuvent nécessiter :

- Des sutures directes du lit placentaire.
- L'injection de vasopressine diluée (5 à 10 unités dans 20 mL de solution saline) dans la zone placentaire qui saigne peut temporairement ralentir le saignement pendant la pose de ces sutures.

Des données probantes soutiennent l'utilisation de la tamponnade utérine par ballonnet pour maîtriser l'hémorragie post-partum en cas de placenta praevia.[35]

Le risque accru de troubles du spectre du placenta accreta et les complications connexes devraient être pris en compte par les cliniciens qui participent à la prise en charge du placenta prævia et communiqués à l'avance à la personne enceinte.[8]



Résumé

1. Le placenta prævia et le placenta inséré bas sont des **diagnostics provisoires** lorsqu'ils sont repérés lors de l'échographie à 18-20 semaines et ils devraient être **reconfirmés à 32 semaines ou plus** de grossesse.

2. Faire preuve de vigilance dans l'évaluation des risques associés au trouble du spectre du placenta accreta et au vasa prævia.

3. L'accouchement se fait par césarienne en cas de placenta prævia et, généralement, en cas de placenta inséré bas, lorsque le bord du placenta se trouve à 10 mm ou moins de l'orifice cervical.

4. L'hémorragie antepartum dans le cas d'un placenta prævia peut généralement être prise en charge de

manière expectative, mais certaines indications justifient un accouchement immédiat : instabilité hémodynamique maternelle, fréquence cardiaque fœtale anormale ou saignement important à 34 semaines ou plus.

5

La césarienne est planifiée entre **36 SA + 0 j** et **37 SA + 6 j** pour le placenta prævia et entre **37 SA + 0 j** et **38 SA + 6 j** pour le placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à 10 mm ou moins de l'orifice cervical. Le choix de la semaine dans cette fourchette dépend de la présence ou de l'absence de facteurs de risque.[8]

Troubles du spectre du placenta accreta (SPA)

Définitions

Les troubles du spectre du placenta accreta (SPA) comprennent : [36]

- **Placenta accreta :** L'implantation anormale du placenta avec fixation des villosités au myomètre qui engendre une perte du plan de clivage normal.
- **Placenta increta :** Invasion trophoblastique du myomètre.
- **Placenta percreta :** Invasion placentaire à travers toute la paroi utérine et au-delà de la séreuse du myomètre, où elle pourrait envahir la vessie et d'autres organes pelviens.

Incidence

On estime une incidence du spectre des troubles placentaires accreta à environ 1 cas pour 500 grossesses dans les pays développés.[36] Cette incidence a augmenté considérablement et est associée au taux accru de césariennes.

Les troubles du spectre du placenta accreta sont le plus souvent associés à la présence concomitante d'un placenta prævia et d'une césarienne antérieure. L'incidence du placenta accreta en lien avec le placenta prævia dans un utérus sans cicatrice est d'environ 3 %.[37] L'incidence associée à une césarienne antérieure est présentée dans le tableau ci-dessous.

> Si une femme a déjà subi trois césariennes ou plus, l'incidence du placenta prævia se situe entre 2 % et 6 %, et un placenta accreta est présent dans 60 % de ces cas.

TABLEAU 4 : PLACENTA PRÆVIA / ACCRETA ET TAUX DE CÉSARIENNES

Placenta prævia et placenta accreta (y compris increta et percreta) en fonction du nombre de césariennes antérieures.

Césariennes antérieures, n	Césariennes, n	Placenta prævia (%)	Placenta accreta[a] (%)	Proportion de placenta prævia avec accreta[b] (%)	Hystérectomie[a] (%)

0	6 201	6,4	0,2	3	0,7
1	15 808	1,3	0,3	11	0,4
2	6 324	1,1	0,6	40	0,9
3	1 452	2,3	2,1	61	2,4
4	258	6 (2,3)	2,3	67	3,5
Égal ou supérieur à 5	89	3 (3,4)	6,7	67	9,0

a Inclut increta et percreta. P <0,001 du test Cochran-Armitage pour la tendance.

b Risque accru en fonction du nombre croissant de césariennes P <0,001.

Adapté de Silver et coll.: Maternal morbidity associated with multiple repeat caesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006;107:1226-32.[37]

Facteurs de risque [36,38-41]

Les facteurs de risque de placenta accreta comprennent :

- Placenta prævia
- Césarienne antérieure
- Myomectomie antérieure
- Syndrome d'Asherman / adhérences intra-utérines
- Ablation de l'endomètre
- Léiomyomes submuqueux (fibromes)
- Âge maternel égal ou supérieur à 35 ans
- Fécondation in vitro
- Embolisation des fibromes
- Chirurgie utérine mineure antérieure (hystéroscopie, dilatation-curetage)



Diagnostic

On doit envisager les troubles du spectre du placenta accreta chez toute femme présentant un placenta prævia.

L'échographie transabdominale et transvaginale[42-44] permet de détecter jusqu'à 90 % des cas de placenta accreta.[36] Des investigations supplémentaires par échographie Doppler[45-49] et IRM[50-54] peuvent s'avérer utiles pour augmenter la détection des troubles du spectre du placenta accreta chez les femmes à risque.

On soupçonne un placenta accreta lors d'un examen échographique au deuxième trimestre lorsque des résultats tels que les suivants sont observés :

- Lacunes placentaires
- Amincissement du myomètre
- Néovascularisation et
- Perte de l'espace libre entre le placenta et le myomètre[36]

Consulter la ligne directrice pertinente de la SOGC pour obtenir une présentation plus détaillée des résultats échographiques.[36]

L'exactitude du diagnostic semble s'améliorer lorsque plus d'un résultat échographique est présent.

Important

L'objectif est de poser un diagnostic de placenta accreta pendant la période prénatale.

- Des soupçons cliniques forts sont requis en présence de facteurs de risque.

- Le clinicien devrait viser à exclure la présence de placenta accreta avant d'effectuer une césarienne.
- En présence d'un **placenta prævia antérieur** lors de l'échographie anatomique à 18-20 semaines et de facteurs de risque cliniques pour les troubles du spectre du placenta accreta, il faut envisager fortement l'aiguillage vers un(e) spécialiste de l'évaluation par échographie.[36]

Facteurs à considérer pour les troubles du SPA soupçonnés

- Les femmes chez lesquelles on soupçonne un placenta accreta devraient accoucher dans des établissements disposant des ressources et du personnel adéquats pour prendre en charge les complications potentielles.
- Lors d'un accouchement vaginal, si l'absence d'un plan de clivage net est constatée lors d'une tentative d'extraction manuelle du placenta, les cliniciens doivent savoir que toute tentative supplémentaire d'extraction forcée du placenta pourrait entraîner **une hémorragie grave**.[55,56]
- Bien que la nécessité d'une extraction manuelle du placenta ne soit pas suffisante à elle seule pour diagnostiquer des troubles du SPA, les soupçons cliniques devraient augmenter à mesure que la

difficulté de l'extraction du placenta et la perte sanguine augmentent.

- Après une extraction manuelle difficile, mais réussie, on devrait envoyer le placenta au service de **pathologie** et faire une demande d'examen à la recherche de signes subtils de troubles du SPA en raison des **implications pour les grossesses futures**.

La Fetal Medicine Foundation offre un cours en ligne sur la formation aux échographies, intitulé « Diagnosis of Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders ».[57]

Prise en charge

L'accouchement est recommandé à 34 SA + 0 j à 36 SA + 0 j.[36]

La prise en charge des troubles du spectre du placenta accreta exige une **approche d'équipe interprofessionnelle** à laquelle participent des représentants du service d'anesthésiologie, de la banque de sang et d'autres services tels que la radiologie interventionnelle, l'urologie et la chirurgie vasculaire.[58]

Lorsque la présence d'un placenta accreta est connue ou soupçonnée avant l'accouchement, celui-ci doit avoir lieu dans un établissement offrant des soins plus spécialisés et disposant des ressources nécessaires pour faire face aux complications potentielles de cette affection.

Lorsqu'un **diagnostic imprévu** de trouble du spectre du placenta accreta est posé pendant la césarienne, avant l'hystérotomie, dans un centre qui n'est pas préparé ou équipé optimalement pour prendre en charge cette affection, on peut envisager de **fermer l'incision sans pratiquer l'hystérotomie**.

La personne enceinte peut alors être transférée vers un centre offrant un niveau de soins plus élevé pour accoucher, à condition que **l'état de la mère et du fœtus soit stable**.[36,59-61]

En cas de doute quant à savoir si les résultats peropératoires suggèrent réellement un trouble du SPA, un transfert d'images peropératoires avant l'hystérotomie à un consultant dans un centre spécialisé peut être envisagé.[36]

Hystérectomie pendant une césarienne

Une hystérectomie pendant une césarienne est requise dans jusqu'à 72 % des cas.[62] Le traitement du placenta accreta nécessite un jugement clinique et

dépend de la situation clinique et du moment où le diagnostic est posé (avant ou pendant l'accouchement).

Parmi les facteurs qui influent sur la prise en charge, on peut citer les suivants :

- Le souhait de la personne enceinte de préserver sa fertilité future
- La facilité de l'extraction du placenta
- Le succès de l'hémostase par suture
- Le volume des saignements
- L'état de la personne enceinte
- Si le placenta est accreta, increta ou percreta

Lorsque les saignements sont impossibles à atténuer et que la femme présente un risque important de collapsus hémodynamique, une hystérectomie césarienne peut s'avérer nécessaire.

Un ballon intra-abdominal aortique temporaire peut être utilisé pour réduire la perte sanguine et la nécessité d'une hystérectomie.[63]

Le recours à la technologie Cell Saver en obstétrique semble sécuritaire et s'est avéré réduire le besoin de transfusion sanguine lors de la prise en charge

chirurgicale difficile d'un placenta invasif.[64,65]

Lorsque la décision de pratiquer une hystérectomie césarienne est prise avant l'accouchement, l'incision utérine est pratiquée loin de l'insertion du placenta, généralement au niveau du fond de l'utérus.

Après la sortie du bébé :

- Le cordon est saisi au moyen d'une pince
- On laisse le placenta intact afin d'éviter tout saignement excessif, et
- Une hystérectomie est pratiquée

L'hystérectomie césarienne peut être une intervention chirurgicale complexe qui exige l'intervention d'un chirurgien pelvien expérimenté. Une récente étude réalisée par des experts fournit un aperçu des principales étapes chirurgicales.[66]



Prise en charge conservatrice

Des rapports faisant état du succès d'un traitement conservateur chez des personnes enceintes
qui souhaitent vivement avoir d'autres enfants ont été publiés.

Sélectionnez les flèches ou le bouton pour en savoir plus.

Étape 2

Une étude réalisée en 2007 portait sur 60 cas soigneusement sélectionnés de traitement conservateur dans lesquels soit la préservation de l'utérus était demandée, soit le risque de lésions des organes pelviens environnants était extrêmement élevé en raison d'un placenta percreta. Le taux de réussite dans cette étude était de 80 %.[62]

Étape 3

Cependant, en général, le nombre de cas signalés est faible, et un nombre important de femmes participant à ces études ont souffert d'endométrite post-partum et d'hémorragie post-partum tardive.

Pour cette raison, la prise en charge conservatrice peut être tentée **dans certains cas très précis** après l'application d'une approche pluridisciplinaire et l'obtention du consentement éclairé de la patiente.[55,56]

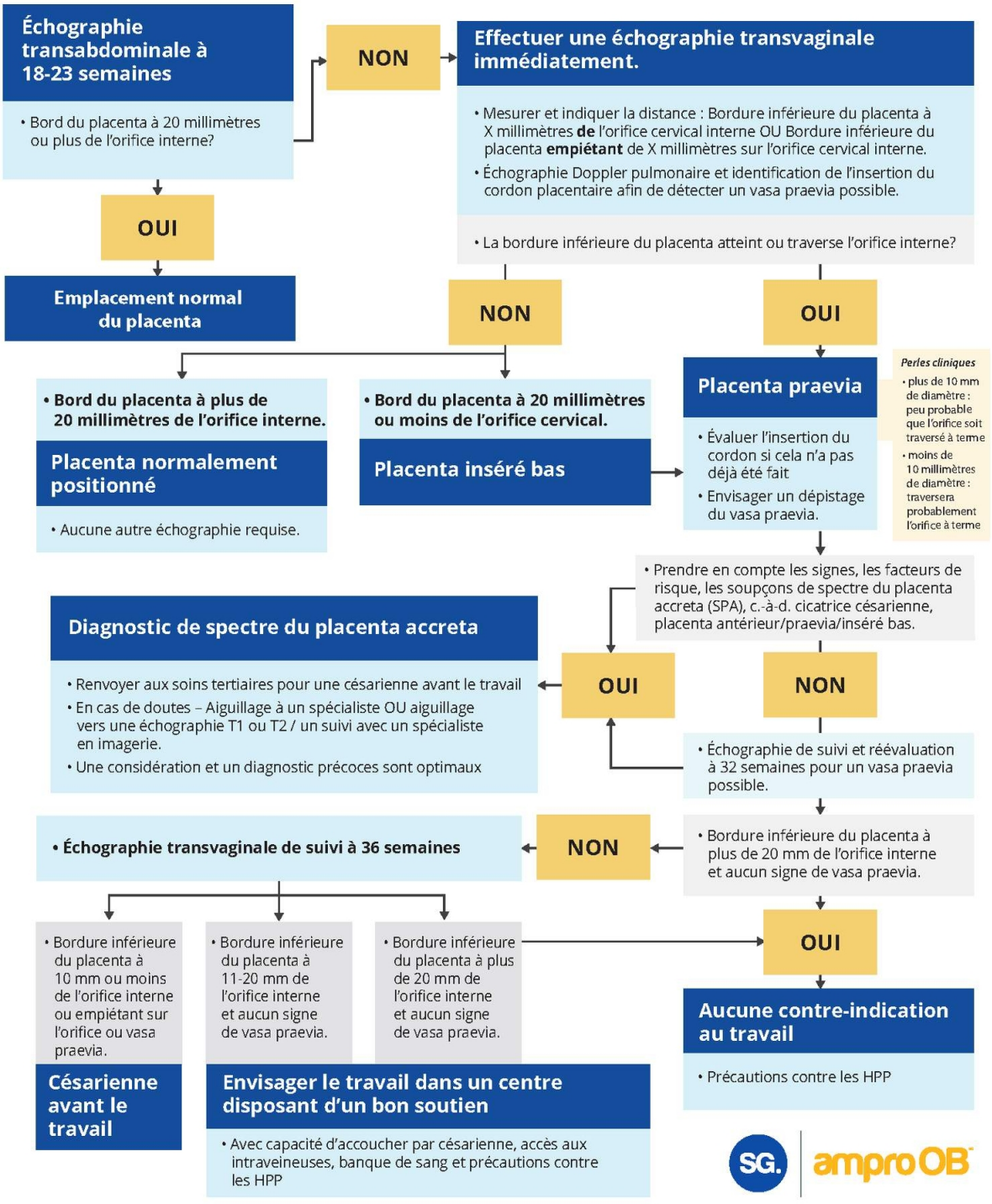
Étape 4

Les traitements conservateurs sont entre autres les suivants :[67,68]

- Insertion d'un cathéter à ballonnet dans l'artère fémorale jusqu'à l'artère iliaque interne ou les vaisseaux utérins avant l'intervention chirurgicale. Le ballon est gonflé pendant la dissection afin d'éviter tout saignement excessif, et le placenta est laissé en place. Une embolisation postopératoire des artères utérines est réalisée.
- Ligature de l'artère utérine ou de l'artère iliaque interne
- Curetage et/ou suture de la zone placentaire en cas d'accreta localisé
- Paquetage utéro-vaginal
- Laisser le placenta en place et réaliser une embolisation de l'artère utérine
- Laisser le placenta en place et assurer un suivi post-partum étroit

Faites défiler vers le bas pour continuer.

FIGURE 2 : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DU PLACENTA PRÆVIA



© 2026 Salus Global Corporation. Tous droits réservés 20437 v.03 03/2026

Sélectionnez ci-dessous pour obtenir un diagramme du diagnostic et de la prise en charge du placenta prævia en format PDF.

PDF

Diagnostic et prise en charge du placenta praevia.pdf

486 KB

Résumé

1. L’incidence de placenta accreta a considérablement augmenté, principalement en raison des taux accrus de césarienne.

2. Il faut soupçonner un placenta accreta en présence de placenta prævia, particulièrement lorsqu’il y a des antécédents de chirurgie utérine antérieure.

3. L’objectif est de diagnostiquer le placenta accreta pendant la période prénatale.

4. Le diagnostic est généralement établi par échographie, et l’IRM peut être utilisée dans certains cas.

5. L’accouchement devrait avoir lieu dans un centre disposant des ressources et du personnel adéquats pour prendre en charge les complications potentielles.

6 La prise en charge nécessite une équipe interprofessionnelle à disposition dans un établissement de soins plus spécialisés, dans la mesure du possible.[58]

7 Une approche conservatrice peut être tentée chez certaines patientes.

8 Le traitement définitif est l'hystérectomie césarienne, qui ne doit pas être retardée en cas d'hémorragie grave.

Décollement placentaire

Définition

- **Le décollement placentaire** est la séparation prématurée du placenta de la paroi utérine.

Physiologie[69]

Une hémorragie dans la décidue basale entraîne un décollement placentaire. La formation d'un hématome peut accentuer la séparation du placenta de la paroi utérine et réduit la surface villeuse placentaire disponible pour les échanges gazeux et métaboliques. Si l'affection sous-jacente n'est pas auto-limitative, le saignement se poursuivra et pourra s'étendre à travers le myomètre jusqu'à la séreuse (utérus de Couvelaire). L'hémorragie peut se propager entre la décidue et les membranes fœtales

et passer par le col de l'utérus, ou s'épancher à travers les membranes dans le liquide amniotique.

> La quantité de sang observée au niveau vaginal ne correspond souvent pas à la gravité du décollement.

Incidence

Le décollement placentaire se produit dans 0,5 % à 1 % de toutes les grossesses en Amérique du Nord.[67,70,71]

Facteurs de risque

Les facteurs de risque de décollement placentaire comprennent :

- **Tous les troubles hypertensifs** de la grossesse.
- Des antécédents de décollement placentaire augmentent la probabilité d'un nouveau décollement

lors des grossesses suivantes, qui atteint alors 5,5 % à 16,6 %.[72]

- Maladie placentaire ischémique : certaines données suggèrent un lien entre la prééclampsie, la petite taille pour l'âge gestationnel et le décollement placentaire. On ne sait pas encore si cette triade est causale ou s'il s'agit simplement d'une association, même si ces trois éléments partagent une histopathologie similaire.[71,73]

TABLEAU 5 : FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET RISQUE ABSOLU RELATIF[67,71]

Facteurs prédisposants	Risque absolu relatif
Décollement placentaire antérieur	5 % à 16 %
Thrombophilie héritée	3 % à 7 %
Rupture prématurée des membranes	2,4 % à 4,9 %
Hypertension	2,1 % à 4,0 %
Carence en fer[74,75]	2,4 %

Grossesse multiple	2,1 %
Hydramnios	2 %
Âge maternel et parité	1,3 % à 1,5 %
Tabagisme	1,4 % à 1,9 %
Traumatisme	% inconnu
Consommation de cocaïne ou de méthamphétamine	% inconnu
Césarienne antérieure,[11] particulièrement lorsque l'intervalle entre les grossesses est inférieur à 12 mois[12]	% inconnu

La plupart des décollements sont idiopathiques.[67]

Diagnostic

Sélectionnez ci-dessous pour obtenir les principales mesures d'évaluation pour le diagnostic de décollement placentaire.

1. Faire preuve de vigilance en présence de facteurs de risque

Être particulièrement vigilant en présence de facteurs de risque, notamment le **traumatisme maternel important**. Le décollement placentaire peut être accompagné :

- Des saignements vaginaux
- D'activité utérine, et/ou
- De douleur abdominale-pelvienne

2. Monitorage fœtal électronique (MFE)

Mettre en œuvre rapidement **un monitorage fœtal électronique continu** lorsqu'un décollement placentaire est soupçonné à un âge gestationnel viable (et à la limite de la viabilité s'il y a une décision en faveur d'une prise en charge néonatale active).[76,77]

En plus de fournir une évaluation du bien-être fœtal, le monitorage fœtal électronique continu peut révéler des **indices** qui appuient un diagnostic de décollement placentaire : **activité contractile utérine et décélérations tardives**.

Ces indices peuvent être essentiels pour le diagnostic dans les cas atypiques de décollement placentaire, notamment lorsque les saignements vaginaux et/ou les douleurs abdominales sont minimes ou absents.[78]

Le MFE est la **principale modalité d'évaluation du bien-être fœtal** lors d'une évaluation aiguë d'un décollement placentaire soupçonné.[76,79]

L'échographie au point d'intervention peut jouer un rôle complémentaire dans l'exclusion d'une bradycardie fœtale ou d'un décès fœtal antérieur.

Cependant, le MFE continu est préférable dans les situations aiguës en raison de sa plus grande sensibilité, notamment sa capacité à détecter la variabilité nulle ou minimale de la fréquence cardiaque fœtale et ses décélérations subtiles.[78]

3. Évaluer visuellement le volume de perte sanguine

Évaluer visuellement le volume de perte sanguine, mais **ne pas effectuer de toucher vaginal jusqu'à ce que le diagnostic de placenta prævia ait été écarté par l'échographie actuelle ou une échographie antérieure.**

Palper le fond de l'utérus pour évaluer les contractions et l'augmentation du tonus au repos, ce qui pourrait confirmer un diagnostic de décollement placentaire.

4. Antécédents et examen physique

Les différences cliniques fourniront les premiers indices pour le diagnostic.

5. Envisager un examen minutieux au spéculum

Une fois le diagnostic de placenta prævia envisagé, un examen minutieux au spéculum peut être réalisé afin d'évaluer la présence de saignements dans le tractus génital inférieur.

6. Envisager une échographie

Dans certains cas, l'échographie peut jouer un **rôle accru**, en particulier dans les cas où les soins prénataux sont incomplets ou inexistants et/ou en cas de traumatisme maternel.[76]

Elle peut aider à recueillir de l'information sur les éléments suivants :

- L'emplacement du placenta
- L'évaluation d'un placenta prævia possible
- La détermination de l'âge gestationnel

- Le volume de liquide amniotique
- La longueur cervicale
- Le profil biophysique, et
- L'évaluation de la vitesse systolique maximale de l'artère cérébrale moyenne pour détecter les signes d'anémie fœtale[76]

Toutefois, la SFE doit demeurer la principale modalité d'évaluation du bien-être fœtal dans un contexte de soins aigus.[76,80]

7. Surveiller les signes et symptômes de décollement

- La douleur abdominale est généralement le symptôme caractéristique du décollement placentaire. Elle est généralement constante et maximale au niveau du site d'attache du placenta.
- Des contractions utérines, l'hypertonie et/ou l'irritabilité sont présentes dans **la plupart** des cas.
- Des saignements vaginaux sont généralement présents, et le clinicien doit savoir que l'importance des saignements vaginaux **pourrait ne pas être liée** à la gravité du décollement.

Il n'est pas nécessaire que tous ces signes et symptômes soient présents pour envisager un diagnostic. Par exemple, des cas de décollement placentaire sans saignement vaginal (décollement placentaire caché) ont été signalés.

Prise en charge et moment de l'accouchement

La prise en charge dépend des facteurs suivants :

- L'état hémodynamique de la personne enceinte
- Le bien-être fœtal
- L'âge gestationnel
- Le degré de dilatation cervicale

Le tableau ci-dessous présente une classification des décollements placentaires qui pourrait s'avérer utile pour orienter la prise de décision en matière de prise en charge. Cette classification est basée sur l'état du fœtus. Le degré de saignement et l'état hémodynamique de la mère influent également sur la prise en charge.

Important

Il est important de savoir que le décollement placentaire avec atteinte fœtale devrait être considéré comme **une urgence obstétricale** nécessitant un accouchement aussi urgent que dans les cas de procidence du cordon et de rupture utérine.

TABLEAU 6 : CLASSIFICATION DU DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE

Décollement	Définition	Décision quant à la voie et au moment de l'accouchement
Léger	Signes de décollement placentaire sans atteinte fœtale et mère hémodynamiquement stable.	• Prise en charge conservatrice avant terme • Amorcer l'accouchement si la grossesse est à terme
Modéré	Signes de décollement placentaire avec atteinte fœtale ou mère hémodynamiquement instable.	• Césarienne urgente, sauf si l'accouchement vaginal est imminent[75] • Réduire les délais au minimum
Grave	Signes de décollement avec mort fœtale.	• Amorcer le processus d'accouchement (l'urgence dépend de l'état de la mère) • Être attentif à la coagulation intravasculaire disséminée

Résumé

1. La quantité de sang observée au niveau vaginal ne correspond souvent pas à la gravité du décollement.

2. Certaines données suggèrent un lien entre la prééclampsie, la petite taille pour l'âge gestationnel et le décollement placentaire. On ne sait pas encore si cette triade est causale ou s'il s'agit simplement d'une association, même si ces trois éléments partagent une histopathologie similaire.[71,73]

3. La plupart des décollements sont idiopathiques.[67]

4. Ne pas effectuer de toucher vaginal jusqu'à ce que le diagnostic de placenta prævia ait été écarté par l'échographie actuelle ou une échographie antérieure.

5. Le monitorage fœtal électronique (MFE) constitue la principale modalité d'évaluation du bien-être fœtal lors de l'évaluation aiguë d'un décollement placentaire soupçonné.[76,79]

6. Il est important de noter que le décollement placentaire avec atteinte fœtale devrait être considéré comme une

urgence obstétricale nécessitant un accouchement tout aussi urgent qu’une procidence du cordon et une rupture utérine.

Vasa prævia

Définition

- **Le vasa prævia** est défini comme une condition dans laquelle les vaisseaux ombilicaux, **sans soutien** du cordon ombilical ou du tissu placentaire, traversent les membranes fœtales du segment inférieur au-dessus du col de l'utérus.[81]

La distance exacte entre les vaisseaux sanguins du fœtus et l'orifice cervical interne nécessaire pour poser un diagnostic de vasa prævia fait actuellement l'objet d'un débat; par définition, la distance la plus courante est de moins de 2 centimètres,[79,82] quoi qu'une définition de vaisseaux insérés bas a été proposée pour les vaisseaux situés entre 2 cm et 5 cm de l'orifice cervical.[83]

Le vasa prævia peut être associé à une insertion vélamenteuse du cordon ombilical, à un lobe placentaire succenturié ou à une « migration » du placenta prævia.

Le vasa prævia est classé comme suit :

- **Type 1 :** Les vaisseaux sont reliés à un cordon vélamenteux.
- **Type 2 :** Les vaisseaux passent entre les lobes du placenta (bilobé ou succenturié).[84]
- **Type 3 :** Se produit lorsque des vaisseaux fœtaux sont détectés dans une trajectoire curviligne à travers les membranes, le long du bord du placenta, et est associé à un placenta prævia qui s'est résolu en une position basse ou normale.[83,85]
- **Type 4 :** L'insertion vélamenteuse du cordon est au-dessus de l'orifice cervical ou à moins de 2 cm de celui-ci.[86]

FIGURE 3 : VASA PRÆVIA DE TYPE 1 (INSERTION VÉLAMENTEUSE)

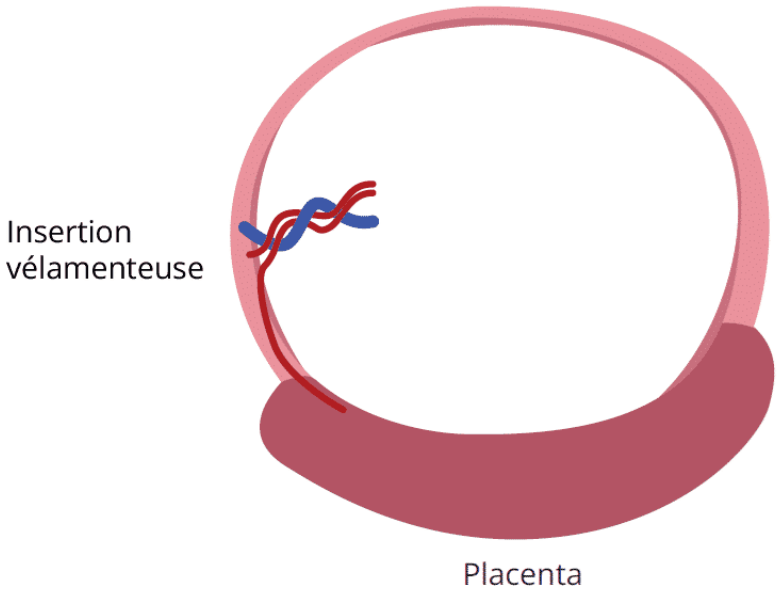


FIGURE 4 : VASA PRÆVIA DE TYPE 2 (LOBE SUCCENTURIÉ)

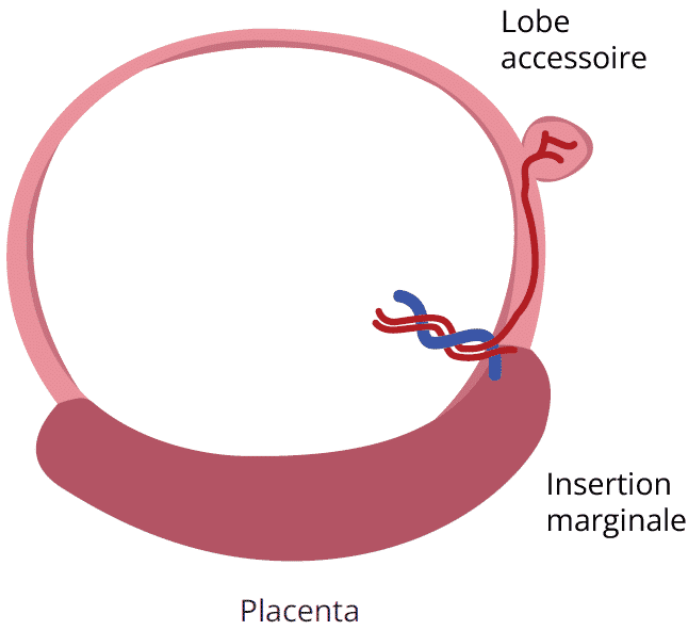
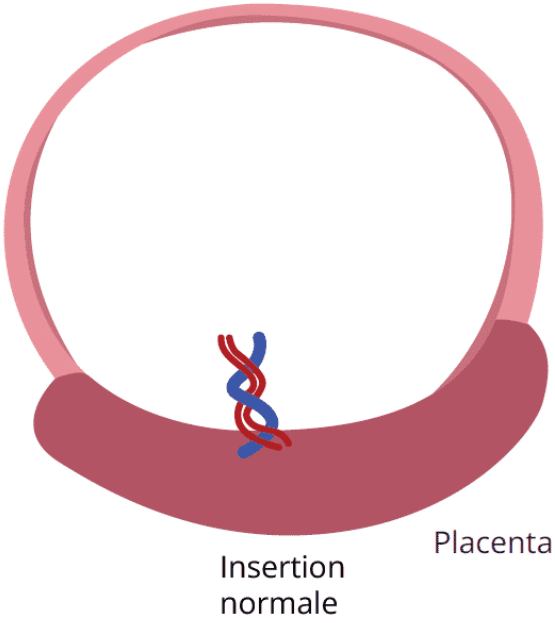


FIGURE 5 : VASA PRÆVIA DE TYPE 3 (INSERTION NORMALE)



Important

Le vasa prævia présente un **danger majeur** pour le fœtus, car les vaisseaux sanguins ombilicaux peuvent se rompre pendant le travail spontané ou lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes, entraînant ainsi une hémorragie fœtale et une exsanguination.

Une rupture spontanée des vaisseaux pendant la période prénatale est possible.

Incidence

Historiquement, le vasa prævia se produit dans 1 grossesse sur 2 500.[87-89] L'incidence actuelle est estimée à environ 1 grossesse sur 250 à 1 grossesse sur 500. L'incidence est plus élevée dans les grossesses gémellaires et celles conçues par une technologie de reproduction assistée.[90]

Facteurs de risque

Les facteurs de risque de vasa prævia comprennent les suivants :

- Insertion vélamenteuse du cordon ombilical
- Fécondation in vitro
- Placenta prævia au deuxième trimestre
- Placenta bilobé
- Placenta avec lobe succenturié
- Grossesse gémellaire

Morbidité et mortalité

Lorsque le vasa prævia **n'est pas diagnostiqué** avant le travail, on estime que la mortalité fœtale peut atteindre 60 %.[91,92]

Le diagnostic prénatal n'est pas toujours possible; cependant, lorsqu'il est posé, le taux de survie néonatale peut atteindre 97 à 100 %.[86,91,93]

Diagnostic

Le diagnostic de vasa prævia peut être posé par :[81]

1. Échographie. Tout examen échographique anatomique de routine doit inclure une évaluation de l'insertion du cordon placentaire et un balayage du placenta à la recherche d'un placenta bilobé et/ou des lobes succenturiés chez toutes les patientes.

Le dépistage du vasa prævia selon les recommandations de la SOGC[81] englobe les mesures suivantes :

- Lors de l'échographie de routine du deuxième trimestre, évaluer la position du placenta et sa relation avec l'orifice cervical interne (normal, inséré bas ou prævia).
- Si le placenta est inséré bas, évaluer l'insertion du cordon placentaire.
- Réaliser une échographie transvaginale avec Doppler couleur pour évaluer la présence d'un vasa prævia chez toutes les patientes jugées à haut risque, en particulier dans les circonstances suivantes :
    - Insertion basse ou vélamenteuse du cordon
    - Placenta bilobé ou succenturié
    - Saignements vaginaux

Un article publié en 2021[83] renferme des conseils pratiques sur la manière d'utiliser l'échographie pour dépister le vasa prævia.

Important

Si un vasa prævia est soupçonné lors de l'échographie de routine du deuxième trimestre, **une échographie répétée à 32 semaines est recommandée**.[86] Le vasa prævia se résout spontanément dans environ 20 % des cas.[16,94]

Lors de l'échographie de suivi, si les vaisseaux sont à la limite du vasa prævia (2 cm à l'intérieur de l'orifice cervical) ou insérés bas, **il convient d'envisager une nouvelle échographie dans deux semaines, car cela pourrait modifier la prise en charge et le moment de l'accouchement**.

2. Palpation des vaisseaux fœtaux lors d'un examen vaginal manuel. Parfois, les vaisseaux peuvent être détectés lors d'une échographie de routine ou palpés lors d'un examen manuel avant la rupture des membranes.

3. Cliniquement, le diagnostic doit être envisagé lorsque la rupture des membranes est associée à des saignements vaginaux aigus indolores et à un changement brusque de la fréquence cardiaque fœtale (tachycardie, bradycardie ou rythme sinusoïdal).

4. Lors d'un examen du placenta et des membranes après l'accouchement.

Idéalement, le diagnostic est posé avant la naissance, mais cela n'est pas toujours possible.

Prise en charge

Si un vasa prævia est diagnostiqué et persiste à 32 semaines :

- Des glucocorticoïdes peuvent être envisagés s'il existe un risque élevé d'accouchement prématuré dans la semaine à venir.[95] En fonction de la présence de facteurs de risque individuels, la prise en charge ambulatoire de cette affection peut être effectuée en toute sécurité.
- Une hospitalisation à 32 semaines peut être envisagée chez les femmes présentant des facteurs de risque supplémentaires ou un raccourcissement du col de l'utérus. Elle doit avoir lieu dans un centre permettant la pratique d'une césarienne d'urgence et la réanimation néonatale, qui peuvent nécessiter une transfusion sanguine d'urgence.[81,96]
- L'équipe pédiatrique devrait être consultée avant l'accouchement.

- On recommande une césarienne planifiée à environ 34 à 36 semaines de grossesse.[81] Les variations du moment où l'intervention est pratiquée dépendent de la présence réelle d'un vasa prævia par opposition à celle de vaisseaux insérés bas.[86]
- Le dossier de la patiente devrait clairement indiquer le diagnostic afin de faciliter son identification immédiate, et la césarienne devrait provoquer la rupture des membranes, sinon un saignement vaginal se produira. **Le délai pourrait entraîner la mort du fœtus ou du nouveau-né et doit être évité.**

En procédant ainsi, on peut espérer un taux de survie néonatale supérieur à 97 %.[92]

Lors de la césarienne, le chirurgien devrait idéalement **connaître la position des vaisseaux fœtaux et du placenta** afin de les éviter lorsqu'il pratique l'hystérotomie.[81] Si un vaisseau fœtal est lacéré par inadvertance, le cordon doit être clampé le plus rapidement possible.[16,81] Le clampage retardé du cordon n'est pas recommandé dans les cas de vasa prævia.[16] On devrait pouvoir recourir rapidement à une transfusion néonatale immédiate et, si possible, la banque de sang devrait être prévenue bien avant l'accouchement.[81]

Important

Lorsque le vasa prævia n'a pas été diagnostiqué avant l'accouchement, la rupture des membranes associée à des

saignements vaginaux aigus indolores et à un changement brusque de la fréquence cardiaque fœtale (tachycardie, bradycardie ou sinusoïdale) permet d'établir le diagnostic clinique.

Une césarienne immédiate est nécessaire pour éviter l'exsanguination du fœtus.



Parcours diagnostique : Évaluation échographique d'une placentation anormale et d'un vasa prævia

L'objectif est de diagnostiquer la placentation anormale avant que des saignements ne surviennent. Noter les facteurs de risque interdépendants liés au placenta prævia, au placenta inséré bas et aux troubles du spectre du placenta accreta.

TABLEAU 7 : ÉVALUATION PAR ÉCHOGRAPHIE

Trimestre	Trouble du SPA	Placenta (inséré bas ou prævia)	Vasa prævia

Lors de l'échographie du premier trimestre	Envisager un aiguillage pour une évaluation échographique tertiaire du SPA dans les situations suivantes : • Risque élevé basé sur le jugement clinique, OU • Grossesse sur cicatrice césarienne soupçonnée.[36]	Sensibilisation en vue d'une évaluation future lors des échographies ultérieures.	Sensibilisation en vue d'une évaluation future lors des échographies ultérieures.
Lors de l'échographie du deuxième trimestre (c.-à-d. échographie anatomique de routine, échographie du deuxième trimestre, à 18 semaines ou plus)	Envisager un aiguillage vers un(e) spécialiste de l'imagerie pour écarter les troubles du spectre du placenta accreta du SPA dans les situations suivantes : • Facteurs de risque cliniques de	Si un placenta inséré bas ou un placenta prævia est soupçonné, réaliser immédiatement une échographie transvaginale pour confirmer le résultat.	Évaluer l'insertion du cordon placentaire et balayer le placenta à la recherche d'un placenta bilobé et/ou de lobes succenturiés.

		troubles du SPA et placenta prævia antérieur (recommandé), OU • Soupçons cliniques lors de l'échographie, OU • Facteurs de risque cliniques importants.[36]		Réaliser une échographie transvaginale avec Doppler couleur pour évaluer la présence d'un vasa prævia chez toutes les patientes jugées à haut risque, dans les circonstances suivantes :[81] a) Insertion basse ou vélamenteuse du cordon b) Placenta bilobé ou succenturié c) Saignements vaginaux
	Lors de l'échographie du troisième trimestre	Peut être diagnostiqué au troisième trimestre, mais il est préférable de le diagnostiquer plus tôt.[36]	Répéter l'échographie à 32 semaines et éventuellement à nouveau à 36 semaines ou avant si le	• Répéter l'évaluation si un diagnostic a déjà été posé afin d'évaluer la possibilité

		problème n’est pas résolu.[8]	d’une résolution. • Évaluation répétée ou initiale si aucun diagnostic n’a été posé auparavant et si elle est jugée nécessaire en fonction des facteurs de risque. • Le placenta inséré bas résolu et le placenta prævia résolu sont des facteurs de risque de vasa prævia.[16]

Résumé

1. L’incidence de vasa prævia a augmenté et est plus élevée dans les **grossesses gémellaires** et les **grossesses conçues à l’aide de technologies de procréation assistée**.

2. Le diagnostic de placenta prævia ne devrait pas être posé avant l’échographie anatomique de routine du deuxième trimestre.

3. Le diagnostic est confirmé par échographie transvaginale et devrait être **réévalué** au troisième trimestre.

4. L’accouchement devrait avoir lieu dans un centre disposant des ressources et du personnel adéquats pour prendre en charge les complications potentielles.

5. Une équipe interprofessionnelle est requise pour la prise en charge. Une césarienne devrait être planifiée après environ 34 à 36 semaines de grossesse, selon les facteurs de risque.

HAP : Consolidation des connaissances

Les causes de l'HAP ont en commun la possibilité d'une détérioration rapide de l'état de santé de la mère et du fœtus. Tous les HAP nécessitent une reconnaissance rapide, une évaluation systématique et une intervention interprofessionnelle coordonnée afin de réduire les risques de choc hémorragique, de coagulopathie, de naissance prématurée, d'hypoxie fœtale et de perte périnatale.

Résumé : Diagnostic et prise en charge de l'HAP

Partie 1 : Évaluation générale

Important

Ne pas effectuer de toucher vaginal jusqu'à ce que le diagnostic de

placenta prævia ait été écarté.

- [ ] **Établir les antécédents et effectuer un examen physique**. Les différences cliniques fourniront les premiers indices pour le diagnostic.

- [ ] **Déterminer la stabilité hémodynamique** et évaluer le tonus et l'activité de l'utérus.

- [ ] **Évaluer le bien-être fœtal,** notamment grâce au monitorage fœtal électronique (MFE) et à l'échographie.

- [ ] **Passer en revue les résultats des échographies antérieures** quant à la position du placenta. Effectuer une échographie si elle est nécessaire pour écarter un diagnostic placenta prævia avant de procéder à un examen au spéculum. Celui-ci est effectué pour évaluer la dilatation du col et déceler toute lésion du tractus inférieur.

- [ ] **Une équipe disposée à pratiquer une césarienne d'urgence** devrait être disponible.

- [ ] **Compte tenu des imprécisions dans l'estimation de la perte sanguine** et la capacité de la mère à supporter une hémorragie, il est essentiel de maintenir une surveillance attentive de l'état hémodynamique maternel et du bien-être fœtal.

- [ ] **Les évaluations de laboratoire devraient comprendre :**
  a) une épreuve de comptabilité croisée du sang
  b) une formule sanguine complète (hémoglobine, hématocrite, numération plaquettaire)
  c) les autres investigations dictées par la présence de comorbidités (p. ex. hypertension)

- [ ] **Une immunoglobuline anti-Rh (facteur Rhésus)** devrait être administrée à toutes les femmes Rh-négatif non sensibilisées lors de tout saignement ou d'un décollement caché soupçonné.
  a) Un test de Kleihauer-Betke est approprié dans ce contexte pour aider à déterminer la dose requise d'immunoglobuline anti-Rh.
  b) 300 mcg d'immunoglobuline anti-Rh devraient être administrés par tranche de 30 ml de sang fœtal détecté dans la circulation maternelle (équivalent à 15 ml de concentré de globules rouges).

TABLEAU 8 : PRÉSENTATION CLINIQUE COMPARATIVE ET FACTEURS DE RISQUE

Considérations relatives à l'obtention des antécédents médicaux et à la réalisation d'examens physiques : comparaison des manifestations cliniques et des facteurs de risque du décollement placentaire et du placenta prævia (qui ne sont PAS exclusifs).

Décollement placentaire	Placenta prævia

Âge supérieur à 35 ans	Multiparité[98]
Travail prématuré	Chirurgie utérine antérieure
Douleurs abdominales ou maux de dos (souvent persistants)	Indolore (sauf si la femme est en travail)
Sensibilité de l'utérus	Utérus non sensible
Augmentation du tonus de l'utérus	Utérus mou
Irritabilité/contractions utérines	Absence d'irritabilité/de contractions utérines
Présentation généralement normale	Présentation anormale ou haute
La fréquence cardiaque fœtale peut être absente, atypique ou anormale	Fréquence cardiaque fœtale généralement normale
Choc et anémie disproportionnés par rapport à la perte de sang apparente	Choc et anémie correspondant à la perte de sang apparente
Peut présenter une	Coagulopathie très rare

coagulopathie	initialement
Un décollement placentaire peut être observé lors d'une échographie transabdominale, mais un résultat négatif à l'échographie n'écarte pas un décollement	L'échographie transvaginale est le test diagnostique définitif pour le placenta prævia

Présentation clinique supplémentaire et facteurs de risque pour le décollement placentaire

- Fécondation in vitro
- Tabagisme[97]
- Troubles hypertensifs (préexistants ou gestationnels)
- Distension utérine excessive, traumatisme abdominal

Partie 2 : Personne hémodynamiquement instable

Les deux objectifs immédiats pour les personnes enceintes présentant un saignement actif et une instabilité hémodynamique sont le remplacement liquidien et l'accouchement.

Pendant l'accélération de l'accouchement, les étapes de prise en charge suivantes se produisent **simultanément** :

- [ ] Évaluation continue du bien-être de la mère (signes vitaux, diurèse) et du fœtus.
- [ ] Réanimation liquidienne active et/ou transfusion sanguine à l'aide de deux lignes intraveineuses à large diamètre.
- [ ] Monitorage de la saturation en oxygène de la mère.
- [ ] Administration d'oxygène à toutes les personnes enceintes souffrant d'hypotension, car la consommation d'oxygène augmente de 20 % pendant la grossesse et le fœtus est sensible à l'hypoxie.

Si le saignement est résulte d'un placenta prævia ou d'un décollement placentaire et qu'il y a une atteinte à la santé de la mère ou du fœtus :

- [ ] Une césarienne sera nécessaire (sauf si l'accouchement vaginal est imminent).
- [ ] La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) devrait être envisagée. Un test de coagulation au chevet de la patiente (aucune coagulation visible en 6

minutes à température ambiante) pourrait être utile. En cas de coagulopathie, celle-ci doit être corrigée immédiatement à l'aide de plasma frais congelé ou de cryoprécipité.

- [ ] L'accouchement devrait avoir lieu dès que les facteurs de coagulation ont été corrigés et que le volume sanguin a été suffisamment remplacé.

- [ ] Un protocole de transfusion massive est utile.

- [ ] Le risque de CIVD est accru en cas de mort fœtale intra-utérine.

Si l'état de santé de la mère et du fœtus est stable et que les ressources locales ne permettent pas de prendre en charge la personne enceinte ou son bébé, envisager son transfert vers un centre spécialisé dans les grossesses à haut risque.

Partie 3 : Personne hémodynamiquement stable

- [ ] Poursuivre la surveillance maternelle et fœtale pendant 12 à 24 heures. Une attention particulière devrait être accordée à l'état hémodynamique maternel.

- [ ] Si la femme a subi un **traumatisme abdominal** et en est à 20 semaines de grossesse ou plus, on recommande un monitorage pendant **au moins quatre**

heures. On observe un décollement placentaire dans environ 7 % de ces cas.[99] S'il y a plus d'une contraction en 10 minutes ou s'il y a des signes inquiétants tels que des saignements ou des douleurs utérines, la durée de la surveillance devrait être prolongée (**au moins 24 heures**).[100-102]

- [ ] Si le fœtus est prématuré, une prise en charge expectative pourrait être appropriée en fonction de l'état hémodynamique de la mère et du bien-être du fœtus. Des corticostéroïdes antepartum sont indiqués pour un âge gestationnel se situant entre 24 et 34 semaines. Évaluer le risque d'hémorragie importante après l'intervention par rapport à la maturité fœtale.

Le transfert vers un centre spécialisé dans les grossesses à haut risque peut être préconisé en fonction de l'état de la mère ou du fœtus et des ressources locales.

Important

Toutes les femmes enceintes qui présentent une hémorragie antepartum courent un risque de récidive hémorragique.



Tableaux sommaires de l’HAP

Le tableau suivant présente un résumé des conditions d’HAP.

Sélectionnez les flèches ou le bouton pour en savoir plus.

Étape 2

TABLEAU 9 : SOINS ANTEPARTUM CHEZ LES PERSONNES STABLES SANS SAIGNEMENT

Affection	Résumé
Placenta prævia	En consultation externe en l'absence de facteurs de risque. **Voir la liste dans Placenta prævia**.[8] **Niveau d'activité :** • L'alitement n'est pas recommandé • Poursuivre les activités normales • Éviter toute activité sexuelle vaginale ou anale et l'insertion de tout corps étranger dans l'anus/le rectum ou le vagin, tel qu'un tampon (sauf lors d'échographies transvaginales réalisées par un échographiste expérimenté)[8] Envisager l'hospitalisation en présence de facteurs de risque.[8]
Troubles du spectre du placenta accreta	Une admission prénatale dans un centre régional désigné peut être indiquée, en particulier à la suite d'une hémorragie antepartum, ou en fonction de considérations géographiques ou des conditions de transport.[36]
Le vasa prævia	Envisager l'hospitalisation après 30 à 32 semaines.

	« Tous les prestataires de soins de santé doivent être conscients de la nécessité potentielle d'un accouchement immédiat par césarienne en cas de saignement vaginal. » (traduction)[81] Envisager les corticostéroïdes prénataux après 28 à 32 semaines.[81]

Étape 3

TABLEAU 10 : MODE D'ACCOUCHEMENT

Affection	Mode d'accouchement
Placenta prævia	Césarienne[8]
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé entre **11 et 20 mm** de l'orifice cervical	Épreuve du travail recommandée lorsque les ressources appropriées sont disponibles (capacité d'accouchement par césarienne, accès aux intraveineuses, banque de sang, précautions contre l'HPP) après une discussion sur le risque d'hémorragie et la nécessité potentielle d'un accouchement par césarienne d'urgence.[8] OU Césarienne
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à **10 mm ou moins** de l'orifice cervical	Césarienne Une épreuve du travail peut être envisagée chez des personnes enceintes soigneusement sélectionnées, après avoir obtenu leur consentement éclairé, dans un hôpital où un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre sont présents et où des produits sanguins sont disponibles.
Trouble du spectre du	Césarienne dans un centre régional spécialisé dans la prise en charge interprofessionnelle du trouble du

placenta accreta	spectre du placenta accreta.[36]
Décollement placentaire	Césarienne en cas d'atteinte maternelle ou fœtale, sauf si l'accouchement vaginal est imminent. Accouchement vaginal ou césarienne si l'accouchement est préconisé lorsque l'état de la mère et du fœtus est stable, en fonction du contexte clinique global.
Vasa prævia	Césarienne dans un hôpital en mesure de fournir une transfusion sanguine néonatale immédiate au besoin et disposant d'installations adéquates pour la réanimation néonatale.

Étape 4

TABLEAU 11 : MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE CHEZ LA PERSONNE STABLE (ACCOUCHEMENT PLANIFIÉ)

Diagnostic	Moment de l'accouchement chez la personne stable (accouchement planifié)
Placenta prævia **avec** facteurs de risque[8]	**36 SA + 0 j** à **36 SA + 6 j** [8]
Placenta prævia **sans** facteurs de risque[8]	**37 SA + 0 j** à **37 SA + 6 j** [8]
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à 10 mm ou moins de l'orifice cervical **avec** facteurs de risque	**37 SA + 0 j** à **37 SA + 6 j** [8]
Placenta inséré bas lorsque le bord du placenta est situé à 10 mm ou moins de l'orifice cervical **sans** facteurs de risque[8]	**38 SA + 0 j** à **38 SA + 6 j** [8]
Troubles du spectre du placenta accreta chez des femmes autrement en bonne santé, sans	**34 SA + 0 j** à **36 SA + 0 j** (approximativement)[36]

antécédents de saignements vaginaux[36]	
Trouble du spectre du placenta accreta avec épisodes répétés d'hémorragie antepartum ou de contractions	Envisager avant **35 SA + 0 j** (avec un traitement par corticostéroïdes si l'accouchement est planifié avant **35 SA + 0 j**).[36]
Décollement placentaire si l'état de la mère et du fœtus est stable et les saignements disparaissent ou sont minimes.[103]	Peu prématuré ou à terme précoce (surveillance étroite et suivi requis).
Vasa prævia	Environ **34 à 36 semaines** conformément à la discussion dans la directive clinique de la SOGC sur le vasa prævia.[81]

Étape 5

TABLEAU 12 : INDICATIONS POUR UN ACCOUCHEMENT IMMÉDIAT/URGENT

Affection	Résumé
Placenta prævia	• Atteinte hémodynamique de la mère.[8] • Tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal.[8] • Hémorragie antepartum importante à **34 semaines ou plus**.[8]
Spectre du placenta accreta	• Instabilité hémodynamique de la mère. • Tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal.
Décollement placentaire	• Atteinte fœtale qui ne réagit pas à la réanimation intra-utérine. • Instabilité hémodynamique de la mère. • Saignements vaginaux importants (jugement clinique requis en fonction de l'âge gestationnel et de l'évolution clinique).[103] • Résultats anormaux des analyses de laboratoire (anémie, coagulopathie) (jugement clinique requis

	en fonction de l'âge gestationnel et de l'évolution clinique).[103]
Vasa prævia	• Saignements vaginaux ou rupture des membranes, ET • Tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal.[81]

Faites défiler vers le bas pour continuer.

Sélectionnez ci-dessous pour obtenir les tableaux sommaires de l'HAP en format PDF.

PDF

Tableaux sommaires de l'HAP.pdf

150.4 KB

Intégration avec des sujets connexes

Facteurs connexes

L'évolution des situations cliniques entraîne souvent des incidents liés à la sécurité des patients. Selon une étude réalisée en 2016, des incidents se sont produits à plus d'une étape des soins dans 24 % des cas traités par l'ACPM et dans 40 % des cas traités par l'HIROC. Dans la majorité des cas, il était question de problèmes survenus pendant l'accouchement pour les deux groupes, et il y avait souvent une situation clinique évolutive menant à un incident lié à la sécurité des patients.

Dans ce contexte, **prenons un moment pour examiner les autres phases des soins, les comorbidités et les risques connexes** à ce sujet :

Sélectionnez les comorbidités, conditions et les sujets connexes pour en savoir plus.

COMORBIDITÉS/CONDITIONS | SUJETS CONNEXES

Comorbidités/conditions

- Hypertension
- Prééclampsie
- Sepsie
- Hypovolémie maternelle

COMORBIDITÉS/CONDITIONS

SUJETS CONNEXES

Sujets connexes

- Déclenchement artificiel du travail
- Troubles hypertensifs de la grossesse
- Hémorragie post-partum
- Surveillance de la santé fœtale
- Travail et accouchement prématurés
- Travail
- Soutien et soulagement de la douleur durant le travail

Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et Association canadienne de protection médicale. Un regard sur l'accouchement : consolider les soins obstétricaux au Canada – Examen sur 10 ans des dossiers de l'ACPM et de l'HIROC [en ligne]. Ottawa

: Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et Association canadienne de protection médicale; 2018, p. 26. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/published-research/obstetrics/delivery-in-focus-strengthening-obstetrical-care-in-canada

Résumé

Quelle que soit son étiologie, l'HAP exige un diagnostic précoce, la stabilisation de la mère et du fœtus, l'évitement des examens pouvant causer du mal et une intervention coordonnée de l'équipe avec prise en charge progressive, passant d'un monitorage attentif en cas de présentation stable à une réanimation agressive et à un accouchement urgent en cas d'instabilité.

- Lors de l'échographie anatomique de routine du deuxième trimestre, l'emplacement du placenta doit être déterminé et documenté.
- Une attention méticuleuse aux facteurs de risque liés aux troubles du spectre du placenta accreta et au vasa prævia est un élément essentiel des soins prénataux. Lorsque de tels facteurs de risque existent, il convient d'envisager une échographie afin d'écarter ces troubles.
- Toutes les patientes présentant un **placenta prævia antérieur** et ayant subi une ou plusieurs **césariennes** antérieures ou présentant d'autres facteurs de risque cliniques de trouble du spectre du placenta accreta

doivent faire l'objet d'une **évaluation échographique spécialisée** afin d'écarter un trouble du spectre du placenta accreta.

- Toutes les patientes présentant une **insertion vélamenteuse du cordon** près du col doivent subir une échographie transvaginale avec Doppler afin d'écarter un **vasa prævia**.

- On recommande d'utiliser un protocole standard pour la prise en charge des hémorragies antepartum.

- Une directive médicale visant à **amorcer la prise en charge de l'HAP** est recommandée.

- On recommande un protocole de « transfusion massive » dans chaque unité d'accouchement.

- Il convient de garder à l'esprit le caractère potentiellement mortel du décollement placentaire et du placenta prævia tant pour la femme que pour le fœtus, tout comme **le potentiel d'évolution rapide** de ces affections.

- Une réanimation vigoureuse devrait être entreprise lorsque cela est approprié.

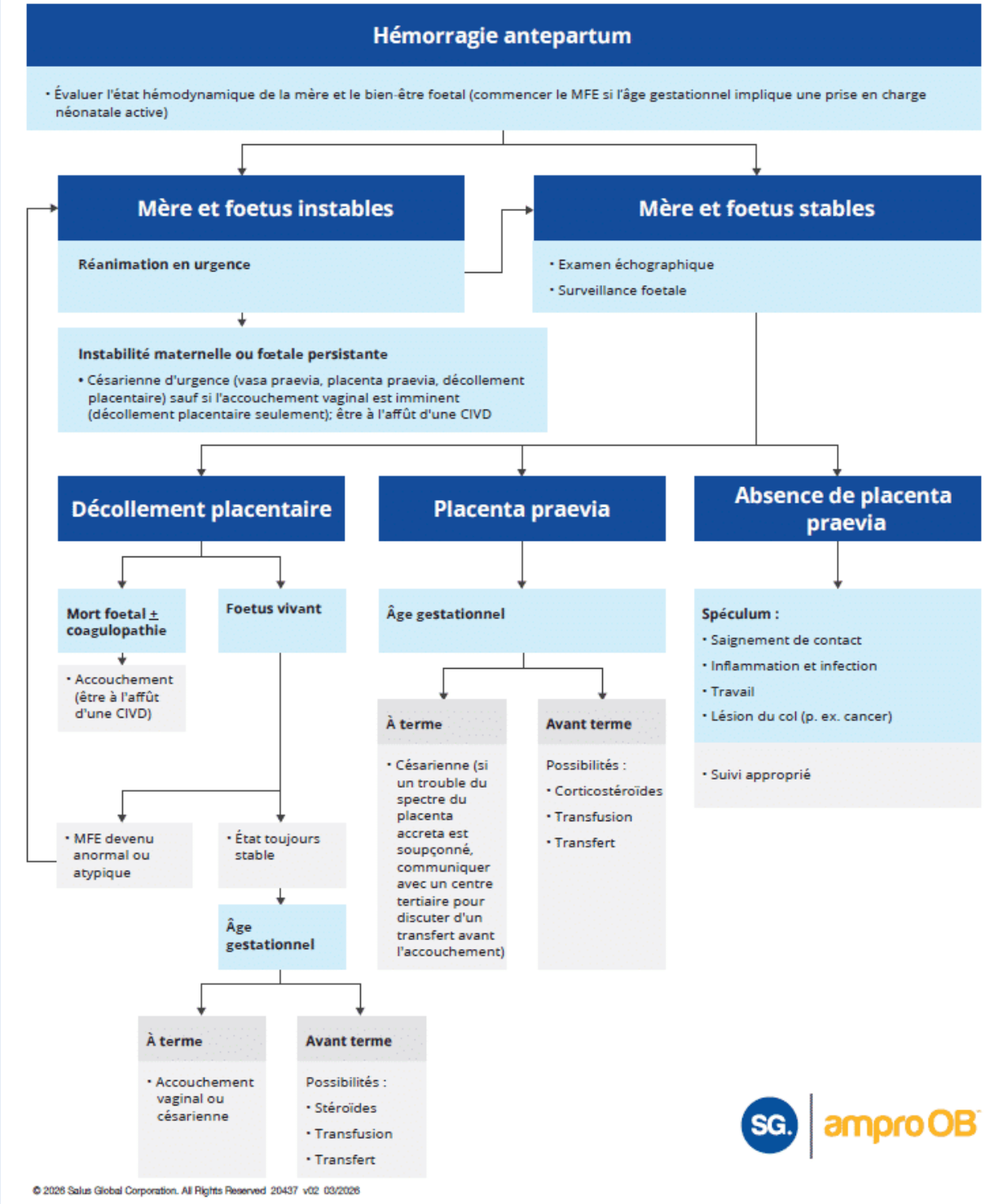
- Confirmer que l'emplacement du placenta a été évalué par échographie et documenté **avant d'effectuer un toucher vaginal** en présence de saignements vaginaux. En cas de placenta prævia ou si

l'emplacement du placenta est inconnu, ne pas effectuer d'examen vaginal manuel.

- Il existe deux indications claires justifiant **un accouchement urgent** dans le contexte d'une hémorragie antepartum :
  a) Instabilité hémodynamique maternelle sans réponse à la réanimation liquidienne et aux soins de soutien.
  b) Tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal sans réponse à la réanimation intra-utérine.

FIGURE 6 : ARBRE DÉCISIONNEL POUR L'HÉMORRAGIE ANTEPARTUM

De multiples facteurs orientent les plans de soins pour l'HAP. Le diagramme suivant présente les principaux facteurs à considérer et points de décision.



Sélectionnez ci-dessous pour obtenir l'arbre décisionnel pour l'HAP en format PDF.

PDF

Arbre décisionnel pour l’hémorragie antepartum.pdf

341.3 KB

Culture de sécurité relative à l'HAP

L'hémorragie antepartum peut se manifester aussi bien par des petites taches de sang que par des saignements potentiellement mortels. En raison des multiples étiologies ou causes possibles, il convient d'accorder une attention particulière à la compréhension et à l'élaboration d'un plan de soins.

La première étape d'une prise en charge sécuritaire consiste à établir un historique et une évaluation rigoureuse et structurée : déterminer la source du saignement si possible, en évaluer la gravité et reconnaître les facteurs de risque, **y compris le traumatisme**. Cela nécessite non seulement des connaissances cliniques, mais aussi une conscience situationnelle, une communication claire au sein de l'équipe et une vigilance face aux biais cognitifs tels que l'ancrage ou la clôture prématurée.

La **« barrière anti-biais »** est une stratégie visant à empêcher que les raccourcis cognitifs compromettent la sécurité des patients. C'est l'état d'esprit et la pratique qui consistent à **remettre en question les hypothèses, à rechercher d'autres explications et à vérifier les décisions par rapport à des processus structurés**.

Pièges cognitifs courants et comment s’en prémunir

Sélectionnez chaque biais pour explorer sa barrière.

Biais d’ancrage

Le clinicien se fixe sur le premier diagnostic plausible (p. ex. « expulsion normale du bouchon muqueux ») et ignore les nouveaux signes.

Biais d’ancrage
Barrière/Atténuation

S’arrêter pour se demander : « Ce saignement pourrait-il avoir une autre source? » Utiliser un cadre de travail différentiel structuré.

Biais de confirmation

Interprétation sélective des données afin d'étayer un diagnostic privilégié (p. ex. une échographie normale interprétée comme une « absence de décollement »).

Biais de confirmation
Barrière/Atténuation

Solliciter les examens par les pairs, les deuxièmes opinions ou les vérifications croisées par rapport aux protocoles.

Clôture prématurée

Mettre fin à l'évaluation dès qu'une explication plausible est trouvée, sans confirmer qu'elle rend compte de tous les signes/symptômes. (p. ex. « il doit s'agir d'un saignement post-coïtal »).

Clôture prématurée
Barrière/Atténuation

Faire une « pause diagnostique » avant de mettre la touche finale au plan.

Biais de disponibilité

Évaluer la probabilité en se basant sur des cas récents ou mémorables (p. ex. le dernier cas de décollement placentaire).

Biais de disponibilité
Barrière/Atténuation

Se fier aux risques, à l'évaluation et à la physiologie plutôt qu'à des souvenirs anecdotiques.

Biais de surconfiance

Sous-estimer le risque parce que la patiente semble « stable » ou que le saignement semble mineur.

Biais de surconfiance
Barrière/Atténuation

Documenter et réévaluer les résultats objectifs, les signes vitaux, y compris la fréquence cardiaque fœtale (FCF), et l'évaluation de la perte sanguine; inclure les seuils d'intensification dans les protocoles.

Modes de pensée cloisonnés

Chaque membre de l'équipe suppose que quelqu'un d'autre surveille un paramètre critique.

Modes de pensée cloisonnés Barrière/Atténuation

Favoriser des représentations mentales communes grâce à des caucus, à la méthode I-CHAT et à l'attribution des rôles.

Dans son examen des éléments importants de la prise de décision clinique, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) souligne dans ses notes sur les bonnes pratiques que l'acte conscient de « suppression des biais cognitifs », qui consiste à ralentir et à faire un effort pour empêcher l'automatisme, est très prometteur.

L'établissement d'une liste de possibilités ou d'un diagnostic différentiel est un élément important d'un raisonnement clinique sûr, qui oblige à ralentir la réflexion et permet d'envisager d'autres possibilités et de prendre en compte les lacunes en matière de renseignements.

Les questions suivantes pourraient être utiles pour formuler des diagnostics possibles.

Avez-vous :

- Recueilli suffisamment d'information pour formuler un diagnostic?
- Passé en revue les résultats de l'investigation afin de s'assurer qu'ils correspondent à l'impression clinique et organisé un suivi approprié pour enquêter sur toute divergence?
- Réfléchi à la manière dont le traitement administré jusqu'à présent aurait pu masquer le diagnostic?
- Réfléchi à des signaux d'alerte laissant entendre qu'un diagnostic est erroné?
  - Visite répétée pour le même problème
  - Le tableau clinique n'évolue pas comme prévu
  - Le traitement jusque là ne règle pas la préoccupation
- Réévalué le diagnostic, si vous prenez la relève d'un autre prestataire?
- Déterminé le « pire scénario » et pris des mesures pour l'écarter, le cas échéant?
- Intégré des protocoles cliniques, des lignes directrices de pratique clinique ou des outils décisionnels, selon le cas?
- Envisagé de consulter un collègue ou un spécialiste?

- Alerté la patiente quant aux symptômes et signes qui justifient des soins supplémentaires?
- Organisé un suivi et invité la patiente à revenir?

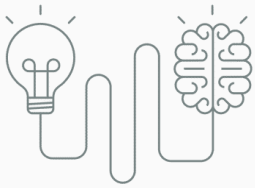
[104]ACPM Les bonnes pratiques, Prise de décision clinique https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-patient/clinical-decision-making Consulté le 30 septembre 2025

Résumé des points saillants de la culture de sécurité

1. **Voir large :** Toujours demander : « Qu'est-ce que cela pourrait être d'autre? » pour réduire l'ancrage ou la clôture prématurée.
2. **Prendre la parole, rester aligné :** Une communication claire et structurée aide l'équipe à rester sur la même longueur d'onde. Solliciter des vérifications croisées avec un collègue ou un protocole.
3. **Analyser et réévaluer :** La prise de conscience situationnelle grâce à des questions et des invites partagées permet d'éviter les erreurs de diagnostic, d'envisager d'autres possibilités et de faciliter une intensification rapide.

4 **Apprendre à voix haute :** Grâce aux débreffages et aux boucles de rétroaction, chaque cas devient une occasion d'apprendre.

5 **Mesurer et réfléchir :** Assurer le suivi des résultats, des processus et de l'expérience des patientes afin de démontrer l'incidence et d'orienter les améliorations.



Questions de réflexion pour mesurer les impacts

1 Quelle nouvelle compétence ou idée êtes-vous le plus susceptible de mettre en pratique?

2 Quel changement allez-vous approfondir ou mettre en œuvre dans votre pratique?

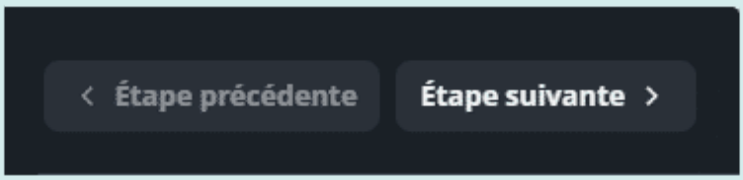
3 Quelle est la principale idée que vous avez retenue et que vous comptez transmettre à vos collègues ou intégrer dans les protocoles de votre unité?

Questionnaire et journalisation



Félicitations!

Vous avez atteint la conclusion du sujet Hémorragie antepartum et intrapartum.



Pour terminer le sujet et enregistrer cette tactique, vous devrez répondre au **questionnaire** et **à l'enquête de rétroaction**.

Cliquez sur le bouton Étape suivante en haut de votre écran pour passer au questionnaire.

Références

Pour consulter les références sur ce sujet, cochez la case ci-dessous.

Références

1. Association canadienne de protection médicale. Risques médico-légaux en obstétrique : ce que les médecins doivent savoir [Internet]. Association canadienne de protection médicale. 2022 [cité le 20 octobre 2025]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/know-your-risk/what-obstetricians-need-to-know

2. Association canadienne de protection médicale. Risques médico-légaux : ce que les médecins de famille qui prodiguent des soins obstétricaux doivent savoir [Internet]. Association canadienne de protection médicale. 2025 [cité le 20 octobre 2025]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/know-your-risk/what-family-physicians-providing-obstetric-care-need-to-know

3. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. Trop Med Int Health. 2013;18(6):712–24.

4. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada [Internet]. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2008 [cité le 20 septembre 2025] p. 335. Rapport n° : HP10-12/2008E. Disponible à : https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf

5. Système canadien de surveillance périnatale. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017 : Un rapport du Système canadien de surveillance périnatale [Internet]. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; décembre 2019, p. 88. Rapport n°

: HP7-1F-PDF. Disponible à l'adresse suivante : https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP7-1-2017-1-fra.pdf

6. de Swiet M. Maternal mortality: confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. Am J Obstet Gynecol. 2000;182(4):760–6.
7. Hackney DN, Glantz JC. Vaginal bleeding in early pregnancy and preterm birth: systemic review and analysis of heterogeneity. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011;24(6):778–86.
8. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2020;42(7):906-917.e1.
9. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med. 2003;13(3):175–90.
10. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(1):275–81.
11. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, et coll. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2007;114(5):609–13.
12. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(4):297–308.
13. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Smith GCS, Onwere C, Mahmood TA, et coll. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11(100967799):95.
14. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et coll. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, editor. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2019;126(1):e1–48.
15. Anonyme. AIUM practice parameter for the performance of limited obstetric ultrasound examinations by advanced clinical providers. J Ultrasound Med. 2018;37(7):1587–96.
16. Sinkey RG, Odibo AO, Dashe JS. #37: Diagnosis and management of vasa previa. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee, editor. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(5):615–9.
17. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Burton GJ, Collins SL, Silver R. Vasa praevia: diagnosis and management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, editor. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2019;126(1):e49–61.

18. Lauria MR, Smith RS, Treadwell MC, Comstock CH, Kirk JS, Lee W, et coll. The use of second-trimester transvaginal sonography to predict placenta previa. Ultrasound Obstet Gynecol. 1996;8(5):337–40.

19. Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, Dabrowski A. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome?. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001;18(2):100–2.

20. Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Medearis AL. Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta previa?. Ultrasound Obstet Gynecol. 1992;2(4):256–60.

21. Mustafa SA, Brizot ML, Carvalho MHB, Watanabe L, Kahhale S, Zugaib M. Transvaginal ultrasonography in predicting placenta previa at delivery: a longitudinal study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;20(4):356–9.

22. Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001;17(6):496–501.

23. Taipale P, Hiilesmaa V, Ylostalo P. Transvaginal ultrasonography at 18-23 weeks in predicting placenta previa at delivery. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998;12(6):422–5.

24. Robinson AJ, Muller PR, Allan R, Ross R, Baghurst PA, Keirse MJNC. Precise mid-trimester placenta localisation: does it predict adverse outcomes?. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2012;52(2):156–60.

25. Heller HT, Mullen KM, Gordon RW, Reiss RE, Benson CB. Outcomes of pregnancies with a low-lying placenta diagnosed on second-trimester sonography. J Ultrasound Med. 2014;33(4):691–6.

26. Dawson WB, Dumas MD, Romano WM, Gagnon R, Gratton RJ, Mowbray RD. Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome?. J Ultrasound Med. 1996;15(6):441–6.

27. Jansen C, de Mooij YM, Blomaard CM, Derks JB, van Leeuwen E, Limpens J, et coll. Vaginal delivery in women with a low-lying placenta: a systematic review and meta-analysis. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2019;126(9):1118–26.

28. Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009;33(2):204–8.

29. Vergani P, Ornaghi S, Pozzi I, Beretta P, Russo FM, Follesa I, et coll. Placenta previa: distance to internal os and mode of delivery. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(3):266.e1-5.

30. Al Wadi K, Schneider C, Burym C, Reid G, Hunt J, Menticoglou S. Evaluating the safety of labour in women with a placental edge 11 to 20 mm from the internal cervical Os. J

Obstet Gynaecol Can JOGC. 2014;36(8):674–7.

31. Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2003;110(9):860–4.

32. Matsubara S, Ohkuchi A, Kikkawa M, Izumi A, Kuwata T, Usui R, et coll. Blood loss in low-lying placenta: placental edge to cervical internal os distance of less vs. more than 2 cm. J Perinat Med. 2008;36(6):507–12.

33. Simonazzi G, Bisulli M, Saccone G, Moro E, Marshall A, Berghella V. Tranexamic acid for preventing postpartum blood loss after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;95(1):28–37.

34. Anonyme. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017;389(10084):2105–16.

35. Suarez S, Conde-Agudelo A, Borovac-Pinheiro A, Suarez-Rebling D, Eckardt M, Theron G, et coll. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(4):293.e1-293.e52.

36. Hobson SR, Kingdom JC, Murji A, Windrim RC, Carvalho JCA, Singh SS, et coll. N° 383-Screening, diagnosis, and management of placenta accreta spectrum disorders. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2019;41(7):1035–49.

37. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et coll. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network, editor. Obstet Gynecol. 2006;107(6):1226–32.

38. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 1997;177(1):210–4.

39. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. Obstet Gynecol. 2002;99(6):976–80.

40. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol. 1985;66(1):89–92.

41. Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. Obstet Gynecol Int. 2012;2012(101 517 078):873 929.

42. Jurcevic P, Grover S, Henderson J. A reassessment of options for the management of placenta praevia percreta. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2002;42(1):84–8.

43. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. J Ultrasound Med. 1992;11(7):333–43.

44. Guy GP, Peisner DB, Timor-Tritsch IE. Ultrasonographic evaluation of uteroplacental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas. Am J Obstet Gynecol. 1990;163(3):723–7.

45. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;15(1):28–35.

46. Chou MM, Ho ES. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta with power amplitude ultrasonic angiography. Am J Obstet Gynecol. 1997;177(6):1523–5.

47. Hoffman-Tretin JC, Koenigsberg M, Rabin A, Anyaegbunam A. Placenta accreta. Additional sonographic observations. J Ultrasound Med. 1992;11(1):29–34.

48. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. Radiology. 1997;205(3):773–6.

49. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013;42(5):509–17.

50. Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(8):716–24.

51. Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. J Soc Gynecol Investig. 2002;9(1):37–40.

52. Maldjian C, Adam R, Pelosi M, Pelosi M 3rd, Rudelli RD, Maldjian J. MRI appearance of placenta percreta and placenta accreta. Magn Reson Imaging. 1999;17(7):965–71.

53. Tanaka YO, Sohda S, Shigemitsu S, Niitsu M, Itai Y. High temporal resolution dynamic contrast MRI in a high risk group for placenta accreta. Magn Reson Imaging. 2001;19(5):635–42.

54. Comstock CH, Bronsteen RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2014;121(2):171–2.

55. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et coll. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2010;115(3):526–34.

56. Sentilhes L, Kayem G, Ambroselli C, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et coll. Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta. Hum Reprod Oxf Engl. 2010;25(11):2803–10.

57. The Fetal Medicine Foundation. Diagnosis of Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders [Internet]. FMF Courses. Inconnu [cité le 21 octobre 2025]. Disponible à l'adresse suivante : https://courses.fetalmedicine.com/fmf/show/1024

58. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, et coll. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. Obstet Gynecol. 2011;117(2 Pt 1):331–7.

59. Booker W, Moroz L. Abnormal placentation. Semin Perinatol. 2019;43(1):51–9.

60. Aitken K, Cram J, Raymond E, Okun N, Allen L, Windrim R. "Mobile" medicine: a surprise encounter with placenta percreta. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2014;36(5):377.

61. Anonyme. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. Cahill AG BR Heine RP, Silver RM, Wax JR, American College of Obstetricians and Gynecologists S for MFM, editors. Obstet Gynecol. 2018;132(6):e259–75.

62. Timmermans S, van Hof AC, Duvekot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. Obstet Gynecol Surv. 2007;62(8):529–39.

63. Qiu Z, Hu J, Wu J, Chen L. Prophylactic temporary abdominal aorta balloon occlusion in women with placenta previa accretism during late gestation. Medicine (Baltimore). 2017;96(46):e8681.

64. Zeng K, Huang W, Yu C, Wang R. How about "The effect of intraoperative cell salvage on allogeneic blood transfusion for patients with placenta accreta"?: An observational study. Medicine (Baltimore). 2018;97(22):e10942.

65. Catling S, Joels L. Cell salvage in obstetrics: the time has come. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2005;112(2):131–2.

66. Kingdom JC, Hobson SR, Murji A, Allen L, Windrim RC, Lockhart E, et coll. Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for placenta previa with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(3):322–9.

67. Obstetrical hemorrhage. Dans : Williams obstetrics. Twenty-sixth edition. New York, New York: McGraw Hill Medical; 2022. p. 809–54. (McGraw-Hill's AccessMedicine).

68. Francois K, Foley M. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Landon MB, editor. Gabbe's obstetrics : normal and problem pregnancies. 8th edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021. p. 343–74.

69. Schmidt P, Skelly CL, Raines. DA. Placental abruption [Internet]. StatPearls. 2022 [cité le 21 octobre 2025]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/

70. Broers T, King WD, Arbuckle TE, Liu S. Incidence du décollement prématuré du placenta au Canada : 1990 à 1997. Chronic Dis Can. 2004;25(2):16–20.

71. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140–9.

72. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, Smulian JC. Placental abruption in term and preterm gestations: evidence for heterogeneity in clinical pathways. Obstet Gynecol. 2006;107(4):785–92.

73. Ananth CV, Vintzileos AM. Ischemic placental disease: epidemiology and risk factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011;159(1):77–82.

74. Arnold DL, Williams MA, Miller RS, Qiu C, Sorensen TK. Iron deficiency anemia, cigarette smoking and risk of abruptio placentae. J Obstet Gynaecol Res. 2009;35(3):446–52.

75. Shi H, Chen L, Wang Y, Sun M, Guo Y, Ma S, et coll. Severity of anemia during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e2147046.

76. Jain V, Chari R, Maslovitz S, Farine D, Bujold E, Gagnon R, et coll. Guidelines for the management of a pregnant trauma patient. Maternal Fetal Medicine Committee, editor. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2015;37(6):553–74.

77. Ladhani NNN, Chari RS, Dunn MS, Jones G, Shah P, Barrett JFR. N° 347-Obstetric management at borderline viability. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2017;39(9):781–91.

78. Freeman RK. Fetal heart rate monitoring. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

79. Klahr R, Fox NS, Zafman K, Hill MB, Connolly CT, Rebarber A. Frequency of spontaneous resolution of vasa previa with advancing gestational age. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(6):646.e1-646.e7.

80. Winter C, Crofts J, Draycott TJ, Muchatuta N. PROMPT : PRactical Obstetric Multi-Professional Training : course manual. Third edition. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2017.

81. Gagnon R. No. 231-Guidelines for the management of vasa previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2017;39(10):e415–21.

82. Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. J Ultrasound Med. 2014;33(1):141–7.

83. Ranzini AC, Oyelese Y. How to screen for vasa previa. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;57(5):720–5.

84. Catanzarite V, Maida C, Thomas W, Mendoza A, Stanco L, Piacquadio KM. Prenatal sonographic diagnosis of vasa previa: ultrasound findings and obstetric outcome in ten cases. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001;18(2):109–15.

85. Suekane T, Tachibana D, Pooh RK, Misugi T, Koyama M. Type-3 vasa previa: normal umbilical cord insertion cannot exclude vasa previa in cases with abnormal placental location. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020;55(4):556–7.

86. Jain V, Gagnon R. Guideline No. 439: Diagnosis and management of vasa previa. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2023;45(7):506–18.

87. Quek SP, Tan KL. Vasa Praevia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1972;12(3):206–9.

88. Ruiter L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol BWJ, et coll. Systematic review of accuracy of ultrasound in the diagnosis of vasa previa. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015;45(5):516–22.

89. Ruiter L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol B, et coll. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2016;123(8):1278–87.

90. Schachter M, Tovbin Y, Arieli S, Friedler S, Ron-El R, Sherman D. In vitro fertilization is a risk factor for vasa previa. Fertil Steril. 2002;78(3):642–3.

91. Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, Lashley S, Schachter M, Tovbin Y, et coll. Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 1):937–42.

92. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol. 2006;107(4):927–41.

93. Zhang W, Geris S, Al-Emara N, Ramadan G, Sotiriadis A, Akolekar R. Perinatal outcome of pregnancies with prenatal diagnosis of vasa previa: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;57(5):710–9.

94. Westcott JM, Simpson S, Chasen S, Vieira L, Stone J, Doulaveris G, et coll. Prenatally diagnosed vasa previa: association with adverse obstetrical and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020;2(4):100206.

95. Skoll A, Boutin A, Bujold E, Burrows J, Crane J, Geary M, et coll. N° 364 – La corticothérapie prénatale pour améliorer les issues néonatales. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2018;40(9):1219–39.

96. Sutera M, Garofalo A, Pilloni E, Parisi S, Alemanno MG, Menato G, et coll. Vasa previa: when antenatal diagnosis can change fetal prognosis. J Perinat Med. 2021;49(7):915–22.

97. Matsuda Y, Hayashi K, Shiozaki A, Kawamichi Y, Satoh S, Saito S. Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: case-cohort study. J Obstet Gynaecol Res. 2011;37(6):538–46.

98. Salim NA, Satti I. Risk factors of placenta previa with maternal and neonatal outcome at Dongola / Sudan. J Fam Med Prim Care. 2021;10(3):1215–7.

99. Resnik R. Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine : principles and practice. Eighth edition. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier; 2019.

100. Connolly AM, Katz VL, Bash KL, McMahon MJ, Hansen WF. Trauma and pregnancy. Am J Perinatol. 1997;14(6):331–6.

101. Pearlman MD, Tintinallli JE, Lorenz RP. A prospective controlled study of outcome after trauma during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1990;162(6):1502–10.

102. Dahmus MA, Sibai BM. Blunt abdominal trauma: are there any predictive factors for abruptio placentae or maternal-fetal distress?. Am J Obstet Gynecol. 1993;169(4):1054–9.

103. Gyamfi-Bannerman C. Management of bleeding in the late preterm period. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Adresse électronique : pubs@smfm.org, éditeur. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(1):B2–8.

104. Association canadienne de protection médicale. Prise de décision clinique [Internet]. Association canadienne de protection médicale. 2021 [cité le 20 octobre 2025]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-patient/clinical-decision-making

Pour consulter et télécharger une copie de ce sujet, cochez la case ci-dessous.

PDF

Topic Name.pdf

12.9 KB

Remarque : Ce document est destiné à être consulté en ligne en raison de la longueur du document PDF et du risque que les copies imprimées deviennent obsolètes.

Le matériel utilisé en relation avec amproOB peut être protégé par le droit d'auteur. Le matériel peut inclure, notamment, des documents, des diapositives, des images et des fichiers audio et vidéo. Le matériel est réservé à l'usage exclusif des personnes inscrites à amproOB, à des fins liées à amproOB. La conservation, la duplication, la distribution ou la modification non autorisées du matériel protégé par le droit d'auteur sont strictement interdites par la loi.
Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter :
https://sgsolutions.salusglobal.com/fr_ca/