

# Les Médecins Maîtres-Toile

Accueil ► Publications médicales ► Vaisseaux prævias (Vasa praevia) en Obstétrique

Publié le : 8 mars 2005

 Imprimer cet article

Auteur :  
Aly Abbara



## Vaisseaux prævias (Vasa praevia) en Obstétrique

**Vaisseaux prævias (Vasa praevia) en Obstétrique Définition, circonstances favorisant leur formation, complications obstétricales, précautions et prise en charge**

**Définitions des vaisseaux prævias :**

- Prævia : du latin prævius = ce qui va devant.
- Vaisseau prævia : c'est-à-dire la présence d'un vaisseau précédant la présentation fœtale et appartenant à la circulation fœto-placentaire. Il s'agit d'une pathologie rare mais d'une grande gravité pour le fœtus. Elle se caractérise par la présence, au niveau des membranes amniotiques avoisinant l'orifice interne du col utérin, de vaisseaux appartenant à la circulation fœtoplacentaire.

**Les pathologies qui peuvent être à l'origine de la constitution des vaisseaux prævias sont :**

- **Le cotylédon aberrant et le placenta bilobé ou multilobé** : Dans les membranes amniotiques qui occupent l'espace séparant le cotylédon aberrant ou le lobe placentaire du placenta on trouve normalement des vaisseaux sanguins, sous l'amnios, reliant ces parties placentaires ectopiques au bord du placenta ; alors si cet espace membraneux se trouve au niveau du pôle inférieur de la cavité utérine, les vaisseaux sanguins qui l'occupent peuvent être en contact ou au voisinage de l'orifice interne du col utérin et ils deviennent des vaisseaux prævias.
- **L'insertion vélamenteuse du cordon ombilical** : L'insertion vélamenteuse du cordon se voit dans 1 % des grossesses. Dans cette variété de l'insertion funiculaire, l'insertion du cordon n'est pas sur le placenta, elle est sur les membranes libres, en dehors du placenta proprement dit et à plus de 2 cm du bord placentaire. Anatomiquement, en cas de l'insertion vélamenteuse du cordon, les vaisseaux sanguins du cordon :

- soit ils se ramifient sur les membranes, sous l'amnios, avant d'atteindre le bord du placenta ;
- soit les deux artères et la veine ombilicales parcourent les membranes, sous l'amnios, puis elles se ramifient au contact du placenta.

Alors l'insertion vélamenteuse du cordon ombilical qui se situe au niveau du pôle inférieur de l'œuf peut donner naissance à des vaisseaux prævias ; ces vaisseaux peuvent être soit les vaisseaux du cordon (artères et veine ) soit leurs ramifications.

- ▶ La présence d'un placenta à insertion basse (placenta prævia) favorise la formation de vaisseaux prævias par anomalies de l'insertion du cordon et de la formation du placenta.
- ▶ Les autres facteurs favorisant la formation de vaisseaux prævias sont :

- la grossesse multiple ; la grossesse résultant d'une FIV (fécondation in vitro) ;
- les antécédents d'interventions chirurgicales sur la cavité utérine : curetage ; aspiration ; hystéroplastie ; myomectomie ; synéchies utérines ; cures chirurgicales de libération des synéchies utérines et enfin les rares grossesses qui surviennent après l'endométrectomie et la thermocoagulation endométriale (dans le cadre du traitement des métrorragies fonctionnelles) se compliquent souvent par des anomalies de l'insertion du placenta et du cordon ombilical.

Tous ces situations prédisposent aux anomalies de la formation du placenta, de l'insertion placentaire et de l'insertion du cordon ombilicale et par conséquence elles favorisent la formation de vasa prævia.

### **Les complications dues à cette pathologie :**

Les deux complications possibles en la présence de vaisseaux prævias sont :

- ▶ La compression des vaisseaux sanguins prævias par la présentation fœtale avec le risque de souffrance fœtale ; cette complication peut survenir en dehors du travail ou au cours du travail (antepartum ou perpartum) ;
- ▶ La rupture d'un vaisseau prævia suite à une rupture spontanée ou artificielle des membranes du pôle inférieur de l'œuf. Vu l'appartenance de ces vaisseaux sanguins à la circulation fœtoplacentaire, leur rupture entraîne une hémorragie provenant du sang fœtal, elle se complique rapidement par la souffrance fœtale aiguë puis la mort fœtale in-utero. Cette hémorragie est connue en Obstétrique sous le nom de l'hémorragie de Benckiser, mais c'est Lobstein de Strasbourg qui l'a décrit pour la première fois ; elle peut survenir avant ou au cours du travail, le plus souvent suite à la rupture spontanée ou artificielle des membranes amniotiques. Le taux de mortalité périnatale est de l'ordre de 70 % en raison des difficultés à porter le diagnostic et la rapidité des retentissements néfastes sur le fœtus.

### **Diagnostic :**

Le diagnostic de la présence de vaisseaux prævias avant rupture peut-être fait soit :

- ▶ fortuitement lors d'un examen clinique, c'est-à-dire lors d'un toucher vaginal attentif qui permet de sentir, au bout du doigt, de la présence d'un vaisseau sanguin pulsatif (s'il s'agit d'une artère ou d'une artériole) parcourant les membranes du pôle inférieur de l'œuf.
- ▶ fortuitement lors d'une amnioscopie qui permet de constater la présence d'un ou des vaisseaux sanguins traversant le champ de vision membranaire créé par l'amnioscope.

Le toucher vaginal et l'amnioscopie permettent de temps en temps de faire le diagnostic de vaisseaux prævias, mais ces deux explorations peuvent être aussi des facteurs déclenchant l'hémorragie de Benckiser par rupture accidentelle de vaisseaux prævias méconnus jusqu'à là.

- ▶ L'échographie avec Doppler couleur est le meilleur moyen pour mettre en évidence la présence de vaisseaux prævias ; donc même si cette pathologie est rare, il faut la rechercher lors de l'échographie, surtout en présence :

- d'un cotylédon aberrant bas ou d'un placenta bilobé ou multilobé ;
- d'un placenta prævia latéral, pariétal et marginal ;
- d'une anomalie de l'insertion funiculaire (insertion vélamenteuse du cordon). A signaler que l'insertion vélamenteuse de cordon peut être associée à un retard de croissance in-utero.
- de phénomènes de compression vasculaire circulatoire fœto-placentaire sur l'enregistrement du RCF (rythme cardiaque fœtal) ;
- de grossesse multiple ;
- de métrorragie du troisième trimestre de la grossesse.

En mettant en évidence la présence de vaisseaux prævias, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une latérocidence du cordon ou d'un procubitus du cordon.

---

► Malheureusement, un grand nombre de cas de vasa prævia sont diagnostiqués lors de l'examen macroscopique du placenta :

- après l'accouchement, souvent par césarienne pour altération sévère du rythme cardiaque fœtal (RCF), isolée ou associée à une métrorragie survenant le plus souvent suite à une rupture spontanée ou artificielle des membranes amniotiques ;
- après un accouchement par voie naturelle d'un fœtus mort in-utero avant ou au cours du travail dans un contexte d'hémorragie génitale d'origine qui reste indéterminé jusqu'à l'expulsion et l'examen du placenta.

### **Précautions et prise en charge :**

Une fois le diagnostic de vaisseaux prævia est mis en évidence, il faut éviter à tout prix la rupture de ces vaisseaux sanguins en évitant :

- les rapports sexuels ;
- le toucher vaginal ;
- la pose du spéculum ;
- l'amnioscopie ;
- la version par manœuvre externe en cas de présentation fœtale du siège ou transverse ;
- toutes les circonstances favorisant la mise prématurée en travail et la rupture des membranes et en particulier les infections cervico-vaginales (vaginites et cervicites) et les infections urinaires symptomatiques et asymptomatiques ...

### ***donc le bon sens impose :***

- Le repos à domicile quand l'âge de la grossesse est encore précoce.
- L'hospitalisation à partir d'un âge de grossesse qui doit être déterminé par le médecin en fonction des antécédents de la patiente, l'évolution de sa grossesse et les pathologies associées aux vaisseaux prævias (comme : placenta prævia, retard de croissance in utero, menace d'accouchement prématuré...).
- La césarienne programmée à un âge de grossesse ou la maturité fœtale est considérée comme suffisante pour éviter les complications de la prématurité : en vérité c'est la seule solution permettant d'éviter les accidents fœtaux qui sont inévitables lors de l'accouchement par voie naturelle.

► Quand le diagnostic de vaisseaux prævias est méconnu auparavant, une métrorragie du troisième trimestre de la grossesse dans un contexte de souffrance fœtale aiguë (altération du rythme cardiaque fœtal) nécessite une extraction urgente du fœtus par césarienne car le diagnostic différentiel est :

- le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (hématome rétroplacentaire) ;
- le placenta prævia avec des retentissements sur le fœtus (car dans ce type de pathologie une partie du saignement peut avoir comme origine la circulation fœtoplacentaire) ;
- la rupture utérine (surtout s'il s'agit d'une grossesse sur utérus cicatriciel) ;
- et enfin, la rupture de vaisseaux prævias (hémorragie de Benckiser).

Toutes ces pathologies menacent gravement la vie du fœtus et justifient un sauvetage fœtal très rapide.



 [Imprimer cet article](#)

