

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 115 (2017)
Heft: 3

Artikel: Pathologies périnatales inexplicées : apport de l'examen anatomopathologique de placenta
Autor: David, Léa
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949711>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pathologies périnatales inexpliquées: apport de l'examen anatomopathologique du placenta

L'examen anatomopathologique du placenta est encore trop peu pratiqué. Il permet pourtant d'expliquer et dater plus précisément les pathologies intra-utérines, ante ou per natales, et ainsi de mieux prendre en charge les grossesses ultérieures et les nouveau-nés. Léa David a consacré son mémoire de fin d'étude à ce sujet.

.....
Léa David

L'examen anatomopathologique du placenta (EAPP) est actuellement sous-évalué et sous-utilisé. Cet examen présente pourtant plusieurs intérêts majeurs. Il permet en effet de mieux comprendre l'issue pathologique de la grossesse ou de l'accouchement et apporte des éléments précis pour établir le diagnostic étiologique de pathologies telles que le retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou l'accouchement prématuré.

L'EAPP joue également un rôle considérable en ce qui concerne les pathologies récidivantes, puisque grâce à l'identification de lésions associées à ces pathologies il permet la mise en place de stratégies préventives lors de grossesses ultérieures.

Enfin, il peut avoir une grande valeur d'un point de vue médico-légal. En effet, grâce à l'identification de lésions d'apparition chronique ou aiguë, il est possible de dater approximativement la survenue de celles-ci (L'Herminé-Coulomb, 2005; Boog, 2001).

Intérêt médico-légal

L'EAPP apporte ainsi des informations objectives sur le déroulement de la période anténatale et per-partum, notamment dans les situations d'issues néonatales défavorables (asphyxie périnatale, troubles du développement neurocognitif) pour lesquelles la responsabilité de l'équipe médicale présente à l'accouchement est souvent engagée. Dans une étude (2010), Georges Boog mentionne que l'analyse de la littérature de Graham (2008) a montré que la proportion des paralysies cérébrales associées à une asphyxie per-partum n'était que de 14,4 %. Ce qui signifie que pour les 84,6 % restants, l'origine était antérieure à la période intrapartale et permet donc d'alléger la responsabilité médico-légale de l'équipe ayant participé à l'accouchement.

Infarctus: lésions placentaires les plus fréquentes

L'EAPP est composé d'une étude macroscopique détaillée (configuration, cordon, membranes, plaque chorale, plaque basale, tranche de section), puis d'une analyse histologique du placenta à la recherche de lésions vasculaires telles que l'infarctus, les signes d'hypoxie-ischémie villositaire, la nécrose ischémique avec dépôt de substance fibrinoïde (NIDF), la villite d'étiologie inconnue (VUE), la chorangiose. Les infiltrats de polynucléaires sont témoins d'une inflammation, c'est une lésion spécifique

de chorioamniotite. La présence de macrophages chargés de granulation méconiale (macroscopiquement «pigmentation des membranes») reflète, selon leur localisation, une émission méconiale plus ou moins ancienne.

Des lésions vasculo-placentaires étaient associées aux pathologies hypertensives, aux RCIU, aux hématomes rétroplacentaires (HRP), et aux pathologies récidivantes. En effet, comme le montre le premier tableau de la page suivante, les lésions placentaires les plus fréquemment retrouvées chez les patientes ayant présenté une pathologie hypertensive de la grossesse, un RCIU ou une suspicion d'HRP sont les infarctus et les signes d'ischémie-hypoxie villositaire. Ce qui correspond aux lésions de la littérature décrites pour être associées à ces pathologies.

Ces résultats permettent de supposer qu'une anomalie du développement des artères utéro-placentaires a pu être à l'origine de ces complications développées au cours de la grossesse. Un lien entre ces lésions et ces pathologies ne peut pas être vraiment établi puisque plusieurs biais et limites à l'étude ne permettent pas de conclure. Cependant on aperçoit bien là l'intérêt de l'EAPP, puisqu'en expliquant les processus physiopathologiques de ces pathologies connues pour être récidivantes, il offre

.....
Auteure



Léa David, sage-femme, clinique des Cèdres, Echirrolles (Isère), France.

1 Lésions placentaires associées aux pathologies vasculo-placentaires

	Pathologie hypertensive de la grossesse N=37	Retard de croissance intra-utérin N=37	Suspicion d'HRP N=13
Présence de lésion(s)	30 (81,1 %)	31 (83,8 %)	13 (100 %)
Lésions vasculo-placentaires			
Infarctus	16 (43,2 %)	15 (40,5 %)	5 (38,5 %)
Signes d'hypoxie-ischémie villositaires	17 (45,9 %)	20 (54,1 %)	2 (15,4 %)
Hématome décidual basal	3 (8,1 %)	0	4 (30,8 %)
NIDF	5 (13,5 %)	4 (10,8 %)	1 (7,7 %)
Autres types de lésions			
Pigmentation des membranes	4 (10,8 %)	11 (29,7 %)	8 (6,5 %)
Villite de cause inconnue	0	0	0
Lésion de chorioamniotite	0	0	0
Thrombose inter-villeuse	4 (10,8 %)	0	0
Chorangiome	0	0	0

2 Lésions placentaires associées aux pathologies per natales

	Risque d'acidose N=31	Risque important d'acidose N=15	Risque majeur d'acidose N=31	pH < 7,2 N=33	LA teinté/ méconial N=19
Présence de lésion(s)	27 (87,1 %)	12 (80 %)	8 (61,5 %)	27 (81,8 %)	15 (78,9 %)
Villite de cause inconnue	0	0	0	0	0
Chorangiome	0	0	0	0	0
Hématome décidual basal	2 (6,5 %)	1 (0,7 %)	1 (7,8 %)	2 (6 %)	1 (5,3 %)
NIDF	3 (9,7 %)	3 (20 %)	0	2 (6 %)	2 (10,5 %)
Thrombose inter-villeuse	2 (6,5 %)	1 (0,7 %)	0	1 (3 %)	0
Infarctus	10 (32,3 %)	3 (20 %)	3 (23,1 %)	13 (34,9 %)	8 (42,1 %)
Signes d'hypoxie-ischémie villositaires	17 (54,8 %)	4 (26,7 %)	4 (30,8 %)	15 (45,5 %)	6 (31,6 %)
Lésion de chorioamniotite	1 (3,2 %)	0	0	0	0
Pigmentation des membranes	7 (22,6 %)	4 (26,7 %)	5 (38,5 %)	9 (27,3 %)	7 (36,8 %)

une meilleure prise en charge des grossesses ultérieures pour les patientes concernées (L'Herminé-Coulomb, 2005; Boog, 2010; Bouvier et al, 2008; Carles, Pelluard, 2011).

Lésions placentaires et pathologies per natales

Les lésions placentaires associées aux accidents per natales étaient la pigmentation des membranes. L'émission méconiale est un signe de souffrance fœtale. La pigmentation des cellules amniotiques apparaît dès deux à trois heures après l'émission méconiale du fœtus qui peut survenir soit au cours de l'accouchement, soit juste

avant la naissance ou peut déjà avoir eu lieu avant le début du travail. À l'examen histologique, la localisation des macrophages chargés de granulations méconiales permet à l'anatomopathologiste de dater approximativement la survenue de l'émission méconiale et donc l'apparition de la souffrance fœtale par rapport à la naissance (Boog, 2010; Delezoide, 2008). Après plus de 48 heures, d'autres lésions sont associées à la pigmentation des membranes, une nécrose de la média des vaisseaux ombilicaux apparaît.

Ainsi en datant approximativement l'apparition de ces lésions, il est possible de savoir si l'origine de la souffrance fœtale était présente avant la période per partale ou si elle est survenue lors de l'accouchement. Le deuxième tableau ci-contre montre que la présence d'une pigmentation des membranes était observée à chaque degré d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) per partum et de manière croissante en fonction du niveau de pathologie du RCF. Autrement dit, pour les placentas qui présentaient ces lésions et qui étaient associés à des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF), on peut supposer que l'état fœtal non rassurant (EFNR) (anciennement souffrance fœtale aigüe (SFA)) est survenu au cours de l'accouchement, tandis que pour tous les autres, l'état fœtal était déjà non rassurant avant la période per partum. De même, pour les fœtus dont le pH était inférieur à 7,20 à la naissance, et ceux dont le liquide amniotique était teinté ou méconial, on observait une pigmentation des membranes pour respectivement 27,3 % et 36,8 % des placentas.

Lésions placentaires et autres pathologies

Des lésions de chorioamniotite étaient retrouvées chez 8,3 % des patientes pour qui il y avait suspicion de chorioamniotite. L'examen du placenta a donc permis ici de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de chorioamniotite.

Aucun type de lésion ne pouvait être corrélé au diabète. De plus, il faut savoir que les lésions placentaires décrites chez les patientes diabétiques sont peu spécifiques du diabète.

Des lésions vasculo-placentaires ainsi qu'une pigmentation des membranes étaient associées aux métrorragies per-partum. Cette dernière lésion, d'apparition aigüe, concorde avec l'apparition perpartale des métrorragies. Les placentas associés aux accidents pernatals montraient la plupart du temps des lésions d'apparition chronique et antérieures à la période per-partum.

Acidose fœtale: des données à relativiser

Aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre les lésions placentaires des nouveau-nés dont le pH artériel à la naissance montrait une acidose fœtale et ceux pour qui ce dernier était normal. Dans ce cas, l'issue néonatale n'a donc pas pu être expliquée à l'aide de l'analyse des lésions placentaires. Il faut prendre en considération la taille réduite des effectifs causée par l'élimination des potentiels facteurs de confusions.

Ensuite, à l'aide du calcul de l'Odds ratio, il s'agissait d'évaluer la probabilité de présenter une lésion placentaire parmi les nouveau-nés dont le pH était pathologique. Le manque d'effectif n'a à nouveau pas permis de conclure, mais dans l'échantillon observé, lorsque le placenta présentait des lésions d'EFNR (pigmentation des membranes), le risque d'avoir une issue néonatale défavorable ($\text{pH} < 7,20$) était divisé par 2.

Autrement dit, on pourrait penser que l'origine de l'acidose fœtale était pour la moitié antérieure à l'accouchement et ne serait pas liée aux circonstances de la naissance. Il faut cependant rester prudent dans l'interprétation car d'autres facteurs entrent en jeu, et un $\text{pH} < 7,20$ seul n'est pas systématiquement lié à une issue néonatale défavorable. Ces considérations rejoignent celles de G. Boog dans ses travaux sur SFA (Delezoide, 2008).

Une «boîte noire» de la grossesse

Pour toutes les pathologies étudiées dans cette recherche, la majeure partie des placentas présentait des lésions. Cela est lié à la population sélectionnée (maternité de niveau III) puisque toutes les patientes présentaient au moins une pathologie périnatale. Les résultats de cette étude montrent cependant l'intérêt de l'examen placentaire dans les situations pathologiques périnatales. En effet, la découverte quasi constante de lésions lors de l'analyse de ces placentas montre que l'EAPP est une source non négligeable d'informations sur les processus physiopathologiques de ces grossesses ou accouchements pathologiques. Le placenta est aussi comparé à la «boîte noire de la grossesse» par D^{re} Sophie Patrier*.

Un examen à ne pas négliger

L'examen du placenta permet de connaître les processus physiopathologiques à l'origine de pathologies périnatales inexpliquées, de confirmer ou d'infirmer une orientation diagnostique, d'envisager une stratégie préventive lors de pathologies récidivantes, et d'apporter des preuves objectives d'un point de vue médico-légal. Il est donc important dans la pratique de ne pas négliger cet examen, notamment dans les situations d'anomalies du rythme cardiaque fœtal inexpliquées et/ou de mauvaise issue néonatale.

Grâce à la connaissance des lésions placentaires d'apparition spécifiquement chronique ou aigüe, il est parfois possible à l'aide de l'EAPP de déterminer si l'issue néonatale défavorable provient d'un EFNR (asphyxie per

Description de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence des liens entre lésions placentaires et pathologies périnatales inexpliquées. Les objectifs secondaires étaient d'étudier plus précisément les lésions associées aux pathologies maternelles à risque de récurrence et aux pathologies périnatales plus ou moins inexpliquées.

L'étude consistait en une analyse descriptive rétrospective d'une série de 124 patientes ayant accouché à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble (maternité de niveau III) entre le 2 janvier 2009 et le 22 août 2010. Les données maternelles, néonatales et placentaires ont été recueillies dans les dossiers obstétricaux informatisés.

David, Léa, Pathologies périnatales inexpliquées: apport de l'examen anatomopathologique du placenta, Grenoble, 2011, 45 p.

* Dans l'«Histoséminaire carrefour pathologie 2009» intitulé «Pathologie du placenta» du 19 Novembre 2009

partum) ou d'une hypoxie chronique, et ainsi d'apporter des éléments objectifs quant à l'origine de l'accident per natal.

Les pathologies récidivantes telles que le RCIU, les maladies hypertensives et les HRP doivent également faire penser à l'EAPP puisqu'il permet la plupart du temps de déterminer l'origine de la pathologie (vasculoplacentaire ou autre). La mise en place d'un traitement préventif tel que la prise d'aspirine lors des grossesses suivantes ainsi que la réalisation d'un bilan de thrombophilie devient donc pertinente.

Améliorer la transmission des informations

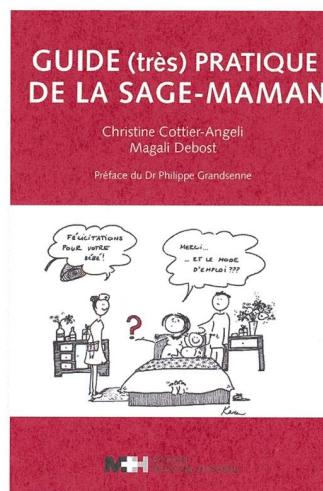
Il est important d'améliorer la transmission des informations entre l'équipe obstétricale, l'équipe pédiatrique et l'anatomo-pathologiste. L'utilisation d'une grille d'informations préremplie sur la grossesse et les circonstances de l'accouchement pour la demande de l'EAPP, à remplir conjointement par le médecin responsable de l'accouchement et la sage-femme pourrait apporter une réponse à ce problème. D'autre part, l'accès du compte rendu de l'EAPP aux pédiatres et néonatalogistes permettrait dans certains cas une meilleure prise en charge du nouveau-né. (Cependant il faut tenir compte d'un délai relativement long et irrépressible pour obtenir le compte-rendu de l'EAPP.) Enfin, former les professionnels à la lecture d'un compte rendu d'EAPP permettrait également une meilleure prise en charge des grossesses ultérieures.

Références

- Boog, G. (2001) La souffrance fœtale aigüe: Etat des connaissances. «Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction»; 30: 393-429.
- Boog, G. (2010) Gestion des risques: pourquoi ne faut-il pas jeter trop vite le placenta? XXIV^{es} journées du Collège national des gynécologues obstétriciens français, Paris, «Revue Sage-femme» n° 174, p. 20.
- Bouvier, R. et al. (2008) Pathologie fœtale et placentaire pratique, Sauramps médical.
- Nessman, C. et Larroche, J. C. (2001) Atlas de pathologie placentaire, Masson.
- Carles, D. et Pelluard, F. (2011) Pathologie fœtale et placentaire. Diplôme inter-universitaire. Apprentoile, Les ressources pédagogiques de l'université Bordeaux-Segalen.
- Delezoide, A. L. (2008) Retentissement fœtoplacentaire du diabète et de l'obésité maternels. «Revue Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie», N° 3, mai-juin, 175-84.
- Graham, E. M. et al. (2008) A systematic review of the role of intrapartum ischemia in the causation of neonatal encephalopathy. «Am J Obstet Gynecol»; 199: 587-595.
- L'Hermine-Coulomb, A. (2005) Examen du placenta, EMC (Elsevier Masson Consulte)-Obstétrique, 5-070-C-20.

Christine Cottier-Angeli | Magali Debost

Guide (très) pratique de la sage-maman



Ed. Médecine & Hygiène
2014, 185 p., CHF 20.-
ISBN 2-88049-374-5

Voilà un guide effectivement très pratique! L'information est simple, accessible, portant sur des sujets centraux de la vie des jeunes parents. Le partage de trucs et astuces très concrets devrait d'ailleurs parvenir à leur offrir quelques pistes pour apprivoiser la nouveauté de leur quotidien.

L'intérêt de ce guide réside surtout dans le partage d'expériences à deux voix: celle d'une mère et celle d'une sage-femme. Sur chaque sujet, elles s'expriment: parfois à tour de rôle, parfois se complètent, parfois se contredisent. Elles démontrent ainsi le possible décalage entre des conseils offerts par des professionnels et la nécessaire adaptation des parents à la personnalité de leur enfant comme à leur environnement. De quoi relativiser voire déculpabiliser quand on a l'impression de ne pas faire «tout juste»!

Un bémol toutefois: celui issu de la tension entre cette déclaration initiale très ouverte «la règle avec les enfants, c'est qu'il n'y en a pas» (p. 11) et la masse des conseils somme toute normatifs rédigés à la sauce des verbes à l'impératif et des «il faut». Dommage de n'avoir pas tout à fait réussi à éviter le piège de la généralisation.

Bénédicte Michoud Bertinotti, sage-femme

«J'utilisais Bi-Oil® avant ma grossesse car ma peau était souvent sèche. Bi-Oil® avait déjà un effet bénéfique. Lorsque je suis tombée enceinte, je me suis dit que Bi-Oil® serait le produit idéal contre les vergetures. J'avais vu juste. Je l'ai appliqué scrupuleusement après chaque douche. Au début, je pensais que j'étais trop grosse. Mon ventre me gênait. Je pouvais à peine me baisser. Et puis j'ai vu que l'huile pénétrait très vite. Cela m'a plu.»

Hayley avec Zoe

N° 1
en cas de cicatrices
et vergetures*



*Source: IMS Health, Suisse, chiffre d'affaires et volumes vendus 2016

Bi-Oil® agit contre la formation des vergetures qui peuvent apparaître durant la grossesse car elle rend la peau plus souple. Il est conseillé d'appliquer l'huile deux fois par jour à partir du deuxième trimestre de la grossesse. Les résultats varient en fonction de la personne. Pour en savoir plus sur ce produit et les conclusions des études cliniques, veuillez consulter notre site bi-oilprofessional.ch

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA • OTC • CONSUMER CARE

