

Placenta Accreta

Traitement Conservateur

Prof. Philippe JUDLIN

Pôle Gynécologie, Obstétrique & Reproduction
Maternité Régionale Universitaire Nancy (France)

GENERALITES

- Définition: Infiltration anormale du placenta dans le myomètre
- 3 types: Accreta, Increta, Percreta
- Facteurs de risque:
 - > Placenta praevia seul (4% sont accretas)
 - > ATCD de césarienne (14% si 1, 50% si > ou = 4)
 - > ATCD de chirurgie utérine
 - > Age maternel > 35 ans
 - > Multiparité

Prévalence

- 1/25000 il y 'a 50 ans.
- 1/2500 actuellement
- Devient un problème majeur en obstétrique
- Complications maternelles graves
- Risque de décès maternel

Facteurs de risques

- Césariennes:
 - monocatriciel
 - bicatriciel
 - tricatriciel
- Placenta praevia : 4.1%
- Curetages: ??
- Chirurgie utérine: 1.1 %
- Age >35 ans:

de 10 et 60 %

Dépistage

- Sur les facteurs de risques
- Complété par l'échographie et/ou l'IRM

En pratique, le diagnostic

- Est d'autant plus facile que le risque est élevé:
 - placenta praevia antérieur avec utérus cicatriciel
- Très difficile si le risque est plus faible
 - dans les autres situations!

Prise en charge: 2 situations possibles

- Forte suspicion en période prénatale
- Découverte lors de la délivrance

Prise en charge en cas de suspicion prénatale

facteurs de risques

- placenta praevia antérieur
- utérus cicatriciel



Échographie
IRM



Culots globulaires

PFC dispo sur place

Radiologie interventionnelle

Anesthésiste

Obstétricien qui puisse
réaliser une hystérectomie

Service de réanimation

Méthodes Diagnostic Anténatal

- Voie transabdominale
- Mode B plan bidimensionnel
- Mode doppler couleur
- Examen ciblé sur l'étude du placenta
- IRM en complément ??

Critères d'analyse

- **Présence de lacunes placentaires**
++ si vascularisées en doppler couleur
- **Interruption ou absence du liseré hypoéchogène retro-placentaire**
- **Epaisseur myomètre < 1mm ou absent**
- **Interruption paroi vésicale postérieure**
+/- bombement masse placentaire dans la vessie

⇒ **Placenta normal: aucun des critères présents**

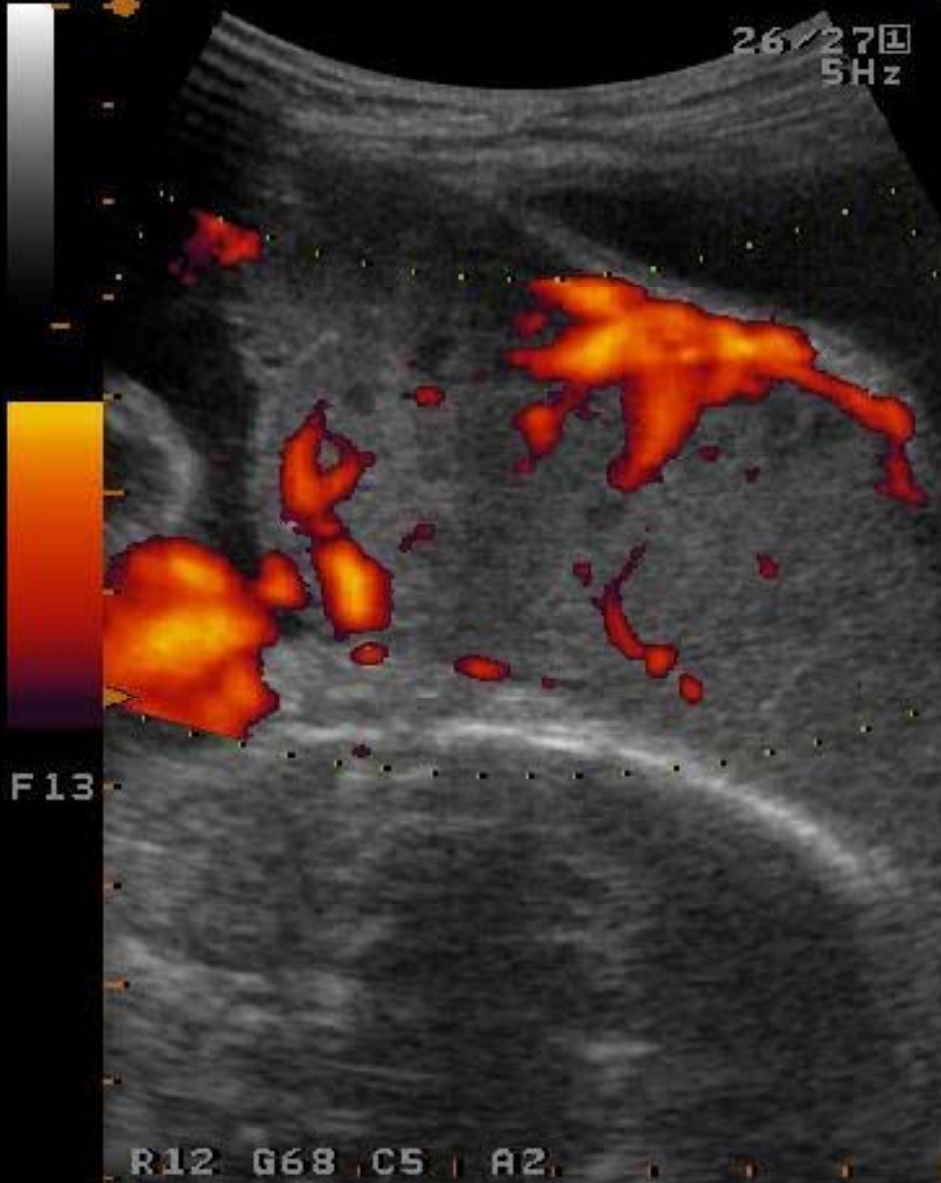
⇒ **Placenta accreta: > ou = 1 critère sus cité**

CH COCHIN
5500 SV

Y
F 1 06-06-'05
09:51:51

26/27
5Hz

ALOKA
68/69
50Hz



F13

R12 G68 C5 A2

R12 G68 C5 A2

2: OBST **

5.0 DVA: 81%

CH COCHIN
5500 SU

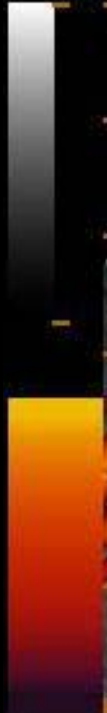
Y 06-06-'05
.F 1 09:56:22
ALOKA
104/105 6.0
44Hz DVA: 79%



_R10 G59 C7 A2

2:0BST **

CH COCHIN
5500 SV



F13

19/20 []
8Hz



R10 G58 C7 A2

2: OBST **

Y
06-06-'05
F 1 09:58:36
ALOKA
41/42 []
44Hz



R10 G59 C7 A2

5.0 DVA: 81%

Résultats (1)

Etude rétrospective PORT Royal (Paris)

	Signes échos	Pas de signe écho	Total
Accreta	12	3	15
Non accreta	3	3	6
Total	15	6	21

Résultats (2)

	Signes IRM	Pas de signe IRM	Total
Accreta	11	4	15
Non accreta	4	2	6
Total	15	6	21

Résultats (3)

Echographie

- Se = 80%
- Spe = 50%

- VPP = 80%
- VPN = 50%

IRM

- Se = 73,3%
- Spe = 33,3%

- VPP = 73,3%
- VPN = 33,3%

Prise en charge classique: Radicale

Discussion prénatale avec la patiente:

- risques d'hémorragie et d'hystérectomie
- désir de fertilité ultérieur



**Hystérectomie
d'emblée en cas
d'accrète et
d'HDD**



**Attitude conservatrice
avec ablation la plus
importante possible du
placenta**

Prise en charge conservatrice: découverte à l'accouchement

Pas de tentative forcée d'ablation complète du placenta



Abandon in situ si:
Hémorragie peu importante
état hémodynamique stable



Contrôle des
saignements



Syntocinon
Sulprostone
Ligature A
Hypogastriques
ou Embolisation

Expectative et surveillance

Prise en charge conservatrice: suspicion prénatale

Localisation précise du placenta

Incision cutanée appropriée
(verticale ou horizontale)

Incision utérine corporéale à
distance de l'insertion placentaire

Extraction foetale

Section du cordon
au ras de l'insertion placentaire

Fermeture de l'hystérotomie

Contrôle des saignements
Sulprostone

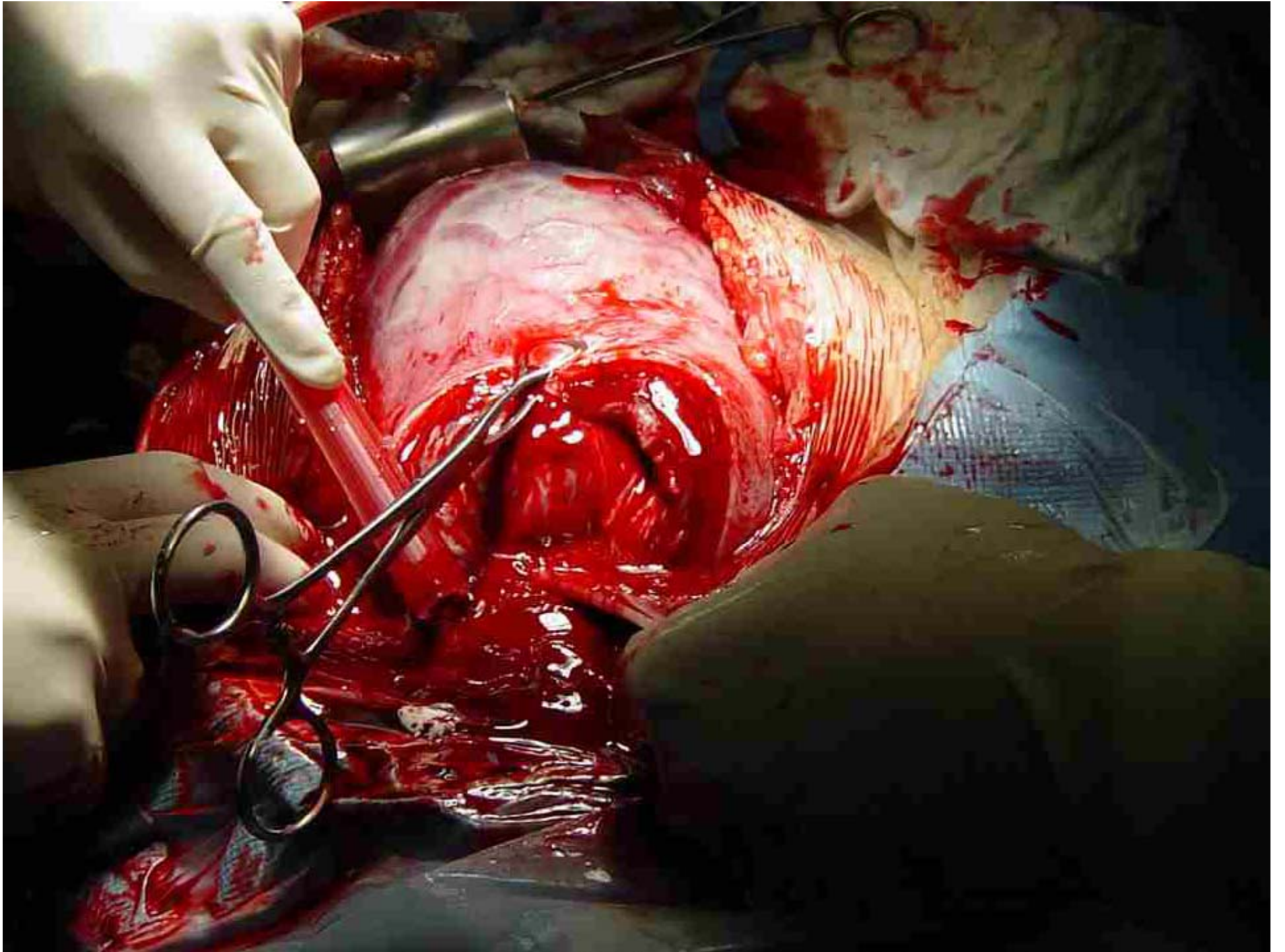
Ligature A hypogastriques
Ou embolisation postop

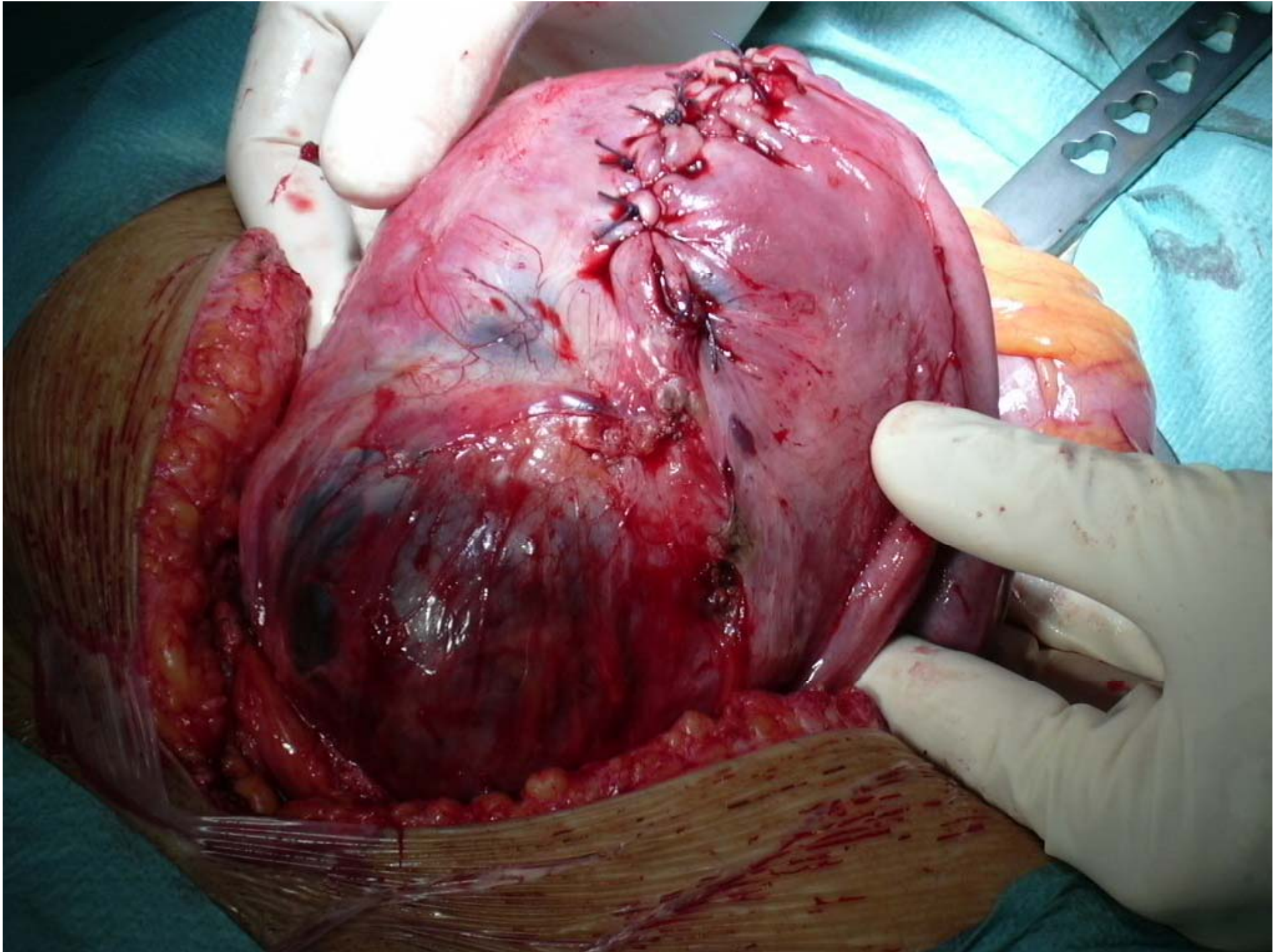
Hospitalisation en
réanimation

contrôle de l'hémostase
transfusion (CG et/ou PFC)

Antibiothérapie prophylactique

**Suivi / 7 jours jusqu'à
résorption complète**





Prise en charge conservatrice: surveillance post-natale

- Embolisation utérine si pas de ligatures
- Pas de traitement par méthotrexate
- Antibiothérapie systématique pendant 10 jours
- Surveillance tous les 7 jours pendant 1 mois puis tous les mois jusqu'à résorption complète du placenta
 - Température
 - Lochies
 - NFS, CRP
 - hCG
 - Echographie

Étude rétrospective historique réalisée à Port Royal

Comparaison de deux périodes: avant et après adoption du traitement conservateur sur une durée entre 1993 et 2002.

- Période A 1993-1997
- Période B 1998-2002
- Étude:
 - Facteurs de risques
 - taux de transfusion
 - taux d'hystérectomie

Caractéristique de la population

	Period A (n = 13)	Period B (n = 20)	<i>P</i>
Age (y)	34.0 ± 4.6	33.2 ± 5.7	.53
Parity	2.6 ± 1.26	2.4 ± 1.7	.73
Number of pregnancies	3.2 ± 1.3	3.7 ± 1.7	.42
Gestational age at delivery (wk)	34.8 ± 4.6	33.2 ± 5.7	.91
Multiple pregnancy	2 (1.6)	1 (5.0)	.54
Type of delivery			.20
Vaginal	1 (7.7)	7 (35)	
Cesarean before labor	9 (69.2)	10 (50.0)	
Cesarean during labor	3 (23.1)	3 (15.0)	
Transfer from another hospital	3 (24.0)	11 (55.0)	.09

Data are reported as mean ± standard deviation or n (%).

Facteurs de risques

	Period A (n = 13)	Period B (n = 20)	<i>P</i>
Previous abortion			
1 curettage	3 (23.1)	5 (25.0)	.59
≥ 2 curettage	1 (0.8)	4 (20.0)	
Previous uterine surgery			
Uterine adhesions or repair	3 (23.1)	3 (15.0)	.70
Myomectomy	0	1 (5.0)	
Previous cesareans			
1	4 (30.8)	7 (35.0)	.20
≥ 2	4 (30.8)	3 (15.0)	
Previous accreta	0	3 (15.0)	.26
Previous endometritis	1 (8.0)	1 (5.0)	.99
Age > 35 years	6 (46.1)	10 (50.0)	.99
Placenta insertion			
Partial placenta previa	3 (24.0)	7 (35.0)	.73
Complete placenta previa	4 (32.0)	6 (30.0)	
At least 1 risk factor*	13 (100)	19 (95.0)	.99

Data are reported as n (%).

* Risks factors considered are previous curettage, cesarean, uterine surgery, or endometritis, age older than 35 years, or placenta praevia during the current pregnancy.

Mode d'accouchement

		P1	P2	
		P1	P2	
Delivery mode	Vaginal delivery	1(8)	7 (35)	
	Cesarean before labor	9 (72.0)	10 (50.0)	0.20
	Cesarean during labor	3 (24.0)	3 (15.0)	

Résultats

	Period A (n = 13)	Period B (n = 20)	<i>P</i>
Hysterectomy	11 (84.6)	3 (15.0)	< .001
Transfusion patients	12 (92.3)	16 (80.0)	.63
Red blood cells (mL)	3,230 ± 2,170	1,560 ± 1,646	< .01
Fresh frozen plasma (mL)	2,238 ± 1,415	330 ± 836	< .001
Disseminated intravascular coagulation	5 (38.5)	1 (5.0)	.02
Transfer to intensive care unit	7 (53.8)	6 (30.0)	.27
Duration of stay in intensive care unit (d)	2.42 ± 2.6	2.16 ± 0.75	.57
Postpartum sepsis	0	3 (15.0)	.26

Data are reported as mean ± standard deviation or n (%).

Questions en Suspens

- Quelle est la fertilité ultérieure?
 - Résorption semble correcte
- Ligature AH ou embolisation?
- Nécessité d'hystérectomie différée?

Conclusion

- Hystérectomie d'hémostase reste meilleure solution chez multipare mais peut être difficile si placenta couvrant
- Traitement conservateur est souvent possible si diagnostic anténatal
- Dans notre expérience personnelle récente (8 cas), ligature des A. Hypogastriques semble meilleure solution qu'embolisation postop