



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

Prise en charge des placenta praevia et accreta

Management of placenta previa and accreta

G. Kayem^{a,*}, H. Keita^{c,d}

^a Maternité, département hospitalo-universitaire (DHU) « Risques et grossesse », hôpital Louis-Mourier, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS), AP–HP, 178, rue des Renouillers, 92700 Colombes, France

^b Université Paris-Diderot, 5, rue Thomas-Mann, 75205 Paris cedex 13, France

^c Service d'anesthésie, CHU Louis-Mourier, AP–HP / Université Paris-7, 178, rue des Renouillers, 92700 Colombes, France

^d Université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, EA recherche clinique coordonnée ville-hôpital, méthodologies et société (REMES), 75010 Paris, France

MOTS CLÉS

Placenta praevia ;
Placenta accreta ;
Hystérectomie ;
Traitement conservateur ;
Hémorragie du post-partum ;
Hémorragie massive ;
Pluridisciplinarité ;
« Cell saver » ;
Technique anesthésique

Résumé

Objectif. – Élaborer des recommandations pour la prise en charge du placenta praevia et du placenta accreta.

Méthodes. – Une recherche bibliographique a été effectuée à l'aide des bases de données Medline et de la Cochrane Library sur une période de 1950 au 31/12/2011. Les recommandations des sociétés savantes les plus récentes ont également été consultées.

Résultats. – En cas d'épisode hémorragique avant 34 SA sur un placenta praevia, une hospitalisation courte et un traitement tocolytique peuvent favoriser l'arrêt des saignements (grade C). La voie basse est préférable lorsque la distance orifice interne et bord inférieur du placenta est supérieure à 20 mm. Lorsque cette distance est inférieure à 20 mm, la voie basse reste possible (accord professionnel). La césarienne est recommandée en cas de placenta recouvrant (accord professionnel). Le dépistage anténatal du placenta accreta pourrait permettre d'améliorer la prise en charge (NP3). En cas de découverte d'un placenta accreta lors de l'accouchement, il est préférable d'éviter une délivrance forcée (grade C). Le traitement conservateur ou la césarienne-hystérectomie sont possibles (grade C). La prise en charge des anomalies d'insertion placentaire doit être pluridisciplinaire avec une planification de l'accouchement (accord professionnel). Le recours aux techniques d'économie de sang type « cell saver » est possible dans les situations où le saignement peropératoire anticipé serait > 1500 mL (grade C). Il n'y a pas d'étude qui ait une valeur méthodologique suffisante pour recommander une technique anesthésique (anesthésie générale [AG] ou anesthésie périmédullaire) par rapport à une autre dans

* Auteur correspondant. Service de gynécologie-obstétrique, CHU Louis-Mourier (AP–HP), 178, rue des Renouillers, 92701 Colombes cedex, France.

Adresse e-mail : gakayem@gmail.com (G. Kayem).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.10.007>

0368-2315/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Placenta previa;
Placenta accrete;
Hysterectomy;
Conservative
treatment;
Postpartum
hemorrhage;
Massive hemorrhage;
Multidisciplinary;
Cell saver;
Anesthetic technique

le contexte des anomalies d'insertion placentaire (grade B). Lorsqu'un risque hémorragique majeur est identifié, l'AG peut être choisie d'emblée pour éviter les conversions en urgence dans des conditions difficiles (accord professionnel).

Conclusion. – Les anomalies d'insertion placentaires nécessitent une coordination anesthésique et obstétricale et une planification de l'accouchement dans une structure adaptée.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

Objective. – Produce recommendations for the management of placenta previa and placenta accrete.

Methods. – A literature search was conducted using Medline and the Cochrane Library over a period from 1950 to 31/12/2013. Recommendations of the latest scientific societies have also been consulted.

Results. – In cases of placenta previa, if bleeding episode before 34 weeks gestation occurs, a short hospitalization and tocolysis may help stop bleeding (grade C). Vaginal delivery is preferable when the distance between the internal cervical os and the placental edge is greater than 20 mm. When this distance is less than 20 mm, vaginal delivery is possible (professional consensus). Caesarean section is recommended in cases of placenta overlapping the internal os (professional consensus). Antenatal screening placenta accreta could improve care (EL3). Upon discovery of a placenta accreta during childbirth, it is better to avoid a forced removal of the placenta (grade C). Conservative treatment or cesarean hysterectomy are possible (grade C). The management of placental abnormalities should be planned and managed with a multidisciplinary team (professional consensus). The use of blood-saving techniques such as "cell saver" is possible in situations where early intraoperative bleeding would be > 1500 mL (grade C). There are no studies that have sufficient methodological value to recommend an anesthetic technique [general anaesthesia (GA) or neuraxial anaesthesia] over another in the context of placental abnormalities (grade B). When a major bleeding risk is identified, GA can be chosen in order to avoid emergency conversions in difficult conditions (professional consensus).

Conclusion. – Placental insertion abnormalities require anesthetic and obstetric coordination. Delivery must be planned in a suitable structure.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Un placenta praevia est une localisation pathologique d'un placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les principales complications, comme l'hémorragie pendant la grossesse et le risque de prématurité ou l'hémorragie du post-partum, sont bien identifiées. Pourtant on ne dispose pas de recommandations concernant la technique de césarienne et le moment de l'accouchement pour minimiser le risque hémorragique maternel ou fœtal et les conséquences d'une hémorragie du post-partum. Il s'agit, de plus, d'un des principaux facteurs de risque de placenta accreta [1].

La survenue d'un placenta accreta est liée à une invasion anormale au niveau du site d'implantation du placenta résultant d'une altération de la décidue [2]. Le terme d'increta est utilisé en cas d'invasion du myomètre alors que le terme « percreta » fait référence à l'atteinte de la séreuse voire des organes adjacents dont le plus fréquent est la vessie. Néanmoins, le terme « accreta » est fréquemment utilisé pour regrouper ces trois définitions.

Le placenta accreta est parfois diagnostiqué au décours de l'accouchement après un échec de délivrance. Tenter de forcer celle-ci peut entraîner une HPP sévère, une hystérectomie d'hémostase, voire le décès. Ainsi, les anomalies de l'insertion placentaire sont responsables de 35 % à 38 % des hystérectomies du péripartum dans les études en population récentes [3–5]. Les autres complications décrites

incluent, d'une part, les complications viscérales possibles d'une hémorragie grave telles qu'une défaillance multiviscérale, et, d'autre part, l'atteinte des organes adjacents comme la vessie. Cela est particulièrement vrai pour le placenta percreta dont la morbidité per- et postopératoire est élevée et dont il a été rapporté qu'il était une cause de décès dans 7 % des cas aux États-Unis [6]. Enfin, plus rarement, ont été décrits des cas de rupture utérine spontanée aux second et troisième trimestres de la grossesse compliquée d'un hémopéritoine massif [7–9].

La prise en charge du placenta accreta comporte deux difficultés : son diagnostic à l'aide de l'échographie/doppler et ou de l'IRM, et sa prise en charge qui doit réduire au maximum les complications maternelles.

Méthodes

La recherche bibliographique a été effectuée à l'aide des bases de données informatiques Medline et de la Cochrane Library sur une période de 1950 au 31/12/2013. Les termes de recherche ont été soit issus d'un thésaurus (descripteurs du MeSH pour Medline), soit tirés du titre ou du résumé (mots titres). Les mots clés suivants ont été utilisés et combinés entre eux : *placenta accreta*, *percreta*, *placenta praevia*, *postpartum haemorrhage*, *sonography*, *MRI*,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272355>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272355>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)