



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Placenta accreta : dépistage, prise en charge et complications

Placenta accreta: Screening, management and complications

D. Héquet^{a,*}, A. Ricbourg^a, D. Sebbag^b, M. Rossignol^c, S. Lubrano^a, E. Barranger^a

^aService de gynécologie-obstétrique, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

^bService de radiologie, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

^cService d'anesthésie-réanimation, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 14 septembre 2012

Accepté le 21 novembre 2012

Disponible sur Internet le 3 janvier 2013

Mots clés :

Placenta accreta

Placenta percreta

Hystérectomie péripartum

Traitement conservateur

Hémorragie de la délivrance

Keywords:

Placenta accreta

Placenta percreta

Peri-partum hysterectomy

Conservative management

Obstetric haemorrhage

RÉSUMÉ

Un envahissement placentaire anormal du myomètre (placenta accreta) voire de la séreuse utérine ou des organes de voisinage (placenta percreta) entraîne un risque hémorragique lors de l'accouchement. Les principaux facteurs de risque sont les antécédents de césarienne, le placenta praevia, l'âge maternel supérieur à 35 ans, le tabagisme actif et tout geste invasif utérin. En cas de suspicion échographique de placenta accreta, basée essentiellement sur la présence de lacunes placentaires, une IRM peut être réalisée. Une suspicion anténatale d'accreta permet d'orienter la patiente vers une équipe entraînée et disposant d'un plateau technique performant. La programmation de la naissance permet de réduire la morbidité des placentas accreta. Le traitement peut être soit radical, consistant en une césarienne-hystérectomie, soit conservateur avec préservation utérine et placenta in utero. Si le traitement conservateur permet de préserver la fertilité, il a aussi un intérêt dans la réduction des pertes sanguines et de la morbidité de l'hystérectomie péripartum. Ses principaux inconvénients sont les risques infectieux et d'hémorragie secondaire, la survenue de pertes vaginales chroniques et un suivi contraignant par sa durée et la répétition des consultations. La fertilité après traitement conservateur est encore peu décrite dans la littérature mais encourageante, avec des cas de grossesses ultérieures avec une récurrence non systématique d'accreta. L'embolisation des artères utérines a démontré un intérêt dans les hémorragies de la délivrance en cas d'accreta. La prise en charge est multidisciplinaire et doit être expliquée clairement aux patientes. Le type de traitement est déterminé par les antécédents des patientes, les constatations opératoires et les saignements péripartum.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Abnormal placental invasion can result in major obstetric haemorrhage during delivery. The most important risk factors are the following: previous caesarean delivery, placenta praevia maternal age over 35, smoking, previous myomectomy, dilatation and curettage. When placenta accreta is suspected on ultrasound, an RMI can complete the diagnostic. Therefore, patients must be managed, as far as possible, in a reference centre, by a trained medical team. Birth must be planned in order to decrease complications rate. Treatment can consist in radical management (caesarean-hysterectomy) or conservative management (preservation of both uterus and placenta). Conservative management allows patients to keep fertility but can also decrease blood loss during delivery. Side effects of this therapy are secondary haemorrhage, sepsis, long-term follow-up and vaginal loss. There are few studies describing fertility after conservative management, but it seems to be a secure treatment for future pregnancies. Embolization can be a very useful, already demonstrated, help when massive haemorrhage occurs. Management of placenta accreta is multidisciplinary and patients must be informed of all options. Treatment is decided regarding history of the patients, operative findings and peri-partum blood loss.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : delphine.hequet@gmail.com (D. Héquet).

1. Introduction : définition, physiopathologie, incidence

Le placenta accreta est défini par un défaut de décidualisation résultant en une absence de caduque et un envahissement anormal du myomètre (placenta accreta), voire la séreuse utérine ou les organes de voisinage (placenta percreta) [1]. Le terme général de placenta accreta regroupe l'ensemble des anomalies d'envahissement placentaire, quelle que soit la profondeur d'invasion [1]. La physiopathologie du placenta accreta est mal connue mais des hypothèses sont avancées : remodelage vasculaire maternel excessif, invasion trophoblastique excessive ou combinaison de ces deux paramètres [2,3]. Les études du phénotype des cellules cytotrophoblastiques sont discordantes, retrouvant pour certaines une augmentation de sécrétion des facteurs d'invasion placentaire par les cytotrophoblastes [4], et pour d'autres une absence de différence phénotypique entre les populations cytotrophoblastiques issues de placenta accreta ou de placentation normale [5].

L'incidence actuelle du placenta accreta varie de 1/533 à 1/1205 accouchements [6–10]. Les taux de placenta accreta décrits dans les études augmentent parallèlement aux taux de césariennes, et allaient de 1/2000 à 1/10 000 accouchements dans les années 1980 [11–13]. Les études sont peu nombreuses, relatant de petites séries descriptives et rétrospectives, avec des prises en charge très variables selon les équipes. Pourtant, les conséquences des placentas accreta peuvent être graves avec des taux de mortalité maternel décrits aux alentours de 7 % [14]. Une connaissance des facteurs de risque, un dépistage performant et une prise en charge par une équipe entraînée est alors indispensable.

2. Dépistage et diagnostic de placenta accreta

Le diagnostic de certitude de placenta accreta est anatomo-pathologique. La recherche systématique de signes cliniques et échographiques d'accreta lors des consultations et des échographies obstétricales permettrait un dépistage de cette pathologie. D'autres examens, comme l'IRM placentaire, peuvent ensuite renforcer la suspicion anténatale d'accreta.

2.1. Intérêt d'un dépistage

La prise en charge d'une patiente présentant un placenta accreta nécessite un plateau technique et des équipes entraînées. Ainsi, Eller et al. ont comparé en 2011 les complications de placenta accreta chez 141 patientes, dont 79 prises en charge dans un centre de référence et 62 dans un centre standard. Ils ont mis en évidence une diminution de morbidité de 50 % en cas de prise en charge dans un centre de référence [15]. Un transfert anténatal en cas de suspicion de placenta accreta est recommandé par les sociétés savantes anglo-saxonnes [7,16]. Le dépistage anténatal permet d'optimiser la prise en charge et de diminuer la morbidité, notamment hémorragique [15,17].

2.2. Dépistage clinique

Le dépistage clinique repose essentiellement sur la recherche de facteurs de risque de placenta accreta, notamment lors de métrorragie en cours de grossesse.

Les principaux facteurs de risque décrits de placenta accreta sont un antécédent de césarienne, un âge maternel supérieur à 35 ans, un tabagisme actif, un placenta praevia, et un antécédent de geste invasif utérin [8,12,18–21]. Ainsi, Wu et al. décrivent un risque de placenta accreta 50 fois plus élevé en cas de placenta praevia [8]. Ces facteurs de risques se cumulent entre eux ; Finberg et Williams ont montré une augmentation du risque de

placenta accreta de 67 % chez les patientes ayant un placenta praevia et un antécédent de césarienne [20]. Plus le nombre de césariennes antérieures est grand, plus le risque de placenta accreta est important [12]. Même s'ils sont moins souvent décrits dans la littérature, d'autres gestes invasifs endo-utérins augmentent le risque d'accreta [12,17]. Dans l'étude rétrospective de Warshak et al., relatant 99 cas consécutifs de placentas accreta traités par césarienne-hystérectomie, 15 % des patientes n'avaient pas d'antécédent de césarienne dont 6 % qui n'avaient comme antécédent qu'un curetage endo-utérin [17]. D'autres facteurs tels que les hystéroscopies opératoires [21], les endométrites [21] ou l'embolisation programmée des artères utérines pour fibromes [22], sont évoqués comme facteur de risque d'accreta.

2.3. Signes biologiques de placenta accreta

La créatine kinase [23] et l'alpha-fœto-protéine [24] seraient élevées dans le sang maternel en cas de placenta accreta. Toutefois, les données actuelles sont insuffisantes pour exploiter ces résultats.

Des études de biologie moléculaire sur les placentas accreta sont parues ces dernières années [25–27]. Certaines équipes ont recherché de l'ADN de cellules des villosités trophoblastiques en apoptose dans le sang maternel [25] et réalisé des ADN microarray sur ces cellules à la recherche d'expression différentielle des gènes selon la localisation et l'invasion placentaire [26]. D'autres équipes ont étudié la cinétique des taux d'ARN placentaires circulants dans le sang maternel après traitement conservateur d'un placenta accreta [28].

Ces études préliminaires, bien qu'intéressantes, ne fournissent pas, à l'heure actuelle, d'outil supplémentaire fiable au dépistage du placenta accreta en pratique courante.

2.4. Signes diagnostiques à l'imagerie

2.4.1. Signes échographiques

L'échographie est l'examen de référence de dépistage du placenta accreta. Sa sensibilité varie de 77 à 93 % selon les études, et sa valeur prédictive positive de 65 à 93 % [20,29,30].

L'un des signes échographiques les plus importants est la présence de lacunes intraplacentaires, irrégulières et de petites dimensions. Des lacunes peuvent également être observées à terme sur des placentas normalement insérés. Ce signe est donc non spécifique mais présente une excellente sensibilité de 93 % [31]. Certains auteurs décrivent un risque d'accreta proportionnel à la quantité de lacunes placentaires [20]. Ces lacunes peuvent être présentes de façon diffuse en cas de placenta accreta et ne pas forcément se concentrer en regard de la zone placentaire accrétaisée [32].

Un myomètre très fin doit également faire suspecter un placenta accreta [31] ; ce signe échographique a une valeur prédictive positive de 78 % [33].

On peut parfois observer la disparition du fin liseré échogène entre le placenta et le myomètre mais ce signe a une faible valeur prédictive positive de 6 % [31].

La présence d'un flux turbulent au sein des lacunes placentaires au doppler couleur et énergie est un signe d'accreta très controversé [30,34].

En cas de placenta percreta, on peut également observer des anomalies de l'interface myomètre-vessie [31].

2.4.2. Échographie 3D

Il existe très peu d'études sur l'échographie 3D dans le dépistage du placenta accreta [35], qui pourrait être une technique complémentaire intéressante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949859>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949859>

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