

Point de vue d'expert

## Prise en charge du placenta accreta

## Management of placenta accreta

G. Kayem<sup>a,\*</sup>, G. Grangé<sup>b</sup>, F. Goffinet<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier intercommunal de Créteil, 40, avenue de Verdun, Créteil, France

<sup>b</sup> Département d'obstétrique et gynécologie, groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, université Paris-V, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

Reçu le 8 janvier 2007 ; accepté le 19 janvier 2007

Disponible sur internet le 20 février 2007

### Résumé

Un placenta accreta est une invasion anormale du myomètre qui survient en raison d'une altération de la décidue. Ses facteurs de risque principaux sont le placenta prævia et l'antécédent de césarienne. Plusieurs critères échographiques ont été proposés avec une valeur diagnostique qui semble bonne dans les premières études mais qui mérite d'être confirmée. L'IRM pourrait être utile lorsque l'échographie ne permet pas d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic. La prise en charge doit être concertée et décidée au cas par cas après une discussion avec la patiente et implique un centre disposant de moyens humains et matériels suffisants. Si une approche radicale est adoptée, elle consiste soit en une hystérectomie d'emblée pour prévenir une hémorragie sévère de la délivrance, soit en une tentative de délivrance placentaire complète associée à un contrôle de l'hémorragie puis d'une hystérectomie en cas d'échec. Une option conservatrice laissant le placenta en place peut être choisie en particulier en cas de désir de grossesse ultérieure. Elle impose un suivi rigoureux jusqu'à la résorption complète du placenta. Quelle que soit l'option choisie, en cas d'hémorragie, l'hystérectomie ne doit pas être retardée pour ne pas compromettre le pronostic maternel vital.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Placenta accreta occurs when a defect of the *decidua basalis* results in abnormally invasive placental implantation. Main risk factors include placenta previa and previous caesarean section. The conventional sonographic criteria for abnormally adherent placenta have a good diagnostic value that has to be assessed. MRI should improve the diagnosis when sonography is inconclusive. The choice of the treatment results of medical staff and the women's choice. It implies centers with adequate equipment and resources. Radical strategy consists in caesarean hysterectomy according to American recommendations or in an attempt of complete placental delivery associated with trial haemostasis and hysterectomy if this fails. A conservative approach whereby the placenta is left in place may however be proposed in selected cases if the woman wishes to continue to be fertile. This strategy needs a rigorous follow-up until complete resorption of the placenta. In case of major hemorrhage, hysterectomy should not be delayed to prevent major maternal complications or even maternal death.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Placenta accreta ; Hystérectomie ; Traitement conservateur ; Hémorragie du post-partum

**Keywords:** Placenta accreta; Cesarean hysterectomy; Conservative management; Post-partum hemorrhage

### 1. Introduction

La survenue d'un placenta accreta est la conséquence d'une invasion anormale au niveau du site d'implantation du placenta et serait liée à une altération de la décidue [1]. 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. Son incidence, en augmentation, semble corrélée au taux de césarienne et aurait été multipliée par 10 en 50 ans pour se situer actuellement entre 1/500 et 1/2500 en fonction des études les plus récentes [2,3].

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [kayem@cochin.inserm.fr](mailto:kayem@cochin.inserm.fr) (G. Kayem).

Le placenta accreta est souvent diagnostiqué au décours de l'accouchement après un échec de la délivrance. Tenter d'obtenir une délivrance complète peut alors conduire à une hémorragie de la délivrance grave nécessitant une hystérectomie d'hémostase et à des complications maternelles sévères. Ainsi, dans de nombreux centres, le placenta accreta est devenu la principale cause d'hystérectomie [4]. Les autres complications décrites sont l'atteinte des organes adjacents dont le plus fréquent est la vessie, voire une rupture utérine spontanée au deuxième et troisième trimestre de la grossesse provoquant un hémopéritoine massif [5–7]. Le placenta percreta, en particulier, comprend une morbidité per- et postopératoire élevée [8].

Les deux types de prise en charge du placenta accreta sont soit une tentative d'exérèse complète du placenta, soit son abandon dans la cavité utérine pour tenter de prévenir l'hémorragie et une éventuelle hystérectomie. Mais, quelle que soit la stratégie utilisée, un diagnostic prénatal permet une programmation de l'accouchement et de la prise en charge pour tenter de diminuer les risques maternels.

## 2. Diagnostic prénatal du placenta accreta

L'objectif du diagnostic prénatal du placenta accreta est d'améliorer le pronostic maternel en étant préparé à la survenue d'une urgence obstétricale afin d'éviter les complications d'une hémorragie massive et une hystérectomie. Cela implique une prise en charge multidisciplinaire programmée par une équipe expérimentée incluant des obstétriciens, des anesthésistes et des radiologues habitués à la radiologie interventionnelle. Par ailleurs, en cas de placenta percreta, l'atteinte d'organes de voisinage peut nécessiter la participation d'urologues ou de chirurgiens viscéraux. Le diagnostic est en général étayé par l'échographie puis l'IRM chez les patientes qui ont des facteurs de risque.

### 2.1. Facteurs de risque de placenta accreta

Les facteurs de risque majeurs de placenta accreta sont un placenta praevia ou des antécédents de césarienne. Les autres facteurs de risque rapportés sont un âge maternel supérieur à 35 ans, la multiparité, un antécédent de chirurgie utérine et un curetage. Par exemple, Miller et al. ont montré qu'un placenta accreta survenait dans 55 cas sur 590 (9,3 %) femmes présentant un placenta praevia comparé à sept sur 155 080 (0,5 %) en l'absence de placenta praevia (risque relatif (RR) 2069, intervalle de confiance 95 % (IC 95 %) : 944–4516) [2]. De plus, en cas de placenta praevia, un placenta accreta était présent chez 36 femmes sur 124 (29 %) lorsque le placenta était implanté au niveau d'une cicatrice de césarienne et dans quatre cas sur 62 (6,5 %) dans le cas contraire (RR 4,5, IC 95 % : 1,68–12,07). Parmi les femmes qui avaient un placenta praevia, un âge maternel de plus de 35 ans et un antécédent de césarienne étaient également des facteurs de risque indépendants de placenta accreta. Finalement en cas de placenta praevia, le risque de placenta accreta allait de moins de 2 % si l'âge de la patiente était inférieur à 35 ans et qu'il n'y avait pas d'antécé-

dent de césarienne, à 39 % chez les femmes qui avaient deux césariennes ou plus.

Le risque de placenta accreta augmente avec le nombre d'antécédents de césarienne. Dans l'étude de Silver et al. [9], un placenta accreta est présent chez 0,31 % des femmes qui subissent leur deuxième césarienne, chez 2 % des patientes à leur quatrième césarienne et chez 6,7 % des femmes qui ont eu six césariennes ou plus. S'il existe, de plus, un placenta praevia, l'incidence du placenta accreta est encore plus élevée. Dans l'étude de Clark et al. [10], elle est de 24 % en cas d'utérus unicatriciel et atteint 67 % s'il est tricatriciel.

### 2.2. Examens prénatals diagnostiques du placenta accreta

De nombreuses études ont évalué l'efficacité de l'échographie pour le diagnostic de placenta accreta. Les critères échographiques classiquement décrits sont l'absence d'un liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre (Fig. 1), une interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse et de la vessie, la présence d'un aspect pseudotumoral du placenta à en regard de la séreuse utérine et la présence de lacunes intraplacentaires en regard de la zone accreta (Figs. 2, 3). La valeur diagnostique de ces aspects échographiques a été étudiée sur des populations à haut risque de placenta accreta (placenta praevia antérieur associé ou non à un utérus cicatriciel). En utilisant ces critères échographiques, Guy et al. ont

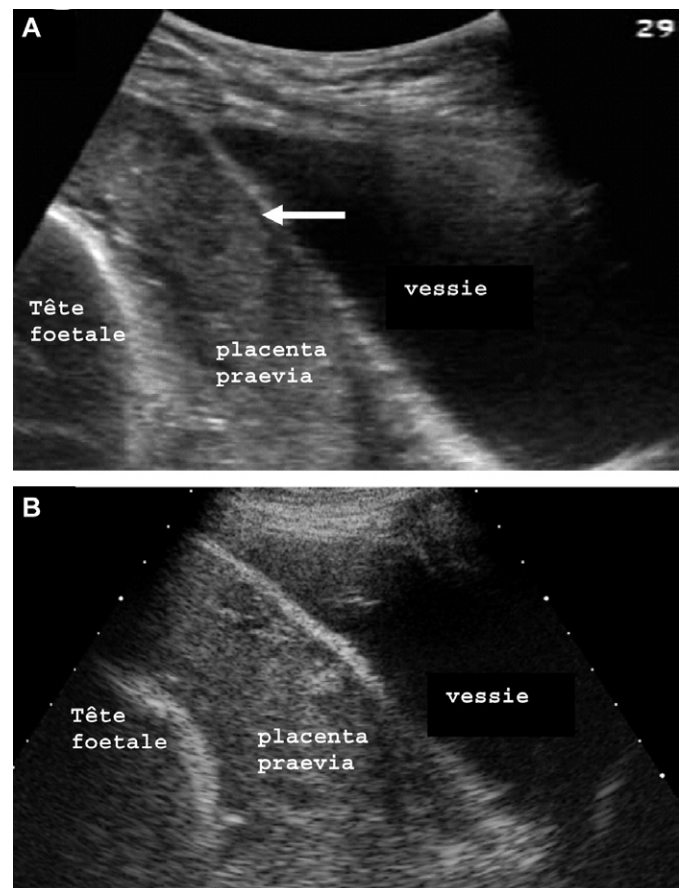


Fig. 1. A : zone hypoéchogène d'épaisseur normale (flèche). B : absence de cette zone.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952776>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952776>

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