

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Prise en charge conservatrice d'un placenta percreta. Apport des nouvelles techniques d'imagerie

Interest of modern imagery for conservative management of a placenta percreta

G. Bader ^{a,*}, H. Jelen ^a, E. Quarello ^a, B. Guyot ^a, O. Limot ^b, Y. Ville ^a

^a Département de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy, France

^b Département de radiologie interventionnelle, CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy, France

Disponible sur internet le 16 janvier 2007

Résumé

Le placenta percreta est une forme rare d'anomalie de l'insertion placentaire mettant en jeu le pronostic vital maternel et parfois fœtal. L'incidence des pathologies d'adhérence placentaire est corrélée au nombre de césariennes et à l'âge maternel avancé. Les patientes à risque doivent être identifiées en début de grossesse et bénéficier d'une recherche des critères échographiques actuellement bien définis. La pratique de l'IRM en cas de forte suspicion échographique dans les groupes à risque peut s'avérer utile, particulièrement pour les placentas postérieurs. Un diagnostic tardif, dans un contexte d'urgence, est généralement associé à une hystérectomie d'hémostase, voire une résection partielle des organes de voisinage. Or, nous rapportons le cas d'une prise en charge conservatrice associant une embolisation des artères utérines dans les suites immédiates d'une césarienne élective. En post-partum, l'involution placentaire a été suivie cliniquement et par imagerie. Une hystérectomie a finalement été réalisée en raison d'une infection sévère résistant aux antibiotiques. Les suites opératoires ont été simples et aucune transfusion n'a été nécessaire. Ce cas clinique démontre ainsi, en s'appuyant sur une analyse des données récentes de la littérature, l'intérêt de l'imagerie dans la sélection des patientes à risque d'anomalies d'adhérence placentaire, ainsi que dans le choix de la stratégie thérapeutique.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The placenta percreta is a rare form of anomaly of placental insertion threatening the maternal and foetal lives. The incidence of abnormal placental adhesion is correlated to frequency of caesarean sections and advanced maternal age. Patients who are at high risk should be identified during pregnancy by ultrasound examination with Color Doppler looking for characteristic features. The practice of MRI in case of echographic suspicion may be useful, particularly in posterior placentas. A late diagnosis, in an emergency context, leads generally to hysterectomy and even to partial resection of neighbour organs. Thus, we report the case of a conservative management associating uterine embolisation following an elective caesarean delivery at 36 weeks gestation. In postpartum, the placental involution was followed clinically and by imagery. In our case, a total abdominal hysterectomy was performed on the fifth postoperative week because of a severe antibiotics resistant infection. No blood transfusion was required and the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gbader@chi-poissy-st-germain.fr (G. Bader).

postoperative period was uneventful. This clinical case aims to show, through an analysis of the recent data of the literature, the interest of modern imagery to select patients with suspected placenta percreta that would be suitable candidates for conservative management.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Diagnostic anténatal ; Placenta percreta ; Imagerie ; Embolisation ; Conservation utérine

Keywords: Prenatal diagnosis; Placenta percreta; Imaging; Embolization; Uterine conservation

1. INTRODUCTION

Le placenta percreta se définit par une invasion placentaire du myomètre et des viscères pelviens adjacents. Histologiquement, il se distingue de la forme accreta par la présence des villosités placentaires atteignant la séreuse utérine [1,2]. Il s'agit d'une anomalie rare associée à un risque important de mortalité maternelle (7 %) et fœtale (9 %) [3]. L'incidence des placentas accretas varie de 1/500 à 1/2500 accouchements soit environ 10 % des formes praevia. Les formes percreta représentent 6,5 % des placentas accretas soit 1/40 000 accouchements [4,5]. Les principaux facteurs de risques sont constitués par les antécédents de césarienne, une insertion placentaire praevia et un âge maternel avancé [5]. La forme accreta est proportionnelle au nombre de césariennes antérieures passant de 5 % en l'absence de césarienne à 24 et 48 % respectivement après une ou deux hystérotomies [1]. Les progrès en imagerie ont amélioré la précision diagnostique anténatale et permis une organisation multidisciplinaire de la prise en charge thérapeutique. Néanmoins, la morbidité maternelle et fœtale reste élevée, d'où la tendance actuelle au traitement conservateur visant à préserver la fertilité et à prévenir du risque hémorragique vital en assurant un meilleur pronostic fonctionnel vésical ou digestif [4]. De nombreuses stratégies sont proposées, mais il n'existe pas aujourd'hui de preuve suffisante permettant d'affirmer l'intérêt thérapeutique d'un traitement complémentaire systématiquement associé (ligatures vasculaires, embolisation, méthotrexate) [6].

2. CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente âgée de 41 ans, quatrième geste, deuxième pare, ayant pour antécédent une IVG par aspiration et deux césariennes par hystérotomie segmentaire transversale. Un retard de croissance intra-utérin (RCIU) d'origine vasculaire avait motivé une prise en charge dans notre département. La patiente était par ailleurs strictement asymptomatique.

L'échographie en modes 2D et 3D avec étude Doppler couleur et pulsé a permis de suspecter fortement le diagnostic de placenta praevia antérieur avec une probable forme percreta par invasion de la paroi vésicale postérieure. L'échographie en mode 2D a détecté une disparition de l'interface hypoéchogène myomètre-placenta et une inter-

ruption partielle de l'interface séreuse hyperéchogène utéro-vésical (Fig. 1A). De nombreuses lacunes placentaires correspondant à des sinus veineux étaient visibles (Fig. 1B). L'étude doppler a confirmé l'invasion placentaire du myomètre et de la séreuse utérine (Fig. 1C). Des irrégularités de la paroi vésicale postérieure, correspondant au relief placentaire, apparaissaient nettement après reconstruction en mode cysto-3D (Fig. 2A) de même que les néoformations vasculaires de la zone d'adhérence placentaire suspecte en mode angio-3D (Fig. 2B). L'IRM préopératoire a renforcé l'hypothèse de placenta percreta par la présence d'une infiltration pariétale vésicale postérieure traduite par des néoformations vasculaires de l'interface séreuse utéro-vésical (Fig. 3A et B).

De volumineux troncs veineux sous-muqueux et une déformation de la paroi vésicale postérieure, correspondant au relief placentaire, ont été visualisés en cystoscopie préopératoire (Fig. 4).

À 36 semaines d'aménorrhée (SA), une césarienne de principe a été réalisée sous anesthésie générale par laparotomie médiane sous-ombilicale. L'extériorisation de l'utérus a facilité une hystérotomie antérofundique verticale au-dessus de la zone d'insertion placentaire présumée permettant la naissance d'un enfant pesant 1900 g, bien portant. Aucun décollement placentaire spontané n'a été constaté après l'extraction fœtale ; le placenta est laissé en place après la ligature et la section du cordon ombilical à son insertion. Nous n'avons pas réalisé de tentative de traction sur le cordon ni administré d'ocytociques. Dans les suites immédiates, une embolisation sélective des artères utérines à visée préventive a été pratiquée. Une branche de l'artère vésicale droite assurant une vascularisation placentaire résiduelle a été également obturée. L'ensemble des procédures a duré 120 minutes. Le saignement global a été estimé à 200 ml et aucune transfusion n'a été nécessaire. La patiente est ensuite surveillée pendant 24 heures dans une unité de soins intensifs. Elle a reçu une antibiothérapie de principe pendant dix jours, puis a quitté l'établissement à j10 sans traitement. Durant la période postopératoire, un suivi hebdomadaire clinique, biologique et échographique a été mis en place afin d'apprécier l'évolution clinique et l'involution placentaire.

À cinq semaines de la césarienne, la patiente a été réhospitalisée pour un syndrome fébrile douloureux en rapport avec une endométrite compliquée d'une bactériémie sévère à streptocoque D multirésistant. Les prélèvements bactéri-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952871>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952871>

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