

PLACENTA PRAEVIA ACCRETA

DIAGNOSTIC et PRISE EN CHARGE

Pr Olivier DUPUIS (Lyon)

Définition

Histologique

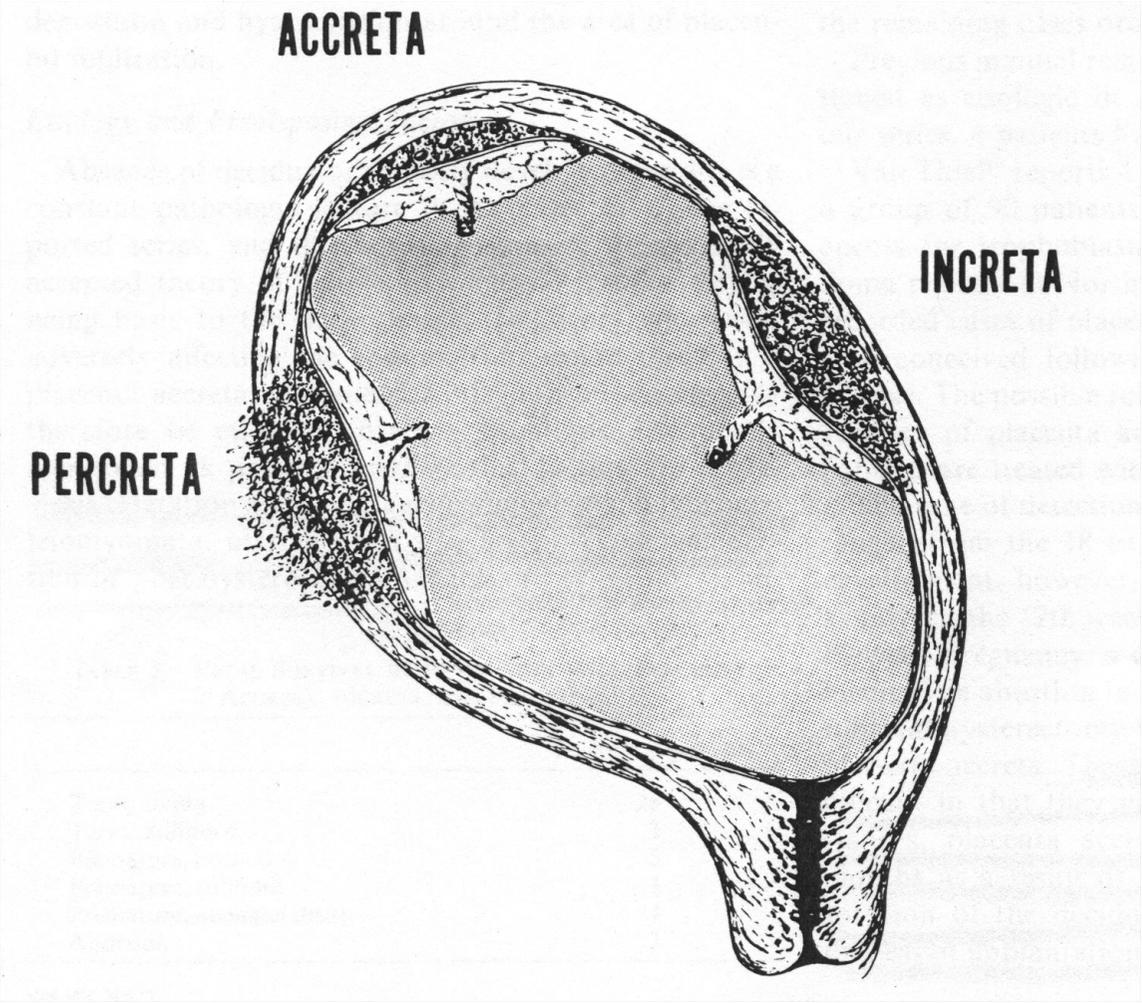
Accreta Vera : envahissement superficiel du myomètre

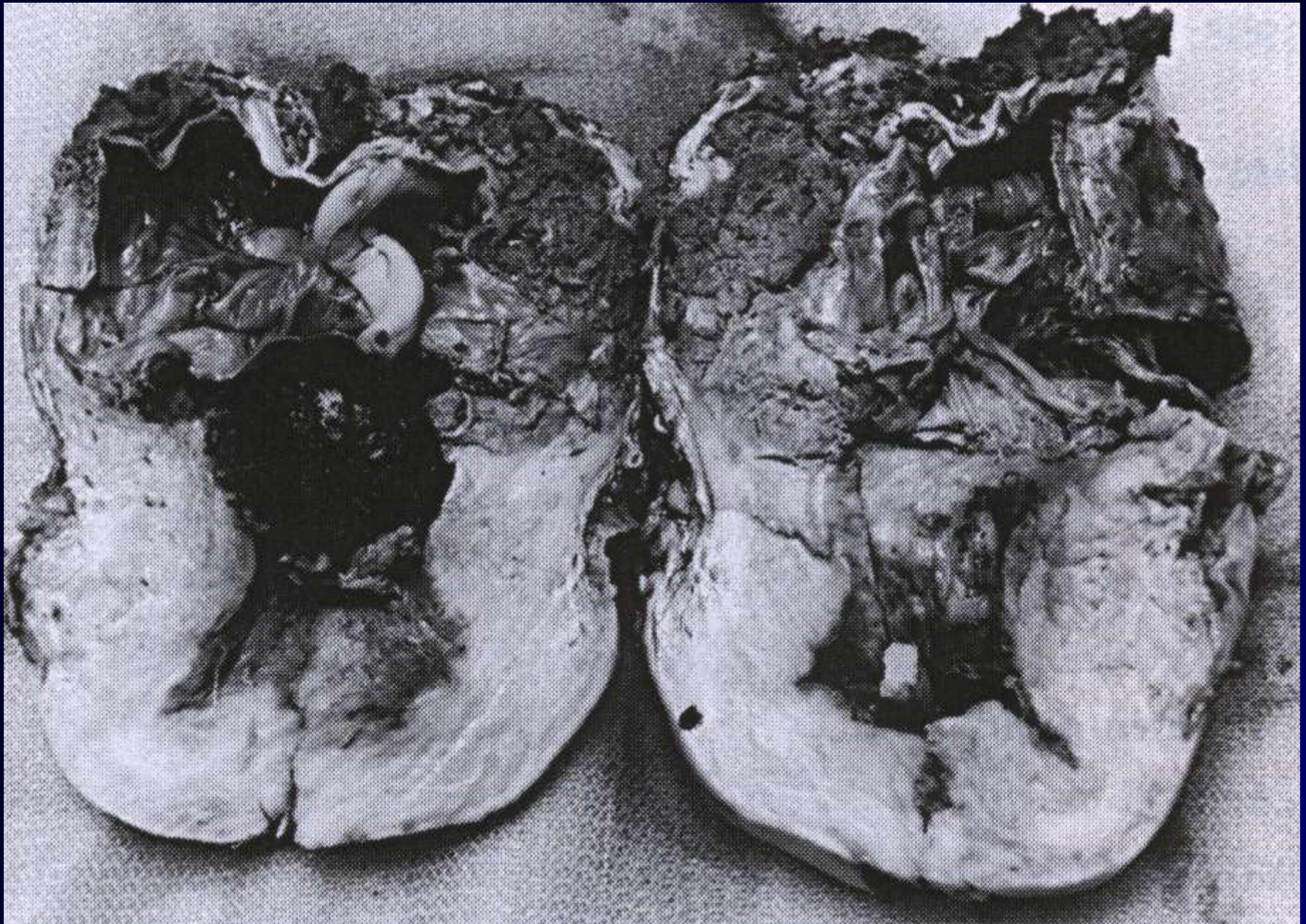
Accreta Increta : envahissement profond du myomètre

Accreta Percreta : envahissement du myomètre avec atteinte de la séreuse utérine

Clinique

Absence de plan de clivage lors de la délivrance





CLASSIFICATION

Selon l'extension au myomètre(*)

P P. limité à la séreuse utérine

P P. avec envahissement vessie / rectum / paroi

Selon la localisation

P P. Praevia

P P. Fundique

Selon l'extension en surface(**)

P P. Total

P P. Partiel ou Focal

* De Roux SJ et al. Intern J Gynecol Pathol 1999;18-32

** Fox H. Obstet Gynecol Surv 1972;27:475-490

Incidence

Placenta Accreta

Définition histologique(*)

1/2500 à 1/12500 naissances

Placenta Percreta

fréq Percreta < fréq increta < fréq accreta

Etude	%Accreta	%Increta	%Percreta
1	78	17	5
2	46	36	18
3	88		12

(1) Breen J et al. Obstet Gynecol. 1977;49, 43-47

(2) Zelop C et al. Obstet Gynecol. 1992;80, 693-698

(3) Price et al. Obstet Gynecol. 1991;78:508-510

Gravité

16 mai 1995 : J.O création du C.N.E.M.M

1995 - 1997 : 44 décès maternels liés à une hémorragie obstétricale.

« 87% des décès sont évitables »

Bouvier-Colle MH et al. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001; 30:768-75

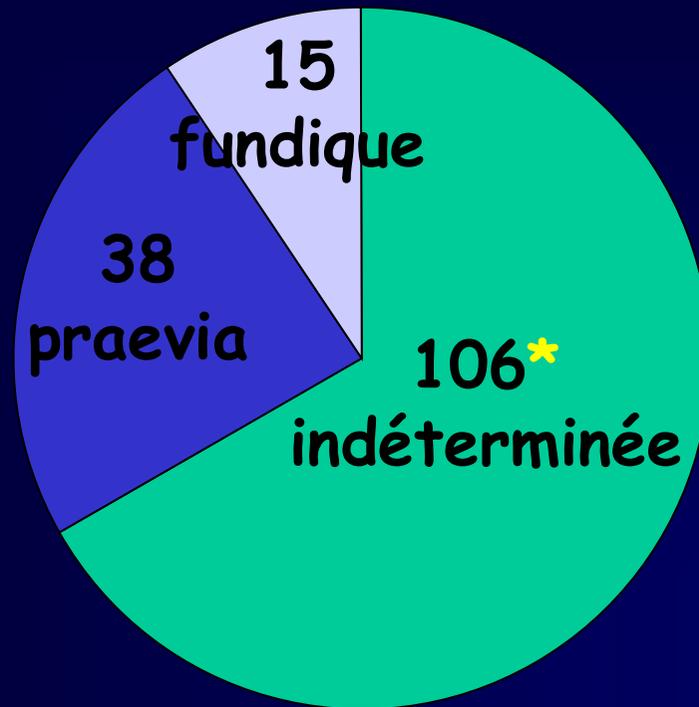
Maria B. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001; 30:2523-32

Revue de la littérature

- ☰ Medline
- ☰ Période : 1987 - 2002
- ☰ Mots clefs : Placenta Praevia
Placenta Percreta
- ☰ Critères d'exclusion : P. Increta
P. Accreta

>> 59 Articles : 159 cas

Localisation



O'Brien. AJOG 1996 ;175:1632-8

Facteurs de risque

38 P Praevia Percreta

Antécédents
de césarienne
n=36

Antécédents
inconnu
n=1

Pas
d'antécédents
n=1

97 %

« Tout placenta praevia antérieur chez une femme qui a un antécédent de césarienne est jusqu'à preuve du contraire un placenta accreta... »

CLARK et coll 1985

n=97 799

Nombre de Césarienne	Placenta praevia	Placenta praevia accreta	%
n	n=286	n=29	
0	238	12	5
1	25	06	24
2	15	7	47
3	5	2	40
4	3	2	67

« Le risque d'acretion augmente avec le nombre de césarienne dans les antécédents »

Signes cliniques

☰ Métrorragies 2ème et 3ème trimestre	n= 25/38
☰ Hématurie	n= 5 /38
☰ Choc hypovolémique et hémopéritoine	n= 3 /38
☰ MAP	n= 1 /38
☰ Asymptomatique	n= 6 /38

« Tout placenta praevia antérieur chez une femme qui a un antécédent de césarienne, même asymptomatique, est jusqu'à preuve du contraire un placenta accreta... »

Biologie : AFP

☰ > 2 MM n= 4/38

☰ Normalement: Sérum f etal > LA > Sérum maternel
50.000 500 1

Diffusion simple

☰ P Percreta ↗ surface de diffusion ou anomalie
interface placenta/ myomètre

Test ni sensible, ni spécifique

Echographie Doppler

☰ Absence de zone hypoéchogène entre le placenta et le SI.

VPP = 78%, Se = 93%, Sp = 79% *

La conservation de la zone hypoéchogène rétroplacentaire exclue à 90% le diagnostic de placenta accreta

☰ Lacunes intraplacentaires

☰ Amincissement, irrégularité ou absence de l'interface hyperéchogène entre SI et vessie

☰ Extension du placenta dans la vessie (rare)

☰ Doppler couleur : vaisseaux placentaires s'étendant du placenta vers le mur vésical

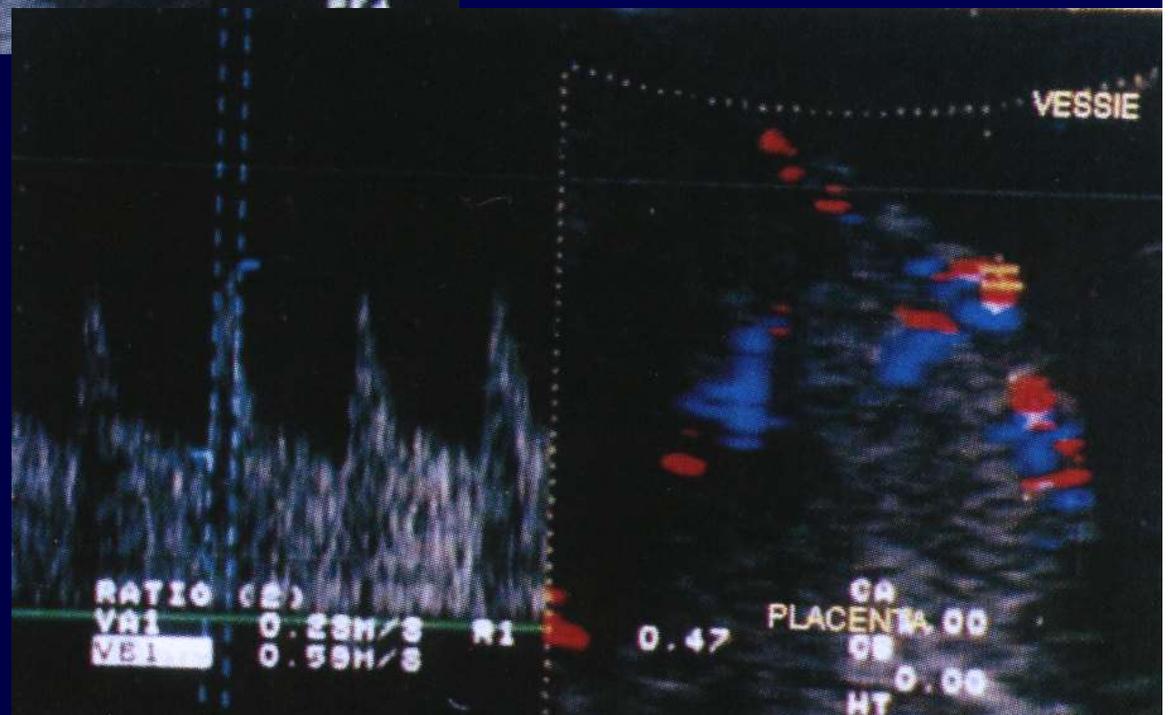
* Hudon L. Obstet Gynecol Surv. 1998; 8: 509-15

Echographie Doppler

Nombreux FAUX POSITIFS

Kidney D. AJR 2001; 176:1521-1528

Echo:	5 placentas accreta
Histo :	3 placentas accreta
	2 praevia simple

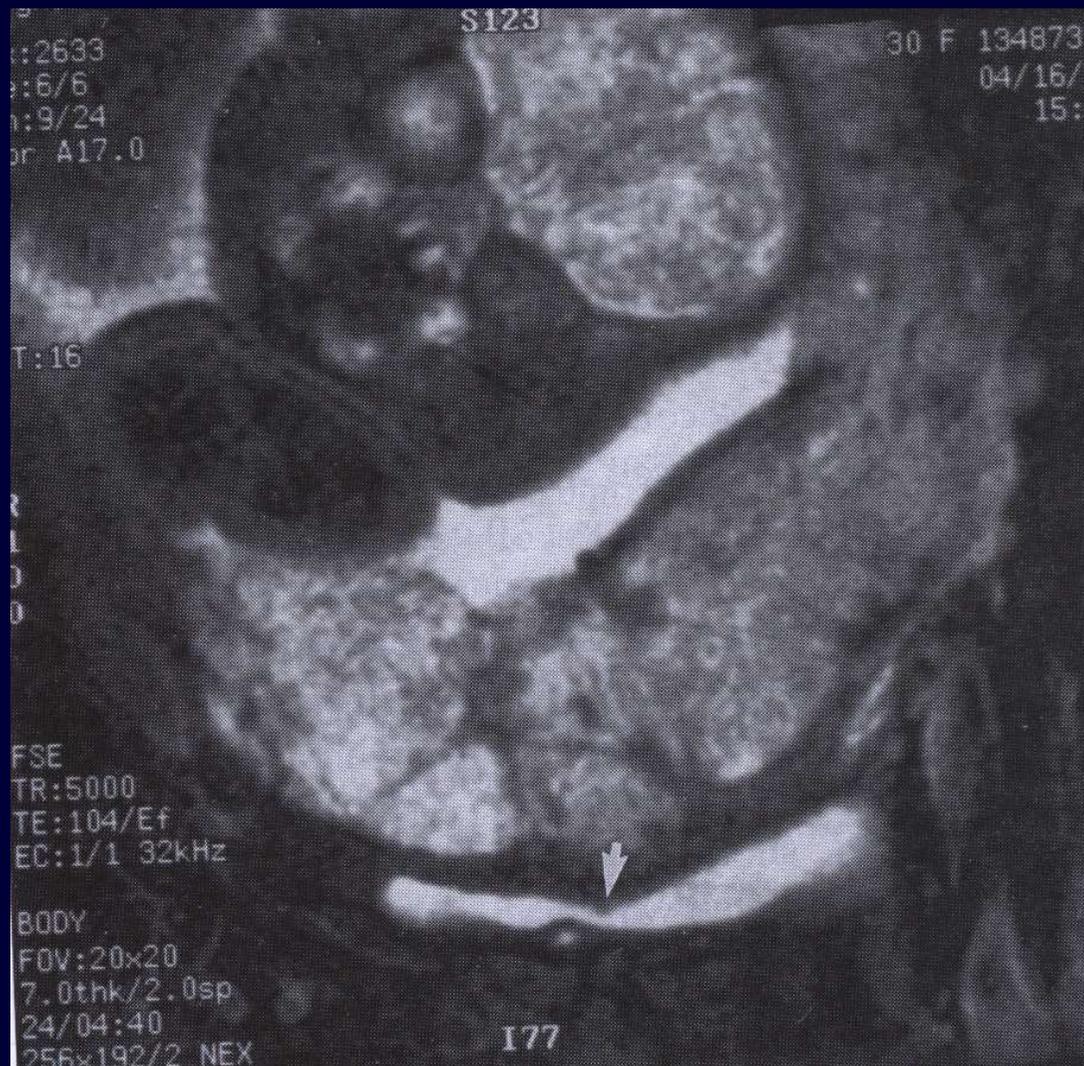


IRM

- ☰ Séquence T1 sans intérêt, car pas de contraste myomètre/ placenta
- ☰ Séquence T2 T2 spin écho : placenta signal de grande intensité / Myomètre signal de faible intensité
- ☰ Protocole short Tau inversion recovery technique amélioration des contrastes et visualisation des vaisseaux pénétrant dans la vessie

Bakri et al. AJOG 1993;169:213-4

O'Brien et al. AJOG 1996;175:1632-8



Algorithme diagnostique

P Praevia antérieur + antécédent de césarienne

Echo + Doppler couleur
systématique

Signes +

IRM ±
cystoscopie*

Zone déciduale
hypoéchogène

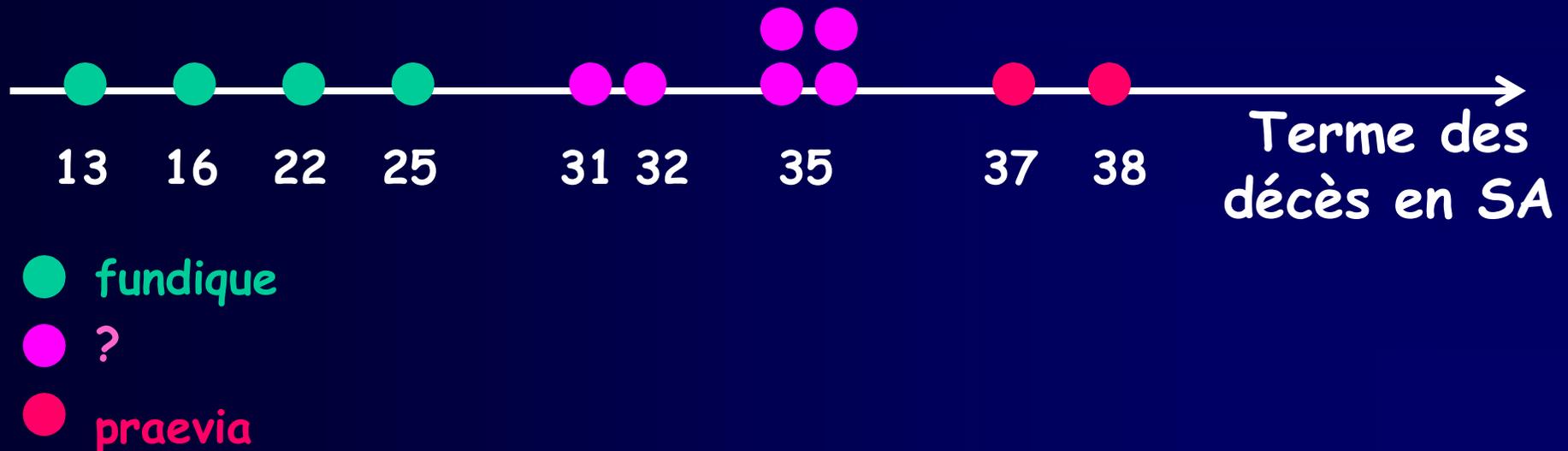
STOP

* Biopsie contre indiquée

Mortalité

📄 Sur 159 cas de P Percreta, 12 décès maternels = 7.5 %

Dans 100 % des cas, décès liés à un choc hypovolémique par hémorragie massive



Morbidité

38 P Praevia Percreta

Transfusion : 87 % des cas

Fistules vésico-vaginales n=4

Reprise opératoires n=5

OAP n=1

CIVD n>4

Décès per-opératoires n=2

Rupture hépatique/splénique n=1

Entérotomie n=1

Endométrite n=1

Hématome pelvien n=1

TRAITEMENT

 La césarienne doit être PROGRAMMEE

 A quel terme ?

38 cas de P Praevia Percreta

19 césariennes urgentes
(1 ITG / 15 programmées / 3 NSP)

Avant 34 SA

- perforation utérine avec hémopéritoine (n=4)
- Hématurie macro sévère (n=1)
- Métrorragies abondantes (n=3)
- métro + anomalies du RCF (n=1)

Après 34 SA

- Métrorragies abondantes (n=08)
- métro + anomalies du RCF (n=2)

📄 à 34 SA aurait évité 10 des 19 c. urgentes

📄 à 20 SA ITG ?

☰ Quels principes thérapeutiques ?

Anesthésiste Réanimateur senior + +

Voie centrale / voie artérielle / Voie d 'abord

Transfusions Plaquettes / GR / PFC

Cell saver / Hémodilution normovolémique

Radiologie interventionnelle

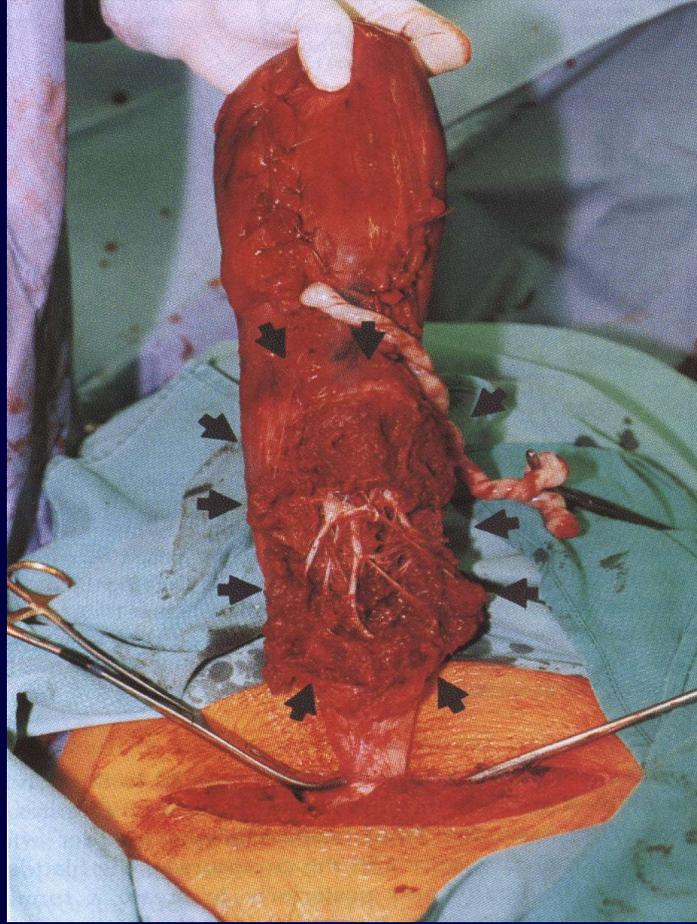
Embolisation a.hypo/a. mésentérique inf

Chirurgien obstétricien senior + chirurgien gynéco
oncologue ou vasculaire ou viscéral ++

La rapidité du geste est cardinale

Technique de césarienne quelque soit le type de geste envisagé

- Laparotomie type médiane sus et sous ombilicale
- Hystérotomie fundique ET verticale extra placentaire au dessus du placenta (écho per op)
- Pas de tentative de délivrance
- Antibiotiques Per et Post-opératoire
- Redons sentinelles
- Surveillance post opératoire en USI

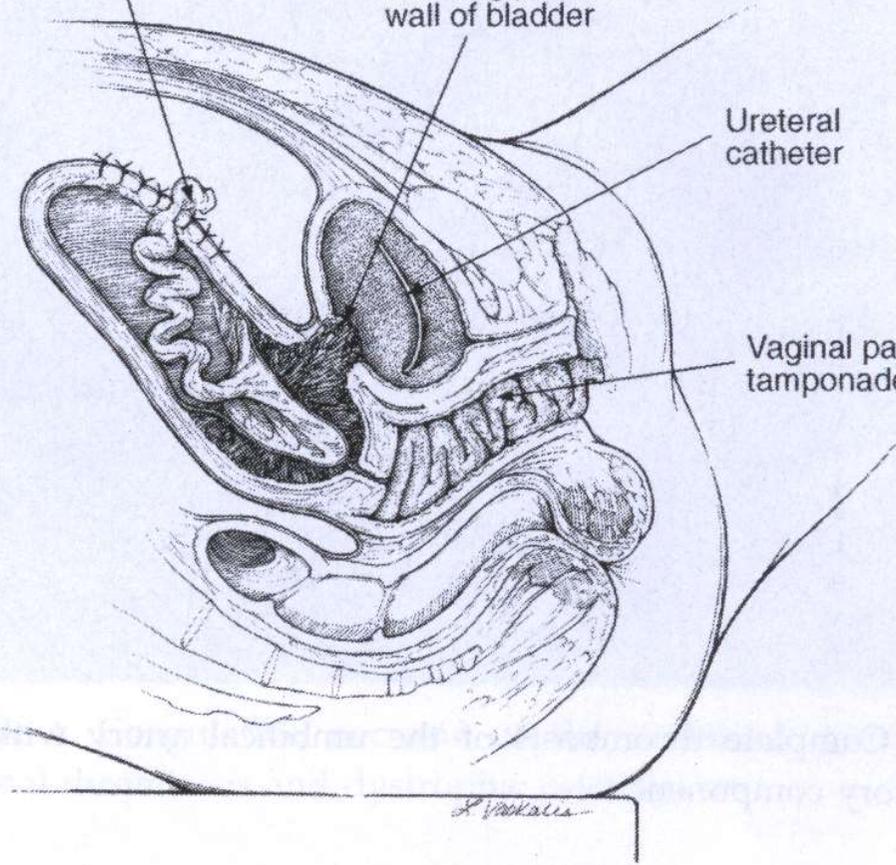


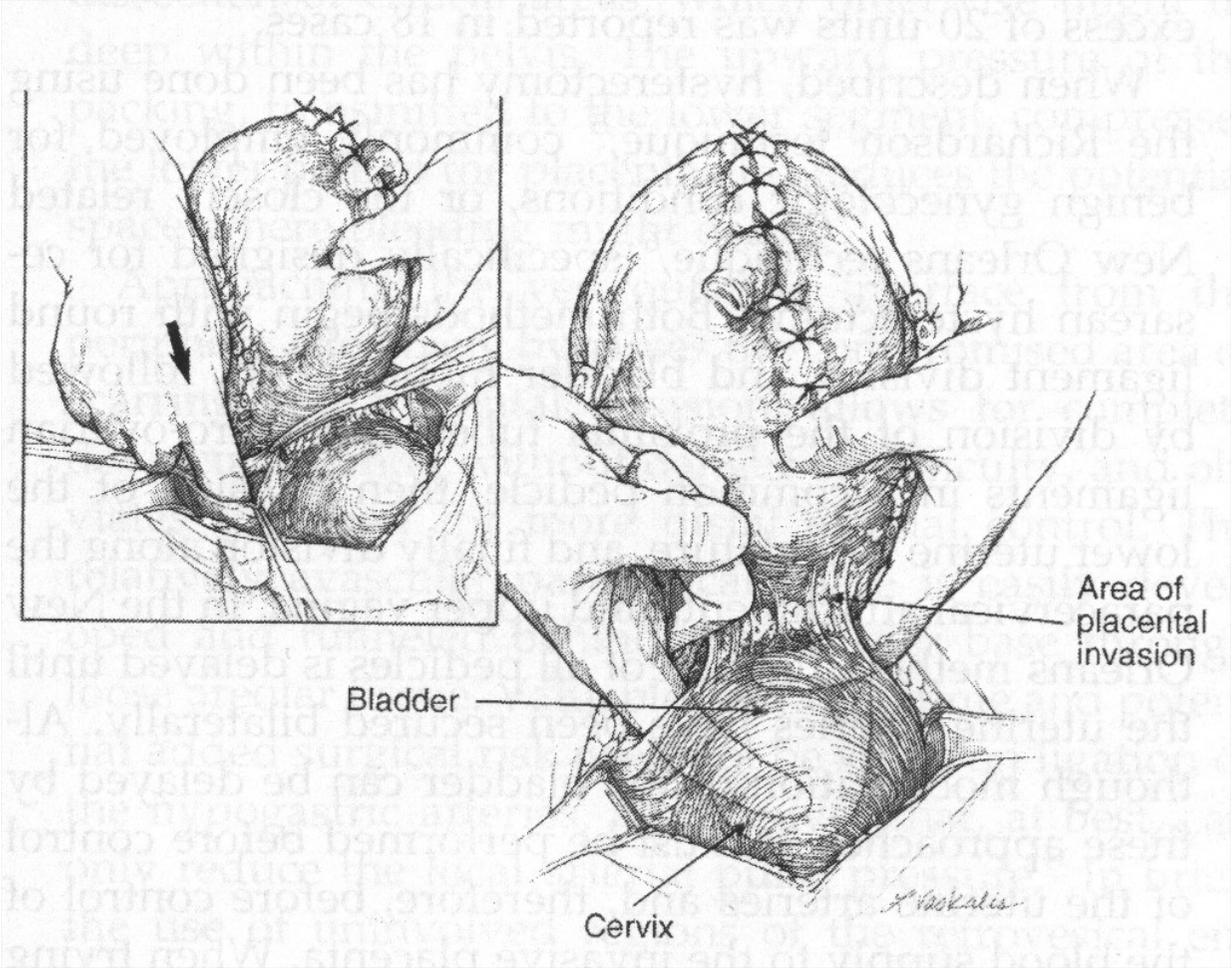
High hysterotomy
Placenta is not removed

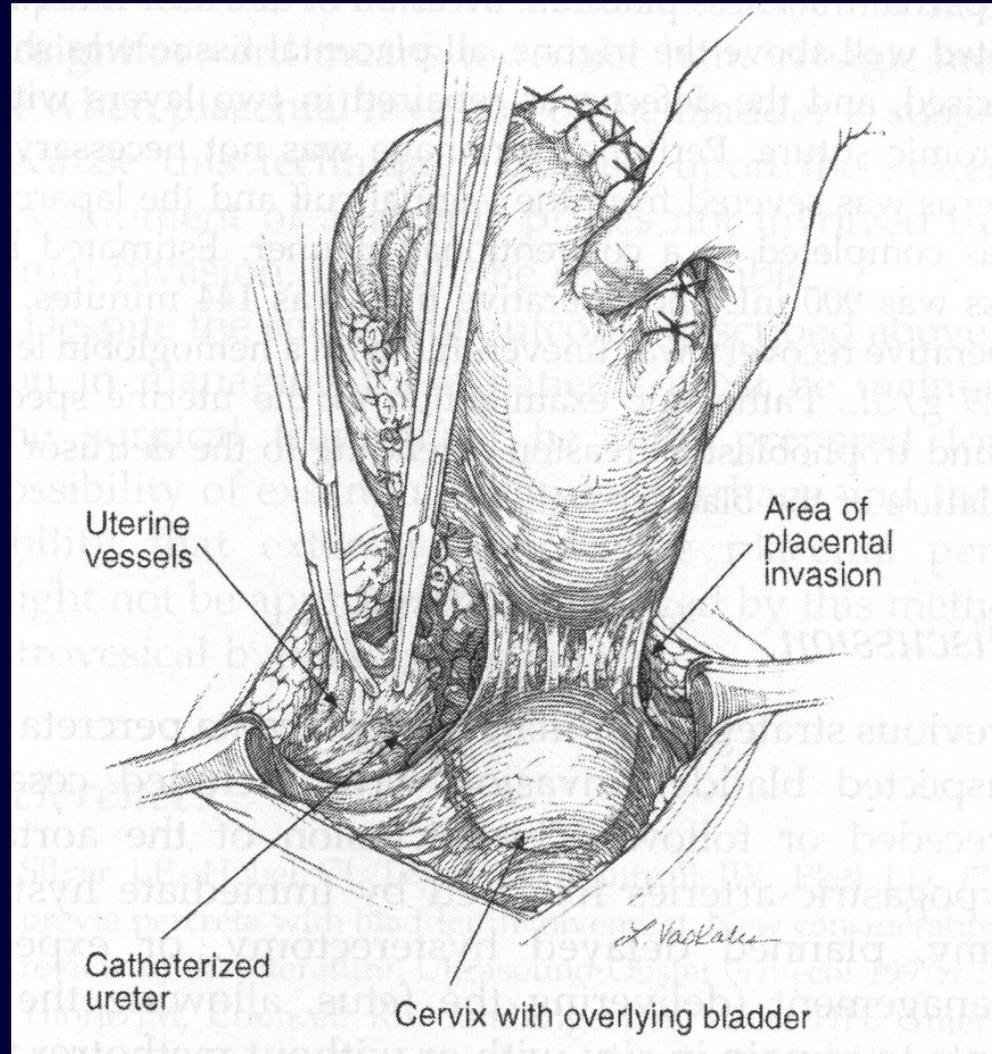
Placenta percreta
invading posterior
wall of bladder

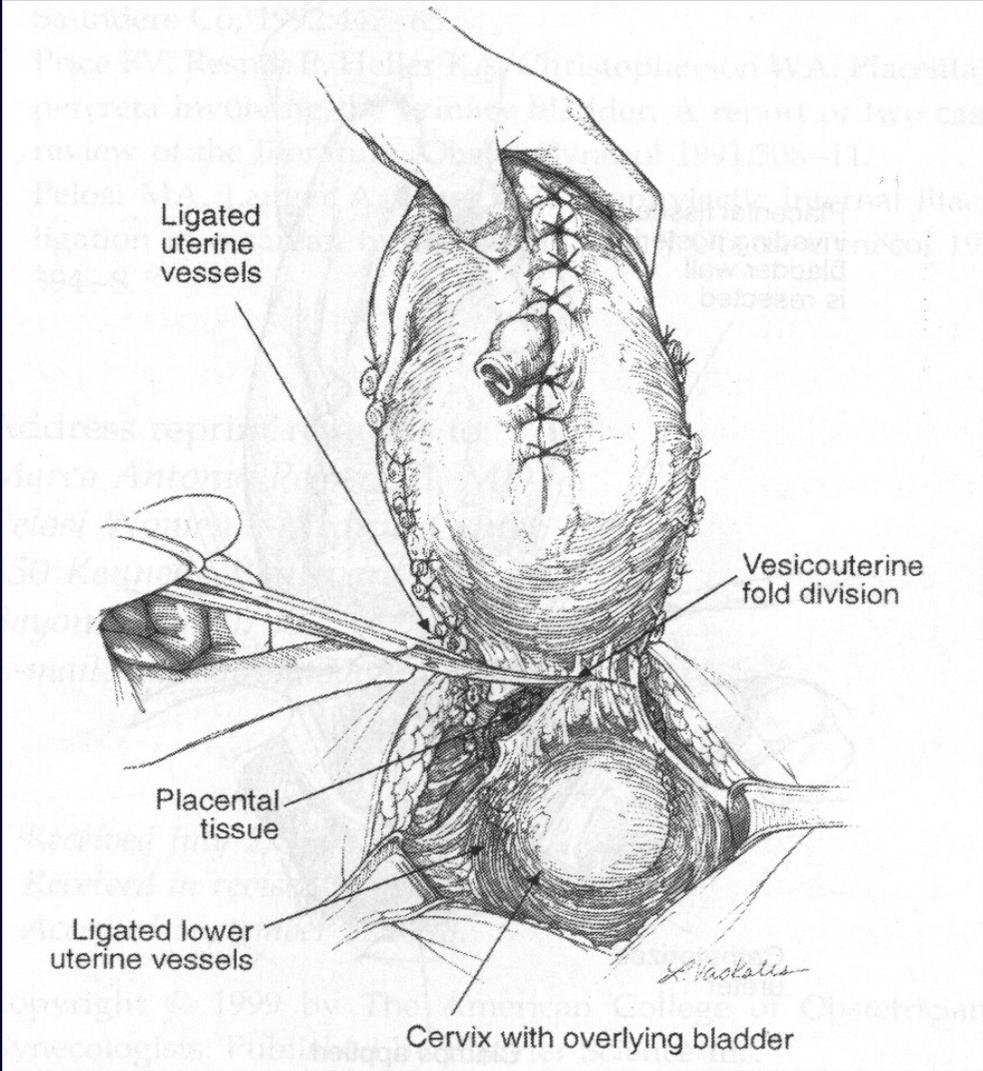
Ureteral
catheter

Vaginal packing
tamponade effect









TRAITEMENT

- 📄 La césarienne doit être PROGRAMMÉE
- 📄 Terme = 34 SA
- 📄 Cure de corticoïde 48 h avant
- 📄 Principes stricts
- 📄 **Même si souhait de traitement conservateur, prévenir du risque d'hystérectomie**

38 cas de P Praevia Percreta

**Vessie +
n=20**

**18
hystérectomies**

**2 échecs TT
conservateur**

**100 %
hystérectomie**

**Vessie -
n=10**

**9
hystérectomies**

**1 réussite TT
conservateur**

**90 %
hystérectomie**

**Vessie ±
n=8**

**7
hystérectomies**

**1 réussite TT
conservateur**

**87 %
hystérectomie**

Traitement conservateur

Echec dans 75% des cas ++

Un geste radical doit être réalisable

A proposer :

- ☞ En l'absence d'envahissement vésical (IRM)
- ☞ Si refus d'hystérectomie
- ☞ Information sur le taux d'échec
- ☞ Sous surveillance étroite
- ☞ Embolisation > MTX (?)
- ☞ Association embolisation + MTX

📄 Toute femme qui a un placenta praevia antérieur et un antécédent de césarienne doit avoir un écho-doppler couleur ± IRM, même si elle est asymptomatique

📄 Le trt doit faire appel à une équipe multidisciplinaire avec une césarienne programmée à 34 SA après maturation pulmonaire, dans un établissement avec antenne EFS et USI

📄 Le traitement conservateur doit respecter un protocole strict.