



PHILIPPE JUDLIN

PROFESSOR

Department of Obstetrics & Gynecology

Regional Nancy

France

VIETNAM - FRANCE - ASIA - PACIFIC
CONFERENCE ON OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Ho Chi Minh City, May 19th - 20th, 2016

16th

Traitement Conservateur des Placentas Accreta. Revue de 5 ans de pratique

**P. JUDLIN, E PERDRIOLLE, C LAMY, E GAUCHOTTE, O MOREL
Department of Obstetrics & Gynecology CHRU of NANCY FRANCE**

Introduction

- Placentation accreta (PA) est anormale
- Elle est de plus en plus fréquente probablement en raison de l'augmentation des utérus cicatriciels
- Elle est responsable d'hémorragies obstétricales graves, parfois mortelles
- Traitement classique consiste en hystérectomie

Introduction-2

- Mais cette hystérectomie est très hémorragique même quand le diagnostic a été fait préalablement, parfois dangereuse pour les organes voisins en cas de percreta ou praevia et elle empêche de nouvelles grossesses
- Depuis quelques années le traitement conservateur - laissant en place le placenta - est proposé
- Le but principal est de diminuer au maximum les saignements et la morbidité en cas de percreta
- Nous présentons ici notre expérience dans un hôpital de niveau 3 sur les 5 dernières années

Material & Methods

- Etude rétrospective sur 5 ans (2011-2015) des PA pris en charge dans le service
- Majorité des patientes étaient transférées d'un autre hôpital durant la gestation pour suspicion de PA
- Diagnostic prénatal de PA était fait par échographie et IRM
- Chaque fois qu'un PA était suspecté, la patiente avait le choix entre césarienne-hystérectomie ou tentative de traitement conservateur

Résultats

- 86 patientes avec suspicion de PA
- 68 (79%) désireuses d'un traitement conservateur
- Prise en charge consistait en une césarienne sous AG
 - hystérotomie à distance placenta
 - placenta laissé en place en entier ou partiellement si décollement partiel
- 10 (14.7%) cas de placentation normale
- 58 PA:
 - 7 cas (12%) d'increta
 - 4 cas (6.8%) de percreta
 - 12 cas (20%) de praevia associé

Résultats -2

- Saignement peropératoire $> 1L$ s'est produit dans 18 cas (31%) toujours dans des cas de décollement partiel
- Dans 2 cas une embolisation artérielle postopératoire a été nécessaire, et dans 1 cas une ligature des A hypogastriques perop a été effectuée

Suivi Postop

- Toutes les 58 patientes ont eu un suivi mensuel clinique et une IRM tous les 2 mois jusqu'à résorption complète du placenta
- Toutes les patientes ont présentées une endométrite nécessitant une ou plusieurs cures d'antibiotiques
- Dans 2 cas une hystérectomie a été réalisée secondairement pour endométrite sévère et/ou saignements
- Résorption complète placenta obtenue en moyenne en 6 mois (4-8)

Commentaires

- Diagnostic prénatal n'était pas très performant (14.7% de faux positifs) malgré échographie et IRM réalisées par des radiologues spécialisés
- Aucun cas de faux négatifs durant cette période
- Traitement conservateur est une option valable qui peut être proposée aux femmes souhaitant d'autres grossesses
- C'est aussi l'option la plus sûre en cas de percreta ou placenta praevia car hystérectomie peut entraîner des lésions des organes voisins ou être très hémorragique

Commentaires -2

- Mais patientes doivent être informées que cette solution est contraignante
- Prise en charge postopératoire est longue avec des complications (endométrite) et parfois nécessité d'un geste complémentaire (hystérectomie, embolisation)

Conclusion

- Traitement conservateur de PA est possible et peut être proposée aux patientes surtout si placenta praevia ou percreta.
- Elle suppose un diagnostic prénatal
- Elle doit être effectuée par une équipe entraînée
- Elle permet de diminuer les saignements peropératoires et préserve la fertilité
- Mais elle impose un suivi postopératoire prolongé