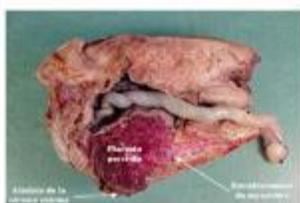




## Le placenta accreta

**L.Sentilhes, Ph. Gillard, L. Catala, Fl. Biquard,  
S. Madzou, F. BouSSION, Ph. Descamps**



CHU Angers



HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

### Fréquence aux USA (2)

- 1985-1994: **1/2510 naissances**  
(155 670 naissances) Miller AJOG 1997
- 1996-2008: **1/1205 naissances**
  - 1996-2002: 1/1851 naissances.
  - 2002-2008: 1/840 naissances Eller BJOG 2009
- 1982-2002: **1/533 naissances**  
(64 359 naissances) Wu AJOG 2005

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

### Introduction

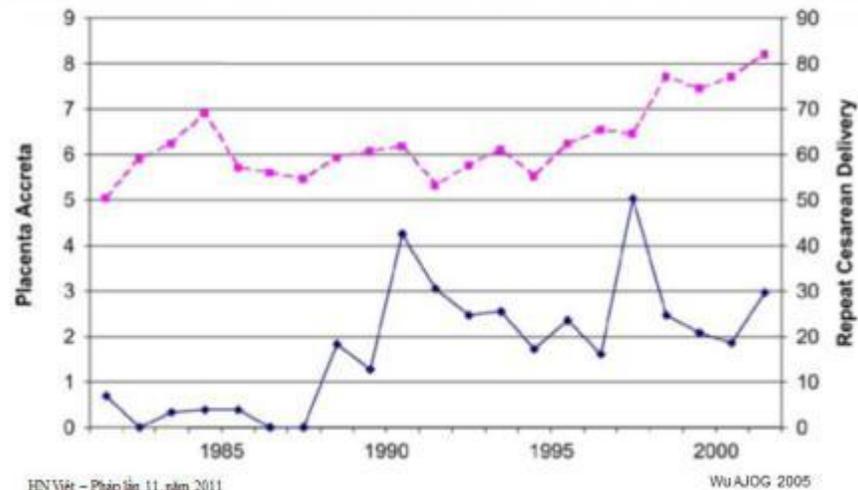
- **Définition:** absence de caduque déciduale (localisée ou diffuse) entre le placenta et le myomètre.
- Distinction entre:
  - **Placenta accreta:** implantation directe des villosités sur la zone interne du myomètre.
  - **Placenta increta:** pénétration +/- profonde au sein de la musculature
  - **Placenta percreta:** le placenta pénètre dans la séreuse utérine voire les organes de voisinage.
- Dans ce topo:
  - « **placenta accreta** » = placenta accreta + increta + placenta percreta.
  - « **placenta percreta** » = placenta percreta. HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

### Fréquence en France (3)

- 1996-2006: **1/1916 naissances** (Lille)  
Clouqueur JGOBR 2008
- 1993-2002: **1/968 naissances** (Paris)  
Kayem Obstet Gynecol 2004
- 1992-2002: **1/1000 naissances** (Marseille)  
Courbière JGOBR 2003
- **Seule certitude:**
  - majoration dans le temps. Sentilhes Presse Med 2010

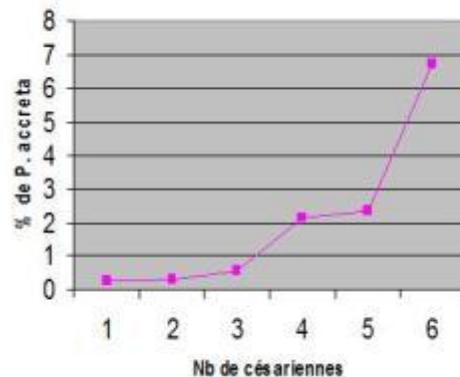
HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Prévalence du placenta accreta corrélée à celle des césariennes



## Risque en fonction du nombre de césariennes (1)

Relation césariennes-placenta accreta



0.24 %  
 0.31 %  
 0.57 %  
 2.13 %  
 2.33 %  
 6.74 %

Silver Obstet Gynecol 2006

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Facteurs de risque

- **Toute cicatrice utérine:**
  - Césarienne.
  - Curetage.
  - Myomectomie (hystérocopie/laparoscopie/laparotomie).
  - Métroplastie d'agrandissement.
  - Cure de synéchie ou cloison utérine.
- **Placenta praevia** (OR: 51,4; IC 95%: 10,6-238,4),  
risque majoré si ATCD de césarienne.
- **Age > 35 ans.**
- **ACTD de placenta accreta.**
- **Synéchie, endométrite, multiparité?**

Clark AJOG 1985; Miller AJOG 1997; Wu AJOG 2005.

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Risque en fonction du nombre de césariennes (2)

Tableau 1. Facteur de risque de placenta accreta en fonction du nombre de césarienne

Auteur	Nombre de CS	Placenta praevia	OR ou RR	IC 95%	P
Wu <i>et al.</i>	1	Non	2,16	0,96-4,86	0,06
	≥2	Non	8,62	3,53-21,07	<0,0001
Miller <i>et al.</i>	1	Oui	4,5	2,09-9,50	<0,0001
	≥2	Oui	11,32	5,59-22,92	<0,0001

Miller AJOG 1997; Wu AJOG 2005

**Un placenta accreta doit être suspecté chez toute patiente présentant un placenta praevia (surtout antérieur) avec un ATCD de césarienne.**

Sentilhes Presse Med 2010

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Diagnostic prénatal

ou plutôt.....

## Dépistage prénatal

Sentilhes Presse Med 2010

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Echographie-Doppler 2D Signes échographiques

- La présence de lacunes intraplacentaires,
- L'absence d'un liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre,
- Une interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse utérine et de la vessie
- Présence d'un aspect pseudotumoral du placenta en regard de la séreuse utérine.
- Ces signes échographiques peuvent être présents dès 15 SA. Comstock AJOG 2004

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Dépistage prénatal

- ATCD obstétricaux (FDR):
  - La performance des examens d'imagerie:
    - est majorée dans une population à haut risque.
    - faible dans une population à bas risque.
- Echographie-Doppler 2D ± 3D.
- IRM.

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Les lacunes intraplacentaires (1)

- Les lacunes placentaires seraient le signe échographique le plus prédictif d'un placenta accreta (Se et VPP de 93%) Comstock AJOG 1991
- Signe peu spécifique pour d'autres auteurs



Absence d'un liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre soit disparition de l'espace clair rétroplacentaire



**Aspect habituel :**

Liseré séparant le placenta du myomètre = intégrité de la plaque basale

Absence d'un liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre soit disparition de l'espace clair rétroplacentaire



**Placenta accreta:**

perte du liseré

=perte de l'intégrité de la plaque basale

Complicqué pour les placentas postérieurs

Interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse utérine et de la vessie

Signe peu sensible (20%) mais très spécifique. VPP intéressante (75%) Comstock AJOG 2004

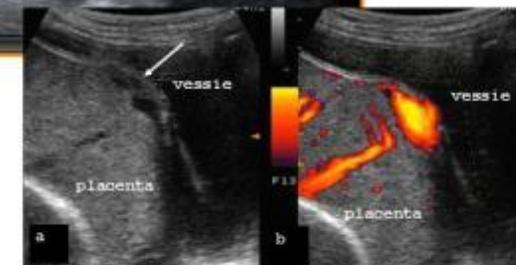


**Aspect normal**

Persistance d'un liseré de sécurité basal + respect de la muqueuse vésicale



Perte du liseré de sécurité entre utérus et vessie





- 1- Lacunes placentaires
- 2- Perte du liséré en regard segment inférieur
- 3- Perte du liséré de sécurité rétro-vésical

## IRM

- Lecture rétrospective en double aveugle par 2 opérateurs entraînés 20 IRM de patientes à risque de placenta accreta:
  - 10 placentas accreta
  - 10 placentas normaux
- 17 critères (=signes) IRM évalués:
  - 7 critères ayant une corrélation interopérateur satisfaisante (Kappa > 0,40):
    - 3 critères étaient significativement discriminatifs pour le diagnostic de placenta accreta:
      - un bombement anormal du segment inférieur,
      - une hétérogénéité de l'intensité du signal du placenta en T2,
      - des bandes noires intraplacentaires en T2.

## Echographie-Doppler 2D

Etude prospective sur 12 ans.

Evaluation de 2002 patientes avec utérus cicatriciel + placenta antérieur ou placenta previa.

Aucun cas de faux-négatif.

33 cas de suspicion d'accrета.

15 cas d'accrета (0,8%).

Critère diagnostique échographique	Sensibilité	VPP
N'importe quel critère	100%	48%
Au moins 2 critères	80%	86%
Lacunes intraplacentaires	93%	93%
Absence d'un liséré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre	7%	6%
Absence d'un liséré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre + un autre critère échographique	73%	85%
Interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse et de la vessie	20%	75%

## IRM

Warshack Obstet Gynecol 2006

- **Echographie-Doppler** pour toutes les patientes avec un antécédent d'utérus cicatriciel (ou myomectomie) et un placenta praevia ou bas inséré.
- **IRM avec injection de gadolinium** si suspicion de placenta accreta.
  - Critères diagnostiques:
    - un bombement anormal du segment inférieur,
    - une hétérogénéité de l'intensité du signal du placenta en T2,
    - des bandes noires intraplacentaires en T2.

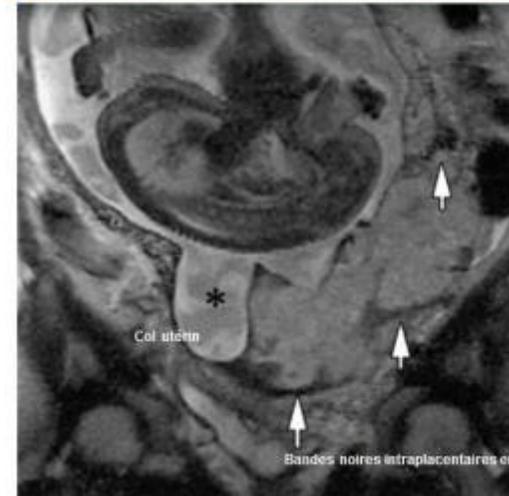
## IRM

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Echographie-Doppler	76,9 (60-88)	96,1 (93-97)	65,2 (49-78)	97,8 (95-98)
IRM	88,5 (86-100)	100 (76-100)	100 (85-100)	82,3 (56-96)

- 453 patientes: 8,6% de placenta accreta.
- L'IRM prédit correctement l'absence de placenta accreta dans 14 des 16 faux-positifs de l'échographie-Doppler.
- L'IRM réalisée en cas de suspicion échographique de placenta accreta semble donc utile pour améliorer les performances de l'échographie-Doppler. Warshak Obstet Gynecol 2006
- Autre intérêt probable de l'IRM: **placenta postérieur.**

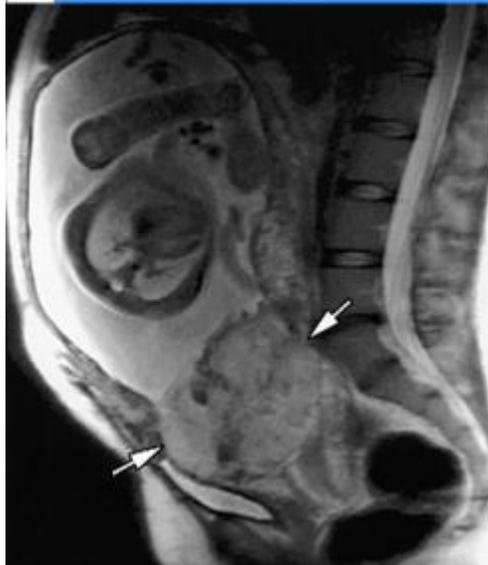
HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## IRM



HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

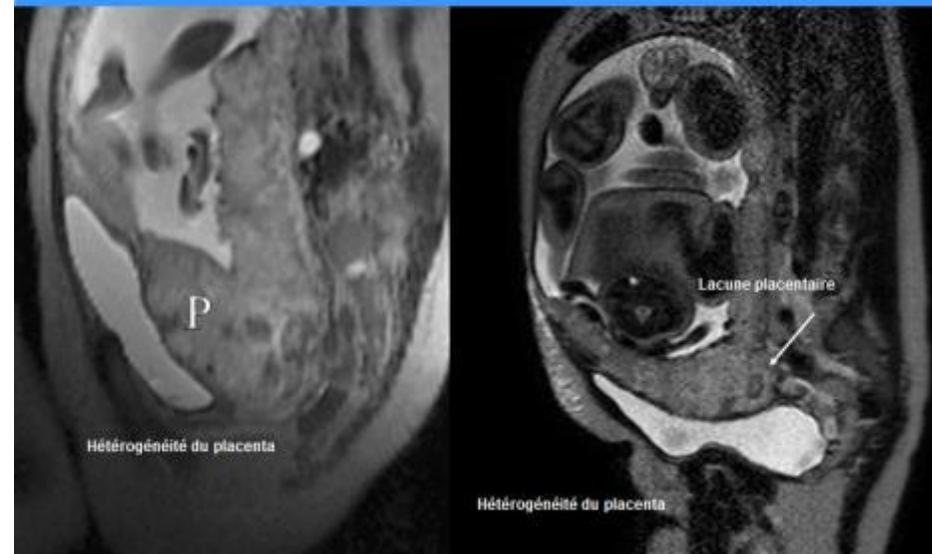
## IRM



**Bombement anormal en avant et en arrière du placenta**

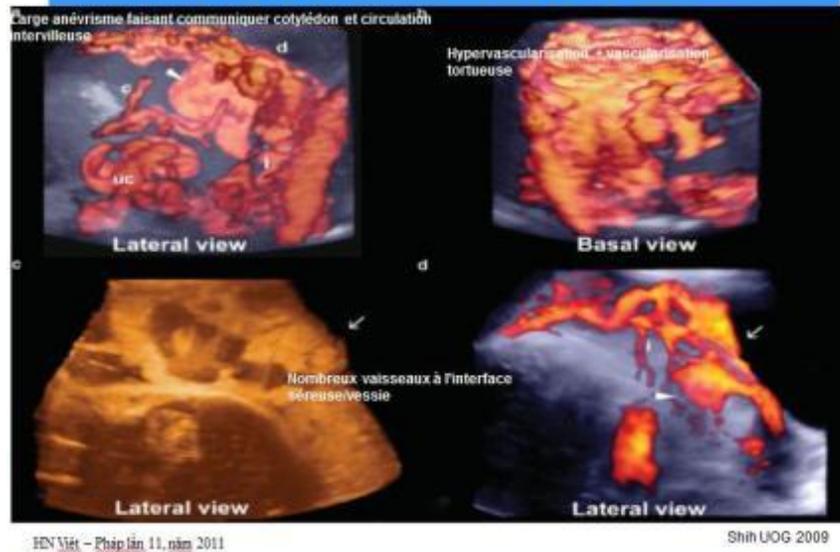
HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## IRM



HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Doppler énergie 3D



## Conclusions pour le dg prénatal

- Le critère échographique le plus performant semble être les lacunes intraplacentaires.
- L'absence isolée d'un liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre a finalement une faible sensibilité et VPP.
- Doppler énergie en 3D: outil utile en complément de l'échographie 2D, en particulier par la recherche de vaisseaux développés à l'interface séreuse utérine-vessie.
- **Que ce soit en échographie 2D ou avec le Doppler énergie en 3D, la présence d'au moins 2 critères échographiques permet d'augmenter la performance de l'échographie et d'éliminer le nombre de faux positifs.**
- L'IRM chez les patientes dont l'échographie suspecte un placenta accreta permet d'améliorer la performance diagnostique de cette dernière (contrairement à l'utilisation du Doppler), et ce probablement aussi lorsque le placenta est postérieur.

HN Viet - Phap lan, 11, nam 2011

## Principes de prise en charge, quelque soit le traitement choisi

- Une équipe expérimentée:
  - obstétriciens et anesthésistes ayant une expérience dans la prise en charge médicale et chirurgicale des HPP (+/- chirurgiens oncogynécologiques).
  - Radiologues interventionnels
- Un plateau technique adéquat sur le même site que la maternité avec:
  - Une réanimation maternelle.
  - Une unité d'embolisation.
  - Un établissement français du sang.
- La disponibilité d'autres compétences humaines:
  - Urologues?

Sentilhes Presse Med 2010

## Prise en charge des placentas accretas

## Traitement

- 3 options:
  - Le traitement extirpatif.
  - La césarienne-hystérectomie.
  - Le traitement conservateur.

## Traitement extirpatif

Table 3. Maternal Morbidity During Hospitalization

	Period A (n = 13)	Period B (n = 20)	P
Hysterectomy	11 (84.6)	3 (15.0)	< .001
Transfusion panclus	12 (92.3)	16 (80.0)	.63
Red blood cells (mL)	3,230 ± 2,170	1,360 ± 1,646	< .01
Fresh frozen plasma (mL)	2,238 ± 1,415	330 ± 836	< .001
Disseminated intravascular coagulation	5 (38.5)	1 (5.0)	.02
Transfer to intensive care unit	7 (53.8)	6 (30.0)	.27
Duration of stay in intensive care unit (d)	2.42 ± 2.6	2.16 ± 0.75	.57
Postpartum sepsis	0	3 (15.0)	.26

Kayem Obstet Gynecol 2004

**Conclusion:** Le traitement extirpatif est plutôt à éviter (d'où l'intérêt du diagnostic prénatal)

HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

## La césarienne-hystérectomie

- Hystérectomie après la naissance de l'enfant:
  - sans tentative de délivrance artificielle quand le diagnostic prénatal de placenta accreta a été réalisé,
  - ou après une tentative de délivrance artificielle quand le diagnostic de placenta accreta est effectué en per-opératoire.
- Gold-standard dans les pays anglosaxons.
- Relativement peu de données dans la littérature....

ACOG 2002

HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

Table 3. Maternal morbidity

	Suspected accreta (n = 57)
Estimated blood loss, l	2.4 (0.2–9.0)
Maternal ICU admission	16 (28)
Early re-operation	2 (4)
Coagulopathy	15 (26)
<b>Blood transfusion</b>	
Any	44 (77)
≥4 units	22 (39)
Cystotomy	19 (33)
Ureteral injury	4 (7)
<b>Infectious complications</b>	18 (32)
Wound infection	8 (14)
Intra-abdominal infection	4 (7)
Vaginal cuff cellulitis	2 (4)
Pyelonephritis	4 (7)
Pneumonia	0
<b>Postoperative length of stay</b>	
≤4 days	30 (53)
5–8 days	23 (40)
≥9 days	4 (7)
<b>Hospital re-admission within 6 weeks</b>	7 (13)
Delayed re-operation	5 (9)
Early morbidity	25 (44)
Late morbidity	11 (19)

## La césarienne-hystérectomie

- **Morbidity immédiate (44%):**
  - Hospitalisation en réanimation.
  - Transfusion d'au moins 4 CG ou PFC.
  - Plaies de l'uretère.
  - Ré-intervention chirurgicale précoce. (Cystotomie non incluse)
- **Morbidity retardée (20%):**
  - Infection abdominale ou pelvienne.
  - Ré-hospitalisation à 6 semaines.
  - Ré-intervention chirurgicale tardive.

HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

Eiler BJOG 2009

## La césarienne-hystérectomie

**Table 4.** Management strategies and maternal morbidity in suspected placenta accreta

	Early morbidity	Late morbidity
<b>Placental removal</b>		
Yes (n = 15)	10 (67)	2 (13)
No (n = 42)	15 (36)	9 (21)
	<b>P = 0.04</b>	<b>P = 0.71</b>

Eller BJOG 2009

- Mais.....dans 28% des cas, le caractère accrétaire n'a pas été confirmé sur la pièce d'hystérectomie. Eller BJOG 2009
- Etude qui confirme que la morbidité maternelle secondaire au placenta accreta est très sévère.

HN Viet - Pháp liên 11, năm 2011

## Le traitement conservateur

- Hystérotomie non trans-placentaire.
- Extraction de l'enfant.
- Tentative ou non prudente de délivrance manuelle.
- Cordon ombilical noué puis coupé à sa base.
- Placenta laissé in situ.
- Hystérotomie refermée.
- ± traitement complémentaire: utérotoniques, antioboprophylaxie, embolisation, ligature vasculaire, méthotrexate.
- Nécessite un suivi sur plusieurs mois et une compliance de la patiente à ce suivi.

HN Viet - Pháp liên 11, năm 2011

## Maternal Outcome After Conservative Treatment of Placenta Accreta

Loïc Sentilhes, MD, Clémence Ambrosetti, MD, Gilles Kayem, MD, PhD, Magali Proussal, MD, Hervé Fernandez, MD, PhD, Franck Perroutin, MD, PhD, Norbert Winer, MD, PhD, Fabrice Pierre, MD, PhD, Alexandra Benachi, MD, PhD, Michel Dreyfus, MD, PhD, Estelle Bauville, MD, Dominique Mahieu-Caputo, MD, PhD, Loïc Marpeau, MD, PhD, Philippe Descamp, MD, PhD, François Goffinet, MD, PhD, and Florence Bretelle, MD, PhD

- CHU Angers: Dr. Catala, Dr. Gillard.
- CHU Amiens: Pr. Gondry, Dr. Mamy.
- CHU Besançon: Pr. Riethmuller, Dr. Broche.
- CHU Bordeaux: Pr. Horowitz et Pr. Lebrun.
- CHU Brest: Pr. Collet.
- CHU Clamart: Dr. Faivre.
- CHU Clermont-Ferrand (Maternité Hôtel-Dieu): Pr. Jacquelin.
- CHU Clermont-Ferrand (Polyclinique-Hôtel-Dieu): Pr. Mage.
- CHU Colombes: Pr. Mandelbrot.
- CHU Dijon: Pr. Sagot.
- CHU Grenoble: Pr. Schaal.
- CHU Lille: Pr. Deruelle.
- CHU Limoges: Pr. Aubart.
- CHU Lyon (Hospices Civils de Lyon): Pr. Gaucherand.
- CHU Lyon (Lyon Sud): Pr. Raudrant, Dr. Dupuis.
- CHU Marseille: Pr. Boubli et Pr. Gamberre.
- CHU Montpelliér: Dr. Boulet.
- CHU Nancy: Dr. Barbier, Pr. Judlin.
- CHU de Nîmes: Pr. Mares, Pr. De Tayrac.
- CHU de Nice: Pr. Bongain, Dr. Delotte.
- Hôpital de la Pitié-Salpêtrière: Dr. Fortin, Pr. Dommergues.
- Hôpital St-Antoine: Pr. Carbonne.
- Hôpital Tenon: Dr. Berkane, Pr. Uzan.
- Hôpital Beaujon: Dr. Ducarme, Pr. Luton.
- Hôpital Robert-Debré: Pr. Oury.
- Hôpital St Vincent de Paul: Pr. Lepercq.
- Hôpital Trousseau: Pr. Benifla.
- CHU Poitiers: Dr. Boileau.
- CHU Rennes: Pr. Poulain.
- CHU Rouen: Dr. Resch, Pr. Verspyck.
- CHU St-Etienne: Dr. Chauleur, Pr. Seffert.
- CHU Strasbourg: Pr. Langer.
- CHU Toulouse: Dr. Parant, Pr. Vayssiére.
- CHU Tours: Dr. Benabu-Saada.



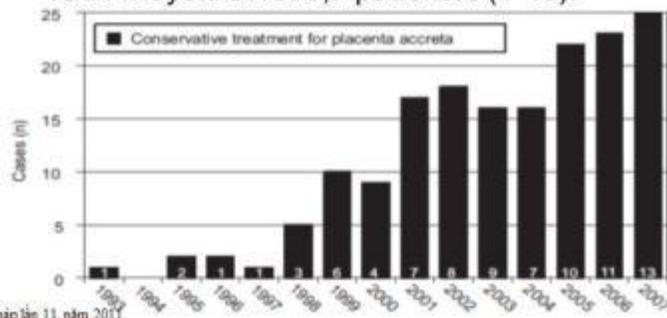
## Matériels et méthodes

- Etude française multicentrique, rétrospective.
- Critères d'inclusion:
  - toutes les patientes ayant eu un traitement conservateur pour un placenta accreta entre 1993 et 2007.
- Critères d'exclusion:
  - Traitement extirpatif.
  - Césarienne-hystérectomie.
- Définition du traitement conservateur:
  - Décision de l'obstétricien de laisser en place une partie ou la totalité du placenta, **alors qu'aucune délivrance manuelle forcée n'a été réalisée.**

HN Viet - Pháp liên 11, năm 2011

# Résultats (1)

- Taux de participation: 89% (40/45 CHUs).
- 311 patientes éligibles, 144 (46,2%) exclues:
  - Traitement extirpatif (n=91).
  - Césarienne-hystérectomie (n=53).
- **167** patientes incluses provenant de 25 CHUs:
  - Taux moyen/CHU: 6,7 patientes (1-46).



HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

TABLEAU V  
Devenir maternel après traitement conservateur pour placenta accreta (d'après Sentilhes et al. [48])

Caractéristiques	Placenta accreta (n = 167)
<b>Morbidité maternelle immédiate</b>	
Hémorragie primaire de la délivrance	86 (51,5 %)
Hystérectomie primaire*	18 (10,8 %)
Nombre de patientes transfusées	70 (41,9 %)
Transfert en réanimation	43 (25,7 %)
Œdème aigu pulmonaire	1 (0,6 %)
Insuffisance rénale aiguë	1 (0,6 %)
Lésions d'un organe adjacent	1 (0,6 %)
Choc septique	1 (0,6 %)
Sepsis	7 (4,2 %)
Infection	47 (28,1 %)
Thrombose veineuse profonde	3 (1,8 %)
<b>Morbidité maternelle retardée</b>	
Hémorragie secondaire de la délivrance	18 (10,8 %)
Hystérectomie secondaire*	18 (10,8 %)
Intervalle médian entre la naissance et l'hystérectomie secondaire	22 (9-45)
Décès	1 (0,6 %)
<b>Au total</b>	
Préservation utérine	131 (78,4 %)
Morbidité maternelle sévère†	10 (6,0 %)

# Résultats (2)

- Résorption spontanée du placenta:  
• 75% (délai médian: 13,5 semaines).
- Vacuité utérine après HSC et/ou curetage:  
• 25% (délai médian: 20 semaines)

HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

Table 2. Patients' Demographic and Obstetric Characteristics

Characteristic	Placenta Accreta (n=167)
Age (y)	33,15±4,78
Geographic origin	
European	122 (73,0)
Sub-Saharan Africa	23 (13,8)
North Africa	18 (10,8)
Asia	4 (2,4)
Parity	1 (0-8)
Number of pregnancies	3 (1-12)
Twin pregnancy	6 (3,6)
Pregnancy termination	5 (3,0)
Gestational age at delivery (wk)	34,5±4,75
Less than 24	8 (4,8)
24-31	34 (20,4)
32-36	39 (23,3)
37 or more	86 (51,5)
Mode of delivery	
Planned cesarean	113 (67,6)
Emergency cesarean due to hemorrhage	27 (23,9)
Cesarean during labor	26 (15,6)
Vaginal	28 (16,8)

Data are mean±standard deviation, n (%), or median (range).

Table 3. Peripartum Management and Modalities of Conservative Treatment for Patients With Placenta Accreta, Including Placenta Percreta

Characteristic	Placenta Accreta, Including Percreta (n=167)
Hysterotomy (n=139)	
Fundal	71 (51,1)
Low transverse	68 (48,9)
Placenta left in situ	167 (100)
Partially	99 (59,3)
Entirely	68 (40,7)
Preoperative ureteric stent placement	6 (3,6)
Uterotonic administration	167 (100)
Primary postpartum hemorrhage	86 (51,5)
No additional uterine devascularization procedure	58 (34,7)
Additional uterine devascularization procedure	109 (65,3)
Pelvic arterial embolization*	62 (37,1)
Vessel ligation*	45 (26,9)
Stepwise uterine devascularization	15 (9,0)
Hypogastric artery ligation	23 (13,8)
Stepwise uterine devascularization and hypogastric artery ligation	7 (4,2)
Uterine compression suture*	16 (9,6)
Balloon catheter occlusion	0
Methotrexate administration	21 (12,6)

HN Viet - Pháp lan 11, năm 2011

En pratique  
au CHU d'Angers

## Césarienne programmée en salle d'embolisation

- Organisation conjointe avec:
  - Pédiatres
  - Radiologues
  - Anesthésistes
  - Obstétriciens
  - EFS
  - ± Urologues
- Anesthésie générale (le plus souvent).
- Mise en place du désilet AF droite.
- Localisation précise de la cartographie placentaire (le jour de la césarienne)
- Installation des champs.

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Postpartum

- Antibioprophylaxie: Augmentin 5-8 jours
- Hospitalisation 8 jours.
- Echographie avant la sortie.
- Suivi hebdomadaire puis bihebdomadaire puis mensuel (jusqu'à résorption complète du placenta):
  - Examen clinique (saignements, température, douleurs pelviennes).
  - Taux d'hémoglobine, leucocytose, protéine C réactive, TP, TCA, fibrinogène.
  - Prélèvement vaginal à visée bactériologique.
  - Échographie (taille de la rétention utérine, vascularisation, liseré hyperéchogène, aspect du placenta).
  - Identité des patientes affichées en SDN.

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Procédure

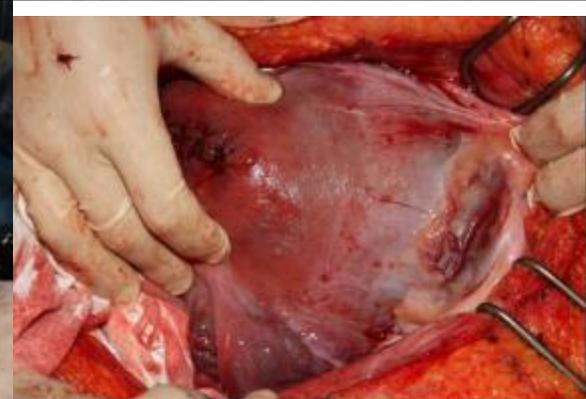
- Médiane sous, péri et sus-pubienne.
- Visualisation per-opératoire du segment inférieur.
- Hystérotomie fundique au bistouri froid extra-amniotique à distance du placenta.
- Extraction de l'enfant confié au pédiatre.
- ± Essai prudent de délivrance placentaire avec l'injection de 5 UI d'ocytocine et une traction modérée du cordon.
- Cordon sectionné et lié au ras de l'insertion placentaire.
- Placenta laissé in situ totalement ou partiellement.
- Hystérotomie refermée en 2 plans.
- ± traitement complémentaire (prophylactique ou curatif):
  - Utérotoniques (synto ++++; nalador non systématique)
  - Embolisation ++++ Anglsmann AJOG 2010
  - Ligature vasculaires (???? pour percreta)
  - Méthotrexate : **NON**

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

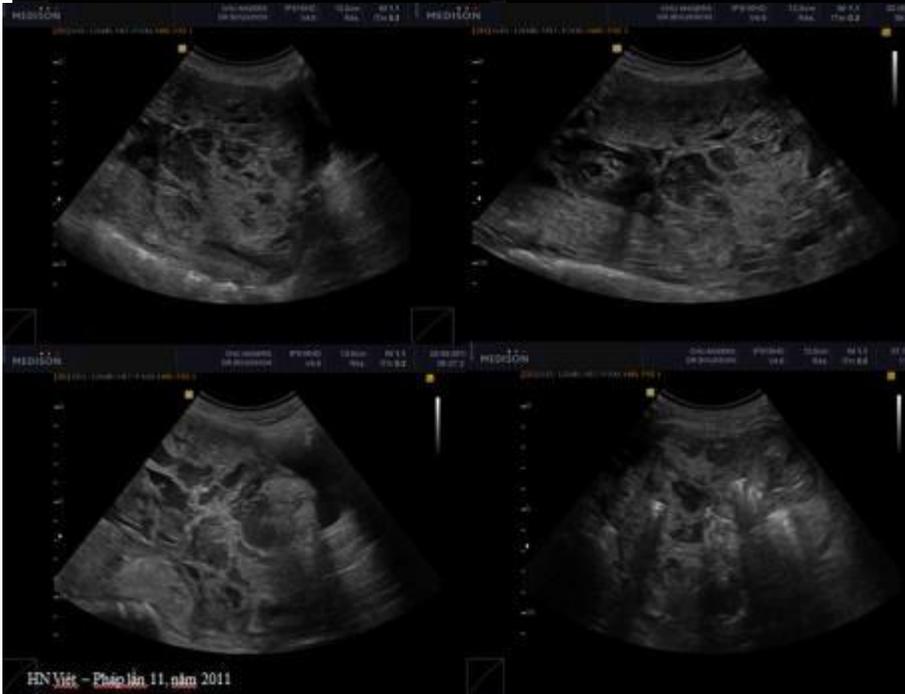
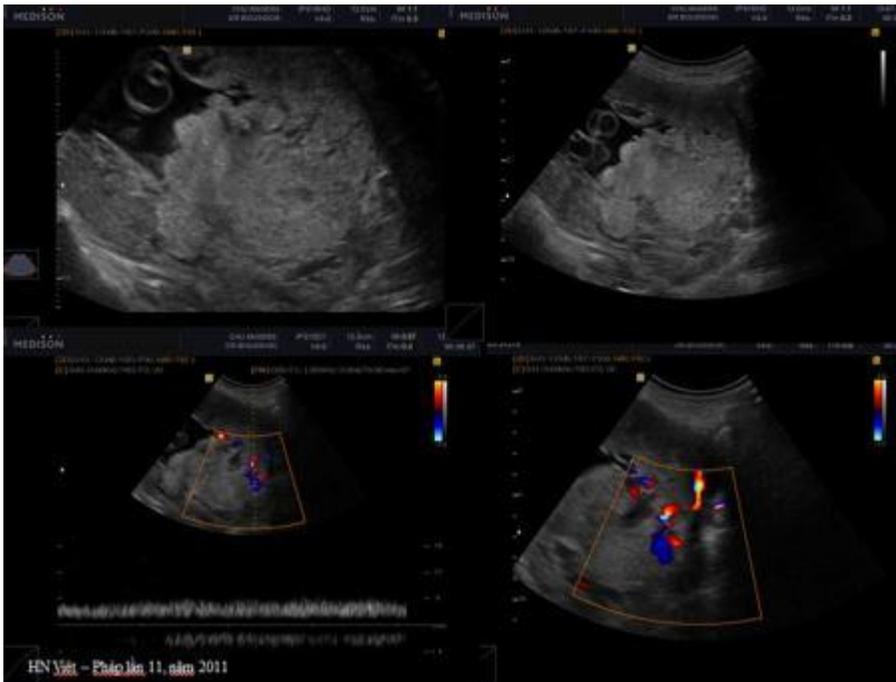
## Placenta accreta découvert à la naissance

- Lors d'une césarienne ou un AVB.
- Difficultés lors de la délivrance artificielle ou rétention
- Eviter toute délivrance forcée+++:
  - Traitement extirpatif: risque d'hémorragie.
- Laisser le placenta en place.
- Modalités identiques que précédemment.

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011



HN Việt - Photo lần 11, năm 2011



## Césarienne-hystérectomie ou traitement conservateur pour les placenta accreta/increta?

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Traitement conservateur

- Avantages:
  - 22% d'hystérectomies.
  - Fertilité potentiellement conservée.
  - Grossesse possible
- Inconvénients:
  - Suivi très lourd et long+++
  - Sepsis
  - Complications potentiellement graves:
    - choc septique,
    - Hémorragie sévère
  - Fertilité potentiellement altérée (synéchie).
  - Risque de récidence

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Césarienne-hystérectomie (sans tentative de DA)

- Avantages:
  - Probable diminution de la morbidité maternelle.
  - Suivi court.
- Inconvénients:
  - 100% hystérectomies.
  - 30% d'hystérectomie sans confirmation anatomopathologique de l'accrète.

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Conclusions

- Il semble raisonnable de proposer:
  - Une *césarienne-hystérectomie* si la patiente:
    - n'a plus de désir de grossesse,
    - a un âge avancé,
    - et est multipare.
  - Un *traitement conservateur* pour les patientes qui:
    - ont un désir de grossesse ultérieure
    - sont informées des risques à moyen et long terme du traitement conservateur.
    - sont compliantes et d'accord pour un suivi prolongé de plusieurs mois

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Cas particulier du placenta percreta

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Césarienne-hystérectomie

- 109 cas de placenta percreta (recueil par questionnaire).
- Traitement chirurgical: 102 cas (93%)
- 5 cas dépistés en prénatal
- Complications maternelles:
  - 8 (7%) décès liés à une hémorragie massive.

O'Brien AJOG 1995

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Traitement conservateur

- 18 patientes
  - 8 avec invasion vésicale.
- Placenta laissé totalement en place: n=18.
- Hystérectomies primaires: n=4.
  - Hémorragie.
- Hystérectomies secondaires: n=4.
  - Hémorragie secondaire (n=2).
  - Fistule vésico-utérine (n=1).
  - Malformation artério-veineuse (n=1).
- **Préservation utérine: 10/18 (55,6%).**
- **Morbidité maternelle sévère: 3/18 (16,6%).**

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

Sentilhes Obstet Gynecol 2010

## Cas particulier du placenta percreta avec invasion vésicale

HN Việt - Pháp lần 11, năm 2011

## Traitement conservateur

- 8 patientes.
- Préservation utérine: 75% (6/8) [IC 95%: 34.9-96.8%].
  - 1 hystérectomie primaire compliquée d'une plaie de vessie.
  - 1 hystérectomie secondaire due à une fistule vésico-utérine.
- Morbidité maternelle sévère: 25% (2/8) [IC 95%: 3.2-65.1%].
- Avantage potentiel: permettre une hystérectomie de réalisation plus aisée à distance.....

HN Viet - Pháo lán 11, năm 2011

## Césarienne-hystérectomie Méta-analyse

- 54 cas.
- 39 complications urologiques:
  - Plaie de vessie: 20%.
  - Fistule urinaire: 13%.
  - Vessie de faible capacité: 13%.
  - Résection urétérale: 4%.
  - Cystectomie partielle: 44%.
- 3 (5,6%) morts maternelles Washecka Hawaii Med J 2002

HN Viet - Pháo lán 11, năm 2011

## Conclusion Placenta percreta

- Balance bénéfique/risques:
  - Penche nettement vers le traitement conservateur.
  - Relatif consensus en France.
  - Avantage potentiel:
    - Permettre une hystérectomie de réalisation plus aisée à distance..... Sentilhes Presse Med 2010
- Invasion vésicale: Intérêt possible pour la mise en place en préopératoire de:
  - Ballons intravasculaires.
  - Sondes urétérales.

HN Viet - Pháo lán 11, năm 2011