

**IX^{ème} congrès de la fédération des sociétés maghrébines
d'anesthésie réanimation et XVIII^{ème} congrès de la SAARSIU**

Les anomalies d'insertion placentaire : Quelle prise en charge en anesthésie –réanimation ?

B. Ghebache

**Service d'anesthésie-réanimation
EPH Bachir Mentouri-Kouba-Alger**

Alger le 15 Décembre 2018

INTRODUCTION

- ♣ Placenta **anormalement inséré=invasif**
- ♣ Implantation **pathologique** placentaire sur la **paroi utérine.**
- ♣ **Morbidité** et **mortalité** maternelles importantes
- ♣ Hémorragies de la délivrance : graves.
- ♣ **Morbi-mortalité** foétale et néonatale.
- ♣ Le diagnostic anténatal: améliorer la prise en charge.
- ♣ **Femmes a risque.**

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

- ♣ **Évaluer nos résultats dans la gestion du placenta accreta.**
- ♣ Passer en revue notre expérience.
- ♣ Évaluer les stratégies de prise en charge et les facteurs conditionnant le pronostic vital.



PATIENTES ET MÉTHODES

- ♣ Étude **rétrospective**,
- ♣ **2015-2018**,
- ♣ Placentas invasifs (placenta accreta)
- ♣ Service de **réanimation** de l'EPH Bachir
Mentouri de kouba.
- ♣ **N=11**

RÉSULTATS

- ♣ Sur les 3000 accouchements,
- ♣ **11 cas** de placenta accreta ;
- ♣ **Incidence : 1 sur 273 naissances (0,36%).**



Données démographiques et caractéristiques obstétricales

Age maternel (années)	[27-42]	35,8
Morbidités associées	6	54
Gestation	[2-7]	4
Parité	[0-4]	0,6
Age gestationnel (SA)	33	22-38
Césariennes antérieures:		
1	2	18
2	3	27
3	5	45
>3	1	9
Manœuvres endo-utérines	1	9
Chirurgie utérine	0	0
Placenta accreta	0	0
Rupture utérine	1	9
Le site d'insertion placentaire:		
➤ P.praevia (+)	11	100
➤ P.praevia (-)	0	0

*les données sont exprimés en moyenne , marge et pourcentage.

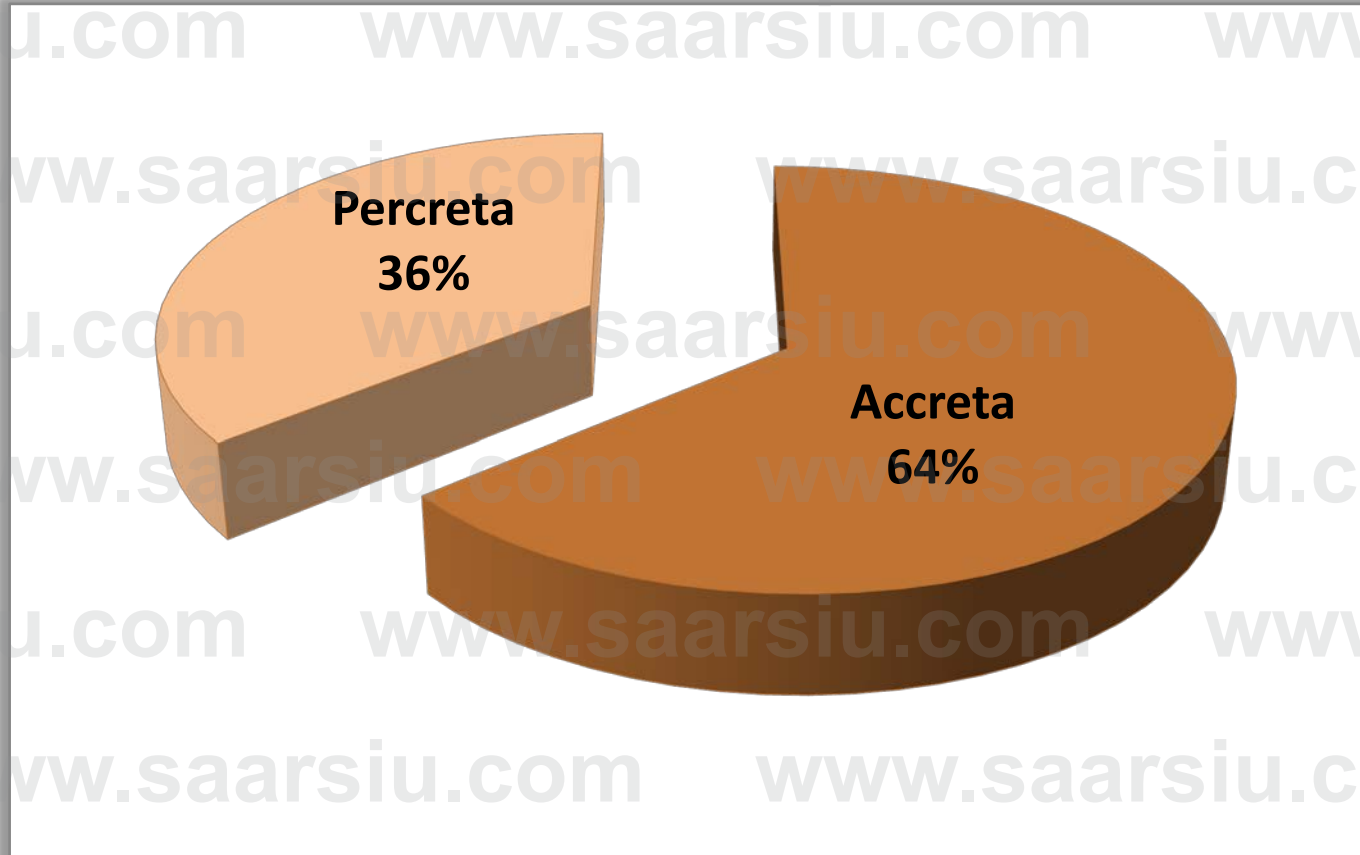
La prise en charge en péripartum

➤ Motif d'hospitalisation:		
➤ État de choc	4	36
➤ Métrorragies	6	54
➤ Suspicion de Placenta accreta	9	82
Diagnostic anténatal :		
➤ Échographie	11	100
➤ IRM	1	9
Échographie:		
➤ Placenta prævia type III	4	36
➤ Placenta prævia type IV	6	54
➤ Placenta accreta	9	82
➤ Placenta percreta	1	9
➤ Décollement placentaire (HRP)	1	9
Modalités de délivrance:		
➤ Césarienne	11	100
➤ Accouchement/voie basse	0	0
Césarienne		
➤ Programmée	7	64
➤ Urgence (hémorragie)	4	36
Diagnostic au moment de la délivrance:		
➤ P.Accreta	7	64
➤ P.percreta	4	36

*les données sont exprimés en nombre (n) et pourcentage



Diagnostic au moment de la délivrance



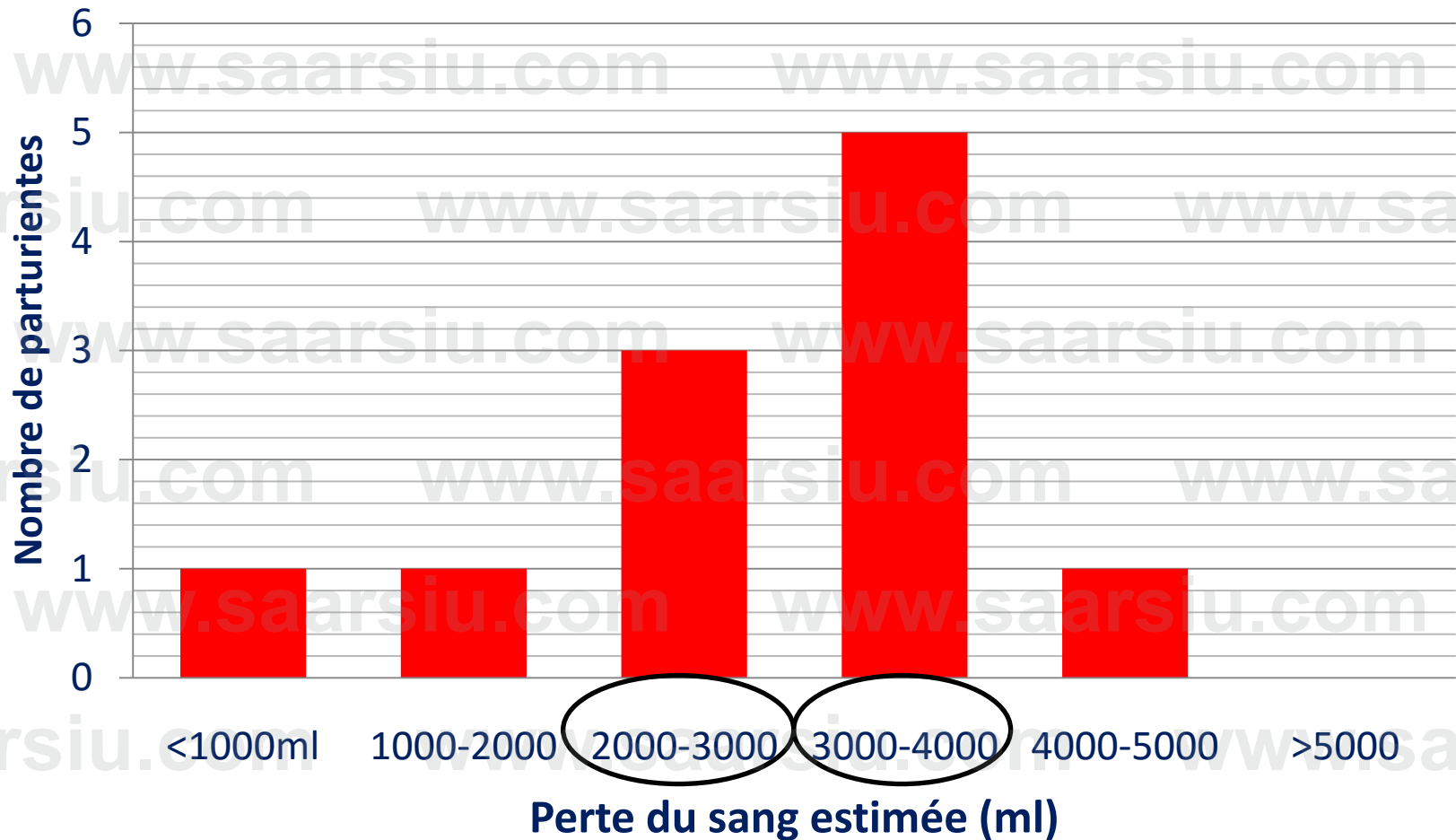
Les modalités thérapeutiques

Hystérectomie totale (radical)	6	54%
➤ Isolée	1	9
➤ + ligature des hypogastriques	5	45
Hystérectomie subtotale	4	36%
➤ + ligature des utérines	1	9
➤ + ligature des hypogastriques	2	18
➤ Reprise pour totalisation	2	18
Ligature des hypogastriques		
Isolée	1	9
Traitement conservateur	1	9
Utérotoniques	11	100
Tentative de retrait du placenta	6	54
Envahissement des organes de voisinage: vessie	1	9
Antibiothérapie	11	100

*les données sont exprimés en nombre (n) et pourcentage

Les modalités thérapeutiques

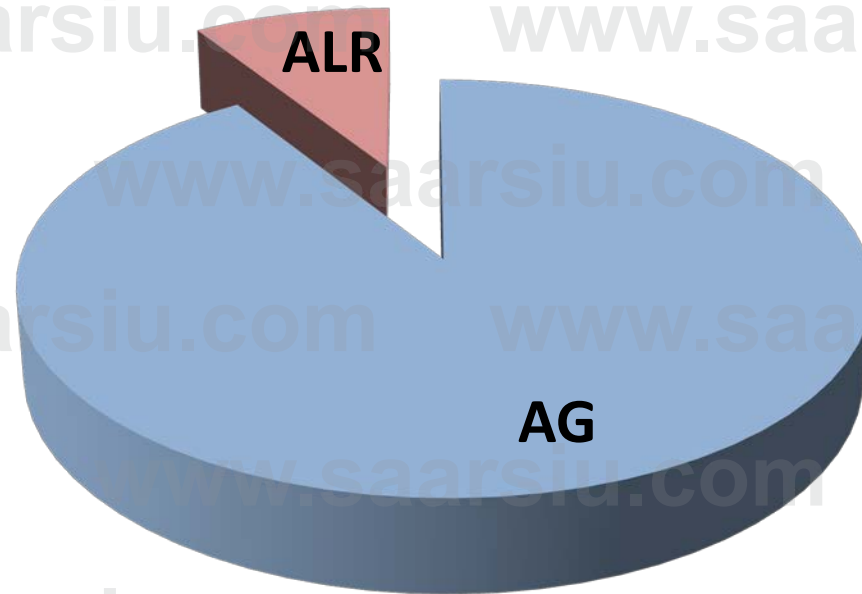
Quantité moyenne du sang perdue





Les modalités thérapeutiques

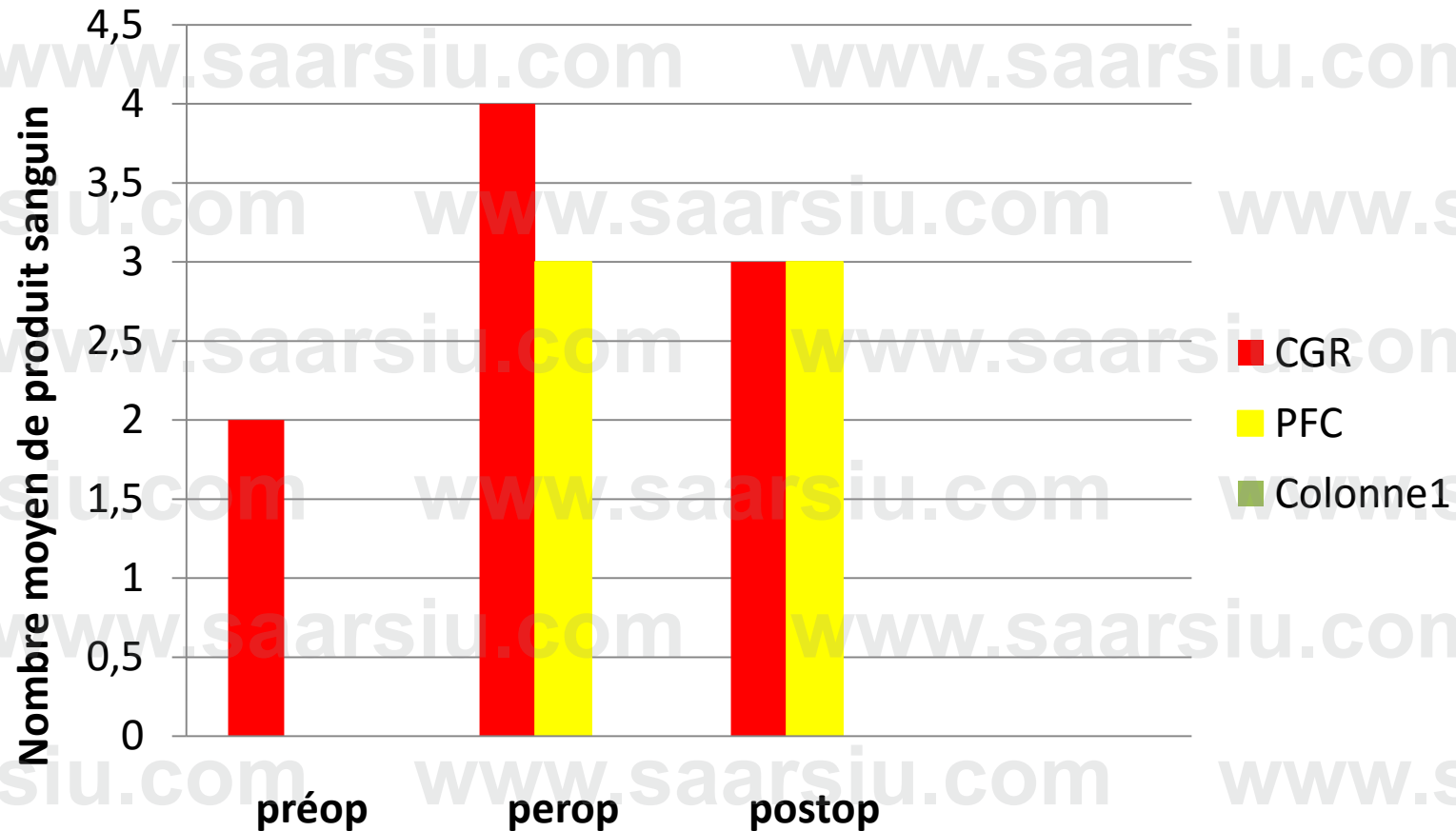
Technique anesthésique





Les modalités thérapeutiques

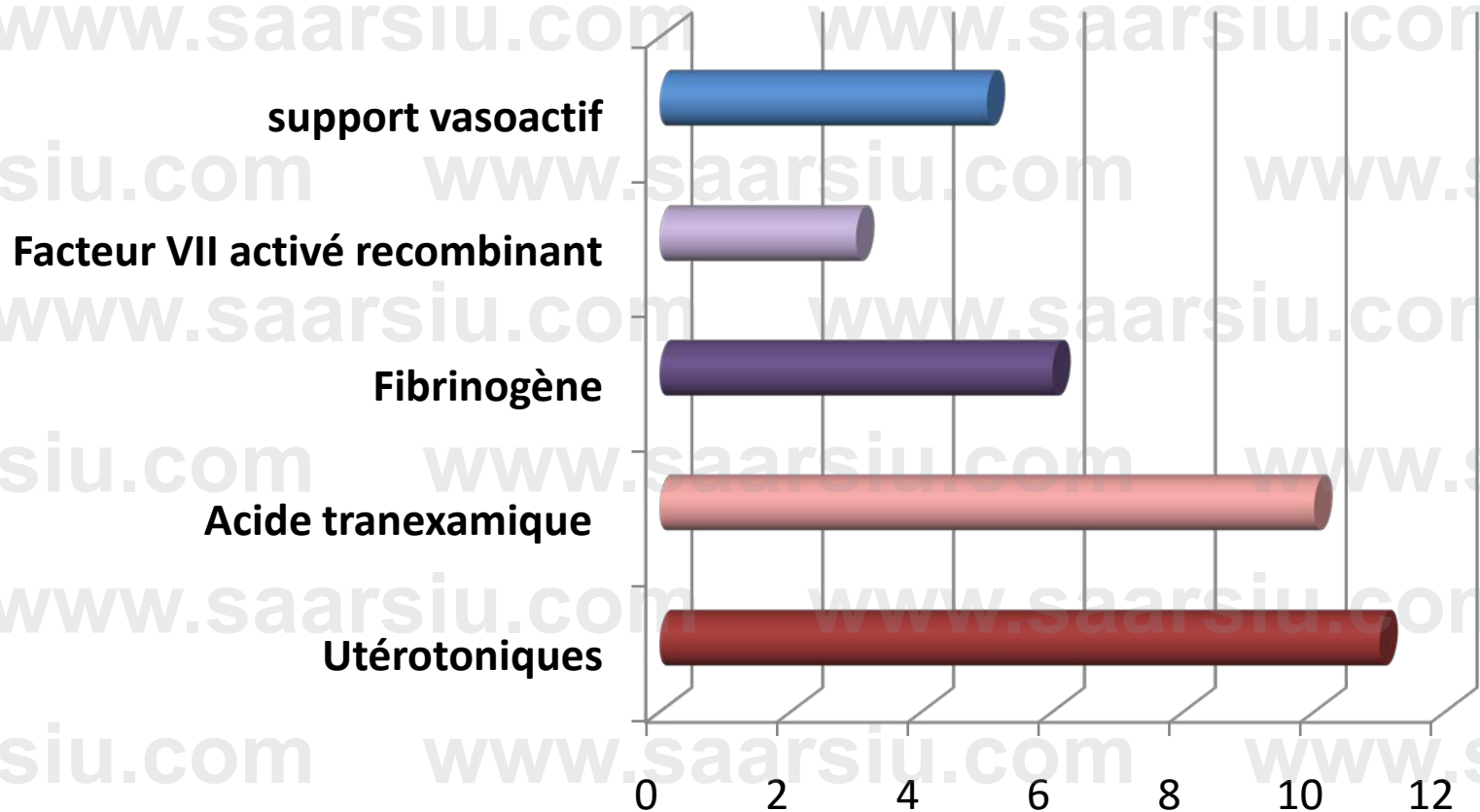
La transfusion sanguine





Les modalités thérapeutiques

Le traitement adjuvant





La morbidité maternelle

Sang perdu estimé (ml)	2400	[800-4500]
Coagulopathie	2	18
Transfusion sanguine: Aucune >4 unités	1 6	9 54
Lésion vésicale	1	9
Complications infectieuses : Sepsis de paroi	1	9
Insuffisance rénale aiguë	1	9
Œdème aigu pulmonaire	1	9
Ré-intervention	2	18
Admission en USI	11	100
Durée de séjour en USI (j)	4, 36	[1-9]
Pronostic: Bon Mauvais	9 2	82 18

*les données sont exprimés en moyenne et marge et pourcentage

PLACENTA ACCRETA

- ♣ Incidence en augmentation,
- ♣ Ce n'est plus une situation rare
- ♣ X10 en 50 ans (1/30000 à 1/500-2500)
- ♣ MILLER et al. : 9% des femmes ayant un PP
- ♣ Augmentation de l'altération de la paroi utérine (césariennes+++)
- ♣ Augmentation de l'incidence des P. Prævia
- ♣ Incidence faible par rapport à la littérature

Maternal Outcome After Conservative Treatment of Placenta Accreta

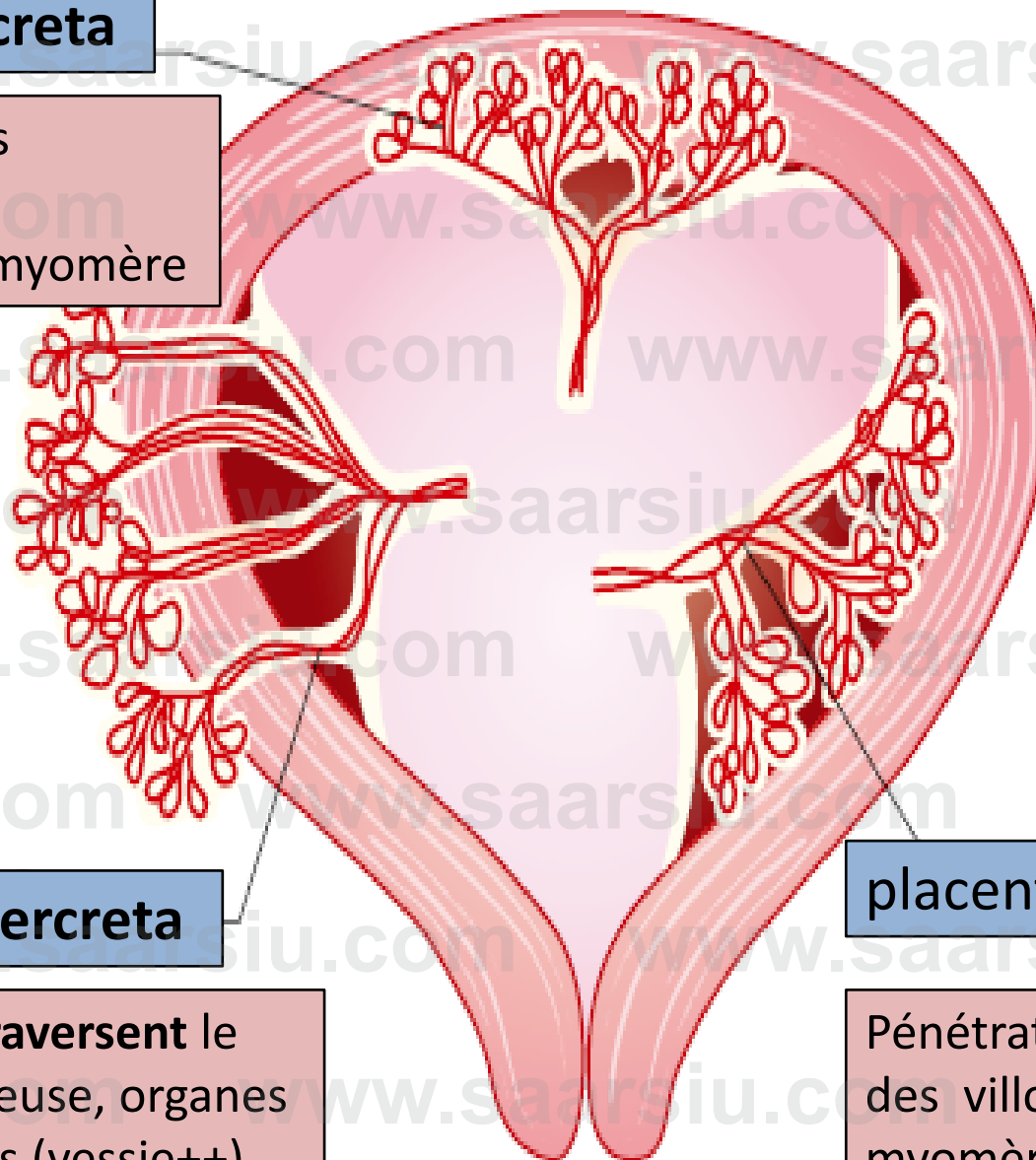
Loïc Sentilhes, MD, Clémence Ambroselli, MD, Gilles Kayem, MD, PhD

(Obstet Gynecol 2010;115:526-34)



placenta **increta**

Pénétration des villosités dans l'épaisseur du myomère



placenta **percreta**

Les villosités **traversent** le myomère, séreuse, organes pelviens voisins (vessie++)

placenta **accreta**

Pénétration **superficielle** des villosités dans le myomère

Clinical risk factors for placenta previa–placenta accreta

David A. Miller, MD, Janet A. Chollet, MD, and T. Murphy Goodwin, MD Am J Obstet Gynecol 1997;177:210–4.

Table 1. Risk Factors for Placenta Accreta

Risk Factor	Placenta Accreta (n=167)
Previous abortion or miscarriage	66 (39.5)
One curettage	54 (32.3)
Two or more curettages	12 (7.2)
Previous uterine surgery	33 (19.8)
Myomectomy*	11 (6.6)
By hysteroscopy	6 (3.6)
By laparotomy	5 (3.0)
Polypectomy*	4 (2.4)
Endometrectomy*	1 (0.6)
Synechia*	5 (3.0)
Metroplasty*	5 (3.0)
Previous cesarean delivery	90 (53.8)
One	48 (28.7)
Two or more	42 (25.1)
Previous accreta	6 (3.6)
Previous endometritis	3 (1.8)
Age 35 y or older	64 (38.3)
Placenta previa	87 (52.1)
At least one risk factor	160 (95.8)

- **70 %** avaient plus de **35 ans**,
- Le principal antécédent obstétrical: **utérus cicatriciel** (45% tricicatriciel)
- Anomalie de localisation placentaire (PP type **IV+++**)

CONSÉQUENCES

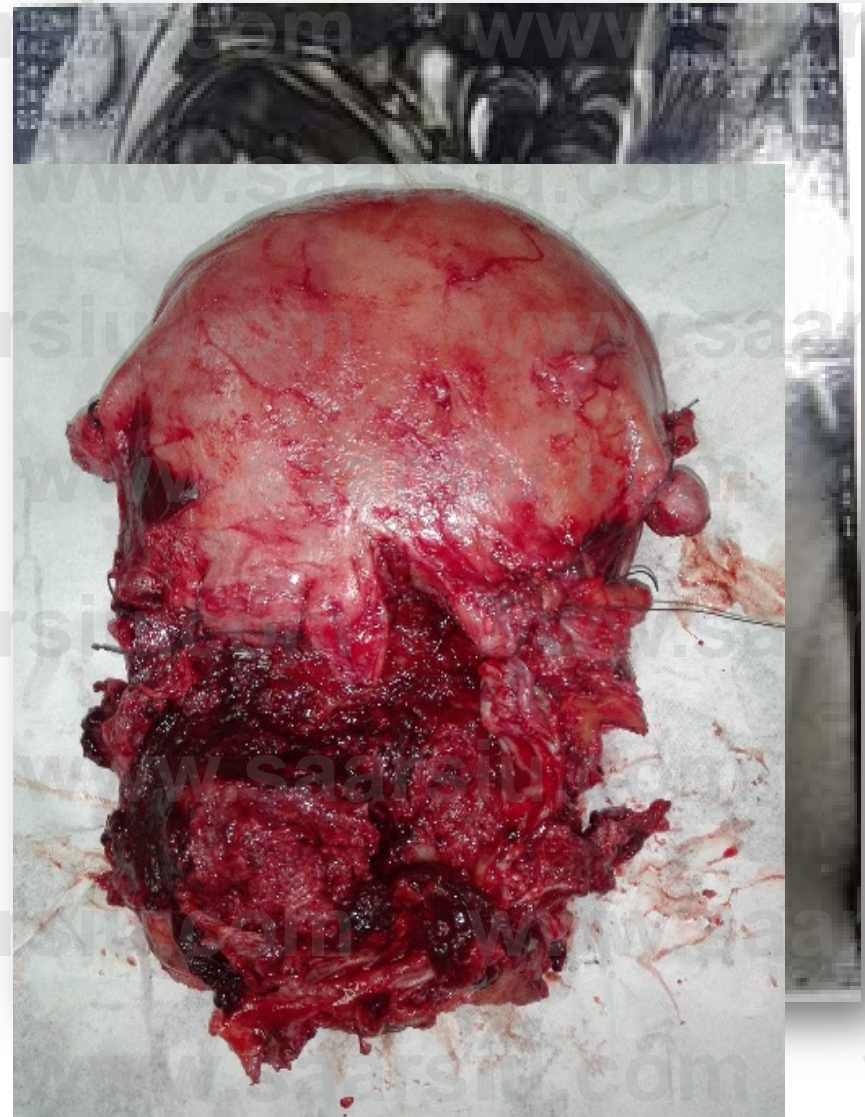
- ♣ Diagnostic: au décours de l'accouchement
(Échec de délivrance)
- ♣ Forcée  **hémorragie grave de la délivrance**
Hystérectomie d'hémostase (fertilité)
décès
- ♣ Hystérectomie totale: 54% (35-38%, études récentes)
- ♣ Un cas de lésion vésicale
- ♣ Morbidité per et postopératoire élevée
- ♣ Taux de décès : 18%

Maternal Outcome After Conservative Treatment of Placenta Accr

Loïc Sentilhes, MD, Clémence Ambroselli, MD, Gilles Kayem, (Obstet Gynecol 2010;115:526-34)



DIAGNOSTIC



PRISE EN CHARGE

- ♣ **Le contrôle de hémorragie** : première priorité,
- ♣ le désir de fertilité doit être pris en compte
- ♣ **hystérectomie programmée** par césarienne (54%, 37% en urgence).
- ♣ **sans tentative** de retrait du placenta.
- ♣ Limiter le risque hémorragique
- ♣ taux réduit de morbidité précoce.
- ♣ Ligatures vasculaires (hypogastriques: 63%)

PRISE EN CHARGE

- ♣ **Traitement conservateur:** une patiente
- ♣ Ligature des hypogastriques
- ♣ Limiter le risque hémorragique et le taux d'hystérectomies
- ♣ Risque infectieux → surveillance +++longue
- ♣ Évolution favorable
- ♣ Pas de traitement adjuvant: embolisation artérielle, le méthotrexate, la sulprostone.

Sentilhes et al .*Conservative Treatment for Placenta Accreta*

Optimal management strategies for placenta accreta

AG Eller, TF Porter, P Soisson, RM Silver

PRISE EN CHARGE

- ♣ La perte de sang moyenne: 2400ml [3000-5000]
- ♣ Transfusion sanguine anticipée+++ (CGR/PFC)
- ♣ Acide tranexamique (91%)
- ♣ Fibrinogène (54%)
- ♣ Facteur VII activé recombinant (27%)
- ♣ Hémorragie de la délivrance grave: **RPC 2014**

Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations (texte court) - 02/12/14

Doi : 10.1016/j.jgyn.2014.10.009

L. Sentilhes ^{a, d, e}, C. Vayssière ^{b, c}, F.J. Mercier ^{e, f}, A.G. Aya ^{g, h}, F. Bayoumeu ⁱ, M.-P. Bonnet ^{j, k},

The Frequency and Complication Rates of Hysterectomy Accompanying Cesarean Delivery

Cynthia S. Shellhaas, MD, MPH, Sharon Gilbert, MS, MBA, Mark B. Landon, MD, Michael W.

CONCLUSION

- ♣ Condition potentiellement **mortelle**,
- ♣ **Diagnostic anténatal**++
- ♣ **Dépistage** systématique des femmes a **haut risque**.
- ♣ **Anticiper** la prise en charge et améliorer le **pronostic**.
- ♣ **L'hystérectomie: traitement de référence.**
- ♣ Stratégie thérapeutique **conservatrice**,
- ♣ **Surveillance**+++

*Donner la vie sans
risquer la mort*