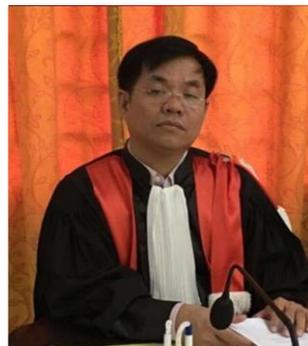




La prise en charge des placenta accréta et les grossesses sur l'utérus cicatricielle à l'hôpital Calmette dans la période de Covid-19 pandémique



Par Dr. KORN Aun, MD AFSA.
Chef de Service de Gynécologie, Hôpital Calmette

Généralité

- Pendant la période pandémique de Covid-19, les pathologies de gynécologie et obstétriques sont aussi augmentés et aggravés quand elles sont arrivées à l'hôpital trop tard à cause de craindre de contaminer du virus Covid-19.
- Les patientes sont hospitalisées dans la condition critiqué et menacé de la vie parce que de retard de la prise en charge optimal.
- Les personnels de santé sont aussi contaminés par Covid-19 et de variant Delta, ils sont transferé au Centre de Covid (CCC) pour traité.

Situation du personnels contaminés de Covid-19 dans le service Gynécologie et Maternité à l'hôpital Calmette

- Service de Gynécologie (20% Covid +)
 - Personnels total : 25/5 (Dr. 9, SF. 13, FM. 2, Secrétaire.1)
 - Personnels contaminé de Covid-19: 5 (Dr.1, SF.2, FM.1, Secrt.1): 20%
 - Patientes total: 1076 (22 Covid-19 positive): 2.04%
- Service de Maternité (12% Covid +)
 - Personnels total : 200/24 (Dr. 26, SF. 147, FM. 25, Secrétaire. 2)
 - Personnels contaminé de covid-19: 24(Dr.00, SF.16, FM.08): 12%
 - Paturiantes total: 5968 (149 Covid-19 positive): 8.89%





11/2/2021

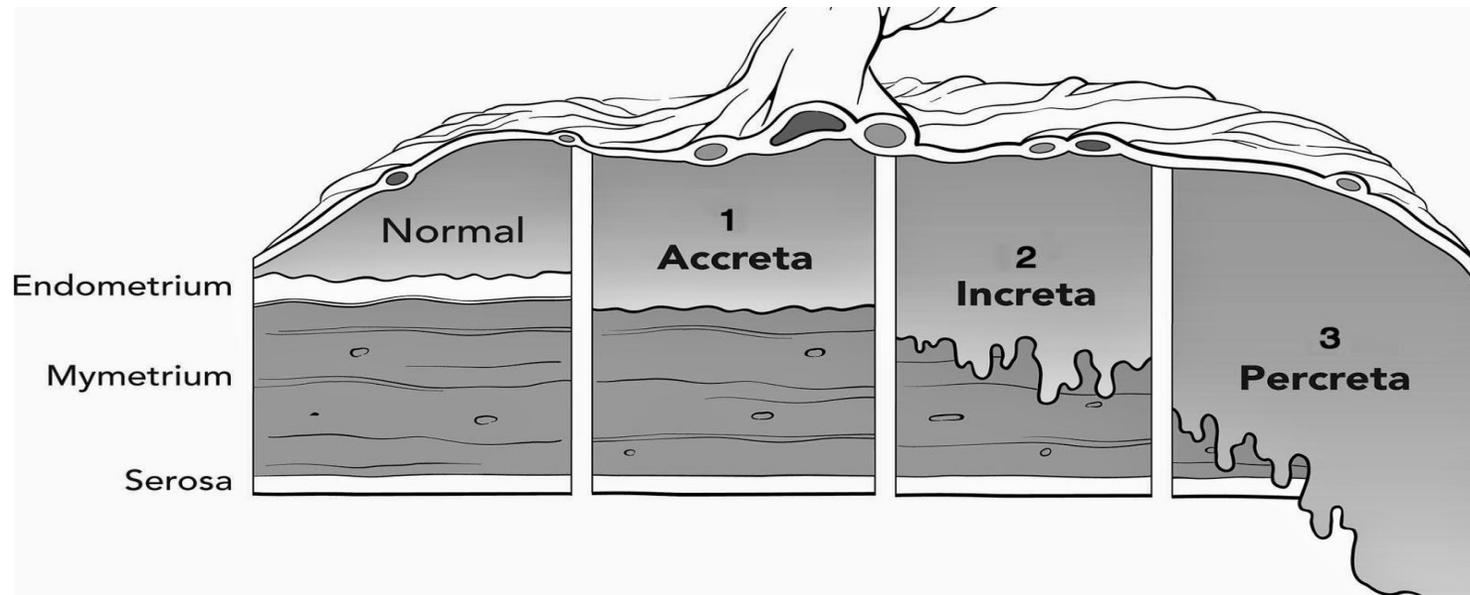
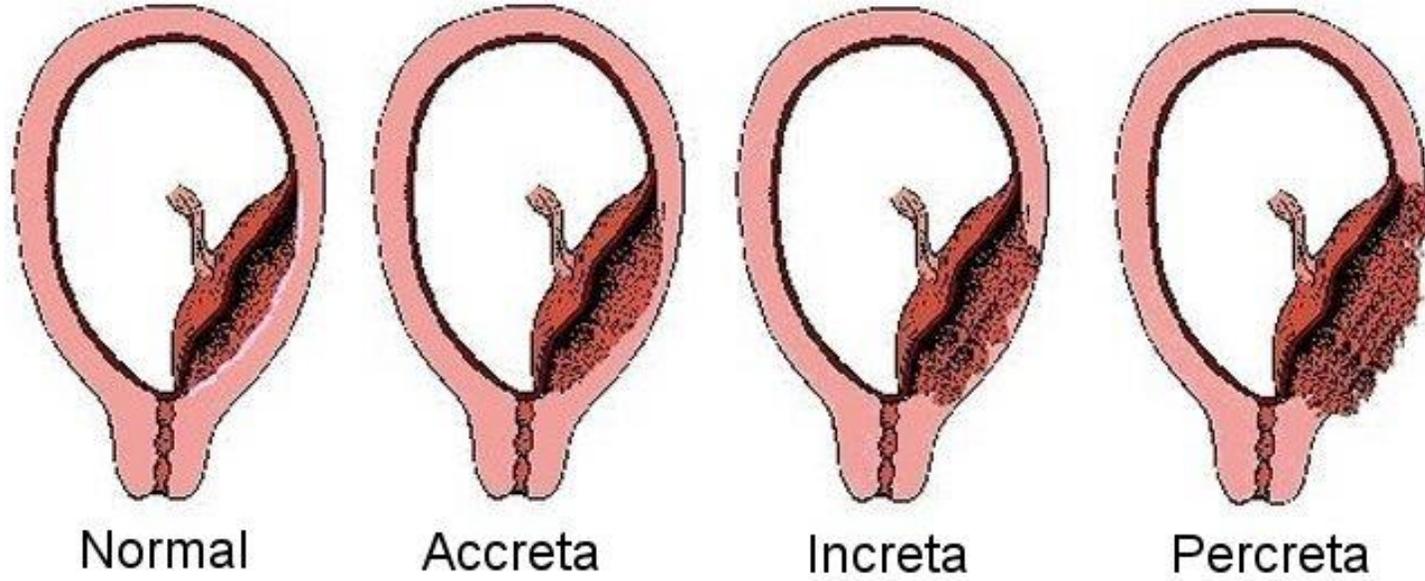


5

INTRODUCTION

- Placenta accreta => hémorragie grave post-partum voir décès maternel
- Incidence de placenta accreta est de 1/100, augmente ⇔ césarienne
- 1^{er} indication d'hystérectomie post-partum est un Gold Standard
- Devant la présence de cicatrices utérines, antécédent de curetage, le moyectomie, hystéroscopie opératoire pour résection endométriale, âge maternelle avancé et placenta praevia => placenta accréta
- Echographie doppler => diagnostic anténatal
- **Prise en charge => multidisciplinaire**

DEFINITION



FREQUENCE

- En France, étude de Lille entre 1996 - 2006 => 1/1916
- En France, étude de Porte-Royal et de Marseille entre 1993 - 2002=> 1/968
- Aux États-Unis, entre 1985 – 1994 => 1/2510
- À Calmette => 1/956 (2016)

*** Incidence des placenta accreta ⇔ Augmentation du taux de césarienne. [2]

FACTEURS DE RISQUE

Tableau 2 - Facteurs de risque de placenta accreta

Facteurs de risque de placenta accreta	Placenta accreta (n = 167)
ATCD de curetage	66 (39,5 %)
ATCD de chirurgie utérine	33 (19,8 %)
ATCD de césarienne	90 (53,8 %)
ACTD de placenta accreta	6 (3,6 %)
ATCD d'endométrite	3 (1,8 %)
Âge \geq 35 ans	64 (38,3 %)
Placenta previa	87 (52,1 %)
Au moins un facteur de risque	160 (95,8 %)

FACTEURS DE RISQUE

Tableau 1 - Facteur de risque de placenta accreta en fonction du nombre de césariennes

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

CS = césariennes ; OR = Odds ratio ; RR = Risque relatif ; IC 95 % = Intervalle de confiance à 95 %

DIAGNOSTIC PRENATAL

- Échographie-Doppler:

- Signes échographiques:

- Lacunes intraplacentaires
 - Absence d'un liseré hypoéchogène à l'interface de la séreuse utérine et de la vessie
 - Présence d'un aspect pseudotumoral du placenta en regard de la séreuse de l'utérine [3]

- Dès 15 SA

- IRM

- Bombement de l'utérus
 - Aspect globuleux du placenta
 - Disparition de la ligne basale normale et amincissement focal du myomètre
 - Hétérogénéité (lacunes)
 - Bandes sombres placentaires
 - Vascularisation anormale de la séreuse utérine et/ou vésicale (structures vermiculées)

**Mode
B**

Lacunae

**Interruption de la
ligne basale**

**Paroi vésicale
irrégulière**

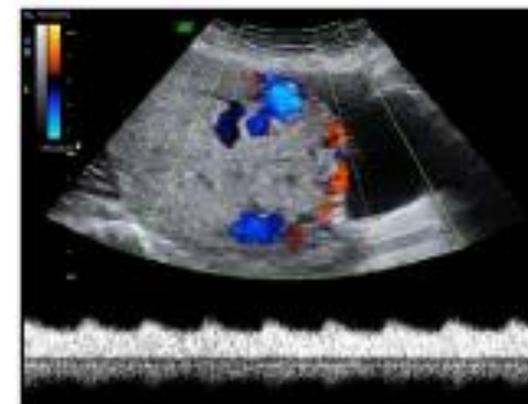
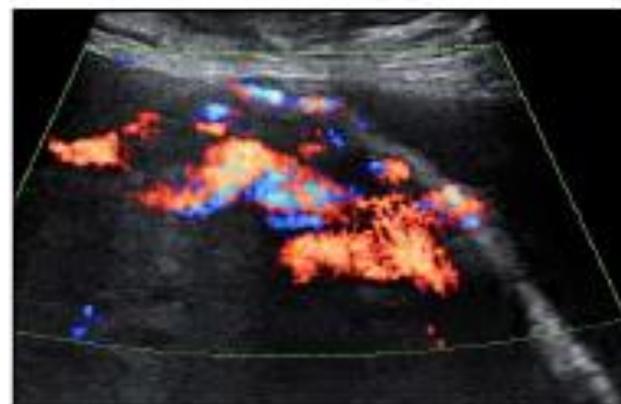
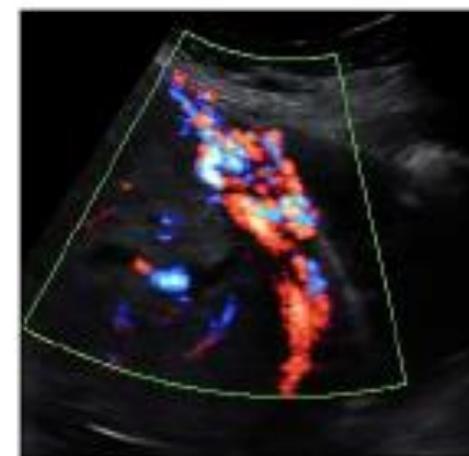
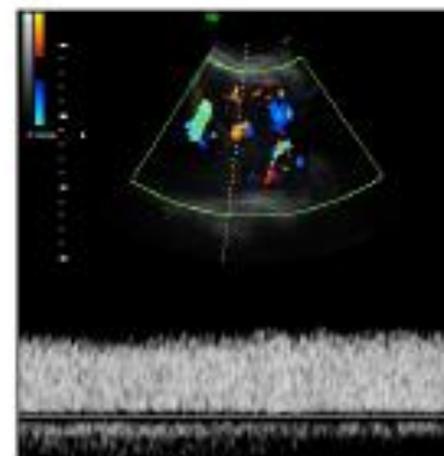


**DC
et
DP**

**Flux
dans les lacunes**

**Vascularisation
anormale venant vers
la vessie**

**Hypervascularisation
de l'interface
utérus/vessie**



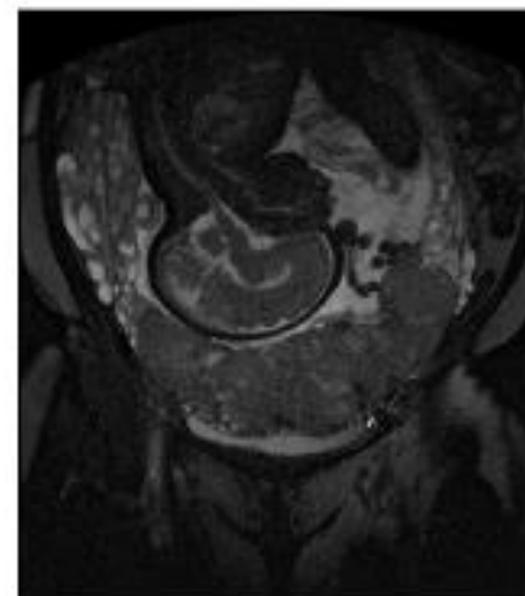
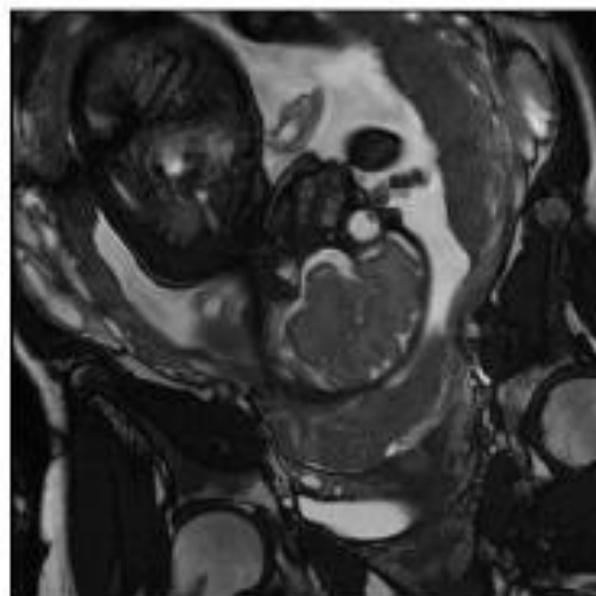
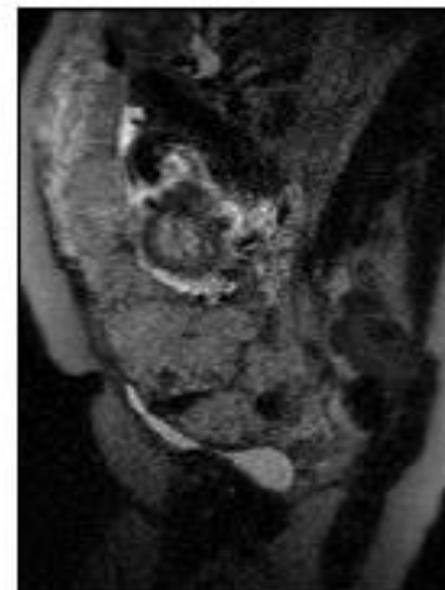
Placenta globuleux

Placenta hétérogène

**Bandes sombres
placentaires**

Ligne basale

Paroi vésicale



DIAGNOSTIC PRENATAL

Point Clé

*** Intérêt de diagnostic prénatal => organiser l'accouchement dans une maternité comportant un plateau technique adapté: maternité située au sein d'une institution comportant une réanimation maternelle, une unité de radiologie interventionnelle (embolisation), et un service d'urologie.

*** Placenta prévia + ancien césarienne ou autre chirurgie utérine => suspect placenta acréta

OPTION DE PRISE EN CHARGE

3 types:

- Méthode dite extirpative
 - Consiste à réaliser une délivrance manuelle forcée en cas d'absence de plan de clivage ou de délivrance manuelle difficile pour essayer d'obtenir une vacuité utérine complète.
 - Risque d'hémorragie de la délivrance
- Césarienne – hystérectomie
 - **Gold standard**
 - Consiste à réaliser une 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 peropératoire.
- Traitement conservateur
 - Consiste à extraire l'enfant, à nouer puis couper le cordon ombilical à sa base, à laisser en place in situ le placenta qui adhère partiellement ou totalement au myomètre, après soit un tentative prudente de délivrance manuelle.
 - Risque infection abdomino-pelvienne voire de péritonite ainsi que hémorragie massive post-partum
 - Traitement complémentaire: utérotonique, antibioprophylaxie, méthotrexate, dévascularisation utérine par embolisation artérielle ou chirurgie (ligature artère utérine et/ou hypogastrique, triple ligature, compressions utérine) [2]

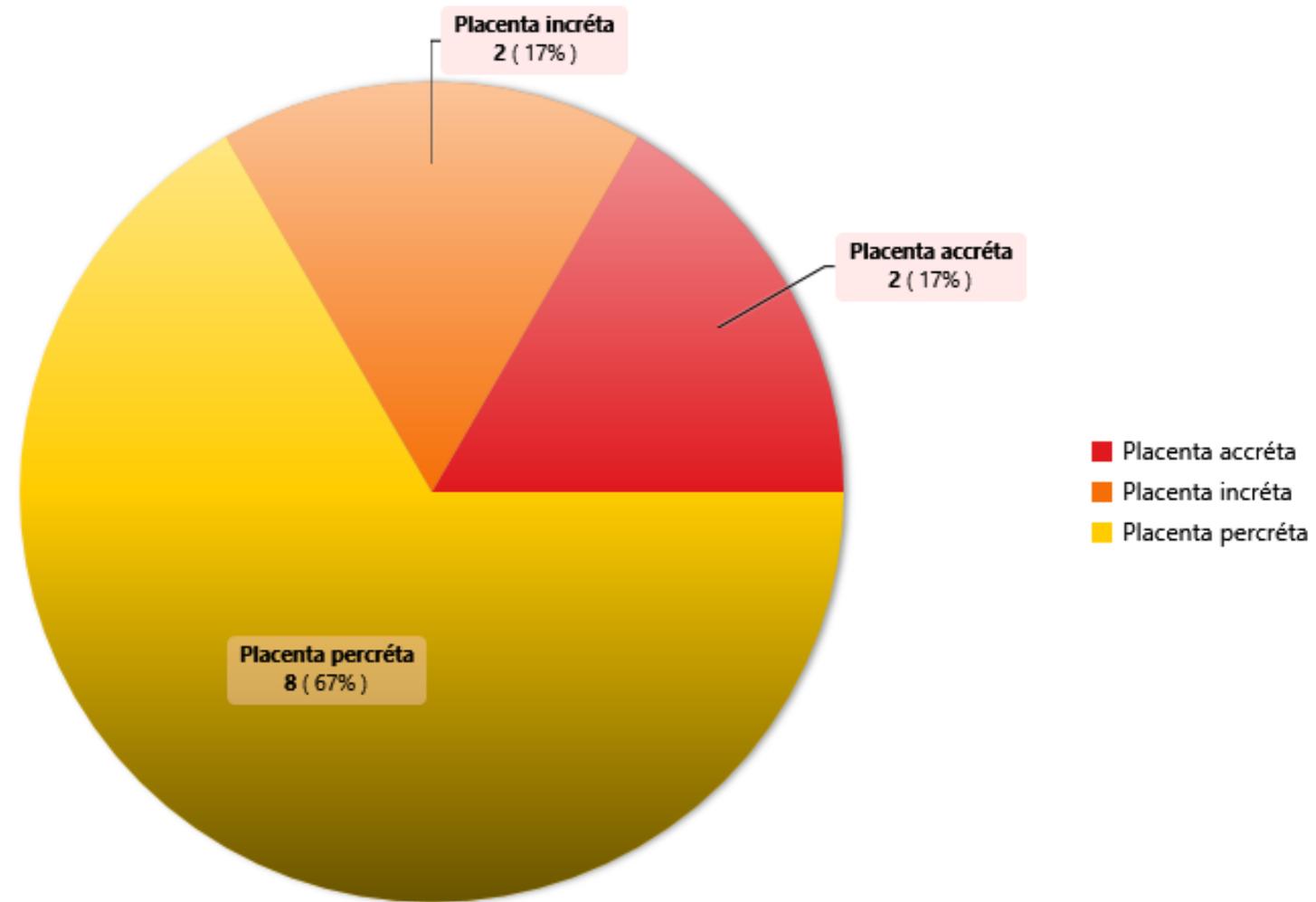
ETUDE À CALMETTE DU PLACENTA ACCRETA

- Objectif: Pour préciser les prise prise en charge de complication du placenta accreta
- Matériel et Méthode: Etude prospective réalisée du 01 Janvier 2021 au 30 Septembre 2021, à propos decas de placenta accreta admis à l'hôpital de Calmette
- Analyse par Épi-info 7

FREQUENCE

- Nombre d'accouchement total: 5968 cas
- Césarienne: 365 cas (21.78 %)
- Décès Maternel: 8 cas (1/1147)
- Placenta Praevia Central: 31 cas (0,45 %)
- Placenta accreta/percreta: 6 cas => 1/1000
- Âge moyen: 34 ans

TYPE DU PLACENTA ACCRETA

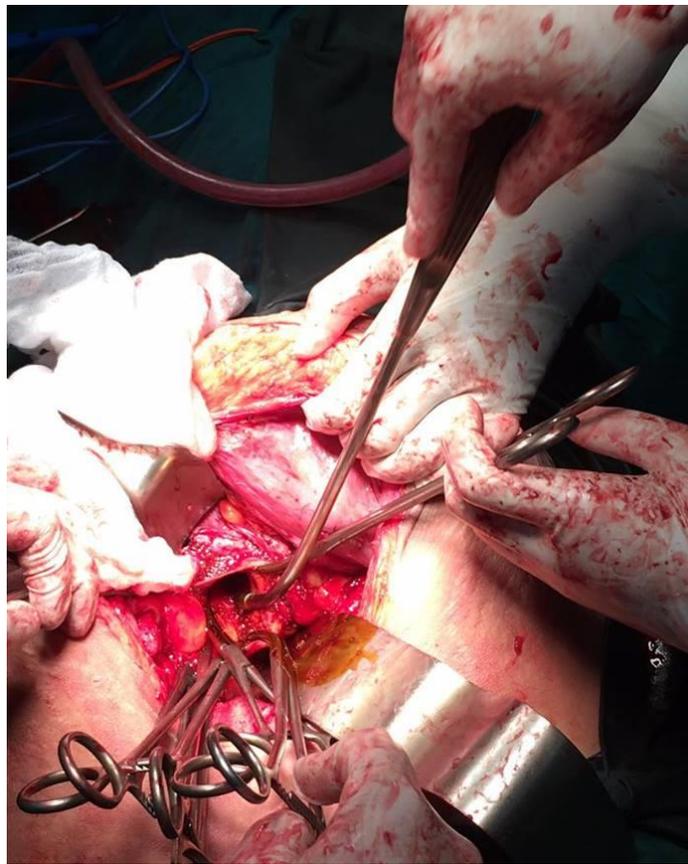


Cas Clinique (1)

- Mme 33 ans, est entrée dans le service de maternité le 22/07/2021 pour hémorragie génital de sang rouge minime chez grossesse 38 SA.
- ATCD obstétrical: G4P3A0 (césarienne 3 fois)
- CPN: 3 fois à Calmette
- Echo: PP IV avec suspicion d'un placenta percréta
- IRM: placenta recouvrant central, placenta percreta envahi. vessie et contact la paroi abdominal antérieur.
- Bilan biologique: Hb 92 g/l, plaquette 288 giga/l, TP 100 %

Cas Clinique (1)

- Prise en Charge: RCP en urgent
 - Équipe chirurgie, anesthésie, maternité et imagerie
 - Programmé la césarienne 23/07/2021
 - Prévoir le sang: CE 06 sacs, plasma 03 sacs, plaquette 04 sacs
 - Imagerie: IRM (durée entre 20-30 min)
 - Avis CRP:
 - Césarienne doit fait après avoir fait IRM et la réservation du sang
- Exéat le 06/08/2021



Cas clinique (2)

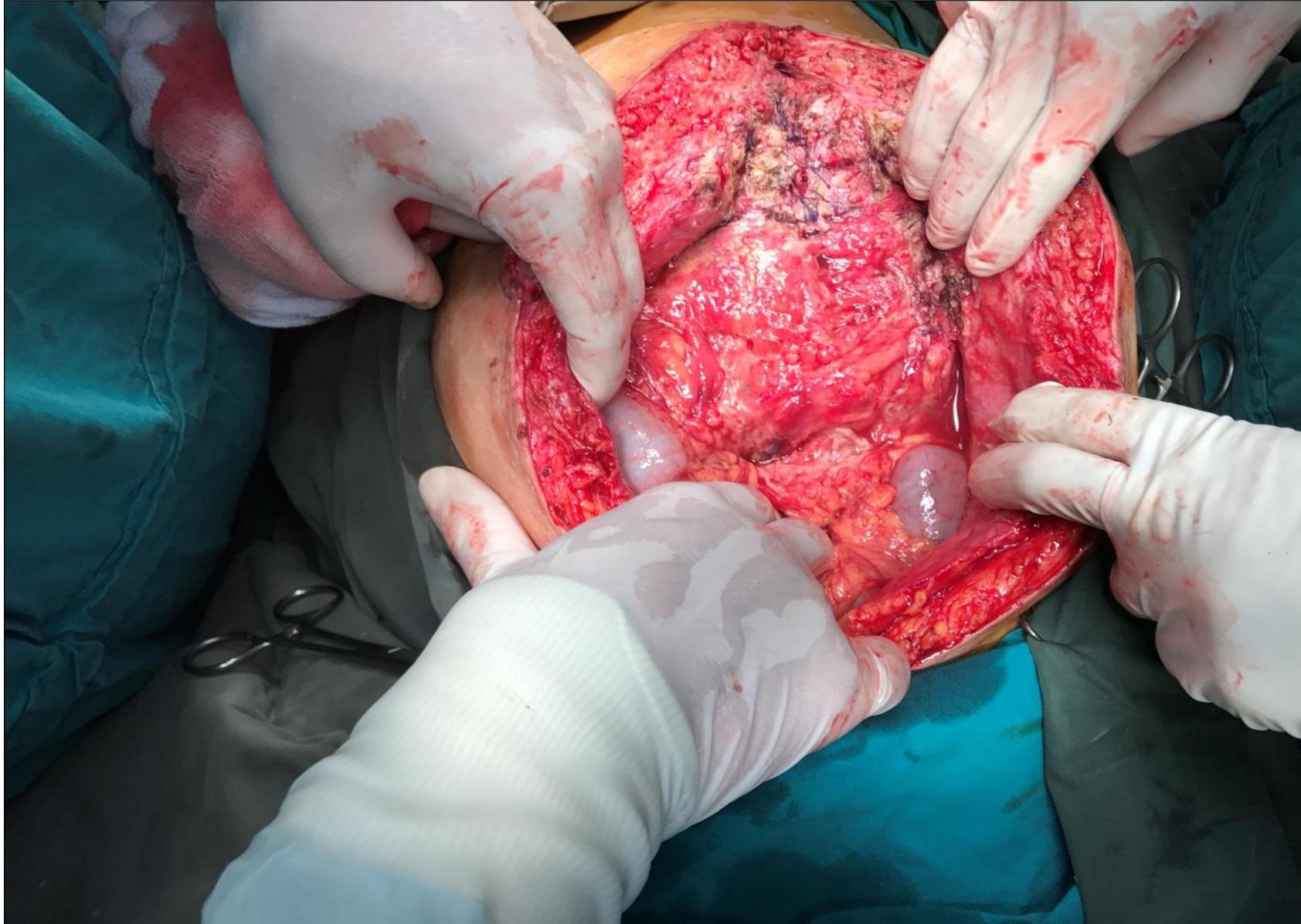
Mme 33A, entré pour hémorragie génitale post césarienne 1 mois .

- Histoire de la maladie: Césarienne pour diagnostic PPC percréta et laisser placenta in situ, 1 semaine elle été transferé à Calmette.
- ATCD: G5 P3 A1, utérus tri-cicatricielle (3fois de césariennes)
- Reprise d'opération en urgent est impossible à cause d'adhérant les organes voisinages et saignement cataclysmique.

Après opération:

- Bilan biologique: Hb 89 g/l, Ht 28%, Leucocyte 23.03 giga/l, Plaquette 280 giga/l, TP 95 %.
- Bactériologie : nature pus, très nombreuse leucocytes, absence germe.

Aspect adhérent per-opération

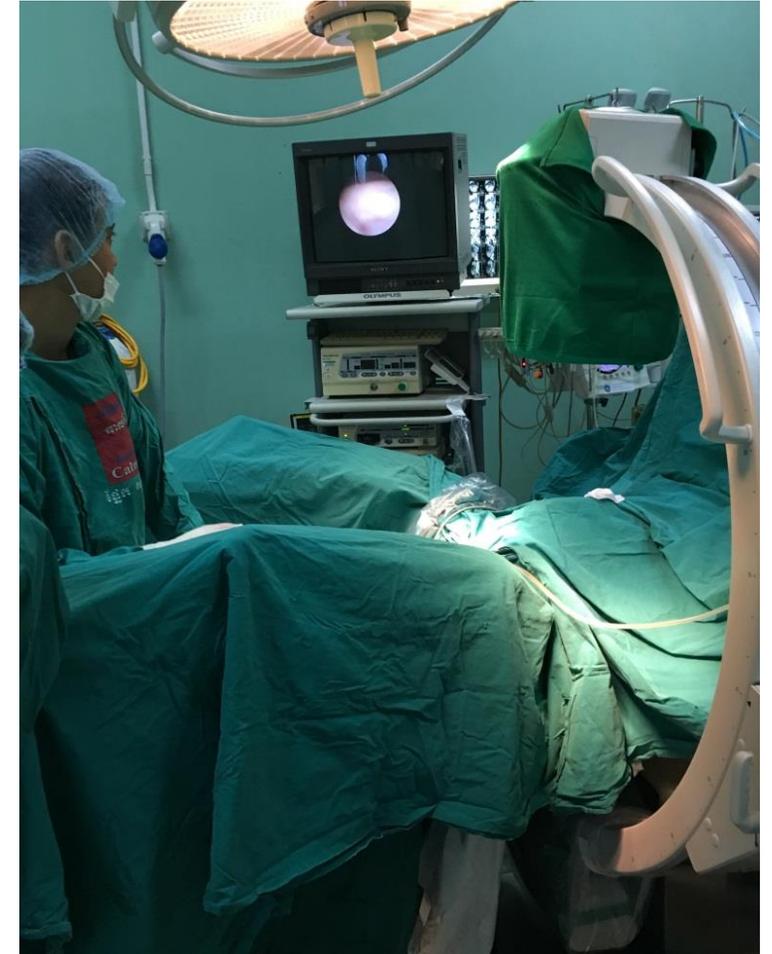


Cas clinique (2)

Avis RCP en urgent : Gynéco, chir. viscéral, Urologue et anesthésiste réanimateur

- Reprise opération avec d'accord de famille du patiente
 - Réserver sang iso group CE 10 sacs , plasma 04 sacs, plaquette 04 sacs et donneur du sang sur place 10 personnes
 - Monter sonde JJ bilatérales avant opération par cystoscopie.
 - Expliquer la famille et son mari le risque d'opération
- Etat général: très altérée, anémie avec saignement vaginale grand abondant
- bilan biologique: Hb 84 g/dl, Ht 25 %, Leucocyte 18.78 giga/l, Plaquette 218 giga/l, Béta-HCG: 2202 mUI/ml.

Monter sonde de JJ per cystoscopie



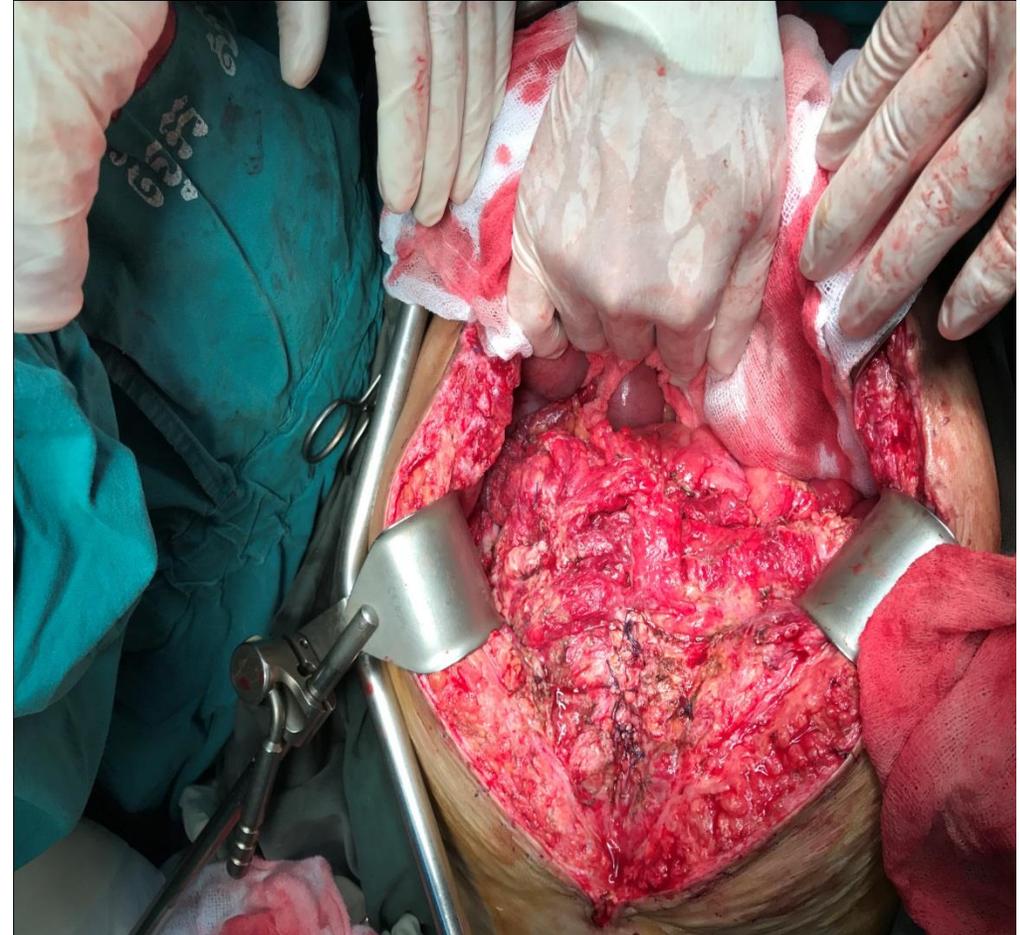
Mise en place sonde double JJ bilatérale

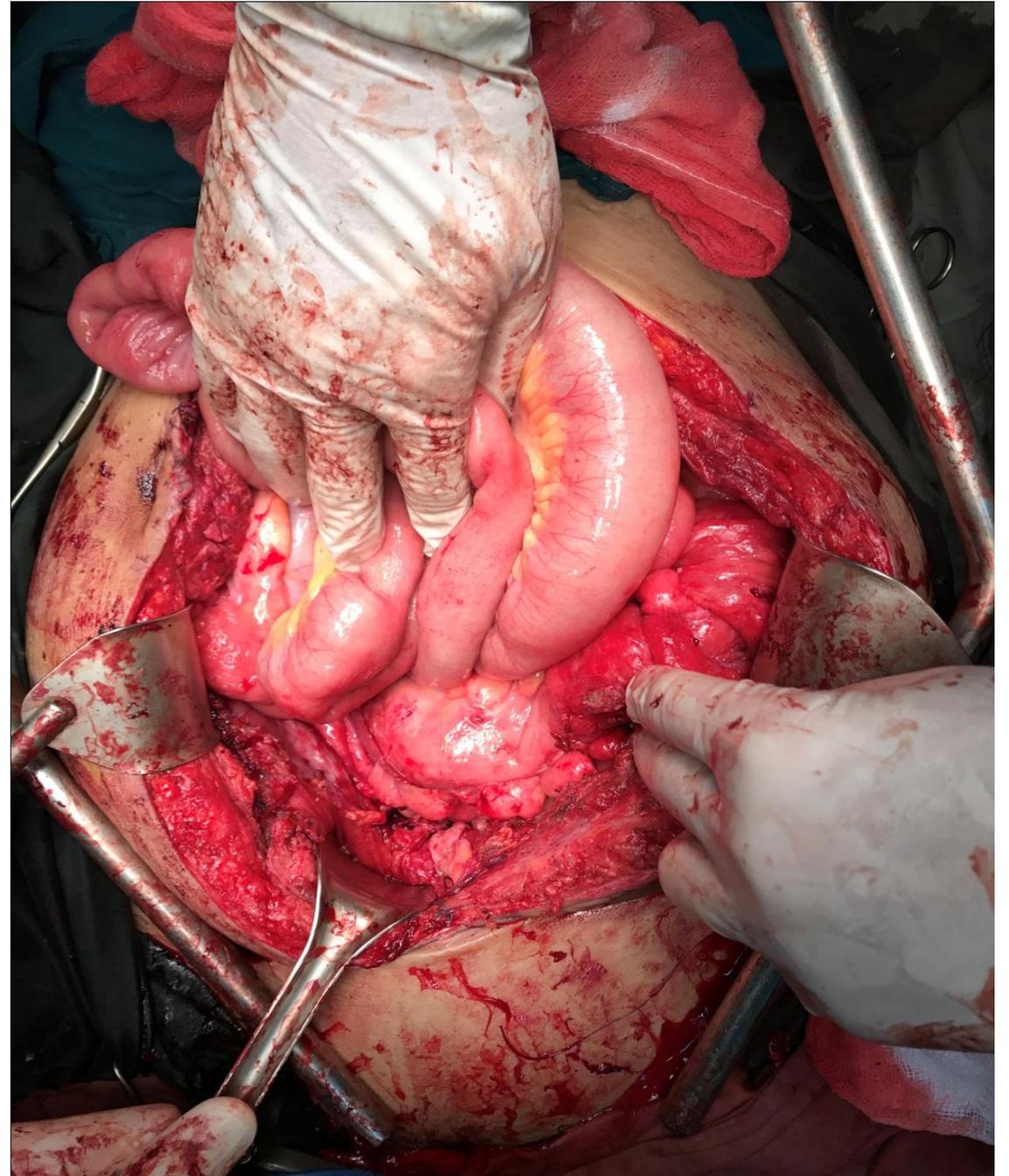


Aspect paroi vésicale par cystoscopie



Opération pour enlever la masse pelvienne

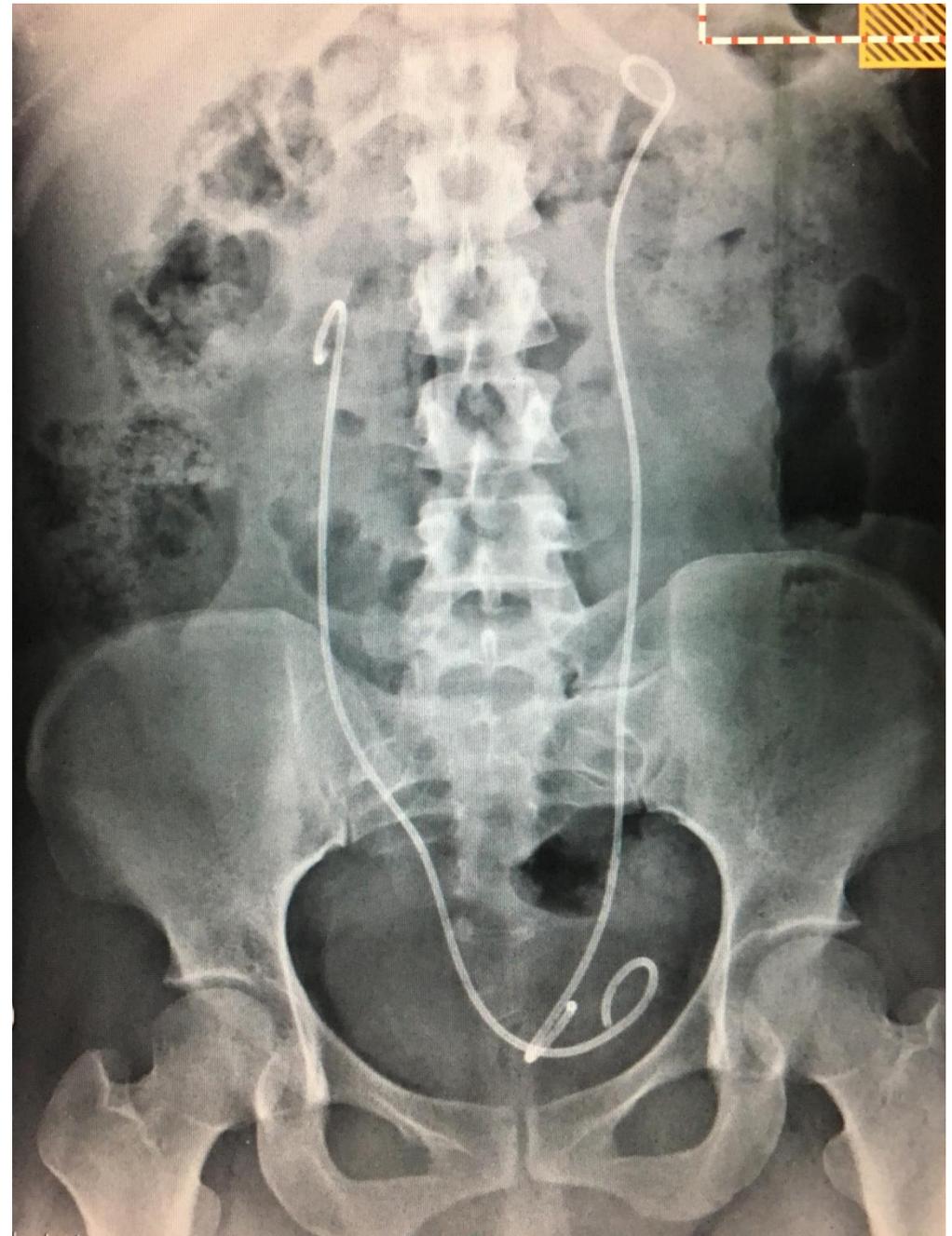




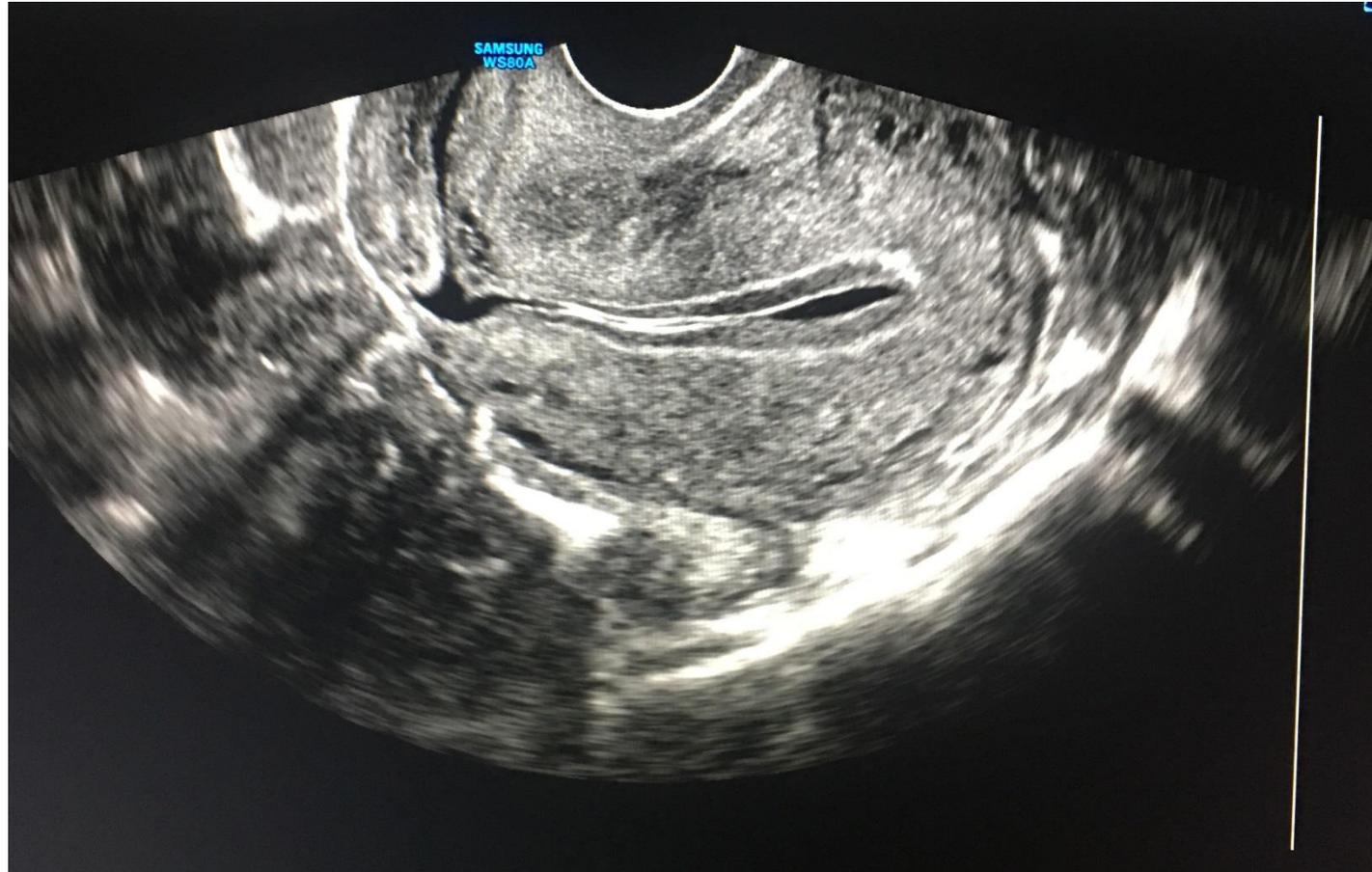
Pièce opératoire

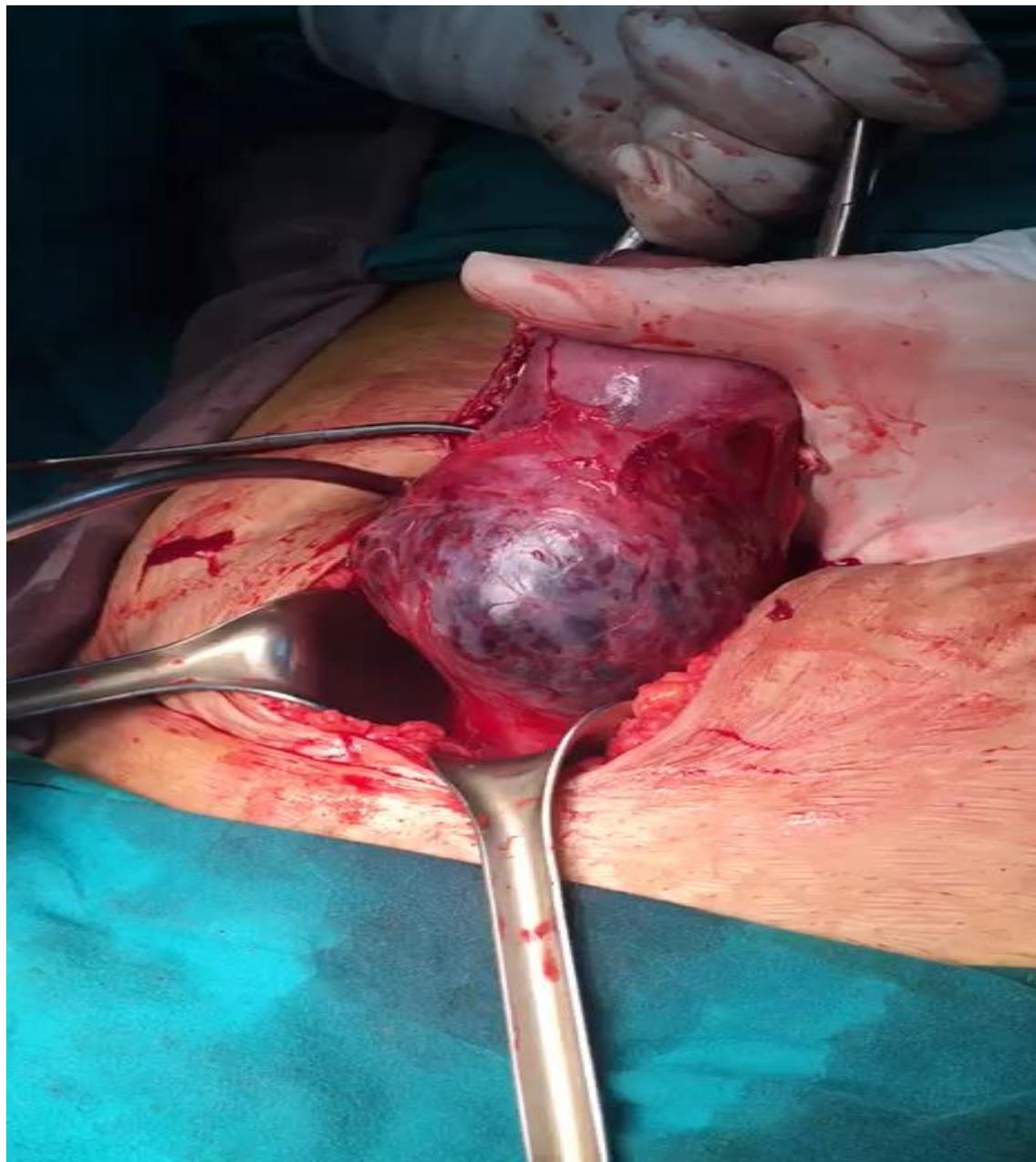


ASP, pour vérification le sonde JJ, Rdv pour retirer le sonde JJ dans 6 semaines après opération



Complication du placenta accréta post abortum du deuxième trimestre



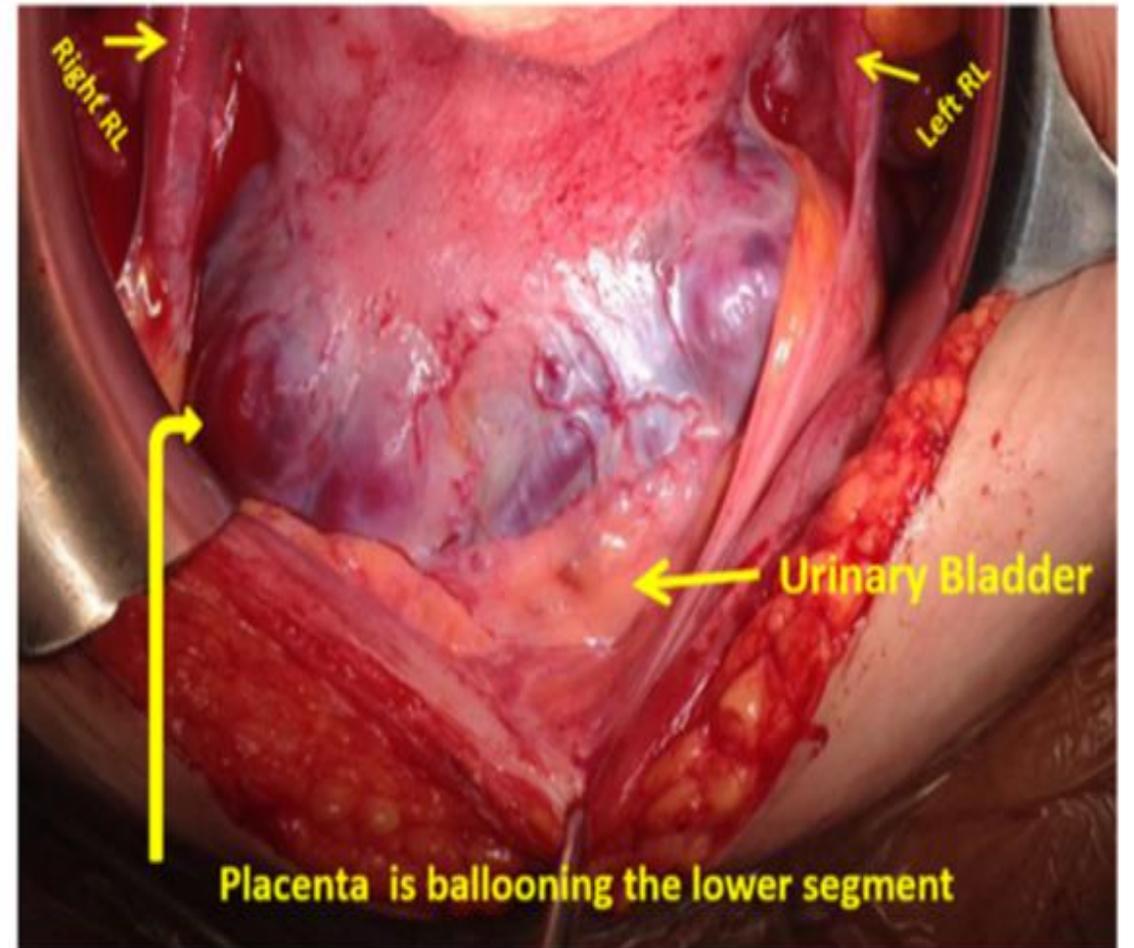
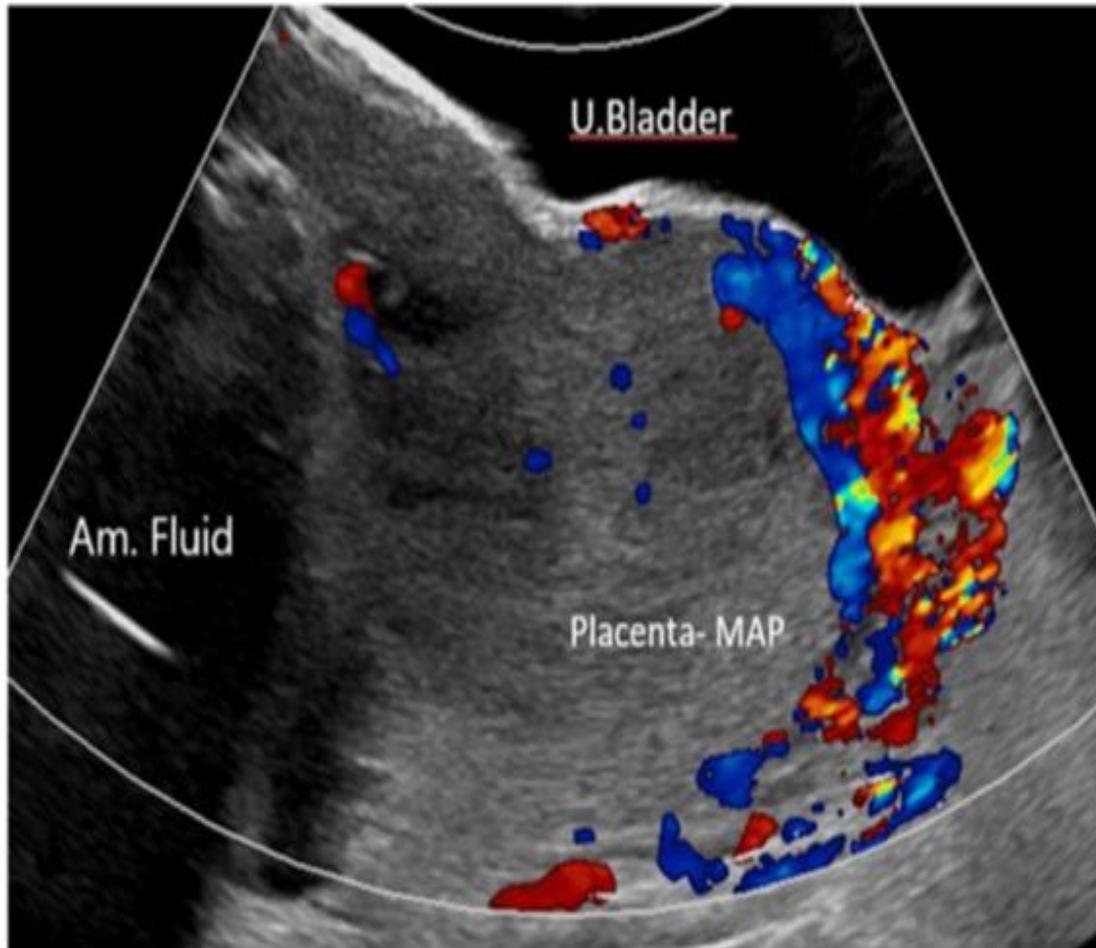


Grossesse au fond rupture utérin

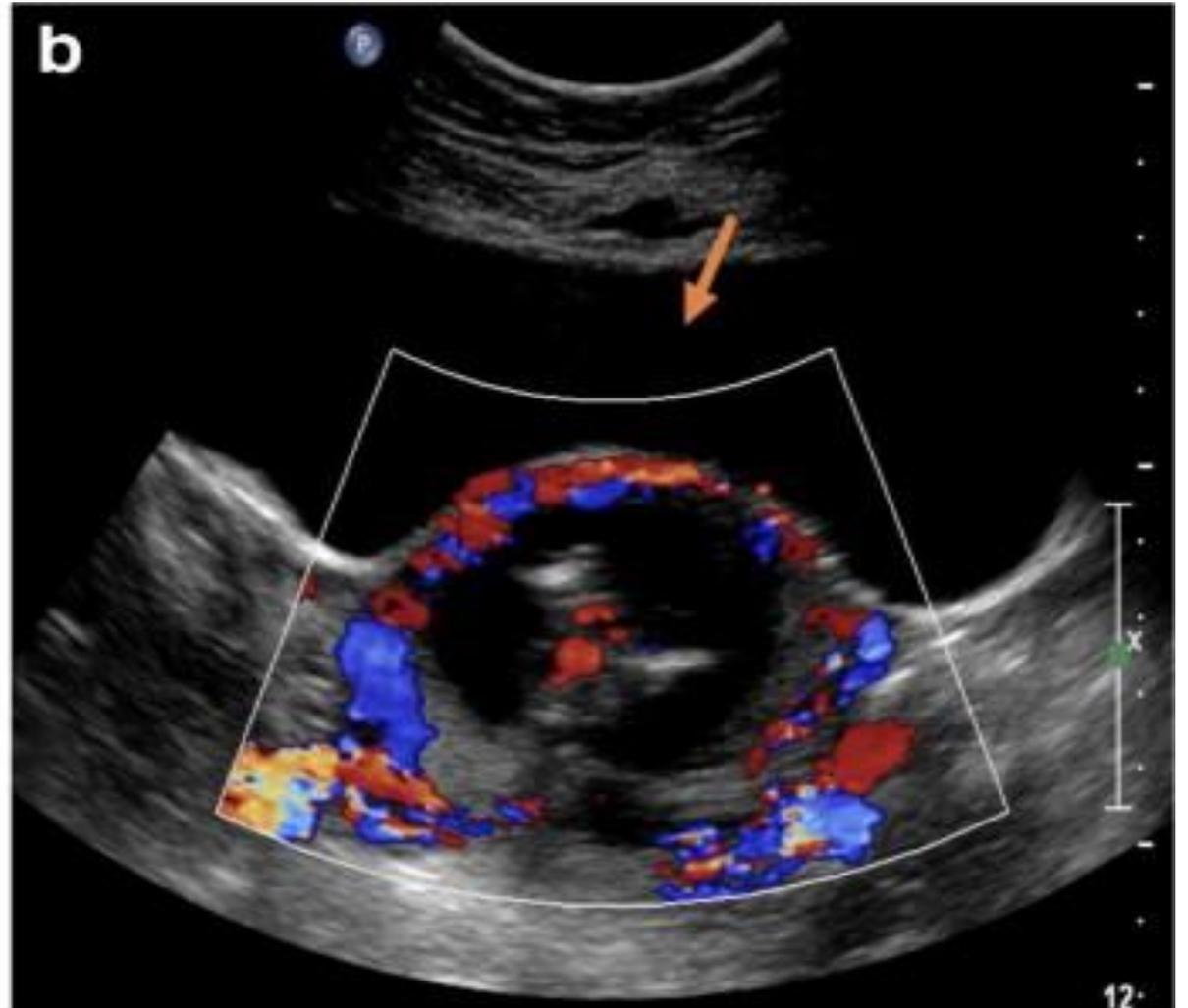
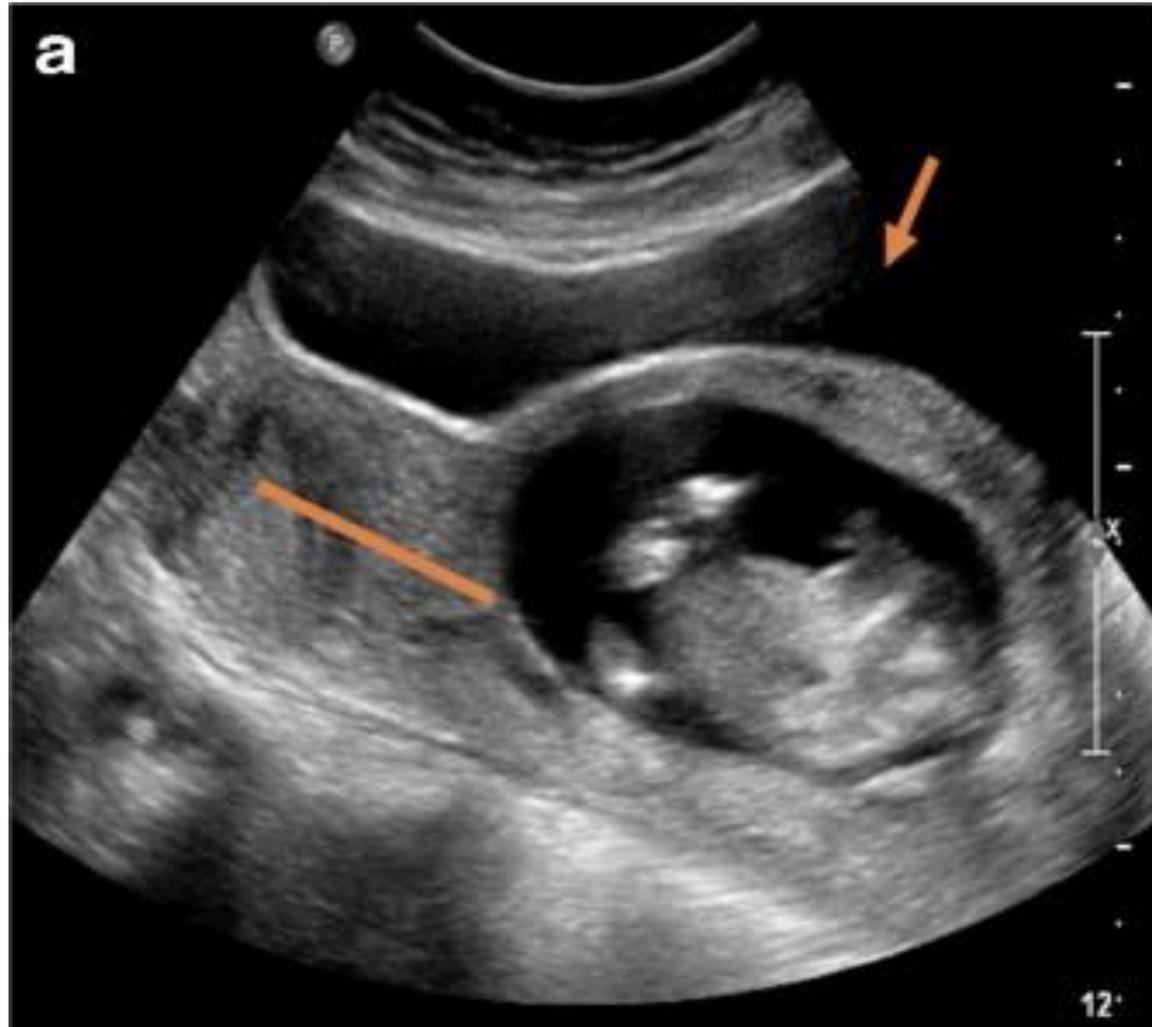


01 An assistant is helping to hold the uterus through the incision.

Implantation de l'oeuf sur cicatrice césarienne



Grossesse isthmique sur cicatrice césarienne



Grossesse 18SA, Placenta prévia percréta



On a scan at 18 weeks' gestation, the bladder wall

CONCLUSION

- Placenta accréta: 1er cause de morbidité et mortalité maternelle
- Fréquence: 1/1000 de grossesses
- Prise en charge placenta percréta est multidisciplinaire
- Hémorragie catastrophique au cours opérations => Décès maternelle
- ANC : échographies de dépistage du 2ème et 3ème trimestre pour examiner le placenta et de préciser sa localisation = **Gold standard**
- PPC + Utérus cicatriciel => Echo Doppler => IRM (implantation placenta bas ou PP type IV, chez les anciens cicatrice de césarienne ou myomectomie est nocive)

RECOMMANDATION

- Rencontre par hasard, ne pas inciser dans le site placentaire,
- Fermeture hémostase brèche hystérotomie
- Transfer à l'hôpital de référence pour la sécurité (équipe multidisciplinaire)
- RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) en urgent : Gynécologue, Obstétricien, Chirurgien viscérale, Urologue, radiologue, Anesthésie réanimateur.....
- Réservation de transfusion sanguine massive (CE, plasma frais, plaquette, facteur coagulation..)
- Expliquer à la famille du patiente et collaboration le risque de opération
- Ne pas abuser de césarienne ou convenant
- Indications de césarienne doivent être précis et perspective.



MERCI DE VOTRE ATTENTION

REFERENCES

1. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-41.
2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Traitement conservateur des placentas accret: résultats d'une étude multicentrique Française. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. 2009 déc; 18:121-33.
3. Comstock CH, Love JJ, Bronteen RA, Lee W, Vettraino IM, Huang RR et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1135-40.