

Prise en charge d'une parturiente présentant un placenta accreta

Dr Anne VINCELOT

Rapport CNEMM- InVS

Décembre 2006

Période 1996-2002 : Morts maternelles

Causes obstétricales directes : 71,27 %

1) Hémorragie de la délivrance : 22%

2) Complications de l'HTA : 13%

3) Les embolies amniotiques : 11%

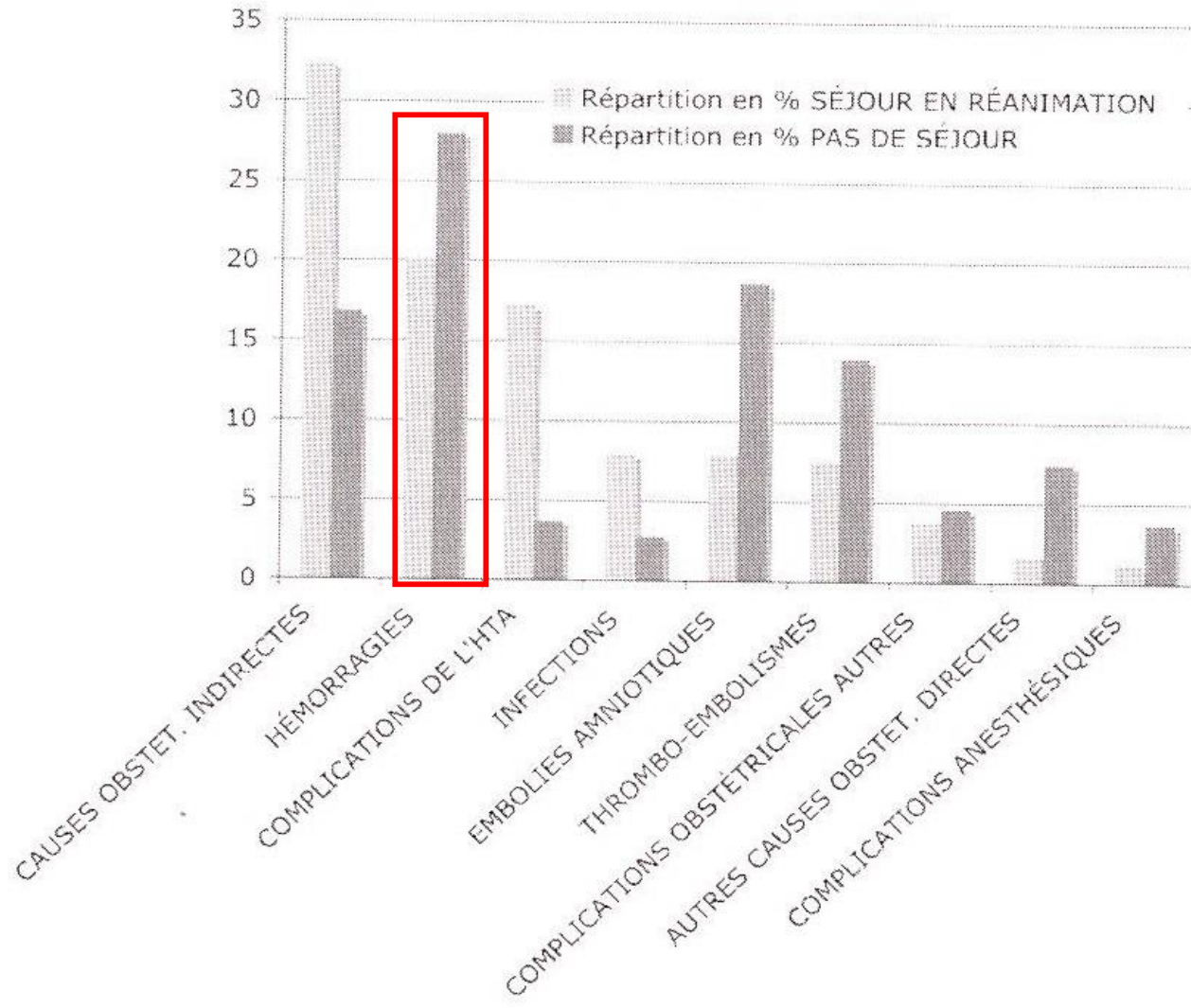
4) Les maladies thrombo-emboliques : 9%

5) Infections: 6%

6) Myocardopathie puerpérale : 1%

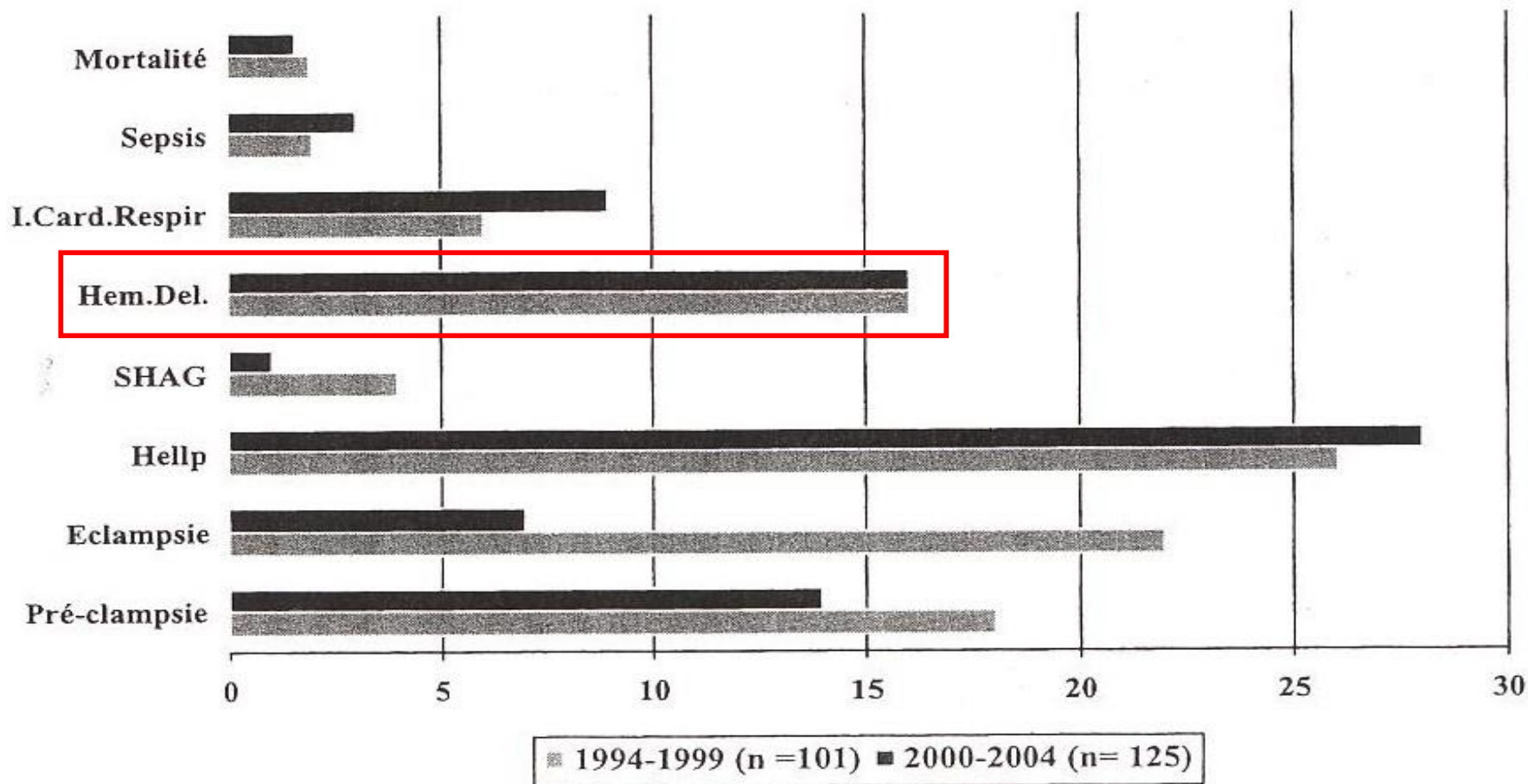
Répartition des causes de morts maternelles

M.H.Bouvier-Colle Réanimation 2007;16: 358-365



Évolution des principaux motifs obstétricaux d'admission en réanimation

F.Fourrier Réanimation 2007;16:366-372



Un cas clinique :

Placenta accreta chez une patiente de 35 ans,
6ème geste, 6ème pare

Placenta accreta

- Accolement anormal du placenta au myomètre par défaut de caduque déciduale
- Ce défaut peut être :
 - Total, intéressant la totalité du placenta
 - Partiel, intéressant un ou plusieurs cotylédons
 - Focal, intéressant une partie de cotylédon

Placenta accreta

3 formes :

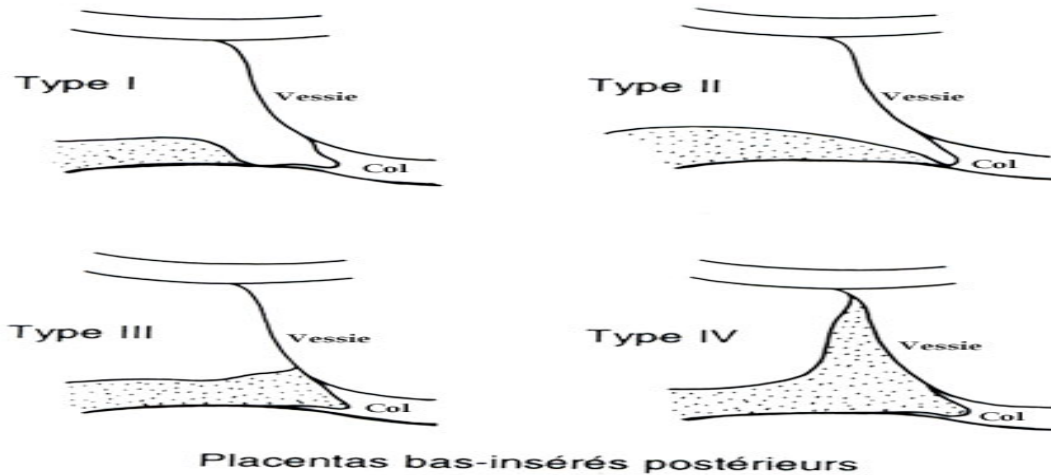
- **Placenta accreta vera**: adhésion superficielle
- **Placenta accreta increta**: envahissement myométrial
- **Placenta accreta percreta**: envahissement de la totalité du myomètre et d'une structure pelvienne de voisinage, en particulier la vessie

Placenta accreta

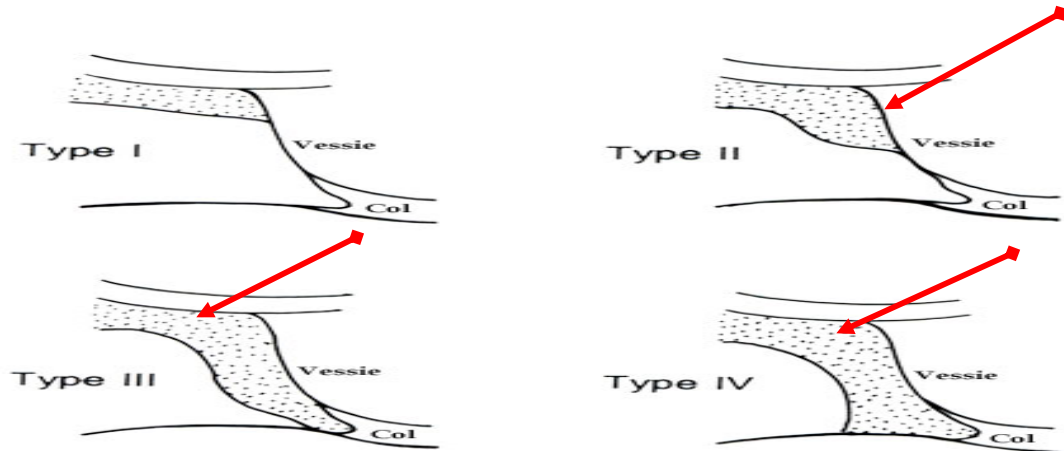
- Augmentation de la fréquence : 1/2500 naissance en 2007 voire 1/500 dans maternité de niveau III
- Pourquoi cette augmentation ?
 - Augmentation du taux de césarienne : 26% USA
 - Augmentation des gestes endo-utérins : myomectomie, curetage, résection endo-utérine
 - Vieillissement de l'âge de procréation

Placenta accreta

Placenta praevia : placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus



Placentas bas-insérés postérieurs



Placentas bas-insérés antérieurs

Placenta accreta

- Facteurs de risque : association d'un placenta praevia antérieur sur utérus bicatriciel
40% de risque
- Pathologie potentiellement gravissime avec mortalité de 7% pour HDD
- Principale cause d'hystérectomie d'hémostase: 97 % en cas de percreta
- Morbidité néonatale: 10% de prématurité, 27% d'hypotrophie

- Patiente âgée de 35 ans, 6ème geste, 6ème pare
- ATCD de 5 césariennes: 1999-2000-2002-2004-2006
- Echographie normale au 1er trimestre
- Cs à 20 sem d'A pour métrorragies de sang rouge :
échographie → placenta praevia recouvrant
- Cs à 25 sem d'A pour hématurie macroscopique :
échographie → placenta antérieur avec à l'écho
doppler couleur, des zones de vascularisation
traversant l'épaisseur utérine jusque dans la vessie
- Suspicion de placenta accreta voire percreta
- IRM à 26 sem d'A : placenta bas inséré totalement
recouvrante et percreta avec envahissement vésical

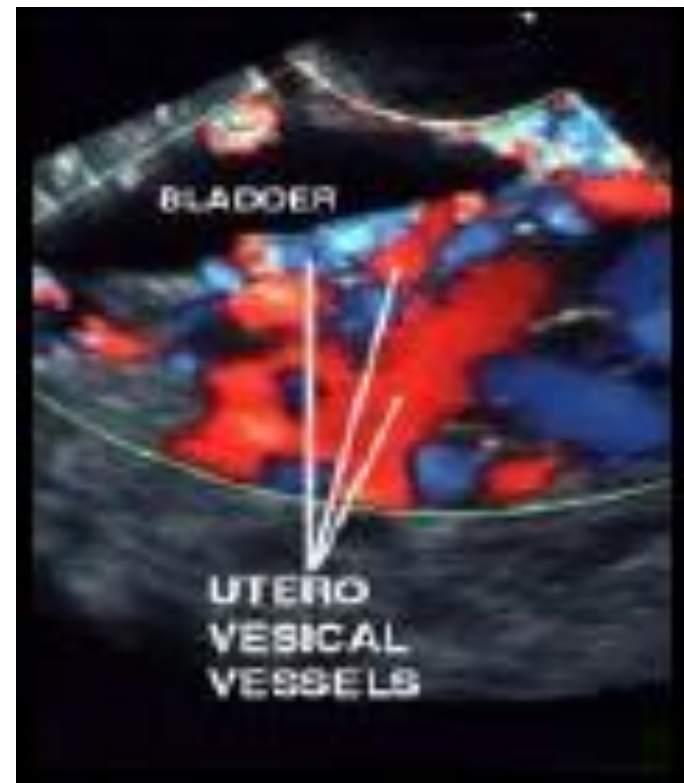
Signes échographiques

- Lacunes placentaires
- Disparition de l'espace clair rétroplacentaire

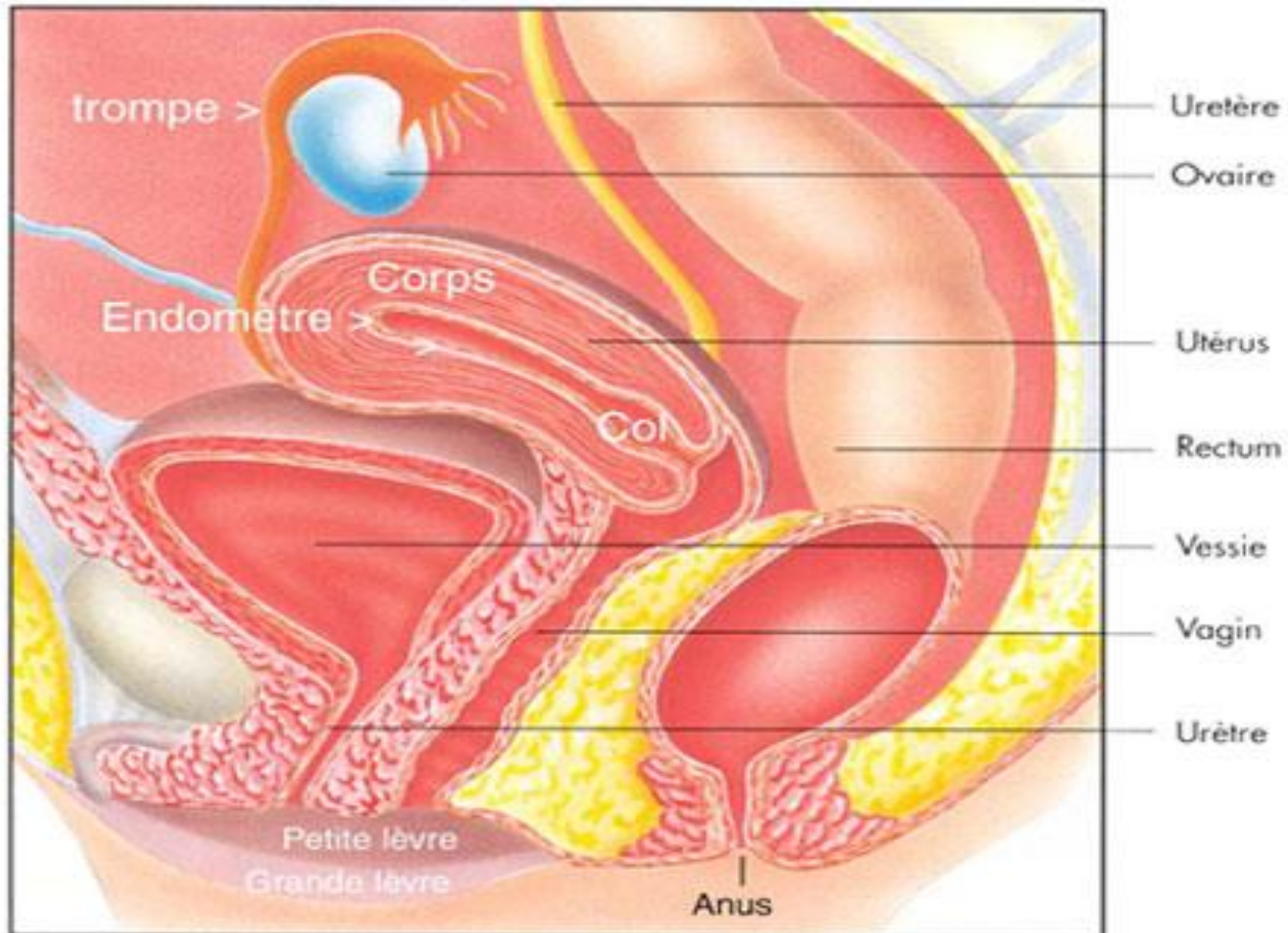


Signes échographiques

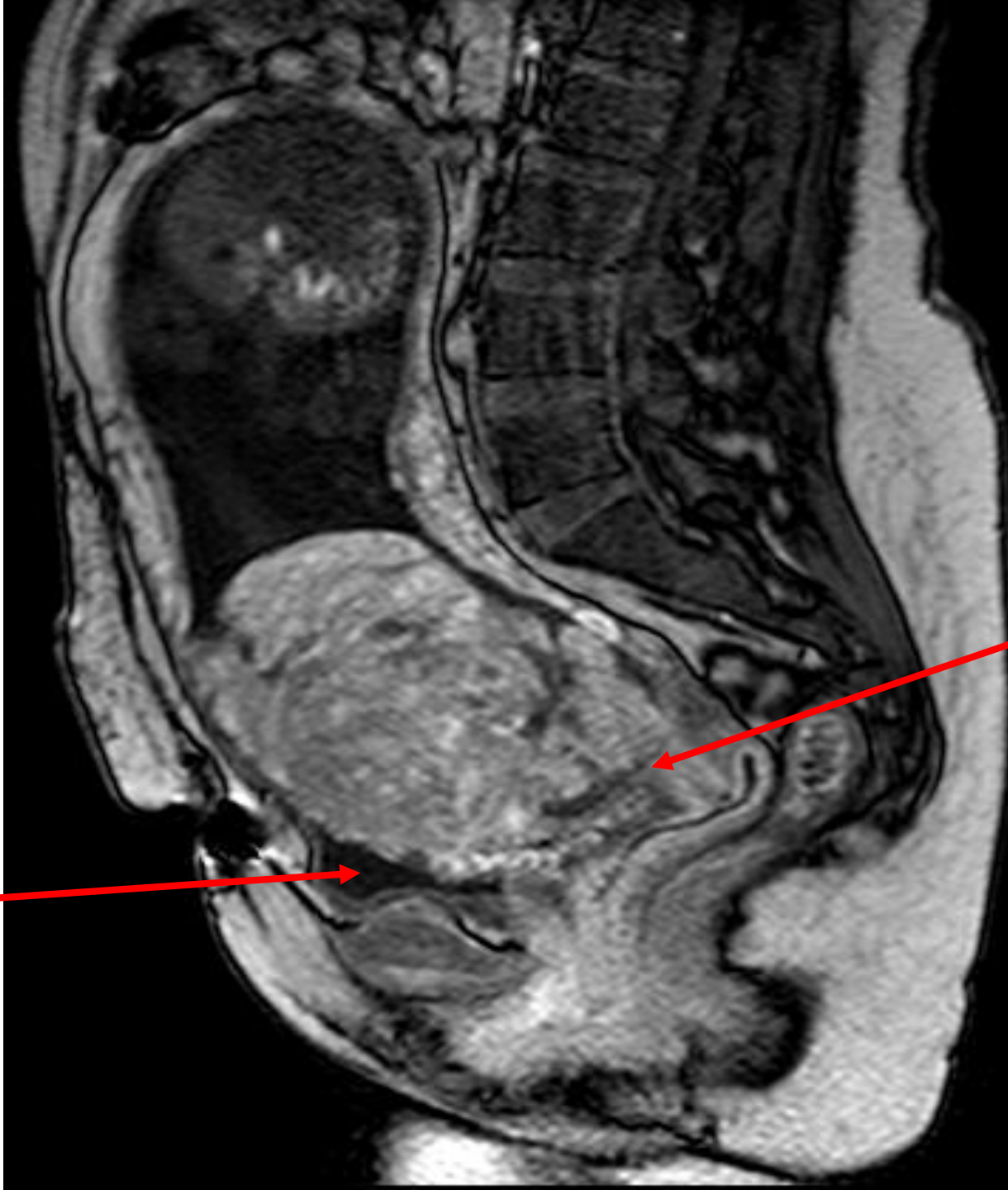
- Amincissement du segment inférieur en regard d'une cicatrice de césarienne
- Interruption ou anomalie des contours de la vessie
- Hypervascularisation utéroplacentaire anormale



Rappel anatomique







vessie

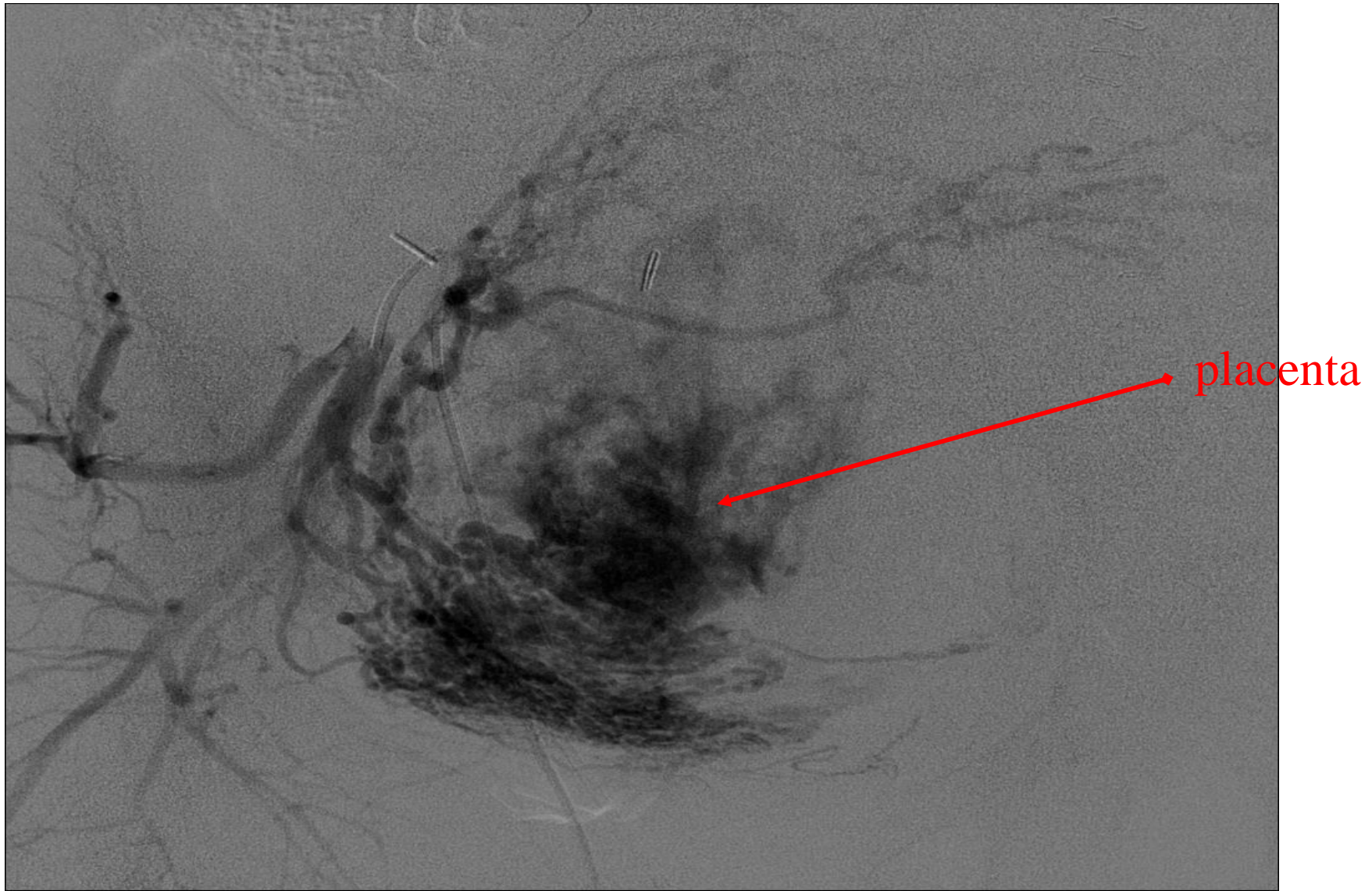
col

- Décision de prise en charge dans maternité niveau III
- Tocolyse et surveillance RCF
- Persistance d'une hématurie
- **Organisation multidisciplinaire pour la prise en charge**
 - GO, MAR, EFS, Radiologues, Hématobiologistes, Urologues
 - Création d'une liste d'astreinte obstétricale pour GO
 - Check list pour prise en charge anesthésique communiquée aux IADE , affichée en SSPI et en salle de césarienne
 - Diffusion de l'information par messagerie intranet à tous les MAR prenant la garde et l'astreinte à l'HME
 - Documents disponibles dans le dossier obstétrical de la patiente

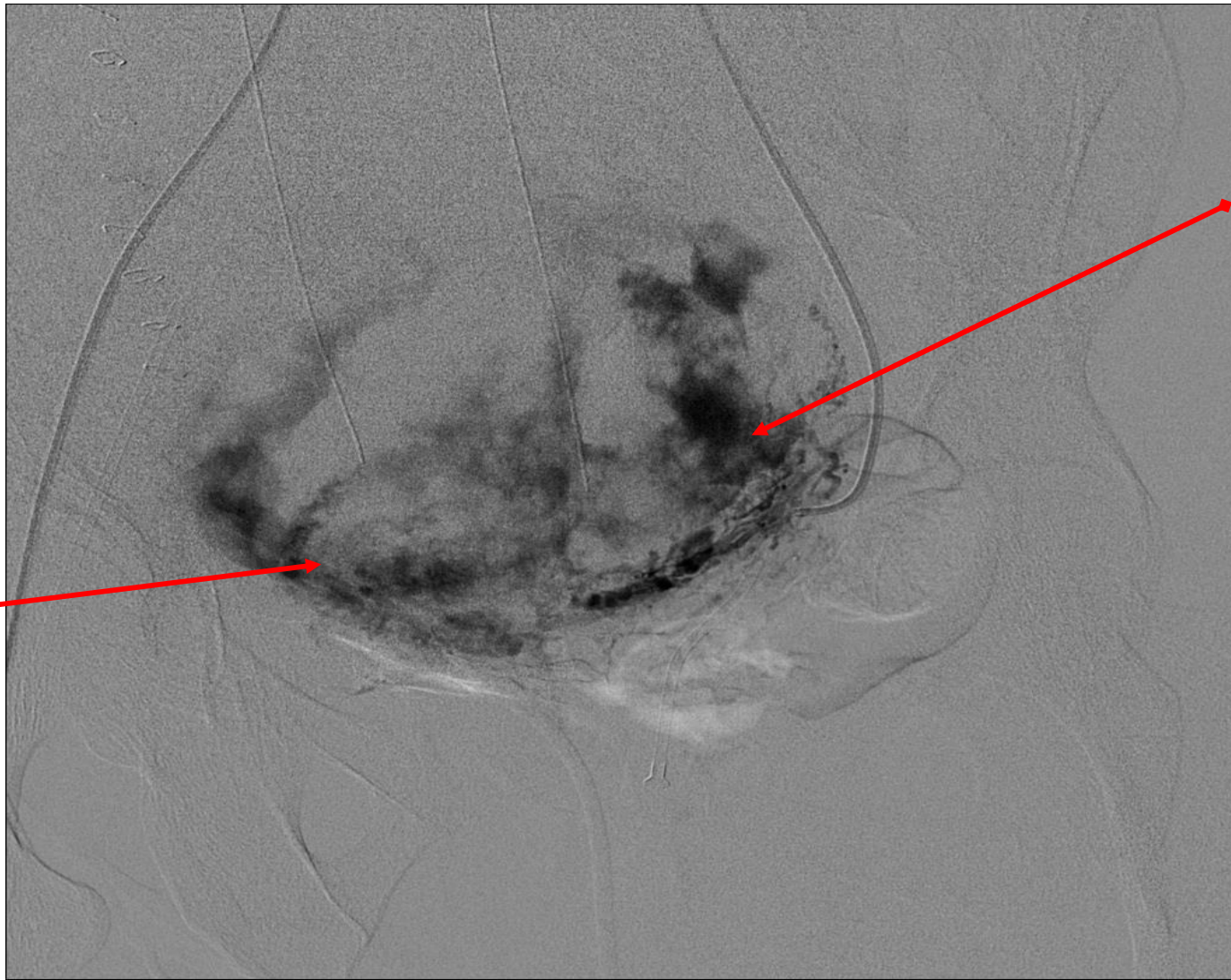
- Á 27 sem +2j, malaise avec oppression thoracique et TA à 80/50, tachycardie maternelle à 140/mn
- Décision de césarienne
- Mise en place par radiologue de 2 désilets artériels avant césarienne et pression artérielle monitorée
- 2 VVP périphériques de gros calibre, pompe à sang prête à fonctionner, 6 CG en salle de césarienne, KT jugulaire après incision, Vigileo, sonde thermique

- Césarienne sous AG: incision médiane périombilicale et hystérotomie fundique verticale
- Extraction d'un fœtus de 980g, Apgar 4-intubé à 2 mn-6-7-10
- Fermeture de l'hystérotomie avec placenta laissé en place et stérilisation tubaire
- Transfert en salle de radiologie interventionnelle pour embolisation post-opératoire
- Transfusions: 6 CG, 6 PFC
- Transfert prévu en Réanimation adulte à HUD

Embolisation post-opératoire 1



Embolisation post-opératoire 1



vessie

placenta

- Sortie de Réanimation à H24
- H72 : sd occlusif fonctionnel post-op de type Ogilvie
 - coloexsufflation et prostigmine
- J+9 : métrorragies très abondantes
 - 2ème embolisation avec pose de coils
- Transfusion de 3 CG et SE Nalador®
- 3ème embolisation 48 h après car métrorragies et hématurie
- Hémodynamique stable

Embolisation 2 et 3



- Arrêt définitif des saignements à J+13 et ablation définitive de la sonde vésicale après cystoscopie.
- Syndrome douloureux pelvien amélioré par morphine
- IRM de contrôle avant sortie : diminution de volume du placenta
- Retour à domicile à J+23
- Surveillance placentaire par bétaHCG et IRM
- Bilan transfusionnel: 9 CG, 6 PFC

IRM de contrôle avant sortie J+15

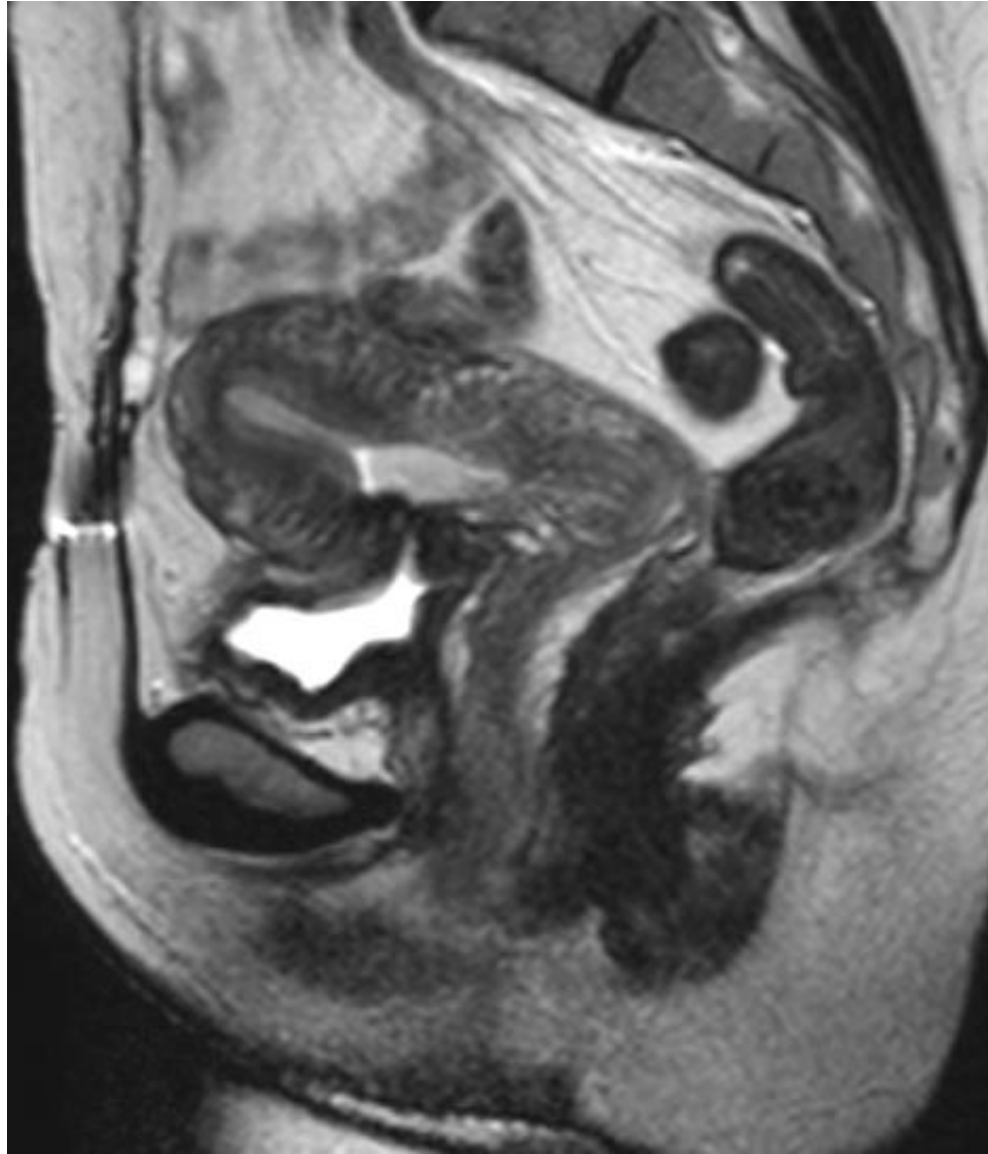


IRM de contrôle J+65



- Extériorisation partielle du placenta par voie vaginale à J +105
- Ex gynéco: 15 cm de cordon ombilical à la vulve
- Echo : portion de placenta intra-cavitaire calcifié, non vascularisé
- β HCG quasiment négatifs
- IRM réalisée à J+160

IRM de contrôle J+160







**Organisation de la prise en charge de
patientes présentant des anomalies
d'insertion placentaire pouvant
entraîner une HDD massive**

- La logistique :
 - coordination des différents intervenants
 - envisager l'urgence en dehors des heures ouvrables: WE, nuit, jours fériés
 - écrire une procédure
 - diffuser la procédure

- Le protocole clinique de prise en charge :
 - protocole écrit, facile d'accès
 - diffusion via intranet à tous les professionnels de santé concernés

La logistique (1)

- **heures ouvrables:**

2 MAR, 2 IADE, 2 GO,

1 interne d'anesthésie

1 sage-femme

1 AS détachée des SDN pour liaison avec HUD suivant procédure écrite d'acheminement des bilans et des PSL pour urgence vitale

EFS prévenu

Hématobiologiste prévenu

Radiologue sur place

La logistique (2)

- **WE, nuit, jours fériés, après 18h:**
 - appeler via SAMU: 732.9
MAR d'astreinte
Interne d'anesthésie de garde à HUD
Pr N.NATHAN (portable ou fixe)
 - appeler via standard CHU IADE/IDE d'astreinte pour SSPI HME
 - faxer demande de PSL et prévenir ambulancier de garde ,si indisponible, AS détaché du service de gynécologie
 - prévenir le technicien de garde du labo hémato : poste 51058 et EFS poste 51055
 - prévenir le radiologue d'astreinte interventionnelle
procédure d'appel écrite et disponible en SDN

Protocole Clinique (1)

- Mettre en place 2 VVP de calibre 14 ou 16 G
- Mettre en place un désilet fémoral veineux et artériel au bloc opératoire (décision conjointe entre radiologue et MAR)
- Préparer un plateau pour AG pour crash induction
- Préparer une seringue de Nalador® (protocole)
- Ampoules d'Hexacyl prêtes à l'emploi utilisées si fibrinolyse : 4g puis 1g/h, 2ème bolus de 4g

Protocole Clinique (2)

- Préparer les équipements suivants:
 - pompe à sang
 - Warm touch
 - matériel à prélèvement : hémocue, tubes, bons d'examens biologiques
 - Vigileo, doppler oesophagien, BIS
 - 3 pousse-seringues électriques
 - monitoring de ST

Protocole Clinique (3)

- Produits sanguins :
 - tester 2 CGR prêts à être transfusés
 - 6 flacons de 1g de fibrinogène + H2O
 - 2 doses de facteurs VII disponibles dans le réfrigérateur de la SSPI.
- Le protocole d'utilisation est disponible en salle de césarienne (dose $80\mu\text{g.kg}^{-1}$)

Protocole Clinique (4)

- Mise sous Nalador en concertation avec l'équipe obstétricale
- Si hémodynamique correcte → embolisation
- Si persistance de l'hémorragie après embolisation ou si hémodynamique instable → hystérectomie d'hémostase
- Transfert dans le service de Réanimation



Diffusion de l'information

- Information de la prise en charge à tous les MAR prenant la garde à l'HME ainsi que les MAR prenant l'astreinte via Intranet
- SAMU prévenu par ligne téléphonique directe
- Service de réanimation prévenu par Intranet
- Constitution d'une liste d'astreinte obstétricale accessible en salle de naissance et dans le dossier de la patiente
- Affichage en SSPI, en salle de césarienne du protocole
- Prévoir protocole institutionnel disponible sur site CHU

En conclusion

- Dépistage des patientes : GO + Radio
- Nécessité d'une check list
- Protocole médical institutionnalisé
- Utilisation des moyens modernes de communication



