



Traitement conservateur d'un placenta percreta

Conservative treatment of placenta percreta

العلاج التحفظي للمشيمة العميقة الانغراس

N. Oudghiri, M. Doumiri, W. ELamraoui, R. Tachinante, A. S. Tazi

الملخص :

مقدمة : المشيمة الملتصقة هو عيب نادر للفرز المشيمي يكون مباشرة داخل عضلة الرحم، المشيمة العميقة الانغراس البالغة للمصلية حتى الأعضاء المجاورة هي أكثر ندرة وتهدد حياة الأم والجنين.

ملاحظة سريرية : نفيديكم بحالة علاج تحفظي للمشيمة العميقة الانغراس التزيفية مكتشفة أثناء جراحة قيصرية مستعجلة، النقل الدموي كان ضروريا بعد الولادة واستئصال الرحم في مرحلة ثانية كان لابد منه بعد العلاج الكيماوي والإصمام.

مناقشة : يرتبط حدوثه مع عدد الجراحات القيصرية وسن متأخر للأم، التشخيص قبل الولادة يجري في مرحلة مبكرة من الحمل ويعتمد على ثلاثة أشياء : الموجات فوق الصوتية ودوبلر والتصوير بالرنين المغناطيسي. العلاج التحفظي مع أنه مختلف فيه يتركز على الاحتفاظ بالمشيمة في مكانها مع ربط جراحي أو إصمام شرياني رحيمي، إضافة الميتوتريكسات لم تظهر نتائج فعالة.

خاتمة : العلاج التوليدي على العموم يعتمد على استئصال الرحم بعد الجراحة القيصرية المبرمجة، العلاج التحفظي غير خال من الحوادث أو لها المضاعفات التقنية التي تهدد بشكل كبير الحياة.

الكلمات الأساسية : الإصمام الشرياني، استئصال الرحم، المشيمة العميقة الانغراس، علاج طبي.

Résumé :

Introduction : Le placenta accreta est une anomalie rare de l'insertion placentaire, se faisant directement au niveau du myomètre. La forme percreta, atteignant la séreuse voire même les organes avoisinants, est plus rare. Cette anomalie engage le pronostic vital materno-foetal.

Observation : Nous rapportons le cas d'un traitement conservateur d'un placenta percreta hémorragique, découvert en per opératoire d'une césarienne en urgence. La transfusion de culots globulaires a été nécessaire. En post-partum, une hystérectomie secondaire a été nécessaire après chimiothérapie et embolisation.

Discussion : Son incidence est corrélée au nombre de césariennes et à l'âge maternel avancé. Le diagnostic anténatal, réalisé en début de grossesse, repose sur la triade échographie, doppler et IRM. L'attitude conservatrice, quoique controversée, associe une conservation placentaire in situ, avec une ligature chirurgicale ou une embolisation des artères utérines. L'adjonction du méthotrexate n'a pas fait preuve de son efficacité.

Conclusion : La prise en charge obstétricale est généralement une hystérectomie après césarienne programmée. L'attitude conservatrice n'est pas dénuée de risques avec au premier plan celui des complications infectieuses pouvant potentiellement grever le pronostic vital.

Mots clés : hystérectomie, placenta percreta.

Abstract :

Introduction : Placenta accreta is a rare anomaly of placental insertion, directly off the myometrium. The percreta form reaching the serosa, even to neighbor organs is more rare. This anomaly is life-threatening maternal and foetal.

Case report : We report a case of conservative treatment of hemorrhagic placenta accreta, discovered intraoperatively of an emergency caesarean section. A blood transfusion was required. A hysterectomy was performed on the postoperative period after chemotherapy and embolization.

Discussion : Its incidence is correlated with the number of caesarean sections and advanced maternal age. Prenatal diagnosis, performed in early pregnancy, is based on ultrasound examination with color Doppler and MRI. The conservative management, although controversial, combines placental conservation and surgical ligation or embolization of the uterine arteries. Combination to methotrexate has not been proved effective.

Conclusion : the obstetrical management is usually a hysterectomy after scheduled cesarean. The conservative attitude is not without risk especially the infectious complications, which can engage prognosis.

Key words : hysterectomy, placenta percreta.

Tiré à part : N. Oudghiri : Service d'Anesthésie Réanimation Maternité Souissi. Université Souissi Mohamed V. CHU Rabat-Salé - Maroc
E-mail: nezhaoudghiri@yahoo.fr

Introduction

C'est une anomalie rare mais grave de l'insertion placentaire. L'identification des facteurs de risque justifie le recours répété aux moyens de diagnostic anténatal. Le choix d'une attitude conservatrice réduit le risque hémorragique immédiat. Un suivi régulier est nécessaire jusqu'à résorption complète de la masse placentaire. Des complications infectieuses ou hémorragiques sont possibles, justifiant une hystérectomie secondaire. Nous rapportons le cas d'un traitement conservateur d'un placenta percreta hémorragique, découvert en per opératoire d'une césarienne en urgence. En post-partum, une hystérectomie secondaire a été nécessaire après échec d'une chimiothérapie et après une embolisation.

Observation

Il s'agit d'une parturiente de 31 ans, présentant un utérus doublement cicatriciel, ayant deux enfants vivants, à 37 semaines d'aménorrhée, qui a été césarisée en urgence pour placenta praevia hémorragique. Un placenta percreta a été découvert au moment de la délivrance. Un traitement conservateur a été décidé et l'hémorragie de la délivrance a été gérée par perfusion d'ocytocine par voie intraveineuse lente, le sulprostone n'étant pas disponible. La patiente a été transfusée par quatre culots globulaires. Elle a été hospitalisée au service de gynécologie pour une chimiothérapie par méthotrexate. Après échec du traitement médical, elle déclare au huitième jour un choc septique sur endométrite pour lequel elle a été admise en réanimation. Le bilan infectieux a trouvé un *Echerichia coli* au niveau de l'hémoculture, du prélèvement vaginal et du placenta cureté, ayant tous le même profil bactériologique. L'antibiothérapie consistait en une association (ceftriaxone et gentamycine). L'examen histologique du placenta a conclu à une chorioamnionite non spécifique avec débris placentaires et de caduques rétentionnels, sans signe de malignité. Un scanner pelvien a montré un processus lésionnel pelvien hyper vascularisé évoquant un placenta

percreta. La réctosigmoidoscopie et la cystoscopie étaient normales. On a décidé en vue d'une réintervention une embolisation des artères utérines. Les prélèvements infectieux réalisés au 10^{ème} jour montraient toujours la présence d'*E. Coli* au niveau urinaire, sanguin et vaginal. Vu que le risque hémorragique était proscrit et le processus infectieux étant mal jugulé, une hystérectomie a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

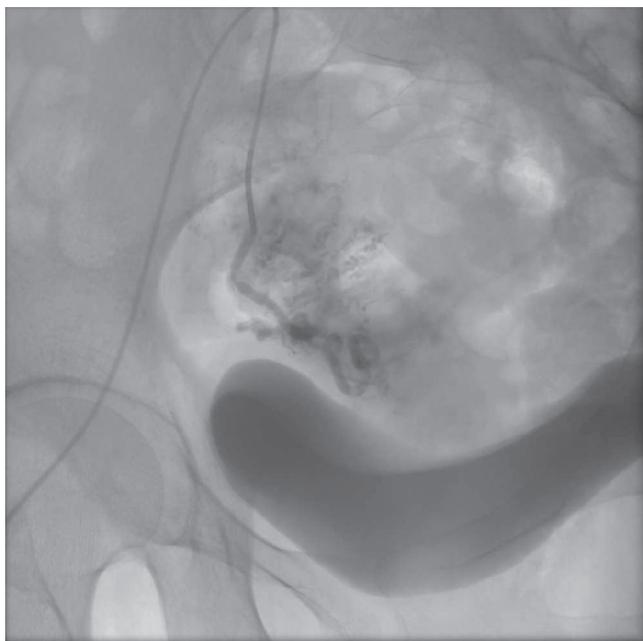
Le placenta accreta est une invasion anormale du placenta au niveau de son site d'implantation. Le terme d'increta désigne une invasion du myomètre alors que placenta percreta fait référence à une invasion de la séreuse plus ou moins les organes avoisinants. Les facteurs de risque reconnus sont l'âge maternel avancé, un placenta praevia et l'utérus cicatriciel [1]. Son incidence varie de 1/500 à 1/2500 selon des études récentes [1, 2] en augmentation constante et proportionnelle à l'incidence croissante du taux de césarienne : 5 % en l'absence de césarienne contre 24 % et 48 % respectivement devant une ou deux hystérotomie [3] et peut atteindre 67 % pour un utérus triplement cicatriciel [4]. Le placenta accreta peut être diagnostiqué ou suspecté, soit en anténatal, grâce aux techniques d'imagerie de plus en plus performantes, soit fortuitement au moment de la délivrance. Dans la première situation il s'agira de mettre en œuvre tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles pour prévenir un évènement hémorragique dramatique au moment de l'accouchement, dès lors que les facteurs de risque sont présents. Le diagnostic anténatal fait appel exclusivement à l'imagerie et au trépied échographie, doppler et IRM. Au premier trimestre c'est l'échographie qui peut identifier un amincissement du myomètre chez les patientes à risque. Au deuxième et au troisième trimestre le doppler et l'IRM semblent plus performant et précis [5]. Selon Mégier et al [6] l'échographie doppler 2D a une valeur prédictive négative de 100 % et constitue la technique de référence au troisième trimestre sous condition qu'elle soit réalisée par un opérateur expérimenté et en insistant sur

l'examen du segment inférieur. Dans l'analyse de Bader et al [5] concernant les nouvelles techniques d'imagerie, les auteurs considèrent que l'échographie 2D et 3D a un intérêt diagnostique et pronostique majeur dans un groupe à haut risque avec une sensibilité et une spécificité optimales. Dans notre cas, malgré la présence d'un utérus doublement cicatriciel et l'existence d'un placenta prævia, aucune exploration radiologique n'a été faite dans le sens d'une recherche de placenta accréta.

Concernant la prise en charge per opératoire, deux attitudes s'opposent, notamment devant la découverte du placenta accreta au moment de l'accouchement ; l'exérèse complète du placenta ou une attitude conservatrice qui vise à abandonner sur place le placenta accreta pour éviter l'hémorragie et ses conséquences redoutées. Dans l'étude rétrospectif de Kayem et al [7], les 51 cas de placenta accreta ont été séparés en deux groupes selon l'attitude radicale ou conservatrice. Leur analyse a montré une diminution significative du nombre d'hystérectomie (11/13

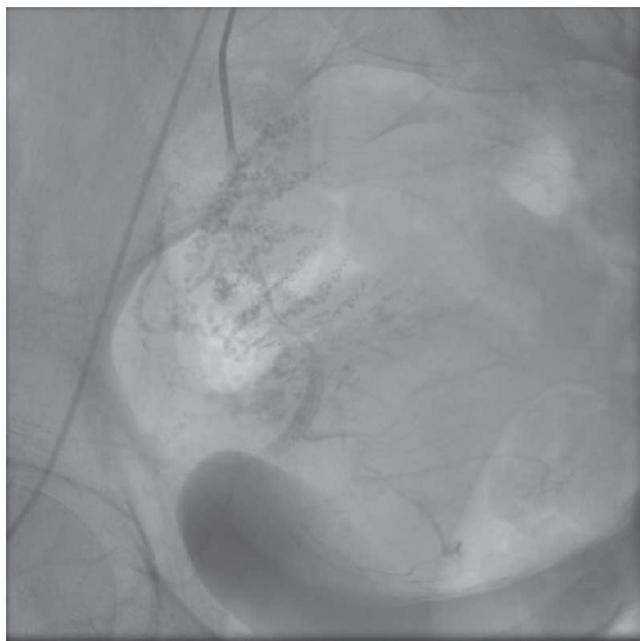
versus 10/38 ; $p < 0,01$), de la quantité de globules rouges transfusés (3230 ± 2170 versus 1081 ± 1370 ml ; $p < 0,01$) et du nombre de coagulation intravasculaire disséminée (5/13 versus 1/38 ; $p < 0,01$) dans le groupe ayant été traité selon la politique conservatrice. Par contre sept cas d'infection du post-partum ont été relevés dans ce groupe contre aucun dans le groupe traité de façon radicale. Ils ont évolué favorablement sous traitement antibiotique. Dans notre observation l'attitude conservatrice a été décidée devant l'absence initiale de plateau technique sécurisant. Secondairement, l'embolisation des artères utérines est utilisée comme traitement adjuvant. Sa place dans le traitement des hémorragies du postpartum est largement reconnue [8], elle peut être utilisée soit pour traiter un saignement postopératoire persistant, soit pour prévenir une reprise du saignement quelques jours après un traitement conservateur. Ce fut le cas de notre patiente. Cependant le traitement médical par méthotrexate, dont l'efficacité n'est pas prouvée dans cette indication [9], a entraîné un retard

Artériographie utérine



Aspect artériographique de l'artère utérine droite opacifiée, de forme spiralée, avec extravasation du produit de contraste au niveau terminal, traduisant un saignement actif.

Angiographie utérine



Le contrôle angiographique après embolisation montre une occlusion de l'artère utérine

de prise charge qui a été à l'origine de la mise en jeu le pronostic vital de la patiente. Ceci a conduit à la réalisation d'une hystérectomie pour endométrite sévère. Gupta [10] et Fiori [11] ont rapporté des cas similaires.

Conclusion

Actuellement, et en raison de l'avancée de l'imagerie, le diagnostic de placenta accreta et percreta peut être réalisé en début de grossesse, même en l'absence de

facteurs de risque. L'échographie doppler en modes 2D et 3D est suffisante, mais peut être appuyée par l'apport de l'IRM. Cependant, il n'existe pas de moyen diagnostique entièrement sensible et spécifique [12].

La stratégie conservatrice a diminué la morbi-mortalité liée à l'hystérectomie d'hémostase immédiate et aux accidents hémorragiques et transfusionnels ; elle doit être choisie en cas de forte suspicion de placenta accreta ou percreta. En cas de complications, le recours à une hystérectomie secondaire ne semble pas augmenter le taux de morbimortalité.

Références

- 1- Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(5) : 1458– 61.
- 2- Chauveaud-Lambling A, Antonetti-N'Diaye E, de Rudnicki S, Bruyere M, Benoit G, Frydman R. Management of placenta percreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005; 34(4) : 346–50.
- 3- Durand-Reville M, Robert Y, Dufour P, Lucot JP, Rocourt N, Mizrahi D, et al. Ultrasonic diagnosis of placenta percreta. About of a case with hemorrhagic complication. *J Radiol* 1997; 78(4) : 313–6.
- 4- Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66 : 89–92.
- 5- Bader G, Jelen H, Quarello E, Guyot B, Limot O. Prise en charge conservatrice d'un placenta percreta. Apport des nouvelles techniques d'imagerie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 35 (2007) 142–148.
- 6- Megier P, Gorin V, Desroches A. Ultrasonography of placenta previa at the third trimester of pregnancy: research for signs of placenta accreta/percreta and vasa previa. Prospective color and pulsed Doppler ultrasonography study of 45 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999; 28(3) : 239–44.
- 7- Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clément D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2004 Sep; 104(3) : 531-6
- 8- Boyer L, Dumoussat E, Rousseau H. Management of severe post partum hemorrhage with embolization: the French experience. *J Radiol* 2006; 87 : 549–53.
- 9- Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002; 99 : 981–2.
- 10- Gupta D, Sinha R. Management of placenta accreta with oral methotrexate. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 60 : 171–3.
- 11- Fiori O, Berkane N, Uzan S. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2005; 105:219–20.
- 12- Konan Blé R, Adjoussou S, Doukoure B, Gallot D, Olou N, Koffi A, Fanny M, Koné M. Une étiologie particulière de perforation utérine spontanée au deuxième trimestre de grossesse : le placenta percreta. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 39 (2011) e11–e14.