



Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble Pays de la Loire

Commission des gynéco-obstétriciens

Diagnostic et prise en charge des placentas prævia et accreta

*Rédaction : Yolande CAROIT, Julie ESBELIN, CHU Nantes, B. BRANGER, RSN
Texte élaboré en commission obstétricale les 12 novembre 2009 et 4 février 2010,
revu par N. WINER et Ph. GILLARD*

Version du 4 février 2010

Placenta prævia

- Contexte

- Pathologie de plus en plus fréquente avec des complications éventuelles lourdes
- Gravité potentielle hémorragique
- Tout placenta prævia recouvrant doit être pris en charge au sein d'un plateau technique disposant d'un accès immédiat aux produits sanguins

- Domaine et personnes concernées

- Les 24 maternités du Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire de tout type
- Gynéco-obstétriciens, échographistes, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres

- Définitions du placenta prævia (PP)

- Placenta siégeant en totalité ou en partie sur le segment inférieur
- Deux formes
 - ✓ Forme majeure = PP **recouvrant** qui siège sur le col
 - ✓ Forme mineure = PP **latéral** qui épargne le col

- Complications

- Maternelles [1]
 - ✓ Hospitalisations
 - ✓ Hémorragies, transfusions (Risque Relatif (RR)=10)
 - ✓ Hystérectomie (RR=33) : 5.3% des placenta prævia
 - ✓ Infections (RR=5)
 - ✓ Thrombo-phlébite (RR=4.8)
 - ✓ Décès maternel (3% des décès entre 1999 et 2001)
- Néonatales [2]
 - ✓ Prématuration (RR=4)
 - ✓ Mortalité péri-natale (RR=4)

- Incidence [3]

- 2.8 grossesses monofoetales sur 1000
- En augmentation car :
 - ✓ Augmentation du nombre de césariennes et de l'âge des mères
 - ✓ Autres facteurs de risque : grossesse multiple, parité élevée, tabac, antécédents de chirurgie utérine ++++

- Diagnostic échographique [4]

- Moment : à 22 SA, en sachant que moins de 20% des placenta praevia diagnostiqués à 22 SA persistent lors de l'accouchement.
- Méthode : en cas de suspicion de PP, faire une échographie endovaginale, car excellente valeur prédictive positive ; innocuité de l'échographie endovaginale même si saignement [5]
- Mesures :
 - ✓ PP latéral : distance entre le placenta et l'orifice interne du col
 - ✓ PP recouvrant : description de l'importance du chevauchement du placenta sur l'orifice interne du col
- En cas de placenta praevia antérieur sur utérus cicatriciel, nécessité d'un avis spécialisé en pathologie obstétricale (risque de placenta accreta majeur)

- Evolution

- « Migration » placentaire : formation du segment inférieur [6]
- Prédiction d'un placenta praevia à terme, si sur l'échographie du 5^{ème} mois :
 - ✓ PP latéral : probabilité faible d'une césarienne à terme
 - ✓ PP recouvrant avec une distance de chevauchement > 25 mm : la probabilité d'une césarienne à terme va de 40 à 100%

- Conduite à tenir après 22 SA

1- P. praevia asymptomatique [7]

- Consulter sur le lieu d'accouchement si contractions ou saignement
- Information préalable du couple sur le risque hémorragique selon la migration du placenta
- Echographie à 32 SA et échographie supplémentaire à 35 SA
- Accouchement
 - ✓ Si placenta recouvrant, césarienne : à programmer à partir de 37 SA en l'absence de saignement. Le groupe de travail ne propose pas de terme plus précis ; à voir en fonction de [8] pour lequel le risque d'événement néonatal est de 15.3 % à 37 SA et de 11.0 % à 38 SA.

2- P. praevia hémorragique

- Hospitalisation dès les premiers saignements
- Surveillance clinique
 - ✓ Métrorragies
 - ✓ TA, pouls
 - ✓ Examen sous spéculum; préférer l'échographie vaginale au TV
 - ✓ ERCF, au moins une fois par jour
- Urgence
 - ✓ Voie veineuse
 - ✓ Groupe Rhésus, RAI, NFS plaquettes, coagulation, ionogramme sanguin, test de Kleihauer
 - ✓ Consultation d'anesthésie
 - ✓ Disposer rapidement et suffisamment de produits sanguins

- Examens complémentaires
 - ✓ Echographie abdominale et endovaginale
 - ✓ Rechercher des signes d'accrета
 - A distance des saignements, en cas de signes d'accrета : transfert vers un centre de référence pouvant pratiquer une IRM

- Stratégie thérapeutique
 - ✓ Naissance immédiate en cas de
 - Hémorragie massive
 - Femme en travail
 - Anomalies du RCF

 - ✓ Proposition de voie basse :
 - En cas de placenta non recouvrant : rupture artificielle des membranes
 - Délivrance dirigée systématique et délivrance artificielle facile

 - ✓ Indication de césarienne en cas de :
 - Placenta recouvrant
 - Présentation non céphalique
 - Vaisseaux prœvia
 - Placenta prœvia non recouvrant, hémorragique malgré la rupture des membranes

 - ✓ Traitement conservateur
 - Maturation fœtale si < 34 SA
 - Discuter du transfert in utero selon l'âge gestationnel
 - Repos non strict
 - Bas de contention
 - Tocolyse si contractions (privilégier le Tractocile®) : voir protocole RSN
 - Si femme Rhésus – et conjoint Rhésus + : protocole « Immunisation Rhésus »
 - Retour éventuel à domicile in utero [3] si patiente stable, soutien à domicile si proche de l'hôpital, accès facile à des moyens de transport et de communication.

- Consultation d'anesthésie [3, 9, 10]
 - ✓ Rachianesthésie possible pour la césarienne : moindre perte sanguine en cas d'anesthésie locorégionale par rapport à l'âge gestationnel

- Modes de transport
 - ✓ A accorder avec le régulateur du SAMU et la cellule d'orientation du transfert des mères [11]

Placenta accreta [12, 13]

1. Définition

- Invasion anormale du myomètre en raison d'une altération de la décidue

2. Fréquence

- Incidence x 10 en 50 ans => 1/2000 naissances [14]
- Risque majeur en cas de placenta praevia en particulier sur la cicatrice utérine: RR accreta=1/2065 [15]
- Probablement attribuable à la hausse du taux de césarienne en général [16]. Pour une même femme, si une césarienne antérieure = 3% d'accreta ; deux césariennes antérieures = 11 %, trois césariennes antérieures = 40 %, cinq césariennes et plus = 67 % ; voir aussi [17].

3. Enjeux

- Y penser sur des facteurs de risques
- Le reconnaître pour envisager le transfert et s'y préparer +++ [18]

4. Complications

- Décès maternel = 7%
- Hémorragie de plus de deux litres de sang : 66 %, et plus de 5 litres : 15%
- 90% de transfusions avec 40% de transfusions massives de plus de 10 culots globulaires
- Forte probabilité d'une hystérectomie
- Plaie des organes de voisinages, et infection = 28%

5. Echographie [13]

- Lacunes placentaires
- Disparition de l'espace clair rétro-placentaire
- Interruption ou anomalie des contours postérieurs de la vessie
- Hypervascularisation utéro-placentaire
- Aspect placentaire pseudo-tumoral en regard de la séreuse utérine
- A compléter éventuellement par une IRM [13]

6. Prise en charge [13, 19]

- En cas de diagnostic pré-opératoire, nécessité d'une prise en charge prénatale des mères, pour lesquelles existe une suspicion de placenta accreta, dans un centre disposant d'un plateau technique adapté :
 - ✓ Réanimation maternelle
 - ✓ Praticien capable de réaliser des gestes de chirurgie d'hémostase
 - ✓ Possibilités d'embolisation
 - ✓ Après information de la patiente...
- En cas de découverte per-opératoire :
 - ✓ Privilégier les méthodes non-extirpatives (clivage partiel du placenta accreta)

Références principales

1. Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol* 2000;17:101-105.
2. Ananth C. V., Smulian J. C., Vintzileos A. M. The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(5):1299-1304.
3. SOGC. Diagnostic et prise en charge du placenta praevia. <http://www.sogc.org/guidelines/documents/189F-CPG-Mars2007pdf> 2007;189:7 pages.
4. Leerentveld RA, Gilberts EC, Arnold MJ, Wladimiroff JW. Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization. *Obstet Gynecol* 1990;76:759-762.
5. Timor-Tritsch IE, Yunis RA. Confirming the safety of transvaginal sonography in patients suspected of placenta previa. *Obstet Gynecol* 1993;81:742-744.
6. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol* 2002;99:692-697.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia And Placenta Praevia Accreta: Diagnosis And Management. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT27PlacentaPraeviaAccreta2005pdf> 2005;27:12 pages.
8. Alan TNT, Landon MB, Spong CY, for the Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *NEJM* 2009;360:111-120.
9. Parekh N, Husaini SW, Russell IF. Caesarean section for placenta praevia: a retrospective study of anaesthetic management. *Br J Anaesth* 2000;84:725-730.
10. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1432-1437.
11. Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire n° DHOS/01/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation du transport périnatal des mères.
12. Kayem G., Grange G., Goffinet F. [Management of placenta accreta]. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35(3):186-192.
13. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, BouSSION F, Delorme B, Gillard Ph, et al. Placenta accreta : fréquence, diagnostic prénatal et prise en charge. 29èmes Journées de la Société Française de Médecine périnatale 2009;(48 références):169-183.
14. Clouqueur E., Rubod C., Paquin A., Devisme L., Deruelle P. [Placenta accreta: diagnosis and management in a French type-3 maternity hospital]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;37(5):499-504.
15. Miller D. A., Chollet J. A., Goodwin T. M. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(1):210-214.
16. Silver R. M., Landon M. B., Rouse D. J., Leveno K. J., Spong C. Y., Thom E. A., et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1226-1232.
17. Grobman W. A., Gersnoviez R., Landon M. B., Spong C. Y., Leveno K. J., Rouse D. J., et al. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1249-1255.
18. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115:65-69.
19. CNGOF. Hémorragies du post-partum immédiat. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33 2004 - 4S1-4S136. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM#cas.

=====