

# PLACENTA DU SPECTRE ACCRETA

HOR LAT SORIYA

# I. GENERALITE

- Placenta du spectre accreta (PSA) est une condition de grossesse à haut risque qui survient lors de placenta pénètre trop profondément dans la paroi utérine.
- PSA est une des principales causes d'hystérectomie péri-partum, de morbidité maternelle et même de mortalité.
- Plus de 95% des femmes présentant un placenta du spectre accreta ont déjà eu au moins une césarienne.

# I. GENERALITE

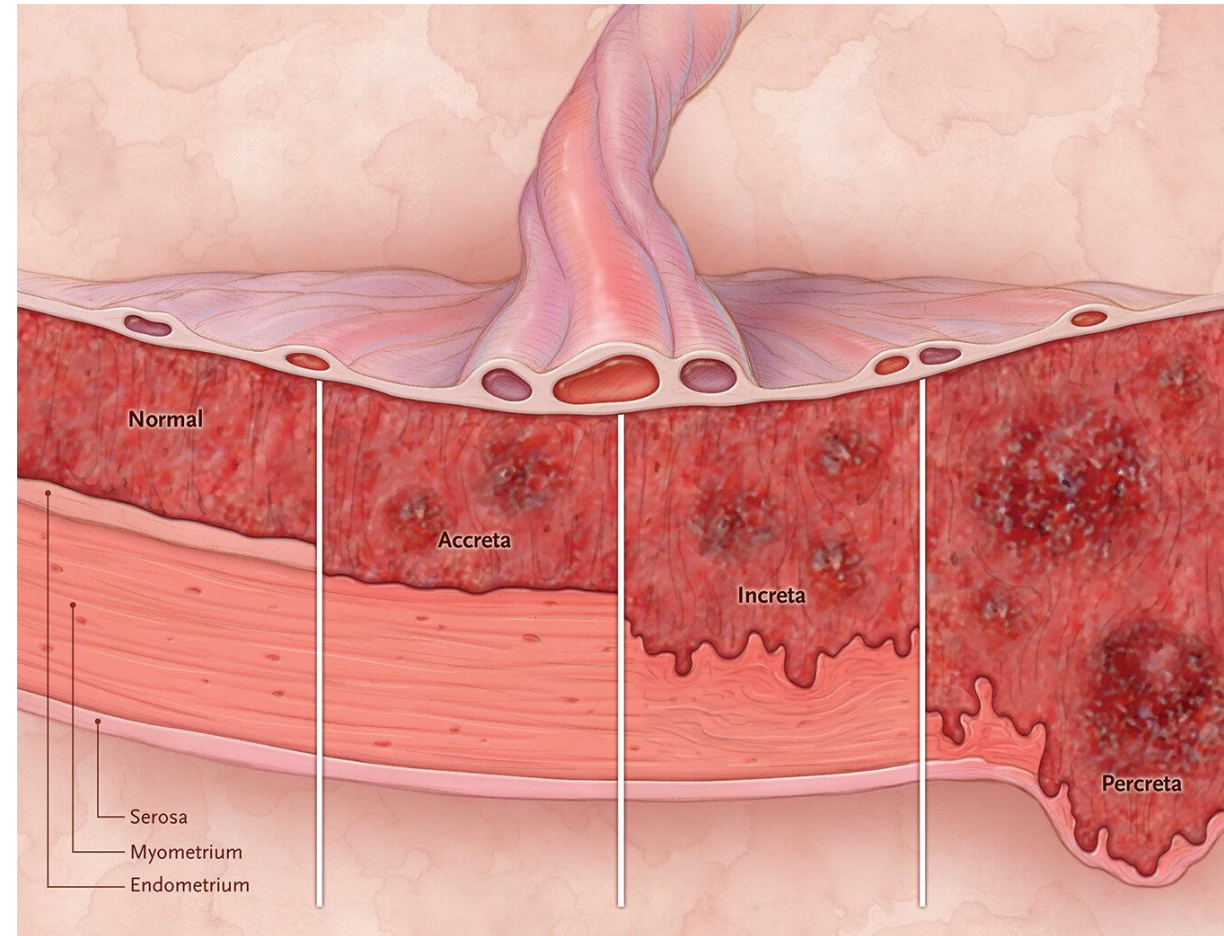
## ➤ Classification de FIGO en 2019 :

3 Grades de PSA

Grade 1 : Placenta adhérent ou creta

Grade 2 : Placenta increta

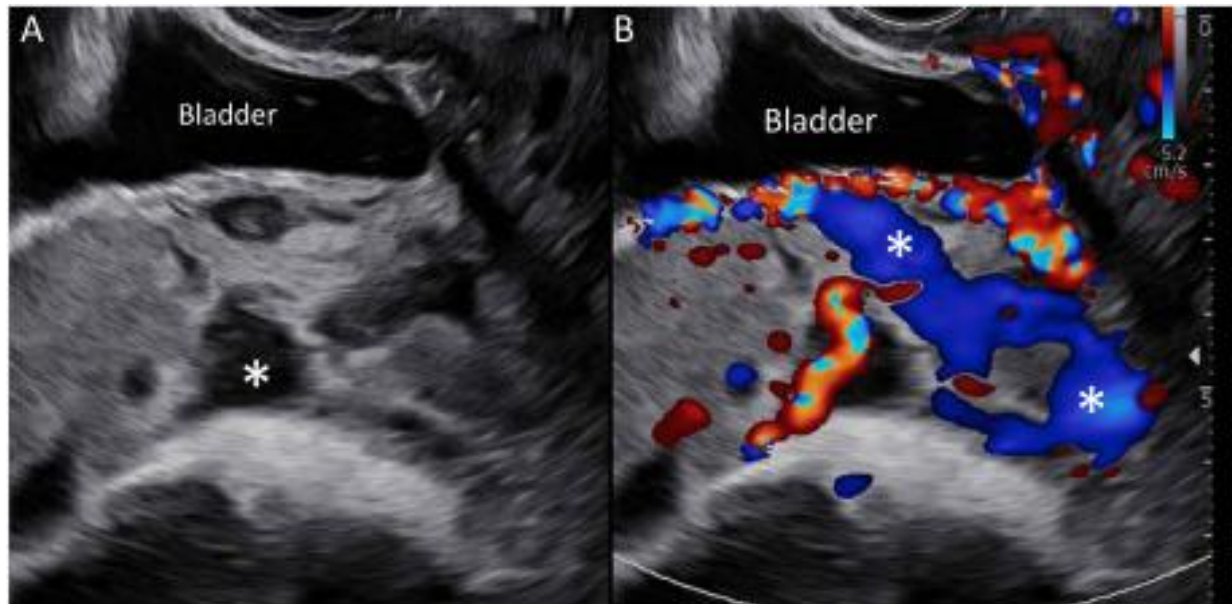
Grade 3 : Placenta percreta.



# I. GENERALITE

## ➤ Circonstances de découverte:

- Diagnostic anténatal (par échographie ou IRM)
- Diagnostic per-opératoire au cours de la césarienne
- Hémorragie grave au moment de la délivrance du placenta

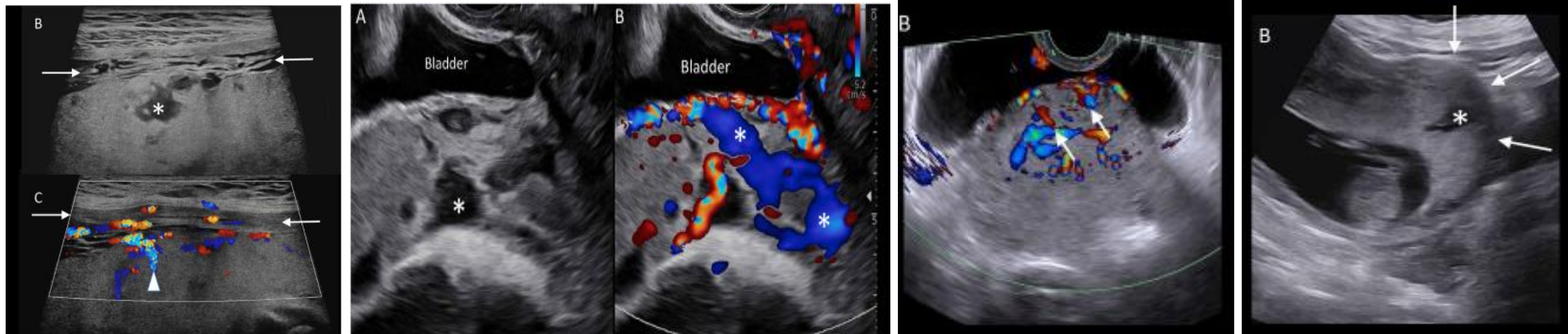




# I. GENERALITE

## ➤ Signes échographiques de PSA :

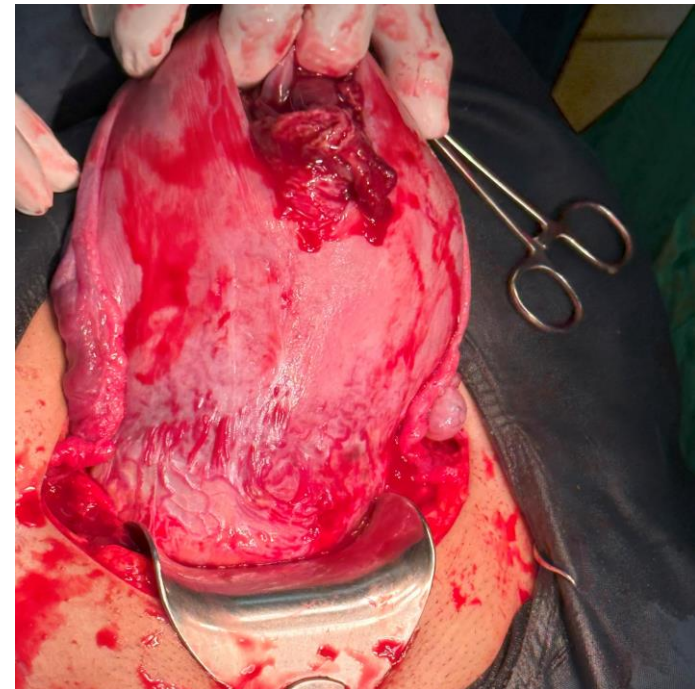
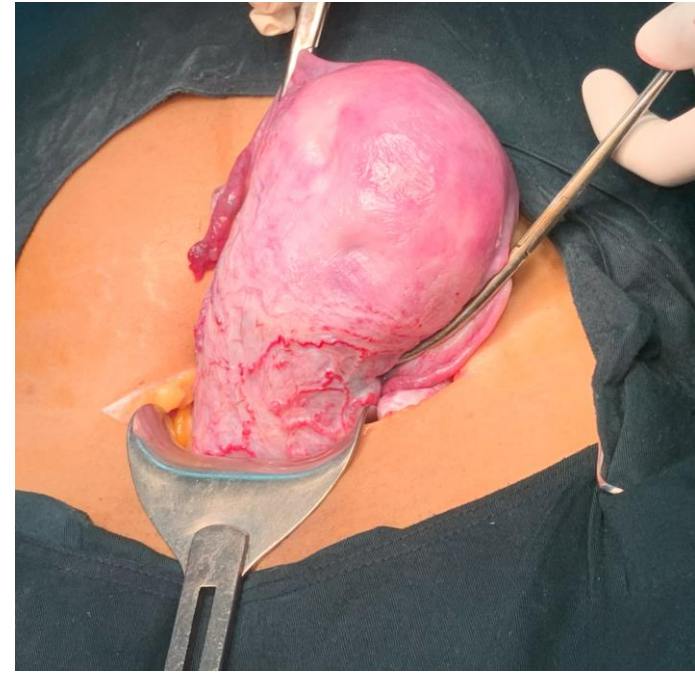
- Lacunes multiples intra-placentaires
- Interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse utérine- vessie
- Perte de liséré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre
- Masse exophytique du placenta en regard de la séreuse utérine



# I. GENERALITE

## ➤ Prise en charge

- Traitement radical : césarienne-hystérectomie
- Traitement conservateur:
  - laisser le placenta in situ
  - résection partielle de la zone d'accrета



## II. NOTRE ETUDE

- Étude rétrospective
- Service de maternité du Centre National de Protection Maternelle et Infantile (CNPMI), Phnom Penh, Cambodge
- Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2021
- 31 dossiers médicaux de patientes hospitalisées pour un PSA
- Toutes les patientes diagnostiquées pour PSA et âge gestationnel > 26SA
- Analysées dans EXCEL version 11
- Pas de conflit d'intérêt

## II. NOTRE ETUDE

### ➤ Objectifs:

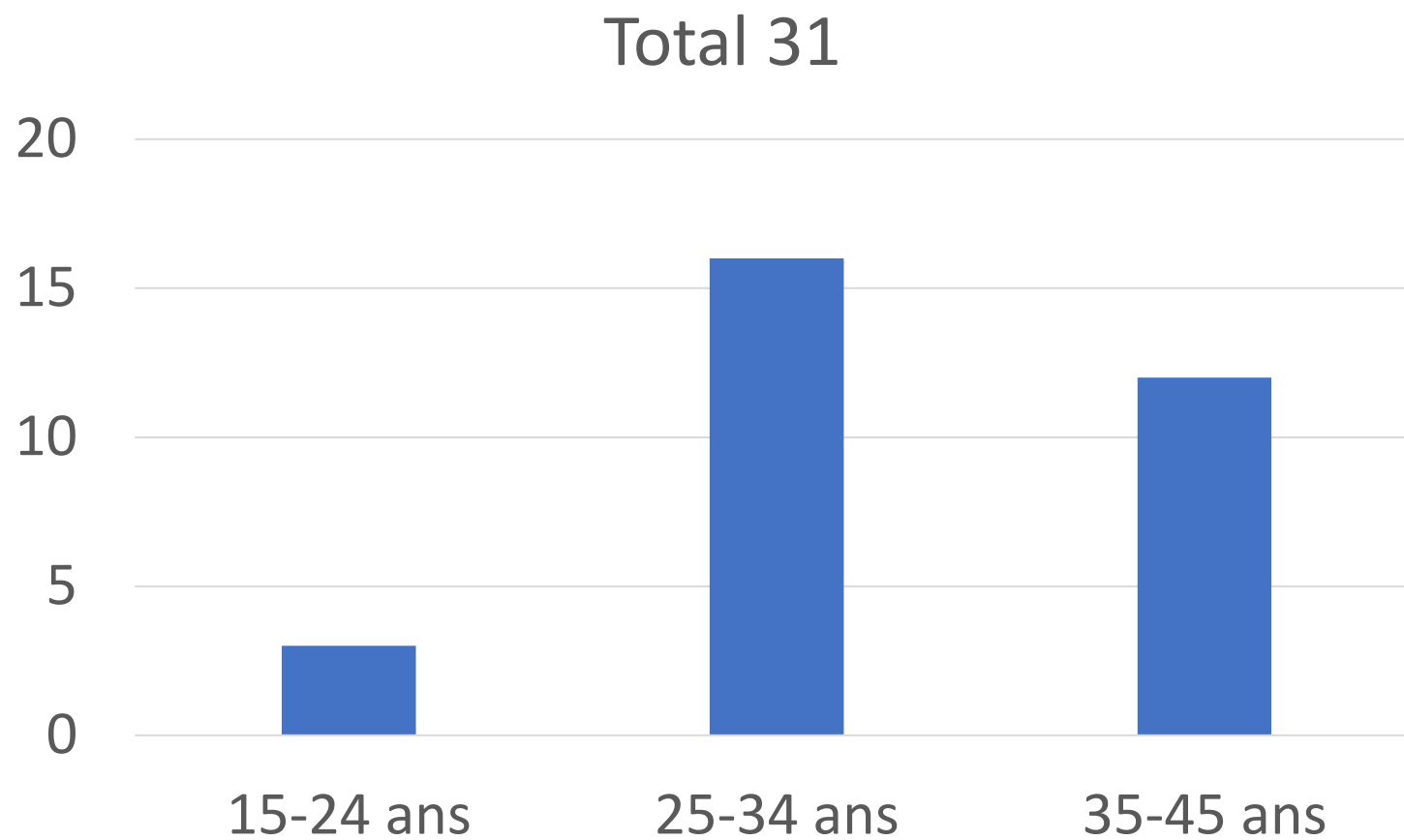
- Déterminer le profil épidémiologique (incidence, facteurs de risque)
- Décrire les circonstances de découverte
- Moyens de diagnostic
- Modalité thérapeutique
- Morbi-mortalité maternelle
- Proposer les recommandations



# III. RESULTATS

- 8606 femmes enceintes ont accouchées pendant notre période d'étude au service de Maternité du CNPMI.
- 31 parturientes sont diagnostiquées de PSA.
- Incidence de PSA dans notre étude est de **1/277** accouchement.
- Durée moyenne d'hospitalisation: 8 jours
- 9 femmes ont accouché par voie basse ( 5 cas transférées).

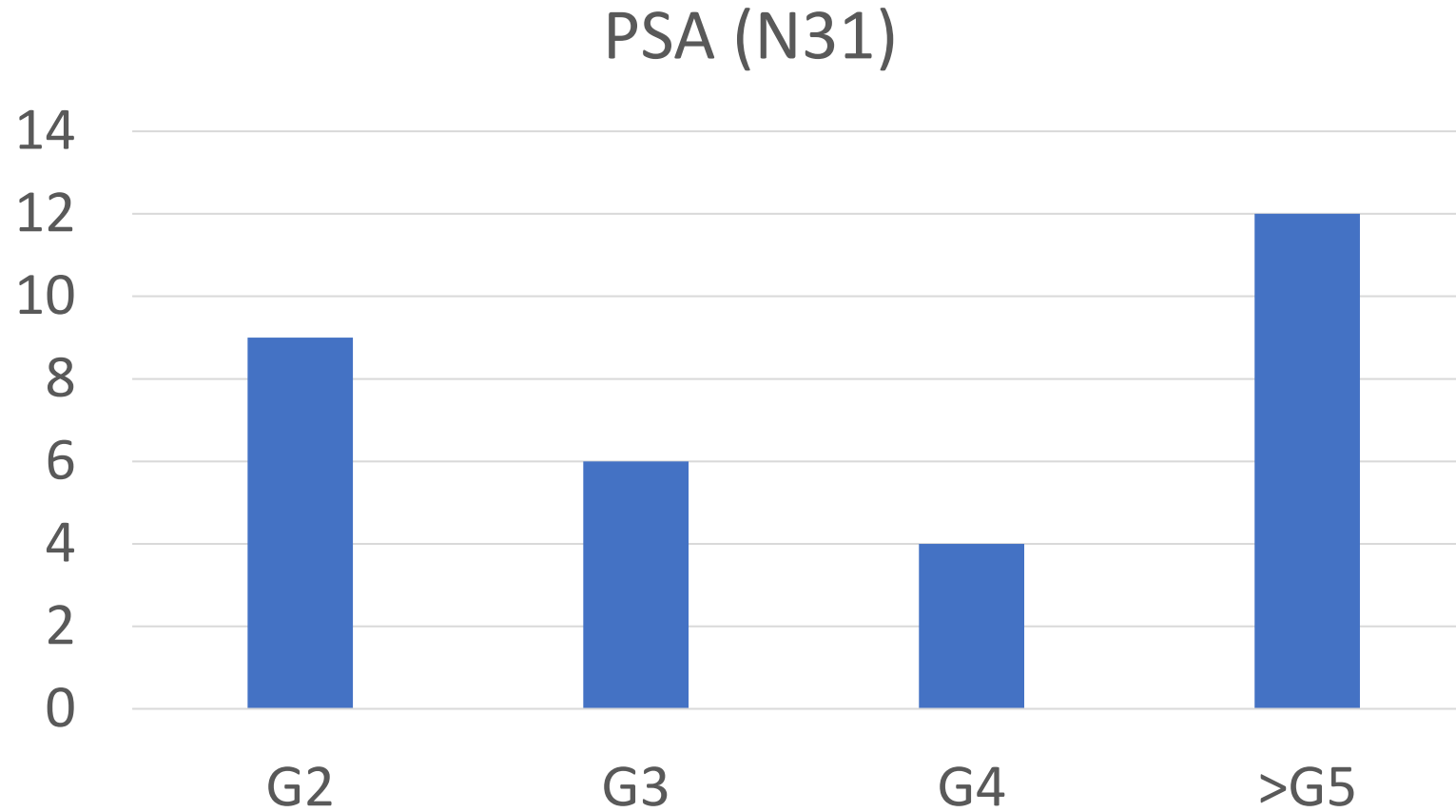
# III. 1. AGE MATERNEL



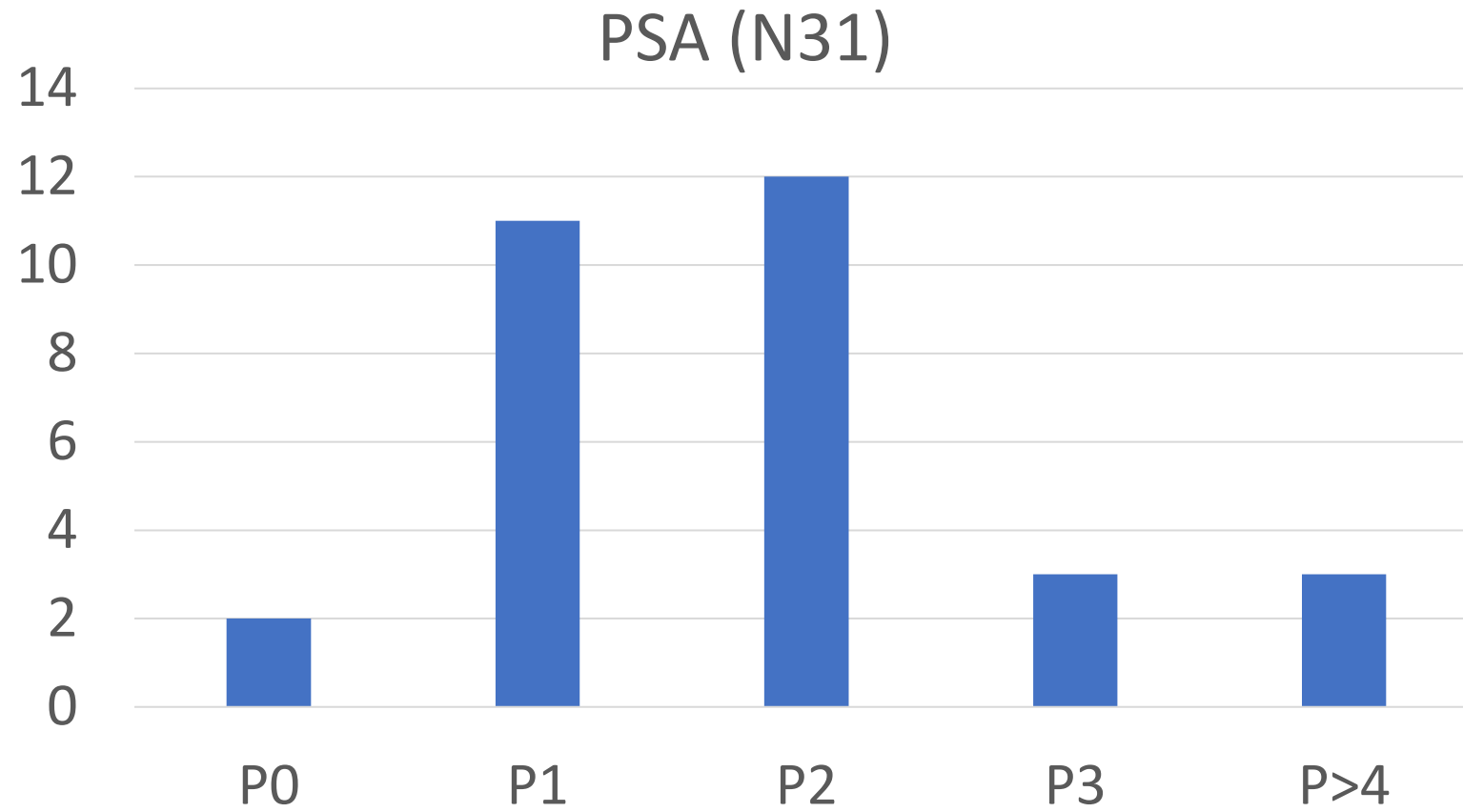
## III.2. REPARTITION GEOGRAPHIQUE

PROVENANCE	PSA (N 31)
Phnom Penh	10
Kandal	8
Prey Veng	4
Kampong Speu	3
Kampong Chhnang	3
Kampot	2
Kampong Thom	1
<b>Total</b>	<b>31</b>

# III.3. GESTITE

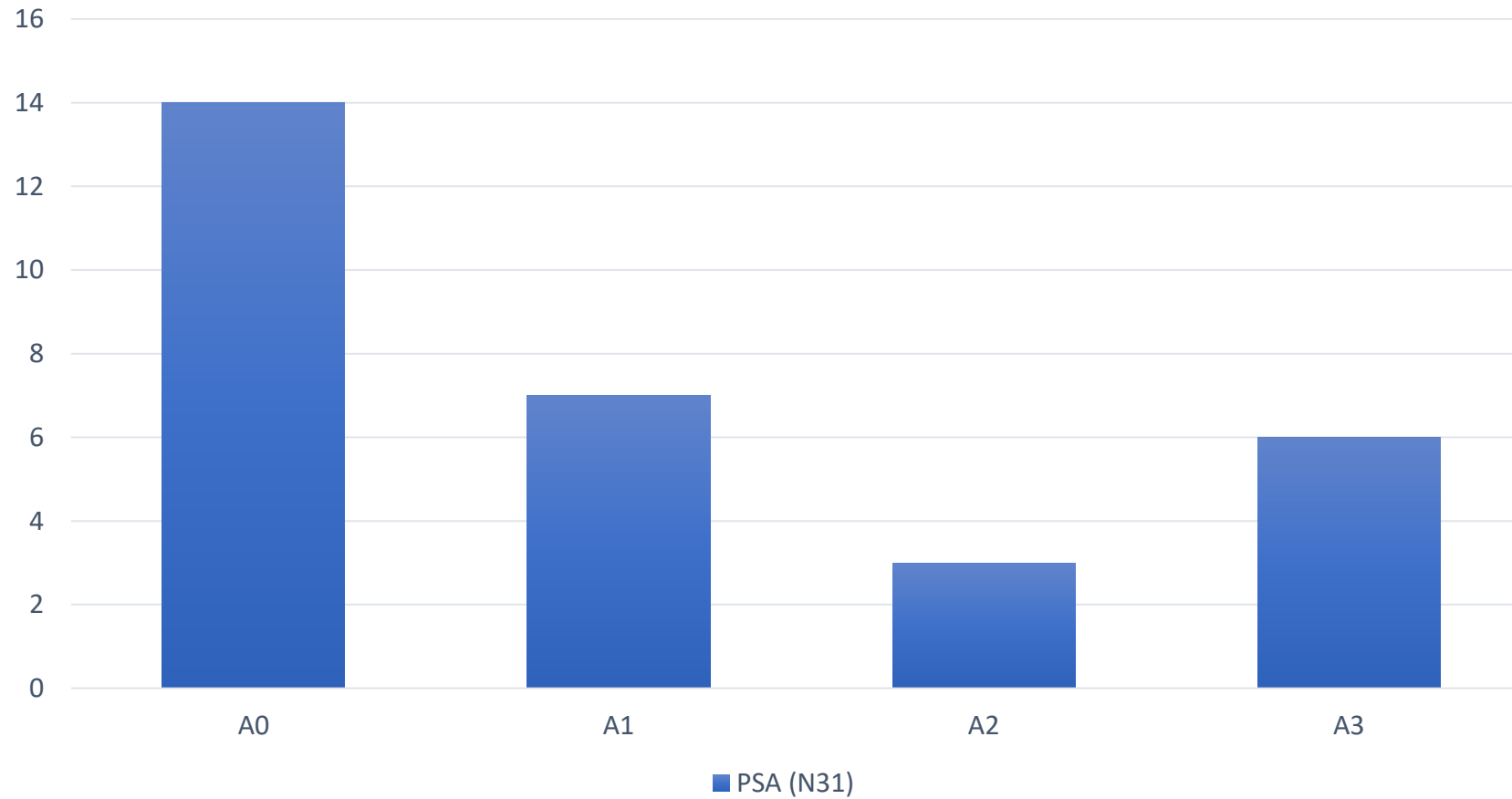


# III.4. PARITE

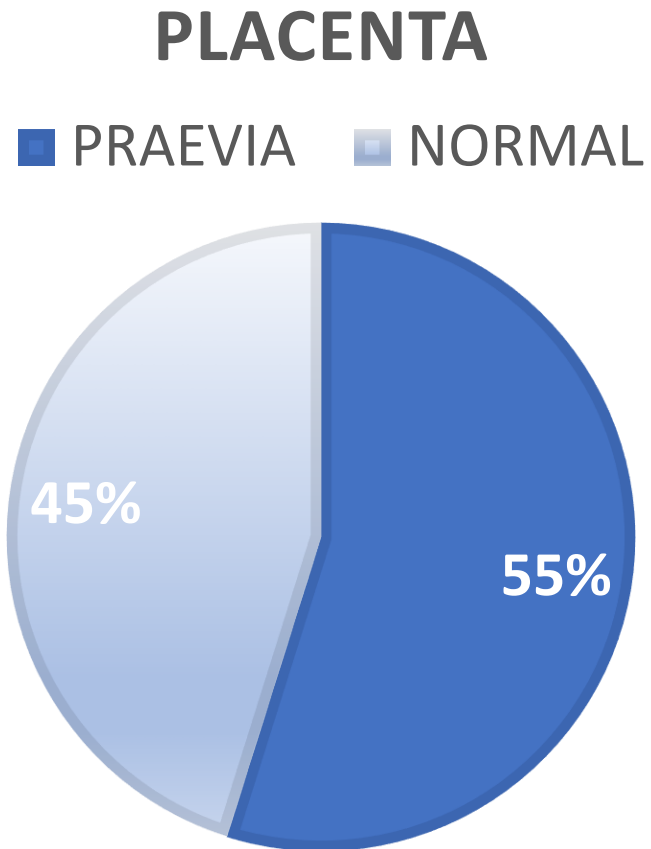




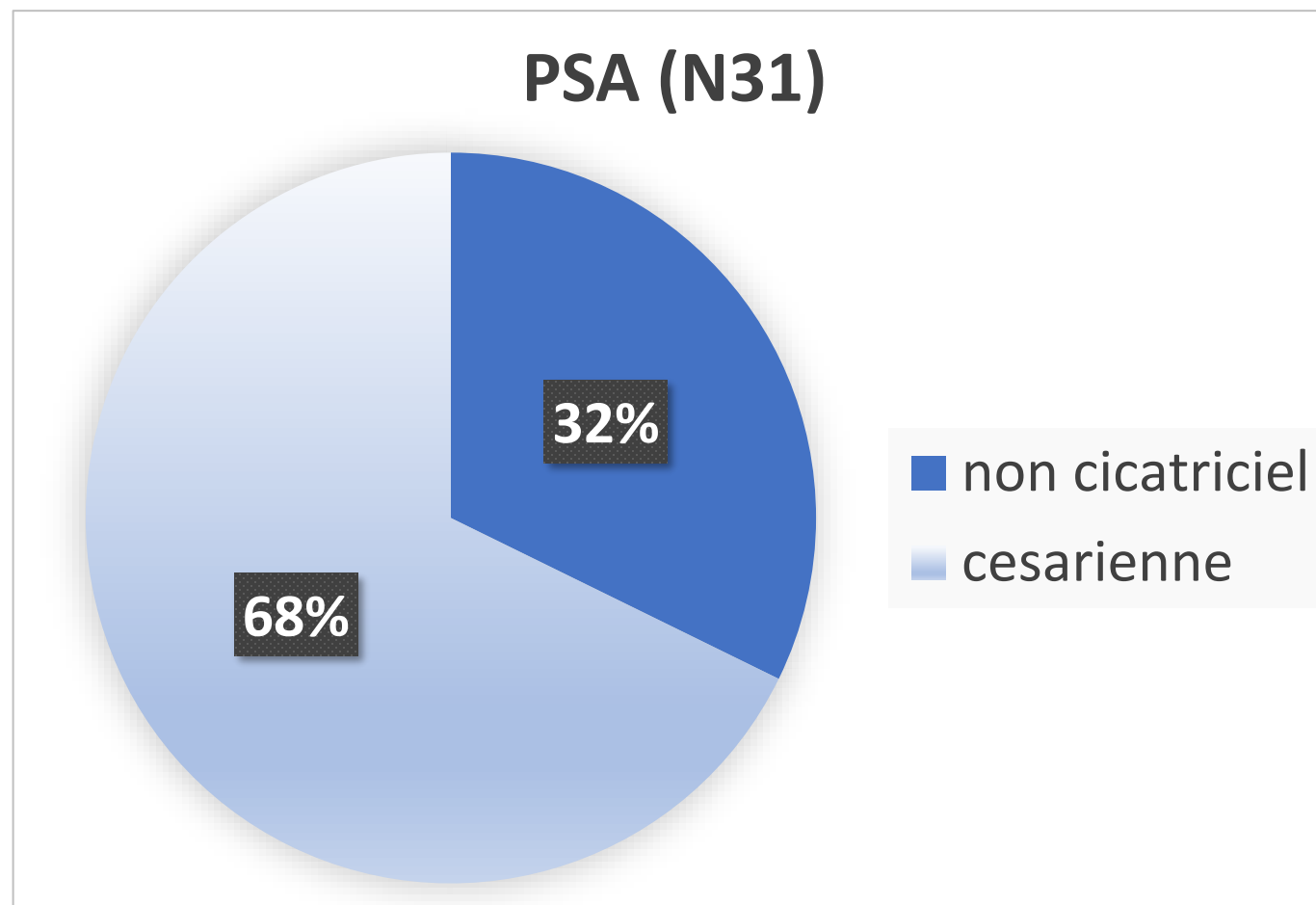
# III.5. AVORTEMENT



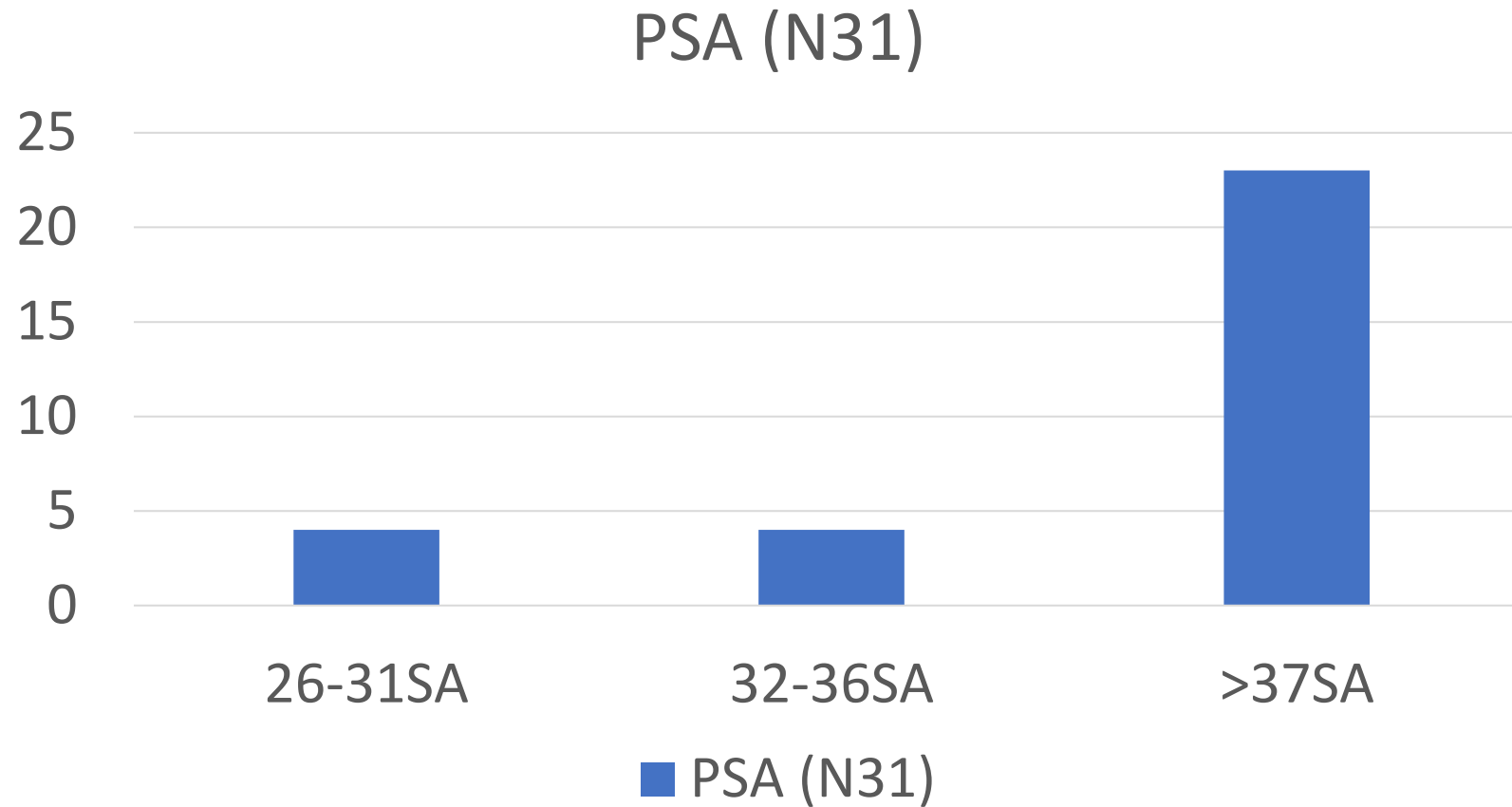
# III.6. FACTEUR DE RISQUE PRAEVIA



## III.7. UTERUS CICATRICIEL (CESARIENNE)



## III.8. AGE GESTATIONNEL A L'ADMISSION



## III.9. MOTIF D'ENTREE

Motif d'entrée	PAS (N31)	Pourcentage
Asymptomatique, par Echo	5	16%
Travail	8	25%
Hémorragie génitale 3 <sup>e</sup> trimestre	8	25%
Hémorragie post-partum	5	16%
MFIU	1	
Terme	1	
RPM	2	6%
Covid	1	
Total	31	100%



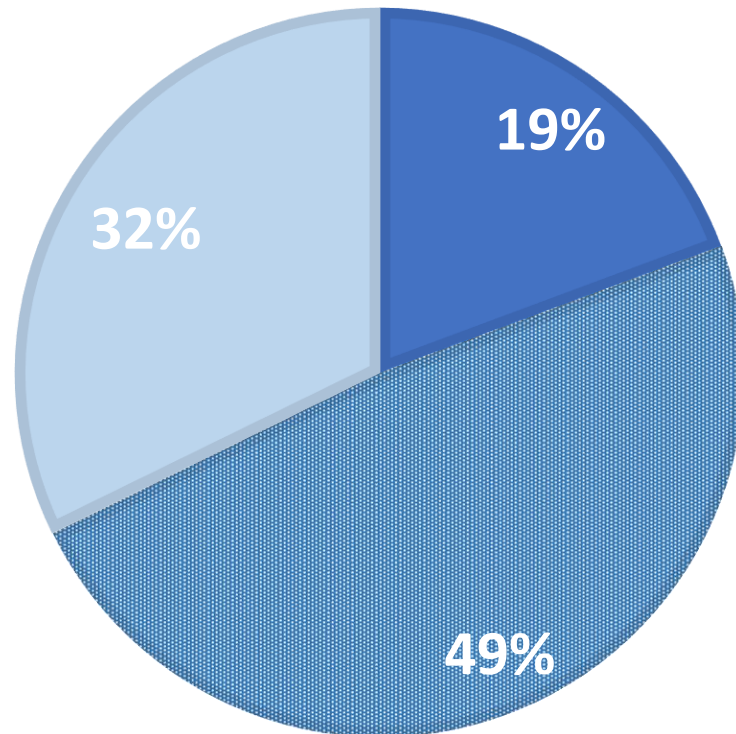
## III.10. DIAGNOSTIC ANTENATAL

ÉCHOGRAPHIE	PSA (N 31)	POURCENTAGE
PAS D'ÉCHOGRAPHIE	9	29%
ECHOGRAPHIE	22 (Non détecté PSA : 11)	71% (35%)
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

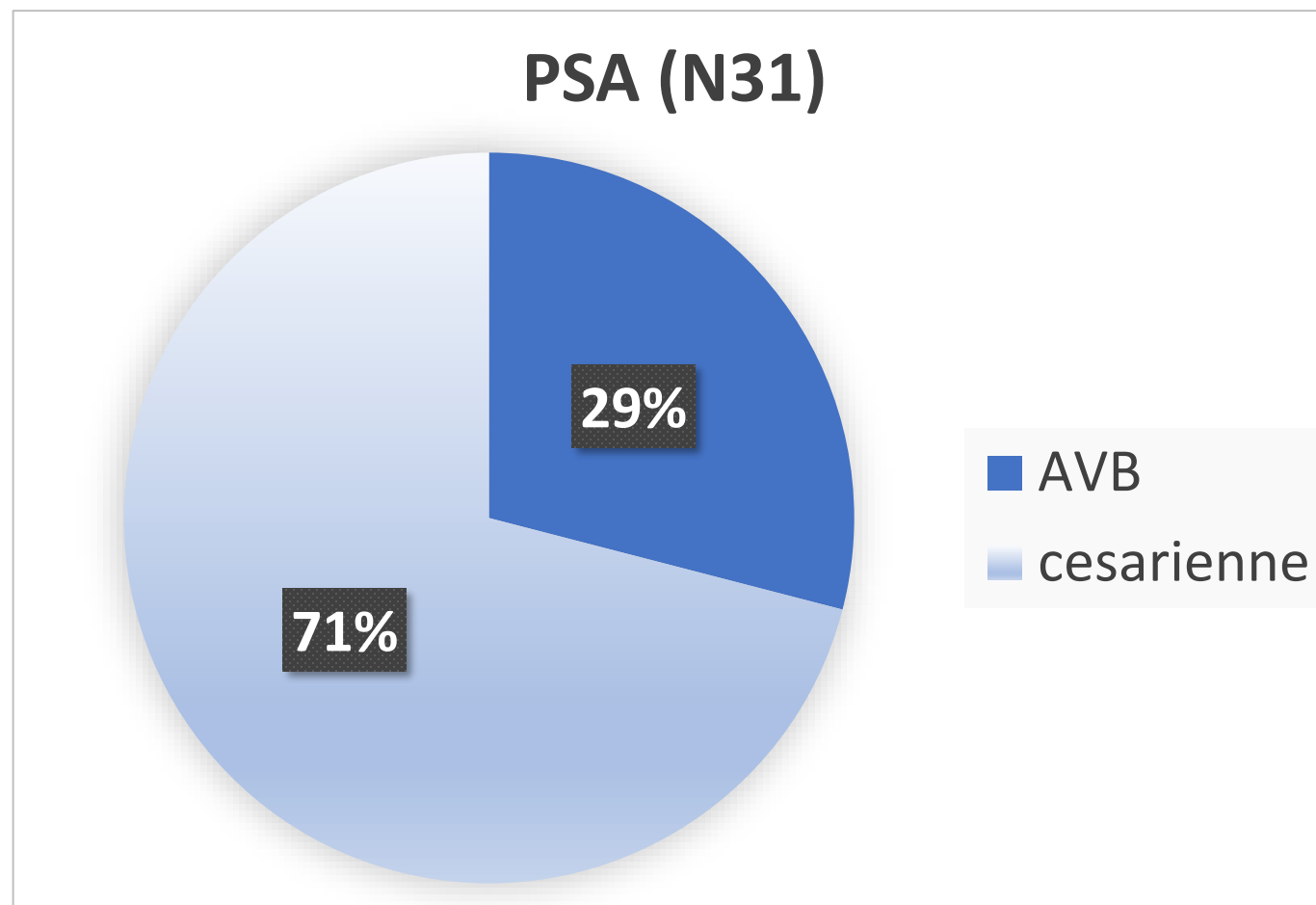
## III.2. TYPE DE PSA (DIAGNOSTIC PER-OPERATOIRE)

### TYPES DE PSA

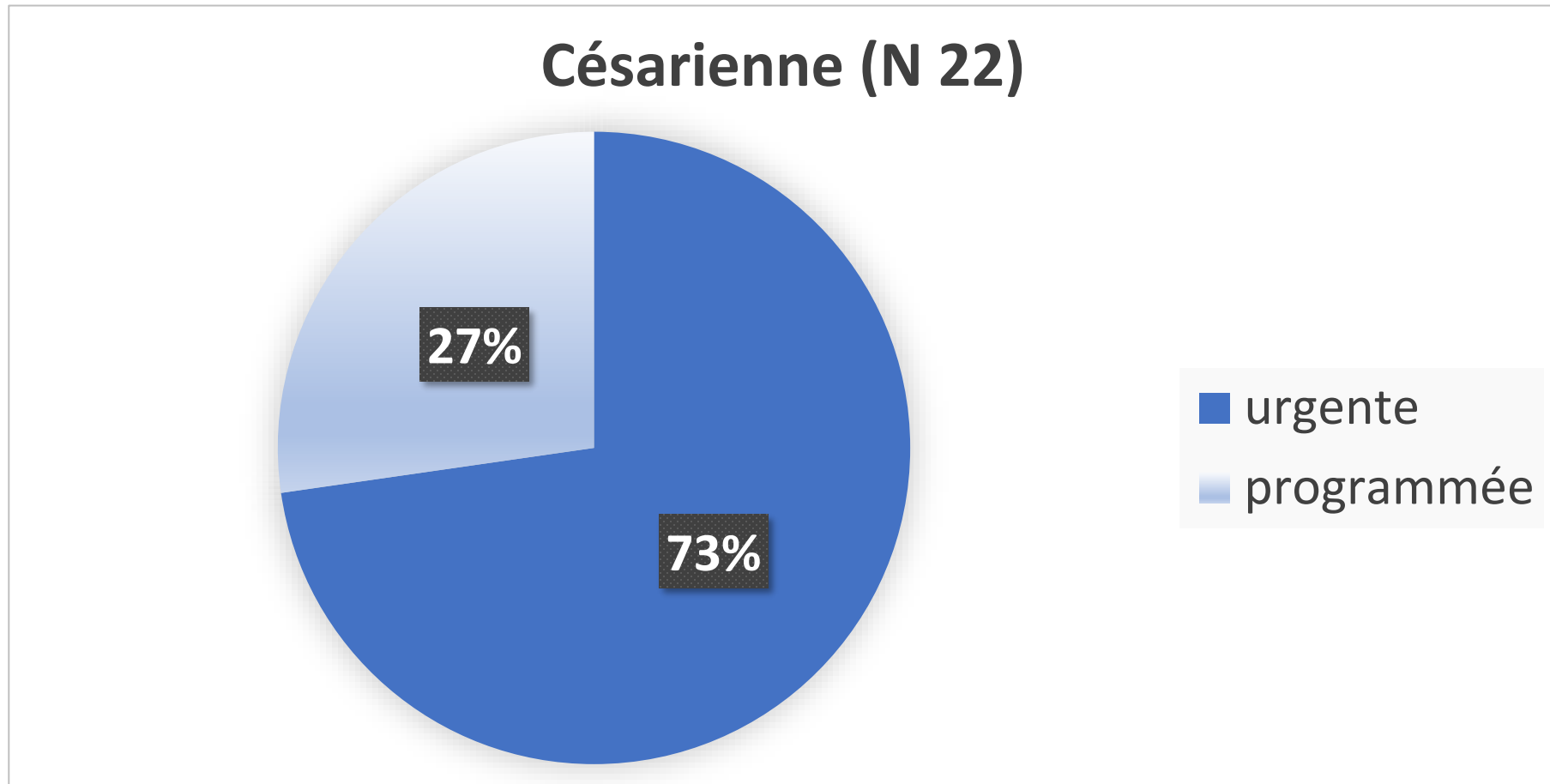
■ Placenta accreta   ■ Placenta increta   ■ Placenta percreta



## III.11. VOIE D'ACCOUCHEMENT



## III.12. TYPE DE CESARIENNE



# III.13. PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

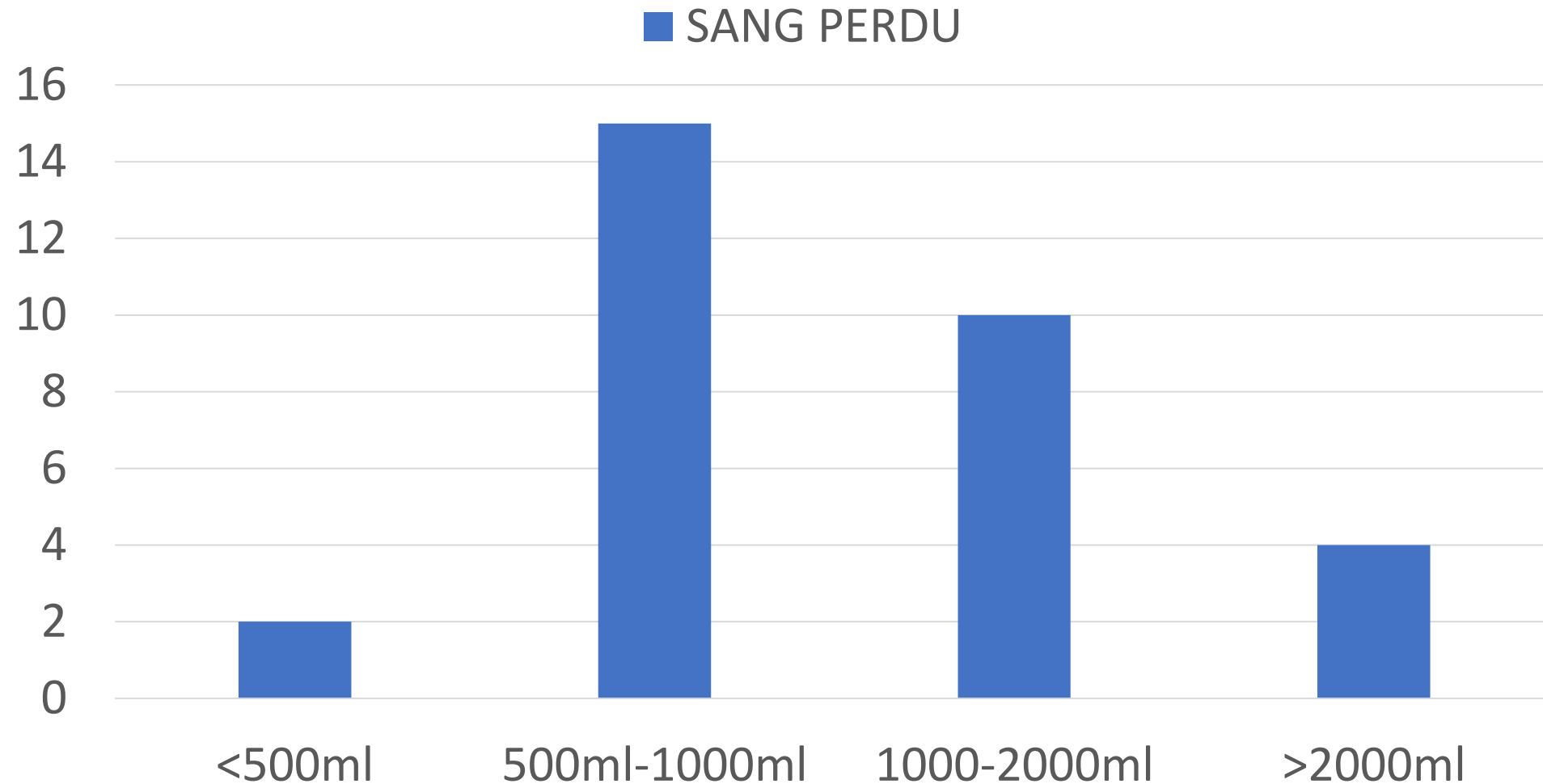
INTERVENTION	PSA (N 31)
HYSTÉRECTOMIE D'HÉMOSTASE	22 (5 après AVB)
LIGATURE ARTÈRE UTÉRINE	2
TSIRULNIKOV	2
LIGATURE ARTÈRE HYPOGASTRIQUE	2
PLICATURE UTÉRINE	2
DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE POST-PARTUM	9



# V.14. COMPLICATION PER-OPERATOIRE

COMPLICATIONS	PSA (N 31)
PAS DE COMPLICATION	24
PLAIE VÉSICALE	3
PAS DE LAPAROTOMIE	4
<b>Total</b>	<b>31</b>

# III.15. SANG PERDU PER-OPERATOIRE



## III.16. TRANSFUSION

TRANSFUSION	PSA (N 31)
PAS DE TRANSFUSION	5
< 5 unités	21
5-10 unités	5
> 10 unités	0
<b>Total</b>	<b>31</b>

## III.17. POIDS FOETAL A LA NAISSANCE

POIDS FOETAL	N 31	POURCENTAGE
< 1500g	4	13
1500-2000g	3	9
2000-2500g	4	13
>2500g	20	65
Total	31	100%

## III.18. CONSEQUENCE NEONATALE

COMPLICATION	PSA 31
PAS DE COMPLICATION	26
MFIU	1
DÉCÈS	4



## III.19. FUTURE GROSSESSE (CONSERVATEUR)

Parmis les 9 patientes

- 3 ligature tubaire
- 2 contraception
- 4 change son numéro de téléphone

# IV. DISCUSSION INCIDENCE

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	INCIDENCE DE PSA
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	1/277
<b>Chhiv leng Ly</b>	Calmette, Cambodge	2021	1/296
<b>Bluth A, et al.</b>	Allemagne	Juillet 2012- Décembre 2019	1/401
<b>Mogos MF, et al.</b>	United States	1998 - 2011	1/272

## IV. DISCUSSION AGE MATERNEL

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	AGE MATERNEL
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	32
<b>Chhiv Ieng Ly</b>	Calmette, Cambodge	2021	33.9
<b>Bluth A, et al.</b>	Allemagne	Juillet 2012- Décembre 2019	31
<b>Saphat R</b>	CNPMI, Cambodge	Jan 2016 – Juin 2017	33.4
<b>Chevalier G, Devisme L</b>	CHU Lille, France	2007-2017	34

# IV. DISCUSSION AGE GESTATIONNEL

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	AGE GESTATIONNEL
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	35.9
<b>Bluth A, et al.</b>	Allemagne	Juillet 2012- Décembre 2019	37
<b>Saphat R</b>	CNPMI, Cambodge	Jan 2016 – Juin 2017	36.5
<b>Chevalier G, Devisme L</b>	CHU Lille, France	2007-2017	34.5

# IV. DISCUSSION FACTEURS DE RISQUE

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	CÉSARIENNE	CURETTAGE	AGE > 35	PRAEVIA
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	<b>68%</b>	38%	38%	55%
<b>Bluth A,et al.</b>	Allemagne	Juil 2012- Déc 2019	41%	52%	-	33%
<b>Saphat R</b>	CNPMI, Cambodge	Jan 2016- Juin 2017	57%	50%	50%	78.5%
<b>Sentilhes L, et al.</b>	Multicentre, France	Juil 2012- Déc 2019	53.8%	39.5%	38.3%	-

# IV. DISCUSSION DIAGNOSTIC ANTENATAL

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	DIAGNOSTIC ANTÉNATAL
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	36%
<b>Chhiv leng Ly</b>	Calmette, Cambodge	2021	32%
<b>Bluth A, et al.</b>	Allemagne	Juillet 2012- Décembre 2019	33%
<b>Chevalier G, Devisme L</b>	CHU Lille, France	2007-2017	72%

# IV. DISCUSSION TYPE DE PAS

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	P ACCRETA	P INCRETA	P PERCRETA
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	19%	49%	32%
<b>Bluth A,et al.</b>	Allemagne	Juillet 2012- Déc 2019	56%	39%	4%
<b>Fong Y</b>	Calmette, Cambodge	2020-2021	57%	14%	29%
<b>Chevalier G, Devisme L</b>	CHU Lille, France	2007-2017	52%		47%



# IV. DISCUSSION PRISE EN CHARGE

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	CÉSARIENNE	AVB	HYSTÉRECTOMIE
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	71%	29%	71%
<b>Chhiv leng Ly</b>	Calmette, Cambodge	2021	100%	0	64%
<b>Bluth A, et al.</b>	Allemagne	Juil 2012- Déc 2019	65%	35%	39%
<b>Chevalier G, Devisme L</b>	CHU Lille, France	2007-2017	93%	7%	91%

# IV. DISCUSSION MORBIDITE MATERNELLE

ÉTUDE	PAYS	ANNÉE	SANG PERDU	PLAIE VESICALE	HOSPITALISATION
<b>Notre étude</b>	CNPMI, Cambodge	2021	1200	9%	8j
<b>Bluth A, et al.</b>	Allemagne	Juil 2012- Déc 2019	1600	2%	6j
<b>Chevalier G, Devisme L</b>	CHU Lille, France	2007-2017	1986	26%	9j

# V. CONCLUSION

- En 2021, nous avons retrouvé 31 cas de PAS soit une incidence de **1/277** accouchements.
- Le risque de PSA: césarienne, curetage et âge maternel > 35ans.
- 41% des femmes présentent de l'hémorragie (25% au 3e T et 16% HPP)
- 71% ayant une échographie anténatale (seule **36%** détecté de PSA)
- Hystérectomie est le traitement de première intention soit 71%.
- Aucun cas de mortalité maternelle.
- 83% de nouveau-né de bonne santé

# VI. RECOMMANDATIONS

- Améliorer la consultation prénatale notamment le diagnostic prénatal par échographie du placenta
- Dépister systématiquement de PSA sur la patiente ayant de l'utérus cicatriciel surtout associé avec placenta prévia
- Éviter l'indication de césarienne non raisonnable.
- Prendre en charge les patientes diagnostiquées de PSA à l'hôpital de niveau III capable de PEC multidisciplinaire-Transfusion.
- Le traitement de 1<sup>er</sup> intention de PSA est le traitement radical (Césarienne-Hystérectomie).

# VII. RÉFÉRENCES

1. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after caesarean delivery: A systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217:27–36.
2. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Jul;146(1):20-24. doi: 10.1002/ijgo.12761.
3. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S. FIGO Duncombe FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2019;146(1):20–24. doi:10.1002/ijgo.12761
4. Mulubrhan F Mogos, Jason L Salemi, Mary Ashley, Valerie E Whiteman, Hamisu M Salihu; Recent trends in placenta accreta in the United States and its impact on maternal-fetal morbidity and healthcare-associated costs, 1998-2011. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(7):1077-82. doi: 10.3109/14767058.2015.1034103. Epub 2015 Apr 21.
5. **Bluth A**, Schindelbauer A, Nitzsche K, Wimberger P, Birdir C.; Placenta accreta spectrum disorders- experience of management in a German tertiary perinatal center. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Jun;303(6):1451-1460. doi: 10.1007/s00404-020-05875-x. Epub 2020 Dec 7.
6. [HTTPS://RESIDENT360.NEJM.ORG/CLINICAL-PEARLS/PLACENTA-ACCRETA-SPECTRUM](https://resident360.nejm.org/clinical-pearls/placenta-accreta-spectrum)
7. Anne Kennedy, April Griffith, Brett Einerson, Paula J. Woodward; Pitfalls in sonographic evaluation of placenta accreta spectrum; <https://doi.org/10.1016/j.wfumbo.2023.100016>



# ಸ್ವಚ್ಛ ಹೆಸರು

