



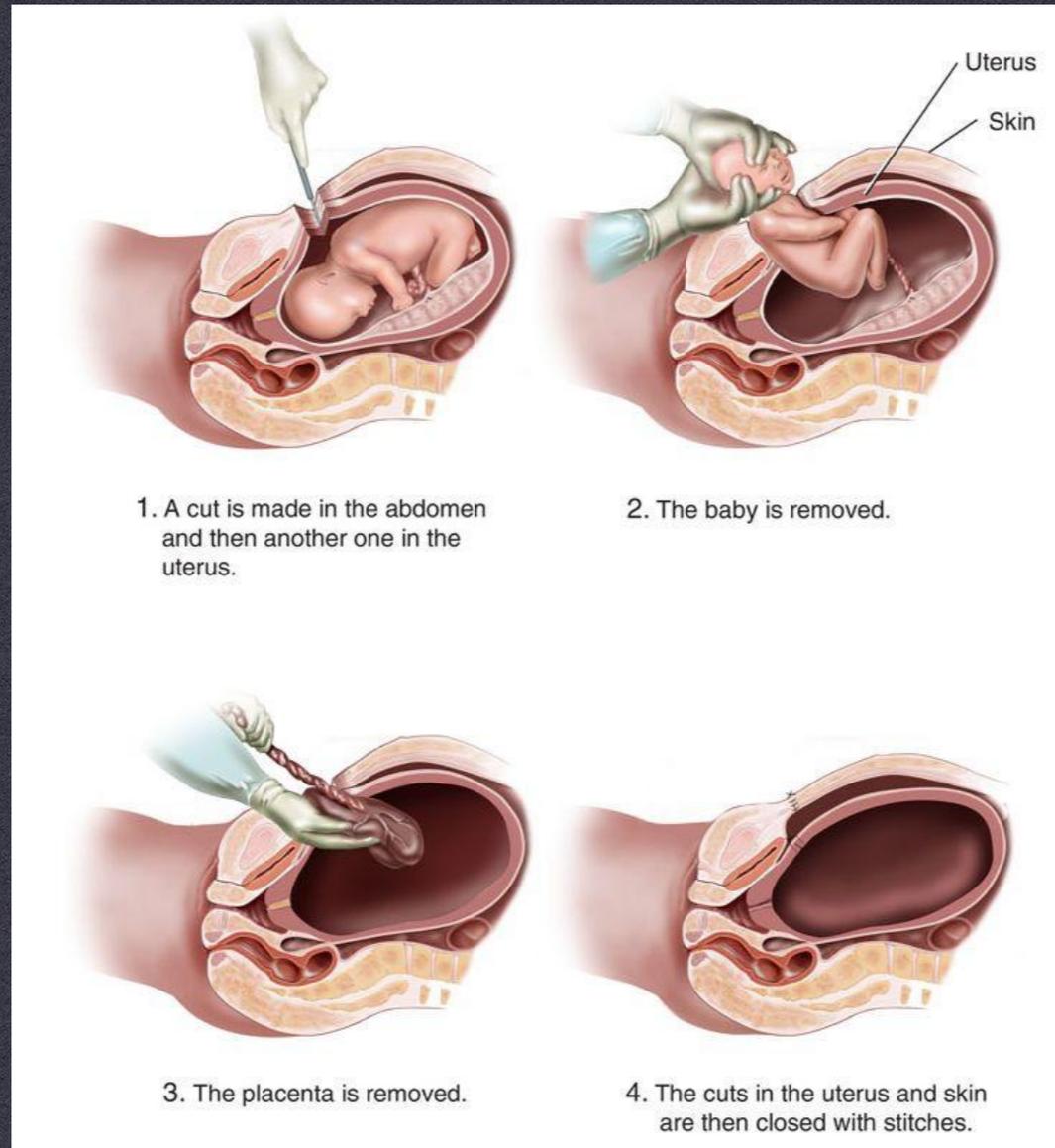
CNGOF 2017 VIETNAM

DR LENGLET YANN

PRATICIEN HOSPITALIER
CHEF DE SERVICE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
CENTRE HOSPITALIER DE VICHY

Conflit d'intérêt

Aucun



PROJET

UTERUS CICATRICIEL

COMPLICATIONS ET PRISE EN CHARGE

DATE

05/2017

CLIENT

CNGOF

DEFINITION

- * Utérus porteur d'une cicatrice d'origine obstétricale ou gynécologique
 - * **Antécédent de Césarienne +++**
 - * Myomectomie
 - * cure de synéchie
 - * Antécédent de Curetage (IVG, grossesse arrêtée)

DEFINITION (2)

- * L'utérus cicatriciel pose les problématiques suivantes:
 - * Pronostic de l'accouchement suivant
 - * **complications spécifiques** per gravidiques
 - * infertilité
- * Utérus bi-cicatriciel, tri mais encore plus !

Cicatrice Obstétricale

- * La plus fréquente
- * **Hystérotomie segmentaire transversale**
- * + rarement segmentaire verticale, voire corporéale.

Risques Obstétricaux

- * Nous allons traiter ces 3 sujets :
 - * **Rupture utérine**
 - * **Anomalies d'insertion placentaire** (placenta Praevia, Acreta, voire Percreta)
 - * **GEU cicatricielle**

RUPTURE UTERINE

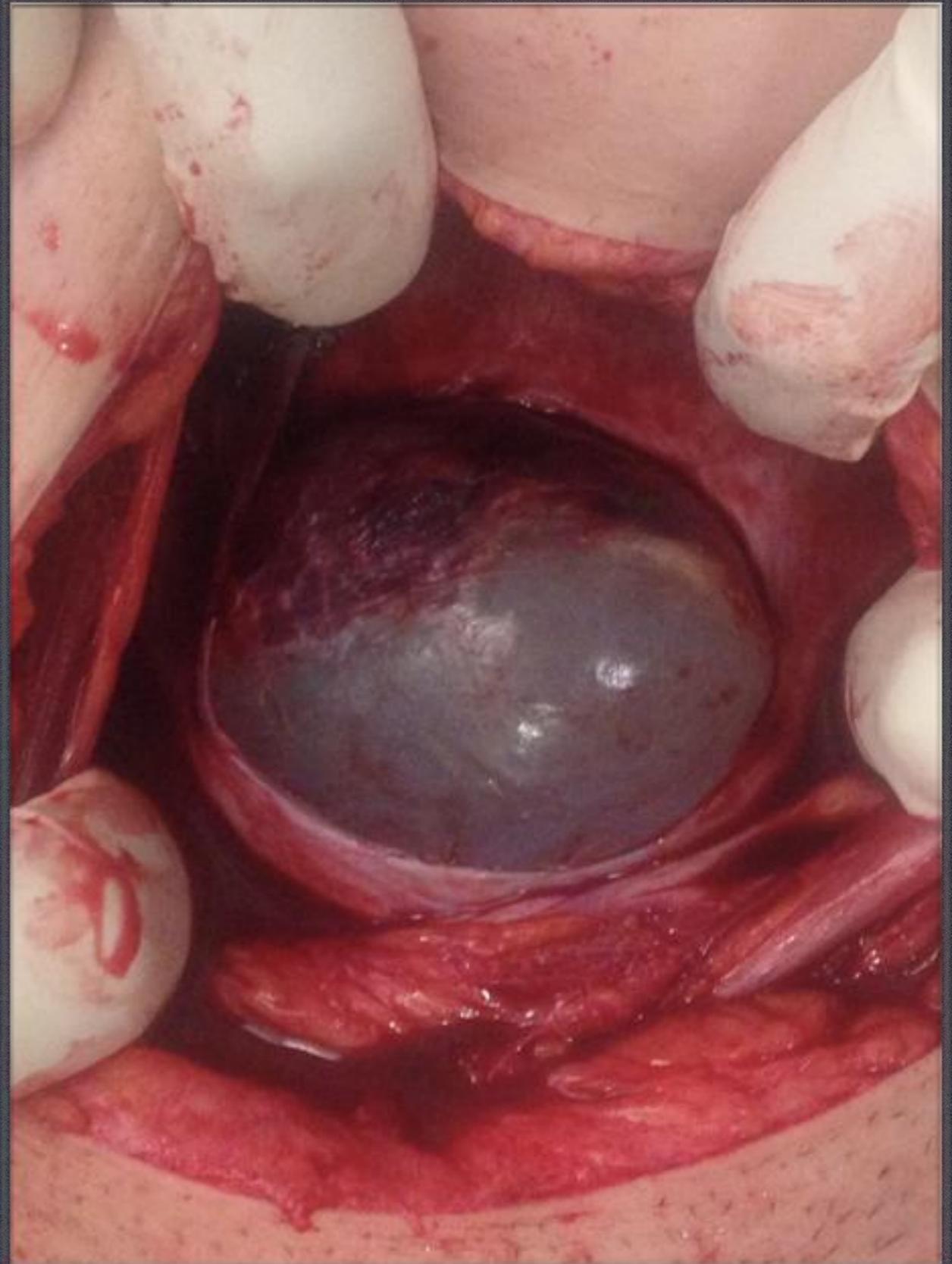
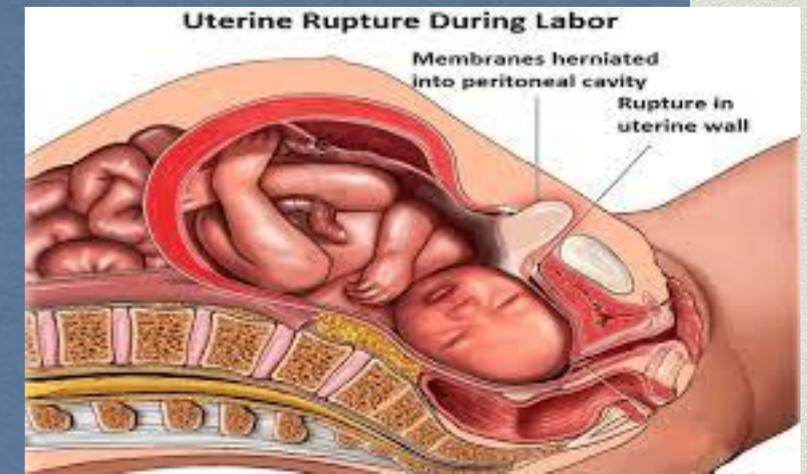


Tableau clinique de Rupture à 32 SA

RUPTURE UTERINE



- * **La Déhiscence** est une forme de pré-rupture utérine : le myomètre est rompu, mais la poche des eaux est intacte
- * **La Rupture** est le stade ultime avec rupture de la poche des eaux et irruption du foetus dans la cavité abdominale.
- * Les cicatrices d'hystérotomie corporéale, de myomectomie, et les antécédents de rupture utérine, augmentent fortement le risque
- * **Clinique** : Douleurs +++ , métrorragies, altération du RCF, utérus en « sablier »
- * **Rupture utérine** : 0,1 à 0,5% des utérus cicatriciels, et 0,2 à 0,8% des Tentatives de Voie Basse sur utérus cicatriciels

Rupture Utérine (2)

- * Mortalité maternelle : <1%
- * Mortalité périnatale : 3 à 6%
- * Taux d'encéphalopathie néonatale : 6 à 15 %
- * Pas de score prédictif fiable
- * Il n'est **pas recommandé** dans le cadre de l'utérus cicatriciel de :
 - * faire une Révision utérine après une VB
 - * utiliser une tocométrie interne
 - * faire une évaluation échographique du segment inférieur

RUTPURE UTERINE (3)

ASPECT ECHOGRAPHIQUE



Déhiscence

Perte de continuité
du liseré hyperéchogène
entre la vessie et le
liquide amniotique

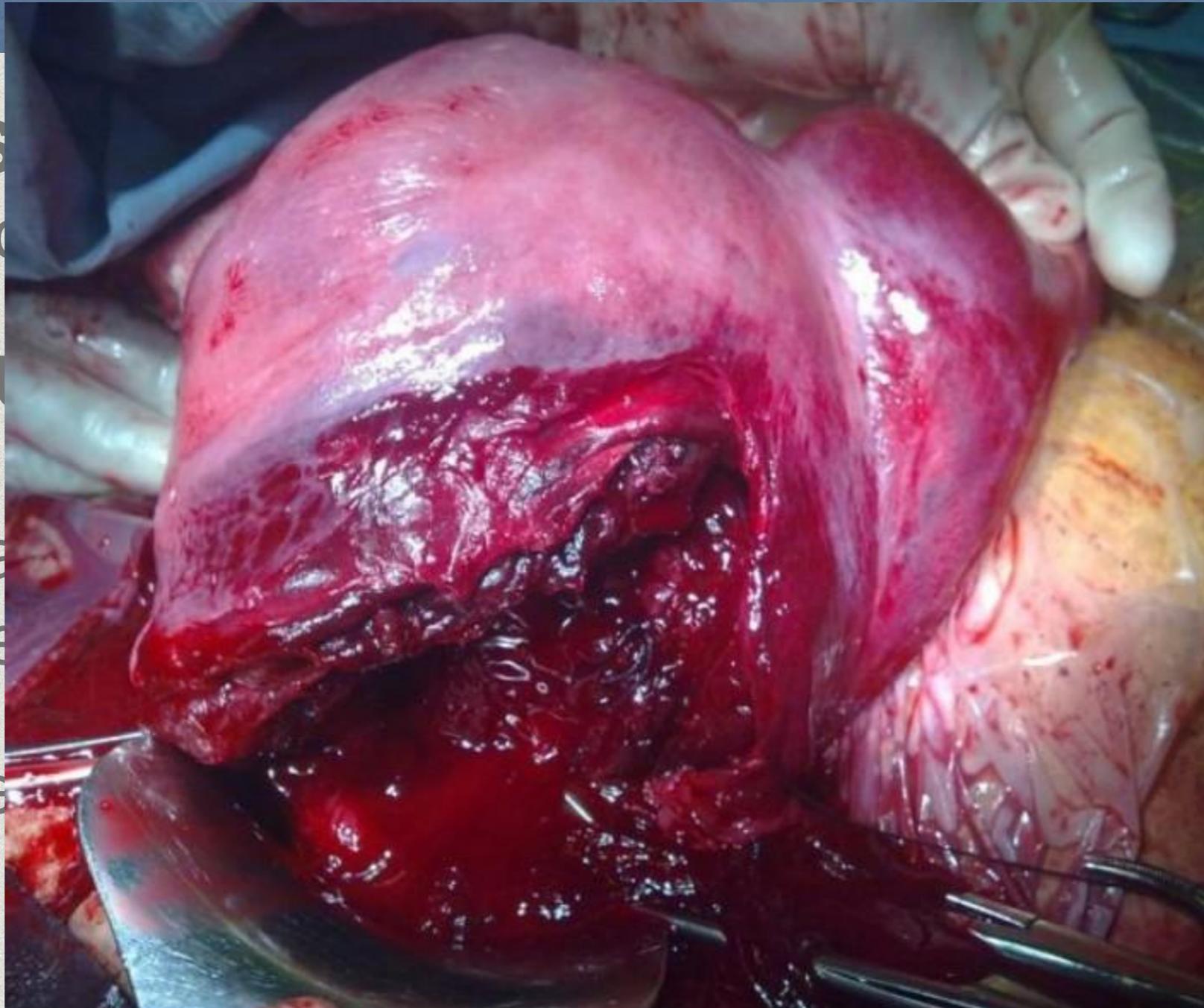
Rupture utérine

Le foetus est en
anamnios
avec du liquide
amniotique
intra abdominal, le foetus
peut être en extra utérin

RUPTURE UTERINE (4)

PRISE EN CHARGE

- * **DEHIS**
réfectio
- * **RUPTU**
rapide
Délivra
Augme
- * Il n'é
une



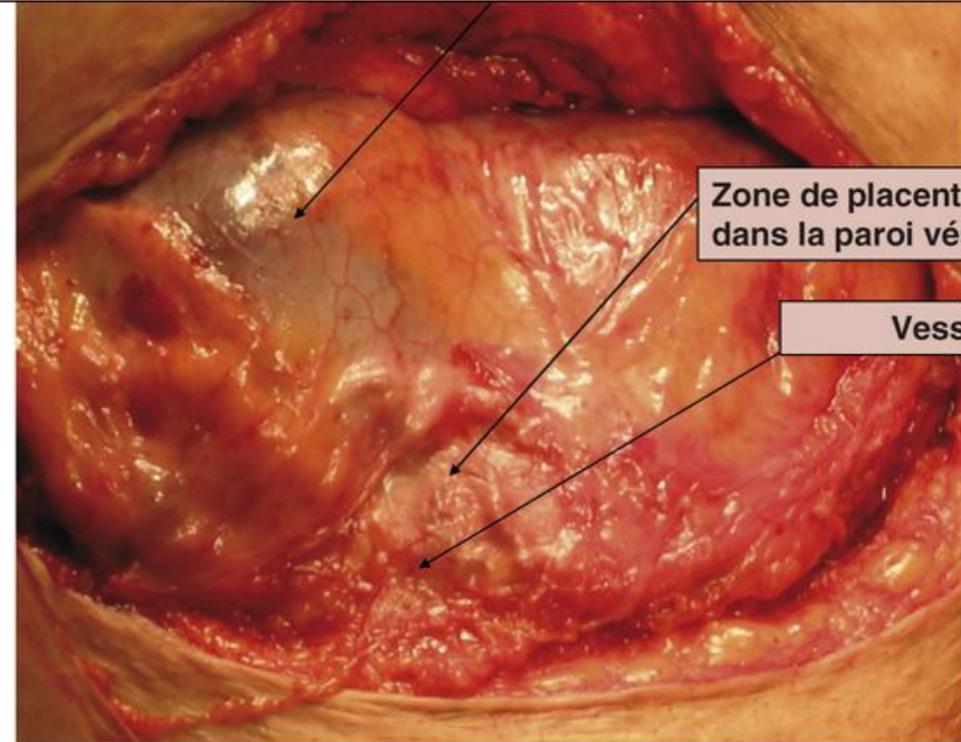
naissance,
traction
e **ROUGE**).
e.
iquement

ANOMALIES D'INSERTIO N PLACENTAIRE E

PRAEVIA

ACCRETA

Insertion placentaire sous séreuse: Cotyledon percreta soufflant la péritoine viscéral

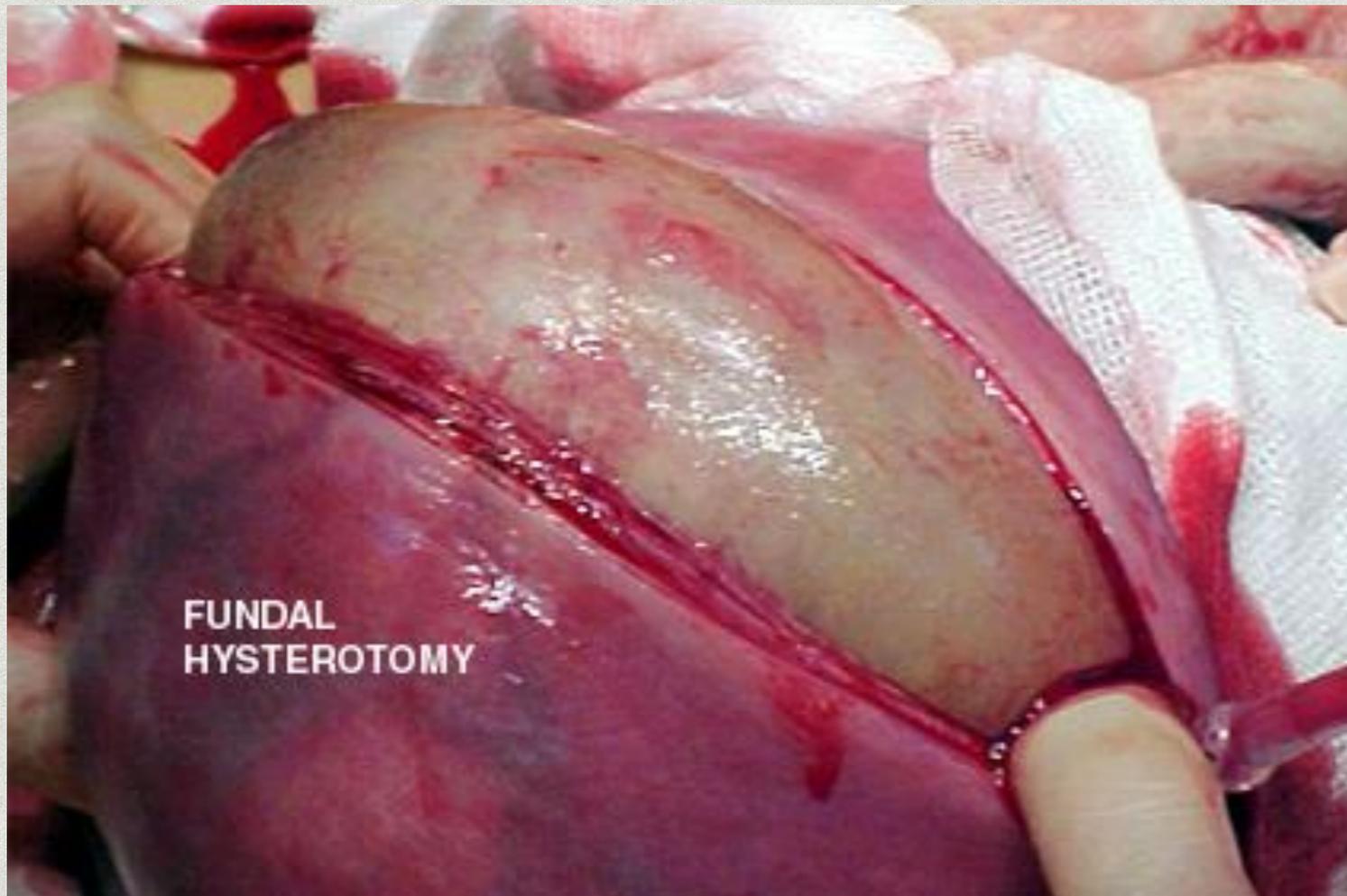


Zone de placenta increta dans la paroi vésicale

Vessie

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE

* **PRAEVIA RECOUVRANT** = Césarienne

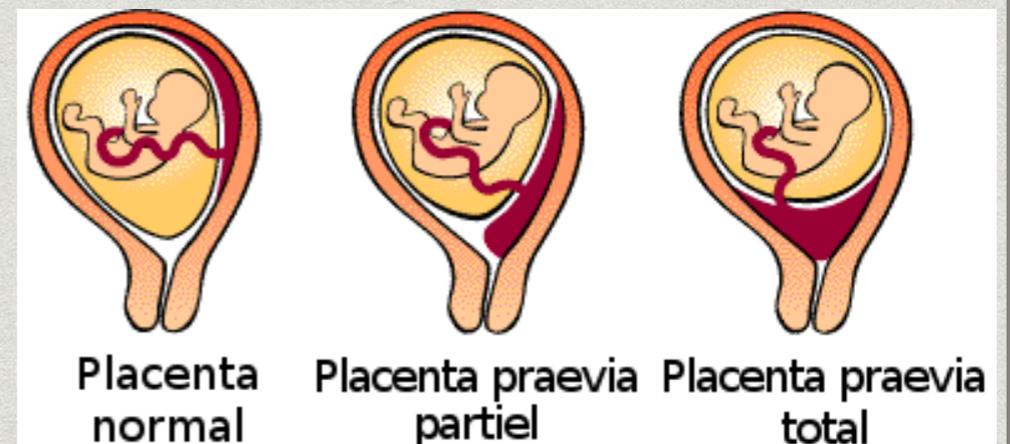


absence d'urgence

ANTÉRIEUR : incision
hémorragique ++

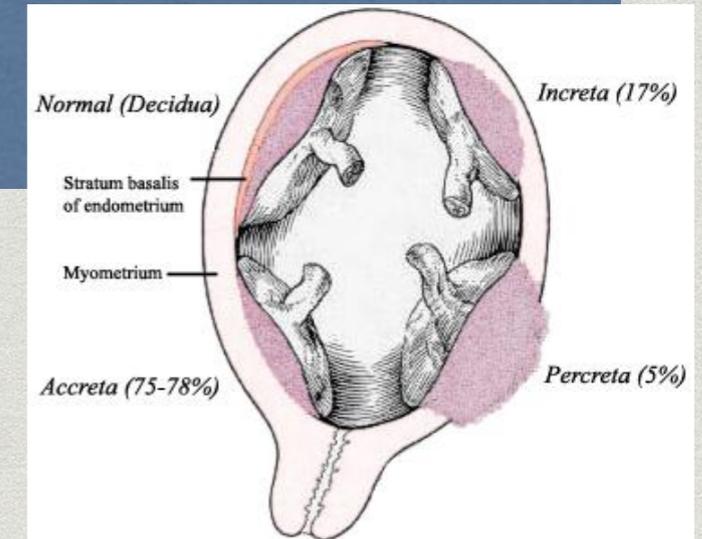
placenta-corporeale

* Délivrance manuelle



ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (2)

Généralités



- * **ACRETA / INCRETA / PERCRETA**
- * Diagnostic difficile
- * Orienté par la notion d'utérus cicatriciel associé à un placenta praevia
- * Incidence : 1/2520 en 1997 à 1/1000 en 2004
- * Nécessité d'un repérage échographique dans le meilleur des cas pour préparer la naissance, +/- IRM pour les cas litigieux (placenta postérieur)
- * La découverte est parfois liée à l'accouchement
- * Transfert patiente dans un centre disposant d'un accès simple aux produits sanguins, et à l'embolisation des artères utérines

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (3)

Cesarean
delivery

Risk of Accreta in the presence
of a previa

1

3 %

2

11 %

3

40 %

4

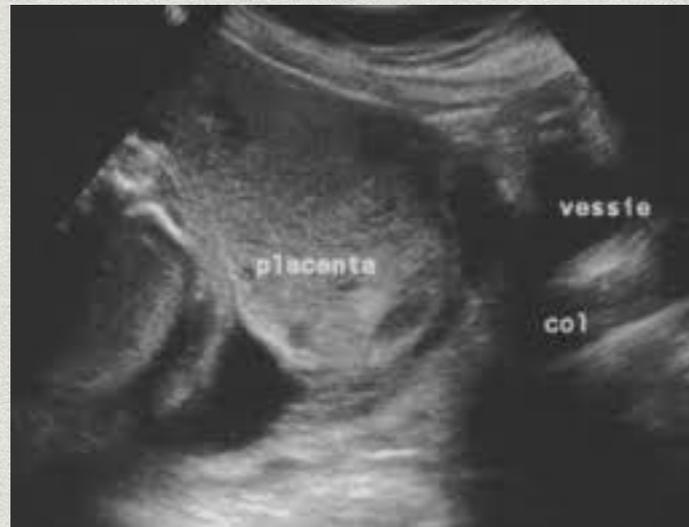
61 %

5

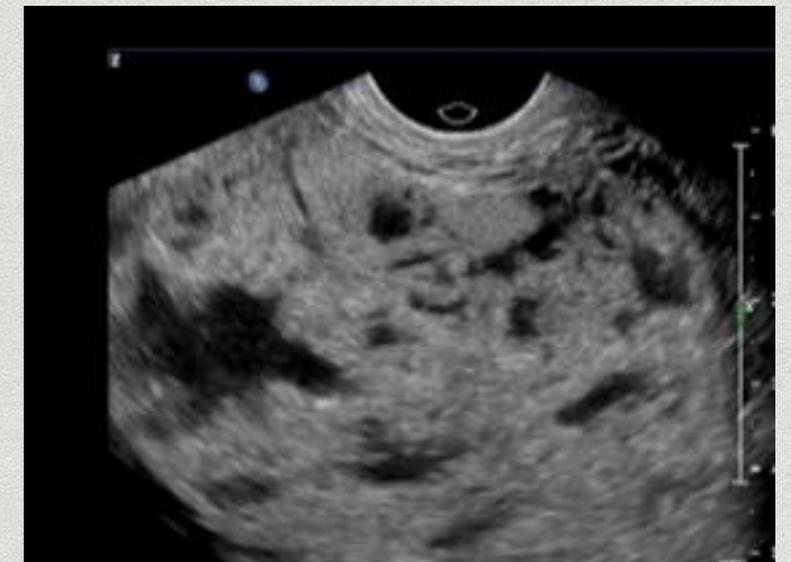
67 %

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (4)

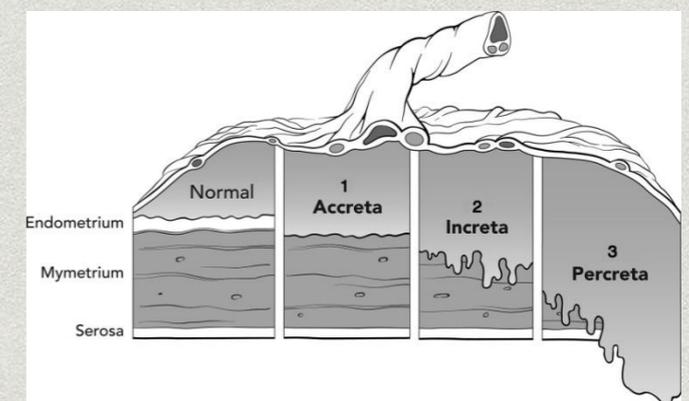
Imagerie



Praevia



Acreta



Bonne sensibilité et spécificité
du diagnostic écho

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (5)

Prise en charge

- * C'est une **prise en charge MULTIDISCIPLINAIRE** : Diagnostic anténatal (Echo), Radiologues (IRM), Obstétriciens (Chirurgie), Anesthésistes (Réanimation), Radiologues interventionnels (Embolisation)
- * Amélioration de l'issu maternel lorsque la patiente est dans un centre médical adapté
- * **Stratégie :**
 - * Diagnostic fiable
 - * Optimisation pré opératoire (correction d'une anémie éventuelle, staff pluridisciplinaire, corticothérapie si situation à risque < 34 SA)
 - * Programmation d'une césarienne
 - * Discussion avec le couple (risque transfusionnel, risque d'hystérectomie, risque de décès maternel)

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (6)

Prise en charge

2 Attitudes Thérapeutiques

Traitement Radical

Césarienne puis Hystérectomie

Risque Hémorragique ++
Infertilité

Techniquement difficile avec
risques viscéraux

Traitement Conservateur

Césarienne
puis Embolisation

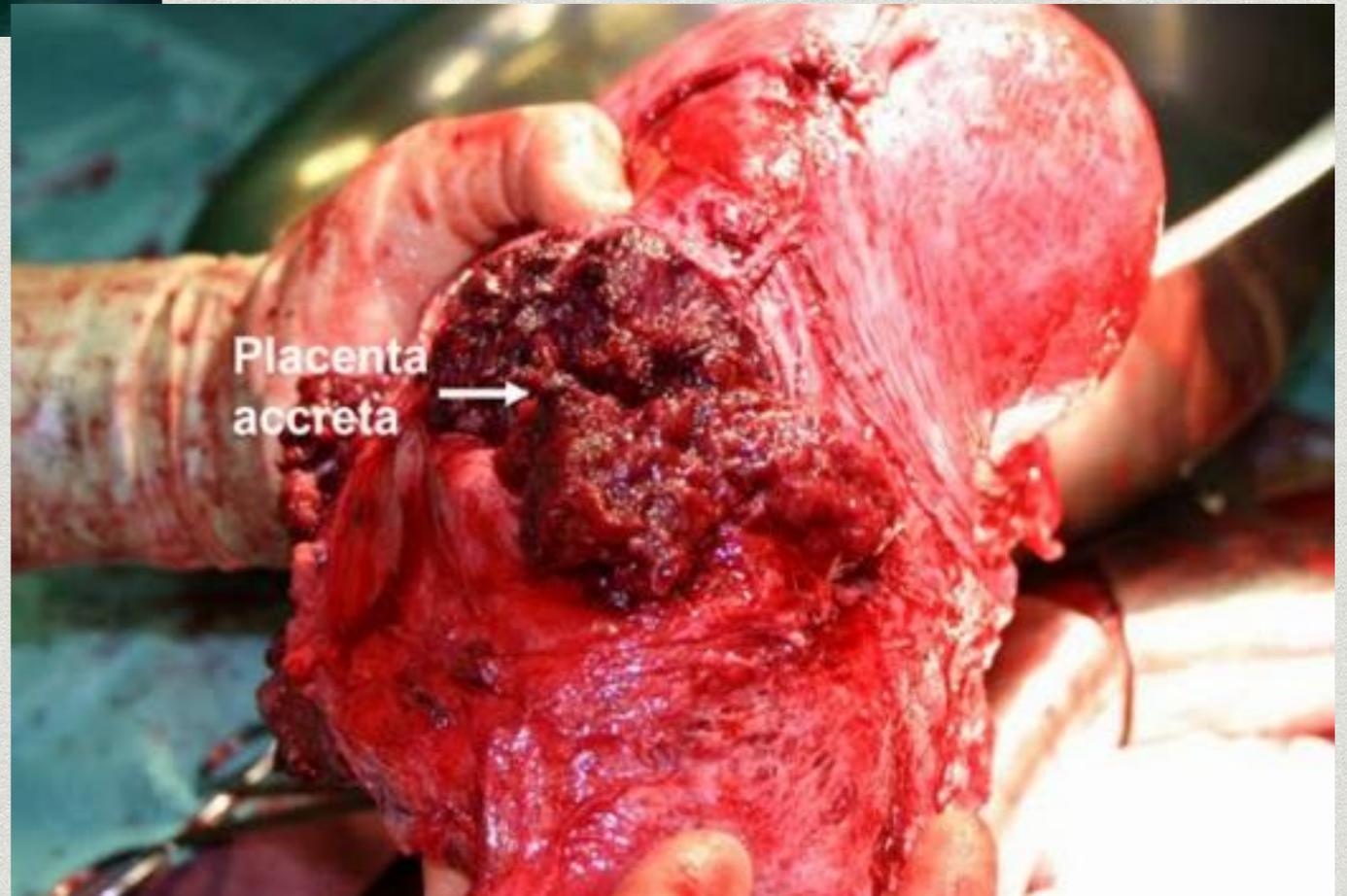
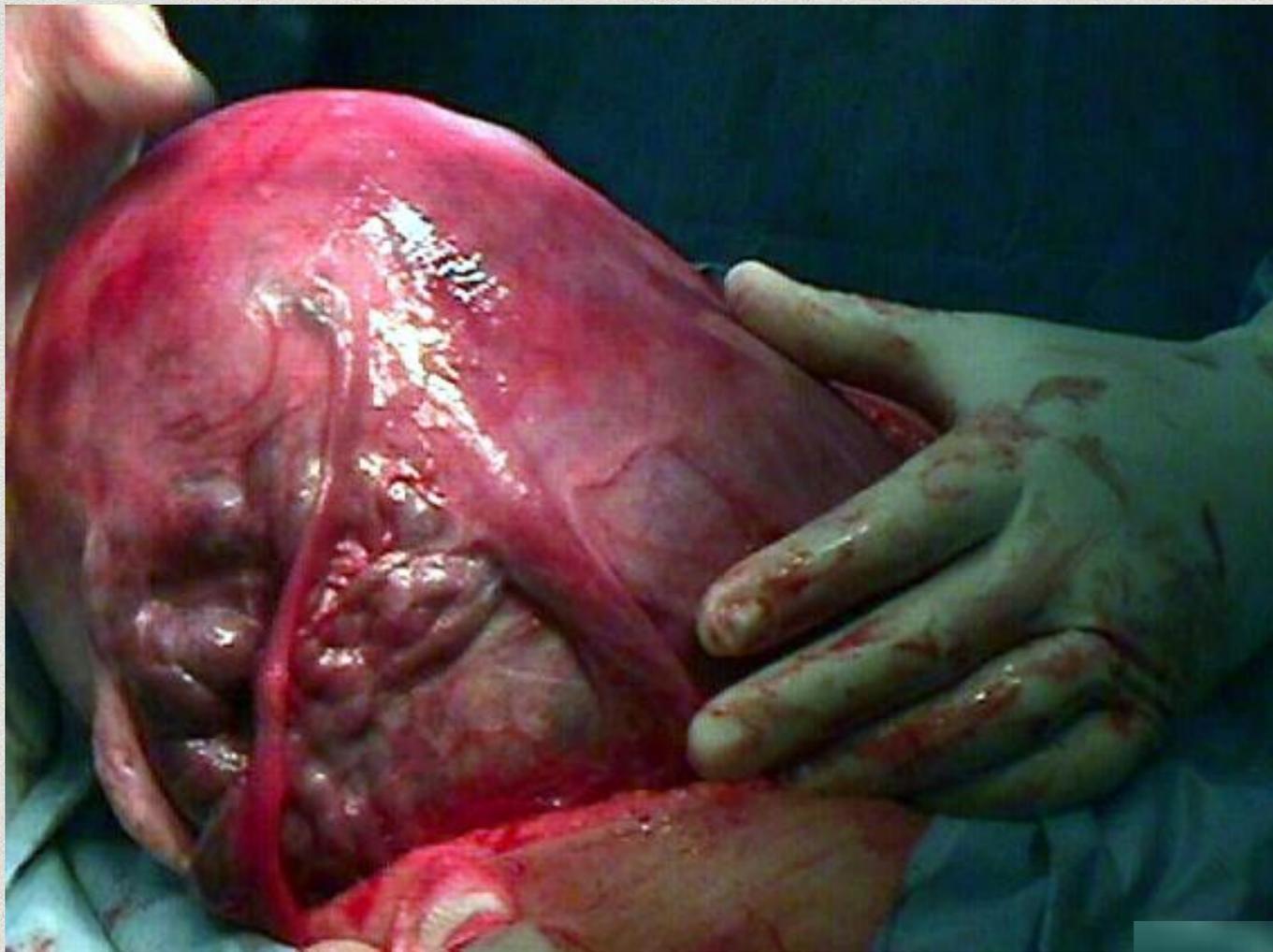
Le Placenta est laissé en place
Cordon clampé
Embolisation immédiate

Risque Hémorragique maîtrisé
Risque infectieux +
Fertilité conservée
Suivi sur 6 à 12 mois en écho

ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE (6)

Prise en charge

- * La césarienne est programmée vers 37 SA maximum, en sachant qu'on s'expose au risque de césarienne en urgence avant pour métrorragies
- * **Placenta LAISSE en place** : la tentative de délivrance partielle expose à un risque majeur d'hémorragie.
- * Gestion d'une hémorragie de la délivrance avec réanimation, drogues utérotoniques Nalador, hémostatique Exacyl, transfusions- Technique de ligature vasculaire, de compression utérine (B Lynch)



GROSSESSE EXTRA UTERINE SUR CICATRICE

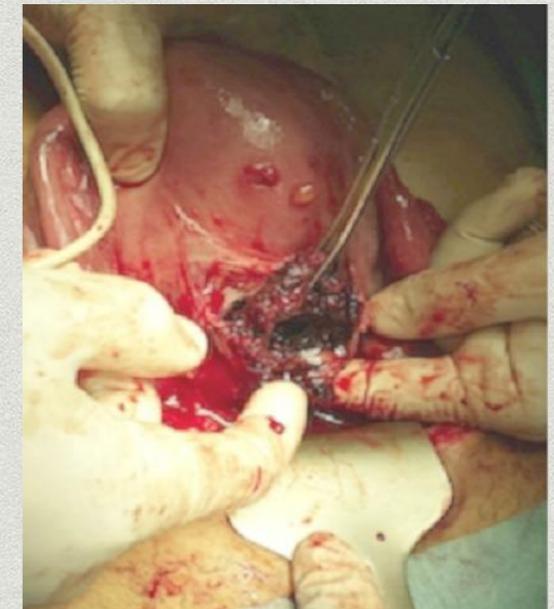
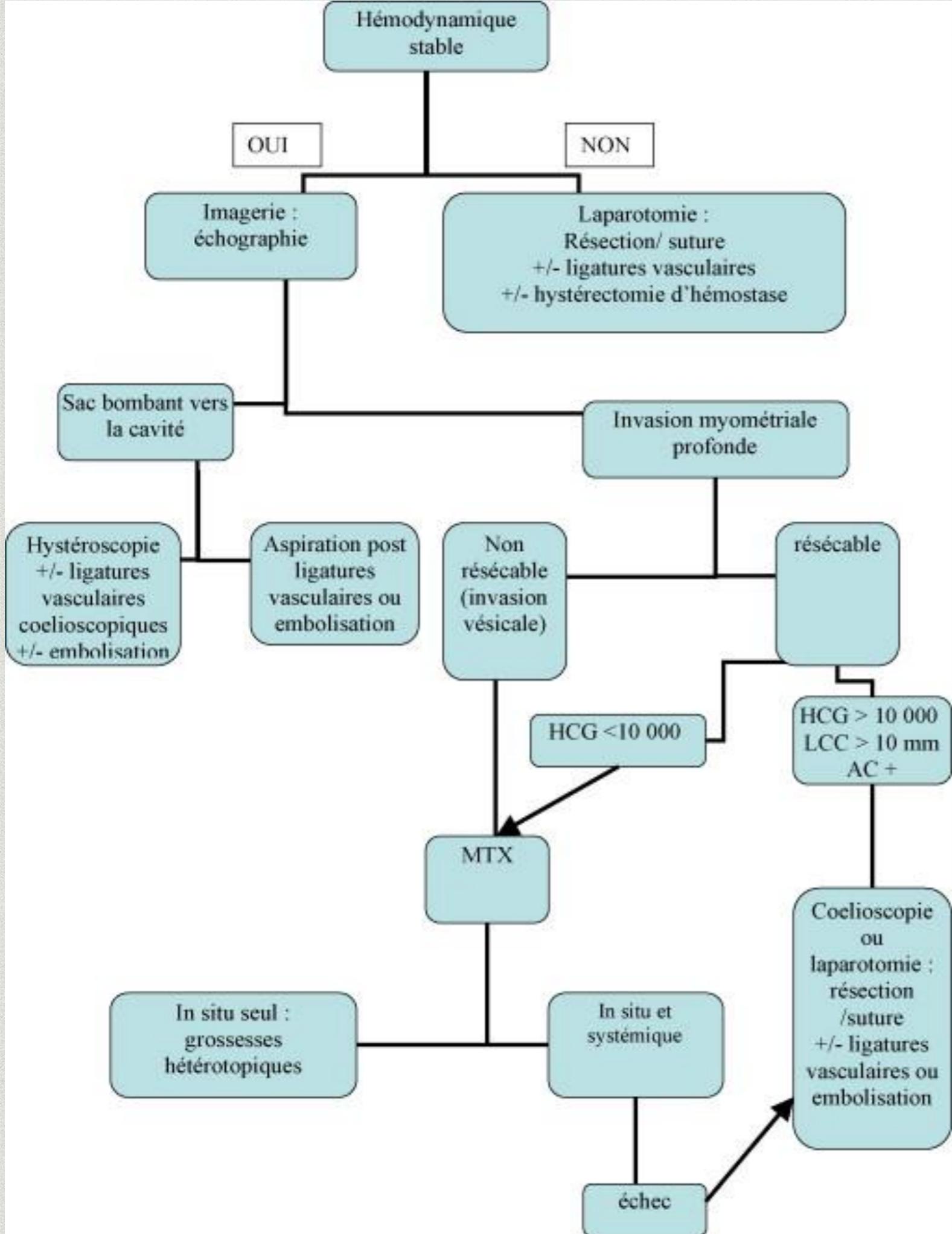


GEU sur Cicatrice utérine

- * **Incidence** : 1/1800 à 1/2250
- * Peu de cas rapportés mais augmentation de l'incidence
- * **Tableau clinique** de douleurs pelviennes et métrorragies
- * **Diagnostic porté par l'échographie** au 1er trimestre : le sac gestationnel se situe en regard de la cicatrice utérine >> critères établis par Vial en 2000 associant d'abord: un utérus vide; un canal cervical vide; l'existence, sur une coupe sagittale de l'utérus, d'une disruption du sac gestationnel sur le mur utérin antérieur.
- * **Risque hémorragique et de rupture utérine précoce**

GEU sur Cicatrice utérine (2)

- * **Traitement : Conservateur**
- * Soit **Médical** avec Méthotrexate in Situ ou IM (1 mg/m²) avec un taux de succès de 70 à 80%. Surveillance sur plusieurs semaines ++
- * Soit **Chirurgical** :
 - * Aspiration sous contrôle écho (risque hémorragique +)
 - * Résection hystéroscopique
 - * Laparotomie ou coelioscopie pour résection / suture



Exemple de Prise en charge
Maheut L. et al.
JGOBR 2010

CONCLUSION



LA MEILLEURE STRATÉGIE FACE A CES
COMPLICATIONS DES UTÉRUS CICATRICIELS
EST LA PRÉVENTION

IL FAUT DIMINUER LE TAUX DE CÉSARIENNE
INITIALE ET ITÉRATIVE



MERCI DE VOTRE ATTENTION

RÉFÉRENCE S

CNGOF - RPC UTÉRUS CICATRICIEL

AGOC - PLACENTA ACCRETA-
COMMITTEE OPINION 2012 / 2015

PRISE EN CHARGE DES PLACENTAS
ACCRETAS - EXPÉRIENCE DE
LARIBOISIÈRE - 2013

JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION

