

1- Définition

Le « placenta accreta » désigne l'ensemble des anomalies de l'insertion placentaire caractérisée par une absence de caduque déciduale entre le placenta et le myomètre.

On peut distinguer sur le plan anatomopathologique le placenta accreta proprement dit, le placenta increta avec invasion du myomètre en profondeur et le placenta percreta avec atteinte de la séreuse utérine voire des organes adjacents dont le plus fréquent est la vessie.

2- Complications

Risque d'hémorragie du post partum majeure avec

- transfusion massive
- hystérectomie
- plaies des organes de voisinages
- infection, sepsis
- décès maternel

3- Diagnostic

- **Critères cliniques prédominants +++** - Le diagnostic doit être suspecté, recherché sur des FDR

- **Placenta prævia recouvrant**, surtout antérieur
- **Utérus cicatriciel** (césarienne ou curetage ou myomectomie)
- Age maternel > 35 ans



Le risque de P accreta augmente avec le nombre de césariennes antérieures

En cas de placenta prævia antérieur sur utérus cicatriciel : à considérer par défaut comme un placenta accreta jusqu'à preuve du contraire, nécessité d'un avis spécialisé (échographie + obstétricien) en centre expert
risque d'accreta 11% si unicatriciel, 40% si bicatriciel 60% si tricatriciel, 67% si ≥ 4 césariennes

- **Critères échographiques**

- Lacunes intra placentaires irrégulières, de petite dimension, plus linéaires que rondes, sans contours hyperéchogènes, avec au doppler couleur un flux turbulent
- Absence de liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre
- Interruption de la zone hyperéchogène à l'interface de la séreuse utérine et de la vessie
- Epaisseur du myomètre recouvrant le placenta < 1 mm ou indétectable
- Aspect placentaire pseudo-tumoral en regard de la séreuse utérine
- Hypervascularisation avec au doppler couleur flux turbulent étendu dans le placenta et en périphérie, vaisseaux transmuraux, vascularisation importante entre vessie et utérus
- Aspect crénelé du versant vésical : perte de l'individualité de la paroi postérieure de la vessie

- +/- IRM pour compléter exploration échographique

Surtout si placenta postérieur

Réalisée par un radiologue habitué

Signes

- Bombement anormal du segment inférieur
- Hétérogénéité de l'intensité du signal du placenta en T2
- Bandes noires intra placentaires en T2

4- Prise en charge

- **Avis d'un échographiste avec expertise du placenta**

pour une aide au diagnostic devant les signes anamnestiques avant éventuelle IRM

- **Organisation concertée avec centre expert** sur le suivi prénatal (suivi alterné possible), sur les consignes et lieu de consultation en cas de métrorragies

- **Avis centre expert**

Information patiente/ couple et choix stratégie de traitement césarienne avec hystérectomie ou tentative de traitement conservateur (avec placenta laissé en place)

- **Lieu d'accouchement programmé**

centre expert disposant de moyens humains et techniques adaptés :

- accès facile à une grande quantité de produits sanguins
- réanimation maternelle
- équipe chirurgicale expérimentée (capacité à réaliser la chirurgie d'hémostase + chirurgie spécialisée uro ou viscérale)
- accès à l'embolisation à tout moment si choix d'un traitement conservateur



Cependant même si l'accouchement a été programmé dans un centre expert, en cas d'urgence hémorragique la prise en charge devra parfois être réalisée dans une maternité de 1^{er} recours. La mise en sécurité de la mère prime sur l'éventuelle préservation utérine ou sur la naissance dans le lieu prévu d'accouchement. Les compétences chirurgicales ressources hors maternité (chirurgien viscéral, uro .) devront être sollicitées si besoin.

Pour rappel ni l'embolisation, ni un transfert n'ont de place en cas de choc hémorragique, instabilité hémodynamique → faire alors appel aux compétences médico-chirurgicales locales (chir viscéral ou uro ...) mobilisables de l'établissement pour réaliser la prise en charge sur place

- **En cas de découverte per-opératoire** (absence de plan de clivage) :

Ne pas tenter une délivrance forcée

Mise à jour référentiel RSN suite staffs inter maternités 2020

Pour en savoir plus : RCOG placenta praevia and placenta accreta : diagnosis and management -Green top guideline 2018 et FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders 2018