

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES
Département d'Obstétrique, Gynécologie et Médecine de la Reproduction

Professeur P. POULAIN

oooo

CREATION		MISE A JOUR
Jun 2010	Placenta accreta : prise en charge Gynéco-obstétricale	Validé juin 2011

En date du 07/10/2011, le protocole de prise en charge anesthésique des patientes présentant un placenta accreta est en cours de validation.

Diagnostic :

1. Clinique sur FDR et symptômes :

- FDR : âge maternel élevé, multiparité, utérus cicatriciel, placenta bas inséré, ATCD de gestes endo-utérins (résections de cloisons/ fibromes, curetages...)
- Symptômes : métrorragies de fin 2^{ème}, et 3^{ème} trimestre sur placenta bas inséré, hématurie macroscopique

2. Paraclinique :

- Echographie : par un opérateur entraîné (GOLD STANDARD)
- IRM (Dr Bruneau / Dr Rozel) au mieux à partir de 30 SA
- Si hématurie : cystoscopie au bloc opératoire

3. Prévoir :

- NFS, plaquettes, TP, TCA, Groupe Rh, RAI, commande de sang

Hospitalisation en Niveau III :

- si métrorragies +++
- si pas de métrorragies : vers 34 SA selon la clinique, les conditions socio-économiques de la patiente.
- Eviter les tocolytiques si possible, favoriser le repos.
- L'attitude de prise en charge doit être clairement indiquée dans le dossier le + tôt possible : STAFF pluridisciplinaire (obstétriciens, échographiste, radiologues (IRM et radiologue interventionnel), anesthésistes) avec réalisation d'un compte rendu/ CAT à mettre en première page du dossier

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Naissance (si situation calme)

- **Vers 36 SA**, après discussion en staff pluridisciplinaire (obstétriciens, gynécologues, anesthésistes, pédiatres, radiologues interventionnels)
- **Corticothérapie** de maturation pulmonaire complète (Célestène® 12mg, à renouveler à 24h) au moins 24h avant la naissance
- **Matériel :**
 1. Repérage pré-opératoire échographique du bord supérieur du placenta
 2. Patiente installée en « double voie chirurgicale » (jambières, accès au rectum et au vagin ...)
 3. Prévoir une panseuse : dans la salle si HT
Appelable au cas où si TTT conservateur
 4. Matériel d'HT, avec sondes urétérales... (chariot « hystérectomie d'hémostase » au bloc mater)

- **TTT non conservateur :**

- **Incision utérine du corps au dessus de l'extrémité supérieure du placenta +++**
- Extraction foetale
- HT interannexielle emportant le col si possible par laparotomie (LMSO ou Pfannenstiel possible selon le chirurgien et le morphotype de la patiente)
- Avertir des risques de lésions d'organes de voisinage (vessie, rectum, uretères selon la localisation de la zone accreta)
- Avertir des risques de transfusion sanguine
- Sonde vésicale +/- redon

- **TTT conservateur :**

- Incision médiane préférable surtout si placenta remontant « haut » en antérieur
- **Incision utérine du corps au dessus de l'extrémité supérieure du placenta +++**
- Ligature du cordon au plus près de son insertion par « Fil bobine, polysorb 2/0 » (ligature est doublée).
- Fermeture utérine en 2 plans (ou 3 si besoin)
- **Embolisation systématique**
- Surveillance : **Pas de synto**
Pas d'expression utérine
Du saignement par VB

Post opératoire :

- Immédiat : Anticoagulants peuvent être débuté 24h après la chirurgie si pas de saignements anormaux
 - Antibiothérapie : Augmentin 1g x 3/j pendant 21 j
 - Antalgiques habituels possibles
 - Pas de synto

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- Sortie possible à J5-J6-J7... selon métrorragies, compliance de la patiente, l'état du nouveau-né
- Suivit : échographique +/- clinique tous les 15j jusqu'à disparition complète de la vascularisation puis 1x/ mois jusqu'à récupération d'une vacuité utérine.
- A 3 mois, si persistance d'une image endo-utérine : Hystérocopie-résection possible.
- Contraception ++++