

SFAR 2012 - Soumission de Résumés

N° de résumé : SFAR12-1950

Placenta Accreta: Influence du dépistage sur la Gestion de l'Anesthésie

R. Aubertin ^{1,*}, A. Bonnal ¹, N. Ranisavljevic ¹, A. Flandrin ², P. Colson ¹, E. Morau ¹

¹DAR D, Pôle Gynécologie - Obstétrique, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier, ²Service Gynécologie Obstétrique, Montpellier, France

Type de soumission: Médecin

Catégorie Transversale: Anesthésie/Douleur – ALR

Thème: Obstétrique

Type d'étude: Autre

Autre étude: Etude Observationnelle

Introduction: Le placenta accreta est une pathologie croissante, pourvoyeur d'hémorragie brutale massive et intense. Une politique de dépistage et de prise en charge pluridisciplinaire standardisée des patientes dépistées a été développée au sein de notre CHU. Nous évaluons à un an cette politique.

Matériel et Méthodes: Les patientes dépistées (échographie + IRM) sont programmées pour césarienne et bénéficient: mise en place de sondes urétérales pour les placenta percreta suspectés, grande salle opératoire, mise en réserve de CG, PFC, installation Cell Saver, accélérateur réchauffeur de perfusion, mise en place de 2 VVP, anesthésie générale type crush induction, laparotomie médiane, échographie per opératoire, incision à distance du placenta, extraction de l'enfant, administration de 5 UI syntocinon. Si non décollement ou décollement partiel du placenta, traitement conservateur ou hystérectomie d'emblée, puis embolisation systématique pour les traitements conservateurs. Nous avons recueilli prospectivement la prise en charge de tous les cas de placentas accretas programmés ainsi que ceux de découverte fortuite sur l'année 2011. Les données démographiques, radiologiques, obstétricales, anesthésiques et chronologiques ont été relevées.

Résultats: Douze patientes ont été dépistées et programmées pour césarienne après accord pluridisciplinaire. Elles ont bénéficiées du protocole de prise en charge sus cité avec anesthésie générale. Il n'y a pas eu d'intubation difficile, d'inhalation ou d'anaphylaxie à la succinylcholine. Sept patientes ont eu un décollement spontané et complet du placenta après administration d'ocytocique. Cinq ont présenté un placenta accreta ou percreta en per opératoire: il y a eu 2 hystérectomies (programmées), 2 traitements conservateurs complets, 1 traitement conservateur partiel. La durée moyenne de prise en charge en salle d'opération pour les placentas accreta était de 2h18mn (+/- 17) suivi de 53 mn (+/- 11) en embolisation. Leurs pertes sanguines ont toutes été inférieures ou égales à 1000ml, le delta d'hémoglobine (J1-J0) était de -0,05 (+/- 0,57), une patiente a été transfusée en sang autologue et homologue.

Dans la même année 3 patientes ont présenté un placenta accreta de façon fortuite: 2 césariennes et 1 AVB. Les 3 patientes ont été prises en charge sous ALR et ont bénéficié de traitements conservateurs (2 partiels et 1 complet) associés à une dévascularisation utérine (1 chirurgicale et 2 radiologiques). Pour les césarienne la durée opératoire a été de 2h 07min (+/-53mn). Le delta d'hémoglobine (J1-J0) était de -1,26 (+/- 0,92), deux patientes ont été transfusées. L'incidence de la pathologie dans notre établissement est donc de 2,3/1000 accouchement pour 2011.

Discussion: L'incidence des placentas accretas est élevée dans les maternités de niveau III. Le dépistage radiologique reste difficile et conduit à des faux positifs. Le choix de l'AG d'emblée dans le protocole standardisé est basé sur le risque d'hémorragie brutale et intense mais conduit à un sur risque chez les patientes s'avérant être des faux positifs en per opératoire (risque d'intubation difficile, d'inhalation, d'anaphylaxie). La prise en charge initiale sous ALR doit être prise en considération aux vues des résultats de notre série.