


RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONS RPL_2018_Paccreta</p> <p>Anomalies d'insertion placentaire : Accreta/increta/percreta</p>	<p>Version du 12/07/2018</p> <p>Rédaction Pr Morel Olivier Dr Creutz Leroy Margaux Dr Gauchotte Emilie</p> <p>Validation Conseil de coordination du 25/09/2018</p>
---	--	--

I – DEFINITION

Placenta accreta = anomalie de l'insertion placentaire = absence de caduque déciduale entre le placenta et le myomètre => **placenta adhère directement au myomètre.**

Autres anomalies de l'insertion placentaire :

- **Placenta increta** = envahissement profond du myomètre par le placenta
- **Placenta percreta** = pénétration du placenta dans la séreuse utérine voire dans les organes de voisinage (vessie, vaisseaux pelviens, péritoine...)

II. DIAGNOSTIC

a. Facteurs de risque

Le principal FDR est l'ATCD de césarienne. Plus une patiente a eu de césariennes, plus son risque de survenue d'un placenta accreta augmente.

Toute cicatrice utérine (myomectomie notamment) est cependant un FDR.

b. Diagnostic prénatal

Le diagnostic repose sur 2 examens d'imagerie :

- L'échographie-Doppler idéalement aux alentours de 28SA
- L'IRM placentaire

III. PRISE EN CHARGE

Les placentas accreta sont à haut risque d'HPP sévère.

Afin de sécuriser la pec, la naissance doit être programmée sur la maternité du CHRU de Nancy qui dispose :

- d'une équipe expérimentée dans ce type de pec chirurgicale (*NB : 60 pec sur le CHRU entre 2013 et 2017 dont 86% par césarienne*)
- d'un protocole spécifique multidisciplinaire (AR, GO, EFS)
- d'un accès immédiat aux produits sanguins en grande quantité
- d'un plateau d'embolisation
- un service de réanimation adulte.

a. En anténatal

En cas de suspicion de placenta accreta (FDR + placenta au regard de la cicatrice utérine), la patiente doit être adressée, idéalement vers **28 SA, sur le type III pour la réalisation d'un bilan diagnostic en HDJ.**

Aux heures ouvrées, il convient de contacter le secrétariat de GO : Mme Lydie CREUSOT au 03 83 34 43 12. Sinon, passage par la plateforme habituelle pour les demandes d'avis (03 26 78 48 91).

Lors de cette HDJ, une échographie sera réalisée par un médecin obstétricien référent complétée si besoin par une IRM. La patiente bénéficiera également d'une consultation obstétricale de grossesse à risque et d'une consultation d'anesthésie.

En cas de diagnostic de PA confirmé ou suspectée :

- Détermination du suivi de la grossesse (suivi conjoint type III et Maternité d'origine)
- Information de l'EFS
- Organisation de l'accouchement sur la maternité de type 3 aux alentours de 35SA

Dans tous les cas, discussion autour du suivi (fréquence des échographies de surveillance), des examens complémentaires à programmer et du mode et lieu d'accouchement.

⇒ Anticipation globale de la pec.

c. Accouchement

Afin d'éviter les accouchements inopinés sur un établissement non adapté et les césariennes en urgence, les naissances sont programmées vers 35 SA.

En cas d'accouchement inopiné sur un autre établissement que le type III, le type III doit être contacté en urgence pour avis.