

Diagnostic et prise en charge du placenta praevia

La présente directive clinique a été examinée par le comité d'obstétrique clinique et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEUR PRINCIPAL

Lawrence Oppenheimer, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Dr Anthony Armson, MD, Halifax (N.-É.)

Dr Dan Farine (président), MD, Toronto (Ont.)

Ms Lisa Keenan-Lindsay, inf. aut., Oakville (Ont.)

Dr Valérie Morin, MD, Cap-Rouge (Québec)

Dr Tracy Pressey, MD, Vancouver (C.-B.)

Dr Marie-France Delisle, MD, Vancouver (C.-B.)

Dr Robert Gagnon, MD, London (Ont.)

Dr William Robert Mundle, MD, Windsor (Ont.)

Dr John Van Aerde, MD, Edmonton (Alb.)

Résumé

Objectif : Examiner le recours à l'échographie transvaginale aux fins du diagnostic du placenta praevia et recommander une prise en charge fondée sur une localisation précise du placenta.

Options : Échographie transvaginale (ÉTV) ou échographie transabdominale, en ce qui a trait au diagnostic du placenta praevia; voie d'accouchement, en fonction de la distance séparant le pourtour du placenta et l'orifice cervical interne; soins prénatals à l'hôpital ou en clinique externe; cerclage afin de prévenir l'hémorragie; anesthésie locale ou générale; diagnostic prénatal du placenta accreta.

Issue : Avantage clinique éprouvé en ce qui concerne le recours à l'ÉTV pour le diagnostic et la planification de la prise en charge du placenta praevia.

Résultats : Recherche menée dans MEDLINE au moyen du terme *placenta previa* et analyse bibliographique.

Mots clés : Placenta previa, Caesarean section, transvaginal ultrasonography, low-lying placenta

Avantages, désavantages et coûts : L'obtention d'un diagnostic précis du placenta praevia pourrait entraîner une diminution de la durée d'hospitalisation et du nombre d'interventions inutiles.

Recommandations :

1. L'échographie transvaginale, lorsque disponible, peut être utilisée pour déterminer l'emplacement du placenta en tout temps pendant la grossesse, lorsque l'on soupçonne avoir affaire à un placenta bas. Elle est considérablement plus précise que l'échographie transabdominale et son innocuité est bien établie. (11-2A)
2. On incite les échographistes à signaler, au moment de l'ÉTV, la distance exacte séparant le pourtour placentaire et l'orifice cervical interne en ayant recours à la terminologie standard (millimètres d'écart par rapport à l'orifice ou millimètres de chevauchement). La situation dans laquelle le pourtour placentaire atteint exactement l'orifice interne est décrite sous forme d'une distance de 0 mm. Lorsque, au moment de l'ÉTV menée entre la 18^e et la 24^e semaine de gestation, le pourtour placentaire atteint l'orifice cervical interne ou empiète sur ce dernier (incidence se situant entre 2 % et 4 %), la tenue d'un examen de suivi visant à déterminer l'emplacement du placenta au troisième trimestre est recommandée. Un chevauchement supérieur à 15 mm est associé à une hausse de la probabilité d'un placenta praevia à terme. (II-2A)
3. Lorsque le pourtour placentaire se situe à entre 20 mm d'écart par rapport à l'orifice interne et 20 mm de chevauchement après la 26^e semaine de gestation, l'échographie devrait être répétée à intervalles réguliers (en fonction de l'âge gestationnel, de la distance par rapport à l'orifice interne et de caractéristiques cliniques telles que l'hémorragie), et ce, puisqu'il est probable que la position du placenta continue d'évoluer. Un chevauchement de 20 mm ou plus, à quelque moment que ce soit au cours du troisième trimestre, est grandement prédictif de la nécessité d'avoir recours à la CS. (II-B)
4. La distance orifice-pourtour placentaire, au moment de l'ÉTV menée après la 35^e semaine de gestation, s'avère utile pour la planification de la voie d'accouchement. Lorsque le pourtour placentaire se situe à > 20 mm d'écart par rapport à l'orifice cervical interne, les femmes peuvent se voir offrir un essai de travail, lequel présente alors une forte probabilité de réussite. Une distance de 20 à 0 mm d'écart par rapport à l'orifice est associée à un taux accru de CS; cependant, en fonction des circonstances cliniques présentes, l'accouchement vaginal demeure possible. (II-2A)
5. En général, après la 35^e semaine de gestation, la présence de quelque degré de chevauchement (> 0 mm) que ce soit constitue une indication pour le recours à la césarienne à titre de voie d'accouchement. (II-2A)

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

6. La prise en charge du placenta praevia en clinique externe peut s'avérer appropriée dans le cas des femmes stables bénéficiant d'un soutien à la maison, demeurant à proximité immédiate d'un hôpital et pouvant facilement et rapidement avoir accès à des moyens de transport et de communication téléphonique. (II-2C)
7. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour recommander la pratique du cerclage cervical en vue de réduire les saignements en présence d'un placenta praevia. (II-D)
8. Lorsque l'on doit effectuer une CS en raison d'un placenta praevia, il est possible d'avoir recours à une anesthésie régionale. (II-2B)
9. Les femmes qui présentent un placenta praevia et qui ont déjà subi une CS courent un risque accru de placenta accreta. En présence de résultats d'imagerie indiquant une adhérence pathologique du placenta, les fournisseurs de soins devraient faire en sorte de procéder à l'accouchement au sein d'un milieu approprié doté de ressources adéquates. (II-2B)

Validation : Comparaison avec *Placenta previa and placenta previa accreta: diagnosis and management*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, directive clinique n° 27, octobre 2005.

La qualité des résultats et la classification des recommandations sont décrites au moyen des critères et des catégories établis par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 3, 2007, p. 267–273

INTRODUCTION

Le terme « placenta praevia » signifie l'implantation du placenta dans le segment inférieur de l'utérus, ce qui en occasionne la présentation avant celle du pôle fœtal principal. Il survient dans 2,8 grossesses monofœtales sur 1 000 et dans 3,9 grossesses gémellaires sur 1 000¹, et constitue un problème clinique important, puisqu'il est possible que la patiente nécessite une hospitalisation à des fins d'observation ou une transfusion sanguine; de plus, elle court le risque de connaître un accouchement prématuré. L'incidence de l'hystérectomie à la suite de la césarienne (CS) en raison d'un placenta praevia est de 5,3 % (le risque relatif, par comparaison avec celles qui subissent une CS sans placenta praevia, est de 33)². Les taux de mortalité périnatale sont de trois à quatre fois supérieurs à ceux qui sont associés aux grossesses normales^{3,4}.

La classification traditionnelle du placenta praevia décrit le degré d'envahissement du col par le placenta pendant le travail et est divisée en quatre catégories : bas, marginal, partiel et complet⁵. Au cours des dernières années, certaines publications ont décrit le diagnostic et l'issue du placenta praevia en fonction de la localisation au moyen de l'échographie transvaginale (ÉTV), laquelle permet de mesurer avec précision la relation exacte entre le pourtour placentaire et l'orifice cervical interne. La valeur pronostique accrue du diagnostic par ÉTV a rendu désuète la terminologie imprécise de la classification traditionnelle⁶. La présente directive clinique décrit les modes actuels de diagnostic et de prise en charge du placenta praevia, et est en grande partie fondée sur des études ayant fait appel à l'ÉTV.

DIAGNOSTIC DU PLACENTA PRAEVIA

L'échographie transvaginale est dorénavant bien établie à titre de mode privilégié pour la localisation précise d'un placenta bas. Il est possible que 60 % des femmes s'étant soumise à une échographie transabdominale (ÉTA) obtiennent une reclassification de la position placentaire à la suite d'une ÉTV^{7–10}. En ayant recours à l'ÉTA, on ne peut obtenir qu'une visualisation du placenta postérieur de piètre qualité¹¹, la tête fœtale peut nuire à la visualisation du segment inférieur¹²; de plus, l'obésité¹³ et le sous-remplissage ou le surremplissage de la vessie^{14,15} peuvent également nuire à la précision de la visualisation. Pour ces raisons, l'ÉTA est associé à un taux de faux positif pouvant atteindre 25 % en ce qui concerne le diagnostic du placenta praevia¹⁶. En revanche, les taux de précision de l'ÉTV sont élevés (sensibilité : 87,5 %, spécificité : 98,8 %, coefficient de prévision d'un test positif : 93,3 %, coefficient de prévision d'un test négatif : 97,6 %); l'ÉTV constitue ainsi l'étalon-or en matière de diagnostic du placenta praevia¹⁷. Le seul essai randomisé ayant, à ce jour, procédé à la comparaison de l'ÉTV et de l'ÉTA a confirmé que l'ÉTV s'avérait supérieure¹⁸. L'innocuité de l'ÉTV en présence d'un placenta praevia a également été démontrée^{17,19}, et ce, même lorsque la présence de saignements vaginaux a été établie. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet elle aussi l'obtention d'une image précise du placenta et s'avère supérieure à l'ÉTA²⁰. Il est peu probable que l'IRM soit supérieure à l'ÉTV en matière de localisation placentaire; toutefois, cette possibilité n'a pas fait l'objet d'une évaluation en bonne et due forme. Qui plus est, dans la plupart des unités, l'IRM n'est pas disponible ni utilisable facilement.

Recommandation

1. L'échographie transvaginale, lorsque disponible, peut être utilisée pour déterminer l'emplacement du placenta en tout temps pendant la grossesse, lorsque l'on soupçonne avoir affaire à un placenta bas. Elle est considérablement plus précise que l'échographie transabdominale et son innocuité est bien établie. (II-2A)

PRÉDICTION D'UN PLACENTA PRAEVIA AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

La survenue d'un placenta praevia est courante pendant la première moitié de la grossesse; sa persistance à terme dépend de l'âge gestationnel et de la définition utilisée pour déterminer la relation exacte qui existe entre l'orifice cervical interne et le pourtour placentaire au moment de l'ÉTV^{21–26}. Dans la présente directive clinique, la terminologie suivante est recommandée pour décrire cette relation : lorsque le pourtour du placenta n'atteint pas l'orifice interne, la distance qui le sépare de ce dernier est

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	I. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁵⁹.

† Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁵⁹.

signalée en millimètres d'écart; lorsque le pourtour du placenta empiète sur l'orifice interne selon quelque degré que ce soit, la distance est signalée en millimètres de chevauchement. La situation dans laquelle le pourtour placentaire atteint exactement l'orifice interne est décrite par une mesure de 0 mm.

En ce qui a trait à la situation dans laquelle le pourtour placentaire atteint l'orifice interne ou empiète sur ce dernier, Mustafa et coll.²¹ ont, dans le cadre d'une étude longitudinale, constaté une incidence de 42 % entre la 11^e et la 14^e semaine de gestation; de 3,9 %, entre la 20^e et la 24^e semaine de gestation; et de 1,9 %, à terme. En présence d'un chevauchement de 23 mm entre la 11^e et la 14^e semaine de gestation, ils ont estimé que la probabilité d'un placenta praevia à terme était de 8 %. De façon semblable, Hill et coll.²² ont signalé une incidence de 6,2 % en ce qui a trait à la situation dans laquelle un placenta empiète sur l'orifice interne entre la 9^e et la 13^e semaine de gestation. Dans le cadre de leur série de 1 252 patientes, 20 patientes (1,6 %) présentaient un chevauchement du pourtour placentaire de 16 mm ou plus; la présence d'un placenta praevia ne s'est maintenue à terme que chez quatre d'entre elles (0,3 %). Deux autres études, lesquelles se sont penchées sur diverses distances de chevauchement entre la 9^e et la 16^e semaine de gestation^{23,24}, ont également constaté que la persistance du placenta praevia est extrêmement peu probable lorsque le degré de chevauchement placentaire est d'au plus 10 mm.

Deux études se sont penchées sur les valeurs seuils entre la 18^e et la 23^e semaine de gestation^{25,26}. Elles ont toutes deux constaté une incidence semblable, pouvant atteindre 2 %, en ce qui concerne la situation dans laquelle le placenta atteint l'orifice interne ou empiète sur ce dernier; de façon globale, moins de 20 % de ces cas persistaient sous forme de placenta praevia. La probabilité d'un placenta praevia persistant était, en fait, de zéro lorsque le pourtour placentaire atteignait l'orifice, mais n'empiétait pas sur ce dernier (0 mm); cette probabilité connaissait une hausse significative en présence d'un chevauchement dépassant 15 mm, de telle façon qu'une distance > 25 mm de chevauchement était associée à une probabilité de placenta praevia à l'accouchement se situant entre 40 % et 100 %.

Le processus de « migration » placentaire (déplacement relatif du placenta vers le haut attribuable à la croissance différentielle du segment inférieur) est continu, et ce, jusque dans la dernière partie du troisième trimestre^{15,18,27}. Sur 26 patientes s'étant soumises à une échographie à, en moyenne, la 29^e semaine de gestation et lorsque le placenta se situait à entre 20 mm d'écart par rapport à l'orifice interne et 20 mm de chevauchement, seulement 3 (11,5 %) ont nécessité une CS en raison d'un placenta praevia au moment de l'accouchement. Un taux moyen de migration > 1 mm par semaine s'avérait grandement prédictif d'une issue normale. Un chevauchement > 20 mm après 26 semaines était prédictif de la nécessité d'avoir recours à la CS²⁷.

Predanic et coll.²⁸ ont subséquemment publié des résultats semblables.

L'échographie transpérinéale ou translabiale (au moyen d'une sonde transabdominale) peut également améliorer la précision diagnostique de l'ÉTA et peut constituer une solution de rechange utile, lorsqu'il est impossible d'avoir recours à l'ÉTV²⁹.

Recommandations

2. On incite les échographistes à signaler, au moment de l'ÉTV, la distance exacte séparant le pourtour placentaire et l'orifice cervical interne en ayant recours à la terminologie standard (millimètres d'écart par rapport à l'orifice ou millimètres de chevauchement). La situation dans laquelle le pourtour placentaire atteint exactement l'orifice interne est décrite sous forme d'une distance de 0 mm. Lorsque, au moment de l'ÉTV menée entre la 18^e et la 24^e semaine de gestation, le pourtour placentaire atteint l'orifice cervical interne ou empiète sur ce dernier (incidence se situant entre 2 % et 4 %), la tenue d'un examen de suivi visant à déterminer l'emplacement du placenta au troisième trimestre est recommandée. Un chevauchement supérieur à 15 mm est associé à une hausse de la probabilité d'un placenta praevia à terme. (II-2A)
3. Lorsque le pourtour placentaire se situe à entre 20 mm d'écart par rapport à l'orifice interne et 20 mm de chevauchement après la 26^e semaine de gestation, l'échographie devrait être répétée à intervalles réguliers (en fonction de l'âge gestationnel, de la distance par rapport à l'orifice interne et de caractéristiques cliniques telles que l'hémorragie), et ce, puisqu'il est probable que la position du placenta continue d'évoluer. Un chevauchement de 20 mm ou plus, à quelque moment que ce soit au cours du troisième trimestre, est grandement prédictif de la nécessité d'avoir recours à la CS. (III-B)

VOIE D'ACCOUCHEMENT À TERME

La nécessité d'avoir recours à une CS à terme est prédite en fonction de la distance orifice-pourtour placentaire et de caractéristiques cliniques (p. ex. présence d'une orientation instable et/ou d'une hémorragie). Cinq études ont examiné la probabilité du recours à la CS en raison d'un placenta praevia, en fonction de la distance par rapport au pourtour placentaire au moment de la dernière échographie précédant l'accouchement^{6,27-31}. La dernière échographie a été effectuée en moyenne à la 35^e-36^e semaine de gestation et une distance > 20 mm d'écart par rapport à l'orifice a été associée à une forte probabilité d'accouchement vaginal (plage : 63 %–100 %). Selon certains, cette distance-seuil de > 20 mm d'écart par rapport à l'orifice devrait être

interprétée comme représentant un placenta bas, plutôt qu'un placenta praevia, et ce, afin de prévenir l'exécution abusive de césariennes de convenance en raison du signalement d'un placenta praevia³⁰. Ces cas peuvent être pris en charge en gardant à l'esprit que l'accouchement vaginal s'avère fort probable.

Lorsque la distance se situe entre 20 mm et 0 mm d'écart par rapport à l'orifice au moment de la dernière échographie, le recours à la CS en raison d'un placenta praevia varie d'environ 40 % à 90 % et peut être fonction de la distance exacte par rapport à l'orifice et du fait que le médecin ait pris connaissance des résultats échographiques au préalable^{28,30,31}. Dans ce groupe, l'essai de travail peut s'avérer approprié en l'absence d'une orientation instable ou d'une hémorragie³⁰; cependant, il s'avère nécessaire d'obtenir plus de données sur la probabilité de l'hémorragie ante-partum et intra-partum issues d'études prospectives.

Lorsque, au moment de la dernière échographie précédant l'accouchement, le placenta empiète sur l'orifice selon quelque degré que ce soit, le recours à la CS s'avère nécessaire dans tous les cas²⁷⁻³¹ : une telle constatation était auparavant interprétée comme représentant un « placenta praevia complet ».

Recommandations

4. La distance orifice-pourtour placentaire, au moment de l'ÉTV menée après la 35^e semaine de gestation, s'avère utile pour la planification de la voie d'accouchement. Lorsque le pourtour placentaire se situe à > 20 mm d'écart par rapport à l'orifice cervical interne, les femmes peuvent se voir offrir un essai de travail, lequel présente alors une forte probabilité de réussite. Une distance de 20 à 0 mm d'écart par rapport à l'orifice est associée à un taux accru de CS; cependant, en fonction des circonstances cliniques présentes, l'accouchement vaginal demeure possible. (II-2A)
5. En général, après la 35^e semaine de gestation, la présence de quelque degré de chevauchement (> 0 mm) que ce soit constitue une indication pour le recours à la césarienne à titre de voie d'accouchement. (II-2A)

COMPARAISON ENTRE LA PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL ET LA PRISE EN CHARGE EN CLINIQUE EXTERNE

Un essai randomisé de faible envergure³² s'étant affaîré à comparer la prise en charge du placenta praevia à la maison et à l'hôpital a été publié. À la suite d'un tri au hasard, 27 femmes ont été affectées à un alitement avec ambulation minimale à l'hôpital et 26 autres femmes ont été retournées à la maison. Des saignements récurrents se sont manifestés chez 62 % des sujets. De façon générale, aucune différence

n'a été constatée en ce qui a trait à quelque issue majeure que ce soit et des économies substantielles ont été réalisées en matière de jours d'hospitalisation au sein du groupe « non hospitalisé ». Un certain nombre d'analyses rétrospectives se sont également penchées sur cette question³³⁻³⁵; leurs résultats soutiennent eux aussi le recours à une prise en charge en clinique externe dans le cas des patientes stables. Cependant, on a constaté que les issues cliniques du placenta praevia sont grandement variables et qu'elles ne peuvent être prédites avec beaucoup d'assurance à partir des événements prénatals³², et ce, bien que le degré de praevia puisse agir à titre d'indicateur de la probabilité des complications³⁶. Somme toute, le nombre de femmes étudiées a été faible et l'efficacité statistique de ces études, en ce qui concerne le traitement de la question de la sûreté maternelle et néonatale, s'est avérée très limitée. Il est nécessaire de procéder à d'autres recherches pour en venir à des conclusions fermes; ainsi, la prise en charge conservatrice à l'hôpital demeure l'approche à privilégier dans le cas des femmes qui connaissent des saignements.

Recommandation

6. La prise en charge du placenta praevia en clinique externe peut s'avérer appropriée dans le cas des femmes stables bénéficiant d'un soutien à la maison, demeurant à proximité immédiate d'un hôpital et pouvant facilement et rapidement avoir accès à des moyens de transport et de communication téléphonique. (II-2C)

CERCLAGE CERVICAL

Les avantages du cerclage cervical dans le cadre de la prise en charge prénatale du placenta praevia ont fait l'objet d'une analyse systématique³⁷. Deux essais ont été identifiés^{38,39}. Au total, 64 femmes ont fait l'objet d'une randomisation. Dans l'un de ces essais³⁸, on a constaté une diminution du risque d'accoucher avant la 34^e semaine de gestation ou d'accoucher d'un nouveau-né de moins de 2 000 g. Cependant, dans le cadre de cet essai, la randomisation a été effectuée en fonction de la date de naissance et l'analyse a été menée en fonction du traitement reçu, plutôt qu'en fonction du projet thérapeutique.

Recommandation

7. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour recommander la pratique du cerclage cervical en vue de réduire les saignements en présence d'un placenta praevia. (III-D)

MODE D'ANESTHÉSIE À UTILISER AU COURS DE LA CÉSARIENNE

Les anesthésistes sont divisés lorsque vient le temps d'identifier le mode d'anesthésie le plus sûr à utiliser dans le

cas d'une césarienne devant être effectuée en raison d'un placenta praevia⁴⁰. Deux études rétrospectives en sont venues à la conclusion que l'anesthésie régionale s'avérait sûre^{41,42}; de plus, un essai randomisé de faible envergure a laissé entendre que l'anesthésie péridurale était supérieure à l'anesthésie générale en ce qui a trait à l'hémodynamique maternelle⁴³. Lorsque l'on s'attend à une chirurgie prolongée chez des femmes qui présentent un placenta accreta ayant été diagnostiqué pendant la période prénatale, il peut s'avérer préférable de procéder à une anesthésie générale; de plus, il est possible de convertir une analgésie régionale en anesthésie générale lorsque l'on constate, en cours d'intervention, la présence d'un accreta non diagnostiqué⁴¹.

Recommandation

8. Lorsque l'on doit effectuer une CS en raison d'un placenta praevia, il est possible d'avoir recours à une anesthésie régionale. (II-2B)

PLACENTA PRAEVIA ET PLACENTA ACCRETA

L'association entre le fait d'avoir déjà subi une CS, le placenta praevia et le placenta accreta (adhérence pathologique du placenta) est bien connue. L'incidence du placenta praevia est proportionnelle au nombre de CS déjà subies^{44,45}; qui plus est, certaines sources laissent entendre que la hausse de l'incidence du placenta praevia est attribuable à la hausse du taux de CS⁴⁶. Bien que le mécanisme causal du placenta praevia déclenché par la présence préalable d'une cicatrice n'ait pas encore été élucidé, il est possible qu'il soit attribuable à la diminution de la croissance différentielle du segment inférieur, laquelle entraverait le déplacement de la position placentaire vers le haut au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse^{47, 48}. Le taux croissant de placenta accreta, lequel se chiffre maintenant à 1:2 500 accouchements, est assurément attribuable à la hausse du taux de CS⁴⁶. Le risque relatif de placenta accreta en présence d'un placenta praevia est de 1:2 065, ce qui est considérablement plus élevé que le risque que courent les femmes dont le placenta est normalement positionné⁴⁶. Le risque de placenta accreta en présence d'un placenta praevia connaît une hausse spectaculaire en fonction du nombre de CS déjà subies : le risque est de 25 % pour les femmes qui ont déjà subi une CS et de plus de 40 % pour celles qui en ont déjà subi deux^{45,49}. Le placenta accreta constitue une pathologie préoccupante qui s'accompagne d'une forte probabilité d'hystérectomie et d'un taux de décès maternel évalué à 7 %. Le diagnostic prénatal peut s'avérer bénéfique pour la préparation à l'accouchement⁵⁰. Un certain nombre de techniques d'imagerie, dont l'échographie⁵¹, le Doppler couleur^{52,53} et l'IRM^{54,55}, s'avèrent utiles pour la formulation d'un diagnostic prénatal de placenta accreta. La prise en charge

conservatrice du placenta accreta avec préservation de l'utérus constitue une option thérapeutique. Des séries de cas⁵⁶⁻⁵⁸ signalent la réussite du fait de laisser le placenta *in situ* et d'effectuer une embolisation de l'artère utérine.

Recommandation

9. Les femmes qui présentent un placenta praevia et qui ont déjà subi une CS courent un risque accru de placenta accreta. En présence de résultats d'imagerie indiquant une adhérence pathologique du placenta, les fournisseurs de soins devraient faire en sorte de procéder à l'accouchement au sein d'un milieu approprié doté de ressources adéquates. (II-2B)

RÉFÉRENCES

- Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. « Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 188, 2003, p. 275-81.
- Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. « Maternal complications with placenta previa », *Am J Perinatol*, vol. 17, 2000, p. 101-5.
- Crane JM, Van den Hof MC, Dods L, Armson BA, Liston R. « Neonatal outcomes with placenta previa », *Obstet Gynecol*, vol. 177, 1997, p. 210-4.
- Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. « The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997 », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 188, 2003, p. 1299-304.
- « Obstetrical Hemorrhage », dans : Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV et coll., éditeurs. *Williams Obstetrics*, 20^e éd. Norwalk, Conn :Appleton & Lang, 1997, p. 745-82.
- Oppenheimer L, Farine D, Ritchie K, Lovinsky RM, Telford J, Fairbanks LA. « What is a low-lying placenta? », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 165, 1991, p. 1036-8.
- Farine D, Fox HE, Timor-Tritsch I. « Vaginal ultrasound for ruling out placenta previa », *Br J Obstet Gynecol*, vol. 96, 1989, p. 117-9.
- Smith RS, Lauria MR, Comstock CH, Treadwell MC, Kirk JS, Lee W et coll. « Transvaginal ultrasonography for all placentas that appear to be low-lying or over the internal cervical os », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 9, 1997, p. 22-4.
- Farine D, Fox HE, Jakobson S, Timor-Tritsch IE. « Vaginal ultrasound for diagnosis of placenta previa », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 159, 1988, p. 566-9.
- Oyelese KO, Holden D, Awadh A, Coates S, Campbell S. « Placenta previa: the case for transvaginal sonography », *Cont Rev Obstet Gynaecol*, 1999, p. 257-61.
- Edlestone DI. « Placental localization by ultrasound », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 20, 1977, p. 285-7.
- King DL. « Placental ultrasonography », *JCU*, vol. 1, 1973, p. 21-6.
- Timor-Tritsch IE, Rottem S. *Transvaginal sonography*, New York : Elsevier, 1987, p. 1-13.
- Townsend RR, Laing FC, Nyberg DA, Jeffrey RB, Wing VW. « Technical factors responsible for placental migration: sonographic assessment », *Radiology*, vol. 160, 1986, p. 105-8.
- Lauria MR, Smith RS, Treadwell MC, Comstock CH, Kirk JS, Lee W, Bottoms SF. « The use of second-trimester transvaginal sonography to predict placenta previa », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 8, 1996, p. 337-40.
- McClure N, Dorman JC. « Early identification of placenta praevia », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 97, 1990, p. 959-61.
- Leerentveld RA, Gilberts ECAM, Arnold KJCW, Wladimiroff JW. « Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization », *Obstet Gynecol*, vol. 76, 1990, p. 759-62.
- Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Mediaris AL. « Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta praevia? », *Ultrasound Obstet Gynecol*, 1992, p. 256-60.
- Timor-Tritsch IE, Yunis RA. « Confirming the safety of transvaginal sonography in patients suspected of placenta previa », *Obstet Gynecol*, vol. 81, 1993, p. 742-4.
- Powell MC, Buckley J, Price H, Worthington BS, Symonds EM. « Magnetic resonance imaging and placenta praevia », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 154, 1986, p. 656-9.
- Mustafa SA, Brizot ML, Carvalho MHB, Watanabe L, Kahhale S, Zugaib Z. « Transvaginal ultrasonography in predicting placenta previa at delivery: a longitudinal study », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 20, 2002, p. 356-9.
- Hill LM, Di Nofrio DM, Chenevey P. « Transvaginal sonographic evaluation of first-trimester placenta previa », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 5, 1995, p. 301-3.
- Taipale P, Hiilesmaa V, Ylostalo P. « Diagnosis of placenta previa by transvaginal sonographic screening at 12-16 weeks in a nonselected population », *Obstet Gynecol*, vol. 89, 1997, p. 364-7.
- Rosati P, Guariglia L. « Clinical significance of placenta previa detected at early routine transvaginal scan », *Ultrasound Med*, vol. 19, 2000, p. 581-5.
- Taipale P, Hiilesmaa V, Ylostalo P. « Transvaginal ultrasonography at 18-23 weeks in predicting placenta previa at delivery », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 12, 1998, p. 422-5.
- Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. « The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 17, 2001, p. 496-501.
- Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, Dabrowski A. « Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome? », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 8, 2001, p. 100-2.
- Predanic M, Perni SC, Baergen RN, Jean-Pierre C, Chasen ST, Chervenak FA. « A sonographic assessment of different patterns of placenta previa "migration" in the third trimester of pregnancy », *J Ultrasound Med*, vol. 24, 2005, p. 773-80.
- Dawson WB, Dumas MD, Romano WM, Gagnon R, Gratton RJ, Mowbray D. « Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placental distance predict outcome? », *J Ultrasound Med*, vol. 15, 1996, p. 441-6.
- Sallout B, Oppenheimer, LW. « The classification of placenta previa based on os-placental edge distance at transvaginal sonography », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 187, n° 6, 2002, p. S94.
- Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. « Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta previa », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 110, 2003, p. 860-4.
- Wing DA, Paul RH, Millar LK. « Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 175, 1996, p. 806-11.
- Love CDB, Wallace EM. « Pregnancies complicated by placenta praevia: what is appropriate management? », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 103, 1996, p. 864-7.
- Droste S, Keil K. « Expectant management of placenta praevia: cost benefit analysis of outpatient treatment », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 170, 1994, p. 1254-7.
- Mouer JR. « Placenta praevia: antepartum conservative management, inpatient versus outpatient », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 170, 1994, p. 1683-6.

36. Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoot D, Asrat T. « Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome? », *Am J Perinatol*, 2003, p. 353–60.
37. Nelson JP. « Interventions for suspected placenta praevia (Cochrane review) », dans : *The Cochrane Library*, Oxford : Update software, 2004, numéro 2.
38. Arias F. « Cervical cerclage for the temporary treatment of patients with placenta previa », *Obstet Gynecol*, vol. 71, 1988, p. 545–8.
39. Cobo E, Conde-Agudelo A, Delgado J, Canaval H, Congote A. « Cervical cerclage: an alternative for the management of placenta previa », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 179, 1998, p. 122–5.
40. Bonner SM, Haynes SR, Ryall D. « The anaesthetic management of caesarean section for placenta praevia: a questionnaire survey », *Anaesthesia*, vol. 50, 1995, p. 992–4.
41. Parekh N, Husaini SW, Russel IF. « Caesarean section for placenta praevia: a retrospective study of anaesthetic management », *Br J Anaesth*, vol. 84, 2000, p. 725–30.
42. Frederiksen MC, Glasenberg R, Stika CS. « Placenta previa: a 22-year analysis », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 180, 1999, p. 1432–7.
43. Hong JY, Jee YS, Yoon HJ, Kim SM. « Comparison of epidural and general anaesthesia in cesarean section for placenta previa », *Int J Obstet Anaesthesia*, vol. 12, 2003, p. 12–6.
44. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. « The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity », *Obstet Gynecol*, vol. 99, 2002, p. 976–80.
45. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. « Placenta praevia / accreta and prior caesarean section », *Obstet Gynecol*, vol. 66, 1985, p. 89–92.
46. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. « Clinical risk factors for placenta praevia -placenta accreta », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 177, 1997, p. 210–4.
47. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. « Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection », *Obstet Gynecol*, vol. 99, 2002, p. 692–7.
48. Laughon SK, Wolfe HM, Visco AG. « Prior cesarean and the risk for placenta previa on second-trimester ultrasonography », *Obstet Gynecol*, vol. 105, 2005, p. 962–5.
49. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA et coll. « Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries », *Obstet Gynecol*, vol. 107, 2006, p. 1226–32.
50. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. « The management of placenta percreta: conservative and operative strategies », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 75, 1996, p. 1632–8.
51. Finberg H, Williams J. « Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section », *J Ultrasound Med*, vol. 11, 1992, p. 333–43.
52. Chou MM, Ho ESC. « Prenatal diagnosis of placenta praevia accreta with power amplitude ultrasonic angiography », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 177, 1997, p. 1523–5.
53. Yang JI, Lim YK, Kim HS, Chang KH, Lee JP, Ryu HS. « Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior Cesarean section », *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 28, 2006, p. 178–82.
54. Tanaka YO, Sohda S, Shigemitsu S, Niitsu M, Itai Y. « High temporal resolution contrast MRI in high risk group for placenta accreta », *Magn Reson Imaging*, vol. 19, 2001, p. 635–42.
55. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K et coll. « Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta », *Obstet Gynecol*, vol. 108, 2006, p. 573–81.
56. Ouellet A, Sallout B, Oppenheimer LW. « Conservative v surgical management of placenta accreta ; a systematic review of the literature and case series », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 189, 2003, p. S130.
57. Courbiere B, Bretelle F, Porcu G, Gamere M, Blanc B. « Conservative treatment of placenta accreta », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol. 32, 2003, p. 549–54.
58. Clement D, Kayem G, Cabrol D. « Conservative treatment of placenta percreta: a safe alternative », *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol*, vol. 114, 2004, p. 108–9.
59. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207-8.