

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

L'histoire naturelle des grossesses au premier trimestre implantées précocement dans la cicatrice césarienne : une étude prospective

ZOSMER N, FULLER J, SHAIKH H *et al.* The natural history of early first trimester pregnancies implanted in Caesarean scars: a prospective study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, Jan 2015.

L'objectif de l'étude est de décrire les critères échographiques et l'histoire des grossesses implantées dans ou sur l'ancienne cicatrice de césarienne au premier trimestre.

Matériels et méthodes

Toutes les patientes de moins de 12 semaines d'aménorrhées, ayant consulté précocement dans le centre et dont le diagnostic d'implantation dans la cicatrice de césarienne a été confirmé entre janvier 2011 et septembre 2013, ont été incluses dans cette étude prospective observationnelle.

Toutes les patientes ont une échographie endovaginale et sus-pubienne. Le diagnostic échographique d'implantation dans la cicatrice de césarienne était confirmé par la présence de plusieurs ou l'ensemble des critères suivants :

- une cavité utérine vide;
- un sac gestationnel ou une masse solide dont la localisation est antérieure, couvrant le site présumé de l'ancienne cicatrice de césarienne. La position du sac gestationnel était décrite comme partielle si seulement une partie du sac était implantée dans la cicatrice;
- un myomètre mince ou absent entre le sac et la vessie;
- une vascularisation importante au Doppler en regard du trophoblaste ou du placenta;
- un canal endocervical vide.

D'autres critères échographiques étaient aussi relevés :

- des lacunes placentaires avec défaut de placentation;
- le site de l'insertion du cordon ombilical et la localisation de la plus grande partie du tissu trophoblastique;
- la présence ou l'absence d'un bombement du sac gestationnel en dehors de la cicatrice de césarienne;
- l'évaluation de la muqueuse vésicale par rapport au placenta afin d'exclure toute atteinte vésicale.

Les échographies étaient réalisées par le même opérateur. Lorsque le diagnostic de grossesse sur cicatrice de césarienne était établi, les patientes avaient une consultation au premier trimestre où tous les risques potentiels liés à cette grossesse étaient expliqués ainsi que le caractère incertain de l'évolutivité de cette grossesse. Après une mesure de la clarté nucale par échographie, les patientes étaient suivies par un obstétricien expérimenté. L'équipe de prise en charge comprenait : un anesthésiste, un chirurgien gynécologue, un

urologue et un radiologue interventionnel. Les échographies étaient réalisées à 14, 20, 26, 28 et 32 semaines.

Au 2^e et 3^e trimestres, les échographies étaient réalisées par voie vaginale et abdominale avec une vessie partiellement pleine (300 mL) afin de visualiser les limites vésicales, le myomètre par rapport au placenta. Un placenta suspect d'accrète était défini avec au moins trois des quatre critères suivants :

- absence d'espace libre entre le placenta et la vessie;
- un espace myométrial rétroplacentaire inférieur à 1 mm derrière la vessie;
- présence de lacunes placentaires profondes observées au Doppler. L'évaluation placentaire était réalisée en coupe sagittale des quatre quadrants avec un compte du nombre de lacunes;
- un index de résistance bas et un haut pic de vélocité (> 15 cm/s) en Doppler 2D et 3D sur les vaisseaux situés entre la séreuse utérine et la vessie.

Il était noté lorsque le mur vésical était interrompu à l'échographie endovaginale vessie pleine (300 mL) de manière évidente. L'insertion cordonale basse était définie par une distance inférieure à 2 cm entre l'insertion du cordon et le bord placentaire le plus bas. Une insertion cordonale centrale si l'insertion était située à 2 cm du bord placentaire le plus et le bas. Et, enfin, une insertion cordonale haute si l'insertion était à moins de 2 cm du bord placentaire le plus haut.

L'IRM n'était pas réalisée de manière systématique, mais uniquement à la demande de l'obstétricien. Dans tous les cas, une équipe multidisciplinaire, du sang et un *cell saver* étaient réquisitionnés. Pour toutes les patientes, une césarienne systématique à 37 semaines était organisée avec une corticothérapie préopératoire pour maturation pulmonaire. Toutes les patientes avaient une échographie pour cartographie placentaire sur la table opératoire afin d'éviter une incision transplacentaire. Une hystérectomie était réalisée si le placenta ne se décollait pas spontanément, ou lors d'une hémorragie devant une délivrance incomplète. La mise en place prophylactique de ballons dans les artères iliaques primitives était réalisée en fonction de la demande de l'obstétricien. Les pièces étaient examinées par le même anatomopathologiste; le diagnostic de placenta accrète était anatomopathologique. Devant le peu de patientes, aucune analyse statistique n'a été réalisée.

Résultats

Vingt-sept cas d'implantation sur cicatrice de césarienne ont été diagnostiqués pendant cette période. Treize ont été traités dans d'autres hôpitaux, 14 dans notre centre. Six ont eu une

Cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Épaisseur myométrial derrière la cicatrice (mm)	6	3	1	3	1	3	2	2	1	2
Site du defect myométrial	o	Gauche	Gauche	Gauche	Gauche	Droit	Central	Central	Central	Gauche
Proportion du trophoblaste dans la cicatrice	o	Partiel	Tout	Partiel	Tout	Partiel	Tout	Partiel	Partiel	Partiel
Localisation de l'insertion cordonale	NR	Haute	Bas	Bas	Bas, vélamenteuse	Central	Bas	Bas	Bas	NR
Lacunes trophoblastiques	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Sac à l'extérieur de l'utérus	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
Localisation placentaire	<i>Prævia</i>	Gauche antérieur	Gauche latéral	Gauche antérieur	<i>Prævia</i>	Antérieur	<i>Prævia</i>	<i>Prævia</i>	Antérieur	NR
Nombre de lacunes placentaires	4	2	3	4	> 6	2	> 6	2	4	NR
Suspicion de placenta accreta (%)	> 50	< 25	> 50	< 25	> 50	< 25	25-50	25-50	> 50	NR
Interface entre l'utérus et la vessie interrompu	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	NR
Épaisseur myométrial (mm)	o	1,9	2,3	o	o	o	o	2	o	NR
Absence d'espace clair	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	NR
Pic de vélocité > 15 cm/s	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NR
Âge gestationnel de l'accouchement (semaines)	32	26	37	37	28	35	35	38	29	37
Indication	Métrorragies	Travail	Systématique	Systématique	Rupture utérine	Travail	Douleurs abdominales	Systématique	Douleurs abdominales métrorragies	Systématique
Hystérectomie	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Pertes sanguines (mL)	3 500	1 400	2 500	3 500	13 000	1 000	15 00	3 000	2 500	1 500
Plaie urologique	Non	Non	Vessie	Vessie	Vessie et uretère	Non	Vessie	Non	Vessie	Non
Histologie	<i>Accreta</i>	NR	<i>Accreta</i>	NR	<i>Percreta</i>	<i>Accreta</i>	<i>Accreta</i>	NR	<i>Percreta</i>	NR

TABLEAU I : Partie grise : critères échographiques de fin de grossesse. NR : non renseigné.

grossesse arrêtée (3 traitées par expectative, 3 traitées chirurgicalement), 11 ont eu une interruption médicale de grossesse. Dix ont souhaité poursuivre leur grossesse malgré les risques.

L'âge médian du diagnostic était de 7 semaines. Seulement 3 patientes sur les 10 avaient des utérus unicatriciels. L'âge moyen des patientes était de 33 ans. Les détails du suivi échographique pendant la grossesse et de l'accouchement sont décrits dans le **tableau I**.

À propos de la prise en charge chirurgicale: une patiente a eu un capitonnage selon la technique de B-Lynch, une autre avec mise en place d'un ballon de Bakri. Trois patientes ont eu une mise en place par cathéter de ballon dans les artères iliaques internes à visée prophylactique; pour 2 patientes, ils ont été gonflés et pour la dernière l'intervention s'est compliquée d'un caillot sur le point de ponction fémoral nécessitant une endartériectomie en urgence avec une aponévrotomie de décharge.

Commentaires

L'évaluation des complications est probablement meilleure lors d'une échographie précoce faite entre 7-8 semaines. En effet, une implantation complète du trophoblaste dans le defect de la cicatrice, un sac à l'extérieur de la cicatrice ou encore des lacunes trophoblastiques larges dès le premier trimestre semblent être des critères échographiques prédisposant au placenta accreta et ses complications associées. Cependant, devant le peu de patientes, aucune analyse statistique n'a été réalisée. Une série plus importante semble nécessaire pour conforter cette étude tout en ayant une information claire vis-à-vis des patientes sur les risques potentiels de l'évolution de ce type de grossesse.

G. DRAY
Service Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS..