

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie avant césarienne par cathéters intra-artériels à ballonnet en cas de suspicion de placenta *accreta* : un essai randomisé contrôlé.

SALIM R, CHULSKI A, ROMANO S *et al.* Precesarean prophylactic balloon catheters for suspected placenta accrete. *Obstet Gynecol*, 2015; 26:1022-1028.

Les anomalies d'adhérence placentaire de type placenta *accreta* représentent une complication sévère de la grossesse pouvant s'associer à des hémorragies du *post-partum* engageant le pronostic vital. En effet, la morbidité et la mortalité maternelles rapportées, en cas de placenta *accreta*, approchent les 60 % et 7 %, respectivement. Les antécédents de césarienne ou de geste endo-utérin représentent le principal facteur de risque de placenta *accreta*. Ainsi, cette complication devient de plus en plus fréquente, essentiellement du fait de l'augmentation du taux de césariennes durant les 50 dernières années.

Le diagnostic prénatal des anomalies d'insertion placentaire est associé à une amélioration du pronostic maternel. La radiologie interventionnelle fait aujourd'hui partie de l'équipe multidisciplinaire nécessaire à la prise en charge des placentas *accreta*. En effet, plusieurs équipes proposent la mise en place préopératoire de ballonnets au niveau de l'artère iliaque interne ou d'autres artères vascularisant l'utérus afin de diminuer le saignement peropératoire. L'essentiel de la littérature évaluant les bénéfices d'une telle stratégie repose sur des cas rapportés et des séries rétrospectives dont les résultats restent assez discordants. En outre, des effets secondaires de ce type de procédure ont été rapportés dans 15 % des cas.

L'objectif de cet essai randomisé est d'évaluer le retentissement maternel en termes de volume sanguin transfusé et de pertes sanguines en cas de suspicion de placenta *accreta*, avec ou sans mise en place prophylactique de ballonnets endovasculaires.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'un essai randomisé unicentrique réalisé à l'hôpital universitaire d'Afula (Israël), où les patientes étaient adressées pour échographie de référence en cas de facteurs de risque de placenta *accreta*. Les patientes étaient éligibles en cas de forte suspicion sur des critères échographiques uniformes. Les critères d'exclusion étaient les troubles de l'hémostase connus et les césariennes en urgence avant inclusion. La césarienne était prévue vers 37 semaines d'aménorrhée après corticothérapie anténatale. Une hystérectomie per-césarienne était proposée aux patientes participantes.

Le traitement conservateur était envisagé pour les patientes ayant un désir de grossesse ultérieure si l'hémodynamique peropératoire le permettait.

Les cathéters étaient mis en place dans la branche antérieure de l'artère iliaque interne, sous anesthésie locale, le matin même de la césarienne. Les ballonnets étaient gonflés en peropératoire après clampage du cordon ombilical. L'ablation des cathéters se faisait habituellement 12 heures après la césarienne en salle de radiologie interventionnelle. Une embolisation sélective était pratiquée à ce moment en cas de traitement conservateur ou d'extravasation.

En dehors de la mise en place des cathéters, la prise en charge des patientes dans les bras contrôle et intervention était identique. Les patientes bénéficiaient d'une cystoscopie avec mise en place de sondes urétérales en préopératoire. La laparotomie était pratiquée par une incision de Pfannenstiel et l'hystérotomie était transversale fundique.

Le placenta *accreta* était confirmé par les constatations peropératoires, par examen anatomopathologique et/ou par examen échographique en cas de traitement conservateur. Le critère de jugement principal était le nombre de culots globulaires (CG) transfusés. Les critères secondaires incluaient les pertes sanguines estimées et calculées (par la formule de Mercuriali et Nadler), le temps opératoire, les complications chirurgicales et radio-interventionnelles, la durée du séjour et le devenir néonatal. Le nombre de sujets nécessaire pour observer une diminution de 3 CG transfusés dans le groupe intervention, avec une puissance de 90 %, était estimé à 12 patientes dans chaque bras en cas de placenta *accreta* confirmé.

Résultats

Entre janvier 2009 et mars 2015, 29 patientes étaient éligibles à une randomisation et 27 y avaient consenti (13 dans le bras intervention et 14 dans le bras contrôle). Les caractéristiques démographiques et obstétricales étaient similaires dans les deux groupes. Le diagnostic de placenta *accreta* était confirmé dans 12 cas (92,3 %) dans le groupe intervention et dans 12 (85,7 %) dans le groupe contrôle ($p = 0,99$). Une césarienne subtotale a été pratiquée pour 6 patientes (46,2 %) dans le groupe intervention et pour 7 (50 %) dans le groupe contrôle ($p = 0,84$).

Le nombre moyen de CG transfusés était de 5,2 ($\pm 6,2$) dans le groupe intervention contre 4,1 ($\pm 3,8$) dans le groupe contrôle ($p = 0,9$). Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes en termes de saignement estimé ou calculé, de

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

complications per- ou postopératoires. Les pertes sanguines calculées étaient environ 3 fois plus importantes que celles estimées en peropératoire (**tableau I**). Des complications mineures potentiellement en rapport avec la mise en place des cathéters étaient retrouvées dans 15 % des cas. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes lors d'une analyse secondaire n'incluant que les cas de placenta *accreta* avéré. De même, aucune différence

significative n'a été retrouvée en analysant les sous-groupes "traitement conservateur" et "hystérectomie".

Discussion

Les résultats de cette étude sont limités par son effectif réduit et le fait que le diagnostic de placenta *accreta* n'ait pas été

Critère	Groupe intervention	Groupe contrôle	P	RR (IC 95 %)
CG transfusé	5,2 ± 6,2 (3,0; 0,0-23,0)	4,1 ± 3,8 (2,5; 0,0-11,0)	0,90	
PFC transfusé	2,8 ± 5,4 (0,0; 0,0-19,0)	1,7 ± 2,7 (0,0; 0,0-8,0)	0,84	
CG et PFC transfusés	8,0 ± 11,6 (3,0; 0,0-42,0)	5,9 ± 6,3 (2,5; 0,0-19,0)	0,88	
CP transfusé	0,5 ± 1,7 (0,0; 0,0-6,0)	0,0 ± 0,0 (0,0; 0,0-0,0)	0,33	
Cryoprécipité transfusé	0,8 ± 2,8 (0,0; 0,0-10,0)	0,7 ± 2,7 (0,0; 0,0-10,0)	0,99	
Toute transfusion	11 (84,6)	12 (85,7)	0,99	0,96 (0,33-2,75)
Transfusion > 5 CG	4 (30,8)	4 (28,6)	0,99	1,05 (0,47-2,38)
Pertes sanguines estimées (mL)	1,600 ± 994 (1,500; 800-4,500)	1,614 ± 727 (1,500; 600-3,500)	0,56	
Pertes sanguines calculées (mL)	1,732 ± 1,768 (1,245; 432-6,622)	1,648 ± 1,202 (1,108; 283-4,006)	0,72	
Pertes sanguines estimées > 2,5 mL	7 (53,9)	9 (64,3)	0,58	0,81 (0,37-1,76)
Baisse d'hémoglobine (g/dL)	2,2 ± 1,4 (1,9; 0,1-4,9)	3,6 ± 1,9 (3,7; 0,7-7,2)	0,07	
Baisse d'hématocrite %	6,7 ± 3,6 (6,5; 2,0-14,6)	10,1 ± 5,9 (10,7; 1,3-20,3)	0,11	
Baisse des plaquettes (1000/□L)	53 ± 47 (39,0-140)	78 ± 70 (51;0-193)	0,40	
Plaquettes < 150 G en postopératoire	4 (30,8)	6 (42,9)	0,69	0,76 (0,31-1,82)
INR > 1,2	6 (46,2)	3 (21,4)	0,24	1,83 (0,68-4,96)
Hystérectomie	6 (46,2)	7 (50,0)	0,84	0,92 (0,42-2,03)
Aucune complication chirurgicale	11 (84,6)	11 (78,6)		
Lésion vésicale	2 (15,4)	2 (14,3)		
Lésion urétérale	0 (0,0)	0 (0,0)		
Lésion intestinale séreuse	0 (0,0)	1 (7,1)		
Plaie intestinale	0 (0,0)	0 (0,0)		
Pas de placenta <i>in situ</i>	1 (7,7)	2 (14,3)		
Moins d'un cotylédon <i>in situ</i>	3 (23,1)	3 (21,4)		
Plus d'un cotylédon <i>in situ</i>	3 (23,1)	2 (14,3)		
Temps opératoire (min)	84,8 ± 41,9 (74; 35-168)	84,4 ± 37,9 (79,5; 32-144)	0,94	

TABLEAU I : Résultats peropératoires.

confirmé chez toutes les patientes. En outre, ces résultats ne peuvent être généralisés aux placentas *percreta*, ni pour des techniques de radiologie interventionnelle impliquant le cathétérisme d'autres branches vasculaires. Le caractère unicentrique de cet essai présente l'avantage d'évaluer une prise en charge qui est restée similaire avec une même équipe pluridisciplinaire pendant la durée de l'étude, réduisant ainsi les biais opérateur-dépendants. Enfin, il faut garder à l'esprit que cette étude n'évalue que l'intérêt prophylactique de l'utilisation des cathéters à ballonnet. L'efficacité des techniques de radiologie interventionnelle dans un but thérapeutique est, en effet, déjà établie.

Conclusion

Cet essai randomisé ne retrouve aucun bénéfice à la mise en place prophylactique de cathéters à ballonnet en préopératoire en cas de suspicion de placenta *accreta*.

I. CHOUGRANI
Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.