

PLACE DE L'ANOMALIE D'INSERTION PLACENTAIRE DANS LES CAUSES DE DÉCÈS MATERNELS

S.SAHLI; H.DERBAL; S.ADDOUCHE; B.GHEBACHE ; M.ELDJAMA ;S.OUANFOUF; N.BENMOUHOU

SERVICE D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION EPH KOUBA BACHIR MENTOURI

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est un indicateur de la qualité des soins en obstétrique.

L'Algérie a mis en place un système de surveillance des décès, comportant le suivi des taux, les causes ainsi qu'une expertise de ces derniers.

Au cours des quatre dernières décennies, le taux d'accouchement par césarienne a augmenté dans le monde entier.

Une augmentation simultanée de l'incidence des anomalies d'insertion placentaires avec des conséquences obstétricales potentiellement mortelles.

OBJECTIFS

Rapporter le taux de mortalité maternelle par anomalie d'insertion placentaire

Discuter de la technique anesthésique

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- ÉTUDE RÉTROSPECTIVE ,MONOCENTRIQUE .
- PÉRIODE DE 3 ANS 2017 -2019.
- EPH KOUBA(SERVICE GYNÉCOLOGIE, USI).

PARAMÈTRES ÉTUDIÉS:

AGE

PARITÉ

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

TERME DE LA GROSSESSE

MOTIF D'ADMISSION EN USI

CAUSE DE SAIGNEMENT

TAUX DE DÉCÈS PAR ANOMALIE D'INSERTION PLACENTAIRE

TECHNIQUE CHIRURGICALE

TECHNIQUE ANESTHÉSIQUE

RESULTATS

→ 15 décès maternels ont été colligés

→ 3 décès par anomalie d'insertion placentaire (20%)

RESULTATS

→ Age moyen: 35,2 ans [IC à 95%: 32.7 - 37.7] extrêmes : 28 ans - 46 ans .

→ Parité moyenne : 2,8 [IC à 95%: 1.9 - 3.7] → 50% multipares > 3

→ Antécédents de césarienne : 80,3 %

RESULTATS

- Terme de la grossesse à l'admission
 - ✓ grossesse à terme (N=12) → 80%
 - ✓ Terme moyen 31.3 SA (N=3) → 20%

RESULTATS

MOTIF D' ADMISSION EN U S I:

INSTABILITÉ HÉMODYNAMIQUE

(N=11)

HÉMORRAGIE DU POST

PARTUM(N=7)

INSTABILITÉ HÉMODYNAMIQUE

(N=11)

HÉMORRAGIE DU POST PARTUM

(N=7)

✓ INERTIE UTÉRINE(N=4)

TROUBLE DE LA CONSCIENCE (N=3):

CHOC SEPTIQUE (N=2)

✓ ANOMALIES D'INSERTION

PLACENTAIRE (N=3):

PNEUMOPATHIE HYPOXÉMIANTE

(N=1)

EMBOLIE AMNIOTIQUE (N=1)

▪ PLACENTA ACCRÉTA (2)

• PLACENTA INCÉRÂT (1)

DYSFONCTION VENTRICULAIRE

GAUCHE (N=1)

RESULTATS

Mode d'accouchement de anomalies d'insertion placentaire : césarienne

Technique anesthésique : Anesthésie générale (urgence)

Rachianesthésie

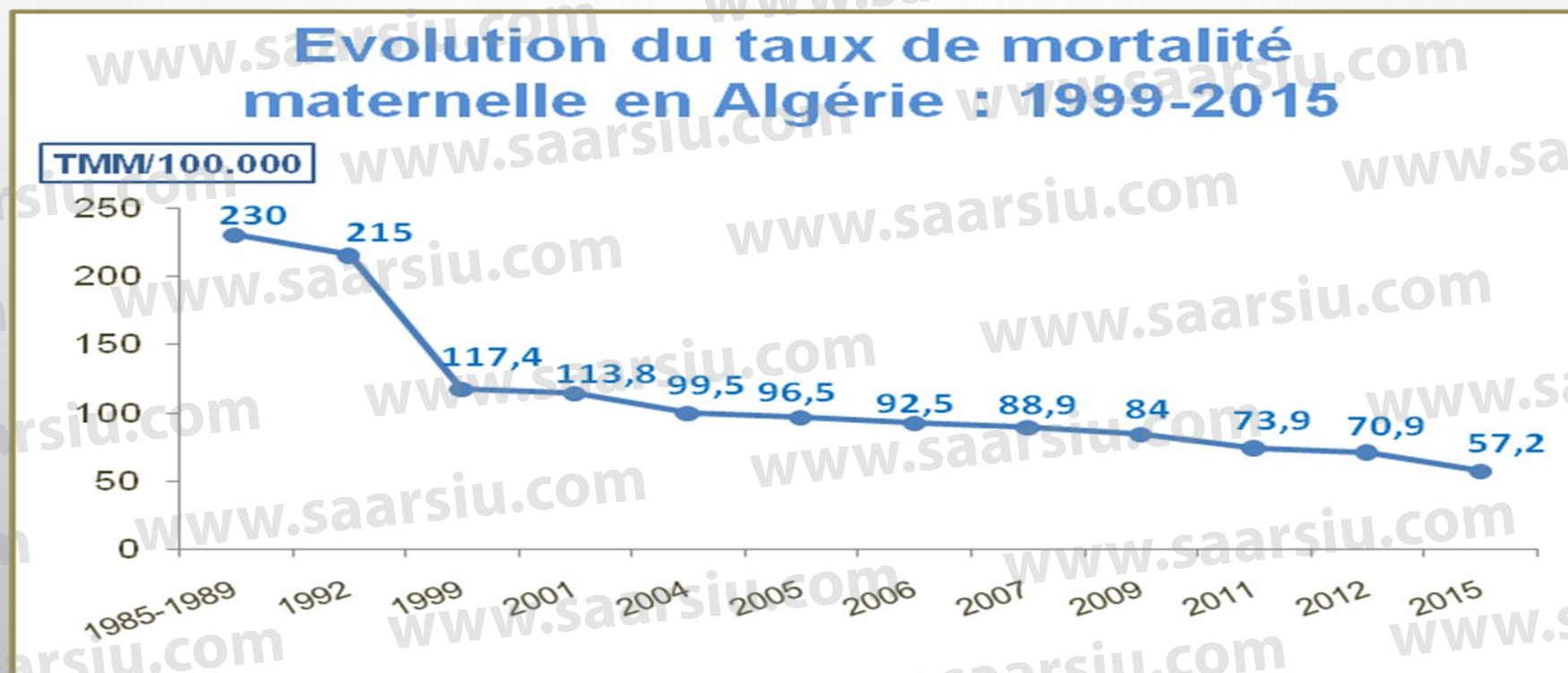
Péri rachi combinée

Technique chirurgicale: hystérectomie d' hémostase(2)

DISCUSSION

- Le taux de mortalité maternelle (TMM) pays développé : 2-10/100000 NV
- ALGÉRIE : 57,2/100000 NV

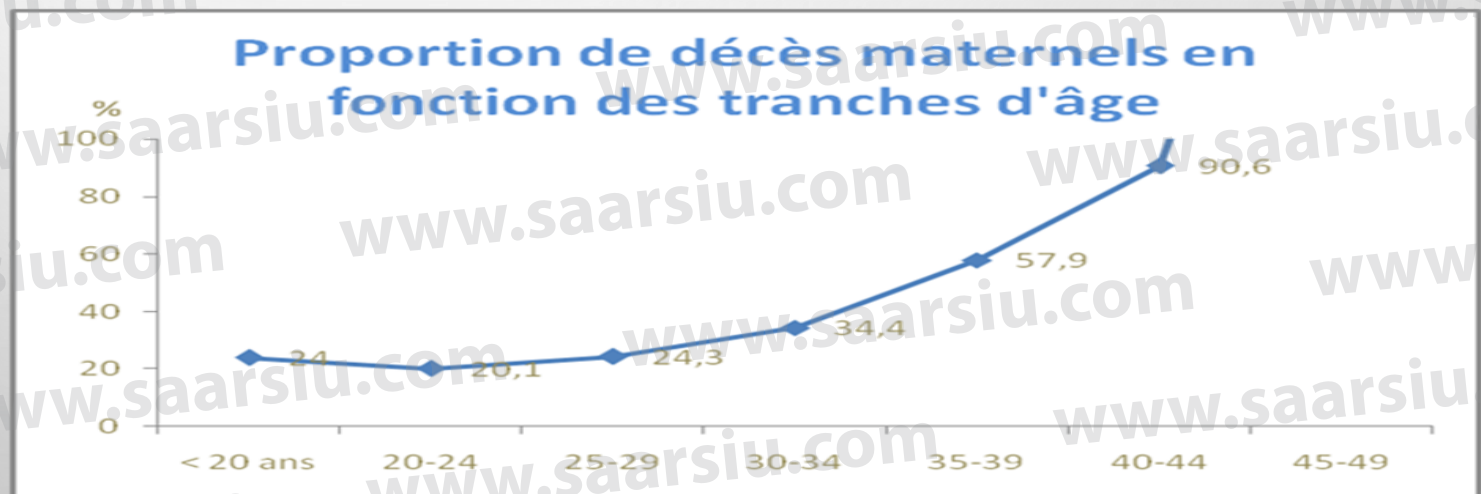
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE : AUDIT DES DÉCÈS MATERNELLE 2015



DISCUSSION

Le décès maternel : corrélé à l'âge

- [20 -30 ans] ----- 6/100000
- [35-39 ans] ----- X 2,5
- > 45 ans -----X 8
- 60% de nos parturientes étaient âgées de plus de 35 ans



DISCUSSION

- le TMM augmente chez la multipare et la primipare [1] .

50 % Multipare

- Le TMM par anomalie d'insertion placentaire est de 2,8%.

Décès maternels, effectifs et répartition en %, et taux pour 100 000 naissances vivantes par causes de décès détaillées, France entière 2007-2009

Causes de décès	Effectifs	%	Taux de mortalité ¹
DIRECTES	147	57,9	6,0
Hémorragies	46	18,1	1,9
Consécutives à grossesse ectopique	5	2,0	
Consécutives avortement	2	0,8	
Placenta prævia,	2	0,8	
Placenta accreta/percreta	7	2,8	
Hématome rétro placentaire	3	1,2	
Hémorragie du postpartum	21	8,3	0,9
Rupture utérine	3	1,2	
Plaies chirurgicales et lésions	3	1,2	

Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
France, 2007-2009

[1] KHAROUF M ET AL. J GYNECOL OBSTEL BIOL REPROD 1992;21:236—40.

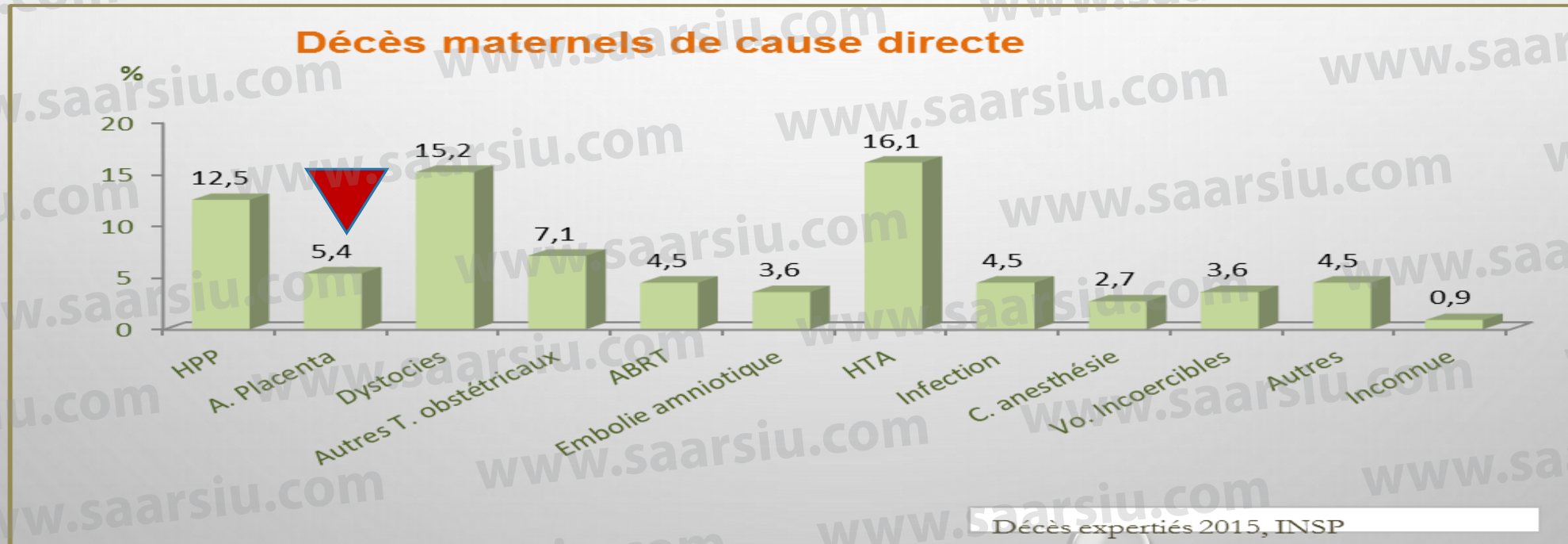
[1] JOURNAL DE GYÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION (2014)43,1142-1160

DISCUSSION

Les causes de décès maternelle

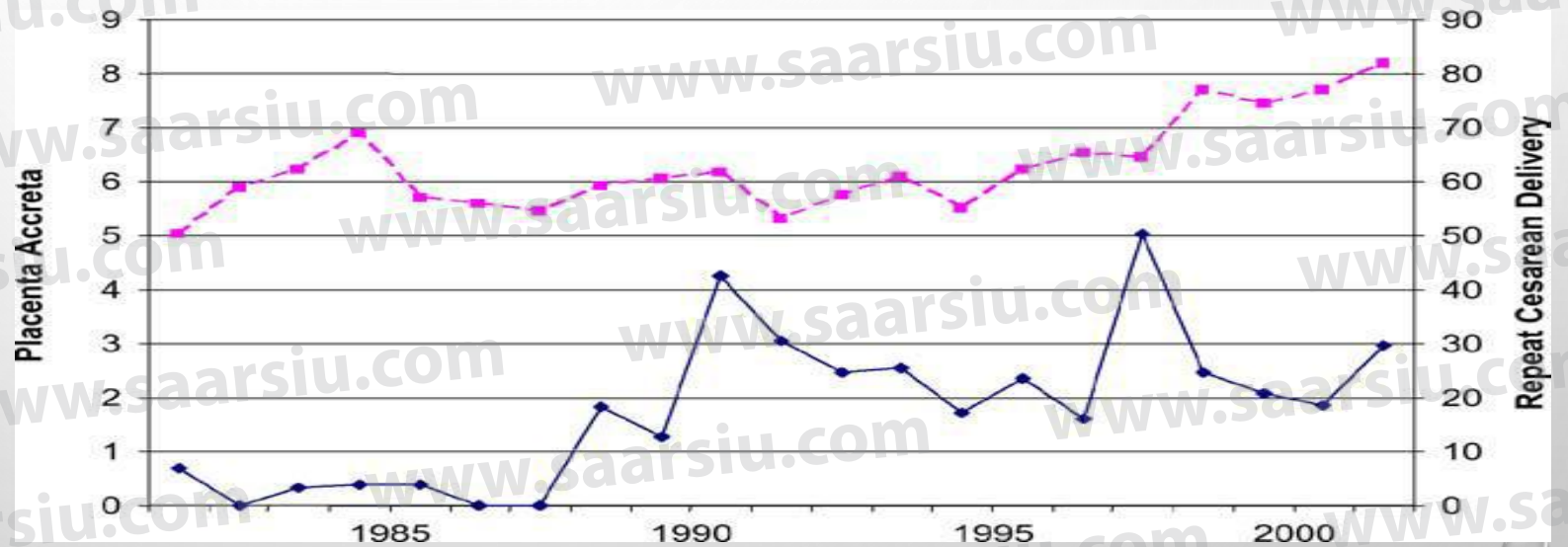
1ère cause représentée par les hémorragies (42,9 %).

2ème cause: HTA gravidique et ses complications (16,1%).



DISCUSSION

- 0,3/10000 grossesses dans une population générale (CI à 95% 0,2,-0,5)
- 9/10000 grossesses en cas uterus cicatriciel (ICà95% 8-11)
- ATCD césarienne x 30



WU ET AL. ABNORMAL PLACENTATION: TWENTY-YEAR ANALYSIS. AM J OBSTET GYNECOL. 2005;192:1458-61.

FITZPATRICK ET AL. THE MANAGEMENT AND OUTCOMES OF PLACENTA ACCRETA, INCRETA, AND PERCRETA IN THE UK. BJOG. 2014;121:62-

DISCUSSION

Associée à une morbi mortalité considérable

MORBIDITÉ MATERNELLE

- HPP
- CIVD
- Hystérectomie
- Lésions urétérales/vessie/viscérales
- Défaillance multiviscérales
- IR
- Décès

MORBIDITÉ FŒTALE

Prématurité

DISCUSSION

TECHNIQUE ALR VS AG



Technique : ALR VS AG

- ☐ L'anesthésie générale est classiquement préconisée .
- ☐ De plus en plus d'auteurs proposent une anesthésie locorégionale type rachianesthésie combinée ou de péridurale seule

Markley et al. Neuraxial anaesthesia during caesarean delivery for placenta previa with . AnesAnalg 2018; 127: 930 – 938

Hong et al. Comparison of general and epidural anaesthesia in elective caesarean section for placenta previa totalis. Int J Obstet Anesth 2003

Kuczkowski KM. Anesthesia for the repeat cesarean section in the parturient with abnormal placentation : Gynecol Obstet 2006;273:319-21.

TECHNIQUE ALR VS AG

Caesarean section for placenta praevia: a retrospective study of anaesthetic management

N. Parekh¹, S. W. U. Husaini² and I. F. Russell^{3*}

Parekh et al. Etude rétrospective 1984-1998

- 350 placenta praevia
- 210: rachi (60%)
- 140: AG
- 2 complications sévères : AG
- Hypotension: n=13 rachi/n=7 AG
- Césarienne urgente: séniors 40% AG/ juniors 71% AG
- 7 placenta accréta (5 hystérectomies): 3 AG/ 4 rachi dont 2 conversions

l'AG n'a pas démontré de bénéfice par rapport à la RA en termes d'hémodynamique maternelle. De plus, les pertes sanguines et les besoins transfusionnels ont été supérieurs dans le groupe AG

TECHNIQUE :ALR VS AG

Anaesthesia for abnormally invasive placenta: a single-institution case series

N.J. Taylor, R. Russell

- TAYLOR ET AL. ETUDE RÉTROSPECTIVE 2011-2016
- 40 PLACENTA ACCRÉTA
- 60% CÉSARIENNE-HYSTÉRECTOMIE/ 5% HYSTÉRECTOMIE DIFFÉRÉE/ 35% TRAITEMENT CONSERVATEUR
- 95% ALR
- 45% CONVERSION AG

TECHNIQUE ALR VS AG

- Choix de l'anesthésiste en charge
- Césarienne sous ALR puis AG pour la phase hémorragique
- Pas d'évidence de supériorité d'une technique par rapport à l'autre
- Si ALR choisie au départ, s'assurer de la possibilité de pouvoir convertir en AG rapidement et en toute sécurité
- Si ALR: péri ou péri rachi combinée
- Prise en charge de la transfusion massive dans les règles

CONCLUSION

La prise en charge d'anomalie d'insertion placentaire:

- ❖ Le dépistage permet une prise en charge MULTIDISCIPLINAIRE
- ❖ Consultation anesthésique préopératoire
- ❖ ALR possible
- ❖ Se tenir prêt à la gestion d'une HPP

CONCLUSION

Face à une anomalie d'insertion placentaire

L'expectative, l'hésitation, le manque d'organisation mettent en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant