



Cas Clinique

Hémorragie Génitale Massive Révélant un Placenta Accréta au Premier Trimestre de la Grossesse chez une Patiente Drépanocytaire avec Utérus Tri Cicatriciel : À Propos d'un Cas

Massive Genital Hemorrhage Revealing Placenta Accreta in the First Trimester of Pregnancy in a Sickle Cell Patient with Tri-Scarred Uterus: A Case Report

H Soumana Diaouga^{1*}, M Chaibou Yacouba¹, M Oumara², S Guédé¹, Rah M Garba¹, N Idi³, M Nayama¹

Affiliations

¹ Service de gynécologie obstétrique ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger

² Service d'Assistance Médicale à la Procréation ; Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger

³ Service de gynécologie obstétrique ; Maternité du Centre Hospitalier Régional de Niamey, Niger

***Auteur correspondant** : Dr Hamidou Soumana Diaouga ; gynécologue obstétricien ; Université Abdou Moumouni de Niamey ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger
Mail : hamidousoumana21@gmail.com
BP : 10813. Tel : +227 97 82 35 80

Mots clés : Placenta accréta, utérus cicatriciel, Hémorragie génitale, premier trimestre

Keywords: placenta accreta, scar uterus, genital hemorrhage, first trimester

RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas de placenta accréta révélé par une hémorragie massive consécutive à une aspiration manuelle intra-utérine pour une grossesse arrêtée de 14 semaines d'aménorrhées chez une patiente drépanocytaire SC de 33 ans ayant un antécédent de trois césariennes et d'un curetage endo-utérin. Le diagnostic était posé au décours d'une laparotomie exploratrice et confirmé par l'examen anatomopathologique. Le traitement chirurgical a consisté en une hystérectomie d'homostasie. La patiente mourut une heure plus tard dans un contexte de choc septique et de défaillance multiviscérale. Ce diagnostic rare n'est pas à méconnaître au premier trimestre du fait de l'augmentation constante du taux des césariennes.

ABSTRACT

We report a case of placenta accreta revealed by a massive hemorrhage consecutive to an intrauterine manual aspiration for a non progress pregnancy at 14 weeks of amenorrhea in a 33-year-old sickle cell SC patient with a history of three cesareans and an uterus curetage. The diagnosis was made after exploring laparotomy and confirmed by the anatomopathological examination. Surgical treatment consisted of a homostasis hysterectomy. The patient died an hour later in a context of septic shock and multivisceral failure. This rare diagnosis is not to be disregarded in the first trimester due to the constant increase in the rate of cesareans.

INTRODUCTION

Le placenta accréta est une anomalie de la placentation caractérisée par une adhérence anormale du placenta au myomètre du fait de l'absence localisée ou diffuse de la caduque basale qui habituellement s'interpose entre les villosités trophoblastiques et le myomètre [1]. En fonction de la profondeur de pénétration des villosités placentaires dans le myomètre on distingue le placenta accreta, increta et percreta [1]. C'est l'une des complications obstétricales les plus graves entraînant une hémorragie du post partum souvent fatale [2]. Elle contribue significativement à l'augmentation de la mortalité maternelle et périnatale aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développements [2]. Les antécédents de césarienne ou de

curetage, le placenta prævia et l'âge maternel supérieur à 35 ans constituent les principaux facteurs de risque de placenta accréta [1-4]. Cette pathologie se manifeste habituellement à partir du troisième trimestre de la grossesse ou au cours de l'accouchement. Le diagnostic du placenta accreta au premier trimestre de la grossesse est une situation rare mais grave car la symptomatologie est non spécifique, mimant un tableau d'avortement ou des manœuvres endo-utérines incomplètes [1,5]. Cette situation entraîne un retard diagnostic conduisant à une morbidité maternelle élevée particulièrement sur un terrain de fragilité comme chez la patiente drépanocytaire [1,4,6]. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique car l'incidence est en augmentation du fait de l'augmentation du taux des césariennes [1-6]. Nous rapportons un cas de placenta

accrété révélé par une hémorragie massive consécutive à une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour une grossesse arrêtée de 14 semaines d'aménorrhée chez une patiente drépanocytaire de 33 ans ayant un antécédent de trois césariennes.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente âgée de 33 ans, 5^e geste, trois parités et un avortement à sa quatrième grossesse. Elle est mère de deux enfants vivants. Elle avait comme comorbidité médicale une drépanocytose double hétérozygote SC. Dans ces antécédents chirurgicaux on notait trois accouchements par césarienne et un antécédent de curetage à sa quatrième grossesse. Elle a été référée d'une maternité de niveau I dans notre service pour hémorragie génitale massive secondaire à une AMIU. En effet 72 heures avant son admission, la patiente avait réalisé une échographie pelvienne motivée par une aménorrhée de 3 mois avec disparition des signes sympathiques de la grossesse. Cette échographie a objectivé une grossesse intra-utérine non évolutive de 14 SA avec début de macération du fœtus. La patiente consulta alors au centre de santé de sa localité où une AMIU fut indiquée et réalisée. L'évolution fut rapidement marquée par une hémorragie génitale massive d'où la décision de référer la patiente dans notre service (maternité de niveau III).

À l'admission, la patiente était angoissée ; les conjonctives et muqueuses étaient pâles et la température à 36,2°. On notait une hypotension artérielle avec une pression artérielle à 70/50 mm Hg. À l'examen obstétrical, l'abdomen était souple et indolore ; l'utérus était globuleux. Le toucher vaginal trouvait un col court médian et admettant un doigt avec perception des débris trophoblastiques ; le doigtier ramenait du sang.

Sur le plan paraclinique, l'hémogramme a objectivé une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine à 6,5g/dl, une hyperleucocytose avec les globules blancs à 47.10³/ul. La goutte épaisse était positive avec une parasitémie à 120 parasites/ul. Le bilan rénal a montré une insuffisance rénale (stade 3 KADIGO) avec l'urémie à 1,37 g/l, la créatinémie à 422,81umol/l. On notait également une cytolyse hépatique (ASAT=2144 UI/l, ALAT=1017UI/l). La glycémie était basse à 0,49 g/l. Le reste du bilan biologique était normal. L'évolution des paramètres biologiques est présentée dans le **tableau I**. L'échographie abdomino-pelvienne en urgence a objectivé un gros utérus avec une image intra cavitaire hétérogène de 39 mm de diamètre au niveau cervical. Au vu de tout ce qui précède, nous avons évoqué le diagnostic d'un placenta accrété compliqué d'une septicémie avec défaillance multiviscérale. Nous avons instauré un protocole de réanimation maternelle comme suit : réhydratation 3 litres/jour dont sérum salé isotonique (500 cc/6 h), sérum glucosé 5% (500 cc/12 h), furosémide 20 mg/12h pendant 72 h pour relancer la diurèse. Une bi antibiothérapie a été instaurée (ceftriaxone 2 g/24h en IVDL, métronidazole 500 mg/8h en infusion). À partir de J5 d'hospitalisation, la ceftriaxone a été remplacée par l'imipénème devant l'aggravation des signes infectieux. L'anémie a été traitée

par une polytransfusion de culot globulaire et du fer injectable. L'artésunate 2,4mg/kg a été administré pour la prise en charge du paludisme. À J8 d'hospitalisation, nous avons indiqué une hystérectomie d'hémostase. La patiente a été conduite au bloc pour la laparotomie exploratrice sous anesthésie générale.

À l'ouverture de la cavité abdominale, l'exploration a mis en évidence un utérus globuleux et mou. Nous avons réalisé une hystérectomie totale avec conservation des annexes. À l'ouverture de la pièce opératoire, le placenta était inséré sur la cicatrice des césariennes antérieures (**figure 1**). Les suites opératoires immédiates étaient marquées par une aggravation des paramètres cliniques et biologiques (**tableau I**). La patiente est décédée une heure après l'intervention dans un contexte de défaillance multiviscérale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de placenta accreta.



Figure 1 : Image post opératoire de placenta accrété

Tableau I. Evolution des paramètres biologiques de la patiente

Paramètre	A l'admission	J 2 d'hospitalisation	J 8 d'hospitalisation
Hémogramme	GB: 47.10 ³ /ul Hb: 6,5 g/dl Plaquettes: 135.10 ³ /ul	GB: 66,02. 10 ³ /ul Hb: 8,5g/dl Plaquettes: 154.10 ³ /ul	GB: 132. 10 ³ /ul Hb: 7,1g/dl Plaquettes: 114. 10 ³ /ul
Bilan rénal	urée: 1,37g/l créatinémie: 422,81umol/l	urée: 2,62 g/l créatinémie: 618,35umol/l	urée: 2,44g/l créatinémie: 521,56umol/l
Bilan hépatique	ASAT: 2144 UI/l ALAT: 1017 UI/l	ASAT: 1197 UI/l ALAT: 1071 UI/l	ASAT: 55 UI/l ALAT: 161 UI/l
Glycémie veineuse	0,49 g/l	1,05 UI/l	1,26g/l

DISCUSSION

Les anomalies de la placentation sont une complication obstétricale rare avec une incidence qui varie de 1/540 à 1/70 000 accouchements et avec une moyenne de 1/7000 accouchements selon les auteurs [1-3,5-10]. Le placenta accrété représente 75 à 80% des cas contre 17% pour le placenta incrété et 5% pour le placenta percrété [8]. Le

diagnostic du placenta accréta au premier trimestre est encore plus rare. Seule quelques cas ont été rapportés [1,11,12]. Cependant cette fréquence serait plus élevée dans les années à venir du fait de l'augmentation du taux des césariennes et de la survenue des grossesses à un âge maternel avancé [1,2,6]. Au Etats unis la fréquence était de 1,8/1000 durant la période entre 2000 et 2011 contre 4,1 entre 2015 et 2017 [2, 13]. Parallèlement à ces données l'on a assisté à une augmentation considérable du taux des césariennes [1,2,13]. Les auteurs ont conclu que l'augmentation de l'incidence des anomalies de placentation était probablement expliquée par l'augmentation du taux des césariennes [1]. Les principaux facteurs de risque du placenta accréta sont : les antécédents de césarienne ou de curetage utérin répétés, l'âge maternel avancé et le placenta préavia [1-4,7]. La césarienne constitue le facteur de risque le plus important [1-7]. Dans une revue systématique de la littérature, l'incidence de placenta accréta est passé de 0,3% chez les femmes ayant déjà eu une césarienne à 2,13% à partir de cinq césariennes ou plus [14]. Chez notre patiente, un antécédent de trois césariennes et d'un curetage utérin était noté. Sur le plan clinique il n'existe pas de symptomatologie spécifique des troubles de la placentation en début de grossesse. La douleur abdominale, l'hémorragie génitale massive spontanée ou au décours d'une aspiration ou d'un curetage utérin pour avortement ou interruption volontaire de grossesse constituent les principaux modes de révélation [1,2,5,11,12,]. Souvent il s'agit d'un tableau d'hématurie macroscopique ou de rupture utérine spontanée [10,15]. Devant ces signes le praticien évoque surtout les diagnostics d'avortement, de manœuvre endo-utérine incomplète ou de perforation utérine. La notion d'antécédent d'utérus cicatriciel et la localisation du placenta sur la face antérieure de l'utérus à l'échographie doit faire évoquer le diagnostic de placenta accréta voir percréta. Dans notre contexte, les grossesses arrêtées et les avortements sont souvent pris en charge dans des centres de santé périphériques sans accessibilité permanente à une échographie de contrôle. Cela explique que le placenta accréta soit diagnostiqué tardivement au stade de choc hémorragique voire des complications infectieuses à type de septicémie et défaillance multiviscérale comme le cas dans cette observation [1-5]. Du point de vue des examens complémentaires l'échographie abdomino-pelvienne occupe une place indispensable au diagnostic avec une sensibilité de 86 % et une spécificité de 93 % [1]. Les critères échographiques permettant de retenir le diagnostic de placenta accréta sont : l'absence de l'espace clair retroplacentaire normalement présent après 20SA, l'irrégularité de l'interface entre l'utérus et la vessie, l'existence de lacunes placentaires correspondant aux larges vaisseaux dilatés qui se dirigent vers le myomètre et l'aspect épais du bord inférieur du placenta [1]. Cependant le diagnostic de placenta accréta est très difficile au premier trimestre car à ce terme l'échographie ne définit pas bien l'espace décidual au niveau du segment inférieur [1]. L'utilisation du doppler couleur et du doppler énergie est

d'un grand apport au diagnostic positif de placenta accréta en mettant en évidence : l'absence de signal veineux dans l'aire d'adhérence anormale sous-placentaire, l'hypervascularisation de l'interface entre la vessie et l'utérus avec un flux artériel à basse résistance, un flux laminaire diffus ou focalisé à haute vélocité, pouvant prendre un aspect de turbulence, des vaisseaux sous-placentaires dilatés avec un flux veineux pulsatile au-dessus du col[1]. Chez notre patiente les deux échographies pelviennes n'ont pas montré d'anomalies pouvant suspecter un placenta accréta. La première notait une grossesse arrêtée de 14SA sans autres anomalies et la seconde notait une aspiration incomplète. L'IRM est plus performante que l'échographie doppler dans cette indication [2] cependant la non disponibilité et le coût élevé limite son utilisation dans notre contexte. La prise en charge chirurgicale est en générale un traitement radical par hystérectomie totale associé souvent à la ligature des artères hypogastriques voir à l'embolisation artérielle sélective [1, 2-9,10-15]. Le traitement conservateur est rarement rapporté [3,9]. En effet le traitement conservateur est associé à un risque élevé d'hémorragie génitale massive, de septicémie et de coagulation intravasculaire disséminé [1-5]. L'anémie et les complications infectieuses sont les principaux facteurs de morbi-mortalité liés au placenta accréta particulièrement sur un terrain de fragilité comme le cas de notre patiente drépanocytaire.

CONCLUSION

Le diagnostic de placenta accréta au premier trimestre de grossesse est un événement rare mais potentiellement fatale. L'incidence est en augmentation parallèlement à l'augmentation du taux des césariennes. Le diagnostic doit être évoqué devant toute hémorragie génitale ou douleur pelvienne au premier trimestre de la grossesse chez toute patiente présentant des facteurs de risque. L'échographie couplée au doppler ainsi que l'IRM permettent d'orienter le diagnostic. La prise en charge doit être multidisciplinaire. Une hystérectomie totale, couplée à l'embolisation artérielle sélective, est l'attitude chirurgicale de choix particulièrement dans nos centres à ressource limitées.

DÉCLARATIONS

Conflit d'intérêt : aucun

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la prise en charge de la patiente et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

[1] M Pont, E Kouadio, M-P Fernandez, M Bottaro, M Augros, I Bechet et al. Placenta percréta en fin de premier trimestre de grossesse. Difficultés diagnostique et décisionnelle : à propos d'un cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010 ;39 :498-502

- [2] Sugai S, Yamawaki K, Sekizuka T, Kazufumi H, Kosuke Y, Koji N. Pathologically diagnosed placenta accreta spectrum without placenta previa: a systematic review and meta analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2023;5:101027
- [3] Fakhir B, Zaki M, Harou K, Bassir A, Boukhan L, Aitbenkeddour Y et al. Conservative Management of Placenta Accreta of Seven Cases. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2018 ; 8, 660-668.
- [4] Bachmann C, Abele H, Hoopmann M. Placenta Previa et Percreta: A Potentially Life Threatening Condition. *Diagnostics* 2023, 13, 539. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030539>
- [5] Nana PN, Morfaw L, Fomulu JN, Temkou S, Wandji JC, Leke RIJ. Placenta Percreta Occurring in the Second Trimester. A Case Report. *Health Sci. Dis* 2010 ;11 (1) :1-3
- [6] S Badsı, F. Z Louzali, S Mouımen, A Etber, N Zeraidi, A Lakhder. Placenta percreta : about 3 cases and review of litterature. *WJPMR* 2022 ; 8(7) :42-49
- [7] N Jain, S Patwardhan, H Jain, B Patil. Surgical strategies for placenta percreta invading the bladder and review of literature. *Afr J Urol* 2020 ; 26:57 <https://doi.org/10.1186/s12301-020-00065-2>
- [8] Ghukasyan N. Our Experience of Childbirth Complications : A Case of Placenta Percreta. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2023 ;13, 1184-1191
- [9] Wahab A.S.A.H.A. and Yaseen M.M. Surgical excision of placenta with lower uterine segment as a conservative management in a case of placenta accreta: A case report. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2018 ; (8) :63-68.
- [10] Pal R, Prasad D and Jain S. (2014) Placenta percreta causing rupture of uterus in second trimester of pregnancy in non scarred uterus with an unusual presentation : A Case Report and Review of Literature. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014 ; (4) : 695-698.
- [11] R Nikbakht, M Hashemi, K Shojaei, M Hemadi. Placenta increta in week 10 of pregnancy with consecutive hysterectomy: A case report. *Open Journal of Medical Imaging*, 2013, 3, 171-173
- [12] M Yamaguchi, K Yoshida, T Takano, T Enomoto, K Takakuwa. Placenta previa and percreta with massive genital bleeding in the first trimester of pregnancy: A case report. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013 ; (3) : 690-693
- [13] Matsuzaki S, Mandelbaum RS, Sangara RN et al. Trends, characteristics, and outcomes of placenta accreta spectrum: a national study in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2021 ;225 :534. e1–534.e38
- [14] Mogos MF, Salemi JL, Ashley M, Whiteman VE, Saliu HM. Recent trends in placenta accreta in the United States and its impact on maternal-fetal morbidity and healthcare associated costs, *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29: 1077–82.
- [15] R Balan, V-D Radu, S-E Giușcă, C Costache, C Ristescu, D Puia. A rare cause of massive hematuria: Placenta percreta with bladder invasion. *in vivo* 2021 ; 35: 3633-3639 doi:10.21873/invivo.12670