

PLACENTA ACCRETA A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU, MALI : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.

Placenta accreta at Timbuktu hospital, Mali: a case report and literature review.

Mamadou Ibrahima Kampo¹, Seydou Sogoba¹, Mamadou Sima², Bourama Coulibaly², Oumar Ongoiba¹, Hamady Sissoko³, Djibril Sissoko¹, Youssouf Traoré⁴.

¹. Hôpital de Tombouctou, Mali ; ². Centre hospitalier universitaire du Point G, Mali ; ³. Centre de Santé de Référence de la Commune III de Bamako, Mali ; ⁴. Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako, Mali.

Auteur correspondant : Mamadou Ibrahima Kampo, Hôpital de Tombouctou, Mali ; E-mail : mitikamp@gmail.com

RESUME

Introduction : le placenta accreta est responsable d'hémorragie grave du post-partum. Notre objectif était de décrire ses aspects diagnostiques, thérapeutiques et son incidence à l'hôpital de Tombouctou.

Observation : nous rapportons un cas de placenta accreta sur six ans soit une incidence de 1/6160. Une multipare de 25 ans avec un antécédent de césarienne, admise en travail d'accouchement, sans échographie réalisée pendant la grossesse. La découverte d'un placenta accreta est faite en peropératoire, après indication d'une césarienne pour stagnation de la dilatation. Une césarienne suivie d'une hystérectomie est faite avec des suites opératoires simples. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic en retrouvant un placenta de type increta. **Conclusion :** l'incidence du placenta accreta est faible dans notre pratique. Toutefois ce diagnostic doit toujours être évoqué lors des consultations prénatales en cas de placenta antérieur sur utérus cicatriciel et une échographie demandée systématiquement. **Mots-clés :** Placenta accreta, increta, césarienne, hystérectomie, hémorragie post-partum.

ABSTRACT

Introduction: placenta accretacauses severe postpartum haemorrhage. Our objective is to describe its diagnostic and therapeutic aspects as well as incidence at Timbuktu hospital. **Observation:** We have encountered one case of placenta accreta in six years, an occurrence of 1 in 6160 births. The patient was a 25-year-old multiparous woman with a history of a cesarean section, admitted to labor, without ultrasound performed during pregnancy. A placenta accreta was found during the caesarean section which was ordered due to stagnation of dilation. A cesarean section followed by hysterectomy was performed without complication. Anatomopathological examination confirmed the diagnosis by revealing an increta-type placenta. **Conclusion:** The incidences of placenta accreta are low in our practice. However, this diagnosis should always be discussed during prenatal consultations in cases where anterior placenta is connected to a uterus with scar tissue, in which case an ultrasound is routinely ordered. **Keywords:** Placenta accreta, increta, cesarean section, hysterectomy, postpartum haemorrhage.

INTRODUCTION

Le placenta accreta désigne une anomalie de l'insertion placentaire caractérisée, sur le plan anatomopathologique, par une absence de caduque déciduale entre le placenta et le myomètre [1]. Il est associé à un risque d'hémorragie grave du post-partum. Son incidence, corrélée avec le nombre de césarienne, est inconnue au Mali où le taux de césarienne reste encore très faible (3%) selon l'enquête démographique de santé (EDSM V) 2012-2013 [2]. A travers cette observation notre objectif est de décrire les circonstances de découverte, notre attitude thérapeutique et déterminer l'incidence de cette pathologie à l'hôpital de Tombouctou au Mali.

OBSERVATION

Nous rapportons un cas de placenta accreta sur 6160 accouchements documentés à l'hôpital de Tombouctou. Il s'agit d'une multipare de 25 ans ayant deux enfants vivants. Elle a un antécédent de césarienne à sa dernière grossesse, il y a deux ans. Les suites ont été marquées par un décès néonatal

précoce dans un contexte d'hydrocéphalie et de macrosomie. Elle a été adressée d'un centre de santé de deuxième niveau à 160 km de notre hôpital pour début de travail. La grossesse était estimée à terme.

Il s'agit d'une grossesse suivie avec quatre consultations réalisées dans la structure de référence. Le bilan biologique fait comprenait un groupage rhésus : O positif ; un test d'Emmel négatif et une albuminurie montrant des traces. Les prophylaxies antitétanique et antipaludique ainsi que la supplémentation en fer acide folique ont été effectuées.

A l'admission, les constantes hémodynamiques étaient stables, avec une anémie modérée à 10,1 g/dl. L'évolution du travail a été marquée par une stagnation de la dilatation cervicale à 7 cm, indiquant une césarienne d'urgence. Celle-ci a permis d'extraire un nouveau-né vivant, non réanimé, de sexe masculin, pesant 2710 g. Délivrance rendu impossible par la présence d'un placenta accreta, antérieur, bas inséré. Sans tentative d'extraction forcée du placenta, nous réalisons une hystérectomie totale avec conservation des annexes (Figure

1). Les suites opératoires ont été marquées par une anémie mal tolérée à 8,4 g/dl, justifiant une transfusion de sang total isogroupe isorhésus. Nous n'avons pas noté d'autre morbidité, la patiente est sortie d'hospitalisation au cinquième jour post-opératoire. Le diagnostic a été confirmé par l'examen anatomopathologique qui a retrouvé un placenta increta (Figure 2).

DISCUSSION

Fréquence : Avec un cas observé sur 6160 accouchements, le placenta accreta est une pathologie rare dans notre contexte. Toutefois nos taux de césarienne devraient augmenter dans l'avenir. En effet selon EDSM V le taux de césarienne était très faible, à 3% [2]. Ce taux reste inférieur par rapport au taux idéal de 10 à 15% à l'échelle de la population [3] pour avoir un bénéfice sur les complications maternelles et périnatales. Cette évolution pourrait avoir pour conséquences une augmentation de l'incidence du placenta accreta comme déjà observée dans les pays du nord [4].

Diagnostic : Il a été fait en per opératoire dans notre cas avec pour conséquence les difficultés liées à une intervention d'urgence. Un meilleur suivi de la grossesse aurait permis d'évoquer le diagnostic de placenta accreta, grâce à un faisceau de signes échographiques [5] et de réduire les risques de complications maternelles [6]. Une vigilance particulière est nécessaire en cas de placenta antérieur bas ou de placenta prævia sur utérus cicatriciel en raison du risque élevé de placenta accreta [7].

Traitement : Nous avons opté pour une césarienne suivie d'hystérectomie. Cette attitude a été également l'approche la plus fréquente d'un groupe d'experts internationaux [8]. En effet, la césarienne hystérectomie sans tentative de délivrance artificielle réduit le risque hémorragique souvent très important en cas d'extraction forcée. La morbidité n'était toutefois pas négligeable, notre patiente ayant eu une transfusion sanguine en post-opératoire. Quant au traitement conservateur avec surveillance prolongée [9], elle nous a semblé peu adaptée pour notre patiente du fait de sa résidence éloignée de l'hôpital et des difficultés de suivi à long terme. Malgré la perte de la fertilité, l'absence de morbidité sévère dans les suites opératoires de notre patiente conforte notre choix de césarienne suivie d'une hystérectomie.

CONCLUSION

L'augmentation de nos taux de césarienne dans le futur avec son corollaire de placentas accreta plus fréquents nécessite une meilleure sensibilisation quant à ce risque. Ainsi ce diagnostic doit toujours être évoqué lors des consultations prénatales en cas de placenta antérieur sur utérus cicatriciel et l'échographie demandée systématiquement.

Les aspects éthiques : La patiente a donné son consentement pour l'utilisation des informations de son dossier. L'anonymat a été assuré.

Les déclarations de lien d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Sentilhes L, Resch B, Gromez A, Clavier E, Ricbourg-Schneider A, Trichot C, et al. Traitements chirurgicaux et alternatives non médicales des hémorragies du post-partum. *Tech Chir-Gynécologie EMC*. 2010;41-905.
2. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International. .
3. OMS | Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. WHO. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/. Accessed 20 February 2019.
4. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(1):210-214.
5. Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(1):75-87.
6. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):65-69.
7. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(1):27-36.
8. Cal M, Ayres-de-Campos D, Jauniaux E. International survey of practices used in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2018;140(3):307-311.
9. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):526-534.

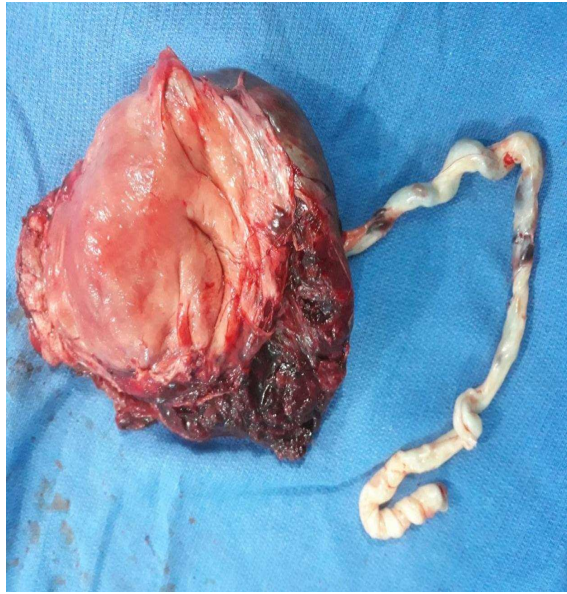


Figure 1 : Pièce d'hystérectomie avec placenta accreta antéro-fundique
Figure 1: Hysterectomy piece with antero-fundic placenta accreta

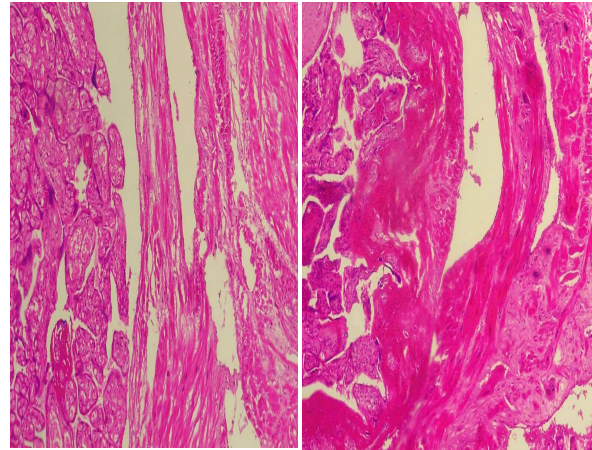


Figure 2 : Aspect microscopique du placenta accreta.
Figure 2: Microscopic appearance of placenta accreta