



## LISTE DES ABREVIATIONS :

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
B-Hcg	: Beta human chorionic gonadotropin
CG	: Culots globulaires
CIVD	: Coagulation intravasculaire disséminé
CRP	: C reactiveprotein
EPO	: érythropoïétine
ERCF	: Enregistrement du rythme cardiaque foetal
FIGO	: Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
G	: Grammes
HH	: Hystérectomie d'hémostase
IM	: Intramusculaire
INVS	: Institut National de Veille Sanitaire français
IR	: Intrarectal
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
KG	: kilogrammes
M IU/ML	: Milli-international units per milliliter
MTX	: Méthotrexate
NFS	: Numération formule sanguine
OAP	: oedème aigu du poumon
PAS	: Spectre de placenta accreta
PFC	: Plasma frais congelé
SA	: Semaine d'aménorrhée
TSPA	: Troubles de spectre de placenta accreta
VPN	: Valeur prédictive négative
VPP	: Valeur prédictive positive
VS	: Versus
PAS	: les troubles du spectre de l'accréta du placenta

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	5
RESULTATS .....	9
I .L'incidence : .....	10
II.Caractéristiques des patientes : .....	10
III. Diagnostic anténatal: .....	15
IV.Diagnostic per-partum : .....	21
V . Prise en charge thérapeutique : .....	22
VI. Suites postopératoires : .....	26
VII. Anatomopathologie : .....	26
VIII. Fertilité : .....	26
IX. synthèse : .....	27
I.L'incidence : .....	33
II. Caractéristiques des patientes : .....	33
III. Diagnostic anténatal : .....	34
IV. Diagnostic au moment de la délivrance: .....	38
V. Dépistage prénatal des troubles PAS : .....	39
1- Dépistage au premier trimestre des troubles PAS : .....	39
3- Biomarqueurs des troubles PAS : .....	39
VI. Prise en charge thérapeutique : .....	40
VII. Anatomopathologie : .....	48
VIII. Pronostic : .....	52
IX. Fertilité : .....	53
CONCLUSION .....	54
RESUME .....	56
ANNEXES .....	59
BIBLIOGRAPHIE .....	67

# 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.

Les premières études sur le placenta accreta ont décrit tous les cas de la même manière: un placenta collant rapidement à la paroi utérine sans séparation facile et / ou saignement, et absence de la couche habituelle entre le placenta et la couche intermédiaire de l'utérus.

Dans les années 1960, les chercheurs ont reconnu un spectre plus large de troubles du spectre du placenta accreta, mais les auteurs de la nouvelle classification identifient un manque persistant d'intérêt à différencier avec précision les formes ou à normaliser la terminologie.

Le panel d'experts de consensus de la FIGO a examiné et incorporé les systèmes de rapport et de classement antérieurs pour développer une nouvelle classification générale du spectre du placenta accreta:

**Grade 1** : placenta anormalement adhérent (placenta adhérent ou creta) – attaché directement à la surface de la couche intermédiaire de la paroi utérine (myomètre) sans l'envahir

**Grade 2** : placenta anormalement invasif (incretta) – invasion dans le myomètre

**Grade 3** : une invasion anormalement invasive du placenta (percretta) peut atteindre les tissus pelviens, les vaisseaux et les organes environnants.

La fréquence du placenta accreta est difficilement évaluable. En effet, son incidence varie considérablement selon les études, cette variation est principalement liée à la diversité des critères diagnostic de placenta accreta. La seule certitude est que son incidence est actuellement en augmentation. Cette augmentation est en relation avec une croissance importante du taux de césariennes dans les 30 dernières années.

Compte tenu des pratiques obstétricales actuelles concernant les sièges, les utérus cicatriciels et l'augmentation de la fréquence des femmes à risque (obésité, âge maternel élevé), cette tendance ne risque pas de s'améliorer.

Le traitement de première intention a longtemps été l'hystérectomie. Les progrès des techniques hémostatiques tant médicamenteuses que chirurgicales ont permis d'améliorer le

## Placenta accreta

---

pronostic dans les hémorragies du post-partum permettant ainsi d'expérimenter un traitement conservateur qui permettrait de préserver la fertilité ultérieure et probablement de réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

Le diagnostic de certitude est histologique, cependant il est principalement posé en per-partum devant l'absence de zone de clivage entre le placenta et le myomètre rendant la délivrance difficile voire impossible.

Mais il peut être suspecté en anténatal en présence de facteurs de risque associés à des images échographiques évocatrices de placenta accreta et confirmé en cas de doute par l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

### ✓ **Matériels et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique.

Lieu d'étude : Notre étude concerne les cas de placenta accreta colligés au Centre Universitaire Hospitalier Mohammed VI de Fès, au sein du service de Gynécologie-Obstétrique I

Durée d'étude : durant une période de 05ans du 01 janvier 2015 au 31 Décembre2020.

Les données des patientes ont été analysées de façon rétrospective à partir des dossiers médicaux aux archives (hystérectomie d'hémostase, placenta accreta/percreta) du service de gynéco-obstétrique et des registres du bloc opératoire.

Critères d'inclusion : dans notre étude nous avons inclus toutes les patientes ayant accouché après 22 SA pour lesquelles a été porté un diagnostic de placenta accreta.

Critères d'exclusion : nous avons exclu de cette étude les patientes bénéficiant d'hystérectomie d'hémostase pour une autre cause et les dossiers inexploitable ou contenant des données incomplètes.

Les données recueillies ont été regroupées et notifiées dans les fiches d'exploitation. La collecte des données s'est basée sur une fiche d'exploitation préétablie (Annexes) englobant toutes les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Notre étude consiste en une analyse :

- Du profil épidémiologique
- Des critères diagnostiques utilisés : cliniques et para cliniques.
- Du traitement instauré.
- Des moyens de surveillance.
- De l'évolution.

# RESULTATS

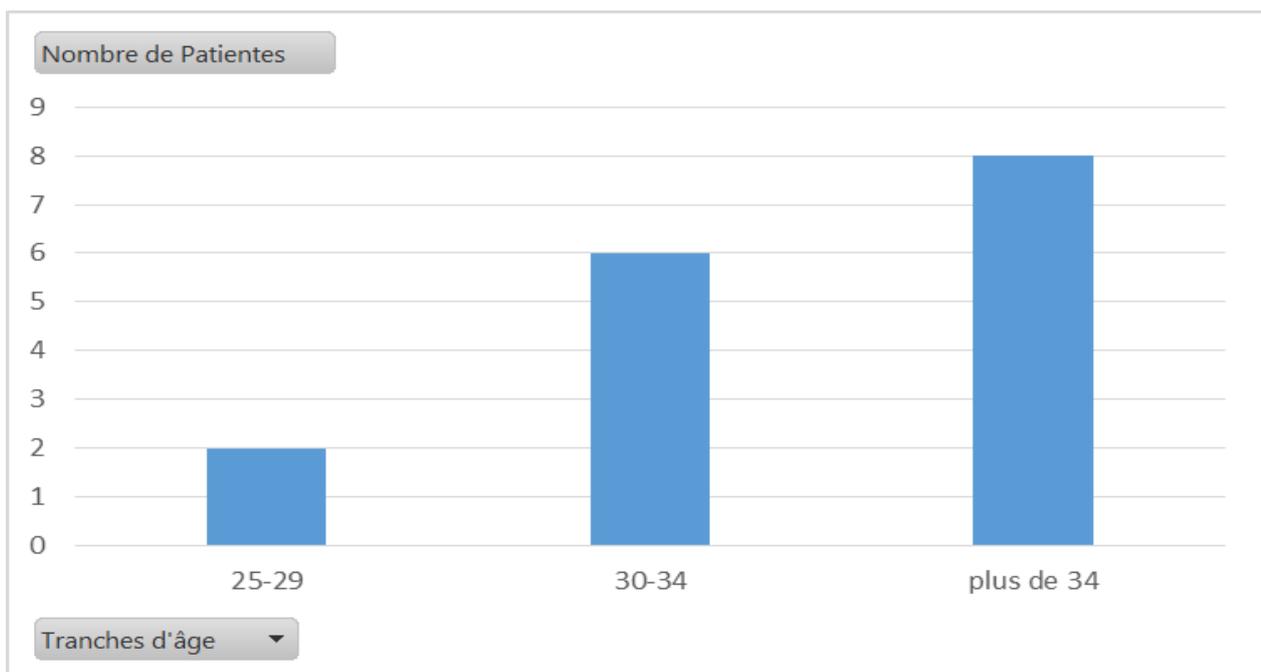
## I.L'incidence :

Sur cette période, 16 cas de placenta accreta ont été enregistré avec une incidence de 1/1673naissance

## II.Caractéristiques des patientes :

### 1.Age des parturientes :

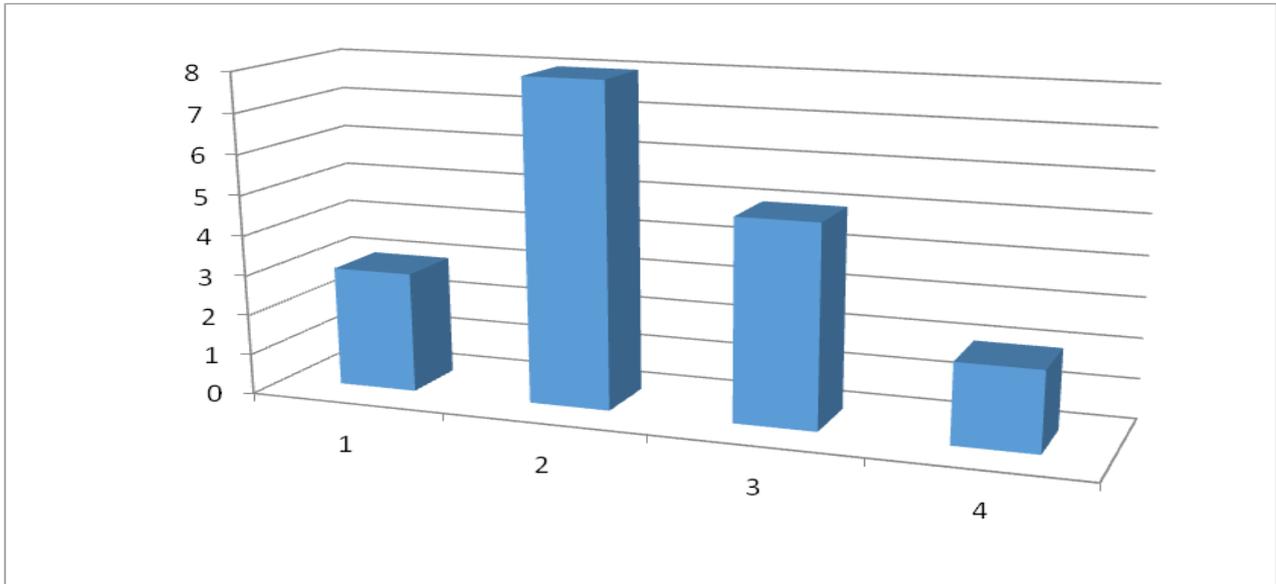
L'âge des parturientes variait entre 25 ans et 45 ans avec un âge moyen de 34 ans. on note que la fréquence la plus élevée a été enregistrée dans la tranche d'âge supérieure à 34ans .



**Figure 1 : Représentation par tranche d'âge des patientes ayant présenté un placenta accreta**

**2.La parité :**

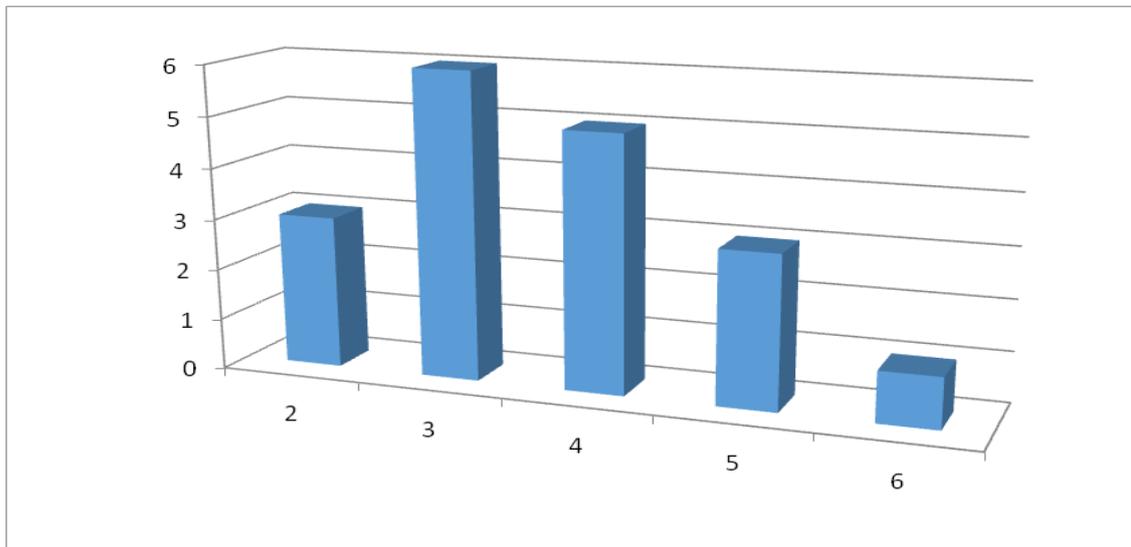
La moyenne de parité était de 2.6 pare, avec des extrêmes allant de 1 à 4.



**Figure 2: Répartition des patientes ayant présenté un placenta accreta selon leurs parités.**

### 3.La gestité :

La moyenne de gestité était de 4 gestes, avec un nombre de gestité minimal de 2 et maximal de 6.



**Figure 3 : Répartition des patientes ayant présenté un placenta accreta selon leurs gestités.**

#### 4. Le mode d'admission :

Dans notre série, 44% (soit 7 patientes) étaient admises pour prise en charge de placenta accreta déjà suspecté sur échographie, 44% (soit 7 patientes) présentaient des métrorragies, 12% des cas (soit 2 patientes) étaient admise pour menace d'accouchement prématuré.

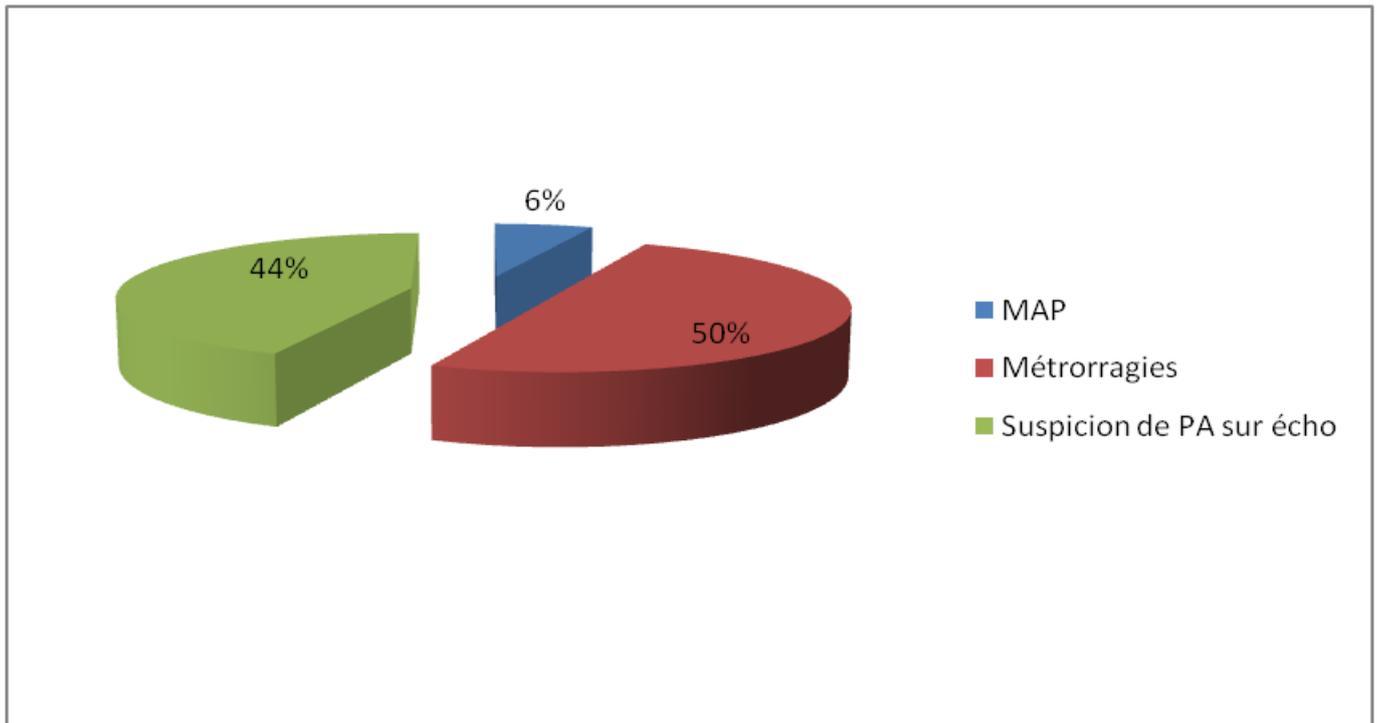


Figure 4: Représentation graphique de la répartition selon le mode d'admission des patientes ayant présenté un placenta accreta

### **5.L'âge gestationnel :**

Dans notre étude, la moyenne d'âge gestationnel des grossesses à l'admission était de 35 SA avec des extrêmes allant de 28 SA à 41SA.

### **6.Les antécédents médicaux:**

Il n'y avait pas d'antécédents médicaux particuliers.

### **7.Antécédents chirurgicaux :**

Une patiente était opérée pour un kyste ovarien.

### **8. Antécédents familiaux :**

Aucune de nos patientes ne rapportait de cas familial ayant présenté auparavant un placenta accreta.

### **9.Antécédents toxiques :**

Dans notre série, aucun cas de tabagisme ni d'éthylisme n'était relevé.

### **10.Les antécédents obstétricaux :**

#### **a) Les cicatrices antérieures :**

Dans notre étude, toutes les patientes avaient au moins un antécédent d'utérus cicatriciel.

Parmi ces patientes, 19% des parturientes (soit 3 cas) avaient un utérus uni-cicatriciel ,81% (soit 13 cas) avaient plus qu'une cicatrice utérine dont 56% (soit 9 cas) avaient un utérus bicicatriciel 19% (soit 3 cas) avaient un utérus tricicatriciel et 6% (soit 1 cas) avait 4 cicatrices utérines.

## Placenta accreta

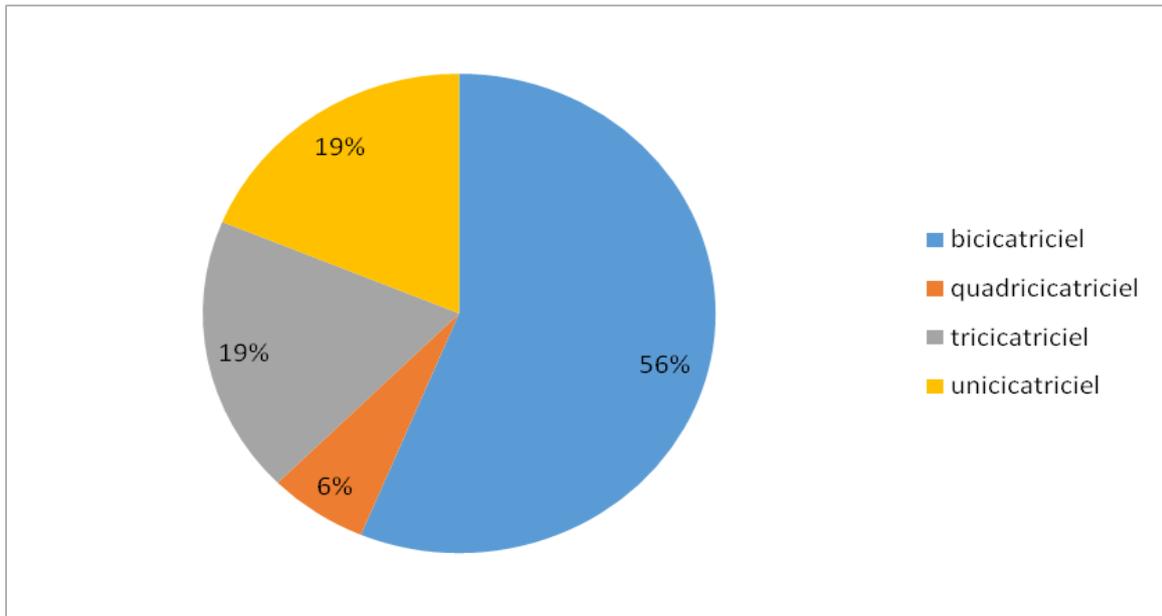


Figure 5: Répartition des patientes ayant présenté un placenta accreta selon le nombre de cicatrices antérieures.

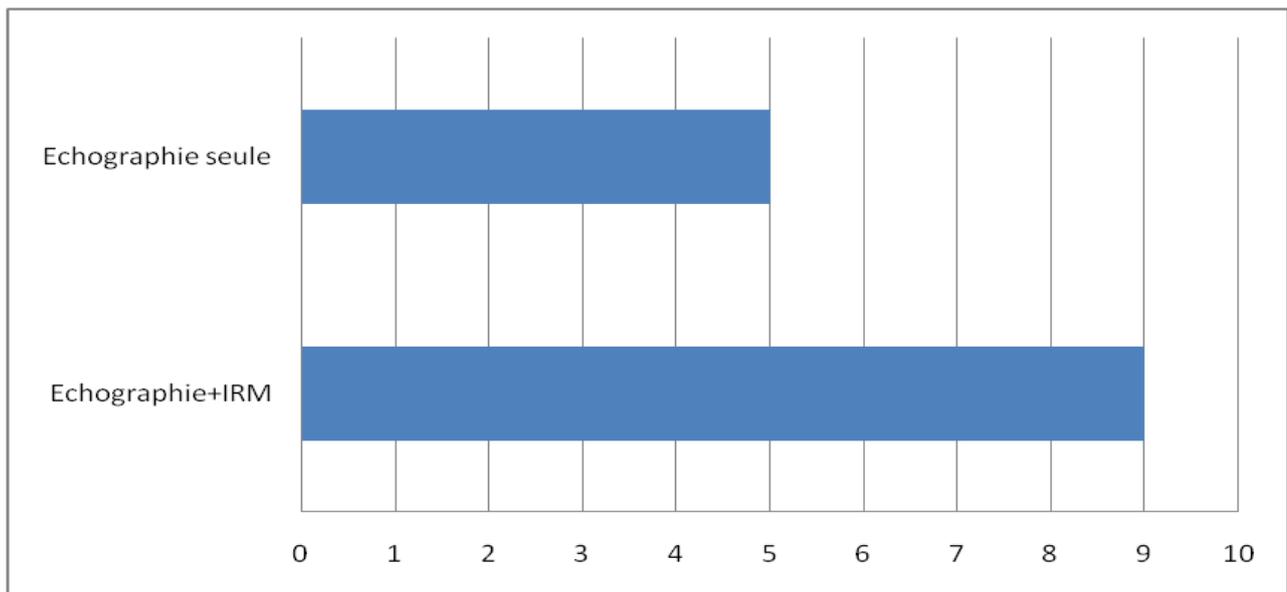
### b) Antécédent de curetage:

Dans notre contexte 18,75% des patientes (soit 3 cas) avaient un antécédent de curetage.

### III. Diagnostic anténatal:

Sur les 16 cas de placenta accreta, 14 patientes étaient diagnostiquées en anténatal dans l'ensemble de notre population soit 87.50%. Le moyen diagnostic chez les patientes ayant bénéficié d'un dépistage anténatal était l'échographie seule dans 5 cas et la combinaison de l'échographie et de l'IRM dans 9 cas. La répartition des patientes selon le moyen de diagnostic anténatal, est schématisée dans la figure 13.

## Placenta accreta



**Figure 6 : Répartition des patientes ayant présenté un placenta accreta selon le moyen de diagnostic anténatal**

### **1. Echographie Pelvienne :**

Sur les 14 patientes dont le diagnostic était suspecté par l'échographie, les signes évocateurs retrouvés étaient: la présence de vacuoles intra placentaires prenant le Doppler, l'absence du liseré de séparation (hypoéchogène entre le placenta et le myomètre / hyperéchogène entre la séreuse utérine et la vessie), vascularisation anarchique placentaire

## Placenta accreta

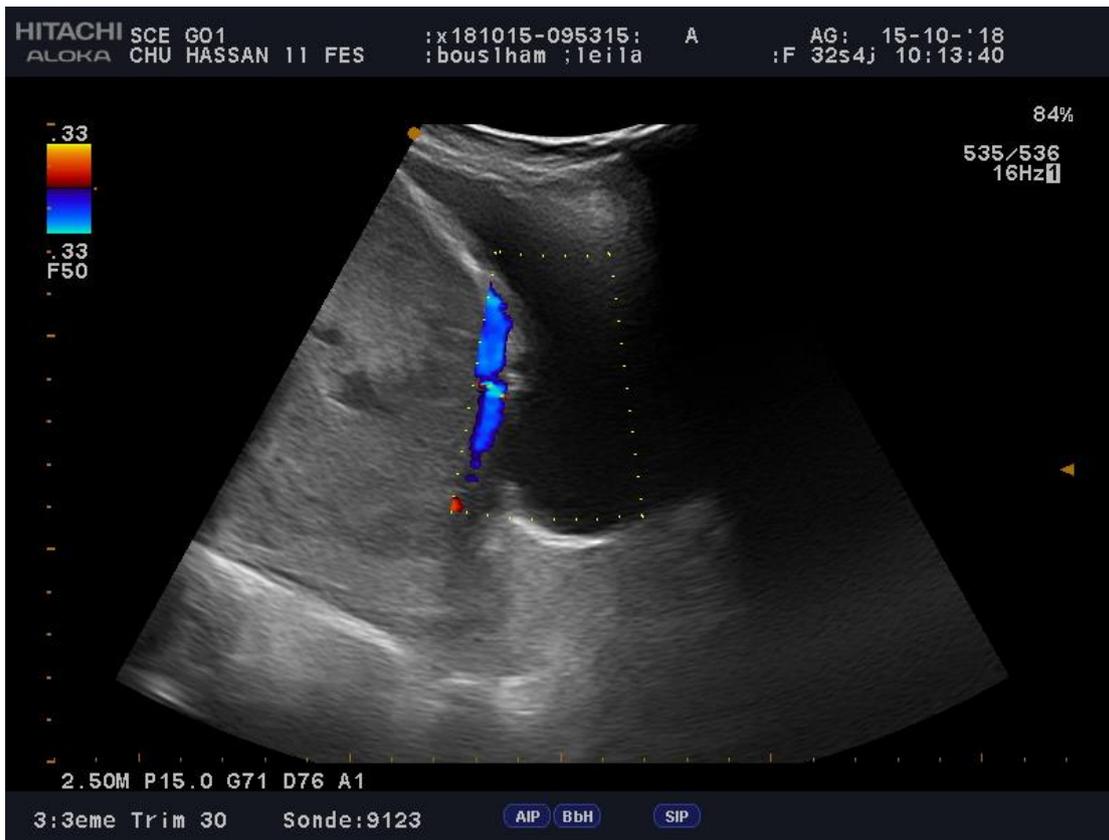


Figure 7 : Echographie obstétricale de la patiente objectivant placenta Prævia antérieur type 4 de bessis , avec une vascularion anarchique utéroplacentaire .



Figure 8 : Echographie obstétricale de la patiente objectivant une disparition de l'espace hypo échogène utéro placentaire.

## 2-L'IRM placentaire :

L'IRM placentaire était réalisée en deuxième intention dans 10 cas de suspicion de placenta accreta. L'IRM a ainsi confirmé dans tous les cas le caractère accreta : non percreta dans 5 cas et percreta dans 5 cas.

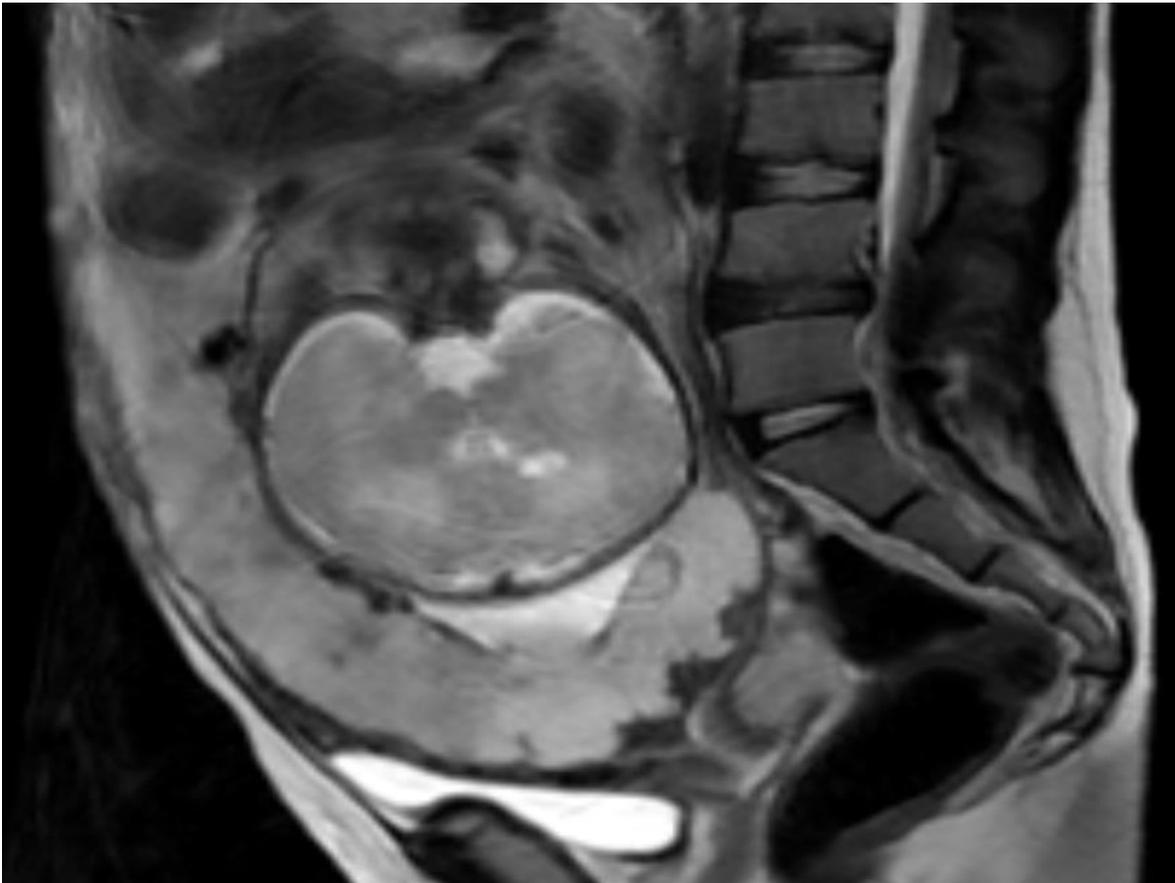


Figure 9 :Sagittale T2 : placenta recouvrant, présence hyposignal T2 myométriale en regard de la cicatrice (placenta percreta)

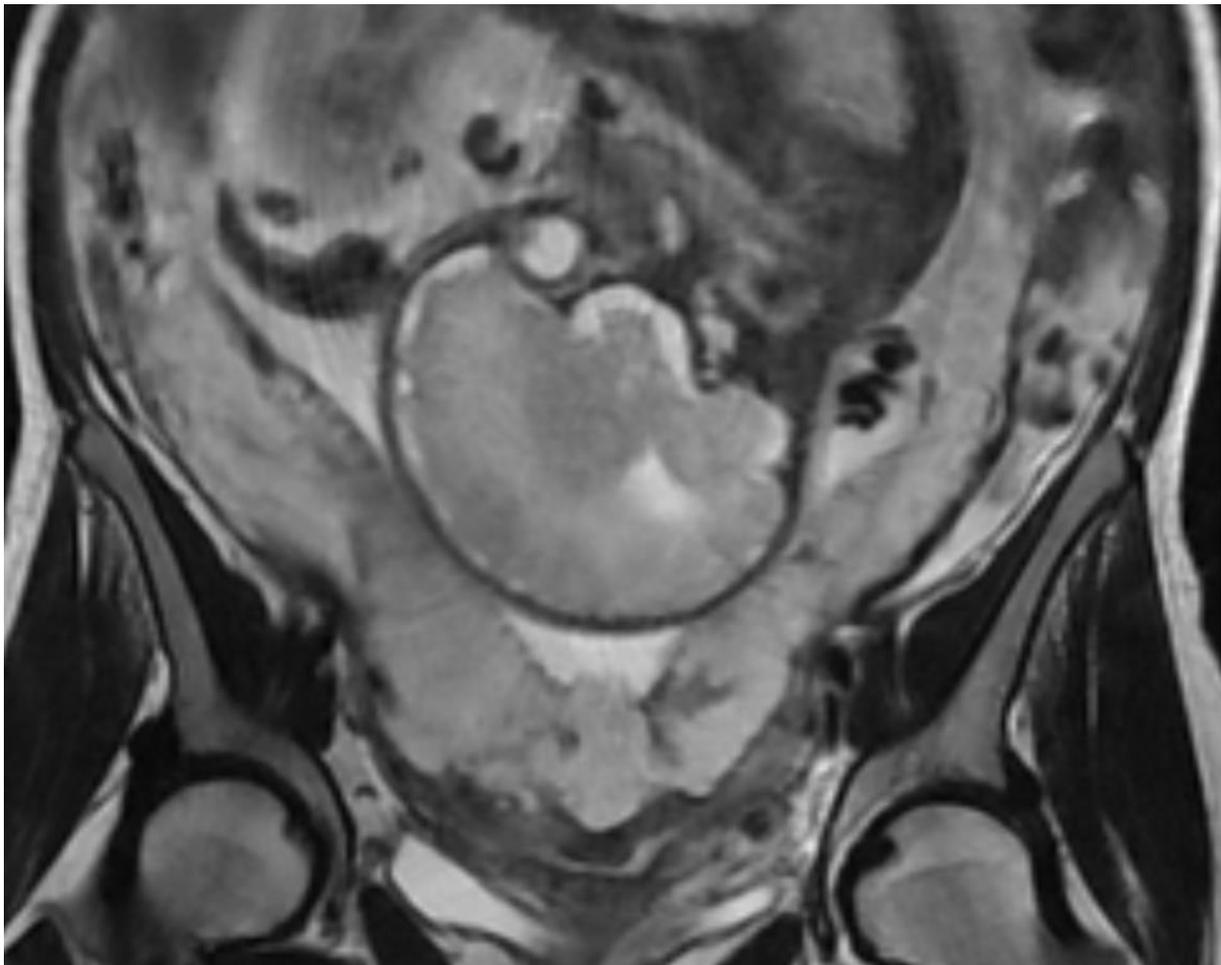


Figure 10 : Coronal T2 : aspect de placenta percreta

#### IV. Diagnostic per-partum :

Dans 02 cas sur 16 le diagnostic de placenta accreta était posé en per-opérateur.

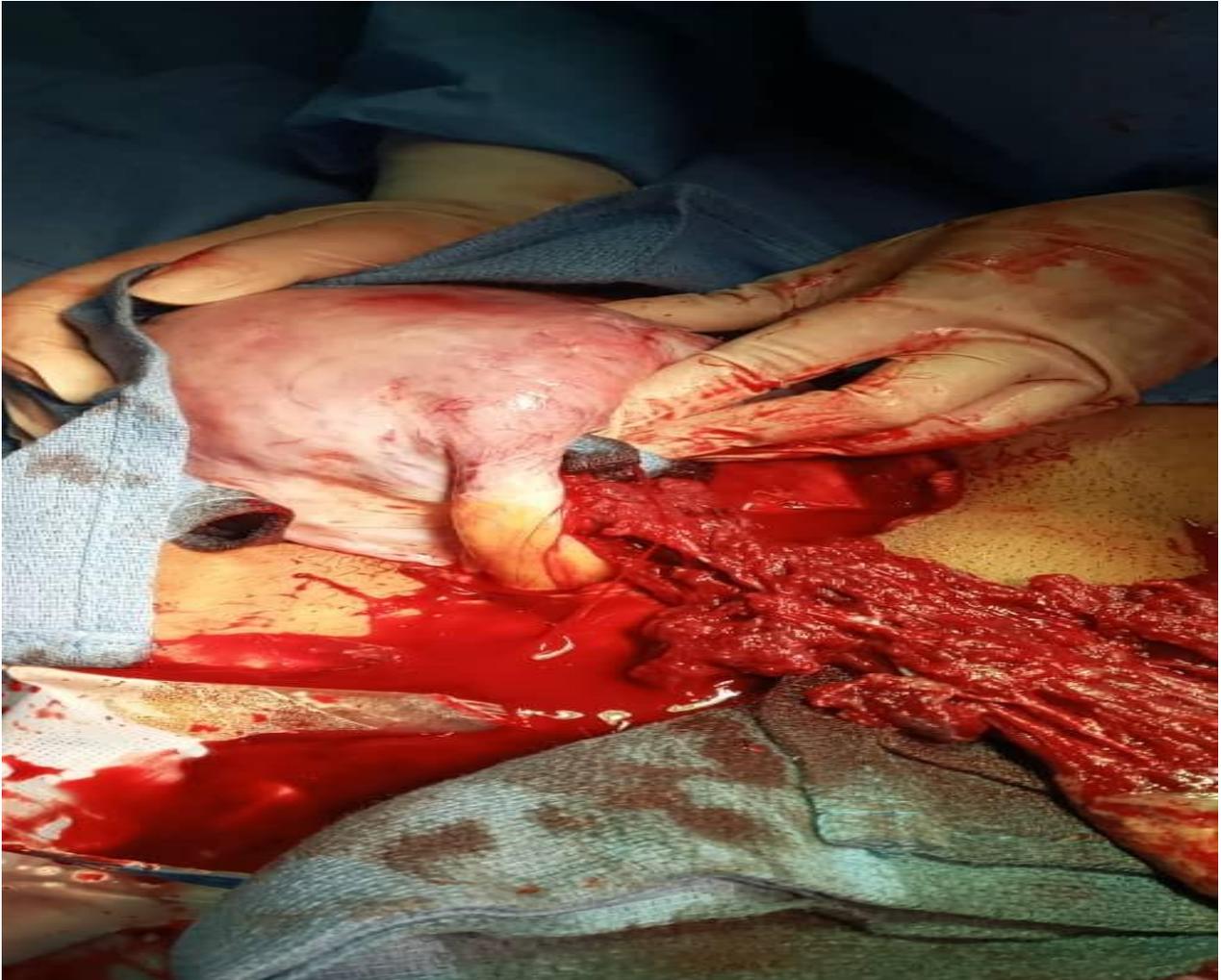


Figure 11 : Image prise au moment de la découverte peropératoire de placenta accreta

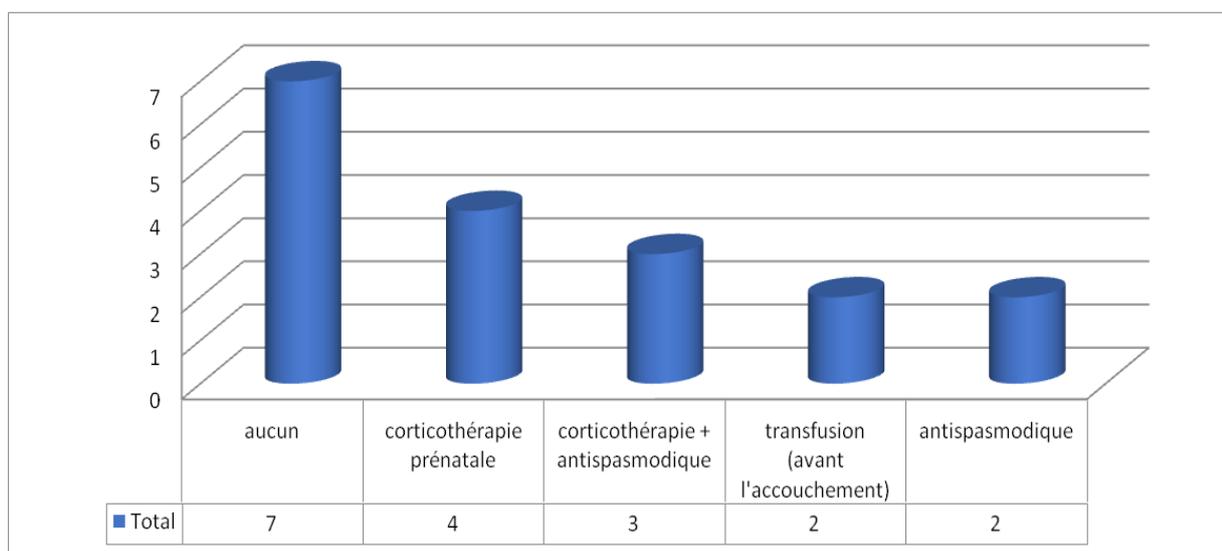
## V . Prise en charge thérapeutique :

Les patientes avec placenta accreta suspecté en prénatal ont été convoquées pour hospitalisation à 34 SA, et ont bénéficié d'une échographie et monitoring fœtal ainsi qu'un bilan biologique complet(NFS , TP/TCA , groupage, ionogramme):

On avait deux patientes anémiques avec hémoglobine à : 9.1 et 7, transfusées par ICG en préopératoire.

### ➤ Traitement médical (avant l'accouchement):

Parmi les 14 cas qui ont été diagnostiqués en prénatal, 7 patientes (soit 50%) ont bénéficié d'une corticothérapie prénatale, et deux patientes (soit 14.28 %) ont été transfusées.



**Figure 12 : Traitement médical avant l'accouchement**

### ➤ Terme :

le terme moyen de l'accouchement est de 36SA+6jours avec des extrêmes allant de 31SA à 40SA+6jrs.

### ➤ Voie d'accouchement :

Dans notre série, toutes les patientes ont accouché par césarienne. La césarienne a été réalisée de façon programmée chez 08 patientes(soit 50% des cas) porteuses d'utérus cicatriciel+placenta bas inséré avec suspicion de placenta accreta . Dans 08cas (soit

50%), la césarienne a été pratiquée en urgence pour utérus cicatriciel+métrorragies de grande abondance

➤ **Type d'incision :**

Dans notre série la plupart des patientes ont eu une incision cutanée médiane soit 14 patientes (87.5%) , tandis que le reste des patientes 2 (soit 25%) ont eu une incision type Pfannenstiel.

➤ **Type d'hystérotomie :**

L'extraction fœtale consistait en une incision corporeale chez 9 patientes (soit 56.25%) et en incision segmentaire chez 7 patientes soit (43.75 %).

➤ **Type du traitement :**

Parmi les 14 cas qui ont été diagnostiqués en anténatale, 12 cas (soit 85.71%) ont bénéficié d'un traitement radical qui consiste en une hystérectomie interannexielle, contre 2 (soit 14.28 %) qui ont bénéficié d'un traitement conservateur (Placenta partiellement laissé en place dans les deux cas).

Les 2 cas qui ont été diagnostiqué en peropératoire ont bénéficié d'un traitement radical.

➤ **Traitement adjuvant :**

**1)Traitement médical:**

○ **Transfusion per opératoire :**

Dans notre série 7parturientes (soit 43.75%) étaient transfusées en per-opératoire .

○ **Les utéro- toniques :**

L'usage d'utéro- tonique (Syntocinon) était réservé aux patientes qui ont bénéficié d'un traitement conservateur avec délivrance artificielle.

○ **Recours aux catécholamines et aux cristalloïdes :**

On a eu recours à la noradrénaline et aux cristalloïdes chez 2 patientes chez deux patientes pour instabilité hémodynamique et hypotension artérielle secondaire aux saignements abondants au cours du geste opératoire.

## Placenta accreta

- **Acide tranexamique (Exacyl):**

On a utilisé l'acide tranexamique et Ca<sup>2+</sup> chez 3 patientes pour juguler pour arrêter les saignements abondants au cours de l'intervention.

- **Antibiothérapie post opératoire :**

Pour diminuer le risque infectieux, une antibiothérapie postopératoire à base d'amoxicilline+acide clavulanique était administrée chez nos patientes pendant 10jours.

- **Séjour en réanimation :**

14patientes(soit 87.50 %) ont séjourné en réanimation avec une moyenne de 3.75 jours.

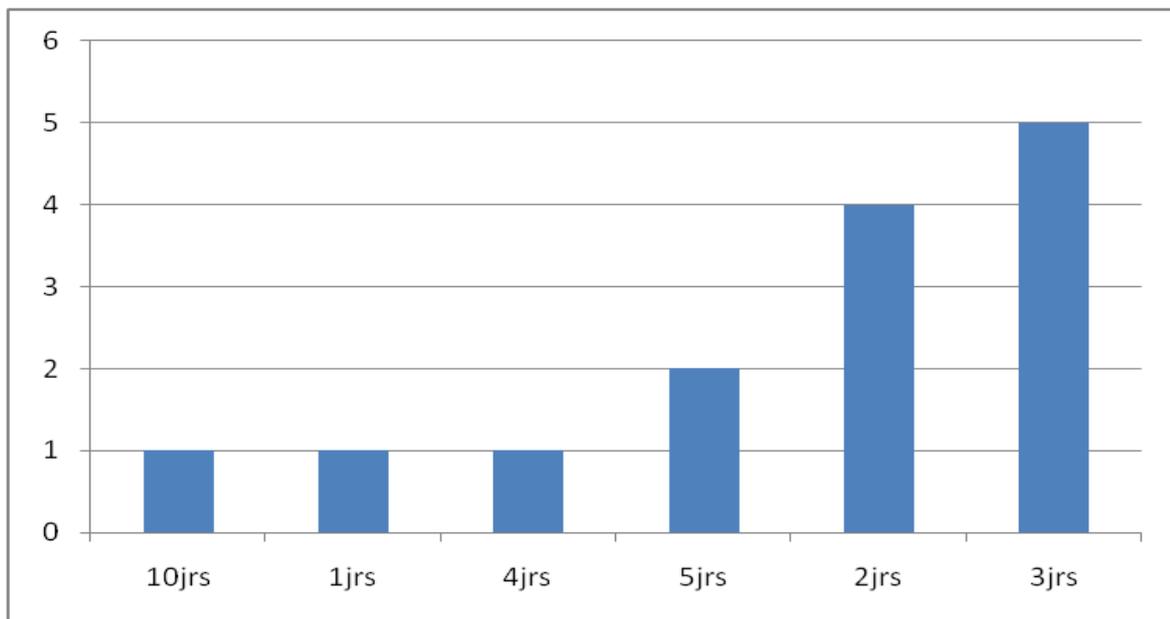


Figure 13 : séjour en réanimation

- **Transfusion post opératoire :**

Dans notre série 7 patientes ont été transfusées en post opératoire durant leurs séjours en réanimations avec une moyenne de 3.57CG+1.28PFC+0.8CP.

## 2) Traitement chirurgical :

### a) Ligature des artères hypogastriques :

Cette technique chirurgicale était réalisée chez 13 de nos patientes (soit 81.25 %).

### b) Plicature utérine type B-Lynch :

Dans notre population seule une patiente qui a bénéficié de cette technique (soit 6.25%)

### c) Radiologie interventionnelle:

Dans l'ensemble de notre population aucune patiente n'a bénéficié d'embolisation.

#### ➤ Morbidité maternelle :

##### a-Complications per-opératoires :

###### ❖ Plaie de vessie :

Dans notre série, 4 parturientes ont eu des plaies vésicales :

✚ Lésion accidentelle de la vessie chez trois patientes au cours du décollement, suturées+ mise en place d'une sonde urinaire pendant 15 jours.

✚ cystectomie partielle + mise en place de 2 sondes urétrales croisées+sonde vésicale.

###### ❖ Plaie des gros vaisseaux :

Aucun cas de plaie vasculaire dans notre série.

###### ❖ Complications hémorragiques :

3 patientes ont eu un choc hémorragique :

✚ Deux patientes ont eu un choc hémorragique secondaire à des métrorragies de grande abondance d'où son transfert en réanimation en post opératoire immédiat.

✚ Une patiente a eu un saignement abondant en per opératoire et développée un choc hémorragique jugulé par exacyl+Ca<sup>2+</sup>, mise sous noradrénaline et transfusée par 4CG+4CP+4PFC.

#### ➤ Morbidité néonatale :

Le poids fœtal moyen était de 2660g.

Une détresse respiratoire transitoire était retrouvée chez 2 nouveaux nés, hospitalisés en néonatalogie avec une bonne évolution.

➤ **Mortalité maternelle :**

Aucun cas de décès maternel n'a été enregistré dans notre série.

➤ **Mortalité néonatale :**

Aucun cas de décès néonatal n'a été enregistré.

### **VI. Suites postopératoires :**

Dans notre série les suites postopératoires étaient simples chez toutes les patientes sans aucune complication hémorragique, infectieuse ni thromboembolique.

### **VII. Anatomopathologie :**

Le résultat anatomopathologique était mentionné dans 10 dossiers où l'examen anatomopathologique a permis de confirmer le caractère accreta dans 7 cas (soit 70%), percreta dans 3 cas (soit 30%).

### **VIII. Fertilité :**

Il était difficile d'évaluer ce paramètre parce qu'on est malheureusement limité par la perte de vue des patientes.

IX. synthèse :

a/Clinique :

Tableau I : la représentation de nos résultats cliniques :

Résultat :				
Incidence	1/1673 accouchement			
Age :	25-45	Age moyen :34 ans		
Gestité :	1-6	Gestité moyenne : 4		
Parité :	1 -4	Parité moyenne : 2.6		
Mode d'admission :	Métrorragie 50%	Suspicion échographique 44%	MAP 6%	
Age gestionnelle  Moyen du diagnostique :	35 SA			
Nombre de césarienne antérieur :	Unicatriciel : 19%	Bi-catriciel : 56%	Tri- catriciel : 19%	PLUS DE 3 : 6 %

## Placenta accreta

---

Dans notre population, toutes nos patientes avaient au moins un des facteurs de risque décrits dans la littérature, notamment : antécédent de césarienne chez toutes les patientes, de curetage dans 18.75 % des cas , l'âge maternel > 34 ans chez la moitié des parturientes .

### **b/Para-clinique :**

Signe échographique :	Pourcentage :
Pourcentage de réalisation :	100 %
Lacune placentaire :	38 %
Perte du liseré hypoéchogène	43 %
Vascularisation anarchique :	31 %
≥ 2 critère échographique	50 %
Absence de signe échographique	12.5 %

**Tableau II : la représentation des signes échographiques :**

Dans notre étude , toutes nos patientes avaient bénéficié d'une échographie obstétricale objectivant des signe en faveur de placenta accreta dans 87 % (VPP 87%).

Chez 13 % des patientes l'échographie n'a pas montré de signe en faveur de placenta accreta cela peut être rattacher à la réalisation des deux échographie dans un contexte d'urgence ( saignement de grande abondance sur une grossesse à terme)

## Placenta accreta

---

La perte de liseré hypoéchogène est le signe le plus fréquent dans 43 % des cas , puis les lacune placentaire dans 38% des cas .

**IRM pelvien :**

IRM pelvien :	Pourcentage :
Pourcentage de réalisation :	62 %
VPP	100 %
Hyposignal T2 intraplacentaire	6 cas / 60 %

**Tableau III : signe IRM :**

62 % de nos patiente ont bénéficié d'une IRM pélvienne , avec une VPP de 100 % .objectivant dans 50 % des signe en faveur de placenta accreta et dans 50% dans signe en faveur d'une placenta percreta.

**c/ Traitement :**

**Médical préopératoire**

	<u>Pourcentage</u>
<u>Corticothérapie prénatal</u>	50%
<u>Transfusion</u>	14%

**Tableau IV : traitement pré-opératoire :**

	Nombre de patientes	Pourcentage
Traitement conservateur	02	12.5%
Traitement radical (Hystérectomie inter annexielle)	14	87.5%

### Placenta accreta

Ligature des artères hypogastrique	13	81%
Plicature utérine B-Lynch	1	6%

**Tableau IV : technique chirurgicale :**

**Tableau V : Synthèse des traitements adjuvants**

Traitements adjuvants	Nombre de patientes	Pourcentages
Transfusion per opératoire	7	43.75%
Transfusion post opératoire	7	43.75%
Utéro tonique	2	12.5%
Catécholamines+ cristalloïdes	2	12.5%
Exacyl	3	18.75%
ATB post opératoire	16	100%
Séjour en réanimation	14	87.50%

### **d/Complication :**

**Tableau VI : Synthèse des complications.**

Complications per opératoire	Nombre de patientes	Pourcentage
Plaie de vessie	4	25%
plaie des gros vaisseaux	0	0%
complications hémorragiques	3	18.75%
<b>Complications néonatales</b>	2détresses respiratoires	12.5%
<b>Complications post opératoires</b>	0	0%

La principale complication est représentée par la plaie vésicale , avec un taux de mortalité de 0 %.

# DISCUSSION

## **I.L'incidence :**

La prévalence des troubles PAS dans la population générale des femmes enceintes est d'environ 1,7 pour 10 000 grossesses. (1) .

Notre incidence est faible par rapport aux données de la littérature.

## **II. Caractéristiques des patientes :**

### **1. Age des parturientes :**

la moitié de nos patientes (50%) avaient plus de 34 ans, Miller et al ont retrouvé une augmentation de l'incidence de 14,6% chez des patientes ayant plus de 35 ans, ces femmes représentaient 45% de son étude (13). Alors, il paraît que l'âge maternel pourrait augmenter le risque de développement de la maladie.

### **2. Gestité et parité :**

Sur l'ensemble de la population, 100% de nos patientes étaient des multipares. Il semblerait que la parité soit un élément augmentant le risque de placenta accreta. Ceci correspond aux données de la littérature pour qui la multiparité est considérée comme un facteur de risque de cette pathologie (3) (4) (5).

### **3. Les antécédents obstétricaux :**

Les séquelles d'endométrite chronique du post-partum ou du post-abortum, ou à des cicatrices traumatiques de l'utérus, habituellement de nature fibreuse, sur lesquelles l'endomètre ne peut se développer normalement(6).

#### **3.1. Antécédent de césarienne:**

Dans notre étude, le principal antécédent obstétrical était représenté par l'utérus cicatriciel dans 100% des cas ; soit (16 cas sur 16). Chez ces patientes, 3 présentaient un antécédent de césarienne contre 13 qui présentaient au moins 2 antécédents de césarienne, ce qui concorde avec l'étude de Miller et d'autres auteurs qui ont montré que l'augmentation

de l'incidence des placentas accreta était corrélée à l'augmentation du taux de césarienne dans les 30 dernières années (7) .

### **3.2. Antécédent de curetage:**

Dans notre série, 18.75% des patientes présentaient un antécédent de curetage.

Le curetage utérin est probablement la procédure utérine la plus fréquemment rencontrée , mais son rôle en tant que le facteur de risque indépendant n'est pas clair. [8],

### **3.3. Insertion placentaire :**

L'insertion placentaire est l'un des éléments les plus importants pour le diagnostic de placenta accreta (9) .

### **3.4. Association cicatrice utérine et placenta prævia :**

Dans de nombreuses études, il est mis en évidence que l'association placenta prævia et utérus cicatriciel est un facteur de risque majeur de placenta accreta. le risque est plus grand lorsque les deux facteurs sont présents et lorsque le placenta prævia recouvre la cicatrice (10).

## **III. Diagnostic anténatal :**

Des études de population récentes ont montré que les troubles du spectre du placenta accreta (PAS) restent non diagnostiqués avant l'accouchement dans la moitié à deux tiers des cas.( 11)

Le diagnostic prénatal actuel repose sur l'interprétation subjective de résultats ou de signes échographiques " typiques " obtenus par l'imagerie bidimensionnelle (2D) en échelle de gris et par le Doppler couleur.(12)

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), bien que largement utilisée, n'a pas encore démontré clairement une amélioration significative de la prise en charge ou de l'issue de la grossesse.(12)

L'IRM n'est actuellement recommandée qu'en complément de l'échographie par de nombreux organismes professionnels dans le monde, notamment le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) au Royaume-Uni (13) Quelle que soit la modalité d'imagerie utilisée, le diagnostic prénatal des troubles du SAP reste subjectif, la précision

dépendant de l'expérience de l'opérateur, qui a jusqu'à présent été limitée par la rareté de l'affection .

### 1. Echographie obstétricale:

L'examen échographique doit être effectué avec une vessie pleine (environ 200–300 ml).. Sans une vessie pleine, des signes tels que l'interruption de la paroi vésicale, le bombement placentaire et l'hypervascularisation utéro-vésicale ne peuvent être évalués de manière appropriée.(14)

une méta-analyse (15) d'études échographiques portant sur 3 707 grossesses présentant un risque de troubles du SAP ont montré que les performances globales de l'échographie sont excellentes, avec une sensibilité de 90,72 % (IC 95 % 87,2–93,6), une spécificité de 96,94 % (IC 95 % 96,3–97,5)

#### 1.1 1.1. Echographie :

–Le premier signe échographique était la " perte de la zone rétroplacentaire hypoéchogène entre le placenta et le myomètre ", qui est censée représenter une extension anormale des villosités placentaires dans le myomètre.(5)

–La présence de nombreuses lacunes larges ou irrégulières directement connectées à un vaisseau d'alimentation a également été rapportée à plusieurs reprises comme un signe échographique fiable.(5–6)

– Cependant, dans toute la littérature, la sensibilité rapportée de l'imagerie en échelle de gris varie largement entre 50 % et 87 %.

–La combinaison de marqueurs échographiques Doppler en échelle de gris et en couleur aurait augmenté la sensibilité de l'imagerie échographique à environ 90 %, avec des valeurs prédictives négatives comprises entre 95 % et 98 %.

–Il existe une grande variation des taux de détection prénatale en fonction des signes échographiques utilisés ,de l'expérience de l'opérateur, des conditions de balayage, de

## Placenta accreta

l'équipement utilisé et de l'âge gestationnel. En particulier, l'imagerie Doppler couleur est plus sensible aux erreurs de l'opérateur que l'imagerie en niveaux de gris, Dans notre série, 81,25% des patientes (soit 13 cas) porteuses de placenta accreta avaient un antécédent de césarienne et de placenta previa.

- Afin de réduire les erreurs dues à la subjectivité de ce diagnostic et de s'assurer que tous les opérateurs utilisent la même description pour le même signe, le groupe de travail européen sur le placenta anormalement invasif (EW-AIP) a récemment proposé une description et un nom standardisés pour tous les signes échographiques utilisés pour le diagnostic prénatal du placenta accreta.(16)

**Tableau VI : Descripteurs unifiés (suggestions EW-AIP) pour les résultats échographiques dans les troubles du spectre du placenta accreta (PAS)**

Descripteur	Découverte
Échelle de gris 2D	
Perte de la «zone claire»	Perte ou irrégularité du plan hypoéchogène dans le myomètre sous le lit placentaire (la «zone claire»)
Lacunes placentaires anormales	Présence de nombreuses lacunes dont certaines sont grandes et irrégulières (Finberg grade 3 ) contenant souvent un écoulement turbulent visible en imagerie en échelle de gris
Interruption de la paroi de la vessie	Perte ou interruption de la paroi vésicale brillante (la bande hyperéchogène ou «ligne» entre la séreuse utérine et la lumière de la vessie)
Amincissement du myomètre	Amincissement du myomètre recouvrant le placenta à <1 mm ou indétectable

## Placenta accreta

Descripteur	Découverte
Renflement placentaire	Déviation de la séreuse utérine par rapport au plan attendu, causée par un renflement anormal de tissu placentaire dans un organe voisin, généralement la vessie. La séreuse utérine semble intacte mais la forme du contour est déformée
Masse exophytique focale	Tissu placentaire vu traverser la séreuse utérine et s'étendre au-delà. Le plus souvent vu à l'intérieur d'une vessie remplie
Imagerie Doppler couleur	
Hypervascularisation utérovésicale	Signal Doppler couleur frappant vu entre le myomètre et la paroi postérieure de la vessie. Ce signe indique probablement de nombreux vaisseaux tortueux étroitement emballés dans cette région (démontrant un écoulement multidirectionnel et un artefact d'aliasing)
Hypervascularisation sous-placentaire	Quantité frappante de signal Doppler couleur vu dans le lit placentaire. Ce signe indique probablement de nombreux vaisseaux tortueux étroitement emballés dans cette région (démontrant un écoulement multidirectionnel et un artefact d'aliasing)
Ponts de navires	Vaisseaux semblant s'étendre du placenta à travers le myomètre et au-delà de la séreuse dans la vessie ou d'autres organes. Souvent perpendiculaire au myomètre
Vaisseaux nourriciers des lacunes placentaires	Vaisseaux avec un flux sanguin à haute vitesse menant du myomètre dans les lacunes placentaires, provoquant des turbulences à l'entrée
Hypervascularisation intraplacentaire 3D	Arrangement complexe et irrégulier de nombreux vaisseaux placentaires, présentant des parcours tortueux et des calibres variables

### **IV. Diagnostic au moment de la délivrance:**

Dans notre étude, 02 cas sur 16 du placenta accreta (soit 12,50%), ont été découverts au moment de la délivrance vue l'urgence de la césarienne. De nombreuses adhérences anormales du placenta souvent partielles sont découvertes au moment des complications de la délivrance, que ce soit à l'occasion d'une absence de décollement du placenta ou que ce soit dans le contexte d'une hémorragie plus ou moins grave. Lors des césariennes, le diagnostic est évident avec l'absence de plan de clivage du placenta et son attache muqueuse sur la totalité de la surface ou sur une portion localisée de l'insertion.

Lorsqu'il existe un doute sur une adhérence anormale du placenta, une échographie en urgence montrerait l'absence de zone rétroplacentaire hypoéchogène et la persistance d'un flux sanguin depuis le myomètre profond jusque dans le placenta, alors que lorsque le placenta a subi son décollement physiologique, on observe un arrêt immédiat de flux dans les vaisseaux de la plaque basale (17).

Les changements macroscopiques détectés à l'entrée de l'abdomen peuvent également éveiller des soupçons quand à la présence de placenta accreta comme les grandes varicosités tortueuses vues sur la surface de la séreuse, segment utérin inférieur distendu et bombé, ou extension directe du placenta sur la surface utérine, la vessie ou les parois pelviennes (18). La plupart de ces changements sont courants chez les multipares, et donc, il est essentiel de faire le diagnostic différentiel entre une déhiscence de cicatrice et un placenta percreta. (19).

#### **1.3. L'échographie transvaginale :**

L'échographie transvaginale permet la visualisation détaillée du col de l'utérus et du segment inférieur avec l'échographie transvaginale augmente la précision du diagnostic dans les placentas à insertion basse (20).

#### **2. L'imagerie par résonance magnétique placentaire (IRM):**

Les caractéristiques du placenta accreta comprennent l'absence de continuité du liseré fin en hyposignal correspondant au myomètre ainsi, l'envahissement myométrial total.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est de plus en plus utilisée pour la détection prénatale du TSPA et a été signalée par des auteurs antérieurs comme étant utile pour évaluer la profondeur de l'invasion myométriale et paramétriale(21)

On rapporte que l'IRM permet de déterminer plus précisément avec une sensibilité de 94,4% et une spécificité de 84% l'étendue de la maladie, en particulier lorsqu'on suspecte une extension placentaire dans la vessie, l'utérus postérieur, le col de l'utérus et/ou les paramètres (22) .

## V. Dépistage prénatal des troubles PAS :

### 1- Dépistage au premier trimestre des troubles PAS :

L'implantation du sac gestationnel dans une cicatrice de césarienne antérieure est diagnostiquée en utilisant les trois critères suivants sur échographie transvaginale

1. Sac gestationnel situé en regard de la cicatrice de césarienne .
2. Preuve d'une circulation trophoblastique / placentaire fonctionnelle à l'examen Doppler couleur.
3. Pour distinguer un avortement spontané en cours, recherchez un «signe d'organes glissants» négatif, défini comme l'incapacité de déplacer le sac gestationnel de sa position au niveau de l'orifice interne en utilisant une légère pression appliquée par la sonde transvaginale.

Globalement, une grossesse sur cicatrice de césarienne, même si elle n'est pas accreta, est associée à un risque très élevé de complications obstétricales dues aux conséquences d'un placenta praevia majeur,

### 3- Biomarqueurs des troubles PAS :

la gonadotrophine chorionique humaine (hCG) et sa sous-unité bêta libre ( $\beta$ -hCG) sont plus faibles et la protéine A plasmatique associée à la grossesse (PAPP-A) est plus élevée dans le sérum maternel des femmes avec des troubles PAS ,cependant, le bénéfice de ceci reste inconnu jusqu'à ce que davantage de données prospectives soient disponibles.

#### ➤ RECOMMANDATIONS :

Recommandations pour le diagnostic prénatal et le dépistage des troubles du spectre du placenta accreta (FIGO 2018)

- L'échographie est une modalité d'imagerie relativement peu coûteuse et largement disponible et devrait donc être la première ligne pour le diagnostic des troubles PAS
- Les femmes diagnostiquées avec une grossesse avec cicatrice par césarienne au cours du premier trimestre devraient être informées du risque élevé de nécessiter une hystérectomie en raison de troubles PAS.
- Lors de l'examen de mi-trimestre pour une anomalie fœtale, il faut demander à toutes les femmes si elles ont déjà eu une césarienne. Si tel est le cas, cela devrait inciter à une évaluation minutieuse du site d'implantation placentaire, en particulier s'il est antérieur, bas ou praevia
- Les signes échographiques observés pour le diagnostic des troubles PAS doivent être décrits à l'aide de protocoles standardisés
- La présence ou l'absence enregistrée de chaque signe échographique sera influencée par l'interprétation de l'opérateur de ce qui constitue ce marqueur

## **VI. Prise en charge thérapeutique :**

La prise en charge est multidisciplinaire.

Le choix de la stratégie de prise en charge dépend principalement du type anatomique du placenta rencontré et du désir de fertilité ultérieur de la patiente. Ainsi, un placenta percreta comportant un envahissement des organes de voisinage peut avoir, au moins dans un premier temps, un traitement conservateur pour éviter une chirurgie mutilante. Les contraintes du traitement conservateur qui nécessite un suivi prolongé, les risques de complications quelle que soit l'option choisie doivent faire l'objet d'une discussion avec la patiente .

Après l'accouchement du fœtus, et seulement s'il n'y a pas de signe clinique de placentation percreta (c'est-à-dire si aucun tissu placentaire n'envahit la surface de l'utérus), le chirurgien peut tenter avec précaution de retirer le placenta par une traction contrôlée du cordon et l'utilisation d'utérotoniques. L'échec de cette tentative suggère le diagnostic d'un trouble du PAS .

## **1-Traitement conservateur :**

. Quatre méthodes primaires différentes peuvent être utilisées pour la gestion conservatrice ont été décrites dans la littérature internationale :

- (1) la technique extirpative (retrait manuel du placenta) ;
- (2) le fait de laisser le placenta in situ ou l'approche expectative ;
- (3) la chirurgie conservatrice en un temps (retrait de la zone d'accreta) ; et (4) la procédure Triple-P (suture autour de la zone d'accreta après résection).

### **a. LA TECHNIQUE EXTIRPATIVE :**

Cette procédure consiste à retirer le placenta manuellement pour tenter de vider l'utérus . Le but de cette approche est d'éviter de laisser les tissus placentaires retenus dans la cavité

L'avantage de cette technique est d'éviter un excès thérapeutique en cas de faux positif de placenta accreta.

L'ablation forcée d'un placenta invasif augmente les risques d'hémorragie obstétricale massive et la nécessité d'une hystérectomie de sauvetage. Une hémorragie non contrôlée entraînera une coagulopathie et compliquera également la procédure chirurgicale, il augmente le risque de brèche vésicale et des uretères et la possibilité de complications à long terme telles que la fistule vésico-utérine. Cette méthode doit être aujourd'hui abandonnée . (24) (25)

### **b. Attitude Laisser Le PLACENTA IN SITU :**

Cette attitude consiste à laisser le placenta in situ et à attendre sa résorption spontanée complète dans l'objectif de préserver la fertilité.

En laissant un placenta accreta in situ après la délivrance du fœtus, on peut s'attendre à une diminution progressive de la circulation sanguine utérine, Il en résultera une nécrose secondaire du tissu placentaire et, théoriquement, le placenta devrait progressivement se détacher de l'utérus .

Cette approche est basée sur les concepts cliniques fondées sur des preuves suivantes ( 26)

1. L'hystérectomie par césarienne est considérée comme le traitement de référence de l'accréta invasive, mais elle reste associée à des taux élevés (40% à 50%) de morbidité maternelle sévère et, dans les cas de placenta percreta, les taux de mortalité peuvent atteindre 7% en raison des dommages. aux organes pelviens et au système vasculaire.
2. La méthode extirpative est associée à une morbidité maternelle sévère car elle laisse, dans le myomètre, des tissus placentaires reliés à de gros vaisseaux d'alimentation, responsables d'une hémorragie obstétricale massive incontrôlée.

un traitement conservateur peut être suivi d'une hystérectomie retardée programmée. L'objectif étant de diminuer la morbidité liée à l'hystérectomie notamment la diminution de l'hémorragie et du risque de transfusion par rapport à la césarienne-hystérectomie[27].

### **c/ PROCÉDURES CHIRURGICALES CONSERVATRICES ALTERNATIVES :**

#### **c.1 Chirurgie conservatrice en un temps**

Cette procédure chirurgicale consiste à réséquer la zone d'accréta invasive (résection partielle du myomètre) suivie d'une reconstruction utérine immédiate et d'un renforcement de la vessie. Cette stratégie vise à combiner les avantages à la fois de l'approche "laisser in situ" de préservation de l'utérus et de l'hystérectomie par césarienne avec un risque minimal de saignement ou d'infection secondaire.

Technique chirurgicale : -coagulation des vaisseaux (nourriciers) nouvellement formés et séparation des tissus utérins envahis des tissus vésicaux envahis.

-Hystérotomie extra-placentaire et extraction

-Résection de tous les tissus myométriques envahis et de tout le placenta en un seul morceau avec contrôle vasculaire local préalable.

-Reconstruction du myomètre en deux plans. 28

### c-.2 La procédure Triple-P

Une nouvelle procédure d'épargne utérine pour les troubles du SAP, appelée " procédure Triple-P ", a été récemment proposée. L'objectif de cette procédure est d'éviter d'inciser à travers les sinus vasculaires placentaires, et d'exciser le myomètre .Les principales étapes de cette procédure comprennent :

- localisation périopératoire par échographie placentaire du bord supérieur du placenta ;
- dévascularisation pelvienne impliquant la mise en place préopératoire de cathéters à ballonnet intra-artériels (division antérieure des artères iliaques internes) ;
- une large excision du myomètre et une réparation utérine secondaire. Si la paroi postérieure de la vessie est impliquée, le tissu placentaire envahissant la vessie est laissé in situ .29

### b/1-les procédures associés en cas de traitement conservateur :

Des attitude supplémentaires (embolisation ou ligature de vaisseaux, méthotrexate, , résection hystéroscopique des tissus retenus) ont été utilisées dans le cadre d'une approche conservatrice, Il n'existe aucun essai contrôlé randomisé comparant ces différentes procédures supplémentaires.30

#### b.1.1 /Tentative d'extraction douce du placenta

-En cas de diagnostic prénatal faussement positif sans preuve clinique de troubles du SPA lors de l'accouchement par césarienne, une tentative d'extraction douce du placenta peut être tentée.

-En cas de troubles du SAP visiblement limités à une petite partie de la paroi utérine, il est parfois possible de retirer la partie " non accreta " du placenta, réduisant ainsi le volume placentaire laissé in situ. Globalement, le principal risque de cette stratégie est le risque d'hémorragie obstétricale massive et la nécessité d'une hystérectomie d'urgence .

#### b.1.2/ Dévascularisation utérine chirurgicale ou radiologique préventive

Il existe très peu de données sur l'utilisation de ces techniques adjuvantes.

La dévascularisation préventive peut être obtenue par des procédures chirurgicales ou de radiologie interventionnelle également utilisées dans la

prise en charge des hémorragies post-partum sévères, telles que la dévascularisation chirurgicale utérine par paliers, la ligature chirurgicale bilatérale de l'artère utérine ou hypogastrique, l'embolisation de l'artère utérine ou l'occlusion par ballonnet.

L'embolisation avant la réalisation de l'hystérectomie peut réduire le risque de perte de sang peropératoire et la dévascularisation prophylactique peut prévenir la survenue d'une hémorragie secondaire en cas de traitement conservateur et pourrait également accélérer la résorption placentaire.

Dans l'ensemble, ces procédures utérine semblent être moins efficaces dans les cas de troubles du SAP.

### **b.1.3/ Résection hystéroscopique systématique des tissus accreta retenus**

la résection hystéroscopique pourrait raccourcir le temps de récupération sans effets indésirables majeurs. Elle est indiquée chez les patientes symptomatiques, la résection hystéroscopique systématique chez les femmes asymptomatiques reste à déterminer.

### **d/Méthotrexate :**

L'utilisation du méthotrexate comme traitement adjuvant expose la patiente au risque de neutropénie ou d'aplasie médullaire, ce qui a été signalé même après une dose unique. Ces effets indésirables peuvent précipiter d'autres complications possibles, comme l'infection secondaire d'un placenta laissé in situ, ainsi le faible taux de renouvellement des cellules trophoblastiques par rapport à celui du début de la grossesse indique une efficacité bien moindre du méthotrexate en fin de grossesse. Dans l'ensemble, l'utilisation du méthotrexate n'est pas recommandée comme traitement adjuvant. 31

### ❖ Surveillance post-partum

Le suivi de ces patientes est ensuite hebdomadaire jusqu'à résorption complète du placenta.

Les patientes bénéficient d'une surveillance échographique afin de s'assurer de l'involution placentaire. Un suivi clinique et biologique est mis en place, notamment par une numération globulaire avec quantification des leucocytes, un dosage de la protéine C réactive (CRP) et un prélèvement vaginal afin de détecter précocement la survenue d'une complication infectieuse.

### 3-Traitement radical :

L'hystérectomie dans le cadre de troubles du SAP peut être un défi car les accouchements multiples par césarienne présentent souvent des adhérences pelviennes, un segment utérin inférieur mince et hypervasculaire, un placenta volumineux in situ et une néovascularisation profonde du bassin, ainsi qu'une invasion possible de la vessie, de l'intestin, du col de l'utérus et des paramètres en cas de placenta percreta.

Le principal risque associé à toute forme de PAS est l'hémorragie obstétricale massive, qui entraîne des complications secondaires, notamment une coagulopathie, une défaillance multisystémique des organes et le décès. Les risques chirurgicaux augmentent avec la profondeur de l'invasion placentaire, les femmes présentant un placenta percreta étant plus susceptibles de nécessiter des produits sanguins supplémentaires, de subir des lésions urologiques et d'être admises dans une unité de soins intensifs que les femmes présentant un placenta accreta.

**3-1 complication en cas de traitement radical**

Type de complication :	Pourcentage :
Estimation médiane de la perte de sang	2-3 L
Unités médianes de concentré de globules rouges transfusées	3.5-5.4 L
Lésion de la vessie	7 %-48 %.
Lésion de l'uretère	0-18 %.
Mortalité maternelle	1 %-7 %.

**4-prise en charge anesthésique :**

Une des principales complications dans la prise en charge des placentas accreta est l'hémorragie de la délivrance. (32) L'objectif de cette prise en charge est d'évaluer rapidement l'abondance des pertes sanguines, ainsi que les répercussions sur l'état hémodynamique afin d'éviter l'état de choc hémorragique.

**4-1 /Préparation maternelle :**

Lorsqu'il y a une suspicion de placenta accreta en anténatal, cette prise en charge se déroule avant la césarienne. Lors d'un diagnostic per-opératoire, il faut compléter la prise en charge déjà instaurée.

Il est impératif d'avoir une stratégie avant de commencer la césarienne. L'information de la patiente et de sa famille est capitale. L'élaboration de la stratégie implique que tous les acteurs (chirurgiens, urologues, vasculaires, digestifs, radiologues et l'équipe d'anesthésie réanimation) doivent organiser un staff avec les éléments d'imagerie, principalement l'IRM et maintenant l'angiIRM pour mieux préciser la vascularisation.

Tout d'abord il faut vérifier le groupe sanguin et rechercher l'agglutinine irrégulière (RAI) de moins de 3 jours. La mise en place de deux voies d'abord vasculaire avec des cathéters de courts calibres est indispensable associées à une perfusion rapide de 1 à 2 litres de solutés cristalloïdes ou de colloïdes pour compenser la perte volumique.

### **4-2 Anesthésie :**

Le choix de la technique d'anesthésie pour l'accouchement par césarienne en cas de suspicion de trouble PAS avec un risque élevé d'hémorragie significative doit être fait par l'équipe d'anesthésie traitante. Cette décision entre l'anesthésie générale et neuraxiale / régionale peut être facilitée par une consultation active 33.

### **4-4/Surveillance clinique et biologique**

Une surveillance clinique est nécessaire : tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène et diurèse horaire ainsi que biologique avec un bilan prélevé en urgence comprenant:

- o Une numération de formule sanguine (NFS) et une numération plaquettaire.
- O Un dosage du fibrinogène.

- o Un dosage des cofacteurs du complexe prothrombinique (II, V, VII, X).
- o Les D-dimères : les produits de dégradation de la fibrine.
- o Le taux de prothrombine (TP), le temps de céphaline activée (TCA).
- o Le temps de lyse des euglobulines.

Une correction des troubles de l'hémostase est indispensable afin de prévenir le risque principal de l'hémorragie de la délivrance qui est le syndrome de défibrination.

En ce qui concerne le type d'analgésie, selon les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Obstétriciens Gynécologues Français lors du diagnostic anténatal du placenta accreta une césarienne sous anesthésie générale doit être réalisée:

«Lorsque le placenta déborde largement sur la face antérieure du segment inférieur et a fortiori s'il s'agit d'un utérus cicatriciel, si un saignement actif est en cours ou si l'on a la certitude de l'existence d'un placenta accreta, l'ALR péri médullaire expose à l'instabilité hémodynamique péri-opératoire et à l'inconfort maternel».

## VII. Anatomopathologie :

les études les plus récentes ne sont pas claires en ce qui concerne la description des critères histologiques utilisés pour définir les différents grades de PAS. Dannheim et ses collaborateurs ont récemment proposé des méthodes de dissection grossière, d'examen microscopique et de la déclaration des spécimens d'hystérectomie contenant du PAS [34]. Le diagnostic histopathologique du PAS peut cependant être très difficile si le chirurgien a tenté d'enlever le placenta, ou impossible dans les cas de gestion conservatrice où tout le placenta est laissé in situ. Par conséquent, la collaboration entre le gynécologue et des pathologistes pour guider le

## Placenta accreta

prélèvement de la pièce d'hystérectomie est primordial pour obtenir un classement précis et déterminer l'étendue de l'invasion villositaire (35)

Le résultat anatomopathologique dans notre série était mentionné dans 13 dossiers où l'examen anatomopathologique a permis de confirmer le caractère accreta dans 10 cas (soit 76.92%) , increta dans 3 cas (soit 23.07% ).

### Tableau VIII : Classification générale des spectres du placenta accreta

Grade 1 : placenta anormalement adhérent (placenta adhérent ou accreta)

Critères cliniques

- Lors de l'accouchement par voie vaginale :

Pas de séparation avec de l'ocytocine synthétique et une traction douce et contrôlée du cordon

Les tentatives de retrait manuel du placenta entraînent un saignement important du site d'implantation du placenta, ce qui nécessite une intervention mécanique ou les procédures chirurgicales

- Si une laparotomie est nécessaire (y compris pour un accouchement par césarienne) :

Idem que ci-dessus

Macroscopiquement, l'utérus ne présente pas de distension évidente au-dessus du lit placentaire (le "renflement" placentaire), aucun tissu placentaire n'est vu envahir par la surface de l'utérus, et il n'y a pas ou peu de néovascularisation

Critères histologiques

- L'examen microscopique des échantillons de lit placentaire prélevés lors d'une hystérectomie montre des zones étendues de décidues absentes entre les tissus villositaires et le myomètre avec les villosités placentaires directement attachées au myomètre superficiel

- Le diagnostic ne peut pas être posé sur du tissu placentaire qui vient d'être délivré ni sur des biopsies aléatoires du lit placentaire

Grade 2 : Placenta anormalement envahissant (Increta)

Critères cliniques

- A la laparotomie :

Résultats macroscopiques anormaux sur le lit placentaire : coloration bleuâtre/violet, distension (bulbe placentaire)

Hypervascularité importante (enchevêtrement dense de vaisseaux ou plusieurs vaisseaux parallèles dans la séreuse utérine)

Aucun tissu placentaire ne semble envahir la séreuse utérine.

## Placenta accreta

La traction douce du cordon entraîne une traction de l'utérus vers l'intérieur sans séparation du placenta (appelé le signe de la fossette)

Critères histologiques

– L'hystérectomie ou la résection partielle du myomètre dans la zone incréta montre des villosités placentaires dans les fibres musculaires et parfois dans la lumière de la vascularisation utérine profonde (artères radiales ou arquées)

Grade 3 : Placenta anormalement envahissant (Percreta)

Grade 3a : limité à la séreuse utérine Critères cliniques

– A la laparotomie :

Résultats macroscopiques anormaux sur la surface séreuse de l'utérus (comme ci-dessus) et sur le tissu placentaire qui semble envahir la surface de l'utérus

Pas d'invasion dans un autre organe, y compris la paroi postérieure de la vessie (un plan chirurgical clair peut être identifié entre la vessie et l'utérus)

– Critères histologiques

Spécimen d'hystérectomie montrant un tissu villositaire à l'intérieur ou à l'extérieur de la séreuse utérine

Niveau 3b : Avec invasion de la vessie

Critères cliniques

– A la laparotomie

Les villosités placentaires semblent envahir la vessie, mais pas les autres organes

Le plan chirurgical clair ne peut être identifié entre la vessie et l'utérus

Critères histologiques

– Spécimen d'hystérectomie montrant un tissu villositaire perçant la séreuse utérine et envahissant le tissu de la paroi de la vessie ou l'urothélium

Niveau 3c : Avec invasion d'autres tissus/organes pelviens

Critères cliniques

– A la laparotomie

On considère que les villosités placentaires envahissent le ligament large, la paroi vaginale, la paroi latérale pelvienne ou tout autre organe pelvien (avec ou sans invasion de la vessie)

Critères histologiques

## Placenta accreta

---

- Spécimen d'hystérectomie montrant des tissus villosités qui percent la séreuse utérine et envahissent les tissus/organes pelviens (avec ou sans invasion de la vessie)

Pour les fins de cette classification, "utérus" comprend le corps utérin et le col de l'utérus

## **VIII. Pronostic :**

### **1. Pronostic maternel :**

Au cours de la grossesse, les principaux risques sont : la rupture utérine, l'envahissement des organes voisins et l'hémorragie anté et per-partum ; après l'accouchement, le risque principal est l'hémorragie de la délivrance avec l'ensemble des risques qui lui sont associées : hystérectomie d'hémostase, complications chirurgicales, anémie, infection, risque thromboembolique, CIVD et décès maternel.

En cas de placenta accreta, le taux de mortalité maternelle varie en fonction des études. Certains auteurs tel que Miller (étude de 62 cas) retrouvent unemortalité de 10% (37),

Dans notre étude, aucun cas de décès n'a été enregistré.

D'autres complications liées aux différents traitements sont décrites dans la littérature notamment le risque d'inversion utérine liée à une tentative de délivrance forcée, les complications secondaires aux transfusions ainsi qu'une atteinte des organes pelviens adjacents telles que des lésions au niveau des uretères et des plaies vésicales qui surviennent le plus souvent en cas de placenta percreta . (38)

### **2. Pronostic foetal :**

La morbidité et la mortalité néonatales sont souvent secondaires à la prématurité qui correspond à la principale complication du placenta accreta avec l'hémorragie.

La prématurité est responsable des complications les plus fréquentes qui sont les détresses respiratoires, l'infection, l'hypocalcémie et l'anémie.(39)

Ainsi la morbidité et la mortalité néonatales sont essentiellement liées à la prématurité qui correspond à la principale complication du placenta accreta.

Dans notre série 2 nouveau-nés ont eu une détresse respiratoire transitoire, sans aucun cas de décès néonatal.

### **IX. Fertilité :**

Des cas de grossesses après traitement conservateur ont été décrits (134) . Ils sont caractérisés par un risque élevé de récurrence de placenta accreta. Dans la série de Port-Royal, seules sept patientes ont pu être contactées sur 20 patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur. Une patiente a eu une grossesse de déroulement normal sans récurrence et une patiente a eu deux grossesses chacune compliquée d'un placenta accreta (39).

L'hystérectomie entraîne une stérilité définitive (34). De plus, la réalisation d'hystérectomie dans un contexte de placenta accreta/percreta peut s'accompagner des complications graves : des transfusions massives pour saignements (25à84%), plaies vésicales (20à29%), plaies urétérales (3à8%), mort maternelle (0,2 à6%) (34). Ces données révèlent que le but essentiel de la préservation utérine est atteint puisqu'on rapporte des grossesses après le traitement conservateur, malgré le risque mal évalué, de récurrence du placenta accreta.

# CONCLUSION

L'incidence du placenta accreta est en augmentation et va de plus en plus devenir du courant des obstétriciens vu la croissance surtout des taux des césariennes entre autres facteurs de risques. Le diagnostic anténatal du placenta accreta nécessite encore des progrès à faire, afin d'anticiper une prise en charge multidisciplinaire adaptée lors de l'accouchement. Le dépistage devrait être systématique pour la population à haut risque de développement de la maladie et qui donc présente les antécédents de césarienne avec placenta previa . L'échographie doppler demeure le gold standard pour ce dépistage mais l'IRM semble plus pertinente pour améliorer la prise en charge des patientes notamment lors d'une implantation placentaire postérieure ou lors d'un doute échographique. La prise en charge radicale surtout l'hystérectomie d'emblée est indiquée en cas de forte suspicion de la maladie. Actuellement des données récentes montrent que la prise en charge conservatrice peut permettre de préserver la fertilité. Il reste encore à définir les modalités pour une prise en charge optimale. Certaines stratégies semblent encourageantes, surtout, les ligatures vasculaires artérielles, le méthotrexate et l'embolisation artérielle. D'après notre série, on peut conclure que le traitement conservateur du placenta accreta est possible, anodin et peut être un choix alternatif à l'hystérectomie. La condition de la réussite du traitement conservateur serait le diagnostic prénatal et la prise en charge programmée et multidisciplinaire.

# RESUME

## RESUME:

Introduction : Le placenta accreta n'est plus une pathologie rare en obstétrique; son incidence ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années. C'est une anomalie d'insertion placentaire qui consiste en une adhérence anormale du placenta au myomètre et entraîne un risque élevé d'hémorragie de la délivrance. En plus, il nécessite un diagnostic anténatal afin de diminuer le risque de morbidité maternelle et néonatale aussi bien que la mortalité.

Patientes et méthodes: Notre travail est une étude rétrospective menée sur une période de 05 ans du 01 janvier 2015 au 31 Décembre 2020, concerne les cas de placenta accreta colligés au Centre Universitaire Hospitalier Hassan II , au sein du Service De Gynécologie–Obstétrique.

Le but de notre travail est de préciser la fréquence du placenta accreta, ses facteurs de risques, les circonstances de diagnostic clinique, les modalités du dépistage anténatal, les différentes modalités thérapeutique et la fertilité ultérieure si un traitement conservateur est entrepris.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 24 ans [25–45ans], l'incidence e était estimée à environ 1 / 1673 accouchements (0.02%). Les facteurs de risque étaient représentés par un utérus cicatriciel chez toutes nos patientes (une seule primipare), un curetage chez 3 (18.75%) de nos patientes et un placenta previa dans 87,50% des cas. Les manifestations cliniques étaient des métrorragies chez sept (soit 44% cas) patientes, 2 cas (soit 11% cas) étaient en travail et une admise pour menace d'accouchement prématuré . Les autres cas étaient admises pour placenta accretadéjà suspecté sur échographie . Le diagnostic anténatal de placenta accreta consistait en une échographie confirmé par l'IRM chez 10 cas et une échographie seule chez 4 cas,

avec comme signes indicateurs: l'interruption de la surface hypoéchogène utéroplacentaire, la présence de lacunes intraplacentaires et le flux turbulent au niveau des lacunes sur écho Doppler entre autres. Le résultat anatomopathologique était mentionné dans 13 dossiers où l'examen anatomopathologique a permis de confirmer le caractère accreta dans 10 cas (soit 76.92% ), increta dans 3 cas (soit 23.07% ). L'âge gestationnel moyen était de 36.6SA. 14 patientes ont bénéficié d'un traitement radical contre deux patientes avec traitement conservateur .

Discussion : Le dépistage prénatal est capital. Il doit être réalisé chez toute femme présentant un ou plusieurs facteurs de risque. Il se base essentiellement sur l'échographie couplée au doppler et l'imagerie par résonance magnétique. Ce dépistage permet l'information du couple, qui sera l'acteur principal de la décision thérapeutique. La prise en charge est complexe et nécessite la présence d'une équipe multidisciplinaire, expérimentée et avec un plateau technique adapté. L'approche idéale de prise en charge des troubles PAS est controversée ; le traitement conservateur permettant de laisser le placenta en place semble le traitement le plus approprié surtout si le couple exprime un désir de préserver la fertilité.

Conclusion : Le placenta accreta n'est plus une pathologie rare. Le dépistage anténatal s'adresse aux patientes à haut risque. Le traitement conservateur préservant la fertilité ultérieure serait préféré au traitement radical compte tenu de morbidité et de mortalité associée sauf dans de rares cas vu le risque hémorragique accru.

# ANNEXES



## Placenta accreta

---

### ATCD :Gynéco-obstétriques :

-Ménarche :

- Contraception : Oui : Non :

Si oui le type : ..... la durée :.....

-Gestité -Parité : G P :

-Césarienne : Oui : Non :

Si oui nombre de césarienne : ..... intervalle entre les  
césariennes :

-Avortement : Oui : Non :

Si oui : curetée : ..... non curetée :

-Placenta prævia : Oui : Non :

-Placenta accreta : Oui : Non :

-Endométrite : Oui : Non :

-Gestes invasifs endo-utérins : Oui : si oui le type ( révision utérine,  
aspiration ...) Non :

-Anomalie utérine :

\* Malformations : Oui : si oui le type : ..... Non :

\* Fibrome : Oui : si oui le type ..... Non :

\* Synéchie : Oui : si oui traitée ou no ..... Non :

-Grossesse actuelle : spontanée : ..... Induite :

-L'âge gestationnel : SA+ j

- Suivie : Oui : ..... Non :

### ATCD Toxiques:

-Tabac :

-Cocaine, alcool, autres .... :

**III-Etude clinique :**

**A-Signes fonctionnels :**

-Douleurs pelviennes : Oui : Non :

-Métrorragies : Oui : Non :

Si oui : abondance (faible, moyenne, grande) :.....

-Autres : ( référence pour suspicion de PA, Suivi de grossesse ...) : .....

**B-Signes généraux :**

-GCS :

- TA : / cmHg. FC : bpm

-Température :

-CCM : normocolorée : Pâle :

**C- Les signes physiques :**

-Examen obstétrical:

HU : cm CU : /10min,

BCF : bpm, Fond de contracture : oui : Non:

-Examen sous spéculum :

Aspect du col : Normal : Pathologique :

Métrorragies : oui : Non :

Leucorrhées : Oui : Non :

-TV : Fait : Non fait :

Si fait : l'état du col : fermé : ouvert :

-Toucher rectal :

Oui : Non :

**IV-Les examens complémentaires :**

- *L'échographie* : Oui : Non :

Si oui :

- Grossesse évolutive : oui : Non :

monofoetale : Multiple :

- Placenta :

\* Non bas inséré :

\* Bas inséré : Non : Oui : si oui préciser

- Classification BESSIS :

- Classification de DENHEZ :

\* Presence des signes échographiques de placenta accreta : oui : non :

Si oui préciser le type :

- Vascularisation anarchique du placenta : oui : non :

- Vacuoles intraplacentaires prenant le Doppler : oui : non :

- Perte du liseré de séparation entre le myometre et le placenta: oui : non :

- Perte du liseré de séparation vesico-uterin : oui : non :

- *L'IRM Pelvienne* : oui : non :

*Si oui : préciser*

- *Présence de signes en faveur de PA : préciser le type*

\* *Placenta accreta* :

\* *Placenta increta* :

\* *Placenta perceta* :

- Concordance entre l'échographie et l'IRM : oui : Non :

- *Bilan* : Hb : g/dl Groupage : (si négatif : ANTID : oui :

..... Non :..... )

- *ERCF* : normal :

Anormal : préciser les anomalies: .....



## Placenta accreta

---

\* Placenta percreta :

- *Concordance entre l'imagerie et l'exploration per-opératoire :*

*Oui :*

*Non :*

### 3) Traitement :

- Conservateur : oui : non :

Si oui :

\*Placenta laissé en place : en totalité : ..... une partie :

\*Administration du metothrexate : oui : , non:

- Radical ( hystérectomie inter-annexielle) : Oui : ,Non :

- Plicature utérine type B-lynch : Oui : , non:

- Ligature vasculaire : Oui : , Non:

Si oui préciser le type : .....

- usage du syntocinon : oui : , non :

- usage des prostaglandines ; oui : , non :

-Cystectomie : oui : ,Non :

Si oui : partielle : totale :

### 4) PEC anesthésique :

- Recours aux catécholamines: Oui : , Non :

-Transfusion : Oui : , Non :

Si oui : préciser le type et la quantité ( CG, CP, PFC) : .....

- Recours a :

\* Fibrinogene: oui ; , Non:

\* Acide tranexamique : oui : , Non :

\*Novoseven : oui : , Non :

- Séjour en réanimation : .....jr



# **BIBLIOGRAPHIE**

1. **RM d'argent.** *Placentation anormale: Placenta praevia, vasa praevia et placenta accreta* . 2015.
2. **Kayem G, Sentilhes L, Deneux-Tharaux C.** *Management of placenta accreta. BJOG 2009 Oct;116(11):1536-1537; author reply 1537-1538.*
3. **Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E.** *Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. Am J Obstet Gynecol 2013;208:219.e1–7.*
4. **Baldwin HJ, Patterson JA, Nippita TA, Torvaldsen S, Ibie- bele I, Simpson JM, et al.** *Antecedents of abnormally invasive placenta in primiparous women: risk associated with gynecologic procedures. Obstet Gynecol 2018;131:227–33.*
5. **Oyelese Y, Smulian JC (2006).** *Placenta praevia, placenta accreta, and vasa praevia. Obstet Gynecol 107:927–41.*
6. **P., Boog G et Merviel.** *Placenta accreta. Encycl Méd Chir, Obstétrique, 5-069-A-30, 2003, 11 p.*
7. **Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH.** *Placenta previa-accreta: risk factors and complications. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1045–9.*
8. **Chou MM, Ho ES, Lee YH (2000).** *Prenatal diagnosis of placenta praevia accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 15:28–35.*
9. **Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA et al.** *Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2004;190:1135-40.*
- 10 **Jauniaux E, Campbell S.** *Ultrasonographic assessment of placental abnormalities. Am J Obstet Gynecol 1990;163:1650-8.*
- 11-Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, et al. Abnormally invasive placenta – prevalence, risk factors and antenatal suspicion: Results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries. *BJOG.* 2016;**123**:1348–1355.)
- 12-(D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;**42**:509–517.)
- 13- (Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management. Green Top Guideline No 27. London: RCOG; 2011.)
- 14- Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: Pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 2017. pii: S0002-9378(17)30731-7.
- 15-D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;**42**:509–517.

## Placenta accreta

---

- 16- Collins SL, Ashcroft A, Braun T, et al. Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;**47**:271–275. )(
17. Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Identifying risk factors for peripartum cesarean hysterectomy. A population-based study. *J Reprod Med* 2003;**48**:622e6.
18. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnostic and management of placenta percreta: a review *Obstet gynecol surv* 1998 ;**53** :509-19].
19. Dubois J, Garel L, Grignon A, Lemay M, Leduc L. Placenta percreta: balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries to reduce intraoperative blood losses. *Am J Obstet Gynecol* 1997;**176**: 723-6.
20. Levine AB, Kuhlman K, Bonn J. Placenta accreta: comparison of cases managed with and without pelvic artery balloon catheters. *J Matern Fetal Med* 1999;**8**:173-6.].
21. Wenham J, Matijevic R. Post-partum hysterectomies: revisited. *J Perinat Med* 2001;**29**:260-5.-45],].
22. accreta., Committee opinion No. 529: placenta. *Obstet Gynecol* 2012;**120**:207—11.
23. Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clement D, Cabrol D. Gestion conservatrice versus extirpative en cas de troubles PAS. *Obstet Gynecol.* 2004; **104**: 531–6.
24. Bretelle F, Courbiere B, Mazouni C, Agostini A, Cravello L, Boubli L et al. Management of placenta accreta: morbidity and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;**133**:34-9.
25. Courbière B, Bretelle F, Porcu G, Gamberre M, Blanc B. Conservative treatment of placenta accreta.
26. Angstmann T, Gard G, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W. Angstmann T, Gard G, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W.
- 27-Zuckerwise L.C., Craig A.M., Newton J.M., Zhao S., Bennett K.A., Crispens M.A. Outcomes following a clinical algorithm allowing for delayed hysterectomy in the management of severe placenta accreta spectrum *Am J Obstet Gynecol* 2020 ; **222** : 10.1016/j.ajog.2019.08.035[179.e1–179.e9].
- 28-Palacios-Jaraquemada JM. *Placental Adhesive Disorders*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter; 2012.
- 29-Palacios-Jaraquemada JM. *Placental Adhesive Disorders*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter; 2012.
30. Sentilhes L, Goffinet F, Kayem G. Management of placenta accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;**92**:1125–1134.
- 31- Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2010;**115**:526–534.
32. Hwu YM, Chen CP, Chen HS, Su TH. Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section. *BJOG* 2005;**112**:1420–3].
33. Reich WJ, Nechtow MJ. Ligation of the internal iliac arteries: a life saving procedure for uncontrollable gynecologic and obstetric hemorrhage.. *J Int Coll Surg* 1961; **36**:157–68.].

## Placenta accreta

---

34. **Jolley JA, Nageotte MP, Wing DA, Shrivastava VK** . *Prise en charge du placenta accreta: Une enquête auprès des praticiens de la médecine maternelle et fœtale* . *J Matern Fetal Neonatal Med* . 2012.
35. **Esakoff TF, Handler SJ, Granados JM, Caughey AB** . *PAMUS: Gestion de Placenta accreta à travers les États-Unis* . *J Matern Fetal Neonatal Med* .
36. **Weinstein A, Chandra P, Schiavello H, Fleischer A** . *Conservative management of placenta previa percreta in a Jehovah's Witness* . *Obstet Gynecol* 2005;105: 1247–50.
- 37- **Deux JF, Bazot M, Le Blanche AF, Tassart M, Khalil A, Berkane N et al** . *Is selective embolization of uterine arteries a safe alternative to hysterectomy in patients with post partum hemorrhage?* *Am J Roentgenol* 2002; 177: 145-9.].
- 38-, **Collège américain des obstétriciens et gynécologues** . *ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetricians - gynecologists* .
- 39- **Collège royal australien et néo-zélandais des obstétriciens et gynécologues** . *Prise en charge de l'hémorragie post-partum* .