

## CASE REPORT



# Placenta accreta. Report of 7 cases from the department of obstetrics and gynecology, Batna, Algeria

Asma ABDESSEMED, Ali SELLAHI

<sup>1</sup>Service Gynécologie, EHS mère et enfant Batna, Algérie

<sup>2</sup>Service Gynécologie, EHS mère et enfant Sidi Mabrouk Constantine, Algérie

### ABSTRACT

**Introduction.** First described in 1937 by Irving and Hertig, placental anomalies are a source of serious obstetric complications. Our aim is to determine the frequency of this emerging pathology, the profile of women with placenta accreta, the management modalities and finally to evaluate the maternal-fetal morbidity and mortality. **Methods.** We conducted a retrospective study at the EHS mother and child Batna during the period from January 1, 2018 to December 31, 2019 having interested women carrying a scar uterus with placenta accreta. **Results.** During the study period, we recorded 7 cases of placenta accreta, a frequency of 0.23%. The average age of our gestating women was 36 years. We recorded one case of uncatricial uterus, two cases of bicatricial uterus, two cases of tricatricial uterus and two cases of quadricatricial uterus. The mean age at caesarean section was 36 weeks' amenorrhea. Hemostasis hysterectomy was performed in all 7 cases. Two bladder wounds were caused during hysterectomy, and transfusion was required for 5 women. Maternal mortality was nil, although 2 neonatal deaths were recorded. **Conclusion.** Placenta accreta, which was exceptional only a few years ago, is now a very worrying problem. The management of these patients is a real challenge, and requires the presence of a multidisciplinary team to minimize complications.

### ARTICLE HISTORY

Received 02 Nov 2023

Accepted 06 Feb 2024

### KEYWORDS

Scarred uterus, placenta previa, placenta accreta, hemostasis hysterectomy

### CORRESPONDING AUTHOR

Asma Abdessemed

drabdessemedgyneco@gmail.com

## 1. INTRODUCTION

Décrite pour la première fois en 1937 par Irving et Hertig, les anomalies de la placentation sont sources de complications obstétricales graves [1]. Elles sont caractérisées par un attachement profond du placenta, avec adhérence au myomètre plutôt qu'à l'endomètre [2].

Histopathologiquement, le spectre du placenta accreta est maintenant universellement défini par une absence partielle ou totale de decidua basalis, qui permet une implantation placentaire invasive à des profondeurs variables du myomètre [1,3-5]. On considère qu'il s'agit d'un spectre de troubles, englobant le placenta accreta, le placenta increta et le placenta

percreta, en fonction du degré d'invasion du myomètre [1-3,6,7].

Les troubles du spectre du placenta accreta sont associés à une morbidité et une mortalité maternelle accrues [6]. La prise en charge de ces patientes constitue un véritable défi et nécessite la présence d'une équipe multidisciplinaire.

A travers ce travail nous allons rapporter l'expérience du service de gynécologie Batna en matière de placenta accreta, notre objectif était de déterminer la fréquence de cette pathologie émergente, le profil des femmes porteuses d'un placenta accreta, les modalités de prise en charge et enfin d'évaluer la morbi mortalité maternofoetale.

## 2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective au niveau de L'EHS mère et enfant Batna durant la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 Décembre 2019 ayant intéressé les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel avec un placenta accreta. Le recueil des données était réalisé à partir des dossiers obstétricaux manuscrits archivés du service de gynécologie obstétrique. Pour les calculs nous avons utilisé le logiciel SPSS. L'anonymat des patientes était respecté.



Figure 1. Piece d'hystérectomie d'un placenta accreta.

## 3. RESULTATS

Durant la période d'étude nous avons recensé 3002 accouchements sur utérus cicatriciel avec recrutement de 7 cas de placenta accreta soit une fréquence de 0,23%. L'âge moyen de nos gestantes était de 36 ans avec des extrêmes de 33 et 40 ans. Concernant le nombre de cicatrice antérieure nous avons enregistré un cas d'utérus unicatriciel, deux cas d'utérus bicatriciel, deux cas d'utérus tricatriciel et deux cas d'utérus quadricatriciel. Aucune de nos femmes n'a subi de chirurgie utérine ni de curetage auparavant. L'échographie a révélé 77 cas de placenta praevia (2,56%), dont 7 étaient des placenta accreta. L'âge moyen de réalisation de la césarienne était de 36 semaines d'aménorrhée (SA) avec des extrêmes de 32 SA et 38 SA. La césarienne était programmée dans 2 cas à 37 – 38 SA et réalisée en urgence à la suite d'une hémorragie de grande abondance pour le reste. Une hystérectomie d'hémostase était réalisée pour les 7 cas (Figure1). Deux plaies vésicales étaient occasionnées lors de la réalisation de l'hystérectomie. Un recours à la transfusion était nécessaire pour 5 femmes (71,4%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours avec des

extrêmes de 3 et 9 jours. La mortalité maternelle était nulle cependant nous avons enregistré 2 décès néonataux pour des naissances à 32 et 35 SA (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des cas de placenta accreta.

Cas	Age (ans)	Nombre de césariennes antérieures	Hystérectomie d'hémostase	Incidents per-opératoires	Transfusion	Mortalité néonatale
1	35	2	Oui	/	Oui	Oui
2	35	1	Oui	/	Oui	Oui
3	38	4	Oui	/	Oui	Non
4	33	4	Oui	Plaie vésicale	Non	Non
5	40	2	Oui	Plaie vésicale	Non	Non
6	37	3	Oui	/	Oui	Non
7	34	3	Oui	/	Oui	Non

## 4. DISCUSSION

Dans la plupart des pays, le taux de césarienne se situe bien au-delà de 15 %, seuil longtemps défini comme optimal par l'OMS [8,9]. Ainsi le nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel a proportionnellement augmenté ce qui constitue un facteur de risque pour les grossesses ultérieures [10]. Au début des années 1950, la cicatrice utérine du segment inférieur a été décrite comme un facteur de risque du placenta praevia [7,11].

Une revue systématique publiée en 2010 à partir de l'analyse combinée des résultats de six études de qualité satisfaisante, totalisant environ un million de grossesses avec un utérus cicatriciel où l'incidence du placenta praevia a été estimée à 1,2 % (IC à 95 % : 0,8–1,5 %) [8,12]. Dans notre série cette incidence était à 2,56%, un résultat comparable était rapporté par Al Hilali [13] au Maroc qui trouve 2,34%. Cette augmentation pourrait être expliquée essentiellement par l'augmentation du taux de césarienne [2,7,14] car même une seule césarienne préalable peut augmenter le risque de placenta praevia [2]. Quant à l'incidence du spectre du placenta accreta une augmentation d'un facteur d'environ 8 depuis les années 70 a été signalée, Les rapports des centres de référence suggèrent qu'une accreta s'est produite dans environ une femme sur 4000 accouchements dans les années 70, un accouchement sur 2500 dans les années 80, et, plus récemment, un accouchement sur 533 à un sur 730 [3]. Cette augmentation est probablement en raison de l'accroissement des accouchements par césarienne [1-4,6,11,17,18].

dans notre série nous avons recensé 7 cas (0,23%) de placenta accreta, ce taux était plus élevé par rapport à celui rapporté dans les autres études notamment celles de : Oukid [19] ; au CHU Blida qui avait trouvé 0,15% et Al Hilali [13] au Maroc avec 0,19%. Aux États-Unis l'incidence du placenta accreta était à 1/533 naissances entre 1982 et 2002 soit 0,18% [8]. En France, à la maternité de Port-Royal à Paris l'incidence était à 1/968 naissances entre 1993 et 2002 soit 0,10 % [8]. Ces résultats sont en rapport avec la variabilité de l'incidence du plus grand facteur de risque du placenta accreta chez les femmes avec antécédents de césarienne qui est le placenta praevia dans les séries, mais malgré cette hétérogénéité il semble qu'en quelques décennies l'incidence des placentas accreta va encore grimper, parallèlement à l'augmentation du taux de césarienne.

Il semble que le plus grand facteur de risque reste celui signalé par Clark et al. A savoir, chez les patientes avec utérus cicatriciel et dont la grossesse actuelle est compliquée de placenta praevia, le risque d'accrète augmente à 20% pour les patientes avec une césarienne antérieure et placenta praevia au cours de la grossesse actuelle et de 40% ou plus pour les patientes avec placenta praevia et 2 ou plusieurs césariennes antérieures [1-5,15,16,20]. Ce qui est le cas de nos femmes dont la plupart avaient plus de 2 cicatrices

Les autres facteurs de risques retrouvés dans la littérature sont l'âge maternel supérieur à 35 ans ce qui est effectivement trouvé dans notre étude ou l'âge moyen était à 36 ans contrairement à l'antécédents de chirurgie utérine (myomectomie, ablation hystéoscopique de fibromes ou d'adhérences sous-muqueuses, cornual résection d'une grossesse extra-utérine, délivrance manuelle, dilatation et curetage) qui a fait défaut chez toutes nos femmes [3,4,20].

L'âge moyen de réalisation de la césarienne était de 36 SA avec des extrêmes de 32 et 38 SA. La césarienne était programmée dans 2 cas à 37 – 38 SA et réalisée en urgence à la suite d'une hémorragie de grande abondance pour le reste alors que les données de la littérature recommandent une césarienne vers 34 SA après corticothérapie (12 mg de bétaméthasone par voie intramusculaire entre 2 et 7 jours avant l'accouchement et répété une fois 24 heures plus tard) [3,7]. L'accouchement peut être retardé à 35 ou 36 semaines chez les patientes avec placenta praevia asymptomatiques chez qui la clinique et l'imagerie suggèrent un faible risque de placenta accreta [3]. Cette attitude de retarder l'extraction fœtale est expliquée par la crainte d'aggraver le pronostic néonatal notamment la détresse respiratoire.

Le spectre du placenta accreta est associé à une morbidité et à une mortalité considérable [1,5]. Ces patientes sont exposées à un risque accru d'hystérectomie péripartum, généralement

réalisée en raison de saignements incontrôlés, dont le résultat évident est la perte de la fertilité future [2,3,5,14,17,18,21,22]. Ce qui est le cas pour nos 7 placenta accreta qui ont subi une hystérectomie après césarienne. La présence d'une hémorragie massive a nécessité un recours à la transfusion pour 5 des 7 cas de placenta accreta (71,4%), les mêmes résultats ont été rapportés dans l'étude de Benkirane au Maroc [23] ou une transfusion était nécessaire dans 80 % des cas et une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) s'est produite dans 28 % des cas.

En peropératoire, deux plaies vésicales étaient occasionnées lors de la réalisation de l'hystérectomie ce qui rejoint les données de la littérature qui parle d'un risque de cystectomie, de plaie urétérale ou digestive [4,15]. Il devrait être noté, cependant, que la cystotomie peut être faite intentionnellement par le chirurgien identifier clairement la vessie et évaluer la perméabilité urétérale. Les blessures aux intestins, aux nerfs pelviens, aux gros vaisseaux et aux fistules vésico-vaginales sont relativement moins fréquentes [2].

Selon les auteurs la mortalité maternelle atteint 7 % des cas, [2,4,17]. Par bonheur, aucun décès maternel n'a été signalé dans notre série ; ce résultat est le fruit d'un diagnostic précoce et d'une bonne prise en charge par une équipe multidisciplinaire expérimentée dirigée par nos obstétriciens.

Comme pour la plupart des pathologies obstétricales, le nouveau-né est également affecté. Le placenta accreta est pourvoyeur d'une surmorbidity néonatale : prématurité induite, de petits poids, décollement placentaire, décès périnatal dans 9 % des cas [2,5,7,14,15]. Dans notre série 2 décès néonataux ont été enregistré pour des naissances à 32 et 35 SA.

## 5. CONCLUSION

Le placenta accreta, qui était exceptionnel, il y a seulement quelques années présente une incidence actuelle très inquiétante. Un diagnostic précoce et une planification de la naissance sont nécessaires pour minimiser les complications. L'accouchement doit être programmé dans un centre multidisciplinaire expérimentée, et la patiente doit être convenablement prévenue des différents risques notamment l'hystérectomie d'hémostase.

## DECLARATION D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## 6. REFERENCES

1. Jauniaux, E., & Bhide, A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017 ; 217(1) : p.27–36.
2. Erin A. S. Clark, MD; Robert M. Silver, MD .Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. *American journal of obstetrics & gynecology* ,205 (6), S2-S10.
3. Silver, R. M., & Barbour, K. D. Placenta Accreta Spectrum. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*2015 ; 42(2) : p.381–402.
4. Nageotte, M. P. Always be Vigilant for Placenta Accreta. *Obstetric Anesthesia Digest*2015 ; 35(3) : p.146–147.
5. Allahdin, S., Voigt, S., & Htwe, T. T. Management of placenta praevia and accreta. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011 ; 31(1) : p.1–6.
6. Shepherd AM, Mahdy H. Placenta Accreta. StatPearls Publishing 2023. PMID: 33085435.
7. Fichez, A., Charrin-Payet, K., Huissoud, C., & Rudigoz, R.-C. (2010). Grossesse et utérus cicatriciel. *EMC - Obstétrique* 2010; 5(4): p.1–16.
8. Deneux-Tharaux, C. Utérus cicatriciel: aspects épidémiologiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2012; 41(8) : p.697–707.
9. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Indications de la césarienne programmée à terme : HAS; 2012. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012\\_03/indications\\_cesarienne\\_programmee\\_-\\_recommandation\\_2012-03-12\\_14-44-28\\_679.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012_03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf)
10. Diéme´ M.E´ F, Moreira P, Tamfofo E, Diouf A A. Suivi des grossesses sur utérus cicatriciel : aspects qualitatifs et implications pronostiques. *Med Sante Trop* 2014 ; 24 : p.409-415.
11. Borges, L. M., Scapinelli, A., de Baptista Depes, D., Lippi, U. G., & Coelho Lopes, R. G. Findings in Patients with Postmenstrual Spotting with Prior Cesarean Section. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2010 ; 17(3) : p.361–364.
12. Madar H, Brun S, Coatleven F, Chabanier P, Gomer H, Nithart A, et al. Grossesse et utérus cicatriciel. *EMC - Obstétrique/Gynécologie* 2016;11(3): p.1-15.
13. El Hilali Driss. Les accouchements sur utérus cicatriciel-Etude rétrospective à propos de 527 cas-. Thèse de doctorat en médecine spécialisée soutenue en 2008.Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech 2008.
14. Rosenberg, T., Pariente, G., Sergienko, R., Wiznitzer, A., & Sheiner, E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Archives of Gynecology and Obstetrics*2010 ; 284(1) : p.47–51
15. Bonneau, C., & Nizard, J. Gestion des grossesses avec un utérus cicatriciel : état des connaissances. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2012 ; 41(6) : p.497–511.
16. Beucher, G., Dolley, P., Lévy-Thissier, S., Florian, A., & Dreyfus, M. Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2012 ; 41(8) : p.708–726.
17. Sentilhes, L., Ambroselli, C., Kayem, G., Provansal, M., Fernandez, H., Perrotin, F., Bretelle, F. Maternal Outcome After Conservative Treatment of Placenta Accreta. *Obstetrics & Gynecology*2010 ; 115(3) : p.526–534.
18. Solheim, K. N., Esakoff, T. F., Little, S. E., Cheng, Y. W., Sparks, T. N., & Caughey, A. B. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*2011 ; 24(11) :p. 1341–1346.
19. Oukid.M.S, Zemouchi.M, Lachemat. A . Problématique de l'utérus cicatriciel au Maghreb.15eme congrès de gynécologie obstétrique et reproduction de la cote d'Azur juin 2017.
20. Rac, M. W. F., Dashe, J. S., Wells, C. E., Moschos, E., McIntire, D. D., & Twickler, D. M. Ultrasound predictors of placental invasion : the Placenta Accreta Index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*2015 ; 212(3) : 343.e1–343.e7.
21. Ladaïque, A., Leroch', A., & Deruelle, P. Les risques maternels et fœtaux de la césarienne programmée et en urgence. *Pelvi-Périnéologie* 2009; 4(3) : p.200–206.
22. Gachon, B. Place de la césarienne dans la protection périnéale obstétricale. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2018 ; 46 (12) : p.968-985.
23. Benkirane, S., Saadi, H., & Mimouni, A. Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda. *Pan African Medical Journal* 2017; 27 : p.108.