

Aspect atypique d'une rétention placentaire: à propos d'un cas.

Résumé.

La rétention placentaire complique 1.1 à 3.3 % de tous les accouchements par voie basse. C'est une des causes majeures d'hémorragie primaire ou secondaire du post partum. Dans ce travail, nous rapportons un aspect atypique d'une rétention placentaire chez une patiente de 23 ans. Elle a été admise deux fois pour choc hémorragique à J+15 puis à J+20 du post partum, puis une troisième fois. À la première admission, l'échographie avait montré la ligne de vacuité utérine et la patiente a alors bénéficié de mesures de réanimation hémodynamique. À la deuxième admission, l'échographie a mis en évidence la rétention et une résection écho guidé a été réalisée. L'imagerie par résonance magnétique de la troisième admission a montré une image en faveur de l'anévrisme de l'artère utérine. Ce n'est qu'à l'angioscanner que la persistance de rétention placentaire a été retenue. Ceci a nécessité le recours à 'hystéroscopie exploratrice puis à la résection hystéroscopique. Bonne évolution clinique, biologique et radiologique. l'anapath a également conclu à une rétention placentaire.

L'échographie est d'un apport crucial tant pour le diagnostic que pour la surveillance. Toutefois, elle n'élimine pas avec certitude la rétention placentaire. Une surveillance rapprochée est nécessaire et il ne faut pas hésiter à faire recours à d'autres moyens d'investigation.

Mots clés: rétention placentaire, hémorragie du post partum, traitement.

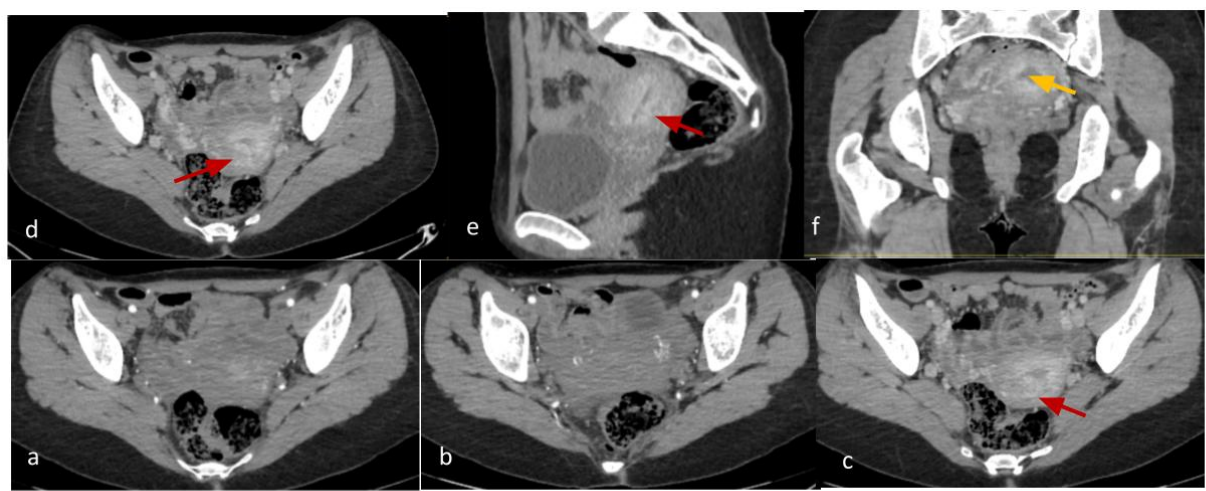
Introduction: la rétention placentaire complique environ 1% toutes les grossesses et 1.1 à 3.3 % de tous les accouchements par voie basse [1,2]. Le diagnostic clinique est

25 évoqué lorsqu'on a un échec de la délivrance spontanée du placenta au-delà de 18 à 60
26 min après la naissance [3]. Toutefois, il n'y a pas de consensus sur ce délai [4]. Malgré
27 l'apport de l'échographie, le diagnostic peut s'avérer délicat. Dans ce travail, nous
28 rapportons un aspect atypique d'une rétention placentaire chez une patiente de 23 ans.

29 **Observation:** Mme X âgée de 23 ans deux grossesses et deux parités. Référée d'un
30 hôpital de niveau 2 en urgences pour une anémie sévère à J+ 15 du post partum. À
31 l'admission, elle avait un score de Glasgow à 15 avec une TA 120/70 mmHg, eupnéique,
32 pas de fièvre. À l'examen du spéculum, stigmates de saignement provenant de l'endocol,
33 et au toucher vaginal, col ouvert à la pulpe. Au bilan biologique, l'hémoglobine est à 6.2
34 g/dl sans autres particularités. L'échographie pelvienne retrouvé une ligne de vacuité
35 utérine (**figure 1**) suivie en totalité avec présence d'une image d'hydrométrie fundique de
36 10 mm, les deux ovaires sont vus pas d'épanchement. Elle a bénéficié d'une transfusion
37 sanguine iso groupe iso rhésus. Bonne évolution avec l'hémoglobine de contrôle à 9.1
38 g/dl. Admise une semaine plus tard soit à J+20 du post partum pour des métrorragies.
39 Avec à la l'admission une TA 60/30 mmHg, avec des conjonctives décolorées.

40 À l'examen du spéculum, saignement abondant provenant de l'endocol, et au toucher
41 vaginal, col ouvert à deux doigts. Au bilan biologique, l'Hg était à 6.5 g/dl, l'échographie
42 suspubienne en endo-vaginale a montré une image de rétention de 2 cm de diamètre
43 antérieur postérieur (**figure 2**), ablation sous contrôle échographique et obtention de la
44 ligne de vacuité, perfusion de syntho et administration de 4 comprimés de cytotec. Elle a
45 bénéficié par ailleurs d'une transfusion sanguine avec stabilisation clinique notamment la
46 TA 120/70 mmHg. Une IRM pelvienne a montré une image en rapport avec un anévrisme
47 de l'artère utérine. Hospitalisée pour une embolisation mais l'angioscanner (**figure 3**) a
48 évoqué une rétention placentaire infiltrant la muqueuse utérine (**figure 4**), et une résection

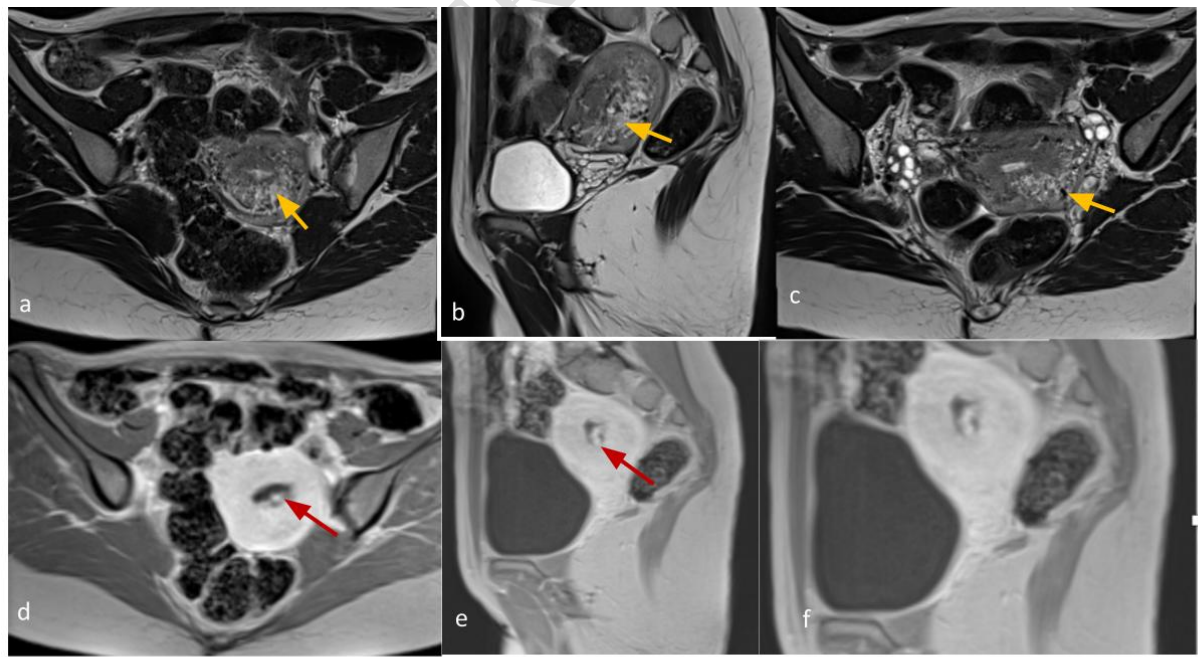
49 hystéroscopique de la rétention a été faite sans incident. L'étude anatomopathologique
50 était compatible avec une rétention placentaire. Bonne évolution clinique et biologique.



Coupes scanographique après injection de PDCl au temps artériel, veineux et tardif, montrant :

- La présence d'une lésion tissulaire au dépend de la paroi postéro-latérale droite, infiltrat le myomètre, se rehaussant au temps veineux, évoquant une rétention placentaire simple ou suspecte (flèche rouge).
- Collection endométriales au niveau du fond utérin (hématome) (flèche jaune).
- Absence d'image pseudo-anévrysmale au niveau de l'utérus.

51
52
53



54

IRM en coupes axiales, sagittale et coronale en T1(a), T2(b), et T1 après injection de gadolinium au temps précoce (c) et tardifs (d, e et f) montrant la présence d'une image d'addition anévrysmale intra-utérine(**flèche rouge**), raccordée à des structures vasculaires serpigineuses infiltrant la paroi utérine (**flèche jaune**)

55

56

57 **Discussion**

58 La rétention placentaire survient dans 4% chez toutes les femmes [5]. Elle est l'une des
59 causes principales d'hémorragie primaire ou secondaire du post partum augmentant le
60 risque de morbidité et de mortalité maternelle [6]. Notre patiente s'est présentée dans
61 ces trois admissions pour une hémorragie du post partum.

62 Les mécanismes physiopathologiques suggérés sont le placenta invasif, l'hypoperfusion
63 placentaire, et la contraction inadéquate du myomètre [7]. Actuellement peu de facteurs
64 de risque de rétention placentaire sont retenus avec certitude. Ce sont l'antécédent
65 personnel de rétention placentaire, l'âge maternel avancé et l'utilisation prolongée
66 d'ocytocine [6]. Aucun des ces facteurs n'étaient rapportés chez notre patiente qui était
67 assez jeune (23 ans).

68 Le diagnostic clinique est évoqué lorsque le placenta échoue de se séparer
69 spontanément au cours de la troisième étape du travail. Cependant, sa confirmation peut
70 être un défi majeur pour l'obstétricien connaissant les conséquences d'un curetage
71 inutile. Une échographie normale éviterait la nécessité du recours à une exploration de la
72 cavité utérine [1]. Toutefois, elle ne permet pas d'identifier tous les cas. Elle a une

73 sensibilité de 75% en moyenne selon **Almoussa et al.** ami auquel 25% ont bénéficié d'un
74 curetage inutile [8]. Ceci est due à la difficulté parfois de distinguer une rétention
75 placentaire placenta à d'autres mimiques comme les caillots sanguins ou du matériel
76 nécrosé [9]. Le diagnostic différentiel s'est également posé dans notre cas avec
77 l'anévrisme de l'artère utérine.

78 La première échographie de notre patiente mettait en évidence la ligne de vacuité utérine,
79 ce n'est qu'au deuxième contrôle échographique après persistance des métrorragies que
80 la rétention a été découverte. L'IRM de contrôle, après une curetage échoguidée, a mis
81 en évidence une image en rapport avec un anévrisme de l'artère utérine. Une
82 embolisation avait alors été proposée. L'angioscanner retrouve quant à elle la persistance
83 de la rétention placentaire. Elle a bénéficié d'une hystéroscopie exploratrice puis d'une
84 résection hystéroscopique et l'examen anatomopathologique également était en faveur
85 de la rétention placentaire.

86
87 La prise en charge consiste en une évacuation sous anesthésie. L'autre alternative est
88 l'utilisation de médicament comme l'ocytocine ou autres prostaglandines afin de favoriser
89 la contraction utérine. Un curetage est nécessaire lorsqu'il y a échec à l'évacuation
90 spontanée ou manuelle [10]. Dans certains cas particuliers il peut persister comme tissu
91 placentaire retenu. Actuellement le morcellement voir la résection hystéroscopique est de
92 plus en plus pratiquée. **Lee et al.** rapportent une grande réduction du risque comparée
93 au curetage à l'aveugle. Ils rapportent également une résection complète dans 90%, une
94 forte réduction du risque de perforation et d'adhésion intra utérine [11]. Notre patiente a
95 bénéficié d'une résection hystéroscopique de la rétention avec bonne évolution.

96 Par ailleurs, lorsqu'il y a une perte sanguine estimée à plus d'un litre, une transfusion
97 sanguine est impérative [11]. Notre patiente s'est présentée dans les deux
98 hospitalisations dans un tableau de choc hémorragique nécessitant le recours aux
99 produits sanguins labiles. C'est une urgence obstétricale dont la prise en charge
100 adéquate implique réanimateurs obstétriciens voire radiologues.

101 **Conclusion:** la rétention placentaire est une cause majeure d'hémorragie primaire ou
102 secondaire du post partum. L'échographie est d'un apport crucial tant le diagnostic qu'à
103 la surveillance. Toutefois, elle n'élimine pas avec certitude la rétention placentaire. Une
104 surveillance rapprochée et ne pas hésiter de faire recours à d'autres moyens
105 d'investigation comme l'IRM.

106 **Références**

- 107 1- Ido Ben-Ami¹, David Schneider, Ron Maymon, Zvika Vaknin, Arie Herman and Reuvit Halperin.
108 Sonographic versus clinical evaluation as predictors of residual trophoblastic tissue. Human
109 Reproduction Vol.20, No.4 pp. 1107–1111, 2005.
- 110 2- Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AAA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: analysis
111 of duration and clinical practice. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1279–1284.
- 112 3- Perlman NC, Carusi DA: Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management
113 . Int J Womens Health. 2019, 11:527–534. 10.2147/IJWH.S218933.
- 114 4- Amr K. Elfayomy. Carbetocin versus intra-umbilical oxytocin in the management of retained
115 placenta: A randomized clinical study. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 41, No. 8: 1207–1213,
116 August 2015.
- 117 5- Surgical management of miscarriage and removal of persistent placental or fetal remains .
118 (2018). Accessed: December 16, 2020: [https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-](https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/consent-advice-10/)
119 [services/guidelines/consent-advice- 10/](https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/consent-advice-10/).
- 120 6- Alessandro Favilli , Valentina Tosto , Margherita Ceccobelli , Fabio Parazzini , Massimo Franchi
121 , Vittorio Bini and al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a
122 systematic review. MC Pregnancy and Childbirth (2021) 21:268.
- 123 7- Endler M, Saltvedt S, Cnattingius S, Stephansson O, Wikström AK. Retained placenta is
124 associated with pre-eclampsia, stillbirth, giving birth to a small- for-gestational-age infant, and
125 spontaneous preterm birth: a national register-based study. BJOG. 2014;121(12):1462–70.

- 126 8- Almousa R, Almuheidib H R, Alanezi S M, et al. (January 14, 2021) The Rule of Ultrasonography
127 in the Management of Retained Placenta. Cureus 13(1): e12696. DOI 10.7759/cureus.12696.
- 128 9- Qazi AS, Sami S: Devising new management protocol based on sonographic sensitivity for the
129 detection of retained products of conception. Ann King Edward Med Uni. 2009, 15:123-128.
- 130 10- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: clinical
131 management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: postpartum
132 hemorrhage. Obstet Gynecol. 2006;108(4):1039-1047.
- 133 11- Lee MHM. Surgical management of retained placental tissue with the hysteroscopic
134 morcellation device. Gynecol Minim Invasive Ther. 2019;8(1):33-35.
135 doi:10.4103/GMIT.GMIT_66_18.