

Une étiologie particulière de perforation utérine spontanée au troisième trimestre de grossesse

Le placenta accreta correspond à une adhérence anormale du placenta au sein du myomètre sans interposition de caduque. La forme percreta est caractérisée par un envahissement de toute la paroi myométriale, de la séreuse et parfois des organes de voisinage comme la vessie et le rectum [1]. Les complications hémorragiques sont les plus redoutables car elles peuvent mettre en danger la vie maternelle [2]. Nous rapportons une nouvelle observation de placenta accreta.

Observation

Une patiente de 41 ans, quatrième geste, troisième pare, ayant un utérus bi-cicatriciel est reçue aux urgences obstétricales sur un terme de 34 SA en état de choc avec un abdomen distendu. L'activité cardiaque fœtale est négative. pas d'hémorragie extériorisée. L'échographie abdominale montre une grossesse mono-fœtale intra-utérine avec activité cardiaque négative, un placenta antérieur et fundique et un épanchement intra-abdominal de grande abondance.

Une laparotomie est pratiquée en urgence. L'exploration de la cavité abdominale retrouve un hémopéritoine de trois litres avec intégrité de l'ancienne cicatrice. Après extraction fœtale, l'exploration de l'utérus trouve une zone de perforation fundique due à l'infiltration du placenta au-delà de la séreuse utérine. Le diagnostic de perforation utérine due à un placenta percreta est établi et une hystérectomie d'hémostase est réalisée ainsi qu'une transfusion par sept culots globulaires, quatorze plasma frais congelés et neuf culots plaquettaire.

La patiente était transférée en service de réanimation intubée, sous noradrénaline. Une reprise chirurgicale est indiquée à J1 post opératoire devant la distension abdominale et l'instabilité hémodynamique malgré les transfusions et les fortes doses d'adrénaline. une hémorragie d'origine annexielle gauche est retrouvée et une annexectomie est réalisée avec ligature des artères hypogastriques. Les suites opératoires étaient simples et la sortie était autorisée après 05 jours d'hospitalisation.

L'examen histologique de la pièce d'hystérectomie confirme le diagnostic de placenta percreta avec des villosités placentaires qui infiltrèrent toute la paroi jusqu'à la séreuse.

Conclusion

Le placenta accreta est une pathologie à risque de complications hémorragiques graves au cours de la grossesse. il est donc nécessaire d'en faire le dépistage prénatal même chez les patientes qui n'ont aucun facteur de risque apparent.

Le compte rendu échographique, surtout des patientes à risque modéré et à risque élevé, devrait mentionner de façon systématique la présence ou non de critères échographiques de placenta accreta.

Le diagnostic anténatal est très important pour pouvoir adresser les patientes vers des maternités adaptées à ce type de pathologie.

Références

- 1-Kayem G, Grange D, Goffinet F. Prise en charge du placenta accreta. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35:78-92.
- 2-Kayem G, Anselem O, Schmitz T et al. Comparaison historique de deux type de prise en charge de placenta accreta: radical versus conservatrice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36:680-7.

Daaloul Walid, Othmani Kaouther, Ouerdiane Nadia, Masmoudi Abdelwaheb, Ben Hamouda Sonia, Bouguerra Badreddine, Sfar Rachida
Service de gynécologie obstétrique B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, 1006, boulevard 9 avril 1938, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar

Intramural pregnancy following a salpingectomy

Intramural pregnancy is the rarest type of ectopic pregnancy. It is defined as a gestation occurring outside the uterine cavity and tubes and surrounded by the myometrium. Diagnosis is difficult and often made late. Treatment usually requires an emergency hysterectomy due to massive bleeding and very frequent uterine rupture. However ultrasonography offers the possibility of early preoperative diagnosis allowing conservative management.

We report a case of intramural pregnancy which was diagnosed and treated in our department.

Case report

A 35-year-old woman, gravida 3, para 2 was admitted in our emergency unit at 11 weeks and 4 days of gestation complaining of acute pelvic pain and vaginal bleeding. The patient's medical history was unremarkable. Previous obstetric history included two uneventful full-term vaginal deliveries and a ruptured ectopic pregnancy requiring a left salpingectomy by laparotomy. The patient had never practiced birth control. Physical examination revealed a well preserved general condition; BP 120/80 mmHg. The patient's abdomen was soft and a black bleeding from the cervical bone was noticed on speculum examination.

On pelvic examination, the cervix was soft and posterior; the uterus was at 10 weeks of gestation, and there was a left fornix tenderness. Vaginal ultrasound examination revealed a gestational sac containing an 11 week gestation living embryo distinct from the endometrial cavity with intra-abdominal free fluid. Both the endometrium and gestational sac appeared to be surrounded by the myometrium (figure 1). Based on the ultrasound data, a cornual pregnancy was highly suspected in first place, and intramural pregnancy in second place. The patient underwent laparoscopy which revealed many pelvic adhesions and a left 8-cm bulging adnexal mass on the left side of the uterus. The mass was covered by serosa revealing the gestational sac and seemed to be embedded in the myometrium. The right tube was stubby and adherent to the right ovary. No left tube was found.