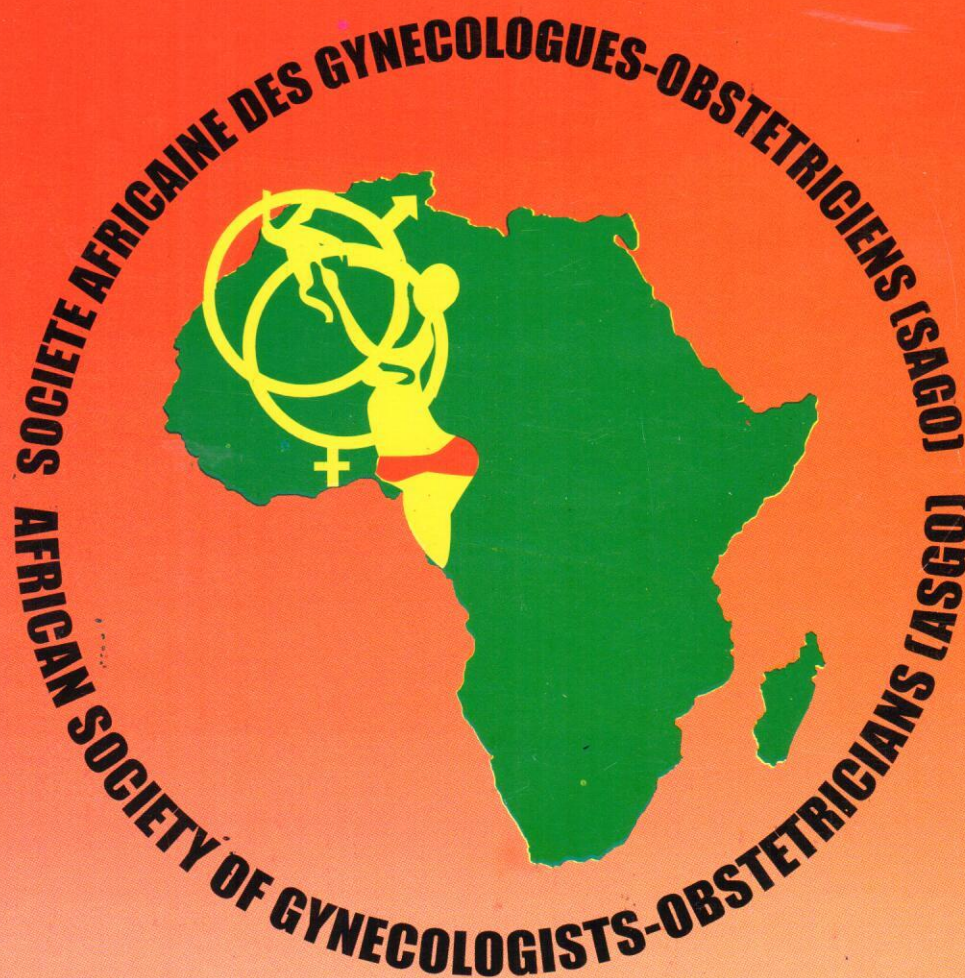


JOURNAL DE LA SAGO

(GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION)



REVUE SEMESTRIELLE

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez les drépanocytaires majeures au CHU Aristide Le Dantec à Dakar
D.Diallo, D. Ngabo, M. Sy, J. C. Moreau 1
- Prise en charge chirurgicale des séquelles de l'excision à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou au Mali : à propos de 52 cas
C. Kokaïna, T. Théra, A.Kouma, B.Traoré, I. Tégouété, Y. Traoré, T.Dolo, S. Bèye, I. Donigolo, M. Mounkoro.....7
- Hystérectomie par voie vaginale dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CHU Gabriel Touré
Y. Traoré, I. Tégouété, N. Mounkoro, A. Théra, A. Sissoko, M.Y. Djiré, A. Diallo, M. Bagayoko, T. Dolo, J.K. Mulbah, M. Traoré, A. Dolo 12
- Les soins après avortement en Afrique de l'Ouest Francophone, 10 ans après : la formation continue, l'offre de services et la logistique
M. Diadhiou, T. Dieng, N. Diop, Y. Faye, J.C. Moreau, B. Thiéba, Y. Hijazy, B. Traoré, M. Nayama, K. Akpadza 17
- Hystérectomie obstétricale d'urgence à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé : une revue de 30 cas
J.M. Nzintcheu Youssa, P. Foumane, E.T. Mboudou, J.S. Dohbit, R.E. Mbu, A.S. Doh 25

FAITS CLINIQUES

- Le placenta accreta : A propos de quatre cas au Centre Hospitalier National de Pikine
A.A. Diouf, D.O. Ba, S.M.K. Guèye, M. Diallo, T. Sylla, C. Sène, A.Diouf30
- Mélanome malin du vagin de la patiente non ménopausée : à propos d'un cas
E. Mando, P. Foumane, Z. Sand, E. Mboudou, S. J. Dohbit, S.A. Doh35

MISE AU POINT

- L'accès aux soins
F.L. Sall38

COMITE DE PARRAINAGE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), S. Diallo (Conakry), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welffens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

COMITE DE LECTURE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baeta (Lomé), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Iloki (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Keita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Rédacteur en Chef :

Eusèbe Alihonou

Rédacteur en Chef Adjoint :

Jean Charles Moreau

TABLE OF CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Features of pregnancy and childbirth in major sickle cell at Aristide Le Dantec Teaching Hospital in Dakar
D. Diallo, D. Ngabo, M. Sy, J. C. Moreau 1
- Surgical treatment of the after-effects of the excision in the Segou's Nianakoro Fomba Hospital in Mali :about 52 cases
C. Kokaïna, T. Théra, A. Kouma, B. Traoré, I. Tégouété, Y. Traoré, T. Dolo, S. Bèye, I. Donigolo, M. Mounkoro...7
- Vaginal hysterectomy at Gynaecology and Obstetrics Department in Gabriel Touré Teaching Hospital
Y. Traoré, I. Tégouété, N. Mounkoro, A. Théra, A. Sissoko, M.Y. Djiré, A. Diallo, M. Bagayoko, T. Dolo, J.K. Mulbah, M. Traoré, A. Dolo 12
- Post abortion care in French West Africa, 10 years after: training, service offerings and logistics
M. Diadhiou, T. Dieng, N. Diop, Y. Faye, J.C. Moreau, B. Thiéba, Y. Hijazy, B. Traoré, M. Nayama, K. Akpadza 17
- Emergency obstetrical hysterectomy at the Yaoundé gynecologic, obstetric and paediatric hospital: a revue of 30 cases
J.M. Nzintcheu Youssa, P. Foumane, E.T. Mboudou, J.S. Dohbit, R.E. Mbu, A.S. Doh 25

CLINICAL FACTS

- Placenta accreta: Report of four cases at the National Hospital of Pikine.
A.A. Diouf, D.O. Ba, S.M.K. Guèye, M. Diallo, T. Sylla, C. Sène, A. Diouf30
- Malignant melanoma of the vagina among a no menopausal patient : a case report
E. Mando, P. Foumane, Z. Sand, E. Mboudou, S. J. Dohbit, S.A. Doh35

FOCUS

- Access to care
F.L. Sall38

SPONSORSHIP COMMITTEE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), S. Diallo (Conakry), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welffens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

READER'S COMMITTEE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baeta (Lomé), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Iloki (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Keita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Editor: Eusèbe Alihonou
Adjunct Editor: Jean Charles Moreau

**LE PLACENTA ANORMALEMENT ADHERENT : A PROPOS DE QUATRE CAS
AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE EN BANLIEUE DAKAROISE**

A.A. DIOUF, D.O. BA, S.M.K. GUEYE, M. DIALLO, T. SYLLA, C. SENE, A.DIOUF

RÉSUMÉ

SUMMARY

Les anomalies d'adhérence placentaire sont peu fréquentes, mais en progression avec l'inflation du taux des césariennes. Les facteurs de risque retrouvés sont outre la cicatrice de césarienne, les abrasions de l'endomètre dues à la multiparité ou à un curetage. Leur fréquence semble liée à l'insertion du placenta sur le segment inférieur. L'échographie bidimensionnelle couplée parfois au Doppler couleur reste le meilleur examen complémentaire accessible pour un diagnostic précoce du placenta accreta. Leur particularité dans notre contexte réside dans les difficultés d'un diagnostic précoce qui nuit à la qualité d'une prise en charge souvent difficile. A partir de quatre cas pris en charge dans notre structure, nous discutons les facteurs de risque ainsi que les problèmes diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques soulevés.

Mots clés : Placenta accreta, Placenta prævia, Rétention placentaire, Hémorragies du post-partum.

Abnormal placentation : about four cases at the National Hospital of Pikine in Dakar suburb.

Abnormal placentations are infrequent, but increasing with inflation rate of caesarean sections. The risk factors are the uterine scar, abrasions of the endometrium due to multiparity or curettage. Their frequency appears to be related to insertion of the placenta on the lower segment. Two-dimensional ultrasound with Doppler color is the most accessible examination for early diagnosis of placenta accreta. Their particularly in our context lies in the difficulty of early diagnosis that affects the quality of care often difficult. From four cases treated in our structure, we discuss risk factors and diagnostic therapeutic and prognostic problems raised.

Key words: Placenta accreta, Placenta previa, Placental retention, Postpartum hemorrhage.

INTRODUCTION

Les anomalies d'adhérence du placenta sont rares avec une fréquence variant entre 1/500 à 1/2500 accouchements [12, 17]. Elles sont l'expression d'une invasion non contrôlée du myomètre par les villosités trophoblastiques du fait d'une altération de la caduque basale utérine. Elles sont communément connues sous le nom de placenta accreta bien qu'on en distingue trois types selon le degré d'invasion du myomètre : le placenta accreta vrai, le placenta increta et le placenta percreta.

Nous rapportons 4 observations (tableau I) à travers lesquelles nous allons décrire les aspects épidémio-cliniques et évaluer la prise en charge ainsi que le pronostic du placenta accreta dans notre contexte d'exercice.

I. NOS OBSERVATIONS

Observation 1

Il s'agissait d'une 2^{ème} geste 2^{ème} pare de 36 ans, évacuée pour prise en charge d'un accouchement prématuré à 32 semaines d'aménorrhée (SA) avec placenta prævia hémorragique dans un contexte d'utérus cicatriciel.

Tirés à part : Dr. A. Diouf, Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal, Tel : (221) 33 853 00 71 / Fax : (221) 33 853 00 69, Email : dizzefr@yahoo.fr

Devant la persistance des métrorragies en salle de travail, après réanimation, une césarienne était réalisée permettant d'extraire un nouveau-né de sexe masculin, prématuré, pesant 1700 grammes avec un score d'Apgar à 7 puis à 10, respectivement à la première et à la dixième minute. Après l'extraction fœtale, les difficultés à la délivrance artificielle par absence de plan de clivage, faisaient suspecter une anomalie d'adhérence du placenta qui était par ailleurs prævia. Une hystérectomie subtotale inter-annexielle était réalisée. Dans les suites opératoires immédiates, la patiente avait bénéficié d'une transfusion de sang. Elle était sortie au 6^{ème} jour post-opératoire et le nouveau-né admis dans le service de néonatalogie au bout de 15 jours d'hospitalisation sans complication.

Observation 2

La deuxième patiente était une dame de 39 ans, 8^{ème} geste 8^{ème} pare, qui était évacuée d'un poste de santé de la banlieue de Dakar pour hémorragie du post-partum. Elle avait accouché 4 heures auparavant, par voie basse, d'un nouveau-né à terme pesant 2600 grammes.

DIOUF A.A., DO B.A., GUEYE S.M.K., DIALLO M., SYLLA T., SENE C., DIOUF A. Le placenta accreta : à propos de quatre cas au Centre Hospitalier National de Pikine en banlieue dakaroise . Journal de la SAGO, 2009, vol. 10, n°1, p. 30-34.

La tentative d'une délivrance artificielle, après un retard à l'expulsion du placenta, avait entraîné une hémorragie génitale incontrôlable motivant son évacuation. Lors des accouchements antérieurs, on notait deux césariennes dont les indications n'étaient pas connues de la patiente. Elle n'avait pas bénéficié d'échographie obstétricale au cours du suivi prénatal. A l'admission, elle présentait un tableau de choc hémorragique. Une révision utérine après examen sous valves avait objectivé une solution de continuité sur la face antérieure du segment inférieur, motivant une laparotomie. A l'exploration, on notait une rupture utérine avec une importante perte de substance du segment inférieur de 5 cm de diamètre et une ouverture du dôme vésical. Des débris placentaires étaient accolés aux berges utérines nécrotiques. Une hystérectomie subtotale inter-annexielle était réalisée. Les suites opératoires immédiates étaient marquées par une hématurie terminale, une anémie et une coagulopathie nécessitant une transfusion de 8 poches de sang complet O positif et de 10 poches de plasma frais congelé. La patiente était décédée au 7^{ème} jour post-opératoire dans un tableau de coagulation intra-vasculaire disséminée. La nécropsie et l'analyse du dossier avaient conclu à un placenta percreta passé inaperçu après un accouchement par voie basse et une délivrance extirpative.

Observation 3 :

Elle concernait une 4^{ème} geste 4^{ème} pare de 39 ans, aux antécédents de césariennes itératives pour bassin rétréci lors des accouchements antérieurs, référée d'un poste de santé pour suivi d'une grossesse de 27 SA associée à un placenta prævia recouvrant total. Deux échographies obstétricales anténatales avaient confirmé l'insertion basse du placenta, mais le diagnostic d'anomalie d'adhérence placentaire n'était pas suspecté. Une césarienne prophylactique était réalisée à 37 SA et avait permis l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3200 grammes. Après l'extraction fœtale, une difficulté à la délivrance par absence de plan de clivage faisait suspecter un placenta accreta prævia antérieur, et une hystérectomie subtotale inter-annexielle était réalisée. Les suites opératoires immédiates étaient marquées par une anémie nécessitant une transfusion de 3 poches de sang B positif. L'exéat eut lieu au 5^{ème} jour d'hospitalisation avec une anémie légère.

Observation 4 :

Le quatrième cas concernait une 4^{ème} geste 4^{ème} pare de 31 ans, évacuée d'une structure sanitaire périphérique pour utérus tricatriciel en phase de latence du travail. Dans ses antécédents, on notait 3 césariennes pour bassin rétréci. La grossesse actuelle n'était pas suivie de façon régulière. A l'admission, une césarienne en urgence était indiquée. Après coeliotomie, l'exploration objectivait une zone bleutée, variqueuse et hypervascularisée au niveau de la face antérieure de l'utérus en faveur d'une invasion myométriale du placenta (figure1) : une hystérotomie longitudinale corporéale loin de la zone suspecte était réalisée et avait permis l'extraction d'un nouveau-né à terme pesant 2700 grammes. La césarienne était suivie d'une hystérectomie subtotale inter-annexielle après échec de la délivrance manuelle. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic de placenta accreta vrai. Les suites opératoires immédiates étaient simples. La patiente était sortie au 6^{ème} jour d'hospitalisation sans complication.

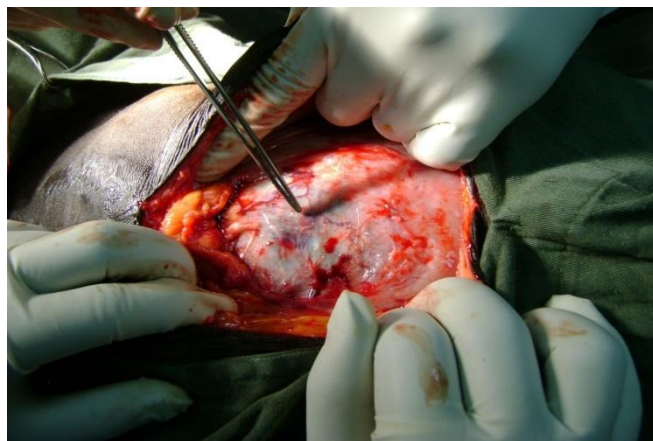


Figure 1 : zone bleutée en regard de l'insertion placentaire, en faveur de l'invasion myométriale par le placenta

Tableau I: Caractéristiques générales des patientes présentant un placenta accreta au Centre Hospitalier National de Pikine (Dakar)

	Observation 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4
Age	36 ans	39 ans	38 ans	31 ans
Parité	2	8	4	4
Antécédents de césarienne	1	2	3	3
Placenta bas inséré	Oui	Oui	Oui	Oui
Echographie anténatale	Oui	Non	Oui	Non
Mode d'admission	Référée	Référée	Référée	Référée
Accouchement	Césarienne	Voie basse	Césarienne	Césarienne
Moment du diagnostic	Opératoire	Délivrance	Opératoire	Opératoire
Geste chirurgical	HRT*	HRT	HRT	HRT
Suites opératoires (mère)	Anémie	Décès	Anémie	Anémie
Etat nouveau-né	Prématuré	Bon	Bon	Bon
Durée d'hospitalisation	5 jours	7 jours	5 jours	6 jours

* HRT : Hystérectomie

II. DISCUSSION

1. Fréquence

Le placenta accreta est une affection dont la fréquence est en hausse ces dernières années dans le monde [5]. Dans notre structure, elle est évaluée à 1,76‰ accouchements, ce qui est largement supérieur aux données de Chénouf (Tunisie) et Kayem (France) qui retrouvent des taux respectifs de 0,11‰ et 0,31‰ [3, 9]. Cependant, une étude réalisée par Loussambou [11] au Congo retrouve un taux nettement plus élevé (8,5/1000 accouchements) qu'il rattache à une fréquence accrue de manœuvres endo-utérines répétées pour avortement avec 89% d'antécédents de curetage relevés.

2. Facteurs de risque

Le placenta accreta est la conséquence d'un défaut d'implantation et de décidualisation de la caduque basale qui s'interpose habituellement entre les villosités choriales et le myomètre. L'accroissement du nombre de césariennes semble être l'une des principales causes de l'augmentation de l'incidence des anomalies d'adhérence du placenta. En effet, le risque de survenue de placenta accreta augmente volontiers avec le nombre de cicatrices de césarienne, en particulier lorsque l'insertion placentaire est antérieure et basse en regard de la cicatrice [15]. Ce risque est de 30% en cas d'utérus uni cicatriciel et de 40% en cas d'utérus pluri-cicatriciel. Les myomectomies, les perforations utérines, le traitement chirurgical des malformations sont également à prendre en

compte au même titre que la césarienne, bien qu'ils soient rarement retrouvés parmi les facteurs incriminés. L'association très fréquente d'un placenta accreta à une localisation prævia s'explique par une caduque précaire au niveau du segment inférieur, et les cicatrices de césarienne segmentaire augmenteraient considérablement ce risque. Le rôle du placenta prævia en tant que facteur de risque ou facteur associé du placenta accreta diverge selon les auteurs [5, 10]. En effet, le placenta prævia est accreta dans 5 % des cas en l'absence de césarienne antérieure, mais dans 24 % et 48 % des cas respectivement après une et deux hystérotomies [16]. Selon Clark [5], le placenta est retrouvé bas inséré dans 63,6% à 78,6 % des cas d'anomalies d'adhérence placentaire. Les réflexions sur la relation entre le placenta accreta et la cicatrice de césarienne font oublier toutes les autres cicatrices utérines, notamment celles de myomectomies [16]. Ainsi, l'antécédent de cicatrice utérine quelle qu'elle soit, associé à une insertion placentaire en regard, doivent faire suspecter le diagnostic de placenta accreta en période anténatale. Dans nos observations, les facteurs quasi-communs aux patientes étaient l'utérus cicatriciel et l'insertion basse du placenta. La connaissance de ces facteurs de risque n'avait malheureusement pas permis de poser le diagnostic au cours de la grossesse par une échographie couplée éventuellement au Doppler. En dehors des cicatrices de chirurgie utérine, les curetages biopsiques sont pourvoyeurs de lésions endo-utérines responsables de la survenue du placenta accreta ; ils doivent être abandonnés au profit de la biopsie dirigée possédant la même sensibilité. L'aspiration endo-utérine pour interruption de grossesse considérée comme moins traumatique que le classique curetage, peut néanmoins être source de complications, de siège isthmique, comme les synéchies ou les lésions cicatricielles endométriales, favorisées par l'inexpérience de l'opérateur. Enfin, le rôle de la multiparité s'expliquerait par la fragilité de la musculature et de la muqueuse utérine faisant suite aux grossesses multiples et ou rapprochées.

3. Problèmes diagnostiques

Les difficultés de la prise en charge en urgence et la lourde morbidité maternelle qui s'y associe, imposent un diagnostic anténatal pour améliorer le pronostic de la parturiente. Il est orienté par la recherche des facteurs de risque et devra faire redoubler de vigilance lors du bilan prénatal

chez les groupes à haut risque (utérus pluri-cicatriciel associé à un placenta bas inséré). L'examen clinique a très peu d'intérêt en dehors de toutes manifestations pathognomoniques de la forme percreta avec atteinte de la séreuse et des organes de voisinage (vessie, appareil digestif). Actuellement, l'échographie obstétricale bidimensionnelle parfois couplée au Doppler est le moyen diagnostique le plus accessible. La sémiologie échographique du placenta accreta a évolué parallèlement à l'augmentation de son incidence. Plusieurs signes évocateurs de placenta accreta ont été décrits successivement, chacun possédant un intérêt et des performances variables. Les anomalies les plus importantes à considérer et qui, sans doute, sont les premières à attirer l'attention, sont celles du complexe placentosous-placentaire. Décrites par Callen [2], ces anomalies échographiques correspondent à l'interruption focale de la limite placentaire échogène et de la zone hypoéchogène sous placentaire qui correspond à la caduque basale ; la présence de tissu placentaire quelques fois au-delà de la séreuse péritonéale est également à rechercher. Et en cas de placenta prævia antérieur associé, l'atteinte du mur vésico-utérin peut se manifester sous forme d'une excroissance, d'une irrégularité voire d'une rupture de l'interface vessie-utérus. Cette atteinte du mur vésical postérieur dans le placenta accreta antérieur et prævia a une sensibilité de 20% et une valeur prédictive positive de 75% selon Comstock [6] car, elle n'est pas retrouvée chez toutes les patientes ayant a posteriori présenté un placenta accreta. Selon Comstock [6], la présence de lacunes placentaires entre les 15^{ème} et 20^{ème} semaines d'aménorrhée est le signe le plus pertinent, avec une sensibilité de 79% et une valeur prédictive positive de 92%. Cette sensibilité atteindrait 92% après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée. Ces lacunes sont classées en fonction des critères établis par Finberg [8]. Ce dernier distingue 4 grades : le grade 0 correspondant à une absence de lacunes, le grade 1 signe la présence d'une à trois lacunes de petite taille, le grade 2 correspond à la présence de quatre à six lacunes larges et irrégulières, et le grade 3 à de nombreuses lacunes dont certaines sont larges et irrégulières. Cependant, seul le grade 1 a la meilleure pertinence diagnostique avec une sensibilité et une spécificité respectivement de 86,9% et 78,6%. Le Doppler couleur précise le spectre vasculaire des zones hypo-échogènes en cas d'anomalies du complexe placentosous-placentaire, et élimine les anomalies non vasculaires ; quant au Doppler pulsé, il

détermine le spectre artériel ou veineux. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet surtout de confirmer les anomalies décelées à l'échographie, mais reste difficile d'accès dans notre pratique quotidienne.

4. Prise en charge

Les principes du traitement dépendent étroitement du moment du diagnostic. La découverte du placenta accreta en pré-partum permet de réaliser une césarienne programmée avec une équipe multidisciplinaire. Par contre, le diagnostic fait au moment de l'accouchement conduit souvent à une prise en charge inadéquate voire délabrante. Deux attitudes peuvent être adoptées vis-à-vis du placenta selon les recommandations américaines [1] :

- La méthode radicale qui consiste à enlever tout le placenta : si l'adhérence n'est que partielle par rapport à la surface totale d'insertion, on peut décoller le placenta, faire une révision utérine et procéder à l'hémostase du lit placentaire par électrocoagulation des vaisseaux béants [14], suture chirurgicale du lit d'implantation, ou résection localisée du myomètre [4]. Cette technique est dite extirpative. L'autre option de la méthode radicale consiste à réaliser une hystérectomie devant l'échec de la technique extirpative. Cette chirurgie peut être de réalisation difficile et mutilatrice, surtout devant un placenta percreta, car elle peut nécessiter des résections digestives et/ou une cystectomie partielle, secondaires à l'envahissement placentaire. Les repères anatomiques sont souvent modifiés par l'insertion percreta et l'atteinte urétérale n'est pas exceptionnelle.

- Si le placenta est totalement accreta sans plan de clivage ou s'il est véritablement invasif dans le myomètre (incretum ou percreta), le choix doit se porter vers une solution conservatrice, le placenta ne sera pas décollé et le cordon ombilical sera sectionné et ligaturé au ras ; la conservation utérine doit être privilégiée chez la primipare et lorsque l'invasion vésicale, iléale, ou rectale laisse prévoir d'importantes difficultés opératoires [3, 7, 13]. Cette attitude résolument conservatrice est associée à une réduction importante des pertes sanguines par rapport à la chirurgie radicale. Cependant, elle n'est pas sans risque, car des complications peuvent conduire à une résection secondaire du lit d'implantation avec reconstruction du myomètre ou à une hystérectomie secondaire en urgence par suite de surinfection, de métrorragies récidivantes ou de troubles de la

coagulation [7]. C'est la méthode radicale que nous avons adoptée dans tous nos cas pour plusieurs raisons : le diagnostic était toujours tardif en per opératoire ou dans un contexte d'hémorragie de la délivrance. En plus, le plateau technique n'était pas adéquat pour la méthode conservatrice, et laisser le placenta en place aurait posé un problème de coût du fait d'une surveillance longue qui pourrait être émaillée de complications.

CONCLUSION

La fréquence du placenta accreta est en nette progression avec l'augmentation du taux de césarienne. Le diagnostic doit être recherché systématiquement à l'échographie devant tout antécédent de césarienne associé à un placenta bas inséré de siège antérieur. L'hystérectomie d'hémostase reste le traitement de choix adapté à notre contexte de travail actuel. La prévention passe par le respect strict des indications de césarienne.

REFERENCES

1. **ACOG Committee Opinion.** Placenta accreta. *Obstet. Gynecol.* 2002; 99; 266: 169-70.
2. **Callen P.W., Filly R.A.** The placental subplacental complex: a specific indicator of placental position on ultrasound. *J. Clin Ultrasound* 1980; 8:21- 6.
3. **Chenoufi M.B., Ferchiou M., Ben Ayed S.** Placenta accreta: conduite à tenir obstétricale. *Tunis Med.* 1995, 73; 11: 459-463.
4. **Cho J.H., Jun H.S., Lee C.N.** Haemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2000; 96: 129-131.
5. **Clark. S.L., Koonings P.P., Phelan J.P.** Placenta praevia accreta and prior cesarean section. *Obstet. Gynecol.* 1985; 66 : 89-92.
6. **Comstock C.H., Lee W., Vettraino I.M., Bronsteen RA.** Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 190: 1135-1140.
7. **Courbière B., Bretelle F., Porcu G, Gannerre M., Blanc B.** Conservative

treatment of placenta accreta. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2003; 32; 6: 549-554.

8. **Finberg H.J., Williams J.W.** Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J. Ultrasound Med.* 1992; 11: 333-343.
9. **Kayem G., Davy C., Goffinet F., Thomas C, Clément D., Cabrol D.** Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 104; 3: 531-536.
10. **Kayem G., Goffinet F., Grangé G., Cabrol D.** Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil. Steril.* 2002; 78: 637-638.
11. **Loussambou S.A., Mboumba J., Kouyinou M.** Fréquence du placenta accreta à la maternité de Mouyondzi (Congo Brazaville). *Med. Afr. Noire* 1993; 40:2.
12. **Miller D.A. Chollet J.A., Goodwin T.M.** Clinical risk factors for placenta, placenta previae, placenta accreta. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1997; 177:210-4.
13. **Pearl M.L., Escamilla G., Karpel B.M., Kaplan C., Jones C., Westermann C.** Conservative management of placenta percreta with involvement of the ileum. *Arch. Gynecol. Obstet.* 1996; 258:147-150.
14. **Scarantino S.E., Reilly J.G., Moretti M.L., Pillari V.T.** Argon beam coagulation in the management of placenta accreta. *Obstet. Gynecol.* 1999; 94: 825-827.
15. **Sentilhes L., Ambroselli C., Kayem G.,** Placenta accreta : frequency, prenatal diagnosis and management: caesarean. *Revue de Médecine Périnatale* 2010 ; 2 ; 1:19-25.
16. **Wells M., Mohamde O.** Pathology of the pregnant uterus. *Obstetrical and gynaecological pathology.* Haynes and Taylor, 4th edition, 1995; 2; 1:529-1532.
17. **Wu S., Kocherginsky M. Hibbard J.U.** Abnormal placentation: twenty years analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005; 192:1458-1461.