



ISSN (O): 2320-5407
ISSN (P): 3107-4928

Journal Homepage: www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/23846
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/23846>



RESEARCH ARTICLE

ASPECT ATYPIQUE D'UNE RETENTION PLACENTAIRE: A PROPOS D'UN CAS

M. Zemhari¹, F. Oussi², M. Lamcharfi¹, M. Bendahhou Idrissi¹, N. Mamouni¹, S. Errarhay¹, C. Bouchikhi¹, A. Banani¹ and M. Boubbou²

1. Sidi Mohammed Ben Abdellah University Faculty of Medicine and Pharmacy of Fes.:Gynecology and Obstetrics Department 1, University Hospital Hassan II, Fes, Morocco.
2. Radiology Department, University Hospital Hassan II, Fes, Morocco.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 12 May 2026
Final Accepted: 14 June 2026
Published: July 2026

Key words:-

rétention placentaire, hémorragie du post partum, traitement

Abstract

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 'hystérocopie exploratrice puis à la résection hystérocopique. 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.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

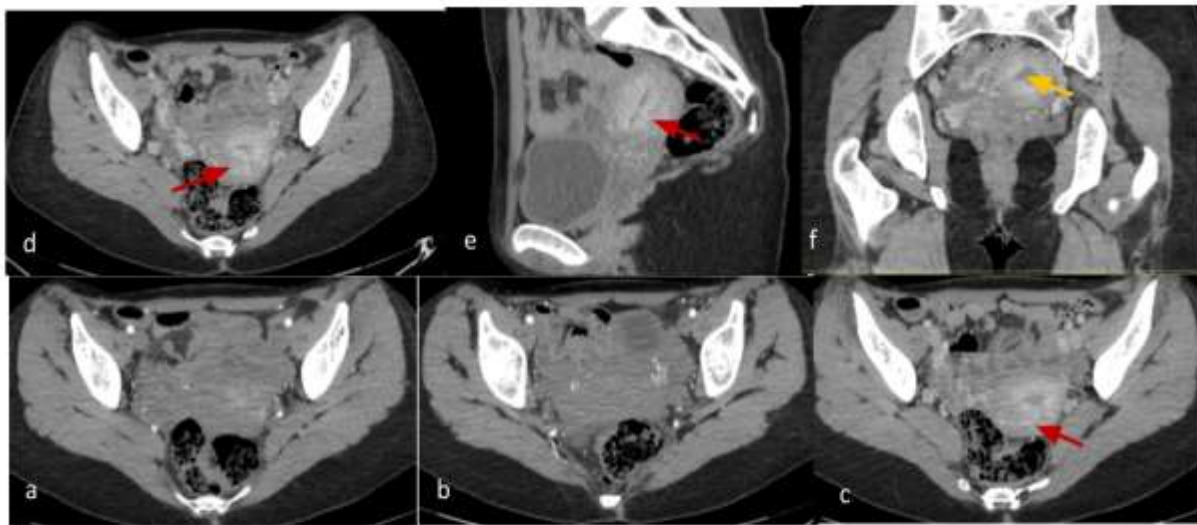
la rétention placentaire complique environ 1% toutes les grossesses et 1.1 à 3.3 % de tous les accouchements par voie basse [1,2]. Le diagnostic clinique est évoqué lorsqu'on a un échec de la délivrance spontanée du placenta au-delà de 18 à 60 min après la naissance [3]. Toutefois, il n'y a pas de consensus sur ce délai [4]. Malgré l'apport de l'échographie, le diagnostic peut s'avérer délicat. Dans ce travail, nous rapportons un aspect atypique d'une rétention placentaire chez une patiente de 23 ans.

Observation: Mme X âgée de 23 ans deux grossesses et deux parités. Référée d'un hôpital de niveau 2 en urgences pour une anémie sévère à J+ 15 du post partum. À l'admission, elle avait un score de Glasgow à 15 avec une TA 120/70 mmHg, eupnéique, pas de fièvre. À l'examen du spéculum, stigmates de saignement provenant de l'endocol,

Corresponding Author:- M.Zemhari

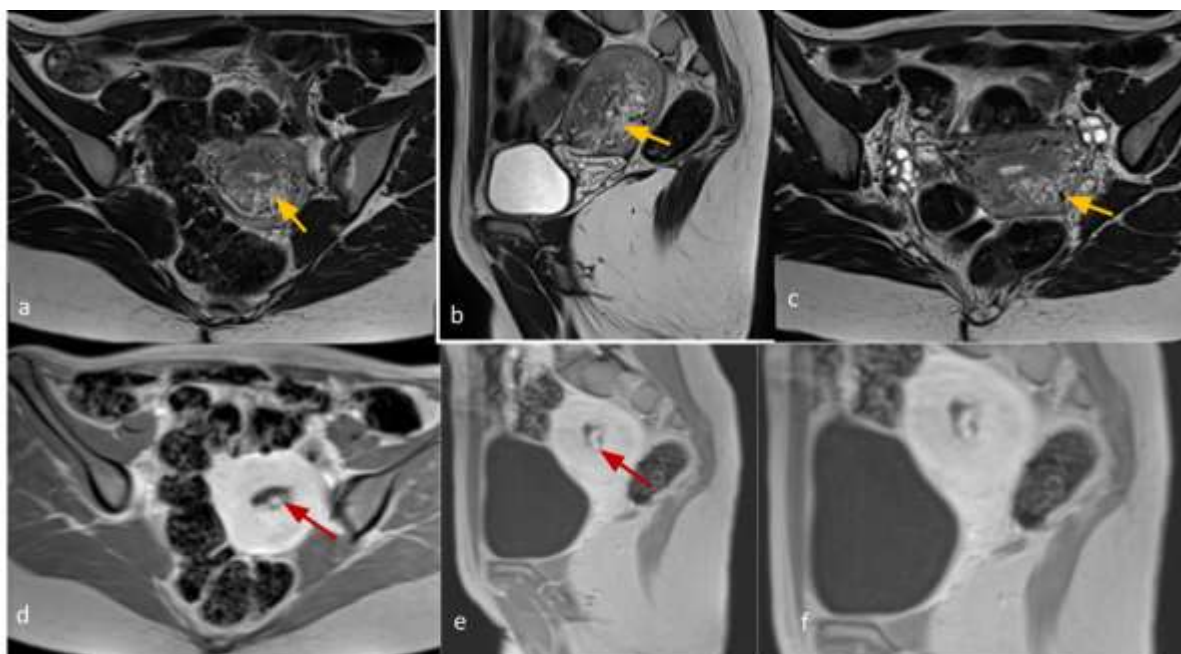
Address:-Sidi Mohammed Ben Abdellah University Faculty of Medicine and Pharmacy of Fes.:Gynecology and obstetrics department 1, University hospital Hassan II, Fes, Morocco.

et au toucher vaginal, col ouvert à la pulpe. Au bilan biologique, l'hémoglobine est à 6.2 g/dl sans autres particularités. L'échographie pelvienne retrouvée une ligne de vacuité utérine (figure 1) suivie en totalité avec présence d'une image d'hydrométrie fundique de 10 mm, les deux ovaires sont vus pas d'épanchement. Elle a bénéficié d'une transfusion sanguine iso groupe iso rhésus. Bonne évolution avec l'hémoglobine de contrôle à 9.1 g/dl. Admise une semaine plus tard soit à J+20 du post partum pour des métrorragies. Avec à la l'admission une TA 60/30 mmHg, avec des conjonctives décolorées. À l'examen du spéculum, saignement abondant provenant de l'endocol, et au toucher vaginal, col ouvert à deux doigts. Au bilan biologique, l'Hg était à 6.5 g/dl, l'échographie suppubienne en endo-vaginale a montré une image de rétention de 2 cm de diamètre antérieur postérieur (figure 2), ablation sous contrôle échographique et obtention de la ligne de vacuité, perfusion de syntho et administration de 4 comprimés de cytotec. Elle a bénéficié par ailleurs d'une transfusion sanguine avec stabilisation clinique notamment la TA 120/70 mmHg. Une IRM pelvienne a montré une image en rapport avec un anévrisme de l'artère utérine. Hospitalisée pour une embolisation mais l'angioscanner (figure 3) a évoqué une rétention placentaire infiltrant la muqueuse utérine (figure 4), et une résection hystéroscopique de la rétention a été faite sans incident. L'étude anatomopathologique était compatible avec une rétention placentaire. Bonne évolution clinique et biologique.



Coupes scanographique après injection de PDCI 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.



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)

Discussion:-

La rétention placentaire survient dans 4% chez toutes les femmes [5]. Elle est l'une des causes principales d'hémorragie primaire ou secondaire du post partum augmentant le risque de morbidité et de mortalité maternelle [6]. Notre patiente s'est présentée dans ces trois admissions pour une hémorragie du post partum. Les mécanismes physiopathologiques suggérés sont le placenta invasif, l'hypoperfusion placentaire, et la contraction inadéquate du myomètre [7]. Actuellement peu de facteurs de risque de rétention placentaire sont retenus avec certitude. Ce sont l'antécédent personnel de rétention placentaire, l'âge maternel avancé et l'utilisation prolongée d'ocytocine [6]. Aucun des ces facteurs n'étaient rapportés chez notre patiente qui était assez jeune (23 ans). Le diagnostic clinique est évoqué lorsque le placenta échoue de se séparer spontanément au cours de la troisième étape du travail. Cependant, sa confirmation peut être un défi majeur pour l'obstétricien connaissant les conséquences d'un curetage inutile. Une échographie normale éviterait la nécessité du recours à une exploration de la cavité utérine [1]. Toutefois, elle ne permet pas d'identifier tous les cas. Elle a une sensibilité de 75% en moyenne selon Almousa et al. ami auquel 25% ont bénéficié d'un curetage inutile [8]. Ceci est due à la difficulté parfois de distinguer une rétention placentaire placenta à d'autres mimiques comme les caillots sanguins ou du matériel nécrosé [9]. Le diagnostic différentiel s'est également posé dans notre cas avec l'anévrysme de l'artère utérine. La première échographie de notre patiente mettait en évidence la ligne de vacuité utérine, ce n'est qu'au deuxième contrôle échographique après persistance des métrorragies que la rétention a été découverte. L'IRM de contrôle, après une curetage échoguidée, a mis en évidence une image en rapport avec un anévrysme de l'artère utérine. Une embolisation avait alors été

proposée. L'angioscanner retrouve quant à elle la persistance de la rétention placentaire. Elle a bénéficié d'une hystérocopie exploratrice puis d'une résection hystérocopique et l'examen anatomopathologique également était en faveur de la rétention placentaire. La prise en charge consiste en une évacuation sous anesthésie. L'autre alternative est l'utilisation de médicament comme l'ocytocine ou autres prostaglandines afin de favoriser la contraction utérine. Un curetage est nécessaire lorsqu'il y a échec à l'évacuation spontanée ou manuelle [10]. Dans certains cas particuliers il peut persister comme tissu placentaire retenu. Actuellement le morcellement voir la résection hystérocopique est de plus en plus pratiquée. Lee et al. rapportent une grande réduction du risque comparée au curetage à l'aveugle. Ils rapportent également une résection complète dans 90%, une forte réduction du risque de perforation et d'adhésion intra utérine [11]. Notre patiente a bénéficié d'une résection hystérocopique de la rétention avec bonne évolution.

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

Conclusion:-

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

Références:-

1. Amr K. Elfayomy. Carbetocin versus intra-umbilical oxytocin in the management of retained placenta: A randomized clinical study. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 41, No. 8: 1207–1213, August 2015.
2. Alessandro Favilli, Valentina Tosto, Margherita Ceccobelli, Fabio Parazzini, Massimo Franchi, Vittorio Bini et al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. MC Pregnancy and Childbirth (2021) 21:268.
3. Almousa R, Almuhaideb H R, Alanezi S M, et al. (January 14, 2021) The Rule of Ultrasonography in the Management of Retained Placenta. Cureus 13(1): e12696. DOI 10.7759/cureus.12696.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2006;108(4):1039–1047.
5. Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AAA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1279–84.
6. Endler M, Saltvedt S, Cnattingius S, Stephansson O, Wikström AK. Retained placenta is associated with pre-eclampsia, stillbirth, giving birth to a small-for-gestational-age infant, and spontaneous preterm birth: a national register-based study. BJOG. 2014;121(12):1462–70.
7. Ido Ben-Ami, David Schneider, Ron Maymon, Zvika Vaknin, Arie Herman and Reuiv Halperin. Sonographic versus clinical evaluation as predictors of residual trophoblastic tissue. Human Reproduction Vol.20, No.4 pp. 1107–1111, 2005.
8. Lee MHM. Surgical management of retained placental tissue with the hysteroscopic morcellation device. Gynecol Minim Invasive Ther. 2019;8(1):33–35. doi:10.4103/GMIT.GMIT_66_18.
9. Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. Int J Womens Health. 2019, 11:527–534.
10. Qazi AS, Sami S. Devising new management protocol based on sonographic sensitivity for the detection of retained products of conception. Ann King Edward Med Uni. 2009, 15:123–128.
11. Surgical management of miscarriage and removal of persistent placental or fetal remains. (2018). Accessed: December 16, 2020: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/consent-advice-10/>