

PLACENTA PRAEVIA: PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL AU CHU DE COCODY (Abidjan- RCI) PLACENTA PRAEVIA: MATERNAL AND FEATAL PROGNOSIS IN UNIVERSITY HOSPITAL OF COCODY (Abidjan-Cote d'Ivoire).

Auteurs: N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S.

RESUME

Introduction : En Afrique, malgré la pratique systématique de l'échographie au cours de la grossesse, le Placenta Praevia (PP) demeure une complication gravidique à haut risque et très imprévisible, avec un taux de létalité par cas très élevé. **Objectifs :** Ce travail avait pour but de reconsidérer la fréquence de cette pathologie et d'apprécier le pronostic materno-fœtal. **Matériels et méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoin ayant porté sur 340 cas de PP, effectuée au CHU de Cocody à Abidjan, sur une période de 5 ans du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2006. Nous avons inclus dans cette étude toutes les parturientes ayant un âge gestationnel ≥ 28 semaines d'aménorrhée chez qui le diagnostic de Placenta Praevia a été posé soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail ou après la délivrance. L'âge maternel, la parité, les antécédents gynéco-obstétricaux, le mode d'accouchement, l'âge gestationnel et le pronostic materno-fœtal ont été comparés avec ceux d'un lot témoin choisi parmi les grossesses normales. La comparaison a été faite en utilisant les tests de X^2 et de Fischer avec un seuil de signification de 5%. **Résultats :** La fréquence du PP dans notre série était de 1,6%. L'âge maternel était ≥ 30 ans chez 43,2% des patientes avec un PP contre 28% dans le groupe témoin ($p=0,000$). L'utérus cicatriciel était un facteur favorisant de PP ($n=32$ contre $n=8$ dans le lot témoin ; $p=0,024$). La césarienne a été le principal mode d'accouchement chez les cas de PP. 43,8% des nouveau-nés étaient prématurés contre 8,5% chez les témoins ($p=0,000$). La mortalité périnatale était de 21,3% en cas de PP contre 3,8% chez les témoins ($p=0,000$). **Conclusion :** La prise en charge du PP est encore mal définie en Afrique. Le diagnostic échographique précoce permet une surveillance adaptée et la prévention de toutes les complications obstétricales de cette pathologie.

SUMMARY

Introduction: In Africa, in spite of systematic practice of echography, Placenta Praevia (PP) remains a high risky gravid complication, very unpredictable, with a high lethality rate. **Objectives:** The aim of our study was to reconsider the frequency of this pathology, to appreciate the maternal and fetal prognosis. **Patients and methods:** This was a retrospective cohort study, about 340 cases of PP, at the University Hospital of Cocody in Abidjan, during 5 years, from January 1st 2002 to December 31st 2006. We included in this study all the parturients with a gestational age ≥ 28 weeks of amenorrhea, and a PP diagnosed during either pregnancy, or labour, or after placenta stage. Maternal age, parity, gynecologic and obstetrical antecedents, mode of delivery and maternal and fetal prognosis was compared between patients with PP and a group of witness chosen among normal pregnancies. The comparison has been done by using X^2 and Fischer test with a threshold of signification of 5%. **Results:** The frequency of PP in our study was 1.6%. The maternal age was ≥ 30 years old for 43.2% of patients with PP against 28% in witness group ($p=0.000$). Among cases of PP, multiparous and high multiparous represented 37.7% against 10% in the witness group. Healing uterus was an increasing factor of PP (32 cases against 8 in witness group; $p=0.024$). Caesarian operation has been the principal mode of delivery among the patients with PP (80%). 43.8% of newborn was premature against 8.5% in the witness group ($p=0.0000$). The perinatal mortality was 21.3% in cases of PP against 3.8% in witness group. Three maternal deaths (0.9%) have been noticed among patients with PP. **Conclusion:** The management of PP is still badly definite in Africa. The early diagnostic by ultrasound examination permit an adapted supervision and the prevention of all obstetrical complications of this pathology.

INTRODUCTION

Le placenta praevia (PP) constitue la principale cause des métrorragies du troisième de grossesse. C'est une urgence obstétricale qui engage le pronostic materno-fœtal en raison des hémorragies redoutables qu'elle entraîne. Malgré la pratique systématique de l'échographie qui permet de poser non seulement le diagnostic de l'insertion du placenta au cours de la grossesse mais aussi de modifier l'attitude thérapeutique, le PP demeure une complication gravidique à haut risque et très imprévisible. Le but de ce travail était de reconsidérer la fréquence de cette pathologie obstétricale et d'apprécier le pronostic maternel et fœtal.

PATIENTES ET METHODES

L'étude a porté sur 340 cas de PP au CHU de Cocody sur une période de 5 ans, du 1^{er} Janvier 2002 au 31 Décembre 2006. Il s'agissait d'une étude rétrospective cas témoins, descriptive et analytique. Nous avons inclus toutes les patientes dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 28 SA chez qui le diagnostic de PP a été posé soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail, soit après l'examen du délivre, le témoin était choisi selon l'ordre d'accouchement juste après le cas parmi les grossesses

normales. Ainsi nous avons retenu 340 cas de PP pour 340 témoins et avons comparé le pronostic maternel et fœtal. La comparaison a été faite avec le test de χ^2 et de Fischer avec un seuil significatif de 5%.

RESULTATS

La fréquence du PP dans notre série était de 1,6%. L'âge maternel était ≥ 30 ans chez 43,2% des patientes avec un PP contre 28% dans le groupe témoin ($p=0,000$). L'utérus cicatriciel était un facteur favorisant de PP ($n=32$ contre $n=8$ dans le lot témoin ; $p=0,024$). L'histoire de la grossesse retrouve que 52,1% des cas n'ont pas bénéficié d'une échographie lors des consultations prénatales. La césarienne a été le principal mode d'accouchement chez les cas de PP (80%) contre 14,1% chez les témoins ($p=0,000$). La césarienne était indiquée quand le PP était hémorragique ou recouvrant dans 63,5 % des cas. Pronostic fœtal : nous avons constaté que 81,1% des nouveau-nés des témoins avaient un score d'APGAR supérieur ou égal 7 contre 29,4% des nouveau-nés des patientes avec PP ($p=0,000$). Selon l'âge gestationnel, 43,8% des nouveau-nés étaient prématurés contre 8,5% chez les témoins ($p=0,000$). La mortalité périnatale était de 21,3% (soit 75 décès fœtaux) en cas de PP contre

3,8% chez les témoins ($p=0,000$). Les décès périnataux étaient plus importants (61,3%) entre 28 SA et 36 SA contre 23% chez les témoins ($p=0,042$) et 64% des enfants décédés avaient un poids inférieur à 2500g contre 30,8% chez les témoins ($p=0,001$). La variété recouvrante du PP avait entraîné 45,3% des décès. Les suites de couches étaient compliquées chez 57,1% des patientes contre 6,8% chez les témoins. L'anémie (50,1%), l'endométrite (3,5%) et les suppurations pariétales après césarienne (3,55%) étaient les complications retrouvées en cas de PP. Il a été observé 3 décès maternels dans le PP, soit une létalité de 0,9%.

DISCUSSION

Le PP reste une pathologie obstétricale redoutable. Sa fréquence réelle mal définie dans la littérature atteint approximativement 1/200 grossesses (1). Dans notre étude la fréquence était de 1,6%, plus élevée que celles de Ciemensti (2), de Sheiner (3), et de Ghazli (4) qui rapportaient respectivement des taux de 0,2%, 0,38% et 0,4%. Mais ces auteurs n'avaient considéré que les formes hémorragiques du PP dans leur étude respective. Notre résultat prenant en compte la clinique et l'examen du délivre est inférieur à celui d'Ananth (5), 2% et de Hossain (6), 2,58%. Le caractère référentiel de notre service qui lui permet de recevoir les cas graves ou compliqués provenant des maternités périphériques explique en partie notre résultat.

Facteurs favorisants : Il est connu que le profil typique de la femme sujette à un PP correspond à une multigeste et multipare ayant des antécédents d'avortements et de cicatrice utérine, qui augmentent la fréquence des PP du fait d'une implantation préférentielle de l'œuf sur l'endomètre endommagé (1). Dans notre série les multigestes et les multipares ont représenté successivement 44,4% et 37,7% contre 24,4% et 10% chez les témoins ($p=0,000$). Ces résultats rejoignent ceux de la littérature (7,8) L'antécédent d'IVG a été observé dans 29,1% des PP contre 25,6% chez les témoins ($p=0,301$) et ceci concernait uniquement les patientes avec PP dans 0,3% des cas. La cicatrice utérine a été notée dans 9,4% des PP contre 0,2% des témoins ($p=0,024$). Les IVG augmentent la survenue des PP (5) et le risque de récurrence est multiplié par 5 ou par 6 selon Boogs (7). Cependant dans notre étude l'avortement n'est pas apparu comme étant un facteur favorisant du PP ($p=0,301$), ceci est du probablement au biais de réponse à cause du caractère illégal des avortements provoqués dans notre pays. La cicatrice utérine constitue un facteur de risque évident de PP ($p=0,024$) et ce risque augmente avec le nombre de césarienne antérieures (5,9).

Les patientes qui ont un âge > ou égal 30 ans représentaient 43,2% des cas contre 28% des patientes dans le groupe témoin ($p=0,000$). L'âge de la mère est donc un facteur de risque dans la survenue du PP. L'incidence augmente avec l'âge et le risque serait élevé après 35 ans (2,3). Dans notre contexte, nous pensons que ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'après 30 ans les filles se sentent libérées des contraintes familiales et décideraient de garder une grossesse. Il s'agit aussi d'une période de pleine activité génitale où la fécondité est maximale et cette hyperfécondité favoriserait des altérations endométriales, facteur de risque de PP.

Mode d'accouchement : Dans notre étude, la voie haute était le principal mode d'accouchement des PP (80%) contre 14,1% chez les témoins ($p=0,000$). Cette voie a souvent été décidée en urgence devant l'importance des hémorragies et aux nombreuses variétés recouvrantes chez une parturiente souvent non ou mal suivie parfois en état de choc. Notre taux reflète l'attitude à diminuer le risque de mort néonatale en perpartum car la césarienne sauve 2 à 7 fois plus de fœtus que la voie basse (7). Pour Bhide (10), la césarienne doit être systématique en cas PP hémorragique.

Pronostic fœtal : Nous avons noté une mortalité périnatale de 21,3% dans les cas contre 3,8% chez les témoins ($p=0,000$). Le PP a contribué à assombrir le pronostic vital fœtal. L'incidence élevée de mortinatalité que nous rapportons s'explique par la fréquence élevée de prématurés et de fœtus de faible poids de naissance. Le PP reste la première cause de mortinatalité car source de complications respiratoires (7,8). Selon notre étude, l'accouchement a été prématuré dans 48,3% des PP contre 8,5% chez les témoins ($p=0,000$). Cette prématurité a été responsable de 61,3% des décès fœtaux dans le PP contre 23% des témoins. L'âge gestationnel est un facteur important dont il faut tenir compte lors des décisions thérapeutiques. Un poids fœtal inférieur à 2500g et l'hypotrophie fœtale majorent 2 à 3 fois la mortalité périnatale (7). Les enfants de poids < à 2500g dans notre étude représentaient 51,5% des nouveau-nés des patientes avec PP contre 12% des enfants nés des témoins ($p=0,000$) et 64% des enfants morts pesaient moins de 2500g dans le PP contre 30,8% chez les témoins ($p=0,001$). Il ressort clairement que la mortalité était plus élevée chez le fœtus de faible poids de naissance. Dans l'étude de Richard (11), tous les enfants décédés avaient un poids de naissance inférieur à 2500g et ils étaient tous des prématurés. Boogs fait remarquer qu'un poids de naissance > 2500g suffit à garantir une bonne évolution néonatale. Au delà de ces facteurs de mauvais pronostic, l'étude de la variété du PP dans notre travail révèle que la mortalité fœtale est plus grande dans les formes recouvrantes et pire encore quand le PP était associé à d'autres pathologies. Nous avons relevé 45,3% de décès fœtaux en cas de PP recouvrant ; résultat très proche de celui de Ghazli (4) qui a rapporté 48,38% de décès fœtaux. En effet la variété recouvrante avait déjà été étiquetée comme dangereuse (12). Nous avons dénombré des associations très foeticides avec l'hématome retroplacentaire (82% de décès fœtaux), la rupture utérine (100% de décès) et la procidence du cordon (100% de décès).

Pronostic maternel : La morbidité maternelle était plus élevée dans le PP (57,1%) que chez les témoins. Elle était dominée par l'anémie (50,1%), l'endométrite et les suppurations pariétales en cas de césarienne. Plusieurs auteurs s'accordent avec le fait que la morbidité soit importante dans les PP et plus encore après césarienne (3,7). Buambo notait un taux d'anémie maternelle à 8,6%, d'endométrite à 2,5% et de suppurations pariétales à 5,5% (8). Ce taux élevé d'anémie dans notre étude s'explique par la précocité des premières hémorragies, des récurrences hémorragiques, de l'importance de la quantité de sang perdue en perpartum chez des patientes qui déjà étaient anémiées. Cette anémie très souvent mal

corrigée soit par insuffisance de transfusion soit par déficit de sang dans nos banques de sang, prédispose aux complications infectieuses.

Nous avons déploré 3 décès maternels dans le PP soit un taux de létalité de 0,9%. Un décès du à un choc hypovolémique ou hémorragique et deux autres causés par des troubles de la coagulation.

CONCLUSION

La prise en charge du PP est encore mal définie en Afrique. Le diagnostic échographique précoce permet une surveillance adaptée et la prévention de toutes les complications obstétricales de cette pathologie.

REFERENCES

- 1-Mabie WC. Placenta praevia. *Clini Perinatol* 1992, 19: 425-45.
- 2-Ciemensti a, Dluglecki F. Relationships between placenta praevia and maternal age, parity and prior caesarean deliveries. *Ginekol pol* 2005, 76: 248-9.
- 3-Sheiner E, Shoham-Vardi, Hallak M, Katz M, Hershkowitz R, Mazor M. Placenta praevia: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *Jmater fetal med* 2001, 1(6):414-9.
- 4-Ghazli M, Zinoun M, salah-Eddine A, Aderdour M, Bakkay M. Placenta praevia et pronostic foetal à propos de 200 cas. *Rev Fr Gynécol Obstét* 2000, 93:457-63.

5-Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta praevia with history of cesarean delivery and abortion: a metanalysis. *AmJ Obstet Gynecol* 1997, 177:1071-8.

6-Hossain GA, Islam SM, Mohamed S, Chacaborty MK, Akhter M, Sultanas S. Placenta praevia and it's relation with maternal age, gravidity and caesarean section. *Myomensigh Med J* 2004, 13 (2)/ 143-8.

7- Boogs G. Placenta praevia. EMC(Elsevier Parsi) Obstétrique 5-0690A-10,1996,21p.

8-Buambo-Bamanga FS, Oyere-Moke P, Makoumbo P, Ekoundzol JR, Mayada HF. Placenta praevia hémorragique : pronostic maternel et fœtal à propos de 128 cas. *Santé (Montrouge)* 2004, 50(3)/ : 177-81.

9-Getahum D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous cesarean delivery and risk of placenta praevia and placenta abruptio. *Obstet Gynecol* 2006, 107: 771-8.

10-Bhide A, Thilaganathan B. recent advances in the management of placenta praevia. *Curr Opin Obstete Gynecol* 2004, 16(6): 447-51.

11-Richard F, Silver. Placenta praevia: agressive expectant management. *AmJ Obstet Gynecol* 1984, 150:15-9.

12 –Chiche F. Placenta praevia . *Rev Prat Gynecol Obstet* 2002, 63/19-22.