

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
 PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I. Classification anatomique.....	2
II. Classification de Bessis.....	2
III. Facteurs de risque.....	6
IV. Physiopathologie du saignement.....	6
V. Diagnostic.....	7
VI. Prise en charge.....	7
 DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
I. PATIENTES ET METHODE.....	10
I.1.Type d'étude.....	10
I.2. Lieu et période d'étude.....	10
I.3. Les paramètres étudiés.....	10
I.4. Etude des données.....	11
II. RESULTATS.....	12
II.1. Fréquence.....	12
II.2. Age des patientes.....	12
II.3. Parité.....	13
II.4. Mode d'admission.....	14
II.5. Provenance.....	15
II.6. Antécédents.....	16
II.7. Réalisation d'une échographie pendant la grossesse.....	17

II.8. Présence d'un saignement pendant la grossesse.....	18
II.9. Hospitalisation pendant la grossesse	19
II. 10. Moment du diagnostic	20
II. 10. Le type de placenta praevia.....	21
II.12. Complications maternelles.....	22
II.13. Complications fœtales.....	23

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. INCIDENCE.....	24
II. FACTEURS DE RISQUES	24
II.1. Age.....	24
II.2. Parité.....	25
II.3. Antécédents.....	26
II.4. Grossesse gémellaire.....	27
II.5. Réalisation d'une échographie pendant la grossesse.....	27
II.6. Moment du diagnostic.....	28
III. PRONOSTIC MATERNO-FOETAL	29
III.1 Pronostic maternel	29
III.1.1. Anémie maternelle.....	29
III.1.2. Décès maternel.....	30
III.2. Pronostic fœtal.....	30
III.2.1. Hypotrophie fœtale.....	31
III.2.2. Décès néonatal.....	31

SUGGESTIONS..... 33

CONCLUSION..... 35

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : L'âge des patientes	12
Tableau II : La parité	13

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : classification anatomique du placenta praevia	4
Figure 2 : Image échographique d'un placenta praevia	5
Figure 3 : Le mode d'admission	14
Figure 4 : La provenance	15
Figure 5: Les antécédents	16
Figure 6: La réalisation d'une échographie obstétricale pendant la grossesse	17
Figure 7: L'existence d'un saignement pendant la grossesse	18
Figure 8: L'hospitalisation pendant la grossesse	19
Figure 9: Le moment du diagnostic	20
Figure 10: Le type anatomique du placenta praevia	21
Figure 11: Les complications maternelles	22
Figure 12: Les complications fœtales	23

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

Abréviations	Significations
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
HU-GOB	Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SA	Semaines d'Aménorrhée

INTRODUCTION

Le placenta prævia se définit comme une insertion anormale du placenta au niveau du segment inférieur de l'utérus.

Cette pathologie est responsable de la première cause des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, pouvant menacer la vie de la mère et du fœtus. Il s'agit également d'un grand facteur de morbidité tant maternelle que fœtale (1).

L'incidence du placenta prævia est de 0,3 à 2% des naissances (2).

Sa révélation se fait souvent d'une manière brutale et imprévisible dans les pays en développement par la survenue de saignement vaginal important (3).

Le nombre de placenta prævia non diagnostiqués pendant la grossesse et césarisés d'emblée en extrême urgence au service des urgences de l'HU GOB nous ont poussé à réaliser cette étude.

En effet, le diagnostic de cette pathologie serait aisé et la prise en charge meilleure, en l'occurrence une césarienne programmée pour les cas qui nécessiteraient cette voie d'accouchement, si les trois examens échographiques recommandés au cours d'un suivi de grossesse étaient réalisés et si les patientes consultaient pour tout saignement génital pendant la grossesse.

Ainsi, nos objectifs sont de vérifier les facteurs de risque ainsi que de déterminer le pronostic du placenta prævia césarisé en urgence durant la période d'étude.

Pour parvenir à ces objectifs, la première partie de notre travail sera consacrée aux rappels théoriques, la deuxième partie portera sur notre étude proprement dite et dans la troisième partie nous livrerons nos discussions et suggestions avant de terminer par la conclusion.

PREMIERE PARTIE

RAPPELS

I. CLASSIFICATION ANATOMIQUE

Il s'agit d'une classification suivant le rapport du placenta avec l'orifice interne du col utérin. On distingue :

- Le placenta recouvrant : qui recouvre le col en son entier, le risque hémorragique est alors le plus important. La voie d'accouchement est nécessairement une césarienne.
- Le placenta marginal : son bord inférieur affleure l'orifice interne du col.
- Le placenta latéral : la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne peut être mesurée. Elle est inférieure à 2 cm.

II. LA CLASSIFICATION DE BESSIS

Il s'agit d'une classification échographique et on distinguera :

- **Les placentas bas insérés antérieurs :**
 - De type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie
 - De type II : la limite inférieure atteint les deux tiers supérieurs de la vessie
 - De type III : la limite inférieure atteint le col utérin
 - De type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est à dire atteint la face postérieure de l'utérus

▪ **Les placentas bas insérés postérieurs**

- De type I : la limite inférieure du placenta se situe à moins de 4 cm en arrière du col utérin
- De type II : la limite inférieure atteint le col utérin
- De type III : la limite inférieure atteint le tiers inférieur de la vessie
- De type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical

Les placentas de type I et II correspondent aux placentas prævia latéraux

Les placentas de type III correspondent aux placentas prævia marginaux

Les placentas de type IV correspondent aux placentas prævia recouvrant.

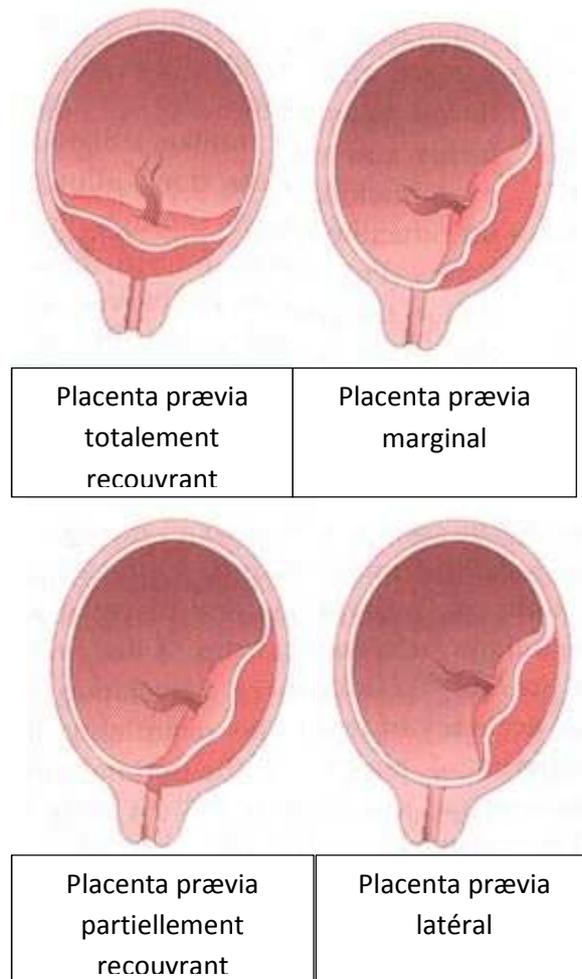


Figure 1 : Classification anatomique du placenta praevia (3).



Figure 2 : Image échographique d'un placenta prævia (3).

III. FACTEURS DE RISQUE (4) (5)

Le placenta prævia présente plusieurs facteurs de risque tels que :

- Age avancé
- Multiparité
- Grossesse multiple
- Antécédents : avortement spontané et provoqué, curage, curetage, césarienne antérieure, placenta prævia (risque moins de 5%).
- Alcool, tabac et drogues
- Intervalle intergénésiq ue moins de un an

IV. PHYSIOPATHOLOGIE DU SAIGNEMENT

L'implantation normale, au niveau du fond de la cavité utérine, protège le placenta des forces mécaniques qui accompagnent la rétraction des fibres myometriales du segment inférieur lors des contractions utérines de fin de grossesse et du travail. En effet, le segment inférieur est extensible et mobile (6).

Par conséquent, lorsque l'insertion placentaire est normale, le processus de l'effacement et de la dilatation du col n'intéresse pas le site d'implantation du placenta qui peut rester fonctionnel.

A l'inverse, lorsque les villosités choriales s'attachent sur la muqueuse de l'isthme ou recouvrent l'orifice interne du canal cervical, les modifications dynamiques qui conduisent à la maturation, puis à la dilatation du col peuvent provoquer un décollement partiel du placenta qui se manifestera par des hémorragies génitales.

V. DIAGNOSTIC

Le maître symptôme au cours du placenta praevia est représenté par le saignement génital au cours du troisième trimestre de grossesse.

Typiquement, il s'agit d'un saignement fait de sang rouge, avec caillots, survenant souvent au repos, dont l'abondance est variable, allant d'un saignement minime à une hémorragie cataclysmique.

L'utérus est souple, et ce saignement est indolore.

L'échographie permet un diagnostic fiable et facile, même en cas de localisation postérieure du placenta bas inséré.

La voie endovaginale retrouve une bien meilleure indication en cas de placenta praevia. Elle permet de mesurer précisément la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col. Cette distance permet d'apprécier le risque hémorragique.

VI. PRISE EN CHARGE

➤ Hospitalisation

Il faudra hospitaliser toutes les patientes présentant un placenta praevia symptomatique, notamment un saignement actif.

- La prise en charge initiale comportera l'évaluation de l'abondance et des retentissements des pertes sanguines. Les mesures de réanimation adéquates sont nécessaires en cas de choc hypovolémique.
- Une extraction fœtale en urgence par une césarienne est indiquée pour les cas d'hémorragie cataclysmique engageant le pronostic vital quel que soit le terme de la grossesse.

- Par ailleurs, il faut évaluer le bien-être fœtal par la réalisation d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal pour les termes viables.
- Un retour à domicile pourra être autorisé pour les cas de saignement modéré après quelque jour d'arrêt des saignements.

➤ **Voie d'accouchement (7):**

- Quand la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col est supérieure à 20 mm : on peut tenter un accouchement par voie basse.
- Une distance entre 0 et 20 mm ne contre indique pas complètement l'accouchement par voie basse à condition que la patiente ne saigne pas pendant le travail, cette éventualité nécessitera une stricte surveillance. Une césarienne systématique est à reconsidérer chez ces patientes.
- Le placenta prævia recouvrant est une indication formelle d'accouchement par voie haute (césarienne).

La programmation des patientes pour la césarienne est souvent entre 37 et 38SA afin d'éviter de faire une intervention d'urgence si la patiente entre plus tôt en travail.

➤ **Mesures complémentaires en cas de besoin:**

- Transfusion sanguine
- Injection d'immunoglobulines anti-D en cas de groupe sanguin Rhésus négatif

- Hystérectomie d'hémostase

ClicCours.com

DEUXIEME PARTIE

NOTRE ETUDE

I. PATIENTES ET METHODE

I.1.Type de l'étude

Il s'agit d'une étude cas-témoins, le recueil des données était réalisé de manière prospective.

Nous avons inclus pour les cas, les patientes césarisées en urgence pour un placenta prævia hémorragique et pour les témoins, des patientes césarisées en urgence pour toute autre raison, prises au hasard.

Nous avons considéré un cas pour deux témoins.

Les critères d'exclusion étaient représentés par les césariennes programmées pour placenta prævia et les cas accouchés par la voie basse.

I.2. Lieu et période de l'étude

Notre étude était réalisée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo, dans le service des urgences, dans lequel il existe un bloc opératoire.

La période de l'étude allait du 1^{er} juillet 2011 au 31 décembre 2011.

I.3. Les paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient :

- L'âge des patientes
- La parité
- Le mode d'admission
- La provenance

- Les antécédents
- La réalisation d'une échographie en consultation prénatale
- L'existence d'un saignement pendant la grossesse
- Le nombre d'hospitalisations pendant la grossesse
- Le moment du diagnostic du placenta prævia
- Le type de placenta prævia
- Les complications maternelles
- Les complications fœtales

I.4. Etude des données

Le recueil des données et l'étude statistique étaient réalisés avec le Logiciel EPI INFO 2000 3.6. Un résultat statistiquement significatif était attribué lorsque la valeur de p était inférieur à 0,05.

II. RESULTATS

II.1. Fréquence

Sur la période d'étude, nous avons colligé 64 cas de placenta prævia césarisés en urgence et donc 128 témoins, ces derniers étaient représentés par des patientes césarisées en urgence pour une toute autre raison.

II.2. L'âge des patientes

Tableau I : L'âge des patientes

	MOYENNE D'AGE	AGE >30 ANS
CAS	29,8 ans	46,8%
TEMOINS	26,1 ans	29,8%
P	0,0004	0,01

L'âge moyen est significativement plus élevé pour les patientes ayant présenté un placenta prævia par rapport aux témoins. Il en est de même pour le nombre de patientes âgées de plus de 30 ans.

II.3. La parité

Tableau II : La parité

	PARITE MOYENNE	PARITE >2
CAS	3,0	73,8%
TEMOINS	1,7	50%
P	0,00001	0,0005

Les multipares prédominaient dans la population des patientes ayant présenté un placenta prævia, et cela d'une manière statistiquement significative.

II.4. Le mode d'admission

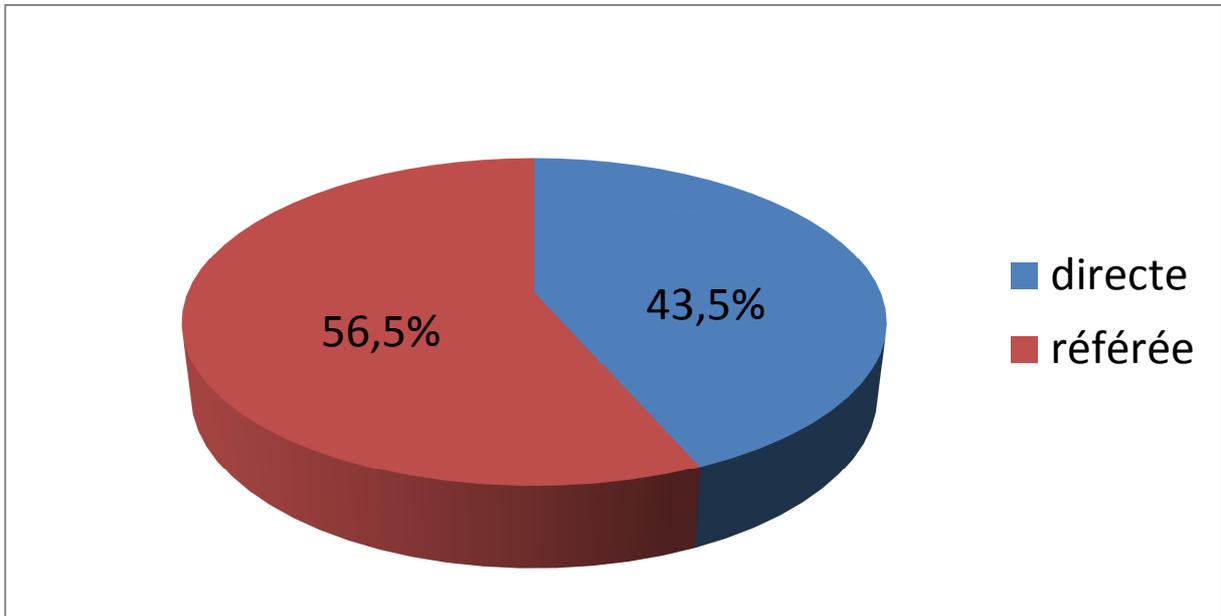


Figure 3 : Le mode d'admission

Les cas étaient référés dans 56,5% des admissions.

II.5. La provenance

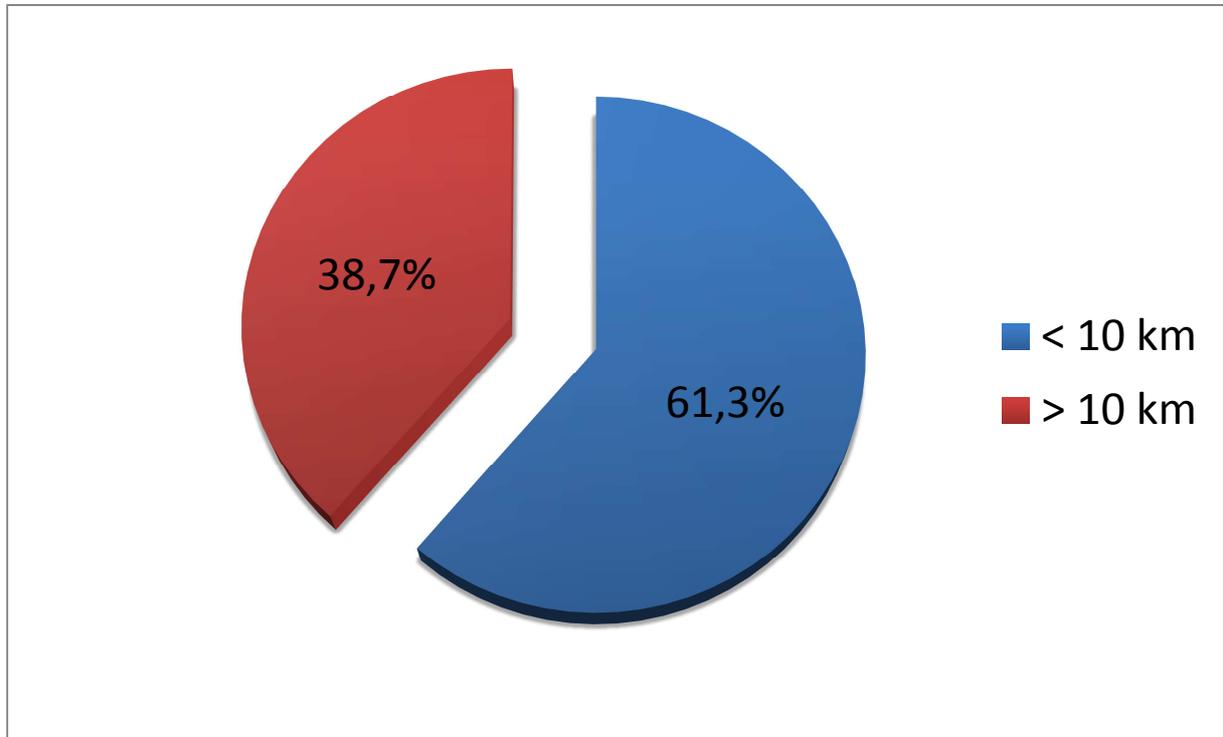


Figure 4 : La provenance

Environ 39% des patientes habitaient à plus de 10 kilomètres de la maternité.

II.6. Les antécédents

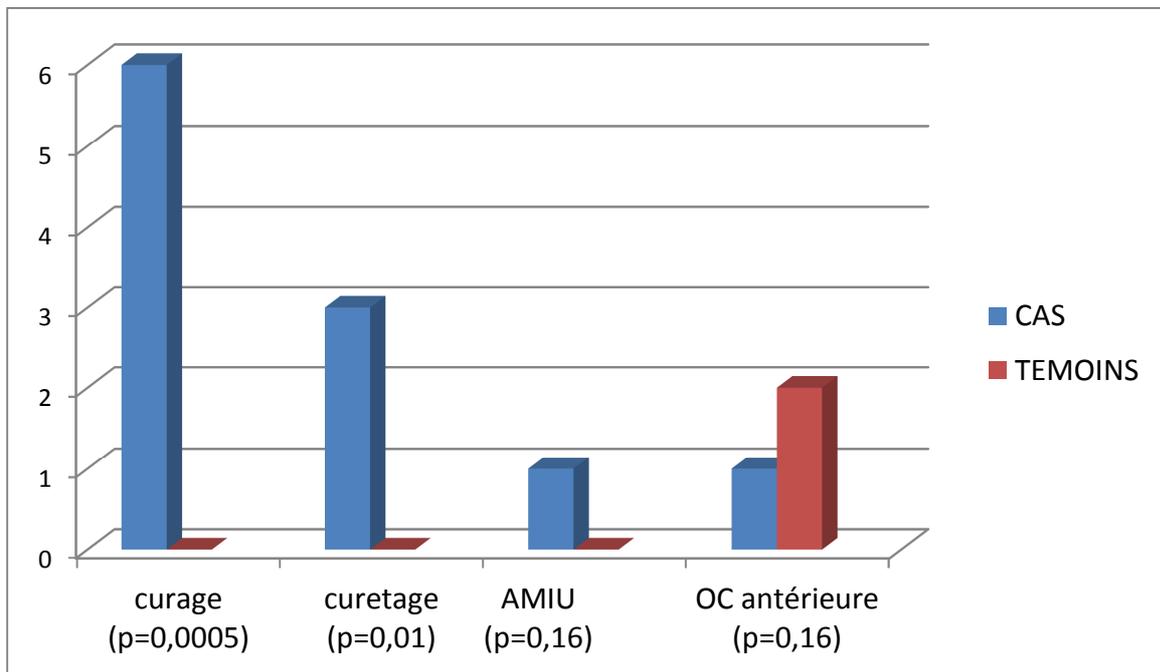


Figure 5 : Les antécédents

Le nombre de patientes ayant eu un antécédent de curetage ou de curage était statistiquement plus nombreux pour les cas.

L'existence d'une césarienne antérieure était plus élevée pour les témoins

II.7. La réalisation d'une échographie obstétricale pendant la grossesse

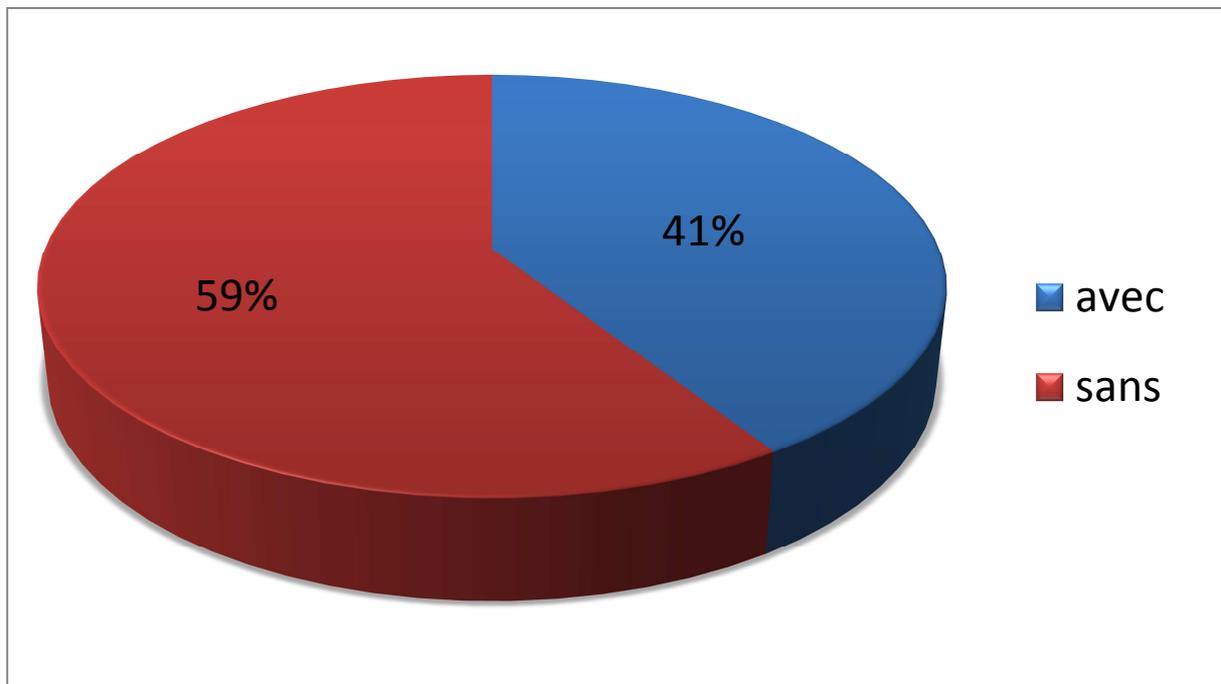


Figure 6 : La réalisation d'une échographie pendant la grossesse

Au moins une échographie obstétricale était réalisée chez 41% des cas pendant la grossesse.

II.8. L'existence d'un saignement pendant la grossesse

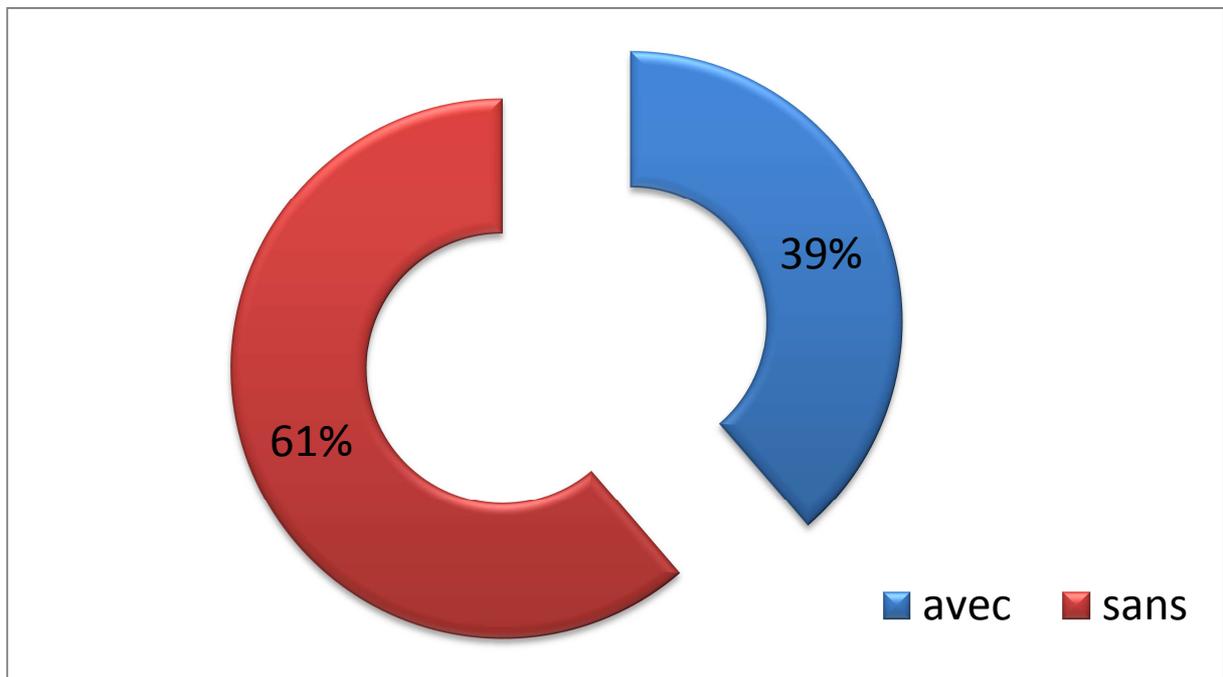


Figure 7 : L'existence d'un saignement pendant la grossesse

Près de 40% des cas avaient présenté un saignement génital pendant la grossesse.

II.9. Une notion d'hospitalisation pendant la grossesse

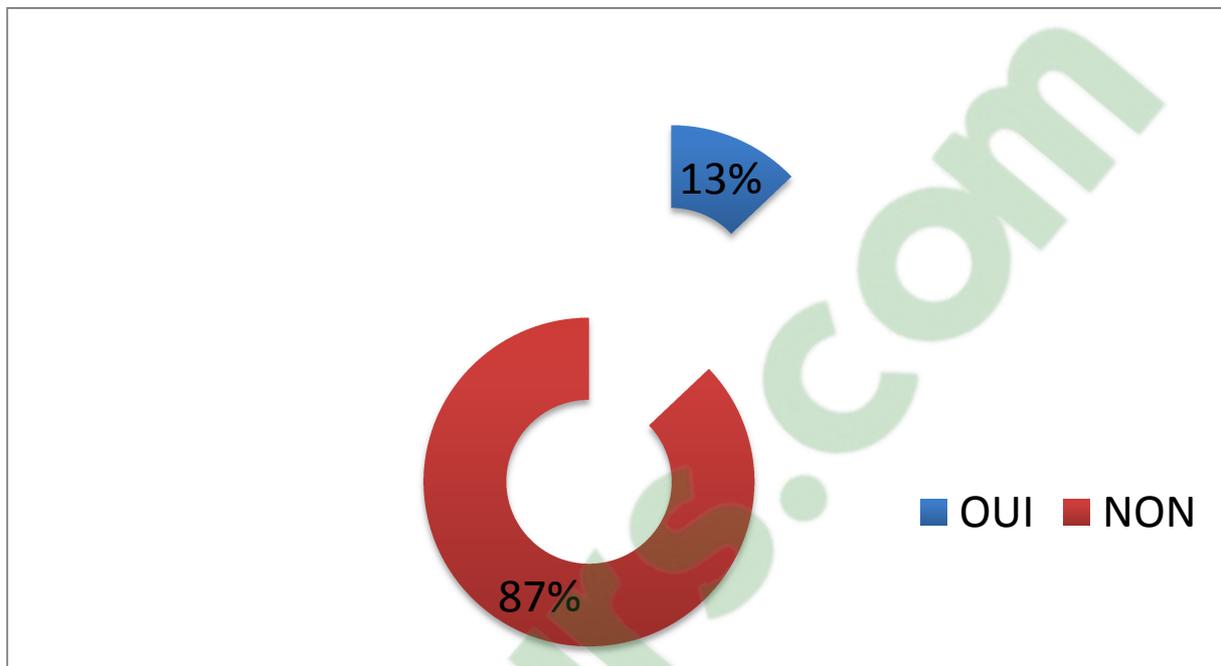


Figure 8 : L'hospitalisation pendant la grossesse

Environ 13% des patientes présentant un placenta prævia avaient déjà été hospitalisées au moins une fois pendant la grossesse.

II.10. Le moment du diagnostic

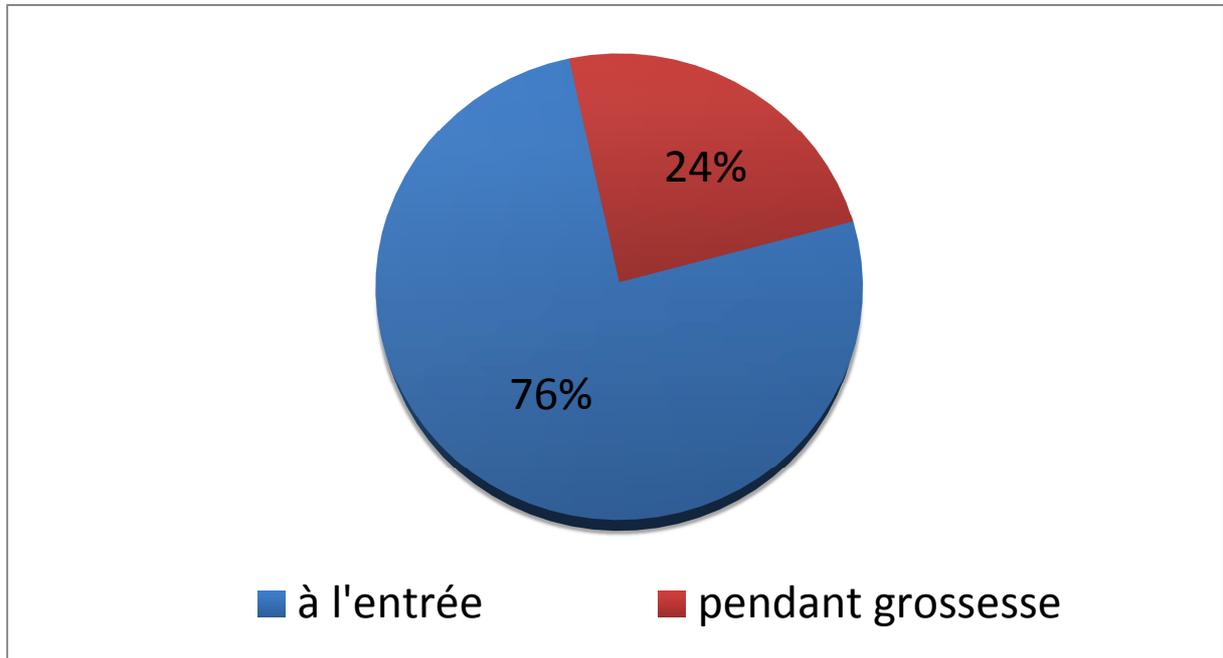


Figure 9 : Le moment du diagnostic du placenta praevia

Le placenta praevia n'était diagnostiqué pendant le suivi de grossesse que dans 24% des cas.

II.11. Le type de placenta prævia

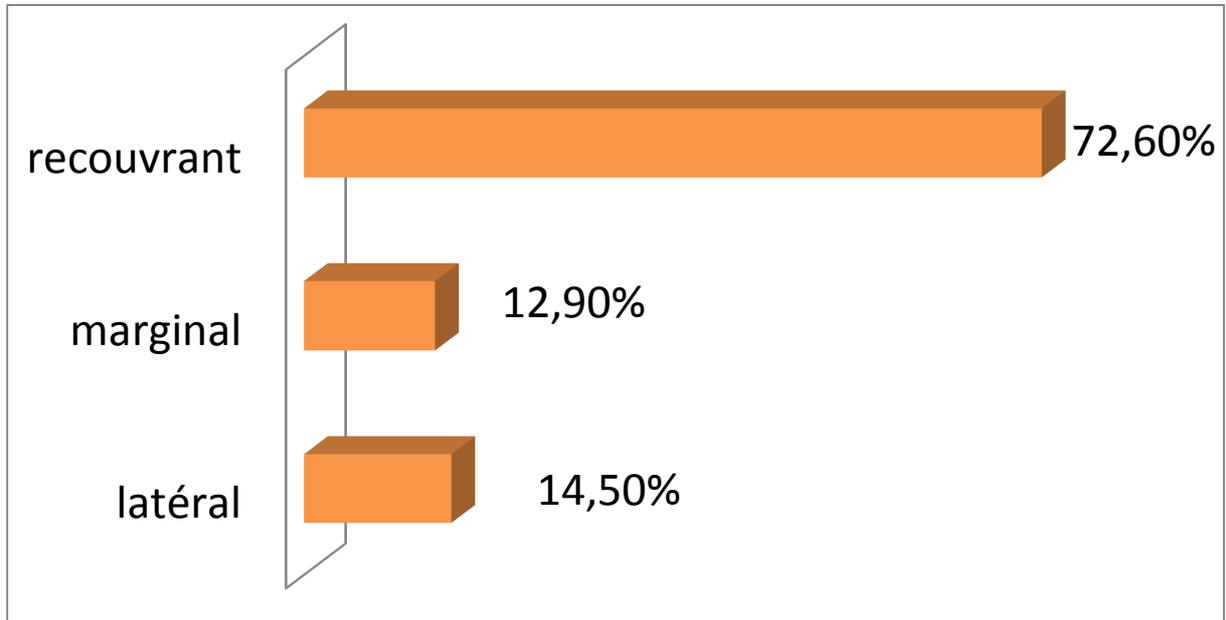


Figure 10 : Le type anatomique du placenta prævia

Le placenta prævia était recouvrant dans 72,60% des cas.

II.12. Les complications maternelles

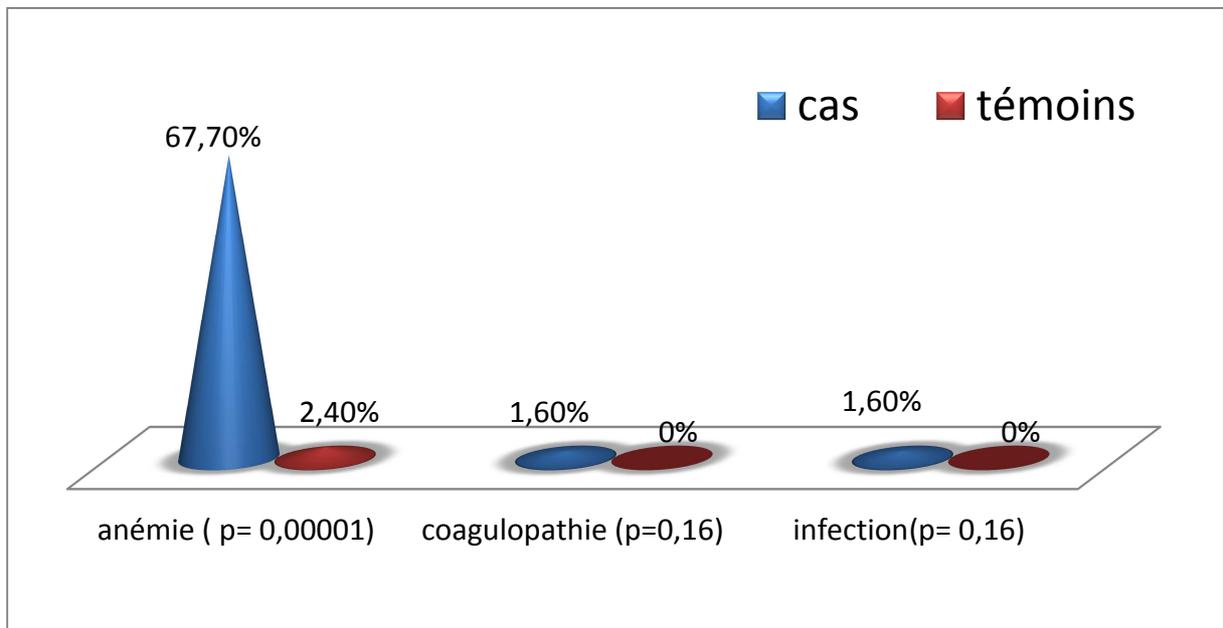


Figure 11: Les complications maternelles

L'anémie était la complication maternelle la plus fréquente pour les cas et cela d'une manière statistiquement très significative.

II.13. Les complications fœtales

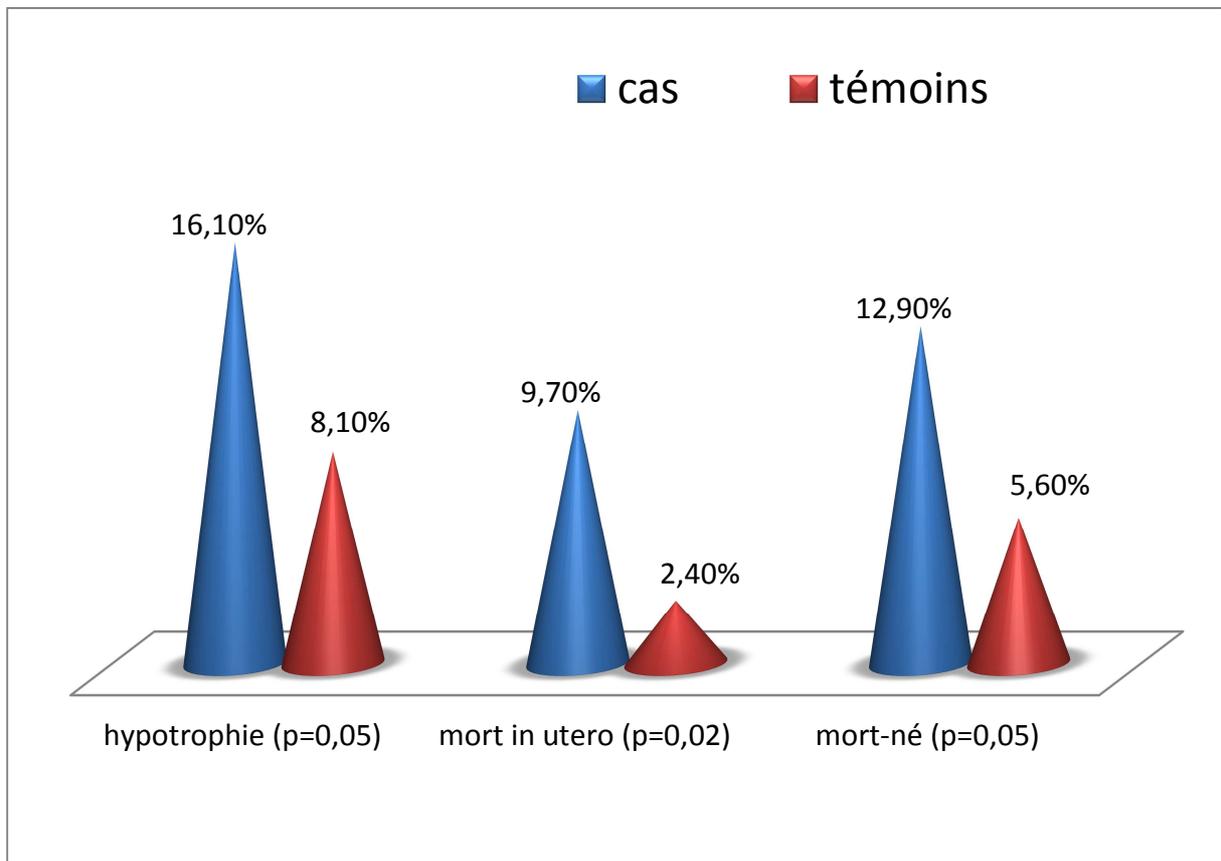


Figure 12 : Les complications fœtales

Les taux d'hypotrophie néonatale, de mort fœtale in utero, de décès néonatal étaient tous significativement plus élevés pour les cas.

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

I. INCIDENCE

Dans notre étude, nous avons recensé 62 cas de placenta prævia qui avaient été opérés en urgence à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (HU GOB) durant une période de 6 mois.

Le nombre de césariennes réalisées en urgence était de 922, ce qui nous fait une incidence de 6,72%. Par rapport au nombre de naissances vivantes pendant la période d'étude, la fréquence est de 1,43%.

Le nombre de césariennes programmées pour placenta prævia était de quatre, ce qui ne représente que 6% du nombre total des cas de placenta prævia césarisés.

Dans la littérature, le placenta prævia survient dans 0,3 à 2% des naissances. Sa fréquence est de 5% au troisième trimestre (2).

Selon une étude de Lyasu s'étalant sur 22 ans en Géorgie, son incidence est de l'ordre de 0,48% (8).

Dans quelques pays africains, la fréquence du placenta prævia au Niamey est de 3% (9) ; en Abidjan 1,6% (10); au Congo : 0,6% (11) et au Maroc 0,4% (3).

II. FACTEURS DE RISQUE

II. 1. Age

Dans notre étude, l'âge moyen des cas était de 29,88 ans contre 26,12 ans pour le groupe témoin. Cette différence était significative avec une valeur statistique de $p < 0,0004$. Il en était de même pour la tranche d'âge puisque les patientes âgées de plus de 30 ans représentaient 46,8% contre 29,8% pour les témoins ($p = 0,01$).

Une étude réalisée au Niger en 2007 retrouvait que le placenta prævia avait concerné la tranche d'âge de 35 à 39 ans dans 27,6% (9).

Au Cote D'Ivoire, selon une étude cas-témoins, les patientes âgées de plus de 30 ans représentaient 43,2% contre 28% dans le groupe témoin avec un $p = 0,0001$ (10). On retrouve des résultats similaires au Maroc (3), et au Nigéria (12).

Physiologiquement, quand l'âge des femmes avance, les collagènes remplacent les muscles lisses qui tapissent les parois des artères myométriales. Les changements atrophiques qui surviennent chez ces patientes plus âgées pourraient aussi aboutir à un défaut de vascularisation au niveau du décidua. L'insuffisance de la perfusion et le déficit de la vascularisation contribuent au développement du placenta prævia (13) (14).

II.2 Parité

Dans notre étude, 26,2% des cas étaient des primipares, 60,7% des paucipares c'est-à-dire ayant une parité comprise entre deux et quatre et 13,1% des grandes multipares avec une parité supérieure ou égale à cinq.

La multiparité est réputée comme étant un facteur de risque de survenue de placenta prævia dans la littérature tel que le démontre ces quelques résultats de certains travaux.

Au Congo, les multipares représentaient 73,6% des patientes en 2004 (3).

Au Nigeria, les grandes multipares ayant présenté un placenta prævia étaient de 36,1% contre 14% pour le groupe témoins ($p=0,001$) en 2002 (12).

Le concept « migration placentaire » est supposé être à l'origine de la prédisposition des multipares au placenta prævia. Le mécanisme de ce mouvement est encore mal expliqué mais il est suggéré que l'ascension du placenta est due au bon développement du segment inférieur. Cette ascension s'effectue au fur et à mesure que l'âge de la grossesse avance (15) (16). Il a été démontré qu'en réalité, c'est le col qui s'éloigne du placenta mais ce n'est pas le placenta qui s'éloigne du col (17).

Chez les nullipares, l'ampliation du segment inférieur peut survenir dans les semaines précédant le travail, tandis que chez les multipares, le développement du segment inférieur et l'effacement cervical peuvent n'apparaître que lors de la mise en travail. Hayashi suppose que cette différence physiologique pourrait expliquer le fait que les multipares présentent un risque plus élevé de placenta prævia (18). Une démonstration sur 70 cas montrant la

différence entre l'incidence du placenta prævia entre les nullipares et les grandes multipares illustre cette idée (19).

Les grossesses précédentes chez une patiente peuvent prédisposer à une implantation basse du placenta par d'autres mécanismes. Il a été décrit que chaque grossesse menée à terme peut endommager l'endomètre du fond utérin et par conséquent induire à une perturbation de l'implantation du placenta (19).

II.3 Antécédents

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux peuvent également constituer des facteurs de risque. Les antécédents de curage et de curetage étaient statistiquement plus fréquents pour les cas dans notre étude.

Au Nigeria, il avait été montré que l'antécédent d'avortement spontané serait associé à une augmentation de 70% du risque de développement de placenta prævia (12).

On pense que les possibles mécanismes de cette association sont dus aux effets traumatiques de l'évacuation chirurgicale de la rétention placentaire au niveau de l'endomètre. Par ailleurs certains auteurs avaient démontré une augmentation significative du risque chez les patientes qui avaient eu un antécédent de curage utérin ou de curetage (3). En effet, il semble que les avortements et les cicatrices utérines constituent un facteur de risque du fait de l'implantation préférentielle de l'œuf sur l'endomètre endommagé (6) (20).

Il semble également qu'il existerait une augmentation du risque de survenue de placenta prævia sur un antécédent de césarienne antérieure (21). L'incidence est plus élevée et augmente en prévalence après chaque césarienne (22). La césarienne constitue un facteur de risque selon des méta analyses de plusieurs études (5) (11).

Aux Etats-Unis, sur une étude concernant 11 millions de naissances entre 1995 et 2000, l'Odds Ratio de survenue placenta prævia après une césarienne antérieure est de 1,5 (23) ; il varie de 1,4 à 1,7 à Missouri (24), à Washington (25) , en Australie du Sud (26) et en Norvège (27) ; et 1,8 en Suède (28).

Au décours de notre étude, aucun lien n'était retrouvé entre la survenue du placenta praevia et l'existence d'un utérus cicatriciel.

II.4. Grossesse gémellaire

Certaines études retrouvent que les grossesses gémellaires constituent un facteur de risque de placenta praevia. Les auteurs supposent que cela est dû au fait que la surface du placenta est très large au cours d'une grossesse multiple et l'implantation du placenta peut très facilement intéresser le segment inférieur de l'utérus (17).

Cependant, dans notre étude, nous n'avions pas retrouvé de cas de grossesse gémellaire.

De même qu'au Nigéria la grossesse gémellaire ne constituait pas un facteur de risque lors d'une étude effectuée en 2002 (12).

II.5. Réalisation d'une échographie pendant la grossesse

Selon les recommandations, devant toute suspicion de placenta praevia, l'échographie obstétricale et si possible par la voie endovaginale est l'examen paraclinique de référence à réaliser quel que soit le terme de la grossesse. La valeur de cette voie est prouvée plus élevée par rapport à l'échographie abdominale. Elle permet de faire la mesure exacte de la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col utérin (7).

Entre 15 et 25 SA, 45% des femmes enceintes présenteraient un placenta bas inséré, mais à ce terme, seulement 0,5% de ces cas deviennent symptomatiques (2).

Dans notre étude, 41% des cas avaient bénéficié d'au moins une échographie pendant la grossesse. Cependant pour 75,8% de ces cas, le diagnostic de placenta praevia n'était posé qu'à l'admission aux urgences, grâce à l'échographie réalisée dans ce service. Ces patientes

étaient admises dans un contexte hémorragique et l'existence de placenta prævia était donc restée méconnue pour beaucoup d'entre elles et cela, malgré les consultations prénatales et les échographies.

Cela suppose-t-il qu'il y aurait un manque de compétence dans la réalisation des échographies obstétricales en ville ? Ou bien est-ce la méconnaissance de la prise en charge et du suivi nécessaire une fois le diagnostic posé ?

Au Niger, aucune échographie n'avait été réalisée chez 79,5% des patientes avant leur admission alors que le type anatomique du placenta prævia était recouvrant dans 62,5% et dans 63,5%, celui-ci était hémorragique (9).

II.5 Moment de diagnostic

Dans notre étude, le placenta prævia n'était diagnostiqué pendant le suivi de grossesse que dans 24% des cas malgré que 41% des cas ont pu bénéficier d'au moins une échographie pendant la grossesse et que dans 72,6% des cas, le placenta prævia était de type recouvrant.

Par ailleurs, 39% des cas avaient présenté au moins un saignement génital pendant la grossesse alors que seulement 13% avaient bénéficié d'une hospitalisation. Entre autre, l'admission des 56,5% de ces cas était référée malgré que 61,5% habitaient à moins de 10 km de l'Hôpital.

Cela signifierait que malgré les saignements plus ou moins importants au cours de la grossesse, les patientes ne venaient pas de suite à l'Hôpital.

Dans les milieux défavorisés, on constate souvent un manque de sensibilisation, aux signes d'alarme d'un placenta prævia. Les femmes peuvent par conséquent tarder à consulter un médecin. Par ailleurs, le manque de transport et l'obligation de parcourir de longues distances pour parvenir à une unité de soins de santé (qui ne dispose peut être que de ressources limitées pour prendre en charge le problème) augmentent le risque d'hémorragie qui est la principale cause de décès maternel en Afrique et en Asie (29).

III. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

III.1 Pronostic maternel

Le placenta prævia, dans la littérature comme dans notre travail, génère une lourde morbidité maternelle.

III.1.1 Anémie maternelle

L'hémorragie obstétricale est une des premières causes de morbidité et de mortalité maternelle en Afrique du sud (12).

En Nigeria, la mortalité maternelle est estimée à 15 pour mille naissances. La principale cause relève de l'hémorragie du postpartum et des saignements dus aux anomalies de l'insertion placentaire.

La principale complication commune au placenta prævia est le saignement vaginal au cours de la grossesse. Rappelons que dans notre étude, 39% des patientes ayant présenté un placenta prævia avaient connu au moins un épisode de saignement pendant la grossesse.

Dans la littérature, 70 à 80% des patientes ayant un placenta prævia auront au moins un saignement au cours de la grossesse que ce soit un placenta prævia latéral, marginal ou recouvrant (30).

Les métrorragies peuvent entraîner une anémie maternelle si bien qu'il est important de contrôler le taux d'hémoglobine sanguin et de restaurer la réserve de fer.

L'anémie maternelle postopératoire est ainsi souvent le fait de saignement survenu pendant la grossesse, pendant le travail, ou pendant l'intervention (3).

Dans notre étude, la principale complication maternelle est l'anémie qui a été présente chez 67,7% des cas contre 2,4% avec une valeur de p très significatif à 0,00001.

En Abidjan également, la morbidité maternelle était dominée par l'anémie qui était retrouvée dans 59,2% de leur cas (10).

Les saignements du placenta prævia peuvent également engendrer un décollement du placenta et donc la formation d'un hématome qui aggravera encore l'état hémodynamique de la patiente. Le décollement favorise encore plus les saignements. Les saignements peuvent également être provoqués par l'examen clinique notamment le toucher vaginal (31).

III.1.2 Décès maternel

Au cours de la période d'étude aucun décès n'était déploré. Pareillement, en Abidjan, aucun décès maternel n'était enregistré au cours d'une étude menée en 2009 (10).

La mortalité maternelle secondaire à l'hémorragie est de 0,66 pour 100 000 dans une Maternité en Grande Bretagne (32).

Un travail rétrospectif publié en 2001 (33) s'intéressant à la mortalité maternelle sur une période de 13 ans aux Etats-Unis dans l'Ohio retrouve, que parmi les causes de mortalité maternelle, le placenta prævia en constituerait 1,5%.

III.2 Pronostic fœtal

En cas de placenta prævia hémorragique, l'origine du sang extériorisé est double, maternelle et fœtale. La participation fœtale dans ces hémorragies est estimée autour de 4 à 10% saignement du fait de la déchirure des villosités au cours du décollement d'un bord placentaire (3).

Le pronostic périnatal dépend de la précocité des premières hémorragies, des récurrences hémorragiques, de la quantité de sang perdu et de l'existence d'un choc hypovolémique qui double la mortalité fœtale (6).

Le nombre élevé d'épisodes hémorragiques s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité périnatale plus fréquente (20). Ainsi, l'abondance de l'hémorragie est un facteur de mauvais pronostic fœtal (6) (20) (34).

III.2.1 Hypotrophie fœtale

L'hémorragie au cours d'un placenta prævia peut engendrer une hypoxie chez le fœtus secondaire à la diminution du volume sanguin maternel. Le placenta prævia peut également entraîner un retard de croissance intra-utérin ou une hypotrophie fœtale.

Le faible poids est lié en grande partie à la prématurité souvent induite (3).

Au Congo, le placenta prævia s'était révélé dans 71,9% des cas avant terme, compliquant en même temps le pronostic périnatal. Cette prématurité était la première cause de mortalité néonatale précoce dans cette série (3).

Dans notre étude, l'hypotrophie était retrouvée dans 16,10% des cas contre 8,10% des témoins. La différence statistique était significative.

Il est décrit que l'insertion anormale du placenta, au niveau du segment inférieur, mal vascularisé par rapport au fond utérin favorise une hypoperfusion placentaire et par conséquent augmente le risque de survenue d'hypotrophie fœtale.

III.2.2 Décès néonatal

Dans notre étude, des différences significatives étaient retrouvées entre cas et témoins pour la mortalité fœtale in utéro, 9,70% contre 2,40% ($p=0,02$) et pour la mortalité néonatale 12,90 contre 5,60% ($p=0,05$). La mortalité périnatale atteignait donc 18,50%.

En Abidjan, (10) le taux de mortalité périnatale était de 21,3% en cas de placenta prævia contre 3,8% chez les témoins ($p=0,0001$).

Dans les pays développés, l'effet du placenta prævia sur la morbidité et la mortalité néonatale avait fait l'objet d'une grande étude rétrospective dans une revue parue en 2003 aux Etats-Unis (35) : il y était rapporté que la mortalité néonatale était supérieure à 1% en cas de placenta prævia chez la mère, ce qui représenterait un taux qui est 4 fois plus élevé que dans la population générale (35) (36).

Il s'agit donc d'une pathologie greffée d'une mortalité périnatale très élevée, notamment dans les pays en développement. Les causes en sont l'anémie foetale, l'hypotrophie mais surtout la prématurité induite.

SUGGESTIONS

D'après l'OMS, le placenta prævia est une complication de la grossesse qui met la vie de la patiente en danger. Il s'agit également d'un important problème de santé publique dans le monde entier. Son impact est bien plus important dans les milieux défavorisés que dans les pays développés.

Ainsi, au niveau santé publique, nous suggérons de

- Bien informer et sensibiliser les patientes surtout pour les consultations prénatales
- Organiser des formations et discuter des nouvelles recommandations pour les personnels de santé
- Améliorer les infrastructures de santé publique

Au niveau technique il faudrait

- Eviter toute circonstance, pathologie, geste qui altèrent l'endomètre
- Eviter la prise de tabac, d'alcool et de cocaïne
- Espacer les naissances surtout en cas d'antécédent de césarienne et de placenta prævia

En outre, il convient de faire le diagnostic précoce du placenta prævia, surtout chez les femmes à risque par :

- la pratique d'une échographie obstétricale systématique
- la multiplication des consultations prénatales pour une meilleure surveillance de cette grossesse pathologique
- l'hospitalisation de la patiente, surtout si les saignements deviennent récidivants ou permanents
- la pratique de la césarienne dès que la maturité fœtale est suffisante.

CONCLUSION

Le placenta prævia demeure encore un facteur de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales.

Son diagnostic précoce et sa prise en charge nécessitent une très bonne qualité des consultations prénatales. Cependant dans les pays en développement, et en particulier dans le centre de l'étude, l'accident hémorragique survient de façon brutale et le traitement consiste en un sauvetage maternel quel que soit le terme de la grossesse.

Beaucoup de facteurs de risque connus du placenta prævia sont retrouvés dans notre étude tels que l'âge, la parité, les antécédents obstétricaux. Notre étude a également révélé que dans beaucoup de cas, le diagnostic n'était fait qu'à l'admission, malgré le fait qu'une échographie obstétricale était réalisée pendant la grossesse, ou que la patiente a eu des saignements pendant la grossesse.

Aucun décès maternel n'était déploré. Le pronostic foetal cependant était mauvais associant une mortalité périnatale importante et un taux de nouveau-nés hypotrophes élevé.

L'amélioration du pronostic materno-foetal dépendra de l'amélioration de l'information, de l'éducation et de la communication sur l'importance des consultations prénatales, sur l'importance de la connaissance des signes cliniques de gravité pendant la grossesse notamment le saignement génital.

La réalisation de l'examen échographique pendant la grossesse devrait être intégrée dans la politique nationale de suivi de grossesse à Madagascar. Cela permettrait de réaliser un diagnostic précoce en particulier chez les patientes à risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brace V. Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland.. BJOG. 2007; 114(11):1388-1396
2. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. Cochrane Database Syst Rev.2003;(2): CD00 1998
3. Simon FBB . Placenta praevia hémorragique : pronostic maternel et foetal. cahiers d'études et de recherches francophones/ santé. 2004 ; 14 :177-81
4. Parazzini F, Dindelli M, Luchini L et al. Risk factors for placenta praevia. 1994;15:321-326
5. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta analysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med. 2003; 13(3):175-190
6. Le placenta praevia. EMC Obstétrique 5-069-A-10. Paris : Elsevier. 1996 ;21 p
7. Oppenheimer L, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta praevia. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(3):261-73
8. Lyasu S. The epidemiology of placenta praevia in the United States, 1979 through 1987. Am J Obstet Gynecol. 1993; 168(5):1424-9
9. Nayama M. Prise en charge du placenta praevia au niveau de la Maternité Issaka Gazobi de Niamey. Etude prospective à propos de 98 cas sur 1 an. Med Afr Noire. 2007 ;54(4) :203-208
10. N'Guessan K . Pronostic materno-foetal du placenta praevia au CHU de Cocody. Mali med. 2009 ; 24(2)57-59
11. Weerasekera D.S. Placenta praevia and scarred uterus- an obstetrician's dilemma. Journal of Obstetrics and Gynecology 2000; 5:484-5.
12. Eniola AO, Bako AU, Selo-Ojeme DO. Risk factors for placenta praevia in Southern Nigeria. East African Medical Journal. 2002; 79:10
13. Cunningham FG et al. Williams's obstetrics, ed 18. Norwalk, Appleton and Lange, 1989:712-716
14. Naeye RL. The duration of maternal cigarette smoking, fetal and placental disorder. Early Hum Dev.1979;3:229-237

15. Williams MA, Mittendorf R. Increasing maternal age as a determinant of placenta praevia. *J Reprod. Med.* 1993; 38:425-428
16. Morrison J. The development of the lower uterine segment. *Obstet Gynecol.* 1979;86:846
17. Directive Clinique de la SOGC. Diagnostic et prise en charge du placenta praevia. 2007:189
18. Hayashi RH. Abnormalities of placental implantation. In : *The human placenta: Clinical prospectives.* Ed JP Lavery; Rockville MD, Aspen Publishers, 1987:115-129
19. Green JR. Placenta abnormalities: placenta praevia and abruptio placentae. In *maternal-Fetal medicine: principles and practice.* 1984 :539-600
20. Dantzer M . Césariennes pour placenta praevia, mortalité et morbidité périnatales. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1986 ;81 :685-91
21. Ipek GU. Risk of placenta praevia in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth.* Impact factor 2011.
22. Giliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta praevia with greater number of caesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol.* 2002;99:967-80
23. Yang Q . Association of caesarean delivery for first birth with placenta previa and placental abruption in second pregnancy. *BJOG* 2007, 114(5):609-613
24. Getahun D . Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006,107(4):771-778
25. Lydon-Rochelle M . First –birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001,97(5):765-769
26. Kennare R. Risks of adverse outcomes in the next birth after first cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2007, 109 :270-276
27. Rasmussen S et al. Obstetric history and the risk of placenta previa. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2000,79(6):502-507
28. Monica G, Lilja C. Placenta previa, Maternal Smoking and Recurrence Risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995,74(5):341-345
29. Khan KS . WHO analysis of causes of maternal death : a systematic review. *Lancet* 2006;367:1066-74 Medline
30. Love CDB, Wallace EM. Pregnancies complicated by placenta praevia : what is the appropriate management? *BJOG.*1996 ;103 :864-867

31. Gagnon R, Morin L. Guidelines for the management of vasa praevia. J Obstet Gynaecol Can. 2009.
32. CEMACH –Saving Mothers’s Lives. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health- Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. Executive Summary.2007.
33. Pancha S, Arria AM, Labhsetwar SA. Maternal mortality during hospital admission for delivery: a retrospective analysis using state-maintained database. Anesth Analg. 2001;93(1):134-41
34. Ghazli M . Placenta praevia et pronostic foetal : à propos de 200 cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1998 ; 93 : 457-63
35. Ananth CV . The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997. Am J Obstet Gynecol.2003 May;188(5):1299-1304
36. Crane JM . Neonatal outcomes with placenta previa. Obstet Gynecol, vol. 1997; 177: 210-4

Nom et prénoms : HARIMIADANTSOA Tojoniaina

Titre du mémoire :FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC DES CESARIENNES REALISEES EN URGENCE POUR PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE A L'HU GOB

Rubrique :	Gynécologie-obstétrique	Nombre de pages :	35
Nombre de tableaux :	2	Nombre de photo :	0
Nombre de figures :	12	Nombre de références :	36

RESUME

Introduction : Les complications hémorragiques au cours du placenta prævia sont imprévisibles et peuvent menacer la vie de la mère et du fœtus. Notre étude se propose comme but de déterminer les facteurs de risque ainsi que le pronostic de cette pathologie dans cette situation.

Patientes et méthode : Il s'agit d'une étude cas- témoins, prospective et analytique s'étalant sur la deuxième moitié de l'année 2011. Nous avons inclus toutes les patientes ayant subi une opération césarienne en urgence pour placenta prævia hémorragique pour les cas, et les témoins sont représentés par des patientes césarisées en urgence pour une autre raison, prises au hasard.

Résultats : Nous avons recensé 62 cas pour 124 témoins. La tranche d'âge >30 ans représentait 46,8% des cas contre 29,8% des témoins ($p=0,01$). La parité moyenne pour les cas était de 3 contre 1,7 pour les témoins ($p=0,001$). Pour les cas, l'admission était référée dans 56,5%, au moins une échographie était réalisée pendant la grossesse dans 41%, une hospitalisation pendant la grossesse était notée dans 12,9% des cas et le diagnostic était fait à l'entrée dans 75,8%. Les complications maternelles sont représentées par une anémie maternelle, cas : 67,7% contre témoins : 2,4% ($p=0,00001$), et les complications fœtales par l'hypotrophie cas : 16,1% contre témoins : 8,1% ($p=0,05$) et la mortalité périnatale est de 22,6% contre 8% ($p=0,04$).

Conclusion : Le placenta prævia reste une pathologie grave de la grossesse. Un diagnostic échographique précoce permettrait une surveillance adaptée et la prévention de toutes les complications obstétricales de cette pathologie.

SUMMARY

Intoduction: Hemorrhagic complications of placenta previa are unpredictable and could easily threaten the maternal and the fetus lives. The aim of our study is to determine the risk factors and the prognosis of this pathological situation.

Patients and method: This is a case control study from June to December of 2011. The patients who had undergone cesarean section for hemorrhagic placenta previa were included, for the cases and the controls were represented by the women who had undergone cesarean section for other indications.

Results: we registered 62 cases and 128 controls. The age of patients over 30 represented 46,8% of the cases against 29,8% for the controls ($p=0,01$). The mean parity was 3 for the cases, and 1,7 for the controls ($p=0,001$). For the case, the referral status represented 56,8%, at least one scan was achieved during pregnancy, and 12,9% was hospitalized during pregnancy. The diagnosis was only made at the emergency unit in 75,8% of cases. Maternal complications were represented by anemia, cases: 67,7% versus 2,4% ($p=0,00001$), fetal complications by low birth weight 16,6% vs 8,1% ($p=0,05$) and perinatal death 22,6% vs 8% ($p=0,04$)

Conclusion: The placenta previa remains a serious pathology of pregnancy. An early diagnosis by ultrasound examination would lead to a close and adapted surveillance, and should avoid all obstetrical complications of this pathology.

Key words:Placenta previa, prognosis, complications, cesarean

Président de mémoire : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Adresse de l'auteur : Lot II A 64 A Ambatomainty

Clicours.COM