

REVUE MÉDICALE DES GRANDS LACS

Rev. méd. Gd. Lacs

Volume 7, N°4, Décembre 2016

I. EDITORIAL..... 1

II. ARTICLES ORIGINAUX

>> PREVALENCE DU PALUDISME CONGENITAL INFESTATION DANS LE COUPLE MERE-ENFANT AU CENTRE MÉDICAL SAINT JOSEPH DE MBUJIMAYI..... 2

>> ANALYSE DE LA PERCEPTION DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE GOMA (RDC) SUR LA GUIDANCE DU TRAVAIL DE FIN DE CYCLE..... 6

>> PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES ET CERVICO-FACIALES DE LA PERSONNE AGEÉ AU MALI 12

>> MORBI-MORTALITÉ DUE AUX TROUBLES MENTAUX, NEUROLOGIQUES ET LIÉS À L'ABUS DE SUBSTANCES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE DANS LE KASAÏ-CENTRAL, RD CONGO..... 14

>> EVALUATION DES CONNAISSANCES DE LA POPULATION KANANGAISE SUR LE DANGER DU TABAGISME PASSIF. "ENQUÊTE MENÉE DANS LA VILLE DE KANANGA DU 12 JANVIER AU 30 MAI 2015" 19

>> PLACENTA PRAEVIA EPIDEMIOLOGIE, ASPECTS CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DU PLACENTA PRÆVIA A DAKAR..... 24

>> PROFIL HISTOPATHOLOGIQUE ET IMMUNOHISTOCHIMIQUE DES MENINGIOMES EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO..... 28

>> PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA MORT FŒTALE IN UTERO (CAS DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL BONZOLA A MBUJIMAYI)..... 32

>> ANALYSE DE LA PERCEPTION DES ETUDIANTS FINISSANT LES ETUDES EN MEDECINE A GOMA(RDC) SUR L'ENCADREMENT DE STAGE..... 40

III. FORMATION

>> COSECSA TRAINING IN BASIC SURGERY HAS COMMENCED AT HEAL AFRICA HOSPITAL IN MARCH 2016..... 45

IV. OBSERVATIONS CLINIQUES

>> PALUDISME CONGENITAL : À PROPOS DE 4 CAS HOSPITALISÉS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL RURAL SAINT JOSEPH DE KAMANYOLA..... 47

>> RÉTINOBLASTOME DE L'ADULTE : UN DIAGNOSTIC À NE PAS MÉCONNAÎTRE (A PROPOS DE 3CAS REÇUS ET SUIVIS AU CHU IOTA DE SEPTEMBRE 2010 – NOV. 2011)..... 50

ISSN: 2304-0149

RMGL 2016



EPIDÉMIOLOGIE, ASPECTS CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DU PLACENTA PRAEVIA À DAKAR

Abdoul Aziz DIOUF¹, Marie Edouard FAYE-DIEME², Moussa DIALLO¹, Albert YEMBA¹, Wissem KALAI¹, Mouhamadou Mansour NIANG³, Dieynaba NDAO⁴, Alassane DIOUF¹.

1. Service de Gynécologie du Centre Hospitalier National de Pikine
2. Service de Gynécologie du Centre de Santé Nabil Choucair de Dakar
3. Service de Gynécologie du Centre de Santé Gaspard Kamara de Dakar
4. Service de Gynécologie du Centre Hospitalier Youssou Mbargane

Auteur correspondant : Dr Abdoul Aziz Diouf, Service de Gynécologie - Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal ; Tel : 33 853 00 71 / Fax : 33 853 00 69 ; Email : dizefr@yahoo.fr

Résumé

Objectifs : déterminer la fréquence du placenta praevia à Dakar, son profil épidémiologique et clinique, et son pronostic fœtal et maternel.

Patientes et méthode : étude multicentrique, du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2011 dans quatre services de Gynécologie et d'Obstétrique de la Région de Dakar. Etaient incluse toute femme enceinte d'au moins 28 SA, présentant un placenta praevia, ayant accouché dans une de ces quatre structures, pendant la période d'étude. Les données étaient enregistrées et traitées avec le logiciel SPSS 17.0. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats : la prévalence du placenta praevia était de 0,61%. L'âge moyen des patientes était de 29 ans (19 - 45 ans). La gestité et la parité moyennes étaient respectivement de 3,6 et 3,4. Un antécédent de fausse couche était retrouvé dans 21,4% des cas et l'utérus cicatriciel représentait 14,3%. La grossesse avait atteint le terme (> 37 semaines d'aménorrhée) dans 57,1% des cas. Dans 73,8 % des cas, le placenta praevia était découvert au moment de l'accouchement. La symptomatologie principale était l'hémorragie (63,1%). Le placenta était recouvrant dans 66,7%. Une présentation vicieuse était notée dans 25% des cas. La césarienne était réalisée dans 90,5% des cas. Les complications maternelles étaient dominées par

l'anémie (28,6%), l'hémorragie du post-partum (3,5%), l'insuffisance rénale (1,2%) et un décès maternel (1,2%). Les complications périnatales étaient représentées par le faible poids de naissance (46,4%), la prématurité (42,8%), l'asphyxie (30,9%) et le décès périnatal (16,6%).

Conclusion : le placenta praevia à Dakar est découvert souvent tardivement, ce qui peut aggraver le pronostic maternel et périnatal. L'échographie contribue fortement à son dépistage, mais également au choix de sa prise en charge.

Mots-clés : Placenta praevia, Complications, Hémorragie du troisième trimestre, Pronostic.

Abstract

Results: The prevalence of placenta previa was 0.61%. The average age was 29 years (19-45 years). The mean gravidity and parity were respectively 3.6 and 3.4. A history of abortion was found in 21.4% of cases and scarred uterus represented 14.3%. Pregnancy had reached term (> 37 weeks gestation) in 57.1% of cases. In 73.8% of cases, the placenta previa was discovered at the time of delivery. Bleeding was found in

63.1%. The placenta was covering the os in 66.7%. Malpresentations were noted in 25% of cases. Cesarean section was performed in 90.5% of cases. Maternal complications were dominated by anemia (28.6%), postpartum hemorrhage (3.5%), renal failure (1.2%) and maternal death (1.2%). Perinatal complications were represented by the low birth weight (46.4%), prematurity (42.8%), asphyxia (30.9%) and perinatal death

(16.6%).

Results: The prevalence of placenta previa was 0.61%. The average age was 29 years (19-45 years). The mean gravidity and parity were respectively 3.6 and 3.4. A history of abortion was found in 21.4% of cases and scarred uterus represented 14.3%. Pregnancy had reached term (> 37 weeks gestation) in 57.1% of cases.

In 73.8% of cases, the placenta previa was discovered at the time of delivery. Bleeding was found in 63.1%. The placenta was covering the os in 66.7%. Malpresentations were noted in 25% of cases. Cesarean section was performed in 90.5% of cases. Maternal complications were dominated by anemia (28.6%), postpartum hemorrhage

(3.5%), renal failure (1.2%) and maternal death (1.2%). Perinatal complications were represented by the low birth weight (46.4%), prematurity (42.8%), asphyxia (30.9%) and perinatal death (16.6%).

Conclusion: Placenta previa in Dakar is often discovered late, which may aggravate the

maternal and perinatal prognosis. Ultrasound contributes greatly to its screening, but also the choice of its management.

Keywords: *Placenta previa, complications, antepartum haemorrhage, Prognosis.*

Introduction

Malgré les progrès enregistrés dans son dépistage et son traitement, le placenta prævia constitue encore une préoccupation sérieuse pour l'accoucheur en raison de l'imprévisibilité de son évolution et de la menace constante pour la mère et l'enfant. Le diagnostic de placenta prævia est posé classiquement au cours des échographies recommandées autour de 22 SA et 32 SA [8]. Toutefois, bon nombre de cas sont diagnostiqués après un épisode hémorragique au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse.

Le placenta prævia est impliqué dans près de 20% des décès maternels par hémorragie¹, et est associé à un risque accru de prématurité, de morbidité et de mortalité périnatale². La fréquence du placenta prævia varie selon les études entre 0,28% et 4,9%. Elle reste faible en Europe et en Amérique du Nord, comme en témoignent certains auteurs^{3, 4, 5} qui rapportent des chiffres variant entre 0,28 et 0,5%.

Par contre, c'est en Afrique^{6, 7, 8} que sont notées les prévalences les plus élevées de placenta prævia variant entre 0,4 et 4,9% (0,61 % dans notre série). Cette variation de fréquence se justifie par la différence des critères de définition des auteurs notamment en ce

qui concerne les critères cliniques (formes hémorragiques ou asymptomatiques), les critères diagnostiques, le moment du diagnostic et enfin, les variétés anatomiques de placenta prævia. Les fréquences les plus basses sont relevées par des auteurs⁹ qui ne considèrent que les formes hémorragiques ; D'autres statistiques incluent les insertions basses découvertes lors des touchers vaginaux, des césariennes ou des délivrances artificielles, même si elles sont totalement asymptomatiques.

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues. Certains facteurs favorisants sont cependant bien individualisés. Le profil typique de la femme candidate à un placenta prævia correspond à une multigeste (4 grossesses), d'un âge moyen de 28 ans, ayant présenté plusieurs fausses couches¹⁰.

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la fréquence du placenta prævia à Dakar, le profil épidémiologique et clinique des patientes, et d'apprécier son pronostic fœtal et maternel.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective

transversale multicentrique qui s'est déroulée sur une période de 12 mois, du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2011 dans quatre (4) services de Gynécologie et d'Obstétrique de la région de Dakar qui étaient : le Centre de Santé Gaspard Kamara, le Centre de Santé Nabil Chouair, le Centre Hospitalier National de Pikine, et le Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop. Etaient incluse toute femme enceinte d'au moins 28 SA, ayant accouché dans une de ces quatre structures pendant la période d'étude. Le diagnostic de placenta prævia était retenu devant l'examen clinique, l'échographie obstétricale et/ou la mesure du petit côté des membranes à moins de 10 cm après la délivrance. L'examen systématique du placenta, et surtout sa face maternelle à la recherche d'une cupule permettait de retrouver les formes associées.

Les données étaient enregistrées et traitées avec le logiciel SPSS 17.0. Les paramètres étudiés étaient relatifs aux données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, à la prise en charge thérapeutique, et au pronostic maternel et fœtal. Le test statistique utilisé pour la comparaison des proportions était le Chi deux (Chi2). Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 84 cas de placenta prævia pour un total de 13621 accouchements, soit une prévalence de 0,61%. Les caractéristiques générales des patientes sont rapportées au tableau I. L'âge moyen était de 29 ans (19 - 45 ans). La tranche d'âge de 21-30 ans était la plus représentée (54,7%). La gestité et la parité moyennes étaient respectivement de 3,6 et 3,4.

Un antécédent de fausse couche traitée par une évacuation utérine par aspiration manuelle était retrouvé dans 21,4% des cas et l'utérus cicatriciel représentait 14,3%.

Dans plus de la moitié des cas (57,1%), la grossesse a atteint le terme (> 37 semaines d'aménorrhée), seules 32,1% des patientes avaient pu bénéficier de quatre consultations prénatales ou plus. Plus du tiers des patientes (44%) n'avaient pas bénéficié d'une échographie obstétricale durant la grossesse. Dans 73,8 % des cas, le placenta prævia était découvert de façon fortuite, tardivement au moment de l'accouchement.

L'hémorragie représentait le motif d'admission le plus fréquent, retrouvée de façon isolée (63,1%), ou associée à des contractions utérines (16,6%). Le

placenta était recouvrant dans 66,7%. Les présentations vicieuses étaient notées dans 21 cas (25%) avec 13 cas de siège et 8 cas de présentation transversale. Les pathologies les plus fréquemment associées au placenta prævia étaient l'anémie chronique dans 24 cas (22,6%), et l'hématome rétroplacentaire dans 14 cas (14,3%). Une échographie pelvienne en salle de naissance et un examen du délivre à la recherche d'une cupule et d'un petit côté des membranes inférieur à 10 cm permettaient à chaque fois de poser le diagnostic de cette association.

Tableau I. Répartition des patientes selon les caractéristiques générales

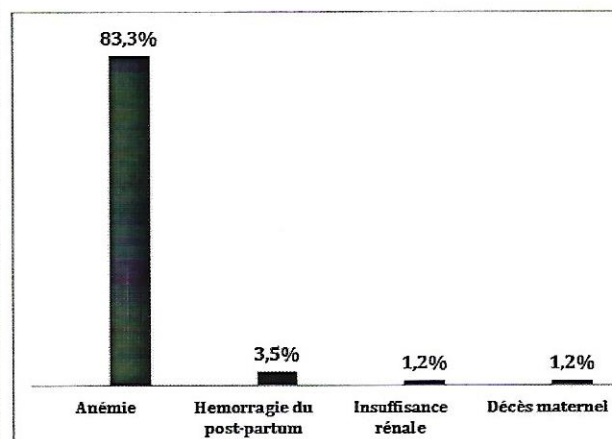
Caractéristiques maternelles	Nombre n = 84	Pourcentage (%)
Age maternel		
≤ 20 ans	06	7,1
21 – 30 ans	46	54,7
31 – 40 ans	30	35,7
> 40 ans	2	2,4
Age gestationnel		
28 – 34 SA	24	28,5
35 – 37 SA	24	28,5
≥ 38 SA	36	42,8
Parité		
Primipare	10	11,9
Paucipare (2 – 3)	42	50
Multipare (4 – 5)	21	25
Grande multipare (≥ 6)	11	13,1
Antécédents		
Avortement Spontané	18	21,4
Césarienne	12	14,3
Grossesse gémellaire	2	2,4
Symptomatologie		
Hémorragie		63
Douleur		6
Hémorragie et douleur		16,6
Aucune		14,4
Type anatomique (échographie)		
Latéral	20	23,8
Marginal	08	9,6
Partiel	19	22,6
Complet	37	44
Voie d'accouchement		
Voie basse	08	9,5
Césarienne	76	90,5

L'accouchement par voie basse était adopté dans 9,5% des cas, alors que la césarienne était réalisée dans 90,5% des cas (Tableau I). La forme recouvrante du placenta bas était significativement associée à l'accouchement par césarienne ($p = 0,001$).

Les suites des couches étaient normales dans 73,8% des cas. L'anémie maternelle sévère représentait la complication la plus fréquente, constatée chez 24 patientes (28,6%) qui ont bénéficié d'une transfusion de culot globulaire. L'hémorragie du post-partum était constatée chez 3 patientes (3,5%). Nous avons enregistré un cas de décès maternel (1,1%) ; il s'agissait d'une sixième pare de 38

ans référée d'une structure périphérique pour hémorragie massive du troisième trimestre (figure 1). Dans ces antécédents, elle est hypertendue mal suivie. A l'admission elle présentait un tableau clinique d'hématome rétroplacentaire. L'échographie mettait en évidence un décollement placentaire qui était par ailleurs bas inséré et une absence d'activité cardiaque. La biologie retrouvait une anémie sévère avec un trouble de la coagulation. Le décès était constaté malheureusement sur la table opératoire avant la fin de l'hystérectomie d'hémostase.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation était de 3 ; 4 patientes (4,7%) étaient hospitalisées plus de 6 jours suite à des complications graves du post-partum.

**Figure 1. Répartition des complications maternelles du placenta praevia**

Concernant les nouveau-nés, 39 d'entre eux (46,4%) avaient un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes ; et 36 (42,8%) étaient des prématurés. Le score d'Apgar à la première minute était inférieur à 7 dans 30,2 %. La mortalité était de 16,6% (tableau II). Le transfert en soins intensifs concernait 26 nouveau-nés (30,9%).

Ces complications étaient significativement liées à l'âge maternel supérieur à 35 ans ($p=0,001$), le retard du diagnostic ($p=0,0001$), et l'association à l'anémie chronique ou à l'hématome rétroplacentaire ($p=0,000$) (Tableau III). Les complications périnatales étaient 8 fois plus élevées quand le diagnostic était tardif (Tableau IV). La forme recouvrante de placenta praevia était significativement associée à un faible poids de naissance ($p=0,01$).

Tableau II. Répartition des complications périnatales du placenta praevia

Complications périnatales	Nombre n = 84	Pourcentage (%)
Faible poids de naissance	39	45,4
Prématurité	36	42,8
Asphyxie	26	30,9
Décès périnatal	14	16,6

Tableau III. Facteurs pronostiques et complications maternelles du placenta prævia

	Complications maternelles		p
	Oui	Non	
Diagnostic tardif			
Oui	30	28	0,00001
Non	02	24	
Age > 35 ans			
Oui	16	08	0,001
Non	16	44	
Forme associée à l'HRP			
Oui	12	00	0,000
Non	18	54	
Forme recouvrant			
Oui	37	19	0,001
Non	5	23	

Tableau IV. Facteurs pronostiques et complications périnatales du placenta prævia

	Complications périnatales		p
	Oui	Non	
Diagnostic tardif			
Oui	47	13	0,000
Non	06	20	
Forme associée			
Oui	25	20	0,000
Non	07	32	
Forme recouvrant			
Oui	40	16	0,01
Non	13	17	

Discussion

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la fréquence du placenta prævia à Dakar, le profil épidémiologique et clinique des patientes, et d'apprécier son pronostic fœtal et maternel.

Le profil épidémiologique du placenta prævia dans notre étude était pratiquement similaire à celui décrit par Cotton¹⁰ ; cependant d'autres facteurs de risque tels que l'utérus cicatriciel et la grossesse gémellaire étaient observés à des taux moins importants.

Notre étude s'accorde avec la littérature^{3, 4} sur la présence des métrorragies comme le premier symptôme. Elles sont volontiers plus importantes dans les formes recouvrantes. Classiquement, les hémorragies du placenta prævia sont indolores, mais Foote¹¹ rapportait des douleurs abdominales et une tension utérine chez 9 à 16% des femmes. Il convient cependant d'éliminer un hématome rétroplacentaire surajouté lorsque l'hémorragie génitale est associée à une douleur abdominale. Rappelons que l'hématome rétroplacentaire était associé

au placenta prævia dans 14,3% des cas, dans notre étude. Mabounga et coll.⁸ à Bamako, retrouvaient cette association dans 11,9% des cas.

La forme recouvrante ou complète, habituellement plus hémorragique, était majoritairement représentée dans notre étude (66,7% des cas), comme dans celle de Koné et coll.¹² (51,8%). En plus d'une expression clinique plus importante, les formes recouvrantes étaient dans notre étude associées à un plus grand risque d'accouchement par césarienne (66,6%). Cependant, Tuzovic¹³, en comparant les formes complètes aux placentas recouvrants incomplets, n'avait retrouvé aucune différence significative par rapport à la césarienne (100 % versus 94,1% ; p = 0,872) et à l'hémorragie antépartum (92,3% versus 90,3% ; OR = 1,29).

Le taux de présentations vicieuses était très important dans notre série (25%). Ce même constat était fait par Katenga et coll.¹⁴ qui trouvaient que les présentations

vicieuses étaient objectivées dans 33,3% des insertions basses du placenta.

Plusieurs paramètres identifiés dans notre série étaient incriminés dans l'aggravation du pronostic maternel et périnatal. Il s'agissait du retard diagnostique consécutif au faible recours à l'échographie, de l'âge maternel avancé et de la variété anatomique du placenta prævia qui impactait sérieusement sur la voie d'accouchement. L'anémie représentait l'essentiel de la morbidité maternelle comme le signalent plusieurs auteurs^{12, 13, 14}. Le seul décès maternel observé était relatif à l'association avec un hématome rétroplacentaire.

La mortalité était élevée en rapport avec les faibles poids de naissance (45,3%). Cette situation est similaire à celle retrouvée par d'autres auteurs tels que Mabounga et coll.⁸ qui rapportaient 49,3% de faible poids de naissance.

Conclusion

Le placenta prævia n'est pas une pathologie rare, il doit être évoqué devant toute hémorragie du deuxième ou du troisième

trimestre. L'échographie peut fortement contribuer à son dépistage pour une prise en charge précoce. Le pronostic de cette

pathologie est surtout réservé pour le fœtus du fait du faible poids de naissance.

Conflit d'intérêt : aucun

Bibliographie

1. Lewis G. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries in Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
2. Crane JM, Van Den Hof MC, Dodds L, Armson A. Neonatal outcomes with placenta praevia. *Obstet Gynaecol* 1999;93(4):541-4.
3. Boog G. Placenta praevia. *Encycl Med Chir Obstétrique Elsevier* 1996; 5-069-A-106.
4. Parazzini F, Diudelli M, Luchini L. Risk factors for placenta previa. *Placenta* 1994;15;3:321-26.
5. Moue JR. Placenta praevia, antepartum conservative management, in patient versus out patient. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170;6:1683-86.
6. Apkovi J. Etude du placenta praevia à l'hôpital de Cotonou à propos de 73 cas. *Le Bénin Médical* 2002;6 bis:69-71.
7. Hodonou EK. Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu africain à Dakar. *These Med Dakar* 1968; n°18.
8. Mabounga FN. Placenta praevia hémorragique, Aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos 334 cas. *These Med Bamako* 2002; n°32.
9. Pedowitz P. Placenta previa, An evaluation of expectant management and the factors responsible for fetal wastage. *Am J Obstet Gynecol* 1965;93:16-25.
10. Cotton OB, Read JA, Paul RH, Quilligan EJ. The conservative aggressive management of placenta praevia. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:687-95.
11. Foote WR, Fraser WD. Placenta previa, a critical appraisal of eight years management. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 80:10-16.
12. Koné F. Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'Hôpital Gabriel Touré, à propos de 56 cas. *These de Med Bamako* 1989; n°48.
13. Tuzovic L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;93:110-17.
14. Katenga BG, Bosenge N, Maindo A. Prévalence et facteurs de risque des présentations dystociques aux cliniques universitaires de Kisangani, *KisMed* 2014;5(1):44-50.