

## EPIDEMIOLOGIE DES ANOMALIES D'INSERTION ET DE STRUCTURE DU PLACENTA AU CHU DE TREICHVILLE

DIABATE A.S<sup>1</sup>. YAPO P<sup>2</sup>. DEDE N.S<sup>3</sup>. GUI L.N<sup>4</sup>. KOUADIO E<sup>3</sup>.

1. Maître-assistant
2. Maître de conférences agrégé
3. Assistant-chef de clinique
4. Interne des hôpitaux d'Abidjan

Service de Radiologie Centre Hospitalier et Universitaire de Treicheville

**Correspondance:** Dr DIABATE A S., 01 BP 8366 Abidjan 01. Cote d'Ivoire  
email: diabatea@hotmail.com  
Fax: 225 21252852  
Tél: 225 05936643

---

### RESUME

**Contexte:** Le placenta, interface unique entre la mère et le fœtus, peut présenter des anomalies d'insertion et de structure responsable de complications materno-fœtales dont les hémorragies de fin de grossesse.

**Objectif:** Apprécier par l'échographie l'incidence des anomalies d'insertion et de structure du placenta au 2ème et 3ème trimestres de grossesse.

**Materiel et Methodes:** étude prospective descriptive et analytique, réalisée pendant 12 mois dans le service d'Imagerie du CHU de Treichville chez des gestantes de 12 semaines d'aménorrhée et plus, adressées pour une échographie obstétricale.

**Resultats :** 07% de placenta bas inséré à terme. L'âge moyen était de 29,9 ans avec une gestité de 4,5 et une parité de 2,9 ; 45,7% de cas d'antécédents d'avortements, 17,1% de cas d'utérus cicatriciel. 42,7% des placentas restés bas insérés à terme ; Les types fréquents sont les types I (45,7%) et II (31,4%) avec comme anomalies : L'épaisseur excessive du placenta (2,4%) ; La sénescence précoce du placenta (1,8%) ; l'hématome retro placentaire (1%). Il n'existait pas de lien entre placenta bas inséré et anomalie de structure.

**Conclusion:** Diagnostiquer un placenta bas inséré permet de prévenir une hémorragie du troisième trimestre et de bien prendre en charge l'évolution de la grossesse

**Mots-clé:** Grossesse, placenta, praevia.

### ABSTRACT

**Background:** Placenta's unique interface between mother and foetus during pregnancy can present abnormalities in his structure and insertion which can be at origin of materno fetals complications of which third trimester haemorrhage.

**Objective:** Estimate by ultrasonography incidence of insertion and structural placenta's abnormalities of second and third trimester of pregnancy.

**Methods:** Descriptive prospective and correlated study realised during 12months to women with 12 weeks and most of pregnancy referred for obstetrical ultrasonography.

**Results:** 07% of low inserted placenta. Pregnant woman had: average years 29, 9; gestity 4.5; parity 2.9; 45.7% of case of abortion medical history, 17.1% of cases of scared uterus. 42. 7% of placenta stayed low inserted at term. Most frequents types were: I (45. 7%) and II (31.4%) with abnormalities: excessive thickness of placenta (2.4%), precocious ageing of placenta (1.8%), placental abruption (1%). There wasn't relation between low insertion of placenta and structure abnormalities.

**Conclusion:** Diagnosis low insertion of placenta permits to avoid third trimester haemorrhage and care pregnancy evolution.

**Key words:** Pregnancy, placenta, previa .

## INTRODUCTION

Le placenta est un organe ovulaire correspondant à un épaississement d'un secteur de la membrane de l'œuf (le trophoblaste), dont la structure et les fonctions en font un organe particulier. L'étude du placenta revêt un intérêt capital car, grâce à ses multiples fonctions il représente une interface unique dans les relations entre deux être vivants dont l'un l'œuf est totalement tributaire de l'autre (la mère). Le placenta peut présenter des anomalies dans son site d'insertion et également dans sa structure. Ces anomalies sont relativement peu fréquentes. Elles sont cependant importantes à diagnostiquer car elles peuvent être à l'origine de complications maternelles et fœtales. L'insertion basse est trouvée dans 0,76% à 2,3% des cas<sup>2</sup> et est l'une des principales causes de métrorragies du 3ème trimestre de la grossesse. L'objectif de notre étude était d'apprécier à partir d'un dépistage utilisant l'échographie, l'incidence des anomalies d'insertion et de structure du placenta chez des gestantes noires africaines aux 2ème et 3ème trimestre de la grossesse.

## MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et analytique pendant 12 mois dans le service d'imagerie médicale du CHU de Treichville. Nous avons effectué un échantillonnage ad hoc qui a consisté à inclure toutes les femmes porteuses d'une grossesse de plus de 12 semaines d'aménorrhée adressées pour une échographie obstétricale quelle que soit leur provenance. L'instrument de mesure était un échographe à temps réel de mode B RT2800 (General Electric médical systems USA, Milwaukee). La sonde utilisée était convexe de basse fréquence (3.5 Mhz). Les échographies ont été réalisées par voie transabdominale par des radiologues spécialistes. Chez toutes les gestantes nous avons mesuré l'épaisseur maximale du placenta dans la région centrale de la masse placentaire. Nous avons également apprécié la distance du bord inférieur du placenta par rapport à l'orifice interne du col. Pour définir et classer les placentas bas insérés nous avons utilisé les définitions et classifications échographiques de Bessis<sup>5</sup>. La fiche d'enquête comportait les aspects épidémiologiques, cliniques et les données échographiques. L'analyse des données a eu recours à une méthode descriptive puis analytique par la comparaison des caractéristiques des gestantes ayant un placenta bas inséré échographique (PBIE) à celles ayant placenta normalement inséré échographique (PNIE). Nous avons effectué des

tests de statistique analytique à partir du test de CHI deux et du test de l'écart réduit à un seuil de significativité de 5%.

## RESULTATS

Nous avons sélectionné au total 503 gestantes. La comparaison des données des gestantes ayant un PBIE à celle ayant un PNIE a été rapporté dans le tableau n°I.

**Tableau n°I.** comparaison des gestantes en fonction de l'insertion placentaire (PBIE /PNIE)

|                       | PBIE        | PNIE        | ECART<br>REDUIT | CHI<br>DEUX |
|-----------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| EFFECTIF              | 35          | 468         |                 |             |
| AGE MOYEN             | 29.9<br>ANS | 26.7<br>ANS | 2.33            |             |
| GESTITE               | 4.5         | 2.6         | 13.57           |             |
| PARITE<br>MOYENNE     | 2.9         | 1.1         | 4.4             |             |
| AVORTEMENT            | 45.5%       | 28.4%       |                 | 5.5         |
| UTERUS<br>CICATRICIEL | 17.5%       | 6.4%        |                 | 5.5         |
| METRRORRAGIES         | 20%         | 3.2%        |                 |             |
| GEMELLITE             | 11.4%       | 1.7%        |                 |             |

Nos gestantes ayant un PBIE ont un âge moyen, une gestité moyenne, une parité, des antécédents d'avortement et un taux d'utérus cicatriciel significativement plus élevé que nos gestantes ayant un PNIE. Les métrorragies étaient un motif de consultation plus fréquemment rapporté par nos gestantes ayant un PBIE.

Dans 68.4% des cas, l'insertion basse était totalement asymptomatique. Les grossesses gémellaires représentaient 11.4% des grossesses chez les gestantes avec PBIE et 1.7% des grossesses normales. Les gestantes présentaient dans 16.3% des cas un PBIE avant le terme. Les PBIE sont restés bas à terme dans 42.7% des cas, et 57.3% ont migré. Les variétés antérieures représentaient 51.4% des PBIE persistant et 53.2% des placentas ayant migré tandis que les variétés postérieures représentaient 48.6% des PBIE persistant et 46.8% des PBIE ayant

migré. La valeur du CHI 2 calculé était inférieure à celle lue ; la variété du placenta n'avait donc pas d'impact sur le phénomène de migration placentaire. Le type le plus fréquemment observé était le type I dans 47.7% des cas. Les anomalies placentaires représentaient 5.4% de l'échantillon. Les anomalies étaient les suivantes : l'épaisseur excessive (2.4%), la sénescence précoce (1.8%), l'hématome retro placentaire (1%). La proportion d'anomalies de structure placentaire était identique quelle que soit le type d'insertion placentaire (tableau II).

**Tableau n° II:** Répartition de l'écho structure placentaire en fonction de l'insertion du placenta

| Echo structure placentaire | PBIE     |      | PNIE     |      |
|----------------------------|----------|------|----------|------|
|                            | Effectif | %    | Effectif | %    |
| Anormale                   | 2        | 5,7  | 25       | 5,3  |
| Normale                    | 33       | 94,3 | 442      | 94,7 |
| Total                      | 35       | 100  | 467      | 100  |

Il n'y avait pas de lien entre l'insertion basse du placenta et l'existence d'anomalie de structure



**Figure n°1:** Marginal placenta



**Figure n° 2:** placenta recouvrant

## DISCUSSION

La fréquence de PBIE retrouvée dans notre étude (6.95%) était élevée par rapport à celles rapportées par Boog<sup>2</sup> qui trouvait un taux variant entre 0,73 et 2,6% alors que Lansac<sup>4</sup> trouvait 3.7%. L'âge moyen de nos gestantes avec PBIE était de 29.9 ans. Boog a trouvé un âge moyen de 28. 3 ans<sup>2</sup> et Wangala<sup>9</sup> un âge moyen de 30.3 ans. La gestité moyenne des patientes avec PBIE était de 4.5 et la parité de 2.9. Boog<sup>2</sup> trouvait respectivement 4.2 et 2.9. Le rôle de la gestité et de la parité s'explique par le fait que chaque grossesse altère le site d'implantation endométriale, les vaisseaux subissent des modifications qui vont diminuer l'irrigation de l'endomètre. Une surface de plus en plus grande de la cavité utérine sera nécessaire à l'ancrage du placenta et pour un flux correct de l'espace inter villeux, d'où une extension vers le segment inférieur<sup>5</sup>. Les avortements concernaient 45.7% chez nos gestantes avec PBIE et 28,4% chez nos gestantes avec PNIE. Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés<sup>2,9</sup>. L'implantation basse sur le segment inférieur s'expliquerait par le fait que le curetage ne laisse de muqueuse saine qu'à la partie isthmique de l'utérus pour les autres grossesses. Les cicatrices utérines sont retrouvées trois fois plus chez les femmes avec PBIE que chez les femmes avec PNIE (essentiellement post-césarienne). Le placenta prævia se localise plus volontiers sur la paroi antérieure de l'utérus césarisé<sup>2</sup>. Les grossesses gémellaires sont plus fréquentes chez les patientes avec PBIE. L'association entre

placenta bas inséré et grossesse gémellaire est également retrouvée dans la littérature. Le risque d'insertion basse est multiplié par 2 en cas de grossesse gémellaire<sup>2</sup>. Dans le cas des grossesses gémellaires le risque d'insertion basse procède du fait que le placenta volumineux très étalé empiète souvent sur le segment inférieur. Le PBIE est asymptomatique dans 68.6% des cas. Cette proportion est supérieure à celle objectivée par Boog<sup>2</sup> qui retrouvait des formes muettes dans 2 à 34% des cas. 20% de nos gestantes avec PBIE présentaient des métrorragies. Ces résultats sont en conformité avec les observations de Rousille<sup>7</sup> qui trouvait 23% de PBI hémorragiques. Dans notre étude le taux de migration placentaire est de 57.3% alors que Boog en trouvait dans 54 à 94% des cas. La migration s'était produite dans le type I et le type II. Zelop<sup>10</sup> objectivait 93% de migrations concernant des insertions asymétriques et 7% pour les variétés centrales symétriques. On parle d'insertion asymétrique dans les PBIE de type I, II, III et de variété centrale dans les types IV. Nous avons trouvé 5.4% de cas d'anomalies de structure. Les anomalies identifiées étaient : l'épaisseur excessive du placenta, la sénescence placentaire, l'hématome retro placentaire dans 1% des cas. Pour Walter<sup>8</sup> la fréquence de l'hématome retro placentaire variait de 0.17 à 0.96%. Ces hématomes étaient le plus souvent asymptomatiques et découvert de façon fortuite à l'échographie réalisée dans le cadre de la surveillance systématique de la grossesse. Il n'est pas rare de voir les hématomes évoluer à bas bruit<sup>1,6</sup> et le diagnostic est effectué seulement à l'échographie. Il est recommandé dans ce cas d'extraire le fœtus par césarienne car le risque est de voir s'étendre l'hématome<sup>6</sup>. Les fréquences d'anomalies de structure sont pratiquement les mêmes chez les gestantes avec PBIE et celles avec PNIE. Les deux cas d'anomalies observés étaient des hématomes retro placentaires. Ils représentaient 5.7% des PBIE. Boog<sup>2</sup> retrouvait cette association dans 0.8 à 10% des cas et Ghazli<sup>3</sup> dans 8.7% des cas. Cette association a un pronostic grave et il est nécessaire de réaliser une césarienne en urgence.

## CONCLUSION

L'insertion basse du placenta est significativement plus fréquente chez nos gestantes ayant un âge moyen, une parité, une gestité moyenne, des antécédents d'avortement et un taux d'utérus cicatriciel plus élevé. Les métrorragies étaient un motif de consultation plus fréquemment rapporté par nos gestantes ayant un PBIE. la variété du placenta n'avait pas d'impact sur la migration placentaire et il n'y avait pas de lien entre l'insertion basse du placenta et l'existence d'anomalie de structure. Le diagnostic de l'insertion basse du placenta permet au gynécologue-obstétricien de ne pas être surpris par une hémorragie de la fin de grossesse, d'avertir la patiente des risques éventuels et de préparer au mieux l'accouchement.

## REFERENCES

1. Ardaens Y, Guerin B, Bailleux B, Houze D. Grossesse extra utérine : diagnostic le plus précoce in Echographie en pratique obstétricale. Paris : Masson ; 1991. p 50-8.
2. Boog G. Placenta Praevia . Encycl Med. Chirg, obst, 1996, 5 069-A-10: pp.1-21.
3. Ghazli M, Zinoun N, Salah Eddine A, Aderdour M, Bekkay M. Placenta praevia et pronostic foetal. A propos de 200 cas. Rev. Fr. Gynéco. Obst.1998; 93(6) p 456-63.
4. Lansac J, Body G. Le placenta praevia in pratiques de l'accouchement. 3eme édition. Paris : SIMEP ; 1989. pp. 210-212.
5. Merger R, Levy J, Melchior J. Explorations du fœtus. Précis d'obstétrique. 6ème édition. Paris masson 2001. pp. 83-101.
6. Milliez J. Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse : orientation diagnostique. Rev. Prat.1991 ; 41(9) : p 249-55.
7. Rousille M, Rudigz R C. Fiabilité de l'échographie dans le diagnostic du placenta praevia. Rev Fr Gynéco1980 ; 75(3) : p 83-6.
8. Walter P R, Phillip E. Examen du placenta. Ecycl. Med. Chir , Obst., 1999,5-070-6-20 : p 1-16.
9. Wangala P, Riethmulder D, Nguyens S, Laithier V, Pauchard JY, Maillet R et al. Mortalité et morbidité périnatales liées aux césariennes pour placenta praevia .Rev Fr Gyneco1995 ;82(4) : p61-7
10. Zelop C, Bromley B, Frgoletto F D, Benacerraf B R. Second trimester sonographically diagnosed placenta previa. Int. J. Gyneco. Obst. 1999; 44: p207-10.