

**Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Recherche Scientifique**

**République du Mali**

**Un Peuple - Un But - Une Foi**



**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE**

**Année Universitaire 2007 – 2008**

**Thèse N° \_\_\_\_/**

## **TITRE**

**Aspects Epidémio-cliniques du placenta praevia hémorragique  
au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District  
de Bamako à propos de 67 cas**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ..... 2008 devant la  
**Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Par Monsieur **Assimou DIALLO**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

## **JURY**

**PRESIDENT :**

Pr Tieman COULIBALY

**MEMBRE DU JURY :**

Dr Oumar GUINDO

**CODIRECTEUR DE THESE:**

Dr Moustapha TOURE

**DIRECTEUR DE THESE:**

Pr Salif DIAKITE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008**

**ADMINISTRATION**

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERECEES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES**

|                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Mr Alou BA                       | Ophtalmologie                         |
| Mr Bocar SALL                    | Orthopédie Traumatologie – Secourisme |
| Mr Souleymane SANGARE            | Pneumo-phtisiologie                   |
| Mr Yaya FOFANA                   | Hématologie                           |
| Mr Mamadou L. TRAORE             | Chirurgie Générale                    |
| Mr Balla COULIBALY               | Pédiatrie                             |
| Mr Mamadou DEMBELE               | Chirurgie Générale                    |
| Mr Mamadou KOUMARE               | Pharmacognosie                        |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO            | Médecine interne                      |
| Mr Aly GUINDO                    | Gastro-entérologie                    |
| Mr Mamadou M. KEITA              | Pédiatrie                             |
| Mr Sinè BAYO<br>Histoembryologie | Anatomie- Pathologie-                 |

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

Mr Abdoulaye Ag RHALY Médecine Interne

Mr Boukassoum HAIDARA Législation

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE Chirurgie Générale

Mr Sambou SOUMARE Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE Orthopédie-Traumatologie **Chef de D.E.R.**

Mr Kalilou OUATTARA Urologie

Mr Amadou DOLO Gynéco Obstétrique

Mr Alhousseini Ag MOHAMED ORL

Mme SY Assitan SOW Gyneco- Obstétrique

Mr Salif DIAKITE Gyneco- Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO Anesthésie – Réanimation

Mr Djibril SANGARE Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP Chirurgie Générale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO Ophtalmologie

Mr Gangaly DIALLO Chirurgie Viscérale

Mr Mamadou TRAORE Gynéco- Obstétrique

Mr Filifing SISSOKO Chirurgie Générale

Mr Sekou SIDIBE Orthopédie-Traumatologie

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Mr Abdoulaye DIALLO            | Anesthésie-Réanimation        |
| Mr Tieman COULIBALY            | Orthopédie-Traumatologie      |
| Mme TRAORE J THOMAS            | Ophtalmologie                 |
| Mr Mamadou L. DIOMBANA         | Stomatologie                  |
| Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE | Gynéco- Obstétrique           |
| Mr Nouhoum ONGOÏBA             | Anatomie & Chirurgie Générale |
| Mr Sadio YENA                  | Chirurgie Thoracique          |
| Mr Youssouf COULIBALY          | Anesthésie- Réanimation       |
| <b>3. MAÎTRES ASSISTANTS</b>   |                               |
| Mr Issa DIARRA                 | Gynéco- Obstétrique           |
| Mr Samba Karim TIMBO           | Oto-Rhino-Laryngologie        |
| Mme TOGOLA Fanta KONIPO        | Oto-Rhino-Laryngologie        |
| Mr Zimogo Zié Sanogo           | Chirurgie Générale            |
| Mme Djénéba DOUMBIA            | Anesthésie / Réanimation      |
| Mr Zanafon OUATTARA            | Urologie                      |
| Mr Adama SANGARE               | Orthopédie- Traumatologie     |
| Mr Sanoussi BAMANI             | Ophtalmologie                 |
| Mr Doulaye SACKO               | Ophtalmologie                 |
| Mr Ibrahim ALWATA              | Orthopédie - Traumatologie    |
| Mr Lamine TRAORE               | Ophtalmologie                 |
| Mr Mady MAKALOU                | Orthopédie/ Traumatologie     |
| Mr Aly TEMBELY                 | Urologie                      |

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Mr Niani MOUNKORO        | Gynécologie/ Obstétrique |
| Mr Tiémoko D. COULIBALY  | Odontologie              |
| Mr Souleymane TOGORA     | Odontologie              |
| Mr Mohamed KEITA         | Oto-Rhino-Laryngologie   |
| Mr Bouraïma MAIGA        | Gynécologie/Obstétrique  |
| Mr Youssouf SOW          | Chirurgie Générale       |
| Mr Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie/Réanimation   |
| Mr Moustapha TOURE       | Gynécologie/Obstétrique  |

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEURS**

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Mr Daouda DIALLO            | Chimie Générale & Minérale         |
| Mr Amadou DIALLO            | Biologie                           |
| Mr Moussa HARAMA            | Chimie Organique                   |
| Mr Ogobara DOUMBO           | Parasitologie-Mycologie            |
| Mr Yénimégué Albert DEMBELE | Chimie Organique                   |
| Mr Anatole TOUNKARA         | Immunologie, <b>Chef de D.E.R.</b> |
| Mr Bakary M. CISSE          | Biochimie                          |
| Mr Abdourahamane S. MAÏGA   | Parasitologie                      |
| Mr Adama DIARRA             | Physiologie                        |
| Mr Massa SANOGO             | Chimie Analytique                  |
| Mr Mamadou KONE             | Physiologie                        |

**2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| Mr Amadou TOURE       | Histoembryologie              |
| Mr Flabou BOUGOUDOGO  | Bactériologie – Virologie     |
| Mr Amagana DOLO       | Parasitologie                 |
| Mr Mahamadou CISSE    | Biologie                      |
| Mr Sékou F. M. TRAORE | Entomologie médicale          |
| Mr Abdoulaye DABO     | Malacologie –Biologie Animale |
| Mr Ibrahim I. MAÏGA   | Bactériologie – Virologie     |

**3. MAÎTRES DE CONFERENCES**

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| Mr Lassana DOUMBIA        | Chimie Organique                 |
| Mr Mounirou Baby          | Hématologie                      |
| Mr Mahamadou A. THERA     | Parasitologie-Mycologie          |
| Mr Moussa Issa DIARRA     | Biophysique                      |
| Mr Kaourou DOUCOURE       | Biologie                         |
| Mr Bouréma KOURIBA        | Immunologie                      |
| Mr Souleymane DIALLO      | Bactériologie-Virologie          |
| Mr Cheik Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie              |
| Mr Guimogo DOLO           | Entomologie Moléculaire Médicale |
| Mr Mouctar DIALLO         | Biologie Parasitologie           |
| Mr Abdoulaye TOURE        | Entomologie Moléculaire Médicale |
| Mr Boubacar TRAORE        | Parasitologie-Mycologie          |

**4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Djbril SANGARE Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Bokary Y. SACKO Biochimie

Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale

Mr Moussa FANE Parasitologie Entomologie

**D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE Cardiologie

Mr Mahamane MAÏGA Néphrologie

Mr Baba KOUMARE Psychiatrie- **Chef de D.E.R.**

Mr Moussa TRAORE Neurologie

Mr Issa TRAORE Radiologie

Mr Hamar A. TRAORE Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO Hématologie

Mr Moussa Y. MAIGA Gastro- entérologie- Hépatologie

Mr Somita KEITA Dermato- Léprologie

Mr Boubacar DIALLO Cardiologie

Mr Toumani SIDIBE Pédiatrie

**2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Mr Bah KEITA           | Pneumo- Phtisiologie |
| Mr Abdel Kader TRAORE  | Médecine Interne     |
| Mr Siaka SIDIBE        | Radiologie           |
| Mr Mamadou DEMBELE     | Médecine Interne     |
| Mr Mamady KANE         | Radiologie           |
| Mr Sahare FONGORO      | Néphrologie          |
| Mr Bakoroba COULIBALY  | Psychiatrie          |
| Mr Bou DIAKITE         | Psychiatrie          |
| Mr Bougouzié SANOGO    | Gastro-entérologie   |
| Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie       |
| Mr Adama D. KEITA      | Radiologie           |

**3. MAITRES ASSISTANTS**

|                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| Mme TRAORE Mariam SYLLA   | Pédiatrie             |
| Mme Habibatou DIAWARA     | Dermatologie          |
| Mr Daouda K Minta         | Maladies Infectieuses |
| Mr Kassoum SANOGO         | Cardiologie           |
| Mr Seydou DIAKITE         | Cardiologie           |
| Mr Arouna TOGORA          | Psychiatrie           |
| Mme Diarra Assétou SOUCKO | Médecine interne      |
| Mr Boubacar TOGO          | Pédiatrie             |
| Mr Mahamadou B. TOURE     | Radiologie            |



|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Mr Idrissa A. CISSE     | Dermatologie             |
| Mr Mamadou B. DIARRA    | Cardiologie              |
| Mr Anselme KONATE       | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Moussa T. DIARRA     | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Souleymane DIALLO    | Pneumologie              |
| Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie              |
| Mr Soungalo DAO         | Maladies infectieuses    |
| Mr Cheick Oumar GUINTO  | Neurologie               |

**D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**1. PROFESSEURS**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie                            |
| Mr Gaoussou KANOUTE      | Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b> |
| Mr Ousmane DOUMBIA       | Pharmacie Chimique                     |
| Mr Elimane MARIKO        | Pharmacologie                          |

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Mr Drissa DIALLO          | Matières Médicales |
| Mr Alou KEITA             | Galénique          |
| Mr Benoît Yaranga KOUMARE | Chimie Analytique  |
| Mr Ababacar I. MAIGA      | Toxicologie        |

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

|                  |                |
|------------------|----------------|
| Mme Rokia SANOGO | Pharmacognosie |
|------------------|----------------|

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| Mr Yaya KANE      | Galénique                 |
| Mr Saibou MAIGA   | Législation               |
| Mr Ousmane KOITA  | Parasitologie Moléculaire |
| Mr Yaya COULIBALY | Législation               |

**D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

**1. PROFESSEUR**

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| Mr Sanoussi KONATE | Santé- Publique- <b>Chef de D.E.R</b> |
|--------------------|---------------------------------------|

**2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Moussa A. MAÏGA | Santé Publique |
|--------------------|----------------|

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Mr Adama DIAWARA           | Santé Publique         |
| Mr Hamadoun SANGHO         | Santé Publique         |
| Mr Massambou SACKO         | Santé Publique         |
| Mr Alassane A. DICKO       | Santé Publique         |
| Mr Mamadou Souncalo TRAORE | Santé Publique         |
| Mr Hamadoun Aly SANGO      | Santé Publique         |
| Mr Seydou DOUMBIA          | Epidémiologie          |
| Mr Samba DIOP              | Anthropologie Médicale |
| Mr Akory Ag IKNANE         | Santé Publique         |

**4. ASSISTANTS**

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| Mr Oumar THIERO  | Biostatistique         |
| Mr Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |

**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Mr N'Golo DIARRA           | Botanique         |
| Mr Bouba DIARRA            | Bactériologie     |
| Mr Salikou SANOGO          | Physique          |
| Mr Boubacar KANTE          | Galénique         |
| Mr Souleymane GUINDO       | Gestion           |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA    | Mathématiques     |
| Mr Modibo DIARRA           | Nutrition         |
| Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| Mr Mahamadou TRAORE        | Génétique         |
| Mr Yaya COULIBALY          | Législation       |
| Mr Lassine SIDIBE          | Chimie Organique  |

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| Pr. Doudou BA       | Bromatologie    |
| Pr. Babacar FAYE    | Pharmacodynamie |
| Pr. Mounirou CISS   | Hydrologie      |
| Pr Amadou Papa DIOP | Biochimie       |
| Pr Lamine GAYE      | Physiologie     |

## **Abréviations**

- ✓ **ATCD**: **Antécédent**
- ✓ **BDCF** : **Bruit du Cœur Foetal**
- ✓ **BPN** : **Bilan Prénatal**
- ✓ **CHU** : **Centre Hospitalier Universitaire**
- ✓ **CPN** : **Consultation Prénatale**
- ✓ **CS Réf** : **Centre de Santé de Référence**
- ✓ **DAT** : **Division Anti Tuberculeux**
- ✓ **F** : sexe **Féminin**
- ✓ **FFI** : **Faisant Fonction Interne**
- ✓ **HU** : **Hauteur Utérine**
- ✓ **HRP** : **Hématome Retro-Placentaire**
- ✓ **M** : sexe **Masculin**
- ✓ **OMS** : **Organisation Mondiale de la Santé**
- ✓ **PP**: **Placenta Praevia**
- ✓ **RAPE** : **Rupture Artificielle de la Poche des Eaux**
- ✓ **RPM** : **Rupture Prématuré des Membranes**
- ✓ **SA** : **Semaine d'Aménorrhée**
- ✓ **SFA** : **Souffrance Foetale Aigue**
- ✓ **TA** : **Tension Artérielle**
- ✓ **USAC** : **Unité de Soins d'Accompagnement et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH**

| <b>SOMMAIRE</b>   | <b>PAGES</b> |
|---|--------------|
| <b>I.INTRODUCTION</b> .....   | <b>1</b>     |
| <b>II.OBJECTIFS</b> .....   | <b>3</b>     |
| 1. Objectifs généraux :.....  | <b>3</b>     |
| 2. Objectifs spécifiques :.....   | <b>3</b>     |
| <b>III. GENERALITES</b> .....   | <b>4</b>     |
| 1. Rappel anatomique .....  | <b>4</b>     |
| 2. Les facteurs étiologiques du placenta praevia.....                               | <b>8</b>     |
| 3. Définition et classification.....  | <b>9</b>     |
| 4. Fréquence.....   | <b>12</b>    |
| 5. Physiopathologie.....  | <b>13</b>    |
| 6. Etude clinique.....  | <b>15</b>    |
| 7. Diagnostic positif.....  | <b>20</b>    |
| 8. Diagnostic différentiel.....   | <b>21</b>    |
| 9. Pronostic.....   | <b>22</b>    |
| 10. Traitement.....   | <b>24</b>    |
| 11. Prise en charge du nouveau-né.....  | <b>27</b>    |
| 12. Alternative entre l'accouchement immédiat et le<br>traitement conservateur..... | <b>27</b>    |
| <b>IV. METHODOLOGIE</b> .....   | <b>29</b>    |
| 1. Cadre de l'étude.....  | <b>29</b>    |

|  |           |
|--|-----------|
| 2. Historique de la commune IV.....                    | 30        |
| 3. Les structures sanitaires de la commune IV.....     | 30        |
| 4. Les locaux du centre de santé de la commune IV..... | 30        |
| 5. Le personnel de la commune IV.....                  | 31        |
| 6. Type étude.....                                     | 32        |
| 7. Période d'étude.....                                | 32        |
| 8. Population d'étude.....                             | 32        |
| 8.1. Critère d'inclusion.....                          | 32        |
| 8.2. Critère de non inclusion.....                     | 32        |
| 9. Supports des données.....                           | 32        |
| 10. Traitement et analyse des donnés.....              | 33        |
| <b>V. RESULTATS.....</b>                               | <b>34</b> |
| <b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>             | <b>50</b> |
| <b>VII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>          | <b>67</b> |
| <b>VIII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>           | <b>69</b> |
| <b>IX. ANNEXES.....</b>                                |           |

# **DEDICACES**

# **ET REMERCIEMENTS**

Au nom **d'ALLAH**, le **clément** et le **miséricordieux**.

Après avoir loué et rendu gloire à **ALLAH** qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) Amen !





## **DEDICACE**

Je dédie cette thèse :

### **A Mon père : Natio DIALLO**

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as crée en nous l'amour du travail bien fait, tes infatigables conseils ont porté fruits, tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen !

### **A Ma mère : Nassarata DIAKITE**

Douce mère

Tendre mère

Vénérable mère

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissent, tu as toujours été là quand nous avons besoin de

toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut, tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé .Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite »maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse **DIEU** te garder longtemps à nos côtés, Amen !

A **mes oncles** :

C'est l'occasion pour moi d'exprimer ma profonde gratitude pour vos soutiens inestimable. Qu'**ALLAH** le tout puissant vous récompense.

A mes **Sœurs et Frères**,

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut .Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappelez que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

A mes **Neveux et Nièces**,

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler d'avantage.

A mes **tantes** :

Je vous tous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimable. Ce travail est le votre.

## **REMERCIEMENTS**

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mes **amis** : **Dr Abrahamane DIABATE, Cheick M FOFANA, Sidiki SIDIBE,**

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences, je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes **camarades de la FMPOS** : **Bourehima KELLY, Drissa SIDIBE, Dr Abdoulaye Z KONE, Dr Fantamady Camara,**

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut, recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tous.

**A mes aînés de la Fmpos** : **Dr Kalifa TRAORE, Dr Drissa WATTARA, Dr Abdoulaye KAMISSOKO, Dr Younoussa SIDIBE**

Merci pour vos conseils.

**A ma cousine : Kadiatou SANOGO**

Tu à toujours été là quant il le fallait

Ta compréhension et ton humilité si remarquable n'ont pas fait défaut.

Puisse ce travail être un sujet de joie et de soulagement pour toi.

A Toute la **famille OUATTARA au Point G, particulièrement à Mr Seydou OUATTARA et Mme OUATTARA Korotoumou SANGARE**

Je ne saurais vous dire ce que je ressens.

Grâce à vous je ne me suis jamais senti ailleurs que chez moi,

Vous avez été à la place de mes parents, tout au long de mes études, C'est l'occasion pour vous exprimez toute ma profonde gratitude.

A la **famille KAMANO** au point G, particulièrement à **Mme KAMANO Fatoumata CAMARA** tu à été pour moi une mère exemplaire, je ne saurais exprimer le sentiment et l'amour que j'ai pour toi ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH** renforce ta bonté, ta générosité et guide toujours tes pas.

**Au médecin chef et tout le personnel du CS Réf de la commune IV.**

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail dans votre centre

**A tous les collègues du CS Réf CIV :** Zoumana TRAORE, Dr Lamine CAMARA, Missiri SISSOKO, Dr Dramane SAMAKE, Dr Fanta SANGARE, Billaly COULIBALY, Lassine DIAKITE, Fatim DIALLO, Cheik TOURE, Bakari YARO, Malamine TRAORE.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**



## **A notre maitre et président du jury**

### **Professeur Tieman COULIBALY**

- ❖ Maitre de conférences en traumatologie et d'orthopédie à la FMPOS
- ❖ Chirurgien orthopédique et traumatologue au CHU Gabriel TOURE
- ❖ Membre de société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique

Cher maître vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile votre esprit communicatif, votre culture, votre éloquence, font de vous un maître admiré de tous

Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement indéfectible.

## **A notre maitre et membre du jury**

### **Docteur Oumar GUINDO**

Diplômé de médecine générale,

Diplômé de la 3<sup>è</sup> promotion EPIVAC,

Médecin chef adjoint du centre de référence de la commune IV du district de Bamako,

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **A notre maître et co-directeur de thèse**

### **Docteur Moustaphe TOURE**

- ❖ Diplômé de gynécologie et obstétrique
- ❖ Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest
- ❖ Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie Tropical de Bale en Suisse
- ❖ Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne
- ❖ Titulaire du master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles
- ❖ Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako
- ❖ Maître assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS
- ❖ Chevalier de l'ordre national

Cher maître, votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements

## **A notre maître et directeur de thèse**

### **Professeur Salif DIAKITE**

- ❖ Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.
- ❖ Gynécologue obstétricien à l'hôpital Gabriel Touré

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme votre franchise, font de vous un exemple à suivre

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse **DIEU** le tout PUISSANT vous rendre au centuple vos bienfaits

## **I. Introduction :**

Le placenta praevia est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus [5,58] le Placenta Praevia associé à la rupture utérine et à l'hématome retroplacentaire constituent les principales causes d'hémorragie du troisième trimestre et l'une des premières causes de mortalité maternelle dans les Pays en développement.

Le placenta praevia a été choisi dans notre étude car il constitue une urgence obstétricale surtout dans sa forme hémorragique et nécessite de ce fait un diagnostic précoce, une attitude thérapeutique adéquate car il met en jeu le pronostic vital materno-fœtal.

En effet le placenta praevia est la 4<sup>ème</sup> cause de mortalité maternelle au cours des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre et du travail après la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance et l'hématome retroplacentaire avec des taux de 0,9 à 1,78% [24, 30,42, 83] la fréquence la plus élevée de placenta praevia est rapportée en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique, avec des taux variant entre 5/1000 et 36/1000 accouchements [ 16, 23,31,42,69].

Au Mali, les études les plus récentes rapportent entre 16,1/1000 et 22/1000 accouchements [16,42]. Compte tenu de sa fréquence élevée, il est important de dresser une conduite à tenir standard selon les variétés, pouvant être utile au personnel socio-sanitaire pour une meilleure prise en charge rapide et efficace.

L'utilisation de l'échographie dans le diagnostic du placenta praevia a permis une réduction considérable de la mortalité maternelle qui est passée de plus de 10% dans les années 1940 à moins de 1% actuellement [44].

Proportionnellement la mortalité périnatale également est passée de plus de 70% dans les années 1940 [76] à 4,8% de nos jours [48].

Pour cette étude, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Le placenta praevia est fréquent.
- La mortalité materno-foetal au cours du placenta praevia est élevée.
- La prématurité due au placenta praevia est élevée.

Pour confirmer ces hypothèses nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **II. Objectifs**

### **1- Objectif général :**

Faire une étude épidémio-clinique du placenta praevia au centre de santé de référence de la commune IV

### **2- Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence du placenta praevia
- Etudier les facteurs de risque, les tableaux cliniques et les complications du placenta praevia
- Evaluer le pronostic materno-fœtal au cours du placenta praevia
- Définir la conduite à tenir devant un placenta praevia

### **III. Généralités :**

**1- Rappels anatomiques :** Dans cette partie nous ferons un bref rappel anatomique concernant : le placenta, les membranes de l'œuf et le segment inférieur.

**1-1-Le placenta :** Il est l'organe d'échange entre la mère et fœtus. C'est un organe né en même temps que l'embryon. Mais dans son étude nous verrons :

**1.1.1. Formation du placenta :** Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour de la fécondation. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste. A partir du 5<sup>ème</sup> mois le placenta conserve sa structure générale qu'il a désormais acquise. Son volume continue à s'accroître, les villosités se multiplient mais sans modification structurale.

**1.1.2. Structure du placenta :** Le placenta comprend de dehors en dedans :

- ❖ **La plaque choriale :** C'est la partie de l'enveloppe de l'œuf (chorion) où sont restés un certain nombre de villosités.
- ❖ **Les villosités choriales :** Elles se divisent en branches divergentes, les unes prenant contact avec la muqueuse utérine et s'y ancrant solidement (villosités crampons) les autres restent libres et baignant dans les lacs sanguins. La villosité est l'organe élémentaire du placenta. Elle est formée d'un axe vasculaire (les artérioles et les veines) et d'un revêtement qui se modifie avec l'âge de la grossesse.
- ❖ **La caduque basale :** Dès la nidation la muqueuse utérine s'est transformée en caduque caractérisée par la présence des



cellules déciduales, très grosses cellules du protoplasme spumeux spécifique de la grossesse.

### **1.1.3. Aspect du placenta (anatomie macroscopique) :**

Examine après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue discoïde ou elliptique. Il mesure 16 à 20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2 à 3 cm au centre, 4 à 6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance et à terme est en moyenne de 500 à 600 gr, soit le 1/6 du poids du fœtus. Le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion.

Il est constitué de deux faces, fœtale et maternelle.

**1.1.4. La circulation placentaire :** La circulation placentaire s'établit dès le 9<sup>ème</sup> jour post conceptionnelle. La circulation fœto-maternelle est définitivement établie le 10<sup>ème</sup> jour .Il se produit un échange continu de substances entre le sang maternel et fœtal.

**1-2-Membranes de l'œuf :** On décrit à l'œuf trois membranes : le chorion, l'amnios et la caduque.

**1.2.1. Chorion :** partie située entre la caduque et l'amnios, est fibreuse, transparente et résistante.

Dans le placenta, il devient la plaque choriale d'où émanent les villosités choriales. A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. A la fin du 3<sup>ème</sup> mois, l'amnios et le chorion fusionnent.

**1.2.2. L'amnios :** est une membrane mince, transparente, très résistante qui circonscrit en dedans la cavité amniotique.

Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta engraine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

**1.2.3. La caduque basale ou déciduale :** Dès l'implantation, la muqueuse utérine se transforme en caduque ou déciduale. L'œuf en grossissant fait saillie dans la cavité utérine, coiffé par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement.

**1-3. Le segment inférieur :** C'est la couche basse, amincie de l'utérus gravide, situé entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquière son plan de développement que dans les trois derniers mois.

**1.3.1. Forme :** Il a une forme d'une calotte évasée, ouverte en haut.

**1.3.2. Situation :** Il occupe au dessus du col le tiers inférieur de l'utérus.

**1.3.3. Caractère :** Son caractère essentiel est sa minceur de 2-4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps.

**1.3.4. Limites :** La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, la limite supérieure est marquée par le changement de l'épaisseur de la paroi qui augmente.

**1.3.5. Origine et formation :** Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin. Mais il n'acquière son ampleur qu'après le 6<sup>ème</sup> mois. Pendant le travail le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.

### **1.3.6. Rapports :**

- **En avant** : Le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhérerait au corps.
- **Latéralement** : La gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.
- **En arrière** : Le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

**1.3.7. Structure** : Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

**1.3.8. Les dimensions** : Le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur [5, 41,57,], 9 à 12 cm de largeur et 3 à 5 mm d'épaisseur [41]. Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

**1.3.9. Physiologie** : L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue à savoir :

- **Point de vue clinique** : L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qui prend avec la présentation.
- **Point de vue Physiologique** : C'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement qui, après avoir conduit à la contractilité corporelle vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais et distend dans la dystocie.

- **Point de vue pathologique** : Il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique. C'est sur lui que s'insère le placenta praevia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

**2- Facteurs étiologiques du placenta praevia** : Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues [5, 57].

Certains facteurs favorisants sont cependant bien individualisés. Selon COTTON [11], le profil typique de la femme candidate de placenta praevia correspond à une multigeste (4,2 grossesses), d'un âge de 28,4 ans ayant présenté plusieurs fausses couches (polarité 2,5).

**2-1- Parité** : Dans la plupart des statistiques les multipares sont 4 à 5 fois plus nombreuses que les primipares.

PEDOWITZ dans BOOG [5] estime que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

**2-2-L'âge maternel** : Dans son vaste enquête portant sur 1023 cas, RECORD [71] constate que l'incident du placenta praevia augmente en fonction de l'âge, à l'intérieur d'une même parité.

BRENNER et al [6] accordent finalement une importance à l'âge et à la parité.

**2.3. La race** : Les travaux les plus récentes montrent une augmentation du placenta praevia dans la race noire (X1, 2 à 1,3) [5].

**2.4. Les conditions socio-économiques** : Il n'y a pas de rôle évident sur le statut matrimonial ni les conditions socio-économiques dans le placenta praevia.

**2.5. Antécédents d'avortement :** Les avortements sont notés dans l'anamnèse de 18,8 à 42,9% des cas accompagnés de curetages.

**2.6. Cicatrices utérines et lésions endométriales :**

Parmi les cicatrices utérines, outre les myomectomies et les cures de synéchie, les plus étudiés ont été les cicatrices de césarienne. COTTON [11] retrouve les antécédents d'hystérotomie dans 14,6% des cas. CLARK cité par BOOG [5] a prouvé que la fréquence de placenta praevia augmente avec le nombre de césarienne antérieure. Le risque d'infection viciieuses est maximale au cours de grossesse qui suit immédiatement la césarienne [3, 76].

Les antécédents d'endométrite sont trouvés dans 40% des cas [18].

**2.7. Les recidives du placenta praevia :**

Ce risque est multiplié par 5 ou par 6 [5].

**2.8. Les grossesses gémellaires :** Pour STRONG cité par BOOG [5] et BRENNER [6] le risque d'insertion basse est pratiquement multiplié par deux en cas de grossesse multiple.

**2.9. Sexe :** La majorité des auteurs trouve un pourcentage légèrement augmenté du sexe masculin chez les issus d'un placenta praevia.

**2.10. Autres facteurs :** D'autres facteurs sont incriminés dans l'étiologie du placenta praevia à savoir : Les malformations utérines, les fibromes sous muqueux, l'adenomyose. Le rôle favorisant du tabagisme a été évoqué par NAEYE [62]

### **3. Définition et classification :**

**3-1- Définition :** Normalement le placenta s'insère sur le fond du corps utérin.

Le placenta praevia est une anomalie d'insertion du placenta, qui s'insère trop bas sur le segment inférieur de l'utérus :

**3-2. Classification :** On y compte deux types de classification

**3-2-1- Classification anatomique :** Correspond à la situation du placenta pendant la grossesse et comprend trois variétés :

- ❖ **La variété latérale:** Ici le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col,
- ❖ **La variété marginale :** Le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical. Il vient affleurer la « margelle » de l'orifice interne du canal cervical,
- ❖ **la variété centrale :** Le placenta recouvre l'orifice cervical. Selon que l'orifice cervical soit totalement ou partiellement recouvert par le placenta, le placenta praevia sera dit total ou partiel.

**3-2-2- Situation du placenta pendant le travail :** Elle comprend deux variétés :

- ❖ La variété non recouvrante dans laquelle le placenta ne recouvre jamais l'orifice cervical,
- ❖ La variété recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col. Elle correspond à la variété centrale (totale ou partielle).

**3-2-3- D'autres types de classifications** existent, parmi lesquelles trois retiennent notre attention.

**3.2.3.1. La classification selon l'accessibilité ou non des membres :** Elle nous donne deux variétés :

- Les variétés latéro-marginales à membres accessibles
- Les variétés recouvrantes à membres non accessibles.

Cette classification a surtout un avantage thérapeutique.

**3.2.3.2. La classification de Curtis et LUND** cités par KEITA [40] qui s'attache à déterminer le degré de dilatation du col à partie duquel le placenta est perçu au toucher vaginal.

**N.B :** Le degré de dilatation du col est mesuré de 0 à 10 cm.

Si le placenta est senti avant toute dilatation, il est de 50% et équivaldrait à un placenta praevia centrale.

S'il n'est perçu qu'à 10cm, il est 0% et correspond à une variété latérale. Les variétés marginales se situent à des degrés de dilatation intermédiaire.

**3.2.3.3. La classification échographique :** Selon (BESSIS. R [4], BRIGNON.C, SCHNEIDERL.1976)

❖ **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 du placenta 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 postérieures :**

- **De type I :** La limite inférieure se situe à moins de 4 cm en arrière du col de l'utérus ;

- **De type II** : La limite inférieure du placenta atteint le col utérin ;
  - **De type III** : La limite inférieure du placenta 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 praevias latéraux
  - ❖ Les placentas de type III correspondent aux placentas praevias marginaux
  - ❖ Les placentas de type IV correspondent aux placentas praevias recouvrant

**4- Fréquence** : La fréquence réelle du placenta praevia est difficile à établir. Elle varie de 0,33% [65] à 2,6% [53] :

- Selon les critères cliniques adoptés (formes hémorragiques ou non hémorragiques),
- Selon les méthodes de diagnostic,
- Selon le moment du diagnostic au cours de la grossesse, pendant le travail ou après la délivrance,
- Et selon les variétés anatomiques retenues.

**4.1. Selon les critères cliniques et l'examen du délivre** : Pour le placenta praevia hémorragique, la fréquence varie de 0,33% à 0,59% sans l'examen du délivre et avec l'examen du délivre, elle varie de 0,73% à 2,26% (le petit coté des membres <10cm).

**4.2. Selon les critères échographiques** : Les localisations placentaires effectuées au deuxième trimestre avant une



amniocentèse ou lors de l'échographie morphologique montre une fréquence entre 4-45%.

ARTIS [5] après analyse, considère que la fréquence de placenta praevia réelle au 2<sup>ème</sup> trimestre est de 0,4% soit identique à celle que l'on retrouve à terme.

**5- Physiopathologie :** Le placenta inextensible se trouve inséré sur un segment inférieur extensible. Le placenta ne s'adapte pas à l'étirement de la région sur laquelle il inséré, cela aboutit à un décollement partiel d'où l'hémorragie.

La pathogénie des hémorragies a donnée lieu à diverses explications qui se complètent plus qu'elles ne se contredisent.

Le placenta tirillé par des membranes se décolle. La contraction utérine exerce sa force vers le pôle inférieur de l'œuf. La pression exercée se répartit d'un côté sur une vaste surface dont la souplesse amortit la force. Mais de l'autre côté, la distance est courte entre le bord placentaire et le pôle inférieur de l'œuf ; la contraction qui pèse sur elles décollent le voisin du placenta, ouvrant les sinus utérins. Ce mécanisme explique bien les hémorragies en variétés latérales du placenta praevia, mais il ne rend pas compte de celles des autres variétés.

La formation même, puis l'ampliation du segment inférieur, enfin la dilatation du col, les font aisément comprendre. Entre le développement placentaire et celui du segment inférieur, la concordance fait défaut. Pendant le travail dans les variétés centrales ou marginales la dilatation laisse découvrir progressivement une partie de la surface placentaire.

Tiraillement, clivage ou glissement, la conséquence est la même. Le placenta partiellement décollé laisse béant les sinus maternels que la rétraction ne peut obstruer puisque l'utérus n'est pas vide. L'hémorragie est donc d'origine maternelle. Mais la déchirure de villosités peut ouvrir de surcroît une source d'hémorragie du côté fœtal.

Lors de l'apparition des premières contractions et de la formation du segment inférieur de l'œuf se décolle, les membranes sont peu extensibles au voisinage du placenta, d'où hémorragie et la rupture large et précoce des membranes.

Si les risques d'infection ovulaire ne sont pas spécialement importants, l'éventualité d'accouchement prématuré est beaucoup plus sérieuse.

En plus de ces trois conséquences (hémorragie, rupture précoce des membranes, prématurité) on peut ajouter les dystocies mécaniques qui sont fréquentes dans le placenta praevia. On rencontre souvent les présentations transverses, les présentations du siège et la procidence du cordon.

L'hémorragie, si elle est importante et prolongée peut entraîner des troubles de la coagulation surtout l'afibrinémie qui est sujette de plusieurs hypothèses, elle est également responsable dans un certain nombre de cas de l'hypopituitarismes du post-partum (syndrome de sheehan).

Le décollement prématuré des membranes quant à elle est responsable de l'infection ovulaire. Cela est d'autant vrai que les caillots de sang contenus dans l'utérus et le liquide amniotique constituent un véritable milieu de culture pour les microbes. Ceci

explique également l'apparition des phlébites dans les suites de couches chez certaines femmes ayant été victimes de placenta praevia.

## **6- Etude clinique**

**6-1- Circonstances de découverte :** Elles sont envisagées selon que les symptômes apparaissent pendant la grossesse, le travail ou la délivrance.

### **6-1-1 Au cours de la grossesse**

**a- Hémorragies :** Elles sont la représentation 11 à 38% des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse [73].

Elles sont dues au décollement du pôle inférieur du placenta, survenant dans 70% à 83% des cas avant le début du travail. Classiquement, il s'agit d'une multipare en bonne santé qui est prise brusquement, sans cause préalable, souvent la nuit alors qu'elle était parfaitement au repos, sans aucune douleur, d'une hémorragie de sang rouge, franche, liquide, avec passage de gros caillots. L'hémorragie peut également survenir pendant les travaux ménagers [50], ou à l'occasion des contractions utérines déclenchées par des voyages ou des rapports sexuels.

La première hémorragie apparaît en règle après 32SA.

L'épisode initial ne menace pratiquement jamais la mère et ne compromet que rarement la survie foetale.

### **b- Les douleurs**

Bien que classiquement, les hémorragies du placenta praevia soient indolores. FOOTE [5] note chez 9 à 16% des femmes des douleurs abdominales et une tension utérine. Les douleurs constituent le premier motif de consultation de 2% des patientes.

### **c- Signes physiques**

Le palper abdominal montre un utérus parfaitement relâché en dehors des contractions utérines qui peuvent exister chez 20, 60% des patientes. En outre, la recherche systématique des pôles fœtaux et du plan du dos met en évidence une présentation anormale dans 15 à 34% des cas. Les présentations transversales ou obliques sont 25 à 35 fois plus fréquentes et les présentations de siège sont 2 à 3 fois plus fréquentes que dans les grossesses normales.

Le taux de présentations vicieuses augmente en fonction de la gravité de l'insertion basse (24,8% des variétés périphériques et 38,8% dans les formes recouvrantes) [50]. L'auscultation des bruits du cœur fœtal est positive avec le stéthoscope obstétrical ou avec un appareil Doppler, le fœtus est en général vivant.

#### **6-1-2- Au cours du travail**

Les hémorragies sont un signe constant au cours du travail. COTTON [11] ne révèle que 1,8% de femmes présentant un placenta praevia qui ne saignent pas de façon significative pendant le travail.

Le degré de saignements est proportionnel à la dilatation du col, car la rétraction du segment inférieur décolle une portion de plus en plus incomplète du placenta.

L'examen clinique détermine les deux paramètres qui vont guider la conduite thérapeutique :

- La nature de la présentation fœtale,
- La variété anatomique du placenta praevia.

La palpation de l'abdomen recherche la présentation et la position fœtales. En cas de tête haute et mobile, il importe de s'assurer que la pression sur le mobile fœtal permet à la tête de s'engager dans la filière pelvi-génitale.

L'auscultation des bruits du cœur apprécie la vitalité fœtale.

L'examen au spéculum recueille du sang pour la mise en évidence des globules rouges fœtaux.

Le toucher vaginal précise la variété du placenta praevia. Lorsque des membranes sont intactes, il n'est pas toujours facile de faire la différence entre une mince languette de placenta et des membranes épaisses et rugueuses recouvertes de caillots et de dépôts fibrineux. En cas de rupture de la poche des eaux, il est aisé de reconnaître les variétés recouvrantes totales ou partielles, les variétés périphériques nécessitent une exploration systémique.

### **6-1-3- Au cours de la délivrance :**

L'hémorragie de la délivrance surgit préférentiellement après la naissance par voie vaginale.

Les états de choc apparaissent après l'expulsion fœtale surtout plus après les accouchements par voie basse que par la césarienne.

### **6-2- Evolution :**

**6-2-1- Sans traitement :** En l'absence d'intervention médicale, le placenta praevia est greffé d'une mortalité maternelle de 25% et d'une mortalité fœtale de 90% [34].

## **6-2-2- Avec traitement**

**a- Pendant la grossesse :** Les hémorragies ont tendance à se répéter, cela malgré l'hospitalisation et le repos. Celles qui sont rapprochées et modérées ont un retentissement sur l'état général de la mère.

La rupture prématurée des membranes n'est pas rare, elle a une influence favorable sur l'hémorragie en supprimant une des causes : le tiraillement des membranes ; mais elle conduit souvent à l'accouchement prématuré.

**b- Pendant le travail :** Lorsque le placenta n'est pas central, la rupture spontanée précoce des membranes est une éventualité heureuse après laquelle l'hémorragie s'arrête souvent. Mais elle peut être la cause de procidence et de la chorioamniotite.

L'abondance et la brutalité de l'hémorragie dans les insertions recouvrantes peuvent entraîner le collapsus et le choc.

Il existe même des hémorragies cataclysmiques, coïncidant également avec un début du travail, qui entraînent la mort.

**c- La délivrance :** La délivrance est souvent facile, le placenta étant partiellement décollé. Mais ce décollement partiel reste la cause d'une nouvelle hémorragie qui, s'ajoutant aux précédentes, peut être redoutable. L'hémorragie peut même persister après la délivrance, la rétraction du segment inférieur étant imparfaite.

**d- Les suites de couches :** Elles peuvent être compliquées par les thrombophlébites surtout pelviennes et les anémies.

## **6-3- Formes cliniques**

**6-3-1- Formes asymptomatiques :** Les formes muettes du placenta praevia représentent 2 à 34% des observations [19,

42,52, 59]. L'insertion basse peut être découverte à l'occasion d'une présentation transversale ou d'une échographie près du terme, ou encore lors d'une césarienne pratiquée avant le début du travail en raison d'une grossesse pathologique ; d'autres placentas praevias ne sont reconnus qu'à la délivrance artificielle ou à l'examen des membranes sur le produit du délivre (petit côté des membranes <10 cm).

**6-3-2- Formes associées à un décollement prématuré du placenta :** Cette association redoutable est rencontrée dans 0,8 à 10,9% des placentas praevias [68]. Il s'agit le plus souvent de l'hématome décidual marginal et plus rare est l'hématome décidual basal. Son tableau clinique n'est pas toujours typique, mais son pronostic est grave pour la mère et pour le fœtus (mortalité périnatale de 60 à 88%). Seule une césarienne d'urgence peut sauver l'enfant [37].

**6-3-3- Formes compliquées :**

**a- Procidence du cordon :** Elle est quatre fois plus fréquente que lors des accouchements normaux : 1,6 à 5,6% [13, 19, 21].

**b- Placenta accreta :** Dans les statistiques du placenta praevia, cette association est retrouvée avec une fréquence variable : 0,6 à 5% [14, 72].

**c- Les complications du placenta praevia sont redoutables.**

- Hémorragies massives de la délivrance avec des pertes sanguines moyennes de 4716 ml et des transfusions de 7,6 unités de sang [77].
- Troubles des coagulations dans 18,2% des cas.

- Rupture utérine spontanée ou provoquée par des manœuvres endo-utérines sur un segment inférieur mince et friable (délivrance artificielle et curetage hémostatique).
- Endométrites du post-partum (27,3% des observations de READ [70]).

Deux modalités thérapeutiques sont possibles : le traitement conservateur (avec délivrance artificielle, curetage et méchage intra-utérin) et le traitement radical par hystérectomie.

## **7- Diagnostic positif**

Il est fait à partir des examens clinique et complémentaire.

### **7-1- Examen clinique**

**7.1.1. L'interrogatoire** : Recherche les antécédents de la parturiente : âge, multiparité, curetage et césarienne antérieure, et les caractères de l'hémorragie (spontanée, indolore, récidivante, de sang rouge).

**7.1.2. L'examen physique** : Comporte l'inspection et la palpation abdominale.

Au terme de cet examen clinique on retiendra surtout la triade suivante :

- ❖ Hémorragie modérée avec utérus souple ;
- ❖ Vitalité fœtale présente ;
- ❖ Présentation haute et mobile.

Au cours du travail, le toucher vaginal, pratiqué de façon judicieuse pour éviter d'accentuer l'hémorragie et en respectant les conditions aseptiques, permettra de préciser le diagnostic par la présence placentaire.



**7-2- Les examens complémentaires :** Actuellement seule l'échographie est de pratique courante. Elle précise le siège du placenta, avec une grande précision. La cystographie et la scintigraphie ne sont plus utilisées. Elle permet de faire la classification [4].

### **8. Diagnostic différentiel :**

Le placenta praevia ne constitue pas la seule cause d'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et du travail.

Il importe donc devant une hémorragie, quelque soit le moment d'apparition aux 2<sup>èmes</sup> ou 3<sup>èmes</sup> trimestres de la grossesse d'exclure d'emblée :

#### **8.1. Les causes d'hémorragie non endo-utérines :**

L'inspection de la région ano-génitale permet facilement de retrouver une rupture de varice vulvaire, une fistule anale ou des hémorroïdes, et l'examen des urines peut mettre en évidence une cystite hémorragique.

L'examen au speculum montre des lésions vaginale ou cervicale dans 3,6% à 17% des cas [8, 26, 27,48] notamment des polypes du col (6%) et des dysplasies ou cancer du col (5%)[42].

#### **8.2. Les causes d'hémorragies endo-utérine au 2<sup>ème</sup> trimestre :**

Le placenta praevia représente 12,2 à 26,8% des causes d'hémorragie au 2<sup>ème</sup> trimestre [42,81]. Les autres diagnostiques à évoquer sont :

- L'hématome décidual basal (34,8%) [81]
- L'avortement tardif (7%) [42]
- La môle hydatiforme (7%) [81]
- Les béances du col (3,1 à 6%) [42,81]

L'examen clinique, l'échographie, la tomographie et l'étude anatomopathologique du produit d'expulsion en cas d'issue défavorable permettent d'établir un diagnostic précis

### **8.3. Les hémorragie d'origine fœtale :**

Elles ont en commun une caractéristique : elles apparaissent après la rupture des membranes (que celle-ci soit spontanée ou provoquée) :

- L'hémorragie par rupture d'un vaisseau praevia
- Le méléna intra-utérin

### **8.4. Les causes d'hémorragie endo-utérine au 3<sup>ème</sup> trimestre :**

- Hématome retroplacentaire (HRP) : Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré, alors que le fœtus est encore dans l'utérus.
- La rupture utérine : La rupture utérine est une solution de continuité sur l'utérus (parois utérine). Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser toutes les parties de l'utérus.
- Hématome décidual marginal : Autrefois appelé rupture du sinus marginal, il s'agit de la rupture d'une veine utéro-placentaire au pôle inférieur de l'œuf.

## **9- Pronostic :**

On notera dans ce cas le pronostic chez la mère et chez le fœtus.

### **9-1- Pronostic maternel**

**9-1-1- La mortalité :** Actuellement la mortalité due au placenta praevia est diminuée. Le placenta praevia représente 2,6% à 6% des morts maternelles [5, 52].

La principale cause de décès est l'hémorragie. Le pronostic a été amélioré principalement par le recours aux transfusions sanguines et à l'extraction par césarienne. Les publications récentes relèvent cependant encore quelques décès par hémorragie de la délivrance, placenta accreta et défibrination.

### **9-1-2- La morbidité**

La morbidité maternelle reste élevée, 20 à 60%. Une anémie des suites de couches est retrouvée dans 13,5 à 32% des cas. Elle prédispose aux accidents infectieux ou thromboemboliques.

### **9-2- Pronostic fœtal**

**9-2-1- Mortalité fœtale :** La mortalité fœtale est due à l'âge gestationnel, le petit poids fœtal, les hémorragies maternelles, les variétés anatomiques du placenta praevia

**9-2-1- Morbidité fœtale :** La morbidité des enfants issus d'un placenta praevia est augmentée. Le score d'Apgar à 1 min est bas, 2 fois plus souvent que dans la population générale quelque soit l'âge gestationnel, mais à 5 min la dépression néonatale n'est retrouvée que chez les enfants de moins de 2500g [19,75].

Les principales complications néonatales sont :

- Les détresses respiratoires par immaturité pulmonaire,
- Les ictères,
- Les hypoglycémies,
- Les hypocalcémies.

Les nouveau-nés sont très souvent anémiés, la plupart d'entre eux ayant été traités de façon conservatrice (78,1%) [18] ; le risque de séquelle d'hémorragie n'est pas négligeable.

COTTON [11] relève 3,5% de consultation néonatale.

**10- Traitement :** En présence d'un placenta praevia hémorragie, l'attitude thérapeutique à adopter est la suivante :

**L'hospitalisation en milieu obstétrical :** Ce centre spécialisé doit répondre à trois impératifs :

- Equipe multidisciplinaire avec un gynécologue obstétricien qualifié, un anesthésiste et un pédiatre réanimateur présente 24/24 heures,
- Appareillage d'échotomographie,
- Sang frais disponible en permanence

Pendant l'hospitalisation on pourra faire le groupage rhésus de la femme, apprécier l'abondance des pertes par la numération de l'hématocrite ou de l'hémoglobine.

**10-1-Le but du traitement :** Se fait en deux temps

**1<sup>er</sup> temps :** Arrêter l'hémorragie

**2<sup>e</sup> temps :** Guérir les conséquences de l'hémorragie.

Dans tous les cas sauver si possible la vie de la mère et du fœtus.

**10-2-Méthodes et indications**

**10-2-1-Pendant la grossesse :**

**a) La conduite à tenir :** L'expectative et la surveillance en milieu hospitalier.

Le traitement médical se résume à l'usage de sédatifs utérins, tels que les antispasmodiques et les bêtamimétiques.

Le traitement général consiste à régler la spoliation sanguine par les transfusions de sang.

Le plus souvent l'expectative et la surveillance permettent d'attendre sans graves inconvénients la survenue du travail ;

Parfois l'importance et surtout la repositionner de l'hémorragie ne permettent d'attendre un terme souvent éloigné.

La pâleur, la tachycardie, la baisse tensorielle et surtout la chute du taux d'hématocrites à moins 35% en dépit des transfusions répétés sont l'indication d'une césarienne segmentaire [5,57] dont l'exécution technique peut être facile par la mauvaise formation du segment inférieur.

La césarienne peut être indiquée au voisinage du terme et avant tout début du travail quand l'exploration a montré une insertion centrale.

### **10-2-2- Pendant le travail**

Dans les insertions latérales et marginales vers la dilatation du col laisse découvrir le pôle membraneux.

**a- La rupture des membranes :** La rupture large des membranes est le premier temps et souvent suffisant du traitement.

**b-La césarienne :** La césarienne est indiquée quand la rupture des membranes est inefficace ou s'il existe des signes de souffrance foétale.

Elle est d'emblée indiquée en cas de placenta recouvrant.

La césarienne occupe de nos jours une place importante dans le traitement des placentas praevias.

En effet, le nombre de placenta praevia hémorragique traité par hystérotomie varie de 25 à 96%.

Il importe de faire un bref aperçu sur l'anesthésie.

### **Anesthésie**

➤ **Anesthésie générale :** C'est une anesthésie d'urgence car il s'agit d'une femme en mauvais état général, porteuse d'un

enfant en souffrance foetale avec moment du dernier repas plus ou moins rapproché.

- **Anesthésie péridurale** : Elle est la mieux adaptée pour l'extraction foetale programmée sur une parturiente non anémique sans trouble hémodynamique.

### **10-2-3-Au moment de la délivrance :**

- Les traitements de l'hémorragie pendant la délivrance :

Faire la délivrance artificielle associée à la délivrance utérine d'urgence.

-La laparotomie peut s'avérer nécessaire en cas de rupture utérine ou de placenta accreta total.

Lorsque la délivrance est suivie d'hémorragie, il faut procéder à une révision utérine qui peut ramener un cotylédon ou un fragment de placenta accreta partiel et puis vérifier l'intégrité de l'utérus.

La persistance de saignement peut être due à deux causes principales :

- Une déchirure des parties molles (vagin, col) nécessitant un examen attentif au spéculum ou aux valves et une suture minutieuse sera faite,
- Une atonie utérine qui sera combattue par un passage intraveineuse continue d'ocytocine.

### **10-2-4- Traitement des suites de couches**

Une anémie persistante peut être traitée par l'administration d'érythropoïétine associée à un traitement martial en complément des transfusions.

La prévention de l'iso-immunisation rhésus chez les femmes rhésus négatif.

La prescription d'antibiotique paraît indispensable, singulièrement après la rupture prématurée des membranes, la délivrance artificielle et la césarienne.

Les complications thromboemboliques sont à redouter chez les femmes qui ont présenté des hémorragies abondantes et qui ont subi une hystérotomie.

Le lever précoce, la kinésithérapie au lit, la surveillance quotidienne des courbes de pouls et de température sont complétés par une héparinothérapie préventive.

**11- Prise en charge du nouveau-né :** Le nouveau-né sera confié à un pédiatre qui doit connaître les particularités d'un enfant né d'une mère ayant un placenta praevia en l'occurrence la fréquence des anémies, les détresses respiratoires par œdème pulmonaire ou par la maladie des membranes hyalines.

## **12- Alternative entre l'accouchement immédiat et le traitement conservateur**

### **12-1- Accouchement immédiat**

L'accouchement sera immédiat :

- En cas d'hémorragies massives
- En cas d'hémorragie persistante (10-12 heures après l'admission)
- Chez la femme en travail après 36 semaines
- Lorsque l'accouchement prématuré est inéluctable
- S'il apparaît une souffrance fœtale

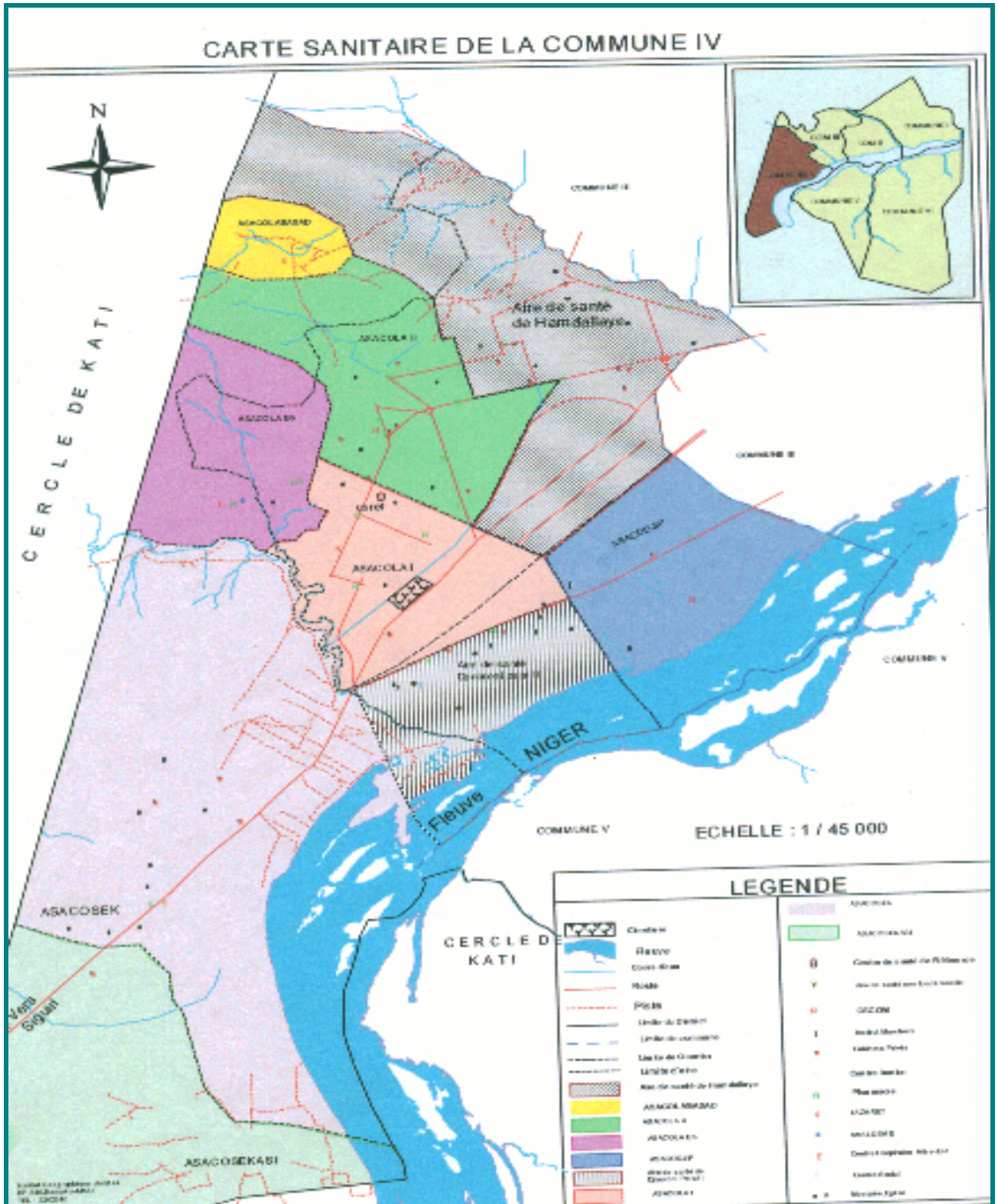
### **12-2- Traitement conservateur :**

Il est indiqué chaque fois que le placenta praevia saigne alors que le fœtus est un grand prématuré. Il comporte le repos strict au lit avec maintien d'une perfusion intraveineuse jusqu'à l'arrêt des saignements et stricte compensation des pertes sanguines par des transfusions de sang iso groupe.



**IV. METHODOLOGIE**

**1. Cadre d'Etude :** Notre étude s'est déroulée au centre de référence de la commune 1V du district de Bamako



**1. Historique de la commune IV:** La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est LASSA et le tout nouveau SIBIRIBOUGOU. La commune IV du district de Bamako a une Superficie de 37,68 Km<sup>2</sup> pour une population de 207834 habitants (source DNSI, recensement Avril 1998).

***Elle est limitée :***

- A l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

Le Centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, d'abord PMI de Lafiabougou il a été érigé en centre de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

**3- Les structures sanitaires de la commune IV :** ASACOSEK ; ASACOLAI ; ASACOLAB5 ; ASACOLAII ; ASACODIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; *Maternité René CISSE d'Hamdallaye* ; ASACOHAM (qui dépendent toutes du CSREF). Outre ces centres cités ; il y a aussi des cabinets privés et des officines.

**4. Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV :** Le centre de santé de référence comporte :

- Une unité de gynéco-obstétrique,

- Une unité de chirurgie générale,
- Une unité de médecine générale
- Une unité d'ophtalmologie, une unité d'ORL
- Une unité de soins d'appui et de conseils (USAC)
- Un bureau des FFI,
- Un bloc opératoire,
- Une salle d'accouchement,
- Douze salles d'hospitalisation, dont :
  - six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
  - et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- Une unité de consultation prénatale,
- Une unité de consultation postnatale,
- Un cabinet dentaire,
- Un laboratoire,
- DAT,
- Deux salles de soins infirmiers,
- Une morgue.

Ces différents services sont tenus par un personnel :

## **5. Personnels du centre de santé de référence de la commune**

**IV** : Le centre de santé de référence emploie :

- Un médecin gynécologue obstétricien, qui est le médecin chef du centre,
- Un médecin ophtalmologiste, deux assistants médicaux en ophtalmologie
- Un chirurgien généraliste,
- Trois médecins généralistes,
- Seize sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes
- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :

✓ 2 Médecins

✓ 5 assistants

- Quatre infirmiers d'Etat et deux assistantes médicales en ORL
- Trois techniciens supérieurs de laboratoire
- deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
- dix aides-soignants,
- une gérante de pharmacie,
- cinq manœuvres, un gardien de la morgue
- quatre chauffeurs, quatre gardiens
- deux comptables, une secrétaire administratif, un coursier

A ceux-ci s'ajoute un nombre variable de FFI selon les périodes

**6- Type d'étude :** Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique.

**7. Période d'étude :** Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 décembre 2005

**8- Echantillons :**

**8-1- Critères d'inclusion :** Toute femme enceinte d'au moins 28 SA qui saignait, venue ou évacuée au CS Réf CIV Jusqu'à l'accouchement et dont le petit côté des membres a été mesuré <10 cm

**8-2- Critères de non inclusion :** Toute femme qui avait un PP et qui a accouché dans une autre structure sanitaire

Au total nous avons enregistré 67 cas de placenta praevia hémorragique

**9-Supports des données :**

Nous avons utilisé :

- Les fiches d'enquête individuelles

- Partogrammes
- Les dossiers des patientes hospitalisées pour PP hémorragiques
- Le registre d'accouchement

**10- Traitement et analyse des données :**

Les données ont été saisies sur le Microsoft office Word version 2007 et analysés sur le logiciel Epi Info (version 6- O)

### **III- Résultats :**

#### **1. Fréquence :**

Du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Décembre 2005, nous avons enregistré 67 cas de placenta hémorragique sur 6695 accouchements effectués à la même période soit 1% au CS Réf CIV.

#### **2. Caractéristiques sociodémographiques :**

**Tableau I :** Répartition des parturientes selon les tranches d'âge

| <i><b>Tranches d'âge (année)</b></i> | <i><b>Effectif absolu</b></i> | <i><b>Pourcentage</b></i> |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| <b>&lt; 18</b>                       | 11                            | <b>16.4</b>               |
| <b>18-35</b>                         | 45                            | <b>67.2</b>               |
| <b>&gt;35</b>                        | 11                            | <b>16.4</b>               |
| <b>Total</b>                         | <b>67</b>                     | <b>10.0</b>               |

La tranche d'âge de 18-35 ans avait la fréquence la plus élevée 67.2%. Les âges extrêmes étaient : 18-40 ans.

**Tableau II :** Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

| <i><b>Statut matrimonial</b></i> | <i><b>Effectif absolu</b></i> | <i><b>Pourcentage</b></i> |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Mariée</b>                    | 63                            | <b>94,0</b>               |
| <b>Célibataire</b>               | 4                             | <b>6,0</b>                |
| <b>Veuve</b>                     | 0                             | <b>00,0</b>               |
| <b>Total</b>                     | <b>67</b>                     | <b>100</b>                |

94% de nos parturientes étaient mariées

**Tableau III :** Répartition des parturientes selon la principale occupation

| <b>Principale occupation</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Ménagère</b>              | 62                     | <b>92,5</b>        |
| <b>Fonctionnaire</b>         | 2                      | <b>3,0</b>         |
| <b>Commerçante</b>           | 2                      | <b>3,0</b>         |
| <b>Elève/Étudiante</b>       | 1                      | <b>1,5</b>         |
| <b>Total</b>                 | 67                     | <b>100</b>         |

92.5% des parturientes étaient des ménagères.

**3- le mode d'admission :**

**Tableau IV :** Répartition des parturientes selon le mode d'admission

| <b>Mode d'admission</b>  | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Évacuée</b>           | 35                     | <b>52.3</b>        |
| <b>Venue d'elle-même</b> | 32                     | <b>47.7</b>        |
| <b>Total</b>             | 67                     | <b>100</b>         |

52.3% des parturientes avaient été évacuées.

**Tableau V :** Répartition des parturientes selon leur état de conscience

| <b>Etat de conscience</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Bon</b>                | 50                     | 69,7               |
| <b>Altérée</b>            | 17                     | 30,3               |

69,7 % de nos parturientes avaient une bonne conscience

**Tableau VI:** Répartition des parturientes selon l'importance de l'hémorragie

| <b>Importance de l'hémorragie</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Minime</b>                     | 23                     | <b>38,8</b>        |
| <b>Moyenne</b>                    | 31                     | <b>46,2</b>        |
| <b>Abondante</b>                  | 10                     | <b>15,0</b>        |
| <b>Total</b>                      | 67                     | <b>100</b>         |

46,2% de nos parturientes avaient une hémorragie d'abondance moyenne

**Tableau VII :** Répartition des parturientes selon le taux d'hémoglobine

| <b>Taux d'Hb</b>             | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>&lt;6g/dl</b>             | 10                     | 15,0               |
| <b>7 &lt; Tx d'Hb &lt; 9</b> | 55                     | 82,0               |
| <b>&gt;10</b>                | 2                      | 3                  |
| <b>Total</b>                 | 67                     | 100                |

15,0 % des parturientes avaient un taux d'Hb inférieur à 6



**Tableau VIII :** Répartition des parturientes en fonction du groupage sanguin effectué en urgence

| <b>Groupage en urgence</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Oui</b>                 | 10                     | <b>15,0</b>        |
| <b>Non</b>                 | 57                     | <b>85,0</b>        |
| <b>Total</b>               | 67                     | <b>100</b>         |

Sur 67 parturientes, 10 ont bénéficié d'une transfusion soit 15 %

**4- Les antécédents :**

➤ **Médicaux :**

**Tableau IX :** Répartition des parturientes en fonction des antécédents médicaux

| <b>ATCD médicaux</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Présent</b>       | 7                      | 10,4               |
| <b>Absent</b>        | 60                     | 89,6               |
| <b>Total</b>         | 67                     | 100                |

89,6 % des parturientes n'avaient pas d'ATCD médicaux

➤ **Chirurgicaux :**

**Tableau X :** Répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux

| <b>ATCD chirurgicaux</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Présent</b>           | 21                     | 31,4               |
| <b>Absent</b>            | 46                     | 68,6               |
| <b>Total</b>             | 67                     | 100                |

31,4 des parturientes avaient une notion d'ATCD chirurgicaux

**Tableau XI :** Répartition des parturientes en fonction des antécédents obstétricaux

| <b>Antécédents</b>          | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Avortements</b>          | 10                     | 40,0               |
| <b>Césarienne</b>           | 5                      | 20,0               |
| <b>Grossesse gémellaire</b> | 3                      | 12,0               |
| <b>Autres</b>               | 7                      | 28,0               |
| <b>Total</b>                | <b>25</b>              | <b>100</b>         |

40% des parturientes avaient une notion d'avortement

➤ **Obstétricaux :**

**Tableau XII :** Répartition des parturientes en fonction de la Gestité

| <b>Gestité</b>           | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Primigeste</b>        | 11                     | <b>16,4</b>        |
| <b>Multigeste</b>        | 31                     | <b>46,3</b>        |
| <b>Grande multigeste</b> | 25                     | <b>37,3</b>        |
| <b>Total</b>             | <b>67</b>              | <b>100</b>         |

46,3% de nos parturientes étaient des multigestes

**Tableau XIII:** Répartition des parturientes en fonction de la notion de parité

| <b>Parité</b>           | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Nullipare</b>        | 12                     | <b>17,9</b>        |
| <b>Primipare</b>        | 12                     | <b>17,9</b>        |
| <b>Multipare</b>        | 26                     | <b>38,8</b>        |
| <b>Grande multipare</b> | 17                     | <b>25,4</b>        |
| <b>Total</b>            | 67                     | <b>100</b>         |

38.8% de nos parturientes étaient des multipares

**5- Histoire de la grossesse actuelle :**

**Tableau XIV:** Répartition des parturientes en fonction du nombre de consultation prénatale (CPN) effectué

| <b>Nombre de CNP effectué</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>0</b>                      | 15                     | <b>22,3</b>        |
| <b>1-3</b>                    | 32                     | <b>47,7</b>        |
| <b>&gt;4</b>                  | 20                     | <b>30,0</b>        |
| <b>Total</b>                  | 67                     | <b>100</b>         |

22,3% des parturientes n'avaient pas fait de CPN

**Tableau XV :** Répartition des parturientes en fonction de la pratique de l'échographie obstétricale

| <b>Pratique de l'échographie</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Faite</b>                     | 44                     | <b>65,6</b>        |
| <b>Non faite</b>                 | 23                     | <b>34,4</b>        |
| <b>Total</b>                     | 67                     | <b>100</b>         |

13.4 % des parturientes n'avaient pas fait l'échographie

**6-Examen général :**

**Tableau XVI :** Répartition des parturientes selon l'état général

| <b>Etat général</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Bon</b>          | 50                     | <b>69.7</b>        |
| <b>Altéré</b>       | 17                     | <b>30.3</b>        |
| <b>Total</b>        | 67                     | <b>100</b>         |

69.7% des parturientes avaient un bon état général

**Tableau XVII :** Répartition des parturientes en fonction de leur tension artérielle

| <b>Tension artérielle</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>TA&lt;9/6</b>          | 8                      | <b>12,6</b>        |
| <b>9/6&lt;TA&lt;13/8</b>  | 48                     | <b>71,6</b>        |
| <b>TA&gt;13/8</b>         | 11                     | <b>16,4</b>        |
| <b>Total</b>              | 67                     | <b>100</b>         |

71.6% des parturientes avaient un TA normale

**Tableau XVIII :** Répartition des parturientes selon l'état des conjonctives

| <b>Etat des conjonctives</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Colorées</b>              | 46                     | <b>68,6</b>        |
| <b>Pâles</b>                 | 21                     | <b>31,4</b>        |
| <b>Total</b>                 | 67                     | <b>100</b>         |

31.4% des parturientes avaient des conjonctives pâles

**Tableau XIX** : Répartition des parturientes selon le degré de pâlleur

| <b>Degré de pâlleur</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Pâlleur légère</b>   | 11                     | <b>16,4</b>        |
| <b>Pâlleur moyenne</b>  | 48                     | <b>71,6</b>        |
| <b>Pâlleur marquée</b>  | 8                      | <b>12,0</b>        |
| <b>Total</b>            | 67                     | <b>100</b>         |

12% des parturientes avaient une pâlleur marquée

**Tableau XX** : Répartition des parturientes selon le pouls

| <b>Pouls</b>                    | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>&lt;100</b>                  | 55                     | 82, 0              |
| <b>&gt;100</b>                  | 10                     | 15,0               |
| <b>Filant ou<br/>imprenable</b> | 2                      | 3, 0               |
| <b>Total</b>                    | 67                     | 100                |

82% de nos parturientes avaient un pouls inférieur à 100

**7-Examen obstétrical :**

**Tableau XXI** : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

| <b>Hauteur utérine</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>28&lt;HU&lt;30</b>  | 23                     | 34,4               |
| <b>HU&gt;30</b>        | 44                     | 65,6               |
| <b>Total</b>           | 67                     | 100                |

65,6 % de nos parturientes avaient une hauteur utérine > 30 cm

**Tableau XXII :** Répartition des parturientes en fonction de la présence du bruit du cœur foetal (BDCF)

| <b>BDCF</b>     | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------|------------------------|--------------------|
| <b>Présents</b> | 62                     | <b>92,5</b>        |
| <b>Absents</b>  | 5                      | <b>7,5</b>         |
| <b>Total</b>    | 67                     | <b>100</b>         |

Dans 92,5% des cas les BDCF étaient présents

**Tableau XXIII:** Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse

| <b>Terme grossesse (SA)</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>28 ≤ âge &lt; 37</b>     | 28                     | <b>41,8</b>        |
| <b>Age ≥ 37</b>             | 39                     | <b>58,2</b>        |
| <b>Total</b>                | 67                     | <b>100</b>         |

58,2% des parturientes avaient un terme ≥ 37 SA

**Tableau XXIV:** Répartition des parturientes en fonction du type de présentation

| <b>Type de présentation</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Céphalique</b>           | 55                     | <b>22,0</b>        |
| <b>Siège</b>                | 10                     | <b>15,0</b>        |
| <b>Transversale</b>         | 2                      | <b>3,0</b>         |
| <b>Total</b>                | 67                     | <b>100</b>         |

22 % des présentations étaient céphaliques

**8- Classification :**

**Tableau XXV :** Répartition des parturientes selon les différentes variétés de PP

| <b>Variétés de Placenta</b>                        |                        |                    |
|--|------------------------|--------------------|
| <b>Praevia</b>                                     | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
| <b>Placenta recouvrant<br/>ou central</b>          | 31                     | <b>46,3</b>        |
| <b>Placenta non recouvrant ou<br/>Périphérique</b> | 36                     | <b>53,7</b>        |
| <b>Total</b>                                       | 67                     | <b>100</b>         |

43.3 % des parturientes avaient un placenta recouvrant

**Tableau XXVI :** Répartition de parturientes en fonction de l'arrêt de l'hémorragie après R.A.P.E

| <b>Arrêt Hémorragie après<br/>RAPE</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|------------------------|--------------------|
| <b>Oui</b>                             | 21                     | <b>80,7</b>        |
| <b>Non</b>                             | 5                      | <b>19,3</b>        |
| <b>Total</b>                           | 26                     | <b>100</b>         |

Il y avait arrêt de l'hémorragie chez 80.7 % de nos parturientes

### **9- Accouchement :**

**Tableau XXVII :** Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

| <b>Voie d'accouchement</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Haute</b>               | 46                     | <b>68,6</b>        |
| <b>Basse</b>               | 21                     | <b>31,4</b>        |
| <b>Total</b>               | 67                     | <b>100</b>         |

68,6% de nos parturientes avaient accouché par césarienne

### **10- L'examen du nouveau-né :**

**Tableau XXVIII :** Répartition des nouveau-nés en fonction de leur sexe

| <b>Sexe</b>     | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------|------------------------|--------------------|
| <b>Masculin</b> | 39                     | <b>55,5</b>        |
| <b>Féminin</b>  | 31                     | <b>44,7</b>        |
| <b>Total</b>    | 70                     | <b>100</b>         |

55,5 des nouveau-nés étaient de sexe masculin



**Tableau XXIX :** Répartition des nouveau-nés selon l’Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute

| <b>Apgar 1<sup>ère</sup> minute</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>0</b>                            | 8                      | <b>12,0</b>        |
| <b>1-6</b>                          | 20                     | <b>29,8</b>        |
| <b>≥ 7</b>                          | 39                     | <b>58,2</b>        |
| <b>Total</b>                        | 67                     | <b>100</b>         |

58,2 % des nouveau-nés avaient un Apgar  $\geq 7$  à la 1<sup>ère</sup> minute

**Tableau XXX:** Répartition des nouveau-nés en fonction de la notion de souffrance foetale aigue (SFA)

| <b>SFA</b>   | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------|------------------------|--------------------|
| <b>Oui</b>   | 7                      | <b>10,4</b>        |
| <b>Non</b>   | 60                     | <b>89,6</b>        |
| <b>Total</b> | 67                     | <b>100</b>         |

89.6 % des nouveau-nés ne souffraient pas

**Tableau XXXI:** Répartition des nouveau-nés selon le poids

| <b>Poids (gramme)</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------|------------------------|--------------------|
| <b>&lt; 2 500</b>     | 32                     | <b>47,7</b>        |
| <b>2 500-3 999</b>    | 34                     | <b>50,7</b>        |
| <b>≥ 4 000</b>        | 1                      | <b>1,6</b>         |
| <b>Total</b>          | 67                     | <b>100</b>         |

50,7 % des nouveau-nés avaient un poids normal

**Tableau XXXII:** Répartition des nouveau-nés en fonction de la notion d'évacuation dans une structure néonatale

| <b>Notion d'évacuation</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Oui</b>                 | 7                      | <b>10,4</b>        |
| <b>Non</b>                 | 60                     | <b>29,6</b>        |
| <b>Total</b>               | 67                     | <b>100</b>         |

10,4 % des nouveau-nés avaient été évacués : Soit 2% en pédiatrie du CS Réf Commune IV et 8,4 % en pédiatrie du CHU Gabriel Touré

### 11- Le pronostic vital

**Tableau XXXIII :** Répartition des parturientes en fonction du pronostic vital

| <b>Pronostic maternel</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Bon</b>                | 56                     | <b>83,6</b>        |
| <b>Complications</b>      | 11                     | <b>16,4</b>        |
| <b>Décès</b>              | 0                      | <b>0,0</b>         |
| <b>Total</b>              | 67                     | <b>100</b>         |

83,6 % des parturientes avaient un bon pronostic

**Tableau XXXIV :** Répartition des nouveau-nés en fonction du pronostic vital

| <b>Pronostic du nouveau-né</b>                | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|------------------------|--------------------|
| <b>Mort-né</b>                                | 5                      | <b>7,5</b>         |
| <b>≤ 24 heures</b>                            | 5                      | <b>7,5</b>         |
| <b>Nouveau-né vivant au delà de 24 heures</b> | 57                     | <b>85,0</b>        |
| <b>Total</b>                                  | 67                     | <b>100</b>         |

7,5% des nouveau-nés étaient des mort-nés où on notait l'absence de BDCF

**12- Les formes associées :**

**Tableau XXXV:** Répartition des parturientes selon les différentes formes associées

| <b>Formes associées</b>           | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>HRP</b>                        | 10                     | <b>14,9</b>        |
| <b>Procidence du cordon</b>       | 4                      | <b>5,9</b>         |
| <b>Placenta accreta</b>           | 1                      | <b>1,5</b>         |
| <b>RPM</b>                        | 15                     | <b>22,5</b>        |
| <b>Anomalies<br/>funiculaires</b> | 14                     | <b>20,9</b>        |
| <b>Aucune</b>                     | 23                     | <b>34,3</b>        |
| <b>Total</b>                      | <b>67</b>              | <b>100</b>         |

22,5% des parturientes avaient fait une rupture prématurée des membranes

**13- Transfusion :**

**Tableau XXXVI :** Répartition des parturientes en fonction de la notion de transfusion sanguine

| <b>Transfusion</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Oui</b>         | 10                     | 15,0               |
| <b>Non</b>         | 57                     | 85,0               |
| <b>Total</b>       | <b>67</b>              | <b>100</b>         |

15,0% de nos parturientes avaient été transfusées

**Tableau XXXVII:** Répartition des parturientes en fonction du nombre de poche de sang reçu

| <b>Nombre de poche</b> | <b>Effectif absolu</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>2</b>               | 7                      | 70,0               |
| <b>3 et plus</b>       | 3                      | 30,0               |
| <b>Total</b>           | <b>10</b>              | <b>100</b>         |

Sur les 10 cas, 7 ont reçu au moins 2 poches de sang

#### **14- Evolution**

**Tableau XXXVIII :** Répartition des parturientes en fonction du type de complication

| <b>Type de complication</b>  | <b>Effectif</b> |                    |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
|                              | <b>absolu</b>   | <b>Pourcentage</b> |
| <b>Anémie</b>                | 7               | <b>58,2</b>        |
| <b>Endométrite</b>           | 1               | <b>8,4</b>         |
| <b>Suppuration pariétale</b> | 3               | <b>25,0</b>        |
| <b>Collapsus</b>             | 1               | <b>8,4</b>         |
| <b>Total</b>                 | 12              | <b>100</b>         |

58,2% des parturientes étaient anémiées

#### **IV. Commentaires et discussion**

Au terme de notre étude sur le placenta praevia hémorragique, il est important d'attirer l'attention sur plusieurs points :

**1. Fréquence du placenta praevia hémorragique :** Au cours de notre étude nous avons enregistré 67 cas sur 6695 accouchements au CS Réf CV du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2005 soit 1%.

Le placenta praevia hémorragique fait l'objet de plusieurs études dans le monde, car c'est sa forme symptomatique qui fait sa gravité. Cet accident est rare en Europe, en témoignent les chiffres variant entre 0,28 à 0,5% [2, 5, 17, 58, 59,66].

Ainsi en 1994 Parazzini et autre [66] trouvaient 0,28% à Milan en Italie.

Monika et autres [59] en 1995 en Suisse rapportaient un taux de 0,3%.

Filipove et autre [17] en 1995 en Bulgarie affirmaient que le taux de placenta praevia hémorragique s'élevait à 0,45%.

Les études françaises montrent un taux variant entre 0,4% et 0,5% [2, 5, 57,58].

En Asie des taux variant entre 0,47% et 1% [9, 27, 28, 32, 54,78]

En effet Huang et al [32] en 1990 à Taiwan ont trouvé 0,41%.

Hendricks MS et al [27] en Israël ont rapporté en 0,48%.

Tow W et autre [78] ont rapporté un taux de 0,83% en 1995 à Hongkong. Sur le continent américain le placenta praevia hémorragique reste relativement rare. Les chiffres varient entre 0,33% et 0,99% [26, 37, 51,61].

Lira et autre [46] au Mexique en 1995 ont rapporté un taux de 0,62%.

En Afrique, le taux de PP hémorragique est très variable :

- Guiden [25] en 1990 à Cotonou (Bénin) : 0,5%,
- Koné [42] à Bamako (Mali) en 1989 : 16%,
- Dougnon [16] à Bamako (Mali) en 1989 : 2,16%,
- Ghazli M. et autres [20] au Maroc ont trouvé 0,4%.

En effet la fréquence de PP hémorragique dépend de plusieurs critères.

**1-1. Selon les critères cliniques adoptés :** Dans notre étude, le toucher vaginal fait de façon prudente a permis de faire le diagnostic. Cette méthode de diagnostic a été la plus utilisée car nos salles d'accouchement ne disposent pas d'appareil échographique. Le diagnostic rétrospectif a été fait par l'examen du délivre par la mesure du petit côté des membranes qui est inférieure à 10 cm.

Dans notre étude la clinique a permis le diagnostic prospectif et rétro-prospectif du PP hémorragique.

L'échographie n'étant pas disponible dans la salle d'accouchement, son indication n'a été posée dans aucun cas de femme en travail.

Les PP découverts lors des touchers vaginaux, des césariennes ou des délivrances artificielles ont une fréquence de 0,45% à 1% [42]. Ces taux se rapprochent de notre résultat 1%.

**1-2- Selon les critères échographiques :** Les fréquences obtenues sont beaucoup plus élevées. Elles varient de 3,4% à

8,2% lors des échographies réalisées au troisième trimestre de la grossesse [42].

Dans notre étude ce taux est de 13,2% pour les échographies réalisées au cours des métrorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.

**1-3. Selon les variétés retenues :** Dans notre étude nous avons adopté la classification pendant le travail qui met en évidence deux types de variétés :

- ❖ Le placenta recouvrant (central)
- ❖ Et le placenta non recouvrant (marginal et latéral)

Nous avons ainsi trouvé : 36 cas soit 53,7% de PP non recouvrant, ce taux se rapproche de celui de Keita [40] 53,34% et il est supérieur à ceux rapportés par Bagayoko [1] 51,61% et Koné [42] 51,78%.

Ces résultats prouvent que les formes non recouvrantes sont plus représentées que les non recouvrantes.

Il est à noter que les formes non recouvrantes sont constituées de deux types de PP : PP marginal et PP latéral.

**2- Caractéristiques sociodémographiques :** La tranche d'âge de 20-35 ans qui correspond à la période optimale de la fécondation est la plus représentée 67,2%. Cette prédominance de la période optimale de la fécondation est retrouvée dans la plupart des études africaines [31, 42, 69,83].

- De 15-19 ans : 5 cas soit 7,5%,
- De 36-45 ans : 3 cas soit 4,5%.

Ceci s'explique par le fait que notre population est jeune dans son ensemble.



Les mariées représentent 63 cas soit 94,2% contre 4 cas soit 6,0% de célibataires et 0cas soit 0,0% de veuve.

Le nombre de femmes mariées élevé s'explique par le fait du mariage précoce dans notre Pays ; ceci les exposant plus aux césariennes, aux avortements et dystocies.

Il est difficile de déterminer le niveau socio-économique à Bamako compte tenue des activités informelles qui y sont nombreuses.

Nous avons trouvé 62 cas soit 92,5% des ménagères, 2 cas soit 3,0% de fonctionnaires, 2 cas soit 3,0% de commerçantes, 1 cas soit 1,5% d'étudiantes et élèves.

La majorité de nos patientes sont venues des différents CSCOM de la commune V et d'autres localités.

35 cas soit 52,3% des femmes nous ont été référées 32 cas soit 47,7% sont venues d'elles même, parmi ces femmes toutes ne sont pas de la commune IV

Bagayoko [1], Keita [40], Koné [42] et Rakotomalata [69] ont trouvé respectivement 67,74%, 30,92%, 73,21%, 84,7% de femmes référées.

Ceci s'explique par le fait que notre service est un centre de référence qui prend en charge les urgences obstétricales.

**2- Les facteurs étiologiques :** L'étiologie précise du PP est inconnue. Cependant des nombreux auteurs ont préconisé la recherche étiologique par des facteurs de risque.

Dans notre étude les facteurs de risque étudié ont été : l'âge maternel, la Gestité, la parité, les antécédents d'avortement, de césarienne, de grossesse gémellaire et du sexe du fœtus.

**3-1- L'âge maternel :** Nous avons rencontré les âges de 15 à 45 ans, se répartissant comme suit :

- Age <20 ans : 5 cas soit 7,5%,
- 20-35 ans 45 cas soit 67,2%,
- Age >35 ans : 3 cas soit 4,5%,

Hodonou [30] a trouvé dans sa thèse les âges de 13 à 17 ans à Dakar. Foscolo [19] a noté les âges extrêmes de 18-49 ans.

A travers ces résultants nous constatons que le PP peut survenir à tous les âges de l'activité génitale de la femme. Nos résultats rejoignent ceux des autres auteurs qui signalent que la plus grande fréquence de PP se situent aux environs de la trentaine [40]. Cependant la plupart des études à travers le monde trouve que l'âge avancé de la femme est un facteur favorisant la survenue du PP [66].

Dans les études africaines sur le PP, particulièrement sous régionales montrent une fréquence plus élevée dans la tranche d'âge de 20-25 ans [40, 42,69]. Ce constat épouse notre résultat qui a montré 45 cas soit 67,2% entre 20-35 ans.

Ceci peut s'expliquer par :

- La jeunesse de la population générale,
- Les mariages précoces,
- L'absence ou l'insuffisance d'espacement des naissances avec leur corollaire de jeune multipare donc sujettes de PP.
- L'âge maternel élevé ne peut être considéré comme facteur étiologique dans notre étude d'autant plus que tous les âges sont concernés.

**3-2- La gestité :** Certains auteurs ont cité la multigestité comme étant un facteur de risque de PP [3, 5, 7,37]

Dans notre étude nous avons enregistré 84,4% des multigestes et grandes multigestes contre 15 ; 6% des primigestes.

Ce résultat épouse celui de Bagayoko [1] 88,71% chez les multigestes et grandes multigestes ; mais inférieur à celui rapporté par Keita [40] qui a trouvé 41,13% chez les nulligestes. Cette association PP et multigestes est retrouvée par Handler et autre [26].

Ils trouvaient que les multigestes courent un risque cinq fois plus élevé de faire le PP que les primigestes.

**3-3- La parité :** Nous avons constaté que les grandes multipares et les multipares sont les plus touchées que les primipares et les nullipares.

L'association multiparité et PP a été prouvée par plusieurs auteurs. Ainsi les statistiques de Boog et Merger [5,57] ont rapporté que les multipares sont quatre à cinq fois plus concernées que les primipares par rapport au PP. Cette même proportion est retrouvée par Handler et al [26]. Dans notre étude 38,8% des femmes victimes de PP étaient des multipares et 25,4% des grandes multipares. Ce taux se rapproche de celui de Keita [40] 37,79% de multipares et inférieur à celui de Bagayoko [1] 43,55% des multipares et 32,25% de grandes multipares.

Notre étude confirme l'association multiparité PP Les multipares courent deux fois plus de risque de faire le PP que les nullipares.

**3-4- Les antécédents d'avortement :** On a enregistré 10 cas soit 1,5% d'antécédents d'avortement.

Concernant l'association PP et antécédent d'avortement spontané beaucoup d'auteurs ne sont pas unanimes.

KEITA [40] trouva 9,16% d'avortement spontané sans curetage contre 25% chez Koné [42] et 3,22% chez Bagayoko [1].

**3-5-Antécédents de césarienne :** La césarienne est l'ouverture chirurgicale de l'utérus pour l'évacuation rapide du produit de conception. Elle se produit le plus souvent sur la face antérieure du segment inférieur, y laissant ainsi une cicatrice. Brenden [6] a été le premier à signaler que les utérus cicatriciels après la césarienne prédisposent à la survenue du PP au cours des grossesses ultérieures.

Hendricks [27] signe que plus le nombre de césarienne augmente plus la femme est susceptible de développer un PP. Ces risques varient entre 2 ; 2% et 22,4%.

Hershkowitz et al [27] contrairement à Chattopadhyay [9] ne trouvaient pas un accroissement de l'incidence de PP avec le nombre de césarienne antérieure.

Cependant ils notaient une différence statistiquement significative entre les femmes présentant des antécédents de césarienne et celles sans césarienne antérieure concernant du PP ( $P < 0,0001$ ). Selon eux les femmes avec un ou plusieurs antécédents de césarienne courent 2,15 fois plus de risque de faire le PP que celles sans césarienne antérieure.

Brenner [6] et Cotton [11] trouvaient 10% à 14%.

Rakotomalata [69], Guiden [25], Koné [42], Keita [40], Bagayoko [1] trouvaient des antécédents de césarienne chez les victimes de PP, respectivement 10,71%, 12,98%, 3,8%, 4,8% et 19,35%.

Nous avons enregistré 5 cas soit 7,5% d'antécédents de césarienne. Cette association PP et antécédent de césarienne s'expliqueraient par le fait que la cicatrice utérine laissée par la césarienne, s'opposerait à la migration du Placenta vers le fond utérin.

**3-6- Grossesse gémellaire :** Dans notre série la grossesse gémellaire a été recensée chez 3 de nos patientes soit 4,5% ;

Ce taux n'apporte pas d'explication dans la relation entre le PP et la grossesse gémellaire, du fait de la rareté de cet événement.

Boog et al [5] ont trouvé que la grossesse gémellaire multiplie le risque de PP par deux.

Bagayoko [1], Keita [40] et Koné [42] ont trouvé respectivement 8,06%, 6,87% et 1,78%.

**3-7- Le sexe masculin du fœtus :** Nombreux auteurs trouvent une légère augmentation du pourcentage du sexe masculin par rapport au sexe féminin chez les mères victimes de PP.

A travers certaines études, nous constatons que les résultats sont variables.

Keita [40] a trouvé 48,47% pour le sexe masculin et 51,53% pour le sexe féminin.

Bagayoko [1] a trouvé 62 ; 90% pour le sexe masculin et 31,10% pour le sexe féminin.

Notre résultat se rapproche de celui de Bagayoko [1] qui est de 55,7% pour le sexe masculin et 44,3% pour sexe féminin.

#### **4- Suivi de la grossesse : consultation prénatale (CPN)**

Elle a pour but la protection maternelle et fœtale tout au long de la grossesse.

Les CPN sont effectuées régulièrement, dans une structure sanitaire permettant de déceler des grossesses à risque puis de les référer dans une structure spécialisée à temps pour une meilleure prise en charge. Dans notre étude 22,3% de nos patientes victimes de PP n'ont pas fait de CPN. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par Bagayoko [1] 19,35% et Keita [40] 20,99%. CPN<4 (irrégulière), notre taux est de 47,7% ce qui est supérieur à celui rapporté par Bagayoko [1] qui est de 32,26%.

Il est difficile de donner une explication à ces différences car les modalités de fréquentation d'un centre de santé varient selon les pays d'une part et d'autre part ces différences peuvent être dues à un manque ou insuffisance d'information et de sensibilisation des femmes sur l'importance des CPN.

### **5- Examen de la patiente**

L'état général peut varier selon le degré de l'hémorragie.

17 de nos patientes soit 30,3% avaient un état général altéré à l'entrée contre 50 cas soit 69,7% avaient un bon état général.

Ceci s'explique par le fait que toutes celles qui viennent en urgence, si leur cas nécessite une césarienne, car il y a dans notre service des kits pour urgence d'une part et d'autre part les femmes évacuées arrivent souvent dans un mauvais état général et de façon tardive. L'altération de l'état général se voit souvent dans les cas d'hémorragie massive pouvant entraîner le décès maternel et/ou fœtal, ou dans les formes associées à l'HRP. Nous avons trouvé que 28 de nos patientes soit 41,8% avaient comme terme (28 et 38 SA).

L'auscultation des bruits du cœur fœtal (BDCF) au cours de l'examen de la parturiente au moyen du stéthoscope obstétrical, même si elle n'est pas très fiable permet de se faire une idée sur le pronostic fœtal.

La fréquence des BDCF absents. Ce taux d'absence de BDCF est supérieur à celui rapporté par l'étude de Koné [42] qui est de 12 ; 21% et presque égal à celui de Bagayoko [1] qui est de 24,19%. Ceci s'expliquerait par le fait d'une part qu'il y a eu une association avec d'autres pathologies fœticides telles que l'HRP. La procidence du cordon et d'autre part, par l'influence de plusieurs facteurs de risque qui sont :

- L'absence ou insuffisance des CPN,
- La rupture prématurée de la poche des eaux,
- Les anomalies du liquide amniotique,
- Les références tardives.

Les présentations non eutociques au cours du PP ont été signalées par Boog et al [5] Merger et al [37]. Dans notre étude, nous avons enregistré 10 cas soit 15,0% de présentation de siège, 2 cas soit 3% de présentation transversale et 82% soit 55 cas de présentation céphalique.

Bagayoko [1] a rapporté 83,87% de présentation céphalique, 4,84% de présentation de siège et 11,29% de présentation transversale.

Koné [42] a rapporté 92,85% de présentation céphalique, 5,35% de présentation de siège et 1,78% de présentation transversale.

Malgré que les présentations non céphaliques soient relativement fréquentes comme le prouvent certaines études, on note qu'elles

n'ont pas d'influence sur la survenue du Placenta Praevia. L'hémorragie étant la principale manifestation du Placenta Praevia, elle a été observée chez toutes nos patientes.

### **6- Examens complémentaires**

L'échographie a été réalisée chez 44 de nos patientes soit 63,2% dans le but diagnostique pendant un épisode d'hémorragie au cours de la grossesse, ce qui est inférieur à l'étude faite par Bagayoko [1] qui a trouvé 37,10%. Dans le but thérapeutique chez toute femme qui saigne au CS Réf C IV, le groupage rhésus est fait en urgence si la femme n'a pas été groupée pendant les CPN. Dans notre étude 10 de nos patientes soit 15 ont été groupées en urgence.

Le taux d'hémoglobine aussi a été demandé chez les patientes nécessitant une transfusion au laboratoire du CS Réf CV.

### **7- Mode d'accouchement**

La période d'accouchement sur PP hémorragique est très cruciale car c'est en ce moment que surviennent généralement les hémorragies les plus graves pouvant compromettre le pronostic materno-foetal. Dans notre étude 21 cas (31,4%) de nos parturientes ont accouché par voie basse contre 46 cas (68,6%) de nos parturientes ayant subi une césarienne.

L'accouchement par voie basse se fait spontanément sans aucune manœuvre obstétricale.

Il s'agissait de femmes ayant un bon état général, un placenta praevia non recouvrant, une présentation céphalique et parmi lesquelles la rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE) a eu



un impact important sur l'arrêt de l'hémorragie, ou les femmes arrivées à dilatation complète avec hémorragie minime.

Notre taux est inférieur à celui de Keita [40] 96,74% d'accouchement spontané et supérieur à celui de Bagayoko [1] 3,23%.

Nous avons trouvé que 53, 7% de nos patientes avaient un placenta non recouvrant et aussi par le fait que dans notre service la RAPE est pratiquée chez toute femme qui saigne avec membranes accessibles. Comme disait-on déjà au 17<sup>ème</sup> siècle par MAURICEAU « Une femme qui perd les eaux, ne perd plus de sang ». La RAPE a été réalisée dans notre étude chez 26 patientes, dans 21 cas (80,8%) l'hémorragie s'était arrêtée.

Rakotololala [69], Koné [42], Keita [40] et Bagayoko [1] trouvaient respectivement 57,9%, 14,28%,30%, et 16,12%.

Notre taux 31,5% n'est pas loin de celui de Keita [40] et s'explique par le fait qu'il y avait plus de formes recouvrantes. Cette RAPE a été réalisée dans les conditions suivantes :

- Membranes accessibles,
- Variétés périphériques,
- Présentation du sommet.

L'attitude suivante a été adoptée : la recherche procubitus, la rupture large des membranes en modérant l'écoulement rapide des eaux.

La césarienne a contribué à améliorer le pronostic materno-foetal. 68,1% de nos parturientes ont accouché par césarienne contre 31,9% par voie basse.

Au CS Réf C IV, nous pratiquons la césarienne segmentaire basse transversale.

Rakotolala [69], Koné [42], Keita [40] et Bagayoko [1] rapportaient respectivement les taux suivant : 42,1%, 76,78%, 3,26%

La césarienne est indiquée dans les cas de PP recouvrant et dans les hémorragies massives pour sauvetage materno-fœtal. La transfusion sanguine a été faite dans 10 cas soit 14,97% de nos parturientes avec des quantités variant entre 1000 et 2000 ml environ 17 poches de sang contenant chacune 500ml de sang total.

Les cas d'anémie légère supportée par les patientes a été corrigée par du fer+acide folique, des solutés et/ou des macromolécules. Toutes nos femmes césarisées reçoivent après les perfusions de sérums salé et glucosé associés à l'ampicilline 1g injectable (2g/jour en IVD), dès le 2<sup>ème</sup> jour la voie orale est donnée faite de : Fumafer 1cp//j, chloroquine 100mg 2cp x j, Amoxicilline 500mg en raison de 2 gélules x 2/j.

### **8- Les formes associées**

La RPM est une complication fréquemment associée au PP. Elle a été constatée chez 10 de nos patientes soit 14,37%. Ces résultats prouvent que les femmes victimes de PP courent un grand risque de faire une RPM. Koné [42] ? Bagayoko [1] trouvaient respectivement 5,35% et 25,81%. La procidence du cordon faisant suite à la RPM a des répercussions sur le fœtus, elle a été observée dans notre étude dans 4 cas (5,9%). Ce qui est supérieur aux taux rapportés par Bagayoko [1] et Keita [40] 4,83% et 1,70%.

L'association HRP et Placenta Praevia n'est pas rare. Elle a été observée par Rivière [72] dans 0,8% à 10,9% des cas. Dans notre série elle a été observée dans 10 cas soit 14,90%. Ce qui est supérieur aux taux rapportés respectivement par Bagayoko [1] et Keita [40] avec 4,84% et 1,70%. L'association PP et Placenta Praevia accreta a été observée par Semment [74] et Dinasi [14] dans 0,6 à 5%. Dans notre étude elle a été observée dans 1 cas soit 1,5%.

**9-6. Le pronostic materno-fœtal :** L'apport de l'échographie dans la localisation du placenta et la réanimation bien codifiée dans les pays hautement médicalisés ont permis une baisse importante de la mortalité maternelle, qui passe de plus de 10% dans les années 1940 à moins de 1% actuellement [42].

La mortalité périnatale connaît aussi une baisse de 70% dans les années 1994 [76] à 4-8% actuellement [48]. Par contre les Pays en voie de développement, le pronostic materno-fœtal lié au PP reste sombre pour la plupart des cas, à cause de l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires [24, 30, 42,49].

**9-1- Pronostic maternel :** Malgré des multiples progrès réalisés dans la prise en charge des patientes victimes de PP (transfusion et césarienne), il demeure toujours une pathologie obstétricale pour mère, à cause de l'imprévisibilité des hémorragies et des complications qui peuvent en découler.

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de cas de décès.

La mortalité maternelle liée au PP est devenue rare dans les Pays développés [5, 34, 44, 51,57]. Ainsi Lyasus et al [35] ont

rapporté en 1993 aux Etats-Unis un taux de 0,03%. Par contre la morbidité liée au PP reste élevée.

Dans notre étude nous avons enregistré 12 cas soit 20,4% de PP suivi de complications. Notre taux se rapproche de celui de KONE [42] 19,64%, il est inférieur à celui rapporté par KEITA [40] 63,55% et Bagayoko [1] 50%.

**9-2- Pronostic foetal :** Malgré les progrès réalisés par la réanimation et le recours à la césarienne, le pronostic foetal reste encore sévère. Son appréciation est faite pendant les premiers jours de la vie néonatale. Le suivi à moyen et long terme est pratiquement impossible.

L'état des nouveau-nés référés dans un service après exeat de la mère au CS Réf CIV n'est pas souvent mentionné dans nos dossiers (partogramme).

La mortalité et la morbidité au cours du Placenta Praevia est considérable. Le foetus a moins bénéficié que la mère des progrès réalisés [5].

#### **a- La mortalité**

Dans notre série nous avons enregistré 11/68 cas de décès au total dont 10/68 cas soit 20,8% de mort-nés. Koné [42] a rapporté 30,35%, Keita [40] 56,67%, Bagayoko [1] 25,81%, Rakotolala [69] en RCI 38,5%, Houessou [29] au Bénin 42,07%. Tous ces taux sont supérieurs au notre. Par contre dans les Pays occidentaux les taux sont relativement faibles. C'est ainsi que Mac Shaue et Silver cités par Dantzer et al [11] signalaient 8,1% et 4,2%.

Dantzer et al [11] 3%,8% pour Wangala [80] et 4% et8% pour Lock Wood [46].

La mortalité fœtale élevée dans notre étude s'explique par le fait que nos patientes victimes de Placenta Praevia référées arrivent dans notre centre de façon tardive en urgence baignant dans du sang, le travail souvent déclenché de façon prématurée (41,02% de grossesses entre 28 SA et 37 SA) avec des fœtus qui souffrent ou déjà décédés.

### **b- La morbidité**

Les critères de morbidité sont plus difficiles encore à définir [77]. Cependant par souci de confirmer, nous considérons comme morbidité tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7, comme pour Trazier cité par TEKETE [77] un nouveau-né ayant un score d'Apgar supérieur ou égale à 7 est bon. La morbidité dans notre série s'élève à 29,8% soit 20 cas.

Notre taux se rapproche de celui de Dantzer [12], Bagayoko [1] et Rakotolala [69] trouvaient respectivement 51,61% et 51,9%.

Nous constatons qu'il y a eu une nette amélioration du score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute, 10 nouveau-nés soit 14,9 avaient un Apgar supérieur à 7.

Le petit poids de naissance <2 500g a été retrouvé chez 32 nouveau-nés soit 47,7%. Ce taux est inférieur à ceux de Bagayoko [1] 71,74% et supérieur à celui de Keita [40] 33,33%. 28 de ces nouveau-nés issus de placenta praevia étaient des prématurés soit 41,8%. Ce taux est supérieur à ceux de Keita [40] 23,33% et inférieur à celui de Bagayoko [1] 77,42%.

Les femmes avec un placenta vicieusement inséré sur le segment inférieur courent un risque plus grand de faire les accouchements prématurés que celles qui ne présentent aucune pathologie. On n'a reçu aucun cas de malformation fœtale.

## **VII- Conclusion et recommandations**

**1- Conclusion :** Cette étude prospective sur le placenta praevia dans le service de gynéco obstétrique au CS Réf C IV, a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Nous avons enregistré durant la période d'étude 6695 accouchements avec une fréquence de 1%.
- Le profil de la parturiente candidate du placenta praevia correspondait à une multigeste (4,6 grossesses) ayant accouché 3,4 fois et d'un âge moyen de 27,3 ans.
- Les facteurs étiologiques retrouvés sont : l'âge, la gestité, la parité, les antécédents (de césarienne, d'avortement et grossesse gémellaire) et le sexe du fœtus.
- 30,3 % des parturientes avaient un mauvais été général.
- 53,6% des parturientes nous ont été évacués d'une autre structure sanitaire.
- 22,3% n'ont fait aucune CPN et 47,1% ont fait moins de 4 CPN.
- 46,3% des parturientes avaient un placenta recouvrant et 53,7% un placenta non recouvrant.
- 5 cas soit 5,7% de mort-nés.
- 7 cas soit 10,4% de nouveau-nés avaient été évacués dans une structure spécialisée en néonatalogie.

### **2- Recommandations :**

#### **→ Pour les communautés**

- Fréquenter les structures sanitaires dès le début de la grossesse pour les consultations prénatales
- Consulter dès l'apparition des premières métrorragies au cours de la grossesse

- Accoucher dans les structures médicalisées
- Approvisionner la banque de sang par des volontaires

**→ Pour les agents sanitaires**

- Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, les pratiques traditionnelles néfastes
- Faire des consultations prénatales de qualité
- Faire une échographie obstétricale lors d'un épisode d'hémorragie chez toute femme au 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse

**→ Pour les autorités politiques et administratives**

- Augmenter la couverture sanitaire sur toute l'étendue du territoire national en personnel qualifié,
- Généraliser l'organisation du système de référence évacuation,
- Doter le centre de sante de référence de la commune IV de 2 ambulances médicalisées,
- Equiper au mieux les centres de santé (laboratoire d'analyse biologique, bloc opératoire, d'appareil d'échographie dans la salle d'accouchement.....),
- Améliorer les voies de communication
- Assurer la formation continue des agents des CSCOM



## **VIII- Références bibliographiques**

### **1- BAGAYOKO S.**

Contribution à l'étude du Placenta Praevia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 62 cas.

Thèse Médecine, Bamako, 2002. N° 17.

### **2- BAUDET J. H, AUBARD Y.**

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse. Orientation diagnostique. Rev prat (Paris) 1994, (44)12 ; PP. 1665-1670.

### **3- BENNDERS.**

Placenta Praevia and previous lower segment cesarean section sur. Gynecol-obstet 1954; 98,625-628

### **4- BESSIS R, BRIGNON C, SHNEIDERL.**

Localisation Placentaire échographique dans les insertions basses ; difficultés : le Placenta migrateur

Soirée échographique Gynecol-obstet 1976 ; (5) ; PP 3751.

### **5- BOOG**

Le Placenta Praevia.

Encycl Med. Chir. (Paris) obstétrique 1983, 5069 A10<sup>6</sup>

### **6- BRENNER W. E, EDELMAND A, HENDRICH S. H**

Characteristics of patients with Placenta Praevia and results of «expectant management » am.J;Obstet Gynecol 1978,132,180-191

### **7- BROWNE J.C.**

Localization of the Placenta by means of radioactive sodium.

Roy. Soc. 1951, (44), Pp 715-718.

### **8- Charasson Th? FOURNIER A.**

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse

Rev Fr. Gynecol. Obstet 1994, (88) 11 PP 560-569

**9- CHATTOPADHYAH S.K, KHARIF H, SHERBEENI M.M.**

Placenta Praevia and accreta after previous caesarean section.  
Eur. J. Obstet. Gynecol. Repro Biol 1993, (3) 52, P.P. 151-156

**10- CHASTRUSSE L, JAUBER J. L, MORIN J.**

Le décollement prématuré du Placenta inséré bas.  
Rev Fr Gynecol Obst 1953, 48: 80.

**11- Cotton O.B, REAAD J. A, PAUL R.H, QUILLIGAN E.J.**

The conservative aggressive management of Placenta Praevia  
Am J Obstet. Gynécol. 1980, 137, 687-695

**12- DANZER M, SLOUKGI J. G, AGNANI G, COLETTE C.**

Césariennes pour Placenta Praevia. Mortalité et Morbidité  
périnatales.

Reo Fr Gynécol. Obstet 1986, (81) 12, PP. 685-691

**13- DEMISSIE K, BREC NRIDGE M B, JOSEPH L, RHOADS G.  
G.KE**

Placenta Praevia preponderance of sexe at brith.  
Am J of Epidemiol 1999, 149: 824-30.

**14- DIMASI F. T, Mc GOLD RICK D. M, GROGNA R.H.**

Placenta accrete with special reference to combined Placenta  
praevia and accrete.

Am. J. Obstet-Gynecol 1963, 87,190-197.

**15- DOS SANTOS R, LAMES A, CALDOS J. P. M.**

Med. Contemp. 1929, 47,93.

**16- DOUGNON F.**

Contribution à l'étude des urgences gynécologiques et  
obstétricales à la maternité de l'hôpital du Point « G »

These Med: Bamako, 1989, N°64

**17- FIIPOVE, RUSERVA R.**

The localisation of the Placenta in pregnant women with one or more past caesarean section

Akuherstvo Iginе Kologila 1995, (3) 34, PP; 768

**18- FOOTE W. R, FRASER WD.**

Placenta Praevia a critical appraisal of eight years' management.

Am. J. obstet. Gynecol 1960, 80 10-16.

**19- FOSCOLOS P.**

Données statistiques sur le Placenta Praevia

J. Internat ; Coll. Surgeous 1964, (42) 1, PP. 40-46

**20- GHAZLI M, ZINOUN, SALAH EDDINE, ADERDOUR M, BEKKAY M.**

Placenta Praevia et pronostic foetal : à propos de 200 cas.

Gynecol obstet 1998, 93: 457-463.

**21- GORODESKI I. G. BAHARIC. CHACHTER A HERIA.**

Recurrent Placenta Praevia

Europ. J. Obstet-Gynecol Reprod, 1981, 12, 7-11

**22- GRONIOWISKI J, ROSZKOWSKI I.**

Simple technic of radiological Placenta localization and its clinical value. Polish. Med J, 1966, (5) 3, PP 591-600.

**23- GROSSIEUX P, LEDUC J. P, ROUCHY. R.**

Insertion basse du Placenta.

Rev. Franç. F Gynecol-obstet, 1970, 65,83-93.

**24- GUIADEM F. A:** Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et de l'accouchement.

Epidémiologie et thérapeutique (a propos de 301 cas colligés à la maternité du chu de Cotonou).

Thèse de MED : COTONOU, 1990 N°510

**25- HANDLER A.S, MASON E.D, ROSENBERG D. L, DAVIS F.G.**

The relation ship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and Placenta Praevia

Am. J. Obstet. Gynecol, 1994, 170, PP. 884-889

**26- HERSHKOWITZ R, FRASER D, MOZORM, LEIBER MANJ.R.**

One or multiple previous caesarean sections are associated with similar increased frequency of Placenta Praevia

Europ. Obstet-GYNECOL-Reprod-Biolo, 1995, 62, PP. 185-188

**27- HENDRICKS MS, CHO Y H, BHAGAVATH B, SINGH K.**

Previous cessarean section and abortion as risk facteurs of developing Placenta Praevia.

J of Obstet et Gynecol Ressearch 1999, 25: 137-42.

**28- HERLYN U.**

Experimenteller Bertrag sur Âtiologie Der P.P am modellder decidualen Zellreaktron bei der ratte.

Archiv. Gynäkol, 1964, 199,496-501.

**29- HIBBARD L.T**

Placenta Praevia. Am. J. Obstet. Gynecol, 1969, 104, 172-184.

Revue. Franç. Gynécol obstet, 1953, (48,3-4, PP 80).

**30- HODONOU E. K**

Contribution à l'étude du Placenta Praevia en milieu africain à Dakar.

Thèse Dakar, 1968, N°18

**31- HOUESSO H.**

Contribution à l'étude du Placenta Praevia en République populaire du Bénin (à propos de 698 cas).

Thèse Med : Cotonou, Bénin, 1983.N°145

**32- HUANG Y, DAIZ.**

Cesarean section in Placenta Praevia.

Chung. Hua. I. T sac. Chih. Taipei, 1990, (1) 70, PP. 13-15

**33- IAND, VICAR J, BROWN T. G.**

Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound.

Lancet, 1958, (1) 7058, 7023, PP.1188-1194.

**34- IFFY L, KAMINETZ KY H. A**

Placenta P : principles and practice of obstetrics and perinatology.

John wiley Sons : edit, New York, (2) PP 1105-1120.

**35- IYASUS, SAFTLASA.K ROWLEY D.L.KOONING L.M.ANDall.**

The epidemiology of Placenta Praevia in the united states, 1979 through 1987.

Am. J. Obstet-Gynecol, 1993, (5) 168, 1424-1429.

**36- JEFFREY M, BARRET M. D, and all.**

Induce abortion: A Risk factor Placenta Praevia.

J. Obstet-Gynecol: 1981, 141, PP. 769-772

**37- JOHNSON H. W**

The conservative management of varieties of Placenta Praevia.

J obstet- gynecol, 1945, (50), PP248-254.

**38- JOUPPILA. P.**

Vaginal bluding in the last two trimesters of pregnancy. A clinical and ultrasonic study

Acta Obstet Gynecol Scand, 1979, 58, 461-467.

**39- KAMINA P :** Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine SA, Paris 1984 PP. 396

**40- KEITA S. B.**

Placenta Praevia : facteurs de risque, pronostic de l'accouchement à l'hôpital du Point « G ».

Thèse de Med N°47, Bamako 1997.

**41- KLOSE B, WELDENBACH A**

Die Behandlung der Placenta P Z Gburstsh perentol, 1970, 172-467

**42- KONE F.**

Contribution à l'étude du Placenta Praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas).

Thèse de Med N° 48 Bamako 1989

**43- LACOMME M**

Pratique obstétricale

Masson et cie, édit. Paris 1960, 467-487

**44- LAVERY J. P.**

Clin. Obstet. Gynecol, 1970 (3) 33, PP 414--421.

**45- LEPAGE, HERVET, HENRION R.**

Considération sur 114 cas de Placenta Praevia

Gynecol-obstet, 1963, 62, 171-189.

**46- LIRA PLASCENCIA J, CABRALF. J and all.**

Placenta Praevia. Maternal and perinatal repercussion.

Analysis of 170 caxs.

Gynecol. Obstet. Mexico, 1995, 63, PP. 175-180

**47- LIRA PLASCENCIA J, OCHOAI. F, and all.**

Palcenta Praevia / acreta and previous caesarean section.

Expérience of five years at the Mexico National Institute of perinatology.

Gynecol-Obstet-Mexico, 1995, 63, PP 337-340.

**48- LOCK WOODCH. J.**

Placenta Praevia and relate disorders-in : QUEENANJ. T

Management of high-risk pregnancy, PP. 483-491.

Boston, Blakwell scientific publicatione, 1994.

**49- LOKOSSOU A.**

Mortalité maternelle au centre hospitalier départemental de référence de LOME

Etude prospective de janvier 1995 à mars 1996.

Résumé des rapports et communions des 4<sup>èmes</sup> journées de la S. Z. G. O. et 3<sup>ème</sup> journée de la S. I. G. O Abidjan 9, 10, 11, 12,13 décembre 1996

**50- LUCAS W. E**

Post partum haemorrhage

Clin. Obstet. Gynécol., 1980, (23,637-646).

**51- MABIE W. C.**

Placenta Praevia. (review)

Clinics in perinatology, 1992, (2) 19, PP. 425-435

**52 MACAFFEE C. H. G, MILLAR W. G, HARLEY G.**

Maternal and morbidity in Praevia.

J. Obstet. Gynecol, 1980, (23, PP637-646).

**53- MAILLET R, CAOT , GAUTIER , MARTIN A, GILLET J. Y**

Reflexions à propos sur une série continue de 204 cas de Placenta Praevia

Rev Franç Gynecol. Obstet, 1978, 73, 437-441.

**54- MAKHEED R, TOMI N. MOUSSA M**

A retrospective analysis of pathological Placenta implantation site and penetration.

Intern-J- Gynecol-Obstet, 1994, (2) 47, PP. 127-134

**55- MAYERM, FISCHGOL, HERVER, CHALUT.**

Placentographie par renforcement des ombres. Application obstétricale de la technique de logetron.

Bull. Fed. Sec. Gynecolo obstet, 1958, (10) 2, PP. 125-130.

**56- MENEES ET HOLLY. L. E**

La valeur diagnostique des produits de contrast radio opaques en gynécologie-obstétrique

Amer J Obstet Gynécol. 1932, 24 542-552.

**57- MERGER , LEVY J, MELCHOR**

Précis d'obstétrique. Masson, Paris 1993 PP245-252.

**58- MILIEZ J.**

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse : orientation diagnostique

Rev. Praticien, 1991, (41) 9, PP. 835-838.

**59- MONICA G, LIL JAC.**

Placenta Praevia, maternal smoking and recurrence risk

Acta-Obstet. Gynecol. Scand, 1995, (5) 74, PP. 341-345

**60- MORGAN J.**

Placenta Praevia: report on a series of 538, cases (1938-1962).

J. Obstet-Gynecol Brit. With, 1965, 72700-705.

**61-MOUE J.R.**

Placenta Praevia. Ante partum conservative management, inpatient versus out patients.



Am-j- Obstet. Gynecol, 1994 (6) 170, PP. 1683-1686

**62- NAEYER R. L**

Placenta Praevia. Predisposition factor and effects on the fetus and surviving infants.

Obstet. Gynecol, 1980, 55, 701-704.

**63- NELSON H. H.B, HUSTON J. E.**

Placenta Praevia. A possible solution to the associated high foetal mortality rate.

J. reprod. Med. Sci? 1980, 16, 426-432.

**64-NILSEN T. F,HAGBERG H, LJUNGBLADU.**

Placenta Praevia and ante partum hémorragie after previous caesarean section.

Gynecol. Obstet. Ivest, 1989, 27, PP. 88-90.

**65- PALLIER, DELECOUR M, MONNIER J. C, BEGUERI F, COLL.**

Contribution à l'étude du pronostic des hémorragies. Par insertion basse du Placenta.

Placenta Obstet, 1970, 69, 309-324

**66- PARAZZINI F, DIUDELLI M, LUCHINI L, AND COLL.**

Risk factors for Placenta Praevia.

Placenta, 1994 (3) 15, PP. 321-326.

**67- PEDOWITZ P.**

Placenta Praevia an evaluation of expectant

Management and the factors responsible for foetal wastage

Am J. Obstet-Gynecol, 1965, 93, 16-25

**68- PORTAL P**

La pratique des accouchements Paris 1985

**69- RAKOTOMALALA J. P. A.**

Le placenta Praevia : aspect épidémiologique, pronostic foetal maternel.

A propos de 235 cas colligé au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU cocody.

Mémoire de CES de gynecol-obstet : Abidjan, 1994.

**70- READ J. A, COTTON D. B, MILLER F.C.**

Placenta accrete : changing clinical aspects and out come.

Gynecol. Obstet, 1980, 56, 31-35.

**71- RECORD RG.**

Observations related to the actiology of Placenta Praevia with special reference to the influence of age and parity.

Brit J, prev. Sos Med, 1956, 10, 19-24.

Am. J. obstet. Gynecol, 1959, 77, 55-62

**72- RIVIERE M, MAHONA, ECOLL**

26-observations de Placenta de décollement prématuré du Placenta inséré bas.

Etude clinique

**73- SCOTT J. R :**

Vaginal bleeding in the mid trimester of pregnancy

Am. J. Obstet. Gynecol, 1972, 113, 329-334.

**74- SEMMENS J. P.**

Placenta Praevia : the role of conservation management in a contolled study.

Am. J. Obstet. Gynecol, 1959, 77, 63-73.

**75- SINGH P. M RODRIGUESC, GUTTA A. N.**

Placenta Praevia and previous caesarean section.

Acta. Obstet. Gynecol. Scand, 1981, 60, PP. 367-368

**76- SMITHK.**

Cesarean section in the treatment of Placenta Praevia. A review of 99 cas

**77- TEKETE I.:** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du Point « G » de 1991 à 1993. a propos d'une étude cas témoins de 1544 cas.

These med : Bamako, 1996, N°17

**78- TOW. W, LEUNG W. C.**

Placenta Praevia and previous caesarean section.

Intern. J. Gynecol. Obstet, 1995, (1) 51, PP. 25-31

**79- UDEWH ET URNER J. A.**

Diagnostic radiologique du Placenta Praevia.

Amer J. Obstet. Gynecol. Lgue Franç 1935, 29,5.

**80- WANGALA P, RIETHMULLER D. ET COLL.**

Mortalité et morbidité périnatales liées aux césariennes pour Placenta Praevia.

Rev. Franç. Gynecol. Obstet, 1996, (91) 11, PP. 168-172.

**81- WEINBERG A, RIZZI J, Mc MANUSR, RIVERA J.**

Localisation of the Placenta site by radioactive isotopes.

Obstet et Gynecol, 1957, 9, PP. 692-695.

**82- WILLIAMM. A, MITTENFORF R.**

Creasing maternal age as a determination of Placenta Praevia more important

AM increqsing parity?

**83-YASSOUAY :** Contribution à l'étude de la mortalité maternelle par hémorragie a propos de 203

Observés en 3 ans (1988-1991) au service de Gyneco-Obstet du  
CHU de cocody

Mémoire CES de Gyneco-Obstet, Abidjan, RCI, 1991, N°88

**IX. Annexes :**

**FICHE SIGNALITIQUE**

**NOM :** DIALLO

**PRENOM :** ASSINOU

**TITRE DE THESE :** Etude Epidémiolo-clinique du Placenta Praevia Hémorragique au centre de santé de référence de la commune IV district de Bamako

**Année Universitaire :** 2007-2008

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Gynéco Obstétrique, santé publique

**RESUME :**

Notre étude transversale s'était déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du 1<sup>er</sup> janvier 2004 31 décembre 2005

L'objectif principal était d'étudier les aspects épidémiolo-cliniques du Placenta Praevia hémorragique dans notre service. Nous avons recruté durant cette période 67 cas de Placenta Praevia hémorragique sur 6695 accouchements soit une fréquence de 1%

Tous les âges de l'activité génitale sont concernés (15-45ans)

Les facteurs étiologiques sont : l'âge, la gestité, la parité les antécédents (d'avortements, de césarienne et de gémellité), le sexe de l'enfant.

Nous avons enregistré :

- ✓ 36 cas soit 53,7% de Placenta non recouvrant contre 31 cas soit 46,3% de Placenta Recouvrant
- ✓ 46 cas soit 68,6% de césarienne contre 21 soit 31,4% d'accouchement par voie basse.
- ✓ 28 cas soit 41,8% de nouveau-né étaient Nés avant terme et 7 cas soit 10,4% avaient été référés dans une structure néonatale. 5cas soit 5,7% de mort-nés.

**MOTS CLES :** Placenta praevia hémorragique, urgence obstétricale, santé publique.

## **FICHE D'ENQUETE**

### **PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE**

#### **IDENTIFICATION**

NOM :

PRENOM :

N° DOSSIER : /-----/

1-Date d'entrée : /-----//-----/

2- AGE : /-----/

3- Ethnie : /-----/ (1= bambara, 2= sarakole, 3= malinké, 4= dogon, 5= Peulh, 6= sonrai, 7= bozo, 8= miniaka, 9= autres)

4- Statut matrimonial : /-----/ (1= mariée, 2= fonctionnaire, 3= veuve, 4= divorcée)

5- Principale activité : /-----/ (1= ménagère, 2= fonctionnaire, commerçante 4= élève/étudiante)

6- Profession conjoint : /-----/ (1= fonctionnaire, 2= commerçante, 3= veuve, 4= Paysan, 5= élève/étudiante)

#### **FACTEURS DE RISQUE**

7- Gestité : /-----/

8- Parité : /-----/ (O/N)

9- Manœuvres endo-utérines : /-----/ (O/N)

10- ATCD de PP : /-----/ (O/N)

11- Malformation utérine : /-----/ (O/N)

12- Césarienne : /-----/ (O/N)

13- Prématuré : /-----/ (O/N)

14- Fibrome: /-----/ (O/N)

#### **EXAMEN DE LA PATIENTE**

Mode d'entrée

15- Evacuer : /-----/ (O/N)

=> Si oui préciser : /-----/ (1= CSCOM, 2=privé, 3= hôpital)

=> Motif d'évacuation : /-----/ 1= hémorragie pendant la grossesse avec douleur

2= hémorragie pendant le travail

=> Fiche de référence : /-----/ (O/N)

=> Temps de référence : /-----/ (Heures)

=> Temps d'admission : /-----/ (Heures)

16- Heure d'accouchement : /-----/ (Heures)

### **ATCD gynéco obstétricaux**

17- Nombre d'enfants vivant : /-----/

18- Nombre d'avortement : /-----/ (O/N)

19- Nombre d'enfant décédés : /-----/

20- IIG : /-----/ (ans)

21- Métrorragie pendant la grossesse : /-----/ (O/N)

=> Si oui quelle période : /-----/ (trimestre)

22- Métrorragie : /-----/ (O/N)

=> Si oui résultats : /-----/ (type)

23- CPN : /-----/ (O/N)

=> Lieu CPN : /-----/ (1= CSCOM, 2= Privé, 3= hôpital)

### **EXAMEN :**

24- Etat général : /-----/ (1= bon, 2= mauvais, 3= altéré)

25- Conjonctive : /-----/ (1= colorées, 2= pâles) => Si pâles nbre de croix : /-----/

26- Température : /-----/ (°C) 27- Tension artérielle : /-----/ /-----/

28- Pouls : /-----/ (1=<100, 2=> 1002fillant, imprenable)

29- Hauteur utérine : /-----/ 30- BDCF : /-----/

31- Mouvements fœtaux : /-----/ (O/N)



32- Terme de grossesse : /----/ (1= avant terme, 2= à terme, 3= post-terme)

33- Dilatation du col : /----/

34- Type de présentation : /----/ (1= céphalique, 2= siège, 3= transverse)

35- Type de variété du Placenta (1= central ou recouvrant, 2= périphérique ou non recouvrant)

36- Engagement : /----/ (O/N)

37- Contraction utérine : /----/ (O/N) si oui fréquence : /----/ (mn)

38- Hypertonie : /----/ (O/N)

39- Notion d'hémorragie : /----/ (O/N) => Si oui croix : /----/ (O/N)

40- Poche des eaux intacte : /----/ (O/N) => Si non temps de rupture : /----/ (Heures)

41- Arrêt hémorragie après RAM : /----/ (O/N)

### **ATTITUDE THERAPEUTIQUE**

42- Groupe effectué en urgence : /----/ (O/N)

43- Indication de transfusion de sang total : /----/ (O/N) => Si Oui nombre poche: /----/

44- Molécules reçus : /----/ (1= sérum salé, 2= sérum glucose, 3=plasma 4= Haemacel 5= autres)

45- Indication de transfusion de PFC : /----/ (O/N) => Si Oui nombre poche : /----/ (O/N)

46- Moment de la transfusion /accouchement : /----/ (1= avant, 2= pendant, 3= après)

47- Voie d'accouchement : /----/ (1= haute, 2= pendant, 3= après)

- 48- Type d'accouchement : /----/ (1= dystocique, 2= eutocique)  
49- Anomalies funiculaires : /----/ (O/N) => si Oui préciser : /---/  
(1= circulaire, 2= écharpe)  
50- Hospitaliser pendant la grossesse : /----/ (O/N) => séjour  
hospitalisation:/----/ (jours)  
51- Traitement :/----/ (1= fer, 2= chloroquine, 3= transfusion, 4=  
Amoxicilline ,5= autres)

### **PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE**

- 52- Apgar à la 1<sup>er</sup> mn: /---/  
53- Apgar à 5<sup>ème</sup> mn:  
54- Apgar à 10<sup>ème</sup> mn:  
55- Poids : /----/ (g)  
56- Taille : /----/ (cm)  
57- PCI : /----/ (cm)  
58- Sexe : /----/ (1= M, 2= F)  
59- Réanimé: /----/ (O/N)  
60- Malformation 1:/----/ (O/N)  
61- Malformation 2 :/----/ (O/N)  
62- Evacué 1 :/----/ (O/N)  
63- Evacué 2 :/----/ (O/N), Si oui lieu : /----/ (1= CHU, 2=  
clinique)  
64- Délivrance : /----/ (1= spontané 2= artificielle)  
65- Révision : /----/ (O/N)  
66- Placenta : /----/ (1= complet 2= incomplet)  
67- Taille du cordon : /----/ (cm)  
68- Hémorragie de la délivrance:/----/ (O/N)

69- Formes associés : /----/ (1= HRP, 2= procidence cordon, 3=Placenta accreta 4= autres)

70- DCD : /----/ (O/N)

71 Anémie : /----/ (O/N)

72- Collapsus: /----/ (O/N)

73- Thrombophlébite: /----/ (O/N)

74- Infection : /----/ (O/N)

75- Autres :

### **TRAITEMENT DES COMPLICATIONS**

76- Hystérectomies : /----/ (O/N)

77- Transfusion : /----/ (O/N)

78- Anticoagulant : /----/ (O/N)

79- Antibiotiques : /----/ (O/N)

80- Réanimée : /----/ (O/N)

81- Durée séjour : /----/ (O/N)

82- Sortie :

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers condisciples, devant **l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure**, au nom **de l'Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

**Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent **et n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

**Admis a l'intérieur** des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni a favoriser le crime.

**Je ne permettrai pas** que des considérations de religion, de nation, de races, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je garderai le respect absolu** de la vie humaine dès sa conception.

**Même sous la menace**, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres**, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

**Que les hommes m'accordent** leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes confrères si j'y manque

**Je le jure**