

Année 1990

N° 248

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

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

le ~~15~~ Juillet 1990

Par Fousseïni Koné

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs :

Président Professeur Mamadou Lamine Traoré

Membres } Docteur Sy Aïda SOW
 } Docteur Badara Aliou Macaïou
 } Docteur Salif Diakité

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989**

Professeur Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur Moussa TRAORE.....	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Mr Bakary M. CISSE	Sécrétaire Général
Mr Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. Professeurs agrégés

Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-traumatologie Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-traumatologie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R Chirurgie générale Médecine Légale

2. Assistants chefs de clinique

Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-obsétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-stomatologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-obsétrique
Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-obsétrique
Docteur Pierre LEROY	Anesthésie-réanimation
Docteur Alhousseïni AG MOHAMED	O.R.L
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-obsétrique
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie générale Soins infirmiers
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Chirurgie
Docteur Fanta Sambou DIABATE	Gynécologie-obsétrique
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation

3. Assistants et C.E.S

Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme KOUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins infirmiers
Docteur Sidy Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie-traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie générale
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Docteur Moussa I. MAIGA	Gastro-entérologie
Docteur Drissa DIALLO	Matière médicale
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. Professeurs agrégés

Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Eric PICHARD	Médecine interne
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine interne
Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R
	Pneumo-phtisiologie
Professeur Mamadou Koreïssi TOURE	Cardiologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie

2. Assistants chefs de clinique

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie- Médecine interne
Docteur Sanoussi NANAKASSE	Dermatologie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Sominta M. KEITA	Dermatologue

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. Professeurs agrégés

Professeur Siné BAYO	Anatomo-pathologie Histologie-embryologie
Professeur Gaoussou KANOUTE Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chimie analytique Chirurgie viscérale- anatomie
Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R microbiologie

2. Docteurs D'Etat

Docteur Amadou DIALLO	Zoologie-génétique
Docteur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie

3. Docteurs 3ème cycle

Docteur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie organique
Docteur Daouda DIALLO	Chimie minérale
Docteur Bouba DIARRA	Microbiologie
Docteur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Docteur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Docteur N'Golo DIARRA	Botanique
Docteur Bakary M. CISSE	Biochimie
Docteur Jacqueline CISSE	Biochimie
Docteur Godefroy COULIBALY ...	T.P. Parasitologie
Docteur Moussa ARAMA	Chimie organique
Docteur Mamadou KONE	Anatomie-physiologie humaine
Docteur Abdoulaye KOUMARE	Chimie générale
Docteur Bakary SACKO	Biochimie
Docteur Massa SANOGO	Chimie analytique
Docteur Salikou SANOGO	Physique
Docteur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Docteur Souleymane TRAORE ...	Physiologie générale

4. Assistants chefs de clinique

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Yéya Issa MAIGA	Immunologie

5. Maître Assistant

Docteur Hama CISSE Chimie générale

6. Assistants

Docteur Flabou BOUGOUDOGO T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE Histo-embryologie
Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP T.P. Anatomie

7. Chargé de cours

Monsieur Modibo DIARRA Diététique-Nutrition

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. Professeur agrégé

Professeur Boubacar CISSE Chef de D.E.R toxicologie

2. Maîtres Assistants

Docteur Souleymane GUINDO Gestion
Docteur Boukassoum HAIDARA Législation et gestion
Docteur Boubacar KANTE pharmacie galénique
Docteur Alou KEITA Pharmacie galénique
Docteur Harouna KEITA Matière médicale
Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie

3. Docteur 3ème cycle.....

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. Assistant

Docteur Drissa DIALLO Matière médicale

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. Professeurs agrégés

Professeur Sidi Yaya SIMAGA ...	Chef de D.E.R Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de conférence agrégé en santé publique

2. Assistants chefs de clinique

Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur Sory Ibrahima KABA ...	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Bocar Garba TOURE	Santé Publique

3. Chargés de cours

Monsieur Cheick Tidiane TANDIA	Hygiène du milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA ...	Hygiène du milieu

Missionnaires

Professeur Humbert Glono BARBER	Pharmacodynamie
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER	Anatomie-physiologie humaine
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S Ophtalmologie
Docteur Alain LAZUREMS	Chimie
Professeur Théophile SODOGANDJI	Pharmacodynamie
Docteur Marie Hélène ROCHAT ...	Pharmacie galénique
Docteur François ROUX	Biophysique
Professeur Pierre Jean REYNER ..	Pharmacie galénique
Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie chimique
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Monsieur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Professeur Ababacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Tchqke LEOPOLD	Pharmacie chimique
Professeur E. A. YAPPO	Biochimie

DEDICACE

Je dédie ce travail

- A mon père Feu Lamoussa KONE.

Tu nous as quitté après que nous ayons déjà débuté ce travail ; mais ton riche enseignement dont nous avons bénéficié, nous a soutenu, et ne nous quitteras jamais. Je garderai toujours en esprit les grands sacrifices que tu n'as cessé d'entreprendre pour moi, l'intérêt que tu as toujours porté sur l'instruction, ton attachement au travail bien fait.

Que ton âme repose en paix.

- A ma mère : Kadidia KONE.

Ce travail est l'aboutissement de tes sages conseils. Je sais, je n'oublierai jamais les sacrifices que tu as consenti pour moi. Sans toi ce travail serait inachevé. Trouves y motif de satisfaction.

- A mes frères.

- Souleymane KONE

- Hinza KONE

Vous vous êtes offerts à moi comme les marches d'un escalier. Ce travail est le vôtre et vous honore.

Amour filial.

- A mes frères cadets.

" La réussite est au bout de l'effort ". Puisse ce travail vous servir d'exemple.

- A mes oncles et tantes

Particulièrement à vous : Morifing KONE et Mariam KONE.

Vous qui vous êtes privés de tant de choses pour moi. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Je me ferai le devoir de ne pas décevoir l'estime que vous m'accordez.

- A Zié OUATTARA.

Tu as été pour moi, les béquilles du paralytique, le bâton de l'aveugle, la bouée du naufragé, le tuteur de la liane...

Ce travail est juste le tien.

T'exprimer ma reconnaissance en diminuerait la profondeur.

- A Mme OUATTARA Aminata DIAKITE.

J'ai trouvé auprès de vous tout le confort et le soutien dont j'ai besoin. Vous n'avez ménagé aucun effort pour faciliter ces longues années d'études. Les mots ne suffiront pas à exprimer mes sentiments pur vous. Veuillez cépendant accepter ce gage de mon infinie reconnaissance.

- A la famille Yoroté à Sikasso.

Accepter ici mes vifs remerciements, pour l'assistance, la sympathie et le respect dont j'ai constamment bénéficié auprès de vous.

Profonde gratitude.

- Au Docteur Zanafon OUATTARA.

Nous avons toujours bénéficié de votre soutien, vos qualités humaines forcent l'admiration. Ce travail est le vôtre.

Profonde reconnaissance.

- Au Docteurs : Diakalia KONE

Gaoussou BERTHE.

Pour vos sages conseils. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

- Au Docteurs :

Diagne Binta KEITA

Olga

Pleah Tsigué

Mahamane TRAORE

Almahadi DICKO

et à tout le personnel du Service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Pour l'aimable accueil, la grande sympathie que vous m'avez accordé, l'assistance et vos expériences dont j'ai bénéficié, tout au long de ce travail.

Puisse ce travail vous offrir objet de satisfaction.

Profonde gratitude.

- Aux internes du service

En témoignage des moments passés ensemble.

- A mes amis :

Bakary KONE

Moulaye DIABATE

Timothé DAOU

Adama B. DIAKITE

Diakalia KOUYATE

En témoignage des inoubliables moments passés ensemble.

Profonde amitié.

- A tous les membres de l'AERCK à l'ENMP.

L'union fait la force. Vous avez tous concourus à la réalisation de ce travail.

Tachons chacun pour sa part de suivre l'exemple de nos aînés.

Mes sincères remerciements.

- A Mrs : Adama TRAORE

Hamadoun ONGOIBA.

Pour votre contribution aux durs travaux de dactylographie et de photocopie. Soyez en remerciés.

REMERCIEMENTS :

- A notre Président du Jury.

Monsieur le Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Chef de D.E.R. de Chirurgie Générale

Médecin chef du service de chirurgie "C". ~~E.G.~~ H.P.G

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos excellentes qualités de pédagogue tout au long de notre cycle. Votre constante disponibilité, vos qualités de chercheur, font de vous un maître exemplaire.

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre Jury, malgré vos multiples occupations. Veuillez recevoir l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration.

-Au Docteur : Mme SY Aïda SOW.

Assistant chef de clinique.

Spécialiste en gynéco-obstétrique.

PMI : Missira Bamako.

Nous sommes fiers et heureux de vous compter parmi nos Juges. Votre rigueur dans le travail, votre entière disponibilité, la clarté et la qualité de votre enseignement ont suscité notre admiration.

Permettez-nous de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond respect.

- A Monsieur le Docteur Badara Aliou MACALOU.

Spécialiste en gynéco-obstétrique.

Vous nous avez accueilli dans votre service avec gentillesse et aimabilité. Votre ardeur au travail et votre haute conscience professionnelle, jointes à votre souci de transmettre à vos élèves vos connaissances théoriques et votre expérience clinique font de vous un véritable maître.

Dans le plan social vous récélez de véritables ressources de bonté qui font de vous un homme inoubliable.

C'est pour nous un privilège d'être à vos côtés et de bénéficier de votre expérience dont notre travail s'est pleinement enrichi.

Soyez assuré de notre sympathie et de notre sincère attachement.

- A notre Maître de thèse.

Le Docteur Salif DIAKITE Assistant chef de clinique, spécialiste en gynéco-obstétrique.

Vous êtes l'inspirateur et le superviseur de ce travail. Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève.

Tout au long de notre séjour dans votre service, vous avez fait preuve d'une surprenante tolérance et d'une grande patience.

Toutes ces bonnes qualités, n'ont cependant pas altéré la rigueur de votre raisonnement scientifique comme en témoignent les multiples reprises de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde reconnaissance et notre admiration.

Mes sincères remerciements à votre sympathique épouse.

PLAN

I-INTRODUCTION

II-HISTORIQUE

- A. Evolution des méthodes de diagnostic
- B. Evolution des attitudes thérapeutiques.

III- REVUE DE LA LITTERATURE

A. Rappels

- 1. Placenta.
- 2. Les membranes de l'oeuf.
- 3. Le Segment inférieur.

B. Définition et classification

- 1. Définition
- 2. Classification

C. Pathogénie et physio-pathologie

D. Fréquence

E. Facteurs étiologiques

F. Etude clinique

- 1. Circonstances de découverte
- 2. Evolution
- 3. Formes cliniques
- 4. Diagnostic
- 5. Pronostic

G. Traitement

IV. CADRE ET METHODES D'ETUDE

V. NOTRE TRAVAIL

- A. Nos dossiers
- B. Les résultats (analyse des dossiers)

SOMMAIRE

	PAGES
I. INTRODUCTION	1
II. HISTORIQUE	2
A. L'EVOLUTION DES METHODES DIAGNOSTICS	2
B. EVOLUTION DES ATTITUDES THERAPEUTIQUES	4
III. REVUE DE LA LITTERATURE	
A. RAPPEL	6
1. Les Pacents	6
2. Les Membranes de l'Oeuf	8
3. Le Segment Inferieur	8
B. DEFINITION ET CLASSIFICATION	13
C. PATHOGENIE ET PHYSIOPATHOLOGIE	16
1. Pathogenie	16
2. Physiopathologie	17
D. FREQUENCE	19
E. FACTEURS ETIOLOGIQUES	21
F. ETUDE CLINIQUE	24
1. Circonstances de Decouverte	24
2. Evolution	27
3. Les Formes Cliniques	29
4. Le Diagnostic	31
5. Le Pronostic.....	32
G. TRAITEMENT	37
IV. CADRE ET METHODES D'ETUDE	44
V. NOTRE TRAVAIL	46
A. NOS DOSSIERS	46
B. LES RESULTATS	107
1. Fréquence	107
2. Provenance de nos Malades	107
3. Classification	108
4. Facteurs Etiologiques.....	109
5. Profession de nos Malades	113
6. Situation Matrimoniale	113
7. Suivi des Consultations Prénatales	114
8. Etude Clinique	115
9. Traitement	121
10. Evolution	125
11. Pronostic	125

VI. DISCUSSION ET COMMENTAIRES	127
1. Classification et Fréquence	127
2. Facteurs étiologiques	129
3. Etude clinique	131
4. Diagnostic	138
5. Traitement	139
6. Evolution	145
7. Pronostic	146
VII. CONCLUSION	151
VIII. RECOMMANDATIONS	153
IX. BIBLIOGRAPHIE	154
X. ANNEXES	159

I - INTRODUCTION

INTRODUCTION

Si les causes majeures de la mortalité maternelle dans "les pays en voie de développement" sont dominées par : l'hémorragie, l'infection, les complications de l'hypertension artérielle, les dystocies et les avortements illégaux ; il n'en demeure pas moins que les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont préoccupantes et posent chez l'obstétricien de sérieux problèmes. A l'origine de ces hémorragies on retrouve très souvent les étiologies suivantes : la rupture utérine, l'hématome rétro-placentaire et le placenta praevia.

Parmi ces diverses causes nous avons choisi le placenta praevia qui constitue une urgence obstétricale surtout dans sa forme hémorragique et mérite de ce fait d'être dépisté à temps pour sauver la mère et protéger l'enfant.

Dans le souci de bien cerner notre sujet, de faire une étude plus descriptive et plus précise, nous avons limité notre choix à cette seule cause d'hémorragie du dernier trimestre de la grossesse, à savoir le placenta praevia.

Le placenta praevia constitue de nos jours une éventualité assez fréquente et cliniquement redoutable dans sa forme hémorragique.

En Afrique, le problème de placenta-praevia prend des dimensions particulières surtout en milieu rural où la misère de l'infrastructure sanitaire assombrit davantage le pronostic maternel et foetal.

Du 15 Septembre 1988 au 31 Octobre 1989, nous avons enregistré 56 cas de placenta-praevia dans sa forme hémorragique.

C'est l'analyse de ces 56 cas qui fait l'objet de ce travail.

Au cours de cette étude, après un rappel sommaire des étapes historiques du placenta praevia et des généralités sur cette anomalie, nous l'examinerons successivement sur les plans : étiologique, clinique et thérapeutique.

II - HISTORIQUE

HISTORIQUE (19)

L'historique du placenta praevia a été marquée par l'évolution des méthodes de diagnostic et des attitudes thérapeutiques.

A - L'évolution des méthodes de diagnostic

L'anomalie de l'insertion placentaire était connue des anciens auteurs par l'hémorragie chez les gestantes au dernier trimestre de la grossesse. En fait ces auteurs trouvaient chez certaines de ces patientes la présence du placenta au niveau de l'orifice interne du col ou dans son voisinage.

PORTAL (46) semble être le premier à percevoir un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait auprès du terme de sa grossesse.

Plus tard LEVRET (30) découvrit un placenta-praevia à l'autopsie d'une gestante décédée des suites d'une hémorragie foudroyante.

Avant 1929 : Le diagnostic de placenta praevia reposait uniquement sur le toucher transcervical. Cette méthode comportait le risque redoutable d'aggraver ou même de déclencher l'hémorragie, et avait une efficacité discutable.

En 1929 DOS SANTOS (10) réalise la première aortographie pour placenta-praevia en injectant du sodium iodé intraortique. D'autres auteurs préférèrent la voie fémorale. Les succès diagnostics de cette méthode avoisinaient 97%.

En 1930 MENEES et ses collaborateurs (37) pratiquent l'amniographie pour le diagnostic de placenta praevia. Ils injectent dans la cavité amniotique une substance opaque qui visualise la configuration interne de l'utérus et le contour du fœtus. Cette méthode avait plusieurs avantages : elle permettait de mettre en évidence la saillie placentaire, de dépister certaines anomalies endo-utérines et foetales, de faire le diagnostic du sexe du fœtus par le tracé du contour de ces OGE (organes génitaux externes), d'apprécier la vitalité foetale par le repérage du

produit de contrast dans le tube digestif.

En 1934 SNOW et POWELL (55) proposent la placentographie directe par la radiographie des parties molles. Ils utilisent les rayons mous.

MAYER et FISCH GOLD (35) vont utiliser plus tard les rayons durs par la technique du logetröm pour améliorer les résultats.

UDE et URNER (56) pratiquent la première cystographie pour placenta prævia après opacification de la vessie.

SOHRNE et LINDBLOM cités par GRONIEWSKI (15) préconisent la proctographie pour décèler une insertion postérieure par injection d'air dans le rectum.

Ces techniques radiographiques pratiquées par des sujets expérimentés donnaient de très bons résultats : 70 à 75 % environ de bons diagnostics d'insertion basse. Mais cela à partir de la trentième semaine d'aménorrhée. Avant cet âge les résultats sont moins bons .

En réalité ces techniques sont peu utilisées en raison du caractère opératoire de certaines d'entre elles (artographie, amniographie) ; du risque non négligeable d'irradiation du foetus ; des difficultés d'interprétation. Ce qui a conduit à la recherche d'autres techniques plus pratiques, moins traumatisantes.

En 1951 BROWNE (5,6) est le premier à introduire la technique du repérage isotopique. Il utilise le sodium radioactif (Na 24).

En 1958 WEINBERG (57) améliore les résultats en recourant au sérum albumine humain marqué à l'iode radioactif (SAHI 131) dont la période est beaucoup grande que celle du sodium radio-actif. Mais l'iode a une très grande affinité pour le corps thyroïde, aussi ce même auteur propose-t-il en 1961 d'utiliser le chrome radioactif (Cr 51) pour le marquage des globules rouges dans le repérage du placenta.

Compte tenu des réserves émises à propos des risques foetaux liés aux substances radioactives utilisées, le repérage ultrasonic adopté

depuis la publication de Ian Donald (20) en 1958 présente plus d'attrait pour les cliniciens. Cette technique est dépourvue de toute toxicité, elle est de réalisation plus aisée, elle renseigne sur la situation du placenta mais aussi sur sa morphologie. Elle permet de localiser correctement le placenta dans 97 % des cas environ.

B - Evolution des attitudes thérapeutiques

On peut souligner cinq grandes étapes :

- le 16ème siècle : Ambroise PARE souligne le grand danger que comporte l'hémorragie du placenta-praevia et préconise en conséquence "l'accouchement forcé". Il invente du même coup la version par manoeuvres internes.

- le 17ème siècle : Les élèves d'Ambroise PARE : Guillemeau et Mauriceau (35) adoptent la même attitude que leur maître,, en insistant davantage sur l'urgence thérapeutique que constitue le placenta-praevia. Mauriceau préconise la rupture large des membranes pour faire cesser l'hémorragie car dit-il, "l'eau qui coule arrête le sang qui coule".

- le 18ème siècle : on note une réaction contre cette attitude dite "interventionniste". PORTAL (46), LEVRET (30) préfèrent la temporisation.

En 1957 LEVRET dans une monographie souligne les avantages que procure la simple compression hémostatique du placenta.

En 1776 LEROUX (23) préconise dans son livre le tamponnement intravaginal serré ou même intra-utérin, très efficace d'après lui dans les hémorragies du placenta praevia. Dans ce même livre il critique la rupture précoce des membranes dans le traitement du placenta praevia, méthode qui était alors conseillée par Puzos (23).

- le 19ème siècle : On assiste à l'affrontement des partisans des deux attitudes :

d'une part on a les auteurs fidèles à la compression du placenta et aux autres techniques hémostatiques :

- Champetier de RIBES préfère le ballon intrautérin

5

- BARNES préfère le ballon intra-utérin et intravaginal
- BRAXTON-HICKS préfère la version mixte par manoeuvres

internes et externes

- PINARD préfère la rupture large des membranes.

D'autres auteurs par contre reviennent au principe de l'accouchement accéléré.

- TARNIER enseigne la dilatation artificielle du col.

- BONNAIRE défend "l'accouchement méthodiquement rapide" et sa fameuse dilatation bimanuelle du col.

- DELMAS pratique la dilatation cervicale sous rachianesthésie.

Au 20ème siècle : On assiste à l'utilisation de la césarienne et la mise au point du traitement médical d'attente dans le traitement de la césarienne.

En effet, les premières césariennes pour placenta praevia ont été pratiquées en 1890 aux USA par HUDSON - FORD et par LOWSONTAIT en Angleterre. En France TARNIER la réalise en 1897. Mais il faudra attendre la thèse de De Soubry en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de cité dans le traitement du placenta praevia.

Une meilleure connaissance de la pathogénie des hémorragies du placenta praevia et de ses conséquences maternelles et foetales permis en 1945 à JOHNSON (24) aux USA et à MACAFEE (33) en ECOSSE d'apporter des améliorations appréciables dans le traitement médical d'attente, contribuant ainsi à dissiper en partie l'angoisse des accoucheurs devant l'hémorragie du placenta praevia.

Avec l'apparition des antibiotiques, de la transfusion sanguine et la codification des techniques modernes de réanimation, la mortalité maternelle et foetale a considérablement diminué.

Les énormes progrès réalisés dans l'élevage des prématurés et des débiles ont permis d'améliorer le pronostic foetal et ont apporté à l'obstétricien un soulagement et une récompense bien mérités.

III - REVUE DE LA LITTERATURE

A. Rappels.

Rappels : Concernent le placenta, les membranes de l'oeuf, le segment inférieur.

1. Le placenta :

1.1. Formation du placenta : Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour. À partir du 5ème mois le placenta conserve la structure générale qu'il a désormais acquise. Son volume continue à s'accroître, les villosités se multiplient mais sans modification structurale.

1.2. Structure du placenta : Le placenta comprend de dehors en dedans :

1.2.1 - la plaque choriale : C'est la partie de l'enveloppe de l'oeuf (chorion) où sont restées un certain nombre de villosités.

1.2.2 - 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 restant libres et baignent dans les lacs sanguins. La villosité est l'organite élémentaire du placenta. Elle est formée d'un axe vasculaire (artériole et veine) et d'un revêtement qui se modifie avec l'âge de la grossesse. Ce revêtement a deux couches épithéliales :

l'une superficielle, inégale et sans limites cellulaires nettes

l'autre profonde ou couche de Langhans, formée de grosses cellules polyédriques claires, disposées en un seul rang.

Au fur et à mesure que le terme approche, la couche superficielle s'amincit et la couche de Langhans s'interrompt en maints endroits.

1.2.3 - La caduque basale : Dès la nidation, la muqueuse utérine s'est transformée en caduque caractérisée par la présence de cellules déciduales, très grosses cellules à protoplasmés spumeuses, spécifiques de la grossesse.

1.2.4. La chambre intervillieuse : C'est l'espace compris entre laⁿ caduque basale et la plaque chorionale, dans lequel baignent les villosités, où circule le sang maternel.

1.3. Aspect du placenta : Examiné 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 g 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.

La face foetale est lisse et luisante. Elle est tapissée par l'amnios que l'on peut détacher facilement du plan sousjacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibres.

La face maternelle est charnue tomenteuse elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds creusés par les septa. Le bord est circulaire, il se continue avec les membranes de l'oeuf.

1.4. La circulation placentaire : La circulation maternelle apparaît dès le 9^e jour post conceptionnel. La circulation foeto-maternelle est définitivement établie le 10^e jour.

Le sang maternel ne coagule pas et ne se mélange pas au sang foetal circulant dans les vaisseaux situés à l'intérieur des villosités. Entre le sang maternel baignant les villosités et le sang foetal circulant dans les vaisseaux villositaires, il se produit un échange continu de substances. Cet échange est surtout facilité à cause de la grande différence de pression qui existe entre le sang des artérioles utérines (pression = 70 mm Hg), le sang de la chambre intervillieuse (P° = 10 mm Hg) et le sang des veines utérines (P° = 10 mm Hg).

Le débit circulatoire est très important dans la chambre intervillieuse sensiblement égal à 500 ml / mn.

2. Les membranes de l'oeuf : Elles sont au nombre de trois : l'amnios, le chorion et la caduque. Les deux premières (amnios et chorion) appartiennent au fœtus, alors que la caduque appartient à la mère.

2.1. Le chorion : Est une membrane fibreuse, transparente et résistante située entre la caduque et l'amnios. Dans le placenta, il devient la plaque choriale d'où émanent les villosités choriales. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios. 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^e mois, chorion et amnios fusionnent.

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, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

2.3. La caduque ou déciduale : Dès l'implantation, la muqueuse utérine se transforme en caduque ou déciduale. L'oeuf en grossissant, fait sailli dans la cavité utérine, coiffé par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement. Alors s'individualisent trois caduques :

- * la caduque basale ou inter-utéro-placentaire, située entre le pôle profond de l'oeuf et le muscle utérin

- * la caduque ovulaire ou caduque réfléchie qui recouvre l'oeuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine

- * la caduque pariétale qui répond à la partie extra-placentaire de la cavité utérine.

Dès la fin du 4^e mois, le développement de l'oeuf entraîne l'accollement des caduques pariétale et ovulaire.

3. Le segment inférieur :

3.1. C'est la partie basse, amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Sa forme, ses

caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

3.1.1. Forme : Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

3.1.2. Situation : Le segment inférieur occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

3.1.3. Caractère : Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée, c'est-à-dire que la minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur appréciée par la clinique est donc un élément de pronostic de l'accouchement.

3.1.4. Limite : La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporeale. Cet épaississement donne l'impression d'un anneau musculaire.

3.2. Origine et formation : Le segment inférieur se développe au dépend de l'isthme utérin, zone ramolie dès le début de la grossesse. Mais il n'acquiert son ampleur qu'après le 6^e mois, plus tôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare.

Pendant le travail, le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.

3.3. 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.

3.4. Physiopathologie : L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

3.4.1. L'étude clinique : Elle montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.

3.4.2. Sur le plan physiologique : C'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement qui après avoir conduit la contractilité corporeale vers le col, laissera aisément le passage au foetus. Il reste au contraire flasque, épais, distant dans la dystocie.

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

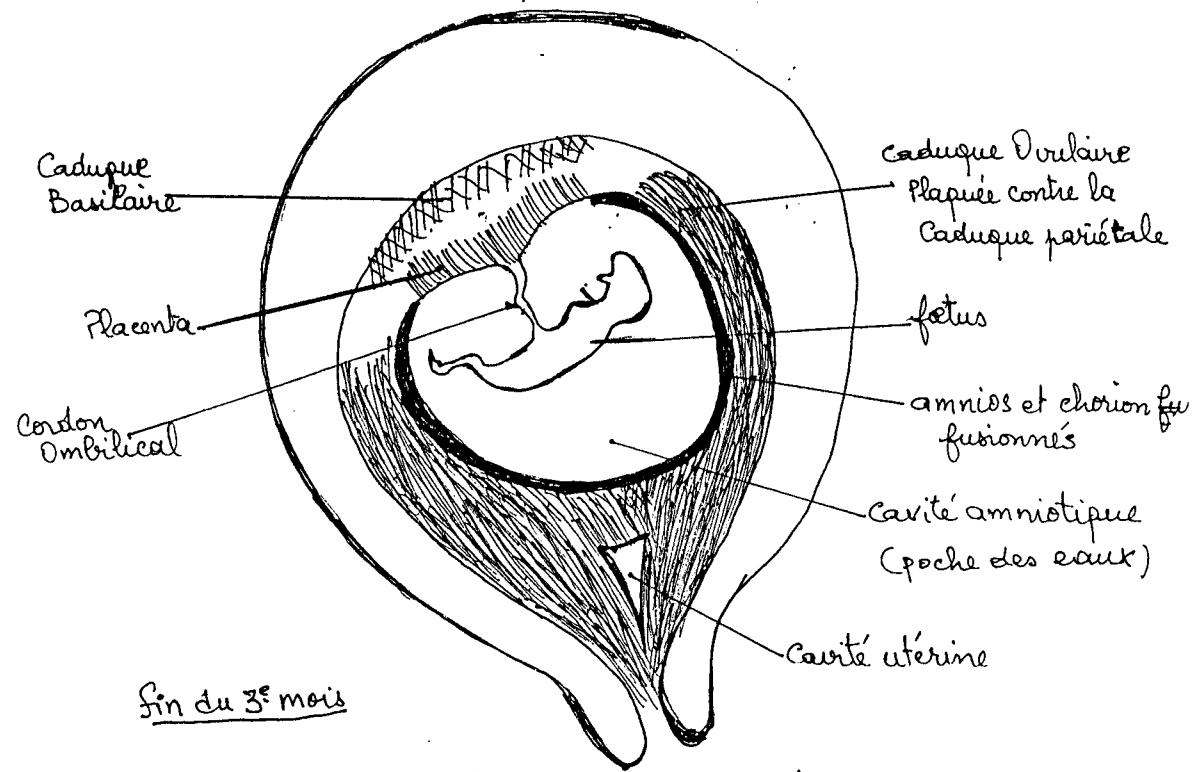
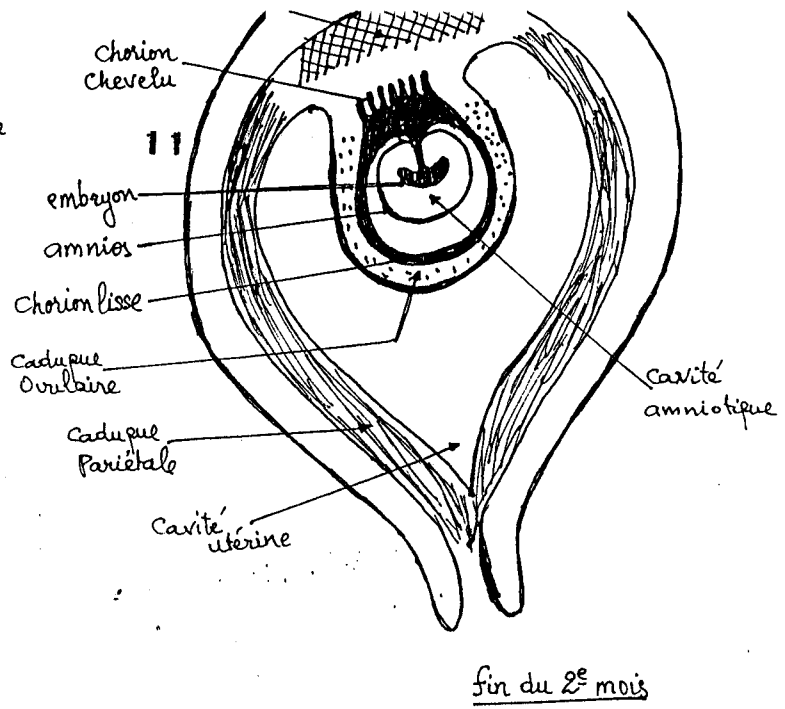
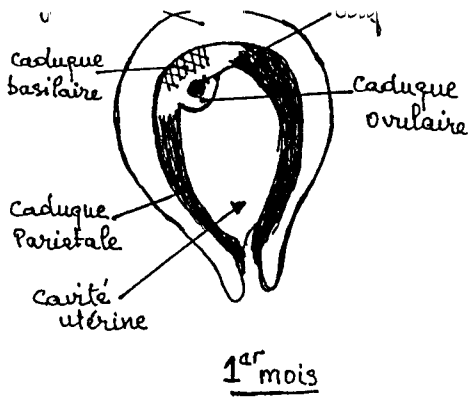
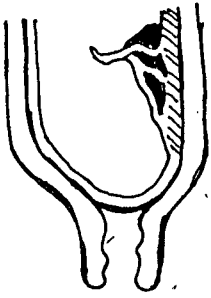


Fig 1 développement du fœtus et des membranes aux 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} mois de la grossesse.

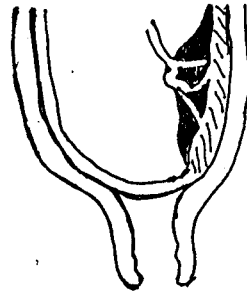
III – REVUE DE LA LITTERATURE

B. Définition et classification

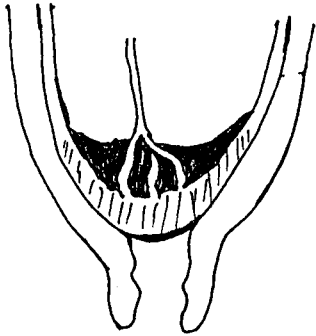


(a) Placenta Praevia lateral

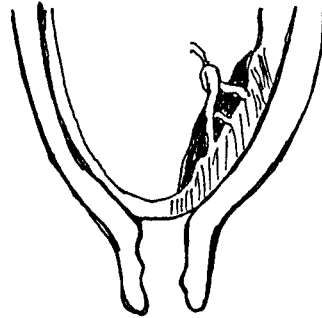
12



(b) Placenta Praevia marginal



(c) Placenta Praevia central Total



(d) Placenta Praevia central Partial

fig 2

classification anatomique des Placentas Praevia

B. Définition et classification :

1. Définition : Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps utérin. Le placenta praevia est une anomalie de siège, un vice d'insertion qui fait que le placenta s'attache au moins en partie sur le segment inférieur de l'utérus.

2. Classification : D'une manière générale on a 2 types de classification :

2.1. L'une 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 effleurer 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 central sera dit "total" ou "partiel".

2.2. L'autre envisage la situation du placenta pendant le travail. Elle comprend deux variétés :

- la variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais sur l'orifice cervical. Elle correspond aux variétés latérale et marginale.

- 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 (partielle ou totale).

2.3. D'autres types de classification existent, parmi lesquels trois retiennent notre attention :

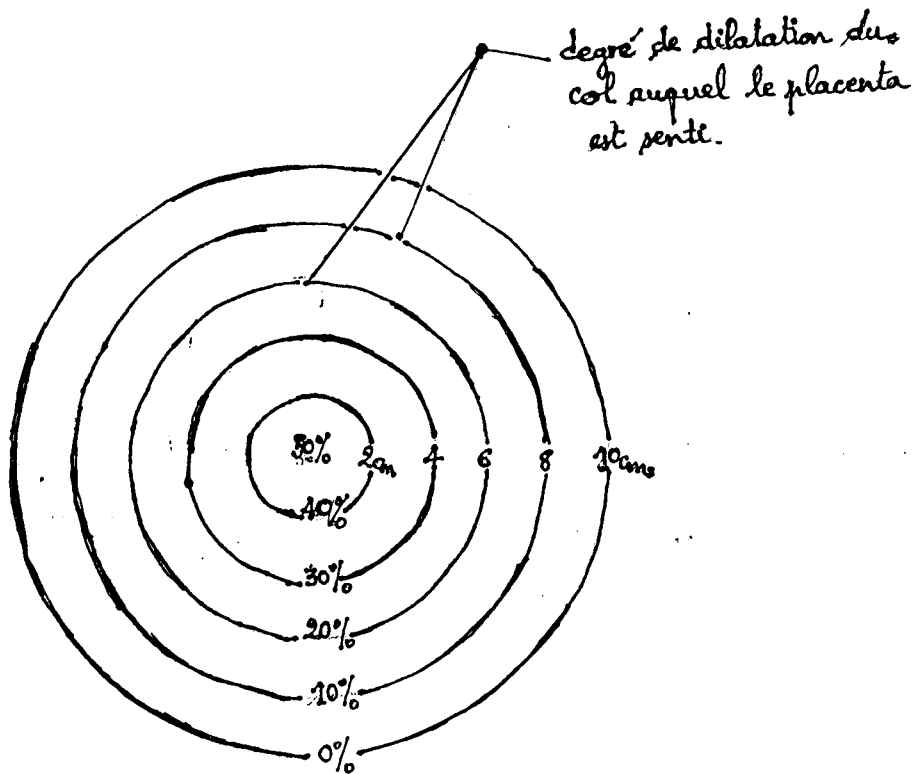
2.3.1. La classification selon l'accessibilité ou non des membranes.

Elle nous donne deux variétés :

- les variétés latéro-marginales à membranes accessibles
- les variétés recouvrantes à membranes non accessibles.

Cette classification a surtout un avantage thérapeutique.

2.3.2. La classification des CURTIS J. LUND (55), qui s'attache à déterminer le degré de dilatation du col à partir duquel le placenta est perçu au toucher vaginal.

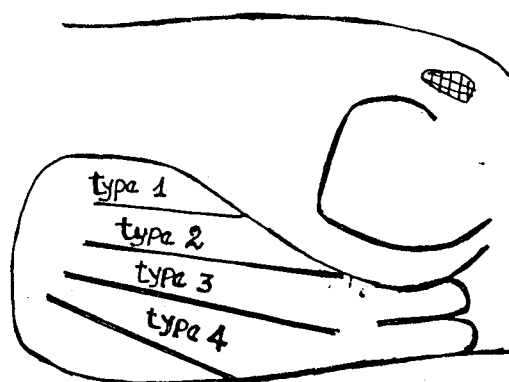


Commentaire : Classification fonctionnelle des placentas praevia.

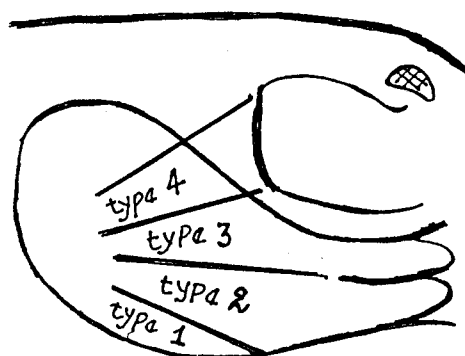
Le degré de dilatation du col est mesuré de 0 à 10 cm. Si le placenta est senti avant toute dilatation, il est de 50 % et équivaldrait à un placenta praevia central. S'il n'est perçu qu'à 10 cm, il est de 0 % et correspond à une variété latérale. Les variétés marginales se situent à des degrés de dilatation intermédiaires.

2.3.3. La classification échographique : selon BESSIS (2)

BESSIS considère comme bas insérés échographiques les placentas dont l'insertion se situe en totalité ou en partie dans une zone allant du sommet du mur supérieur de la vessie en réplétion à une distance de 4 cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus. Fig.3



Ⓐ Placentas Praevia antérieurs
le type 4 est recouvrant



Ⓑ Placentas Praevia postérieurs
le type 4 est recouvrant

fig 3 : classification des Placentas Praevia selon BESSIS^[2]

III – REVUE DE LA LITTERATURE

C. Pathogénie et Physiopathologie

1 - Pathogénie : (38)

Deux mécanismes possibles sont envisagés pour expliquer l'implantation basse du placenta.

1.1. Nidation primitive du blastocyste au niveau du segment inférieur :

Soit par suite d'un transport accéléré de l'oeuf.

Soit par insertion préférencielle sur une muqueuse altérée par des manoeuvres instrumentales ou détruite par une infection.

- L'hypothèse d'un trouble de l'organogèse avec retard du développement ovulaire de sorte que le stade de blastocyste ne serait atteint qu'au voisinage du col : cette hypothèse a été évoquée en raison d'une fréquence accrue de malformations foetales au cours du placenta praevia.

- La nidation peut être perturbée par des facteurs hormonaux. Selon HERLYN (17), la réaction déciduale consécutive au stimulus de l'implantation ne se produit plus que dans la région de l'isthme, lorsque le délai qui suit la création d'une pseudo-grossesse chez la rate dépasse 90 heures : l'auteur attribue ce phénomène à une insuffisance oestrogénique.

- IFFY (21) considère que l'implantation basse succède à un déplacement vers le col de l'oeuf non encore implanté grâce au flux d'une hémorragie fonctionnelle, parfois minime, qui résulte d'une insuffisance du corps jaune. Cette théorie est fondée sur la discordance existant entre la durée de l'amenorrhée et le stade de développement foetale qui peut être une avance de 3 semaines, l'hémorragie fonctionnelle qui suit l'ovulation pouvant simuler une menstruation normale.

1.2. Les implantations basses secondaires :

Elles résultent d'une extension progressive vers l'orifice cervical d'un placenta normalement inséré au début. C'est le cas des placentas volumineux des grossesses multiples et des grossesses diabétiques.

Dans d'autres cas, on pourrait admettre qu'une irrigation sanguine défectueuse de caduque corporéale, consécutive à une infection ou à une

atrophie de l'endomètre, serait compensée par l'envahissement de la région du segment inférieur par des villosités de la caduque capsulaire ou réfléchie, richement vascularisée (KLOSE (26), IFFY (22).

2 - Physiopathologie :

* Le placenta inextensible se trouve inséré sur un segment extensible. Le placenta ne s'adaptera pas à l'étirement de la région sur laquelle il est inséré : cela aboutit à un décollement partiel hémorragique.

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

Le placenta, tirailé par les membranes, se décolle. La contraction utérine exerce sa force vers le pôle inférieur de l'oeuf. La pression exercée se répartit d'un côté sur une vaste surface membraneuse 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'oeuf ; bien plus, les membranes sont là rugueuses et inextensibles. La contraction qui pèse sur elles décolle le bord voisin du placenta, ouvrant les sinus utérins. Ce mécanisme explique bien les hémorragies des 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 découvre 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 obturer, puisque l'utérus n'est pas vide. L'hémorragie est donc d'origine maternelle. Mais la déchirure des villosités peut ouvrir de surcroît une source d'hémorragie du côté foetal.

* Lors de l'apparition des premières contractions et de la formation du segment inférieur, le pôle inférieur de l'oeuf se décolle, les

membranes sont peu extensibles au voisinage du placenta d'où hémorragie et 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 également fréquentes dans le placenta praevia. On rencontre surtout les présentations transverses, les présentations du siège et la providence 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'hypopituitarisme 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.

III - REVUE DE LA LITTERATURE

D . Fréquence

La Fréquence :

La fréquence de l'insertion vicieuse du placenta, contrairement à celles des autres affections obstétricales (éclampsie par exemple) ne s'est guère modifiée. Cette anomalie reste donc, au point de vue pratique, un des grands chapitres de la pathologie obstétricale.

Par ailleurs, il est difficile d'établir la fréquence réelle du placenta praevia. Elle varie de 0,33 (PEDDOWITZ (15)) à 2,6 % (MAILLET (34)) :

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

Selon ces critères les fréquences sont :

Pour les placentas praevia hémorragiques, la fréquence varie de 0,33 % à 0,45 %. Les placentas praevia découverts lors des touchers vaginaux, des césariennes ou lors des délivrances artificielles : elle est de 0,45 % à 1 %.

Pour les placenta praevia diagnostiqués sur l'examen du délivre (petit côté des membranes) la fréquence oscille entre 0,73 % à 2,6 %.

Selon les critères échotomographiques :

Entre la 13^e et la 26^e semaine d'aménorrhée, 45 % de placentas sont bas insérés ; cette localisation apparaît comme physiologique à ce stade de la grossesse.

Au troisième trimestre de la grossesse, les données échographiques montrent entre 3,4 % à 8,2 % de placentas bas insérés.

Ces chiffres montrent à l'évidence qu'un grand nombre de placentas praevia s'éloignent de l'orifice cervical interne au fur et à mesure que l'on s'approche du terme.

Il faut cependant remarquer que la fréquence du placenta praevia

augmente surtout dans les grandes villes à cause de la recrudescence des maladies vénériennes et la généralisation des avortements clandestins.

III – REVUE DE LA LITTERATURE

E. Facteurs étiologiques

Facteurs étiologiques : (3)

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues. L'étiologie est encore au stade des hypothèses.

Pour Mauriceau (35) la survenue d'un placenta praevia est purement accidentelle.

IFFY (21) attribue la survenue de l'anomalie à une insuffisance du corps jaune.

Selon HERLYN (17) ce phénomène est surtout lié à une insuffisance oestrogénique.

Selon COTTON (8) le profil typique de la femme candidate à un placenta praevia correspond à une multigeste (4,2 grossesses en moyenne), d'un âge moyen de 28,4 ans, qui a présenté plusieurs fausses couches. Parite (2,5).

Certains facteurs favorisants sont cependant bien individualisés à savoir :

1 - La multiparité : La plupart des statistiques montre que les multipares sont quatre à cinq fois plus intéressées que les primipares.

Selon PEDOWITZ (45) la parité est plus déterminante comme facteur de risques dans la survenue du placenta praevia que l'âge.

2 - L'âge maternel : Selon FOOTE (11) le risque de placenta praevia est multiplié par deux au-delà de 29 ans par rapport à une jeune femme de moins de 25 ans.

NELSON (42) trouve que ce risque est multiplié par 3 au-delà de 39 ans dans ces mêmes conditions.

Dans son enquête portant sur 1023 cas RECORD (48) constate que l'incidence du placenta praevia augmente en fonction de l'âge à l'intérieur d'une même parité.

BRENNER (4) et NISWANDER (43) accordent finalement une importance égale à l'âge et à la parité.

3 - Les antécédents d'avortement : BRENNER (4) considère que les antécédents d'avortement multiplient par 2 le risque de survenue de placenta praevia (1,03 % contre 0,48%).

GROSIEUX (16), LEPAGE (29) trouvent 18,8 % à 42,9 % d'avortements accompagnés de curetage dans 15 % à 28,9 % dans l'anamnèse des femmes victimes de placenta praevia.

4 - Les manoeuvres endo-utérines : effectuées lors des accouchements antérieurs, (version, extraction, délivrances artificielles et révisions utérines) apparaissent moins agressives pour l'endomètre que les curetages puisqu'elles ne sont retrouvées que dans 4,3 % à 7,6 % des placenta praevia. (GROSIEUX (16), LEPAGE (29)).

5 - Les cicatrices utérines et lésions endométriales : A leur origine on retrouve :

- les myomectomies
- les cures de synéchies
- la césarienne. BENDER (1) et COTTON (8) retrouvent des

antécédents d'hystérotomie dans 10 % à 14,6 % des placentas praevia. Le risque d'insertion vicieuse est maximale au cours de la grossesse qui suit immédiatement la césarienne (BENDER (1) , SINGH (52)).

- Les antécédents d'endométrite sont retrouvés dans 40 % des cas de placenta praevia. Selon FOOTE (11).

6 - Les récurrences de placenta praevia : Pour GORODESKY (13) lorsque l'interrogatoire de la femme enceinte retrouve, la notion d'une insertion basse antérieure, le risque de récurrence est multiplié par 5 ou 6 (3,2 %). Les récurrences sont particulièrement fréquentes au-delà de 36 ans (11,9 %).

7 - Les grossesses gémellaires : Dans les grossesses multiples, la fréquence du placenta praevia atteint 1,7 % à 4,1 % (FOOTE (11), KLOOSE (26)). Le risque d'insertion basse est multiplié par 2 en cas de grossesse gémellaire.

8 - Facteurs divers : D'autres facteurs ont été incriminés dans la survenue de l'anomalie d'insertion placentaire. Il s'agit : des malformations utérines, les fibromes sous muqueuse, la subinvolution utérine ou l'hypoplasie de l'endomètre.

NAEYE (40) attribue un rôle favorisant au tabagisme.

9 - Le sexe du foetus : La majorité des auteurs retrouvent un pourcentage légèrement augmenté du sexe masculin chez les foetus issus d'un placenta praevia.

III – REVUE DE LA LITTERATURE

F. Etude clinique

ETUDE CLINIQUE :1 - Circonstances de découverte (3).

Elles sont envisagées selon que les symptômes apparaissent au cours de la grossesse ; pendant le travail, ou pendant la délivrance.

1.1. Au cours de la grossesse

1.1.1. Les motifs de la consultation : ils sont essentiellement dominés par l'hémorragie, parfois il s'agit des douleurs.

1.1.1.1. L'hémorragie : Le placenta praevia représente 11 % à 36 % des hémorragies de la 2^e moitié de la grossesse (JOHNSON (24), SCOTT (50)).

Elles surviennent avant le début du travail dans 70 % des cas. (MORGAN (39)). Classiquement il s'agit d'une multipare en bonne santé qui est prise brusquement sans cause appréciable, souvent la nuit alors qu'elle était parfaitement au repos, sans aucune douleur, d'une hémorragie de sang rouge franc, liquide avec passage de gros caillots (LACOMME (28)). La première hémorragie apparaît en règle après la 32^e semaine, mais dans 13,8 % à 40 % les femmes présentent une première perte sanguine d'alarme au premier ou deuxième trimestre.

L'épisode initial ne menace pratiquement jamais la vie de la mère et ne compromet que rarement la survie foetale. En effet, les hémorragies sont souvent modérées : 60 à 65 % des gestantes ne perdent pas plus de 500 ml de sang lors de l'admission. La première perte sanguine cesse généralement en 2 à 3 jours sous l'effet du repos et des sédatifs.

Cependant, si elle se prolonge au-delà de 5 jours, la mortalité périnatale est multipliée par 3 (JOUPPILA (25)).

L'abondance de l'hémorragie ne semble pas toujours en relation avec le type de placenta praevia : la distension utérine, la richesse vasculaire de l'isthme et le nombre de vaisseaux béants seraient plus déterminants. Les hémorragies des multigestes sont plus sévères que celles des primigestes.

1.1.1.2. Les douleurs : Bien que classiquement les hémorragies du placenta-praevia ~~sont~~^{sont} indolores, MORGAN (39) et FOOTE (11) notent chez 9 % à 16 % des femmes des douleurs abdominales et une tension utérine. Les douleurs isolées constituent le premier motif de consultation de 20 % des patientes. Pour MACAFEE (32), l'existence des douleurs doit faire évoquer soit un décollement placentaire associé, soit un début de travail.

1.1.2. Les signes généraux :

L'hémorragie du placenta-praevia étant presque entièrement exteriorisée ; l'altération de l'état général de la patiente est proportionnelle à la quantité de sang perdu. On observe tous les degrés des effets de la spoliation sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus carido-vasculaire et au choc. La pâleur, les vertiges, la soif d'air, refroidissement du nez et des extrémités, l'accélération du pouls, la chute de la tension artérielle sont des signes cliniques dont le degré varie avec la gravité.

1.1.3. Les signes physiques : Le palper abdominal montre un utérus parfaitement relâché en dehors des contractions utérines qui peuvent exister chez 20 % des patientes.

En outre, la recherche systématique des pôles foetaux et du plan du dos met en évidence une présentation anormale dans 15 % à 34 % des cas. Les présentations transversales ou obliques sont plus fréquentes et les présentations du siège sont deux à trois plus fréquentes que dans les grossesses normales.

Le taux des présentations vicieuses augmente en fonction de la gravité de l'insertion basse (24,8 % dans les variétés périphériques contre 38,8 % dans les formes recouvrantes (MACAFEE (33)).

Si la tête foetale peut être engagée facilement dans la filière pelvi-génitale on peut exclure l'éventualité d'une forme majeure de placenta praevia. L'auscultation des bruits du coeur foetal est positif : le foetus est généralement vivant.

1.2. Pendant le travail : Les hémorragies sont un signe constant au cours du travail. COTTON (8) ne relève que 1,8 % des femmes présentant un placenta praevia qui ne saigne pas de façon significative pendant le travail. Selon JOHNSON (24) le degré des saignements est proportionnel à la dilatation du col, car la rétraction du segment inférieur décolle une portion de plus en plus importante du placenta.

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

- la nature de la présentation foetale
- la variété anatomique du placenta praevia.

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

L'auscultation des bruits du coeur apprécie la vitalité foetale. L'examen au spéculum recueille du sang pour la mise en évidence des globules rouges foetaux.

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

1.3. Pendant la délivrance : Au cours de la délivrance, les accidents hémorragiques aboutissent très rapidement au choc et à la mort de la patiente. La fréquence du choc et de la mort maternelle est surtout élevée en cas d'accouchement par les voies naturelles. Elle est par contre faible après les césariennes.

LUCAS (31) distingue quatre stades cliniques de l'hémorragie de la délivrance :

- Stade 1 : (perte de 15 % du volume sanguin) avec tachycardie et syncopes aux changements de position.

- Stade 2 : (perte de sang de 20 à 25 %) avec tachypnée, tachycardie, chute de la pression artérielle systolique et retard au remplissage capillaire.

- Stade 3 : (perte sanguine de 30 à 35 %) avec choc, hypotension sévère, oligurie et début d'acidose métabolique.

- Stade 4 : (hémorragie de 40 à 45 %) avec collapsus et abolition des pouls sauf au niveau carotidien et acidose métabolique sévère.

2. L'évolution :

2.1. Sans traitement : En l'absence de l'intervention médicale, le placenta praevia est greffé d'une mortalité maternelle de 25 % et d'une mortalité foetale de 90 % (IFFY (22)). Lorsque l'implantation est centrale l'expulsion du placenta précède celle du foetus qui est inévitablement mort ; un cas exceptionnel avec enfant vivant en présentation céphalique a été décrit par WINTER (58) à travers un placenta praevia central nécrotique.

Dans d'autres circonstances, la présentation foetale peut comprimer le placenta au cours de la descente de la filière pelvi-génitale. La mort foetale survient habituellement selon trois mécanismes :

- asphyxie foetale par réduction du débit sanguin d'un placenta comprimé,

- hypoxie foetale consécutive au choc hémorragique maternel,

- hémorragie massive de sang foetal à partir des villosités décollées.

2.2. Avec traitement : L'évolution sous traitement est imprévisible.

2.2.1. Pendant la grossesse : Les hémorragies ont tendance à se répéter. Certaines restent modérées et espacées, d'autres sont si rapprochées qu'elles retentissent gravement sur l'état général.

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

2.2.2. Pendant le travail : Lorsque l'insertion du placenta n'est pas centrale, la rupture spontanée précoce des membranes est une éventualité heureuse après laquelle l'hémorragie s'arrête souvent. Elle favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation qui, elle aussi, fait cesser l'hémorragie en comprimant la partie décollée du placenta. Mais elle peut être la cause de la procidence du cordon, surtout si l'insertion funiculaire a lieu au pôle inférieur du placenta.

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 généralement avec le début du travail, qui entraîne la mort avant qu'on ne puisse mettre en oeuvre le traitement.

L'ouverture prématurée ou précoce de l'oeuf prédispose à l'infection amniotique, facilitée par la spoliation sanguine.

2.2.3. La délivrance : Est souvent facile et rapide, le placenta étant déjà partiellement décollé. Mais ce décollement partiel reste la cause possible 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.

2.2.4. Les suites de couches : Peuvent être compliquées de thrombophlébites surtout pelviennes .

Enfin, ces femmes qui ont saigné restent longtemps fatiguées , la lactation s'établit moins bien, le retour de couches est plus long à venir.

3. Les formes cliniques :

3.1. Les formes asymptomatiques : Il s'agit des formes qui n'ont donné lieu à aucun symptôme clinique. Le diagnostic n'est fait que rétrospectivement à l'examen du délivre, dont le petit côté des membranes est inexistant ou inférieur à 10 cm. L'insertion basse peut être découverte à l'occasion d'une présentation transversale, ou d'une échographie près du terme, ou lors d'une césarienne pratiquée avant le début du travail en raison d'une grossesse pathologique.

Les variétés périphériques (marginale et latérale) fournissent 93 % des formes silencieuses ; il s'agit presque toujours d'accouchement par voie basse.

Il faut penser à l'éventualité d'une insertion basse et demander une échographie en cas de présentation instable ou de tête haute et mobile chez une primigeste et chez une multipare déjà césarisée.

3.2. Les formes associées à un décollement prématuré du placenta :

L'attention a été attirée sur cette forme depuis que CHASTRUSSE (7) en a signalé la fréquence relative. Cette association redoutable est rencontrée dans 0,6 % à 10,9 % de placenta prævia (RIVIERE (49)). Dans près de 40 % des cas le tableau clinique noté est celui d'un placenta bas inséré typique, dans 30 % des cas celui d'un hématome rétroplacentaire classique et dans les autres 30 % des cas on a un tableau mixte.

Dans ces cas le pronostic maternel est grave. Le pronostic foetal est très compromis, seule une césarienne d'urgence peut sauver l'enfant.

3.3. Les formes compliquées :

3.3.1. La procidence du cordon : Elle est 4 fois plus fréquente que lors des accouchements normaux : 1,6 % à 5,6 % (PALLIEZ (44)). Elle peut succéder à une rupture prématurée des membranes ou à une amniotomie, d'où la nécessité de rechercher un procubitus ou une latérocidence du cordon par le toucher vaginal et par l'analyse du rythme cardiaque foetal en comprimant la tête sur le détroit supérieur, avant de rompre les

membranes. La mortalité périnatale est aggravée 36 % à 71 % de décès pour HIBBARD (18)). Ce mauvais pronostic est lié à la difficulté de libérer la compression funiculaire entre le placenta et la présentation malgré la position de Trendelenburg et la tocolyse.

3.3.2. Le placenta accreta : Défini par une adhérence anormale du placenta au myomètre, il est dû à une absence localisée ou diffuse de la caduque basale qui s'interpose normalement entre les villosités trophoblastiques et le muscle utérin.

Dans les statistiques de placenta praevia, cette association est retrouvée avec une fréquence variable : 0,6 % (SEMMENS (51)) à 5 % (DIMASI (9)).

L'insertion basse représente 63,6 % à 78,6 % des causes d'adhérence anormale du placenta. (READ (47)).

Les complications du placenta-praevia accreta sont redoutables :

- hémorragies massives de la délivrance.
- rupture utérine spontanée ou provoquée par les manoeuvres endo-utérines sur un segment inférieur mince et friable.
- endometrite.

Deux modalités thérapeutiques sont possibles : hystérectomie et traitement conservateur dans les placentas accreta partiels dont les hémorragies peuvent être rapidement contrôlées.

4. Le diagnostic :

4.1. Diagnostic positif : Il est basé sur les éléments cliniques et les examens complémentaires.

4.1.1. Eléments cliniques : Comportent essentiellement l'interrogatoire et les examens physiques.

L'interrogatoire va préciser au cours de la grossesse les antécédents de la patiente à savoir : la parité, les antécédents gynécologiques et obstétricaux et les caractères de l'hémorragie.

L'examen physique comporte surtout l'inspection et la palpation abdominale.

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

- hémorragies modérées et utérus souple
- vitalité foetale présente
- présentation haute et mobile

Au cours du travail le toucher vaginal pratiqué de façon parcimonieuse pour éviter d'accroître l'hémorragie et en respectant les conditions aseptiques permettra de préciser le diagnostic par la présence du "matélas" placentaire et / ou des membranes rugueuses

4.1.2. 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 (classification de (BESSIS (2)).

4.2. Diagnostic différentiel : Le placenta praevia ne constitue pas la seule cause d'hémorragie au cours de la seconde moitié de la grossesse et du travail.

Il importe donc devant une hémorragie, quel que soit le moment d'apparition au 2^e ou 3^e trimestre d'exclure d'emblée.

4.2.1. Les causes de saignements qui ne sont pas d'origine

endo-utérine : L'inspection de la région ano-génitale permet facilement de retrouver :

- une rupture de varice vulvaire
- une fissure anale ou des hémorroïdes.

L'examen des urines peut mettre en évidence une cystite hémorragique.

L'examen au spéculum montre des lésions vaginales ou cervicales, notamment des polypes du col, des érosions, des dysplasies et cancers du col.

4.2.2. Les hémorragies d'origine endo-utérine au 2^e trimestre : Le placenta-*praevia* représente 12,2 % à 26,8 % des causes d'hémorragies au 2^e trimestre (SCOTT (50), JOUPPILA (25)). Les autres diagnostics à évoquer sont :

- l'hématome décidual basal
- l'avortement tardif
- la môle hydatiforme
- la béance du col.

L'examen clinique, l'échotomographie et l'étude anatomo-pathologique du produit d'expulsion permettront d'établir un diagnostic précis.

4.2.3. Les hémorragies d'origine endo-utérine au cours du 3^e

trimestre et du travail : Le tableau suivant résume les éléments cliniques qui permettent de faire le diagnostic différentiel des hémorragies de fin de grossesse.

TABLEAU

HEMATOMETRILACENTAIRE	RUPTUREFIERINE	PLACENTRAEVIA
Début brutal	Début brutal et a lieu pendant l'accouchement très souvent sur un utérus cicatriciel	Début souvent progressif
Douleur abdominale intense	Douleur intense avec disparition des contractions utérines après un épisode tétanique	Pas de douleurs avant le début du travail
Ventre généralement augmenté de volume douloureux, utérus dur	Utérus petit avec fœtus expulsé dans la cavité péritonéale, facilement palpable, utérus vide	Hauteur utérine en rapport avec l'âge théorique de la grossesse, utérus souple avant le début du travail
Hémorragie d'abord interne généralement peu abondante, faite de sang noir	L'Hémorragie externe est presque insignifiante	Hémorragie toujours externe abondante faite de sang noir
Généralement un seul épisode hémorragique	Un seul épisode hémorragique	Hémorragie répétée
HTA à l'interrogatoire	Pas d'HTA à l'interrogatoire	Pas d'HTA
Choc d'installation rapide	Choc d'installation rapide	Etat général fonction de la perte sanguine
Disparition des BDC du fœtus et des mouvements actifs	Disparition des BDC et des mouvements fœtaux	Mouvements actifs et BDC du fœtus sont présents

5. Pronostic : Quoiqu'il soit grandement amélioré, l'insertion vicieuse du placenta reste un danger pour la mère et pour l'enfant.

5.1. Le pronostic maternel :

5.1.1. La mortalité : Comme le montre le tableau suivant, la mortalité maternelle qui était de 30 % en 1844 a régulièrement diminué jusqu'à être inférieure à 1 % voire nulle dans les statistiques les plus récentes.

TABLEAU

Simpson 1984	30 %
Bill. avant 1922	11,1 %
1922-1927	1,78 %
MACAFEE avant 1945	5,9 %-7 %
BEILLY (1952)	1,23 %
SMITH (1959)	0 %
FOOTE (1960)	0 %
DUMONT (1962).....	7,1 %
LEPAGE (1963).....	2,2 %
PEDOWITE (1965).....	0,90 %
HIBBARD (1969).....	0 %
PALLIER (1979).....	0,7 %
GROSIEUX (1970)	1,38 %
KLOSE (1970).....	0 %
CRENSHAW (1973)	0,9 %

Evolution de la mortalité maternelle
du Placenta Praevia

Si l'étude des publications récentes relève encore quelques décès par hémorragie de la délivrance, placenta accreta et défibrination, elle met en lumière plus volontiers des complications tardives du post partum (anuries et insuffisances rénales hépatites post transfusionnelles, embolies pulmonaires).

Le recours aux transfusions et à l'extraction par césarienne améliore le pronostic.

5.1.2. La morbidité : La morbidité maternelle reste élevée (20 % à 60 % SMITH (53), PALLIEZ (44)).

L'anémie, la rupture prématurée des membranes, les caillots et les fragments nécrotiques des placentas praevia centraux et les manoeuvres obstétricales favorisent les accidents infectueux (endométrites, phlégmons du ligament large et les septicémies) ou thrombo-emboliques (surtout en cas de césarienne).

5.2. Le pronostic foetal et néo-natal : Le foetus a moins bénéficié que la mère des progrès réalisés.

5.2.1. Les facteurs du pronostic foetal :

5.2.1.1. L'âge gestationnel : L'étude de la mortalité périnatale de NAEYE (40) montre deux pics, l'un entre 20 et 30 semaines lié aux

complications de la prématurité, le second à partir du terme consécutif à un excès d'expectative.

On conclut donc que les meilleurs pronostics se situent entre la 36^e et la 39^e semaine

5.2.1.2. Le poids foetal : Un poids foetal de 2500 g suffit à garantir une bonne évolution néo-natale. A âge gestationnel identique, l'existence d'une hypotrophie foetale majeure de 2 à 3 fois la mortalité périnatale.

5.2.1.3. Les hémorragies maternelles : Le pronostic périnatal dépend :

- de la précocité des premières hémorragies
- des recidives hémorragiques
- de la quantité de sang perdu
- de l'existence d'un choc hypovolémique qui double la mortalité foetale.

5.2.1.4. La variété anatomique du placenta-*prae*via : Les variétés recouvrantes sont plus dangereuses que les formes périphériques.

La statistique de COTTON (8) conduit à penser que le recours quasi-systématique à la césarienne estompe les différences.

5.2.1.5. Le mode d'accouchement : Dans la plupart des statistiques, l'extraction par césarienne sauve 2 à 7 fois plus de foetus que la voie basse. La voie haute améliore le pronostic dans toutes les variétés de placenta *prae*via. Le pronostic est pire avec les manœuvres obstétricales.

5.2.1.6. Le traitement conservateur ou l'extraction immédiate : Le pronostic est beaucoup discuté sur ce sujet. La plupart des auteurs accordent un meilleur pronostic pour le traitement conservateur. Par contre PEDOWITZ (45) et PALLIEZ (44), c'est l'extraction immédiate qui améliore la survie périnatale.

5.2.1.7. Les facteurs maternels qui prédisposent à la mort foetale ou néo-natale sont :

- la faible taille maternelle
- la multiparité
- la chirurgie gynécologique antérieure
- les antécédants de prématurité et de mort périnatale.

5.2.2. Les malformations fœtales : Les anomalies congénitales sont 2 à 3 fois plus fréquentes en cas de placenta-*praevia*, sans qu'aucun organe ne soit plus particulièrement exposé. Les troubles de l'organo-génèse seraient en relation avec les difficultés de la placentation sur une muqueuse imparfaitement dicidualisée.

D'une manière générale le pronostic demeure plus assombri dans nos pays en voie de développement à cause du manque d'infrastructure sanitaire et de l'éloignement des centres hospitaliers.

III - REVUE DE LA LITTERATURE

G - TRAITEMENT

G - Traitement : (3), (38)

1. La conduite à tenir : D'une manière générale, en présence d'une femme enceinte suspecte de placenta-paraevia, l'attitude suivante doit être adoptée :

- l'hospitalisation en milieu obstétrical. Cette hospitalisation est indispensable étant donné le risque toujours possible d'une hémorragie grave.

Le centre spécialisé doit répondre à trois impératifs :

- * équipe multidisciplinaire avec un gynécologue obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre réanimateur présents 24 h sur 24,

- * un appareillage d'échotomographie ,

- * du sang frais disponible en permanence.

- s'assurer du groupe sanguin et du facteur rhésus de la patiente pour être en mesure de transfuser si nécessaire.

- apprécier l'abondance des pertes sanguines par la numération et l'hématocrite.

- confirmer le diagnostic et préciser la localisation placentaire exacte, c'est-à-dire le type du placenta-paraevia (latéral, marginal ou recouvrant) par l'échotomographie utérine.

- entreprendre le traitement.

2. Le but du traitement : Le but du traitement est clair. Il faut d'une part, arrêter l'hémorragie : c'est le rôle du traitement obstétrical nanti de deux moyens essentiels : la rupture des membranes, la césarienne.

Il faut d'autre part, guérir les conséquences de l'hémorragie, c'est le rôle du traitement général, de la réanimation.

Dans tous les cas, sauver si possible la vie de l'enfant.

3. Méthodes et indications :

3.1. Pendant la grossesse : A cette époque, les hémorragies dues généralement à une insertion latérale, restent souvent modérées et

s'arrêtent d'elles-mêmes. On ne peut prévoir au début quelles seront leur fréquence et leur abondance. Le col étant fermé, les membranes sont inaccessibles.

3.1.1. L'expectative et la surveillance : sont les premiers moyens de la conduite à tenir. La surveillance ne peut être bien assurée qu'en milieu hospitalier.

Le traitement médicamenteux se résume à l'usage des sédatifs utérins et avant tout des bêtamimétiques.

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

Le plus souvent, l'expectative permet d'attendre sans grave inconvénient la survenue du traitement.

Quelquesfois, l'importance et surtout la répétition des hémorragies ne permettent pas d'attendre le terme parfois en éloigné.

La pâleur, la tachycardie, la baisse tensionnelle et surtout la chute du taux des hématies au-dessous de 3 millions, celle du taux de l'hématocrite à moins de 35 %, en dépit de transfusions répétées sont l'indication de la (3.1.2.), césarienne segmentaire, dont l'exécution technique peut être rendue difficile par la mauvaise formation du segment inférieur.

La césarienne est encore indiquée au voisinage du terme et avant tout début de travail, quand l'exploration a montré l'existence d'une insertion centrale.

3.2. Pendant le travail :

3.2.1. Le traitement obstétrical : Dans les insertions latérales ou marginales, la dilatation du col laisse à découvert le pôle membraneux.

3.2.1.1. La rupture des membranes : large mais prudemment exécutée en modérant l'écoulement du liquide est le temps premier et souvent suffisant du traitement. Les formes légères et moyennes guérissent par ce simple procédé qui facilite et permet d'attendre la terminaison de

l'accouchement par les voies naturelles, celui-ci pouvant être aidé par les méthodes d'accouchement dirigé.

3.2.1.2. La césarienne : est indiquée quand la rupture des membranes est inefficace. Elle est indiquée d'emblée en cas de placenta recouvrant.

Les indications retenues pour l'incision corporéale sont les suivantes :

- * placenta-*praevia* avec présentation transversale,
- * placenta antérieur, l'incision à distance permettant de contourner le placenta et d'éviter une anémie foetale grave,
- * segment inférieur peu développé,
- * larges varicosités retro-vésicales
- * adhérences difficiles à cliver et nécessité d'une extraction rapide.

Après l'extraction de l'enfant, il est parfois judicieux de retarder le clampage du cordon, à condition que l'enfant soit placé sous le niveau du placenta pour favoriser la transfusion placento-foetale.

En l'espace de 60 secondes, 80 ml de sang supplémentaire peuvent ainsi parvenir à l'enfant. Le clampage tardif qui apporte un surplus de 0,5 à 1,5 million de globules rouges et augmente le taux d'hémoglobine de 1 à 4 grammes peut être utile chez le prématuré anémique, non hypoxique.

En cas de souffrance foetale, le clampage du cordon doit être immédiat car le volume sanguin et la masse globulaire sont déjà augmentés de sorte que la transfusion placentaire apparaît inutile, voire nuisible puisqu'elle prédispose le prématuré aux ictères. Lorsque l'extraction est transplacentaire, le clampage sera évidemment immédiat.

La césarienne suivie d'hystérectomie peut donner une sécurité d'hémostase plus grande que la césarienne simple au cours d'une hémorragie particulièrement grave. Elle ne concerne que de très rares indications chez les femmes ayant eu plusieurs accouchements, lorsque le segment inférieur apparaît de mauvaise qualité impropre à assurer l'hémostase, même avec

l'aide de moyens médicamenteux.

La césarienne occupe de nos jours une place importante dans le traitement des placentas praevia. En effet, le nombre de placentas praevia traités par hystérotomie varie de 25 % à 96,5 %. Il importe de faire un bref aperçu sur l'anesthésie au cours de la césarienne.

L'anesthésie :

L'anesthésie d'urgence : Elle est délicate, puisqu'il s'agit généralement d'une femme en mauvais état général, porteuse d'un enfant en souffrance foetale, avec moment du dernier repas plus ou moins rapproché.

L'hémorragie est compensée idéalement par du sang frais, sinon par du plasma ou des solutés physiologiques en attendant le sang. Un masque délivre 100 % d'oxygène pur dans le but de préparer l'induction anesthésique et d'améliorer l'oxygénation foetale.

Selon KRYC (27), l'anesthésie générale comporte le protocole suivant :

- Kétamine (1 mg / kg) de préférence au thiopental qui déprime la contractilité du myocarde et diminue la résistance vasculaire périphérique.
- intubation
- mélange de protoxyde d'azote / oxygène (40/60) jusqu'à l'extraction de l'enfant.

La césarienne programmée. L'anesthésie péridurale constitue la meilleure technique pour l'extraction programmée du foetus à condition d'avoir correctement compensé les pertes sanguines et d'avoir contrôlé l'état circulatoire maternel.

3.2.2. Les manoeuvres obstétricales : La plupart sont actuellement condamnées : elles étaient destinées à assurer une hémostase provisoire grâce à la compression du placenta par la tête ou le siège du foetus.

Compte tenu du pronostic foetal catastrophique, ces techniques ne se conçoivent plus aujourd'hui que si l'enfant est mort ou non viable.

Il s'agit entre autres de : la manoeuvre de WILLET, manoeuvre de BRAXTON - HICKS, la manoeuvre de SIMPSON.

3.2.3. Le traitement général : Son importance n'est pas moindre que celle du traitement obstétrical. C'est même surtout grâce à lui que le pronostic s'est amélioré et le traitement obstétrical simplifié. Il doit être entrepris dès que la malade est atteinte dans son état général et immédiatement s'il s'agit d'une urgence. Ainsi, le plus souvent, il précède ou accompagne le traitement obstétrical. Il comprend :

- les soins de réanimation en particulier les transfusions sanguines
- l'oxygénation large de la mère
- la prévention de l'infection par l'usage des antibiotiques.

3.3. La conduite à tenir au moment de la délivrance :

3.3.1. traitement préventif de l'hémorragie de la délivrance :
délivrance artificielle systématique dès l'expulsion foetale, suivie d'une révision utérine.

3.3.2. traitement de l'hémorragie avant l'expulsion du placenta :
décollement manuel du placenta suivi d'une révision utérine. Une laparotomie d'urgence peut s'avérer nécessaire en cas de rupture utérine ou de placenta accreta total.

3.3.3. traitement de l'hémorragie après l'expulsion du placenta :
lorsque la délivrance est suivie d'une hémorragie, il faut procéder à une révision utérine qui peut ramener un cotylédon adhérent ou un fragment de placenta accreta partiel et qui vérifie l'intégrité de l'utérus.

La persistance des saignements peut être due à deux causes principales :

- une déchirure du dôme vaginal et du col utérin nécessitant un examen attentif sous valves et une suture minutieuse des lésions.
- une atonie utérine qui sera combattue par un massage de l'utérus et par une perfusion intraveineuse continue d'ocytocine.

3.4. Le traitement des suites de couches : Devant l'anémie, il est préférable d'utiliser le sang Cross-mathé pour éviter les immunisations maternelles dans les sous-groupes.

La prévention de l'iso-immunisation rhésus chez les femmes rhésus négatifs doit être particulièrement attentive en raison du passage des globules rouges foetaux favorisé par le décollement placentaire et par l'hystérotomie.

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

Les complications thrombo-emboliques sont 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 complétées par une héparinothérapie préventive.

4. La prise en charge du nouveau né : Le nouveau né sera confié à un pédiatre qui doit connaître les particularités de l'enfant né d'une mère atteinte de placenta praevia, en l'occurrence la fréquence des anémies et des détresses respiratoires par oedème pulmonaire ou par maladie des membranes hyalines.

5. Le choix entre l'accouchement immédiat et le traitement conservateur : Le choix de l'attitude thérapeutique doit tenir compte de divers éléments :

- les 4 paramètres foetaux essentiels sont : la prématurité, l'hypoxie (consécutives à l'anémie maternelle et aux compressions du cordon), le choc hémorragique (lié à l'anémie foetale) et le risque traumatique de la voie basse.

- les 5 paramètres obstétricaux qui influent sur la décision sont :

- * le degré de la dilatation du col
- * la variété anatomique du placenta praevia
- * la présentation foetale
- * l'état des membranes
- * le degré des hémorragies.

5.1. L'accouchement immédiat : L'accouchement sera immédiat :

- en cas d'hémorragies massives
- en cas d'hémorragies persistantes (10-12 heures)
- chez la femme en travail après 36 semaines
- lorsque l'accouchement prématuré est inéluctable (SCORE de

BAUMGARTEN >7)

- s'il existe une hémorragie de sang foetal
- s'il apparaît une souffrance foetale au cardiotocogramme.

5.2. Le traitement conservateur : Il est indiqué chaque fois que le placenta-praevia saigne alors que le foetus est un grand prématuré.

IV - CADRE ET METHODES D'ETUDE

Cadre et méthodes d'étude :

1. Cadre d'étude : Notre étude a été menée au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré.

L'Hôpital Gabriel Touré est l'hôpital le plus fréquenté au Mali ; cela dépend surtout de sa position géographique. Cet hôpital longtemps appelé dispensaire central fut baptisé en 1959 hôpital Gabriel Touré pour rendre hommage au célèbre étudiant malien décédé à Dakar lors d'une épidémie de Charbon. En effet, l'hôpital est situé au centre de la Capitale, ce qui rend son accès très facile.

2. Organigramme du service de Gynécologie Obstétrique :

Le service est divisé en trois unités principales :

2.1. Structure :

* Unité I : qui s'occupe de la Césarienne, de la Pathologie Obstétricale. Elle comprend : une grande salle de travail avec 6 lits, une salle de réanimation avec 2 lits et 5 salles d'hospitalisation : B8 (2lits), B9 (2lits), B10 (2 lits), B11 (2lits) et B18 (5lits).

* Unité II : qui reçoit les suites de couches. Elle comprend 3 grandes salles : Salles A, B et C avec 10 lits par salle.

* Unité III : s'occupe de la pathologie gynécologique. Elle abrite 4 salles d'hospitalisation : Salle A (7lits), Salle B (2lits), Salle C (12 lits) et Chambre jaune (2 lits).

2.2. Activités : Elles comprennent :

* les consultations sont réalisées tous les jours par un ou deux médecins

* la permanence est assurée par 2 médecins pendant 10 jours, (7H30-14H30) qui s'occupent des urgences et les complications dans la salle; d'accouchement. L'équipe de garde relève celle de la permanence chaque jour.

* les opérations programmées ont lieu les jeudis et vendredis.

Staff : opératoire : ont lieu tous les mercredis de 8H30 à 9H30
 clinique : tous les samedis à partir de 8H30.

3. Méthodes d'étude :

3.1. Type d'étude : Notre étude s'est étendue sur 14 mois, de
 Septembre 1988 à octobre 1989.

Elle intéresse une population en âge de procréation (de 17 ans à 48
 ans) venues d'elles-mêmes ou évacuées des maternités et PMI
 périphériques en majorité. Ces patientes ont été admises pour hémorragie
 soit pendant la grossesse ou pendant le travail.

3.2. Collecte des données : Pour la réalisation de ce travail,
 premier du genre au Mali, nous avons tenu à être présent tous les jours à
 l'Hôpital, passer le maximum de temps dans la salle d'accouchement,
 consulter les cahiers d'accouchement et de protocole opératoire tous les
 matins...

Cette étude nous a permis de collecter 56 cas de placenta praevia
 alors que pendant la même période nous avons enregistré 7742
 accouchements.

Pour mieux comprendre et cerner la pathologie, nous avons élaboré
 un questionnaire (voir annexe) pour chaque malade. Ce questionnaire
 comprend : l'identité, les antécédants, le tableau d'accueil, le traitement
 et l'évolution.

4. Les contraintes : Au cours de cette étude, le concours du
 laboratoire nous a fait défaut. Nous nous sommes contentés des résultats
 biologiques du bilan prénatal chez les femmes qui ont suivi les
 consultations prénatales. Le groupage et le rhésus sanguins ont été
 demandés en urgence chaque fois que cela était nécessaire.

V. NOTRE TRAVAIL

A. NOS DOSSIERS

DOSSIER N°1

IDENTITÉ : MT ; 30 ans ; ménagère, mariée 1 coépouse, bambara,
domiciliée

à Dravela

- **Motif de l'admission** : venue d'elle-même, le 27/09/1988 pour
hémorragie sur une grossesse à terme

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 7e geste, pas
d'avortement, 3 enfants décédés

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe A, Rhésus positif, BW négatif ; Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 11/4 ; Température = 40°c ; Conjonctives peu colorées.

Contractions utérines fortes ; BDC foetal positif

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, avec perception de
membranes rugueuses.

Diagnostic Placenta praevia latéral (début de travail)

Thérapie : Accouchement spontané 45 minutes après
l'admission, d'un enfant vivant de sexe féminin, réanimé, pesant 3
Kgs,600.

A reçu : serum salé 0,9 % 2 flacons

serum glucosé 5 % 2 flacons

Antianémiques polyvalents

47

Evolution : 27/09/1988 à 17H30 : collapsus cardio vasculaire

TAS = 50 mmHg

28/09/1988 TA = 100/50 mmHg

30/09/1988 TA = 11/7

Exéat le 03/10/1988 avec bon état général

DOSSIER N°2

IDENTITÉ : AT ; 32 ans ; ménagère, mariée 1 coépouse, bambara,
domiciliée à Niamonkoro

- **Motif de l'admission** : évacuée de la PMI d'Hamdallaye, le 6/10/1988
pour hémorragie sur une grossesse de 7 mois

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 3e pare, 3e geste, 1 accouchement
prématuré, 1 mort né, pas d'avortement, 2 enfants décédés

médico-chirurgicaux : Hépatite virale ; surménagement
intellectuel à 16 ans

- **C.P** : suivi régulier

Groupe B, Rhésus positif, BW négatif ; Test d'Emmel négatif

Echographie faite le 2/10/1988 donne comme résultat :

- insertion postérieure et latérale du placenta
- languette recouvrant l'orifice interne du col

Conclusion : placenta praevia recouvrant

- **Examen**

TA = 12/7 ; Conjonctives pâles ; BDC foetal positif

Contractions utérines absentes ;

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, avec perception du "matelas
placentaire".

Diagnostic Placenta placenta praevia recouvrant

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour. Ramène un enfant
vivant de sexe masculin en présentation du siège, pesant 1Kg,400,
réanimé, avec succès.

A reçu : traitement habituel après la césarienne

Evolution : favorable

(placenta praevia recouvrant, présentation du siège, enfant prématuré)

DOSSIER N°3

IDENTITÉ : N.D ; 38 ans ; monitrice de Jardin d'enfants, mariée 1
coépouse, Peulh, domiciliée à Ouolofobougou Bolibana

- **Motif de l'admission** : venue d'elle-même, le 21/09/1988 pour
hémorragie sur une grossesse de 8 mois

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 4e pare, 5e geste, 1 avortement, 2
enfants décédés dont 1 mort né:

Pelvipéritonite opéré le 10/09/1984

médico-chirurgicaux : HTA

- **C.P** : suivi régulier

Groupe O, Rhésus positif, BW négatif ; Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 14/8 ; Conjonctives pâles ;

Contractions utérines absentes ;

Présentation céphalique haute

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, avec perception de
membranes.

Diagnostic Placenta praevia marginal

Thérapie : Accouchement spontané d'un enfant mort in utero, de
sexe féminin.

A reçu : serum salé 0,9 %

serum glucosé 5 %

Ampicilline injectable

Gentamicine injectable

51

Acide acétyl salicylique (oral)

complexe vitaminique B (B1, B6, B12) (oral)

Antianémique polyvalent

Evolution : suites immédiates favorables. Exéat le 30/09/1988

Suites lointaines : réhospitalisation le 15/10/1988 pour

douleurs pelviennes : Diagnostic : endométrite

Exéat le 22/10/1988.

(placenta praevia marginal, accouchement spontané, complication d'endométrite).

DOSSIER N°4

IDENTITÉ : AT ; 17 ans ; ménagère, mariée sans coépouse, Sarakolé,
domiciliée à Badalabougou

- **Motif de l'admission** : venue d'elle même, le 27/10/1988 pour
hémorragie abondante sur une grossesse de 8 mois

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 3e geste, 1 avortement à 4
mois en 1986

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe AB, Rhésus Négatif, BW négatif ; Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 10/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ;
BDC foetal : faiblement perçus ; présentation céphalique haute

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt.

Diagnostic : Placenta praevia marginal (confirmé après la
cesarienne)

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour pour extraire un
enfant de sexe masculin avec double circulaire du cordon autour du cou ;
prématuré en détresse respiratoire (réanimé sans succès).

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 02/11/1988

(placenta praevia marginal + facteur rhesus négatif ; enfant prématuré
avec double circulaire du cordon autour du cou, en detresse respiratoire
réanimé sans succès).

DOSSIER N°5

IDENTITÉ : AD ; 23 ans ; ménagère, mariée sans coépouse, Peulh,
domiciliée à Djikoroni Para

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la PMI de Djikoroni Para, le
2/11/1988 pour hémorragie sur une grossesse à terme

- **Antécédents** : gynéco-obstétricaux : 2e pare, 2e geste, 1 enfant décédé ;
pas d'avortement.

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/7 ; température 38°C ; Conjonctives pâles ; Contractions
utérines fortes ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 3 cm, avec perception de membranes
rugueuses et bord placentaire.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour ramène un enfant
vivant de sexe masculin, pesant 3 Kgs 100, non réanimé.

A reçu : antianémiques polyvalents (oral)

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 09/11/1988

DOSSIER N°6

IDENTITÉ : AT ; 37 ans ; ménagère, mariée 3 coépouseS, bambara,
domiciliée Doumanzana

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Doumanzana, le
10/11/1988 pour hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 10e pare, 10e geste, 1 enfant
décédé, pas d'avortement.

médico-chirurgicaux : Méningite en 1968

- **C.P** : suivi régulier

Groupe B, Rhésus négatif, BW négatif ; Test d'Emmel négatif
Albumine (++) dans les urines.

- **Examen**

TA = 15/10 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines fortes ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 3 cms, perception d'un bord
placentaire.

Diagnostic Placenta praevia marginal + hematome rétroplacentaire

Thérapie : Accouchement effectuée 40 minutes après
l'admission, par la voie basse donne un enfant prématuré de sexe masculin
pesant 1 Kg800 ; réanimé avec succès. La délivrance artificielle donne un
placenta avec lésions d'hématome.

À reçu : méthylodopa (aldomet @ 250 mg) oral

Nifuroxazide (Ercefuryl) oral

serum glucosé 5 %

Antianémique polyvalent

Evolution : 11/11/1988 TA = 16/12

12/11/1988 persistance de l'anémie

14/11/1988 TA = 13/8

15/11/1988 TA = 13/9 conjonctives colorées

17/11/1988 TA = 13/8 épisodes diarrhéïques

19/11/1988 TA = 12/8 Bon état général

Exéat le 21/11/1988 dans un bon état général

(placenta praevia marginal + Hématome retroplacentaire + Rhesus négatif).

DOSSIER N°7

IDENTITÉ : B.T. ; 48 ans ; ménagère, mariée sans coépouse, Peulh,
domiciliée à Sikoroni

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la Maternité de Sikoroni, le
25/11/1988 pour hémorragie sur une grossesse à terme

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 8e geste, 3 enfants
décédés 1 avortement suivi de curetage.

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/6 ; conjonctives pâles ; DBC foetal faible ; contractions
utérines faibles ; présentation céphalique haute.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, les doigts touchent le
placenta qui recouvre l'orifice interne du col.

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour ramène un enfant
de sexe féminin, mort in utero.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 02/12/1988

DOSSIER N°8

IDENTITÉ : M.T. ; 20 ans ; sans profession, célibataire, Sonrhaï,
domiciliée à Missira

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la PMI de Missira pour "suspicion de
decollement prématuré du placenta" ; le 04/12/1988.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 3e geste, 1 mort né ; 1
avortement à 4 mois.

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0 ; Rhesus positif

- **Examen**

Hémorragie abondante ; grossesse à terme

TA = 14/10 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts avec perception d'un bord
placentaire et membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal + decollement
prématuré du placenta.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour ramène un enfant
mort in utero macéré de sexe masculin.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 14/12/1988

(Placenta praevia marginal + decollement prématuré du placenta).

DOSSIER N°9

IDENTITÉ : T. B. ; 32 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara,
domiciliée à Wéléssebougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la Maternité de Wéléssebougou le
09/12/1988 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 6e geste, 3 enfants
décédés , pas d'avortement.

médico-chirurgicaux : H T A

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe A ; Rhesus positif

- **Examen**

TA = 8/6 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines
faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 5 cms, avec placenta recouvrant
l'orifice interne du col.

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne pratiquée le même jour ramène un enfant
vivant réanimé de sexe féminin.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe isorhésus

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 19/12/1988

DOSSIER N°10

IDENTITÉ : M.F. ; 20 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse, Bozo,
domiciliée à Djandjiguila

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle-même pour hémorragie sur une grossesse à terme le 12/12/1988.

- **Antécédents** : ~~gynéco-obstétricaux~~ : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement, hémorragie de la délivrance en 1987.

~~médico-chirurgicaux~~ : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe 0 ; Rhesus positif ; BW négatif ; Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 10/8 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception latérale du placenta.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour ramène un enfant vivant non réanimé de sexe féminin pesant 1 Kg,800.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 20/12/1988

(Placenta praevia marginal, enfant hypotrophique).

DOSSIER N° 11

IDENTITÉ : A.T. ; 18 ans ; Elève, célibataire, Sonrhäi,
domiciliée à Bagadadji

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même pour hémorragie sur une grossesse à terme le 21/12/1988.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : Primipare, primigeste
médico-chirurgicaux : Tuberculose pulmonaire
Bilharziose urinaire

- **C.P** : suivi irrégulier
Groupe 0 ; Rhesus positif, Test d'Emmel négatif.

- **Examen**

TA = 14/8 ; Température 38°C ; Conjonctives colorées ; Hauteur utérines = 35 cms. Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges, perception de membranes rugueuses.

- **Diagnostic** : Placenta praevia latéral.

- **Thérapie** : Accouchement effectué à 0H25 minutes après rupture de la poche des eaux et stimulation (1 flacon de serum glucosé 5 % enrichi d'un ampoule d'oxytocine, 2 ampoules de Phloréglucinol) donne naissance à un enfant de sexe féminin non réanimé pesant 3 Kg 800.

A reçu : Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent (orale)

Evolution : suites favorables

Exéat le 23/12/1988.

DOSSIER N°12

IDENTITÉ : M.D. ; 27 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara,
domiciliée à Magnambougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la Maternité de Sogoniko, le
22/12/1988 à 3H40 minutes pour : Hydramnios, dilatation stationnaire,
hémorragie importante sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 5e pare, 5e geste, 4 enfants
décédés, pas d'avortement

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0 ; Rhesus positif, BW négatif

- **Examen**

TA = 14/10 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt.

Diagnostic : Placenta praevia marginal antérieur avec segment
inférieur oedématisé (confirmé après la césarienne).

Thérapie : Césarienne effectuée à 12H30 minutes, ramène un
enfant de sexe masculin réanimé avec succès pesant 3 Kgs, 120.

A reçu : Antianémique polyvalent buvable

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : suites favorables

Exéat le 31/12/1988.

DOSSIER N°13

IDENTITÉ : D. G. ; 40 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Dogon,
domiciliée à Kalaban Coura.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sogoniko, le 25/12/1988 pour Hémorragie sur une grossesse de 8 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 6e geste, 1 enfant décédé, pas d'avortement

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : Pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : dilatation presque complète, présentation du siège, perception des membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia latéral + présentation du siège.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant de sexe masculin mort in utero, en présentation du siège..

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe, isorhésus (2 sachets)

Carbocysteine (Rhinanthiol ® sirop)

Antianémique polyvalent

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : persistance de l'anémie

Exéat le 05/01/1989.

DOSSIER N°14

IDENTITÉ : D. C. ; 38 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Malinké,
domiciliée à Samaya.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même pour rupture précoce de la poche des eaux, procidence du bras sur une grossesse de 8 mois, le 11/01/1989

- **Antécédents** : gynéco-obstétricaux : 12e pare, 13e geste, 4 enfants décédés, 1 avortement spontané à 3 mois.

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : Pas de suivi

- **Examen**

TA = 11/6 ; Hémorragie externe peu abondante ; Conjonctives pâles ; Position transverse du 1er foetus ; Contractions utérines fortes ; BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col dilaté à grande paume, avec rupture des membranes.

Diagnostic : Suspicion de placenta praevia, grossesse gémellaire, position transverse du premier enfant.

Thérapie : La version est effectuée le 12/1er/1989 à 1H20 minutes du matin ; ramène deux jumelles mortes in utero macérées. La première fille avait un placenta bas inséré en position antérieure. Le second placenta se situait au fond de l'utérus.

A reçu : Ampicilline injectable

Gentamycine injectable

Serum salé 0,9 %

Serum glucosé 5 %

Evolution : suites favorables

Exéat le 20/01/1989.

(Placenta praevia latéral + grossesse gémellaire procidence du bras du 1er juma + rupture précoce des membranes).

DOSSIER N°15

IDENTITÉ : N.D. ; 32 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Bambara,
domiciliée à Lafiabougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité d'Hamdallaye, le
17/1er/1989 pour Hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 7e geste, 2 enfants
décédés, pas d'avortement.

México-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0 ; Rhesus positif

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, on tombe directement sur le
"matela placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne effectuée ramène un enfant vivant réanimé
de sexe féminin pesant 2 Kgs,810.

A reçu : transfusion sanguine isogroupe isorhesus

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : persistance de l'anémie les 2 premiers jours

le 19/01/1989 TA = 11/7

le 20/01/1989 conjonctives colorées

Exéat le 26/1/1989.

DOSSIER N°16

IDENTITÉ : D.D. ; 23 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Malinké (griote) ; domiciliée à Djikoroni Para.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la Maternité de djikoroni Para, pour Hémorragie sur une grossesse de 7 mois le 17/1er/1989.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement
Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 9/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal faiblement perçus.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du "matela placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne pratiquée ramène un enfant vivant de sexe féminin réanimé avec succès pesant 2 Kgs, 110.

A reçu : Traitement habituel après la cesarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 26/1er/1989.

DOSSIER N°17

IDENTITÉ : D.D. ; 20 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Malinké,
domiciliée à Ouolofobougou Bolibana.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même pour hémorragie, pour
Hémorragie sur une grossesse à terme le 25/1er/1989 .

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement
médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe AB ; Rhesus positif ; BW Positif

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, avec perception du "matela
placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le 25/1er/1989 ramène un enfant
vivant réanimé de sexe féminin pesant 2 Kgs700.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 03/02/1989.

DOSSIER N°18

IDENTITÉ : Y.T. ; 23 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Sarakolé,
domiciliée à Kalaban Coura.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la Garnison, pour Hémorragie sur une
grossesse à terme le 03/02/1989 .

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : Pas de suivi

- **Examen**

TA = 12/9 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines
absentes ; BDC foetal faiblement perçus.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du placenta

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le 03/02/1989 ramène un enfant
vivant réanimé de sexe féminin, pesant 2 Kgs 800.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la cesarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 12/02/1989.

DOSSIER N°19

IDENTITÉ : K.T. ; 33 ans ; Ménagère ; Mariée sans coépouse ; Sonrhaï,
domiciliée à Ouolofobougou Bolibana.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même, le 08/02/1989 pour
Hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : ~~gynéco-obstétricaux~~ : 4e pare, 6e geste, 1 accouchement
prématuré, 2 avortements ; Césarienne en 1986 pour placenta praevia

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe 0 ; Rhesus positif ; BW négatif, Test d'Emmel négatif.

- **Examen**

TA = 9/5 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines
absentes ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges, perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée ramène un enfant vivant de sexe
féminin, non réanimé 3 Kgs,800.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 12/02/1989.

(Récidive de placenta praevia)

DOSSIER N°20

IDENTITÉ : C.T. ; 40 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Bambara,
domiciliée à Banconi.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de missira, le
08/02/1989 pour Hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 12e pare, 13e geste, 5 enfants
décédés, 1 avortement

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe A ; Rhesus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 8/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ;
BDC foetal positif ; varices au niveau des membres inférieurs

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant réanimé de sexe féminin.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 15/02/1989.

DOSSIER N°21

IDENTITÉ : M. K. ; 37 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Minianka,
domiciliée à Missira.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de missira, pour
Hémorragie sur une grossesse à terme le 11/02/1989.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 8e geste, 2 enfants
décédés, 1 avortement

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 9/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC
foetal positif ;

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception membranes
rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant non réanimé de sexe féminin pesant 2 Kgs700.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Antianémique polyvalent

Evolution : Suites favorables

Exéat le 20/02/1989.

DOSSIER N°22

IDENTITÉ : A.D. ; 35 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Peulh,
domiciliée à la Zone Industrielle.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la PMI de Bamako-Coura le 11/02/1989 pour Hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 10e pare, 11e geste, 7 enfants décédés, 1 avortement ; placenta praevia marginal à la 9e grossesse

Médico-chirurgicaux : hépatite

Cardiopathie gravidique

- **C.P** : suivi régulier

Groupe O ; Rhesus positif, BW négatif, Toxoplasmose négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 9/6 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 3 doigts, perception de membranes rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia latéral.

Thérapie : Césarienne effectuée le 11/02/1989, ramène un enfant vivant de sexe féminin non réanimé pesant 2 Kgs 800.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 20/02/1989.

(Recidive de placenta praevia)

DOSSIER N°23

IDENTITÉ : B. D. ; 20 ans ; ménagère ; mariée 2 coépouses ; Sarakolé domiciliée à Faladié.

- **Motif de l'admission** : évacuée de la maternité de Sogoniko le 27/02/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 8 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : HTA

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/5 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts avec perception de membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Accouchement par la voie basse après rupture des membranes ; perfusion d'un flacon de serum glucosé enrichi d'une ampoule d'oxytocine et 2 ampoules de phloréglucinol ; d'un enfant vivant de sexe masculin non réanimé pesant 2,200 kgs .

a reçu Dextran en perfusion

antianémique polyvalente

Evolution : Suites favorables

Exéat le 06/03/1989.

DOSSIER N°24

IDENTITÉ : S.D. ; 25 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée à Hamdallaye.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de maternité d'Hamdallaye, le 13/03/1989 pour Hémorragie sur une grossesse presque à terme (8mois1/2).

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 3e pare, 5e geste, 2 avortements (3 mois et 4 mois) suivis tous deux de curetage.

médico-chirurgicaux : Cardiopathie

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 11/6 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Touche vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception des membranes

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Accouchement d'un enfant vivant non réanimé, de sexe féminin pesant 2 Kgs 200 ; après rupture large des membranes et perfusion d'un flacon de sérum glucosé 5 % enrichi de 2 ampoules de Phloréglucinol et une ampoule d'ocytocine.

A reçu : serum glucosé 5 %

serum salé 0,9 %

Evolution : Suites favorables

Exéat le 22/03/1989.

DOSSIER N°25

IDENTITÉ : S.D. ; 22 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Senoufo domiciliée à la Base.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de la Garnison , le 27/03/1989 pour Hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 4e pare, 4e geste, pas d'avortement

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe A ; Rhesus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 9/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal faiblement perçus ; varices au niveau des membres inférieurs

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant de sexe masculin mort in utéro.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe isorhésus

Dextran en perfusion

Nufuroxazide (ercefuryl ® comprimé)

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : le 29/03/1989 TA = 7/9

le 31/03/1989 TA = 10/6 conjonctives peu colorées

le 1er/04/1989 TA = 12/8 conjonctives colorées ; épisodes diarrhéiques.

Exéat le 05/04/1989 avec bon état général.

DOSSIER N°26

IDENTITÉ : K.Y. ; 35 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; dogon,
domiciliée à Sokorodji.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sogoniko, pour Hémorragie sur une grossesse à terme le 27/03/1989.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 10e pare, 10e geste, 1 enfant décédé, pas d'avortement

Médico-chirurgicaux : Bilharziose urinaire goitre

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception de membranes rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le 27/03/1989, ramène un enfant vivant réanimé de sexe féminin.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 06/04/1989.

DOSSIER N°27

IDENTITÉ : S.S. ; 32 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée au Camp des gardes.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de la Garnison, le 29/03/1989 pour Hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 6e geste, 6 enfants décédés dont 1 accouchement prématuré, pas d'avortement

médico-chirurgicaux : Hypotension artérielle

- **C.P** : suivi régulier

Groupe 0 ; Rhesus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 9/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ; BDC foetal faibles.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception de membranes rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant vivant réanimé de sexe féminin pesant " kgs 200.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe, isorhésus

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : 31/03/1989 TA = 10/5 conjonctives pâles

1er/04/1989 TA = 10/6

3/04/1989 TA = 11/7 conjonctives colorées

Exéat le 07/04/1989.

DOSSIER N°28

IDENTITÉ : O.D. ; 30 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara,
domiciliée à Niamakoro.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sogoniko, le
31/03/1989 pour Hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 8e pare, 8e geste, 1 enfant décédé,
pas d'avortement

médico-chirurgicaux : Sinusite

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt avec perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne ramène un enfant mort in utéro de sexe
féminin.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe, isorhésus

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 08/02/1989.

DOSSIER N°29

IDENTITÉ : M.M. ; 21 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée à Korofina.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Korofina, le 06/04/1989 pour Hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement
médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 11/6 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines fortes ; BDC foetal positif

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges, perception de membranes rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Accouchement après rupture large des membranes et perfusion de serum glucosé 5 % enrichi d'une ampoule d'ocytocine et de 2 ampoules de Phloreglucinol ; d'un enfant vivant non réanimé, de sexe féminin pesant 3 Kgs 000 ;

A reçu : serum glucosé 5 %

serum salé 0,9 %

Evolution : Suites favorables

Exéat le 10/04/1989.

DOSSIER N°30

IDENTITÉ : F.D. ; 25 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Bambara,
domiciliée à Magnambougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sogoniko, le
12/04/1989 pour Hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents** : gynéco-obstétricaux : 3e pare, 3e geste, 1 accouchement
prématuré pas d'avortement ; Césarienne

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/5 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines absentes
; BDC foetal positif

Toucher vaginal : col ouvert à 1doigt avec perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne effectuée le 12/04/1989 ramène un enfant
vivant réanimé de sexe masculin pesant 1 Kg 740.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne
n'a pas reçu de transfusion sanguine

Evolution : le 12/04/1989 TA = 13/g se plaint de vertiges, de
céphalées et douleurs au niveau de la plaie opératoire

le 13/04/1989 TA = 11/7

le 13/04/1989 Décès survenu à 19 heures

(Placenta praevia recouvrant chez une ancienne césarisée ; décédée 24
heures plus tard).

DOSSIER N°31

IDENTITÉ : A.N. ; 31 ans ; Ménagère ; veuve, Sarakolé, domiciliée à Lafiabougou .

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Lafiabougou le 12/04/1989 pour Hémorragie sur une grossesse de 8 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 6e geste, pas d' avortement
1 césarienne

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 9/6 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal faibles.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant "antérieur".

Thérapie : Césarienne effectuée, ramène un enfant vivant réanimé de sexe masculin pesant 2 Kgs,000 mais décédé 2 heures plus tard à 2H30 minutes du matin.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 23/04/1989.

(placenta praevia recouvrant chez une ancienne césarisée).

DOSSIER N°32

IDENTITÉ : R.T. ; 18 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée à Doïla.

- **Motif de l'admission** : Evacuée du Centre de Santé de Doïla, le 13/04/1989 pour Hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents : gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, 2enfants décédés, 1 accouchement prématuré pas d'avortement.

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 11/6 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines fortes ; BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1doigt, perception de membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Accouchement d'un enfant de sexe féminin mort né ; après rupture large des membranes et perfusion d'un flacon de serum glucosé 5 % enrichi d'une ampoule d'oxytocine et de deux ampoules de Phloréglucinol.

A reçu : Sérum salé 0,9 %

Sérum glucosé 5 %

Antianémique polyvalent buvable

Evolution : Suites favorables

Exéat le 20/04/1989.

DOSSIER N°33

IDENTITÉ : A.S. ; 20 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée à Niamakoro.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même pour hémorragie sur une grossesse à terme 18/04/1989.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 1 Primipare, 2e geste, 1 avortement à 3 mois

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 11/7 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant vivant réanimé de sexe féminin pesant " Kgs 240.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 27/04/1989.

DOSSIER N°34

IDENTITÉ : F.D. ; **40** ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Peulh,
domiciliée à N'Tomikorobougou.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même le 20/04/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 9e pare, 11e geste, 2 enfants décédés, 2 avortements (3 mois et 1 mois) ; curetage effectué après le second avortement ; placenta praevia à la 7e grossesse.

México-chirurgicaux : Opérée pour fibrome utérin en 1969.

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0, Rhésus Positif ; BW Négatif

- **Examen**

TA = 10/7 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception du "matelas : placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée ramène un enfant vivant non réanimé de sexe féminin pesant 2 Kgs 120.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 30/04/1989.

(Récidive de placenta praevia).

DOSSIER N°35

IDENTITÉ : S.C ; 36 ans ; Ménagère , mariée sans coépouse ; Sarakoié
domiciliée à Missira.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de missira le
20/04/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 8e pare, 9e geste, 4 enfants
décédés dont 1 mort né, 1 avortement spontané suivi de curetage.

Médico-chirurgicaux : opérée pour fistule
vesico-vaginale

- **C.P** : suivi régulier

Groupe 0, Rhésus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 9/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges avec perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant non réanimé de sexe féminin pesant 2 Kgs 700.

A reçu : Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 29/04/1989.

(Placenta praevia central avec antécédent de césarienne et de fistule
vésico-vaginale).

DOSSIER N°36

IDENTITÉ : M. S. ; 30 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Peulh,
domiciliée à Faladié.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la PMI de Sogoniko, le 25/04/1989
pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 7e geste, 2 enfants
décédés pas d'avortement. Césarienne à la 7e grossesse pour placenta
praevia.

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjunctives peu colorées ; Contractions utérines
faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception de membranes

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant non réanimé de sexe masculin pesant 3 Kgs 200.

A reçu : Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 5/05/1989.

(Récidive de placenta praevia).

DOSSIER N°37

IDENTITÉ : S. F. ; 30 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Bambara,
domiciliée à Lafiabougou

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même le 7/05/1989 pour
hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 10e geste, 3 avortements
spontanés, 1 enfant prématuré décédé ; Placenta praevia à la 2e grossesse.
mois

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/6 ; Température = 39°C ; Conjonctives pâles ; Contractions
utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception de membranes
rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant réanimé de sexe masculin pesant 2 Kgs 700.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 17/05/1989.

(Récidive de placenta praevia)

DOSSIER N°38

IDENTITÉ : T.D. ; 27 ans ; Ménagère ; mariée 2 coépouse ; Sarakolé,
domiciliée à Kalaban Coura.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité du Quartier MALI, le 18/05/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 4 Primipare, 4e geste, pas d'avortement à 3 mois

médico-chirurgicaux : Méninigitte.

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 9/4 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal faibles.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt large, perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le 18/05/1989, ramène un enfant vivant réanimé de sexe masculin pesant 2 Kgs 400.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 27/05/1989.

DOSSIER N°39

IDENTITÉ : A.T. ; 28 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée à Médina-Coura.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de la Garnison le 26/05/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 9 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 3e pare, 3e geste, pas d'avortement 1 enfant décédé.

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe 0, rhésus positif, BW négatif, Toxoplasmose négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 11/6 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges, perception de membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant vivant réanimé de sexe féminin pesant 2Kgs 500.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe isorhésus

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 5/06/1989.

DOSSIER N°40

IDENTITÉ : D. M. ; 37 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Bambara,
domiciliée à Médina Couira

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Missira le
26/05/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 9e pare, 10e geste, 2 enfants
décédés (tous deux prématurés) ; 1 avortement suivi de curetage.

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe 0, Rhésus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif.

- **Examen**

TA = 9/4 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ;
BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col dur à 1 doigt, perception de membranes
rompues.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Forceps appliqué le même jour, ramène un enfant mort
in utéro-macéré.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe, isorhésus

Ampicilline injectable

Gentamicine injectable

Serum salé 0,9 %

Serum glucose 5 %

Evolution : Suites favorables

Exeat le 3/06/1989.

(Placenta praevia marginal + rupture précoce des membranes).

DOSSIER N°41

IDENTITÉ : D.T. ; 23 ans , ménagère ; mariée 2 coépouses ; Sarakolé,
domiciliée à Niarela

- **Motif de l'admission** : Évacuée de la PMI de Missira le 4/06/1989 pour
hémorragie sur une grossesse à terme

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 3e pare, 3e geste, pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : Méningite

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjonctives très pâles ; Contractions utérines
absentes ; BDC foetal positif

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant réanimé de sexe masculin pesant 1 Kg 700.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exécuté le 05/06/1989.

(Placenta praevia recouvrant, enfant hypotrophique).

DOSSIER N°42

IDENTITÉ : S. K. ; 22 ans , ménagère , mariée sans coépouse ; Bambara, domiciliée à Daoudabougou.

- **Motif de l'admission** : évacuée de la maternité de Korofina le 12/06/1989 pour hémorragie lors une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 9/6 , Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges, on tombe directement sur le placenta.

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant vivant non réanimé de sexe masculin pesant 3 Kgs 140.

A reçu . Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat. le 22/06/1989.

DOSSIER N°43

IDENTITÉ : M.T. ; 43 ans ; Contrôleur des impôts ; mariée sans coépousés ; Sonrhai, domiciliée à Quinzambougou.

- **Motif de l'admission** : Venue accompagnée de sa sage femme le 19/06/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 8 mois.

- **Antécédents : gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 3e geste, 1 enfant décédé 1 avortement suivi de curetage

Médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe A, Rhésus positif, BW négatif

- **Examen**

TA = 11/7 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt large avec perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia Central.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant vivant réanimé de sexe masculin pesant 2Kgs 400.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe, isorhésus

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 29/06/1989.

DOSSIER N°44

IDENTITÉ : M.D. ; 38 ans ; ménagère ; mariée 1 coépouse ; Kassonké,
domiciliée à Lafiabougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité d'Hamdallaye le
26/06/1989 pour hémorragie sur une grossesse presque à terme
(8 1/2 mois).

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 11e pare, 12e geste, 5 enfants
décédés 1 avortement suivi de curetage

médico-chirurgicaux : RAS

- **C.P** : suivi régulier

Groupe AB ; Rhésus positif ; BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 10/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du
"matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant non réanimé de sexe masculin pesant 2gs 220.

A reçu : Transfusion sanguine isogroupe, isorhésus

Traitement habituel après la césarienne.

Evolution : Suites favorables

Exéat le 5/07/1989.

DOSSIER N°45

IDENTITÉ : K.K. ; 18 ans , Servante ; Célibataire ; Bambara, domiciliée à Faladié.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sogoniko le 24/07/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 8 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 3e geste, 1 avortement à 4 mois, 1 accouchement prématuré

Médico-chirurgicaux : Bilharziose urinaire

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 12/7 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du placenta.

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant vivant réanimé de sexe masculin pesant.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 4/08/1989.

DOSSIER N°46

IDENTITÉ : C.K. ; 35 ans ; ménagère ; mariée sans coépouse ; Bambara,
domiciliée à Niarela

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même le 25/07/1989 pour
hémorragie sur une grossesse presque à terme (8 mois 1/2).

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 8e geste, 2 enfants
décédés (dont 1 mort né) ; 2 avortements spontanés, curetage après le 2e
avortement.

médico-chirurgicaux : opérée pour Fistule, vésico-vaginale en 1979.

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0, Rhésus positif, BW négatif

- **Examen**

TA = 11/7 ; Conjonctives colorées ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception de membranes
rugueuses

Diagnostic : Placenta praevia latéral.

Thérapie : Césarienne effectuée après rupture large des
membranes et perfusion d'un flacon de serum glucosé 5 % enrichi d'une
ampoule d'ocytocine et 2 ampoules de Bromure N butyl Hyoscine
(BUSCOPAN®) donne naissance à un enfant de sexe masculin pesant 2 Kgs
225 né vivant non réanimé.

A reçu : Ampicilline injectable

Gentamicine injectable.

Evolution : Suites favorables

Exéat le 1er/08/1989.

DOSSIER N°47

IDENTITÉ : M. C. ; 40 ans ; ménagère ; mariée 1 coépouse ; bambara domiciliée à Lafiabougou.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même le 20/08/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 8 mois 1/2.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 10e pare, 10e geste, 2 enfants décédés pas d'avortement vomissement gravidique.

Médico-chirurgicaux : R A S

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 10/4 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal faiblement perçus.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges avec perception de membrane rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Accouchement effectué après rupture de la poche des eaux qui a entraîné l'arrêt du saignement ; perfusion d'un flacon de serum glucosé enrichi d'une ampoule d'oxytocine et 2 ampoules de phloréglucinol ; d'un enfant malformé (déformation des membranes, indifférenciation du sexe, omphalocèle), mort quelques instants après sa naissance.

Evolution : Suites favorables

Exéat le 25/08/1989.

(Placenta praevia marginal chez une grande multipare avec naissance d'un enfant malformé).

DOSSIER N°48

IDENTITÉ : F.N ; 23 ans ; teinturière ; mariée sans coépouse ; Ouolof domiciliée à Sokorodji.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sogoniko le 27/09/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : opérée pour fistule vesico-vaginale

- **C.P** : suivi irrégulier

- **Examen**

TA = 9/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ; BDC foetal négatif présentation céphalique haute.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt avec perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée , ramène un enfant mort in utéro, de sexe féminin.

A reçu : Dextran en perfusion

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 12/09/1989.

DOSSIER N°49

IDENTITÉ : S.S. ; 17 ans ; ménagère ; mariée sans coépouse ; Malinké domiciliée à Sébénicoro.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Sébénicoro le 2/09/1989 pour hémorragie chez une femme en début de travail.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : primipare, primigeste,

Médico-chirurgicaux : R A S

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0, Rhésus positif, BW négatif.

- **Examen**

TA = 10/7 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines fortes ; BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception du "matela placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant mort né de sexe féminin.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 11/09/1989.

DOSSIER N°50

IDENTITÉ : D.C ; 36 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Sarakolé domiciliée à Missira.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de missira le 20/04/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 8e pare, 9e geste, 4 enfants décédés dont 1 mort né, 1 avortement spontané suivi de curetage.

Médico-chirurgicaux : opérée pour fistule vesico-vaginale

- **C.P** : suivi régulier

Groupe B, Rhésus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 10/4 ; Conjunctives pâles ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal faiblement perçus.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts, perception du "matelas placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne effectuée, ramène un enfant vivant réanimé de sexe féminin décédé le 04/09/1989 à 13H17 minutes.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables pour la mère

Enfant décédé le 4/09/1989 à 13H17 minutes

Exéat. le 12/09/1989.

DOSSIER N°51

IDENTITÉ : D. S. ; 30 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Sarakolé
domiciliée à Bamako-Coura.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Kalaban Coura le
9/09/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 8e pare, 8e geste, pas d'avortement
Césarienne en 1987.

Médico-chirurgicaux : R A S

- **C.P** : suivi irrégulier

Albumine positif dans les urines.

- **Examen**

TA = 11/6 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 3 doigts, perception directe du
placenta.

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant réanimé de sexe féminin pesant 2 Kgs 400.

A reçu : Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent buvable

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 18/09/1989.

DOSSIER N°52

IDENTITÉ : A.T. ; 25 ans ; Ménagère ; mariée 1 coépouse ; Sonrhäi
domiciliée à Kalaban Coura.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de Kalaban Coura le
10/09/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 6e geste, 3 enfants
décédés pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : R A S

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 9/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines faibles ;
BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 6 cms, perception du "matelas
placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant réanimé de sexe féminin pesant 2 Kgs 800 décédé dans la nuit.

A reçu : Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent (oral)

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : persistance de l'anémie pendant 3 jours

Enfant décédé la nuit du 9/09/1989

Exéat le 19/09/1989.

DOSSIER N°53

IDENTITÉ : F.G. ; 42 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Dogon domiciliée à Sourakabougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de missira le 3/10/1989 pour hémorragie sur une grossesse de 7 mois.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 7e pare, 7e geste, 6 enfants décédés dont 3 morts nés, 1 accouchement prématuré vivant.

Médico-chirurgicaux : R A S

C.P. suivi régulier

Groupe 0, Rhésus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 8/5 ; Conjonctives pâles ; Contractions utérines absentes ; BDC foetal négatif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges avec perception de membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant de sexe masculin mort in utéro.

A reçu : Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent buvable

Gentamicine injectable

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : 5/10/1989 - TA = 9/6 Conjonctives pâles

6/10/1989 - TA = 9/6 Conjonctives pâles T° = 38°5

7/10/1989 - TA = 10/5 Suppuration de la plaie
opératoire

10/10/1989 - TA = 10/7 T° = 38°5

12/10/1989 Amélioration de l'état général

Exéat le 20/10/1989.

DOSSIER N°54

IDENTITÉ : F.M. ; 30 ans ; Ménagère ; mariée sans coépouse ; Sonrhai domiciliée à Lafiabougou.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité d'Hamdallaye le 14/09/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 6e pare, 7e geste, 1 enfant décédé 1 avortement.

Médico-chirurgicaux : H T A

- **C.P** : pas de suivi

- **Examen**

TA = 11/7 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 2 doigts larges avec perception de membranes rugueuses.

Diagnostic : Placenta praevia marginal.

Thérapie : Accouchement effectué après rupture de la poche des eaux ; perfusion d'un flacon de serum glucosé enrichi de 2 ampoules de phloreoglucinol et 1 ampoule d'oxytocine ; d'un enfant né vivant de sexe masculin.

A reçu : serum salé 0,9 %

serum glucosé 5 %

Evolution : Suites favorables

Exéat le 18/09/1989.

DOSSIER N°55

IDENTITÉ : M.K. ; 30 ans ; Ménagère ; mariée 2 coépouses ; Bambara domiciliée à Korofina.

- **Motif de l'admission** : Evacuée de la maternité de missira le 4/10/1989 pour hémorragie sur une grossesse à terme.

- **Antécédents** : **gynéco-obstétricaux** : 9e pare, 9e geste, 4 enfants décédés dont 2 morts nés, pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : R A S

- **C.P** : suivi régulier

Groupe B, Rhésus positif, BW négatif, Test d'Emmel négatif

- **Examen**

TA = 10/5 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines faibles ; BDC foetal positif, présentation céphalique haute

Toucher vaginal : col ouvert à 3 doigts perception directe du placenta ; membranes rompues.

Diagnostic : Placenta praevia recouvrant.

Thérapie : Césarienne effectuée le 4/10/1989, ramène un enfant vivant non réanimé de sexe féminin pesant 3 Kgs 400.

A reçu : Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 13/10/1989.

(Récidive de placenta praevia - rupture precoce de la poche des eaux).

DOSSIER N°56

IDENTITÉ : C.D. ; 28 ans ; Adjointe administrative ; mariée sans coépouse ;
Bambara domiciliée à l'Hippodrome.

- **Motif de l'admission** : Venue d'elle même le 10/10/1989 pour
hémorragie sur une grossesse de 8 mois.

- **Antécédents : gynéco-obstétricaux** : 2e pare, 2e geste, 1 enfant décédé
pas d'avortement.

Médico-chirurgicaux : R A S

- **C.P** : suivi irrégulier

Groupe 0, Rhésus positif.

- **Examen**

TA = 10/6 ; Conjonctives peu colorées ; Contractions utérines
absentes ; BDC foetal positif.

Toucher vaginal : col ouvert à 1 doigt, perception du "matelas
placentaire".

Diagnostic : Placenta praevia central.

Thérapie : Césarienne effectuée le même jour, ramène un enfant
vivant réanimé en position de siège, avec double circulaire du cordon
autour du cou, de sexe masculin pesant 2 Kgs 260.

A reçu : transfusion sanguine isogroupe isorhésus

Dextran en perfusion

Antianémique polyvalent buvable

Traitement habituel après la césarienne

Evolution : Suites favorables

Exéat le 29/04/1989.

(Placenta praevia recouvrant, présentation du siège, double circulaire du
cordon autour du cou).

V – NOTRE TRAVAIL

B. Les RESULTATS (analyse des dossiers)

Les RESULTATS (analyse des dossiers)1. La fréquence :

Pendant 14 mois d'étude, nous avons colligé 56 cas de placenta-*praevia* hémorragique à l'H.G.T ; pendant la même période, il ya eu 7742 accouchements, soit une fréquence de 0,72 %.

2. Provenance de nos malades :

15 de nos malades sont venues d'elles-mêmes, à la maternité de l'H.G.T dès L'apparition du symptôme soit 26,78 % des malades.

Les autres 41 patientes ont été évacuées des maternités périphériques : 39 sont venues des maternités du district de Bamako soit 69,64 %.

2 ont été évacuées des centres de santé de la région de Koulikoro (Doïla et Wéléssébougou) soit 3,57 %.

LIEU DE PROVENANCE	NOMBRE DE FEMMES	FREQUENCES
HOPITAL GABRIEL TOURE	15	26,80%
MATERNITE D'HAMDALLAYE	6	10,72%
MATERNITE DE DJIKORONI PARA	2	3,57%
MATERNITE DE MISSIRA	8	14,30%
MATERNITE DE SOGONIKO	9	16,08%
MATERNITE DE LA GARNISON	4	7,15
MATERNITE BAMAKO-COURA	1	1,78%
MATERNITE KOROFINA	2	3,57%
MATERNITE LAFIABOUGOU	1	1,78%
MATERNITE DU QUARTIER MALI	1	1,78%
MATERNITE RURALE DE KALABAN COURA	2	3,57%
MATERNITE DE SEBENIKORO	1	1,78%
MATERNITE DE SIKORONI	1	1,78%
MATERNITE DOUMANZANA	1	1,78%
MATERNITE DE WELESSEBOUGOU	1	1,78%
CENTRE DE SANTE DE DOILA	1	1,78%
NOMBRE TOTAL =	56	100%

Tableau N°1 : Statistique descriptive en fonction du lieu de provenance de nos malades

Dans ce tableau nous voyons que le nombre des femmes admises pour placenta-*praevia* hémorragique est plus élevé à l'H.G.T. Ensuite viennent les maternités périphériques de Sogoniko (9 cas) ; de Missira (8 cas) et d'Hamdallaye (6 cas).

3. Classification :

Au cours de notre étude nous avons obtenu les différentes variétés de placenta praevia dans les proportions suivantes :

TYPE DE PLACENTA PRAEVIA	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE
PLACENTA PRAEVIA CENTRAL	29	51,79%
PLACENTA PRAEVIA MARGINAL	21	37,50%
PLACENTA PRAEVIA LATERAL	6	10,71%
TOTAL =	56	100%

Tableau N°2 : Fréquence des différents types de placenta praevia.

Ce tableau nous montre que les variétés recouvrantes sont plus importantes que les variétés périphériques dans la forme hémorragique du placenta praevia.

4. Les facteurs étiologiques

4.1. La parité :

Le tableau suivant résume la parité des femmes recensées avec leurs effectifs.

PARITE	PRIMIPARE	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
EFFECTIF	3	15	6	4	1	7	7	3	3	4	1	2
FREQUENCE(%)	5,35	26,78	10,71	7,14	1,78	12,5	12,5	5,35	5,35	7,14	1,78	3,57

Tableau N°3 : Répartition des malades en fonction de la parité

Selon le tableau ci-dessus, le placenta praevia hémorragique a été rencontré en majorité chez les pluri et multipares que les primipares : soit 53 cas contre 3 cas seulement pour les primipares.

La parité moyenne de nos femmes tourne autour de 5,16.

4.2. L'âge maternel :

Nous avons rencontré les âges extrêmes de 17 ans et 48 ans. Nous avons regroupé nos malades par tranche d'âge de 5 ans comme le montre le tableau suivant :

AGE (EN ANNEE)	EFFECTIF	FREQUENCE EN %
15-19	5	8,92
20-24	13	23,21
25-29	8	14,28
30-34	13	23,21
35-39	11	19,64
40-44	5	8,92
45-49	1	1,78

Tableau N°4 : Répartition de nos malades en fonction de leurs âges

Le tableau nous montre que la fréquence du placenta praevia hémorragique est plus élevée dans quatre tranches d'âge ; avec le maximum entre 20 et 24 ans et 30-34 ans : 13 cas sur 56 pour chacune de ces 2 tranches d'âge soit 23,21 %.

35-39 ans : 11 cas soit 19,64 %

25-29 ans : 8 cas soit 14,28 %.

4.3. Les antécédants d'avortement :

Dans l'anamnèse des 56 femmes victimes de placenta praevia hémorragique 22 ont des antécédants d'avortement ; accompagné de curetage chez 8 d'entre elles.

On a noté un antécédant de 2 avortements chez 4 patientes, et 3 avortements chez une seule patiente.

Il faut noter qu'aucun cas d'avortement provoqué n'a été signalé tout au long de nos investigations. Toutes les femmes ont répondu avoir été victimes de fausses couches spontanées.

4.4. Les cicatrices utérines et lésions endométriales :

Nous avons trouvé 6 cas d'antécédant de césarienne, dont 3 cas ont été suivis immédiatement de placenta praevia.

Il a été noté également un cas d'antécédent d'intervention chirurgicale pour énucléation du fibrome utérin. Aucun cas de cure de synéchie n'a été signalé.

4.5. Les récurrences de placenta praevia :

Nous avons retrouvé dans l'anamnèse de nos 56 patientes, 6 cas de récurrence de placenta-*praevia* soit 10,71 % des cas.

Deux parmi les 6 malades avaient subi la césarienne auparavant pour placenta *praevia*, les 4 autres avaient accouché par la voie basse.

Le mode d'accouchement actuel a été la césarienne pour toutes les 6 patientes.

4.6. Les grossesses géminelles :

Au cours de notre étude nous avons noté un seul cas de grossesse géminelle. Il s'agissait de jumeaux bivitellins. Un seul placenta était bas inséré, il s'agissait d'une variété latérale de placenta *praevia* chez le premier jumeau. L'insertion placentaire chez le deuxième jumeau étant normale.

4.7. Le sexe du fœtus :

Nous avons noté une légère prédominance du sexe féminin par rapport au sexe masculin chez les enfants nés de mères victimes de placenta *praevia* hémorragiques : rapport 31/23.

Nous signalons ici que le sexe n'a pu être noté chez 2 enfants.

Dans le premier cas il s'agissait d'un enfant malformé avec indifférenciation du sexe (Dossier N°47).

Dans le second cas il s'agissait d'un enfant mort-né macéré où ce geste nous a échappé.

4.8. Les antécédents médicaux :

Chez 41 de nos malades, il n'a été retrouvé aucun antécédent médical soit 73,21 % des cas.

Les pathologies médicales les plus fréquemment rencontrées dans les antécédents de nos malades ont été :

- hypertension artérielle : 4 cas soit 7,41 %
- la méningite cérébro-spinale : 3 cas soit 5,35 %
- la bilharziose urinaire: 3 cas sit 5,35 %.

Nous n'avons pas noté de cas d'antécédent médical de diabète chez nos malades. Ces constatations nous permettent de dire que les antécédents médicaux n'ont pas une incidence importante dans la survenue du placenta praevia.

ANTECEDENTS MEDICAUX	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE EN %
Aucun (RAS)	41	73,21
Hypertension artérielle	4	7,41
Méningite	3	5,35
Bilharziose urinaire	3	5,35
Cardiopathie	2	3,67
Hépatite	2	3,57
Surménage	1	1,78
Tuberculose pulmonaire	1	1,78
Sinusite	1	1,78
Hypotension	1	1,78
Goitre	1	1,78

Tableau N°5 : Répartition descriptive des antécédents médicaux

4.9. Les antécédents chirurgicaux :

10 ~~0~~ de nos malades ont eu des antécédents chirurgicaux soit un pourcentage de 17,85% réparties comme suit :

- deux cas pour fistule vésico-vaginale.
- un cas pour pelvi-péritonite.
- un cas pour fibrome utérin.
- six cas de césarienne.

En plus des antécédents d'hystérotomie et de fibrome utérin (mentionnés dans le chapitre des facteurs étiologiques), les autres causes de chirurgie gynéco-obstétricale (fistule-vésico-vaginale et pelvi-péritonite) semblent avoir un impact sur notre étude quoique faible.

Dans le tableau suivant nous avons résumé la parité, l'âge et le nombre d'enfants vivants des femmes ayant un antécédent de césarienne.

ANTECEDENTS DE CESARIENNE	PARITE	AGE (EN ANNEE)	NBRE D'ENFANTS VIVANTS
1er CAS	4	33	3
2e CAS	3	25	3
3e CAS	6	31	6
4e CAS	8	36	4
5e CAS	7	30	5
6e CAS	8	30	6

Tableau 6 : Résumant la parité, l'âge et le nombre d'enfants vivants des femmes ayant un antécédent obstétrical de césarienne.

4.10. Les antécédents gynéco-obstétricaux :

Presque toutes nos malades ont présenté des antécédents de vaginite , de dysmenorrhée et parfois de dyspareunie et dysurie.

La durée des règles varie entre 3 et 7 jours, dans la majorité des cas, elle est de 4 jours.

Le cycle menstruel est irrégulier variant de 26 à 30 jours.

L'âge d'apparition des premières règles se situe entre 12 et 17 ans, avec une moyenne d'âge de 14 ans.

Comme antécédents obstétricaux nous avons noté :

- un cas de vomissements gravidiques répétés chez une multipare
- deux cas de cardiopathies gravidiques.

Parmi les antécédents gynéco-obstétricaux , les hystérotomies et les avortements accompagnés ou non de curetage semblent être un facteur predisposant à la survenue de placenta praevia.

5. La profession de nos malades

Notre population se compose de deux catégories :

- Une population appelée à fournir un effort physique intense : il s'agit des ménagères et le personnel de maison (servante)
- une deuxième catégorie fournissant un effort physique peu intense : les fonctionnaires et les étudiantes.

<i>Effort Physique</i>		
SITUATION MATRIMONIALE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE
Intense	52	92,86%
Peu Intense	4	7,14%

Tableau 7 : Répartition des malades en fonction de l'effort physique.

Il ressort de ce tableau que 92,85 % de nos patientes fournissent un effort physique intense . Ainsi nous affirmons ~~avec certitude~~ que le placenta praevia est une pathologie qui touche surtout la couche de population fournissant un effort physique intense.

6. Situation matrimoniale :

Nous avons classé nos patientes en trois grands groupes : les monogames ; les polygames ; les célibataires.

SITUATION MATRIMONIALE		NOMBRE DE CAS	FREQUENCE EN %
MONOGAME		28	50%
POLYGAME	UNE SEULE COÉPOUSE	20	35,72%
	PLUS D'UNE COEPOUSE	5	8,93%
CELIBATAIRE		3	5,35%
TOTAL =		56	100%

Tableau 8 : Répartition de nos malades en fonction de leur situation matrimoniale

50% de nos patientes étaient des monogames.

44,63% des polygames

5,35% des célibataires

Ce tableau nous enseigne que la situation matrimoniale n'a pas une influence dans la survenue du placenta praevia.

7. La répartition de nos malades en fonction du suivi des consultations prénatales

Nous avons classé nos malades en trois groupes.

1. Celles qui ont suivi plus de 3 consultations prénatales : suivi régulier.

2. Celles qui ont suivi 3 ou moins de 3 consultations prénatales : suivi irrégulier.

3. Celles qui n'ont pas du tout suivi de consultations prénatales : absence de suivi.

CONSULTATIONS PRENATALES	NBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
(> 3) Suivi régulier	18	32,14%
(≤ 3) Suivi irrégulier	13	23,21%
(0) Absence de suivi	25	44,65%
TOTAL	56	100%

Tableau N°9: Répartition de nos malades en fonction du suivi des consultations prénatales.

Ce tableau nous donne les résultats suivants :

18 de nos patientes , soit 32,14% ont correctement suivi les consultations prénatales

13 des malades soit 23,21 % n'ont pas suivi régulièrement les consultations prénatales.

25 soit 44,65 % des malades n'ont pas du tout bénéficié de la surveillance prénatale.

En conclusion nous constatons que les consultations prénatales demeurent encore négligées par nos populations.

8. Etude clinique

8.1. Circonstances de découvertes

Elles sont envisagées selon le moment d'apparition des symptômes. L'interrogatoire nous a révélé les âges gestationnels suivants, au cours desquels nos patientes ont été reçues (voir tableau ci-dessous)

AGE GESTATIONNEL	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
7e mois	09	16,07%
8e mois	15	26,79%
Terme	30	53,57%
Au moment du travail	2	3,57%
TOTAL	56	100%

Tableau N° 10

8.2. Le motif de la consultation

Il s'agit essentiellement de l'hémorragie et / ou de la douleur.

8.2.1. L'hémorragie :

Elle a été le signe d'alarme chez 54 de nos malades soit 96,42%. Il s'agit de sang rouge liquide avec passage de caillots.

34 de nos malades ont présenté un seul épisode hémorragique soit 60,71%

22 de nos malades ont présenté plusieurs épisodes hémorragiques (39,28%).

8.2.2. La douleur

Les douleurs isolées ont constitué le motif de consultation chez 2 de nos patientes

L'hémorragie n'est survenue que secondairement au moment du travail

8.2.3. Association hémorragie et douleur

L'hémorragie était associée à une contraction utérine chez 37 de nos malades soit 66,07% des cas.

8.3. Les signes généraux :

Ils sont marqués par les conséquences liées à la déperdition sanguine : vertiges, refroidissement du nez et des extrémités; accélération du pouls; pâleur et chute de la tension artérielle.

8.3.1. Pâleur :

Nous avons objectivé ce signe par l'observation des conjonctives, nous avons classé nos patientes en 3 groupes selon que leurs conjonctives étaient pâles, colorées ou peu colorées à leur admission.

Nos résultats sont résumés dans le tableau N° 11.

ETAT DES CONJONCTIVES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
COLOREES	2	3,57
PEU COLOREES	11	19,64
PALES	43	76,79

Tableau N°11 : Répartition de nos malades selon la coloration des conjonctives à leur arrivée.

43 de nos malades avaient une conjonctive pâle (76,79 %)

11 de nos malades avaient une conjonctive peu colorée (19,64 %)

2 de nos malades avaient une conjonctive colorée (3,57 %)

Le placenta praevia hémorragique entraîne une pâleur clinique.

8.3.2. La tension artérielle :

La prise de la tension artérielle a été systématique chez nos patientes dès leur arrivée. Le tableau ci-après résume la répartition de nos malades selon les valeurs de la tension artérielle systolique enregistrée à leur arrivée.

VALEUR MAXIMALE DE LA TENSION ARTERIELLE EN CmHg	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
15	1	1,78
14	3	5,35
12	3	5,35
11	11	19,65
10	21	37,52
9	14	25
8	3	5,35

Tableau N°12 : Répartition de nos malades en fonction de la valeur maximale de la tension artérielle.

L'analyse de ce tableau nous conduit aux constatations suivantes :

17 de nos patientes sont arrivées avec une tension artérielle faible soit 30,35 % des cas.

35 des patientes sont arrivées avec tension artérielle normale : 62,52 %.

4 des patientes sont arrivées avec tension artérielle élevée : 7,13%.

Nous pensons que ce faible taux de la chute de la tension artérielle est lié à la rapidité des évacuations.

8.4. L'examen obstétrical :

Il porte sur :

- le palper abdominal qui recherche ; les pôles foetaux, apprécie la contraction utérine, l'engagement de la présentation si elle est céphalique.
- l'auscultation de l'abdomen qui va apprécier les bruits du coeur foetal.
- le toucher vaginal.

8.4.1. Le palper abdominal nous a permis d'avoir :

chez 17 patientes l'absence de contractions utérines (abdomen complètement relâché) : 30,35 %

chez 32 patientes les contractions utérines étaient faiblement perçues : 57,14 %

chez 7 patientes de fortes contractions utérines étaient perçues : 12,7 %

La recherche des pôles foetaux nous a permis d'avoir :

3 cas de présentation de siège : 5,35 %

1 cas de présentation transversale : 1,78 %

52 cas de présentation céphalique : 92,85 %

8.4.2. Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus à la suite de l'auscultation des bruits du coeur foetal

BRUITS DU COEUR FOETAL	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Bien perçus	34	60,72
Faiblement perçus	11	19,64
Non perçus	11	19,64
TOTAL	56	100%

Tableau N° 13 : Répartition en fonction de la perception des bruits du coeur foetal.

Chez 34 de nos patientes les bruits du coeur foetal étaient bien audibles :

- les bruits du coeur foetal étaient faiblement perçus chez 11 de nos patientes

- les bruits du coeur étaient absentes chez 11 de nos patientes.

Ces observations nous conduisent aux résultats suivants :

- dans 60,72 % des cas le foetus était vivant sans souffrance

- dans 19,64 % des cas le foetus souffrait

- dans 19,64 % des cas le foetus était déjà mort ou se trouvait dans un état de souffrance aigüe.

Ces résultats nous permettent de dire que le foetus est généralement vivant dans le placenta praevia hémorragique.

8.4.3. Le toucher vaginal : C'est l'examen essentiel, il nous a permis :

- d'apprécier la dilatation cervicale

- de faire le diagnostic

- de préciser la variété du placenta praevia

- d'apprécier la présence des membranes.

Nous avons obtenu des dilatations cervicales variant d'un doigt à grande paume. Le diagnostic a été confirmé chez 53 de nos patientes grâce au toucher vaginal. Nous avons obtenu :

- 5 cas de variété latérale

- 19 cas de variété marginale

- 29 cas de variété centrale.

Dans 29 cas le toucher vaginal nous a permis de percevoir directement le "matelas placentaire".

Dans 3 cas nous avons constaté la rupture des membranes.

Dans 21 cas nous avons remarqué la présence de membranes.

8.4.4. Les examens complémentaires : D'une façon générale leur apport a été moindre au cours de cette étude. Dans le but diagnostique, l'échographie a été pratiquée chez une seule de nos malades (dossier N°2). Ceci se comprend aisément puisque toutes nos malades ont été reçues dans les situations d'urgence.

Dans le but thérapeutique le groupe et le rhésus sanguins ont marqué nos investigations chez les femmes où la nécessité d'une transfusion sanguine s'imposait.

Ces examens ont été pratiqués en urgence par l'anesthésiste ; parfois les résultats étaient directement repérés dans les carnets de consultations prénatales des malades.

8.5. Des formes associées : Au cours de notre étude nous avons colligé deux cas d'association du décollement prématuré du placenta au placenta praevia.

Nous avons rencontré 4 cas de ~~de~~ présentations non eucociques. Dans 3 cas il s'agissait de présentation du siège et dans un cas de présentation transversale.

Nous avons rencontré dans 3 cas la rupture précoce des membranes.

9. Le traitement : Le but du traitement est double :

- arrêter l'hémorragie : c'est le rôle du traitement obstétrical nant de deux moyens : la césarienne et la rupture large des membranes.

- réparer les conséquences de l'hémorragie : c'est le rôle du traitement médical, de la réanimation.

Tout ceci doit tenir compte de l'état de l'enfant, de l'âge gestationnel pour éviter la prématurité qui est un élément essentiel du pronostic foetal.

Chaque fois que le diagnostic de placenta-praevia est posé pendant la grossesse l'obstétricien se trouve confronté aux problèmes du choix entre le traitement conservateur et le traitement ~~interventif~~ chirurgical.

Dans notre étude nous avons pratiqué plutôt le traitement immédiat. Ceci s'explique par le fait que la plupart de nos malades font leurs premiers soins dans les maternités périphériques et ne sont évacuées sur l'hôpital Gabriel TOURE que dans les tableaux d'urgence.

9.1. Traitement obstétrical :

9.1.1. Nos césariennes : Elles ont été pratiquées chez 43 de nos malades, soit 76,78 %. Nous avons pratiqué la césarienne segmentaire basse. A toutes nos patientes, nous prescrivons l'ordonnance suivante.

PRODUITS	DESIGNATION	COUTENFCFA
CHLORHYDRATE DE KETAMINE (KETALAR) ADULTE	2 AMPOULES	3.910
DIASEPAN (VALIUM) 10 MG	2 AMPOULES	225
AMPICILLINE (TOTAPEN) INJECTABLE 1 g	14 FLACONS	5.670
ERGOMETRINE (METHERGIN) INJECTABLE	2 BOITES	1.950
COMPRESSES STERILES 40 x 40	4 BOITES	3.000
SERUM GLUCOSE	3 FLACONS	1.680
SERUM SALE	3 FLACONS	1.680
PERFUSEUR	N° 3	900
SPARADRAP	1 ROULEAU	750
GANTS STERILES	2 PAIRES	1500
SELS DE QUININE (QUINIMAX) 0,60	3 AMPOULES	610
ACIDE ACETYL SALICYLLIQUE (ASPEGIC) INJECTABLE 1g	4 AMPOULES	2.020
(BARALGIN)INJECTABLE NORAMIDOPYRINE	1 BOITE	2.300
SERINGUE A USAGE UNIQUE	N° 14	1.680
	TOTAL=	27.873FCFA

9.1.2. La rupture artificielle des membranes : Elle a été pratiquée chez 8 de nos patientes soit 14,28 % des cas. Après la rupture artificielle des membranes, nous accélérons l'accouchement pour éviter les risques infectueuse, par l'usage d'une perfusion des 500 cc de sérum glucosé à 5 % enrichi de 2 ampoules d'un anti spasmodique mineur. Nous avons surtout utilisé : la bromure de N'butyl Hyoscine ou le phoréglucinol et d'une ampoule d'oxytocine 5 UI à la dose de 25 à 30 gouttes par minute.

9.1.3. Les manoeuvres obstétricales : Nous avons eu à pratiquer chez une patiente la version par manoeuvres internes (Dossier N°14) et chez une autre une application de forceps (Dossier N°40).

Après l'accouchement ou l'extraction du foetus nous avons procédé à la délivrance artificielle dans tous les cas, suivi d'une injection d'une ampoule d'Ergométrine en intramusculaire. Dans les cas de césarienne l'Ergométrine est injecté en intraveineuse directe après l'hystérorraphie.

9.2. Le traitement médical :

9.2.1. La réanimation : Son apport est très important, le pronostic s'est amélioré grâce à elle.

9.2.1.1. Les produits utilisés par la réanimation : Pour le rétablissement de la circulation périphérique nous avons utilisé : les solutions cristalloïdes, les solutés colloïdaux et le sang suivant la gravité des cas.

PRODUITS UTILISES	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
SOLUTIONS CRISTALLOIDES SEULES (SERUM GLUCOSÉ 5 % + SERUM SALE 0,9 %)	30	53,57%
SOLUTION CRISTALLOIDES + SANG FRAIS	9	16,07%
SOLUTION CRISTALLOIDES + (SOLUTÉS COLLOIDAUX DE POLYSACCHARIDES RHEOMACRODEX PLASMACAIR)	15	26,79
SOLUTION CRISTALLOIDES + SOLUTIONS COLLOIDES + SANG FRAIS	2	3,57%

Tableau N° 14 : Traitement reçu pour rétablir la circulation périphérique

9.2.1.1.1. Les solutions cristalloïdes : Elles ont été utilisées en perfusion chez presque toutes nos malades. Il s'agit du sérum salé à 0,9 % et du sérum glucosé à 5 %.

La quantité de sérum perfusé a varié de 2 flacons (un salé et un glucosé) pour les femmes qui ont accouché par la voie basse, à un minimum des 6 flacons chez les femmes césarisées.

Son utilisation a été suffisante dans les formes légères d'hémorragie à assurer le remplissage vasculaire périphérique.

9.2.1.1.2. Les grosses molécules (solutés colloïdaux) :

Elles ont été utilisées chez 17 patientes ; il s'agissait des cas de formes moyennes et graves en attendant l'arrivée du sang. Ce nombre est restreint à cause du coût de ce produit.

Nous avons surtout utilisé les solutés colloïdaux de polysaccharides : (Rhéomacrodex®, Plasmacair®) Dextran.

9.2.1.1.3. La transfusion sanguine :

Onze de nos malades ont bénéficié de la transfusion sanguine. Nous avons utilisé chez elles du sang isogroupe, isorhésus.

Il faut souligner que nos demandes de sang pour transfusion ont été supérieures à 11. Certaines de nos patientes n'ont pas pu se procurer de sang cela, parce que le bloc des urgences n'en dispose pas. Les parents des malades sont obligés d'aller chercher le sang à la Banque de Sang d'où ils n'ont pas toujours satisfaction.

9.2.1.1.4. L'oxygénothérapie :

Toutes les femmes césarisées ont bénéficié de l'oxygénation au cours de l'anesthésie.

9.2.1.1.5. Les corticoïdes :

Nous avons utilisé les corticoïdes chez nos malades choquées. Le plus souvent notre choix a porté sur le méthylprednisolone : solu-médrol® 40 mg en intraveineuse.

9.3. Le traitement adjuvant :

Nous avons utilisé les antianémiques, les antibiotiques, les antipalustres.

9.3.1. Les antianémiques :

Nous avons utilisé des antianémiques polyvalents composés de Fer, de vitamine B12, de facteur intrinsèque, d'acides aminés et d'oligo-éléments, de folates.

9.3.2. Le traitement antibiotique :

L'antibiothérapie a été systématique chez toutes nos patientes. Nous avons surtout utilisé l'ampicilline à raison de 2 g/jour. La voie intramusculaire a été utilisée après la césarienne, le forceps et la version. Chez les femmes qui ont accouché par la voie basse, nous avons préféré la voie orale.

Dans les cas de complications infectueuses, nous avons procédé à l'association Beta lactamine - Aminosite : (Ampicilline + Géntamycine), à la posologie suivante : 1 g d'ampicilline matin et soir ; 160 mg de gentamycine par jour.

La voie intramusculaire a été utilisée, durée du traitement 8 à 10 jours.

9.3.3. Le traitement antipalustre : Il a été systématique chez toutes nos malades en raison du caractère endémique de l'affection.

Chez les malades césarisées, nous avons utilisé les 3 premiers jours les sels de quinine (Quinimax®) en injection intramusculaire.

Nous passons ensuite comme dans les autres cas à la chloroquine à la dose de 300 mg par semaine (peros).

9.3.4. Le traitement antipyrétique : L'acide acétyl salicylique (Aspégic®) injectable a été notre produit de choix pour lutter contre l'hyperthermie.

9.3.5. Le traitement antalgique : Nous avons fait ce traitement chez nos malades opérées. Nous avons surtout utilisé le Noramidopyrine méthane sulfonate sodique (Baralgin®) injectable qui est un antispasmodique antalgique. Son utilisation n'a pas été systématique, il était utilisé seulement en cas de besoin.

10. Evolution : Nous avons obtenu des cas de guérison, de complications et de décès. Nous avons regroupé ces résultats dans le tableau ci-dessous.

EVOLUTION		NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE	
Guérison (sans complication)		44	78,57%	
Complications	Collapsus cardio vasculaire	3	5,35%	
	Persistance de l'anémie	6	10,71%	
	Episodes diarrhéiques	2	3,57%	
	Infections	Endométrite	1	3,57%
		Suppuration de la plaie opératoire	1	
Décès		1	1,78%	

Tableau N° 15 : Statistique descriptive de l'évolution

Ce tableau nous donne les résultats suivants :

* 44 cas de guérison sans complication : 78,57 %.

* 13 cas de complications réparties comme suit :

- 3 cas de collapsus cardio-vasculaire

- 6 cas de persistance de l'anémie

- 2 cas d'épisodes diarrhéiques

- 2 cas d'infection : 1 cas d'endométrite, 1 cas de suppuration de la plaie opératoire.

* 1 cas de décès (Dossier N°30).

11. Pronostic : Nous avons enregistré les pronostics maternel et foetal.

11.1. Le pronostic maternel : Nous avons classé en trois parties selon les critères suivants :

bon pronostic : cas de guérison sans complication

morbidité : cas de complication

mortalité : cas de décès

Voir tableau ci-dessous.

PRONOSTIC	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
BON	44	78,58
MORBIDITE	11	19,64
MORTALITE	1	1,78
TOTAL	56	100%

Tableau N°16 : Pronostic maternel du placenta praevia hémorragique.

11.2. Pronostic foetal : Nous avons procédé à la même classification que celle envisagée au niveau du pronostic maternel avec les critères suivants :

Bon : cas des enfants ayant crié à la naissance

morbidité : cas des enfants ayant nécessité une réanimation à la naissance

mortalité : cas des enfants morts in utéro, et des mortalités néonatales.

PRONOSTIC	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
BON	17	30,35
MORBIDITE	22	39,3
MORTALITE	17	30,35
TOTAL	56	100%

Tableau N°17 : Pronostic foetal lié au placenta praevia

Nous avons obtenu :

17 cas de bon pronostic : 30,35 %

22 cas de morbidité : ~~39,28 %~~ - 39,30 %

17 cas de mortalité 30,35 %.

En conclusion nous pouvons dire que le pronostic maternel est de loin meilleur au pronostic foetal dans le placenta-praevia hémorragique.

VI - DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

Discussions et commentaires :

1. Classification et fréquence :

1.1. Classification : Nous avons retenu les trois variétés de placenta praevia, à savoir :

- le placenta praevia latéral si au toucher vaginal on ne perçoit que les membranes, cela étant associé au tableau clinique.

- le placenta praevia marginal si au toucher vaginal on perçoit non seulement les membranes généralement rugueuses et le bord placentaire qui vient effleurer la "margelle" de l'orifice cervicale.

- le placenta praevia central ou recouvrant, chaque fois que le toucher vaginal révèle la présence du placenta au niveau de l'orifice cervical.

Il faut cependant souligner que certaines difficultés apparaissent souvent dans cette classification basée sur le toucher vaginal. En effet, un placenta praevia latéral peut devenir marginal et un marginal être central, cela à partir de la dilatation du col.

Nous avons effectué nos classifications avec des dilatations cervicales à 2 doigts dans la majorité des cas, souvent à 1 doigt mais ici nous avons obtenu surtout des placentas praevia recouvrants ce qui a pour nous une fiabilité très grande.

1.2. Fréquence : Nous avons enregistré 56 cas de placenta-praevia hémorragique, alors que pendant la même période il y a eu 7742 accouchements soit une fréquence de 0,72 %.

Dans la littérature on note que la fréquence du placenta praevia varie selon beaucoup de critères.

1.2.1. Selon les critères cliniques adoptés (formes hémorragiques et/ou formes asymptomatiques). Les fréquences des placentas praevia hémorragiques retenues dans la littérature varient de 0,33 % à 0,45 % ce qui est inférieur à notre résultat.

1.2.2. Selon les méthodes de diagnostic : Les placentas praevia découverts lors des touchers vaginaux, des césariennes ou des délivrances artificielles ont une fréquence qui varie de 0,45 % à 1 % ce qui correspond avec notre résultat (0,72 %).

Les fréquences obtenues selon les critères échotomographiques sont beaucoup plus élevées. Elles sont de 45 % pour les échographies réalisées entre la 13^e et la 26^e semaines d'aménorrhée. Elles varient de 3,4 % à 8,2 % lorsque les échotomographies sont réalisées au troisième trimestre de la grossesse. Notre résultat est plus bas, comparé à celui des données des critères échotomographiques, bien que tous nos cas soient diagnostiqués au troisième trimestre. Cette différence s'explique par le fait que les données échographiques incluent également les formes asymptomatiques.

La fréquence des insertions basses du placenta est aussi élevée dans les cas où le diagnostic repose sur l'examen du délivre (petit côté des membranes) : 0,73 % à 2,6 % ; méthode que nous n'avons pas utilisée.

1.2.3. La fréquence selon les variétés retenues : Nous avons considéré toutes les variétés de placentas praevia, contrairement à certains auteurs américains qui excluent la variété latérale, puisqu'ils trouvent que cette variété n'a pas une grande incidence pathologique.

Nous avons ainsi trouvé :

- 6 cas de placenta praevia latéral : 10,71 %
- 21 cas de placenta praevia marginal : 37,50 %
- 29 cas de placenta praevia central : 51,78 %

Ces résultats nous montrent que les variétés centrales (recouvrantes) sont les plus représentées dans les formes hémorragiques du placenta praevia, suivies des variétés marginales et des variétés latérales.

2 Les facteurs étiologiques : La nidation de l'oeuf dans le segment inférieur et l'apparition d'un placenta praevia sont favorisées par des processus pathologiques divers : altération de la muqueuse utérine, diffusion des villosités chorionales sur une étendue plus importante. Les facteurs favorisant ces phénomènes sont bien individualisés. Parmi ces facteurs nous avons retenu :

2.1. La parité : Le tableau N° 3 (page) nous donne une parité moyenne de 5,16. Alors que COTTON (8) trouve une parité moyenne de 2,5. Cette différence nous semble être due au simple fait que les femmes africaines font beaucoup plus d'enfants.

Ces résultats nous permettent d'affirmer que les multipares sont plus intéressées dans la survenue du placenta praevia que les primipares.

2.2. L'âge maternel : Nous avons rencontré les âges de 17 ans à 48 ans, avec une moyenne d'âge de 29,17 ans.

BRENNER (4) trouve un âge moyen de 28,3 ans.

FOSCOLOS (12) note les âges extrêmes de 18 à 49 ans.

HODONOU (19) trouve dans sa thèse les âges de 13 à 47 ans à Dakar.

Ceci nous permet de dire que le placenta praevia peut survenir à n'importe quelle période de l'activité génitale de la femme.

Nos résultats rejoignent également ceux des autres auteurs qui signalent que la plus grande fréquence du placenta praevia se situe aux environs de la trentaine.

2.3. Les antécédents d'avortements : Dans l'anamnèse de nos malades, nous avons noté chez 22 des antécédents d'avortements soit 39,28 % ; accompagnés de curetage chez 8 patientes (14,28 %) Chez ces 22 malades : 17 ont un antécédent d'un avortement, 4 ont un antécédent de 2 avortements, 1 a un antécédent de 3 avortements.

Nos résultats sont proches de ceux de GROSIEUX (16) et LEPAGE (29) qui trouvent 18,8 % à 42,9 % d'avortements accompagnés dans 15 % à 28,9 % de curetage.

Ces résultats semblent suffisants pour incriminer les avortements accompagnés ou non de curetages dans la survenue des insertions basses du placenta.

Le curetage apparaît plus agressif pour la muqueuses utérine que les autres manoeuvres endométrines.

2.4. Les cicatrices utérines et lésions endométriales : Nous avons trouvé un seul cas d'antécédent d'intervention chirurgicale pour énucléation de fibrome utérin.

Aucun cas de cure de synéchie n'a été signalé.

Pour les antécédents de césarienne, nous avons enregistré 6 cas soit un pourcentage de 10,71 ; alors que BRENDER (1) et COTTON (8) trouvent 10 % à 14 % d'antécédents d'hystérotomie dans la survenue du placenta praevia.

Par ailleurs 3 sur les 6 cas d'antécédents de césarienne ont été suivis immédiatement de placenta praevia soit 50 % des cas. Ce résultat nous permet de confirmer les constatations de SINGH (52) qui signale que le risque d'insertion vicieuse est maximal au cours de la grossesse qui suit immédiatement la césarienne.

2.5. Les récurrences de placenta praevia : Nous avons trouvé 6 cas de récurrence de placenta praevia : 10,71 %. Deux des patientes ont subi des césariennes au cours de leur insertion vicieuse antérieure, les 4 autres ont accouché par la voie basse.

Trois d'entre elles étaient âgées de 30 ans. Une avait 33 ans. Une autre âgée de 35 ans et la dernière avait 40 ans. Ceci nous permet de dire que les récurrences de récurrence de placenta praevia sont fréquentes à partir de 30 ans.

2.6. Les grossesses gémellaires : Elles ont été constatées dans un seul cas 1,78 %. Il s'agissait de jumeaux bivittelins avec les 2 placentas bien séparés.

2.7. Le sexe du foetus : Le sexe du foetus est-il un critère suffisant dans l'étiologie du placenta praevia ? Nos résultats sont en contradiction avec ceux des auteurs ci-dessous et de bien d'autres qui n'ont pas avancé de statistiques.

Les données de la littérature notent une légère augmentation du pourcentage du sexe masculin chez les enfants nés d'un placenta praevia. Ce qui n'a pas été le cas chez nous.

AUTEURS	SEXE DU FOETUS	FEMININ	MASCULIN
KLOSE (26)		48%	52%
COTTON (8)		38,20%	61,80%
NOTRE SERIE		57,49%	42,60%

Tableau (N° 18)

Comparatif (selon le sexe) du pourcentage des enfants nés de mères victimes de placenta praevia

3. Etude clinique :

3.1. Circonstances de découverte : Nos malades ont été reçues pour hémorragie sur grossesse. Deux d'entre elles ont saigné au moment du travail : 3,57 %.

Chez trois des patientes d'autres éléments étaient associés à l'hémorragie :

- suspicion de décollement prématuré du placenta
- hydramnios et dilatation stationnaire
- rupture précoce de la poche des eaux, présentation transverse avec procidence du bras, sans hémorragie importante.

3.1.1. Motifs de la consultation : Ils ont été dominés par l'hémorragie et la douleur. L'hémorragie a été observée chez 54 de nos patientes soit 96,42 % des cas. Elle était associée à une contraction utérine chez 37 de nos malades : 66,07 %. Elle était isolée chez 17 malades : 30,35 % des cas. La douleur était isolée chez 2 des malades soit 3,57 % des cas.

3.1.1.1. L'hémorragie : Selon FOOTE (11) la première hémorragie apparait après la 32^e semaine respectivement dans 79 % et 88 %.

Dans notre serie 16 patientes, 28,57 % des cas ont présenté leur première hémorragie après la 32^e semaine.

GROSIEUX (16) et LEPAGE (29) trouvent respectivement que 13,8 % et 40 % des femmes présentent leur première perte sanguine au 1er et 2^e trimestre. Nous avons trouvé dans notre étude la première hémorragie avant la troisième trimestre seulement chez 5 de nos malades : 8,92 %.

3.1.1.1. Le caractère répétitif de l'hémorragie : Nous avons trouvé chez 34 de nos patientes un seul épisode hémorragique. Ces 34 observations sont résumées dans le tableau ci-dessous suivant la période de survenue de l'hémorragie et selon le type de placenta praevia

MOMENT DE SURVENUE DE L'HEMORRAGIE	NOMBRE DE CAS SELON LE TYPE DE PLACENTA PRAEVIA			NOMBRE TOTAL
	PPC	PPM	PPL	
7e mois	3	4	0	7
8e mois	6	4	3	13
Terme	6	5	1	12
Au cours du Travail	1	0	1	2
TOTAL	16	13	5	34

Tableau N° 19

Répartition des patientes ayant présenté un seul épisode hémorragique selon le type de placenta praevia et le moment de survenue de l'hémorragie.

Légende : PPC placenta praevia central

PPM placenta praevia marginal

PPL placenta praevia latéral

L'analyse de ce tableau nous montre que 60,71 % des patientes ont fait un seul épisode hémorragique.

47,05 % des cas sont liés à des variétés recouvrantes (16 cas)

38,23 % des cas sont liés à des variétés marginales (13 cas)

14,70 % des cas sont liés à des variétés latérales (5 cas)

7 cas sont survenus au 7^e mois : 20,58 %

13 cas sont survenus au 8^e mois : 38,23 %

12 cas sont survenus à terme : 35,29 %

2 cas sont survenus au cours du travail : 5,88 %.

D'autre part, 22 de nos patientes ont présenté plus d'un épisode hémorragique. Le nombre d'épisodes hémorragiques varient de 2 à 6, avec un délai de 3 jours à 5 mois entre les épisodes hémorragiques. Nous avons classé les délais inférieurs à 48 heures parmi les épisodes uniques. Il faut signaler que chez une de nos patientes qui présentait un placenta praevia marginal découvert au 9^e mois de la grossesse ; l'interrogatoire a trouvé un premier épisode hémorragique au 1^{er} mois de l'aménorrhée :

5 patientes ont présenté leur première hémorragie avant le troisième trimestre : 22,72 % des cas.

7 ont présenté leur première hémorragie au 7^e mois : 31,81 % des cas.

8 ont présenté leur première hémorragie au 8^e mois : 36,36 %.

2 ont présenté leur première hémorragie au 9^e mois : 9,09.

59,09 % des cas sont liés à des variétés recouvrantes (13 cas).

36,36 % des cas sont liés à des variétés marginales (8 cas).

4,54 % des cas sont liés à des variétés latérales (1 cas).

Chez ces 22 patientes, 18 ont mené leur grossesse à terme soit 81,81 % des patientes. Quatre patientes ont présenté leur saignement d'alarme avant le terme : deux au 7^e mois (9,09 %) et deux au 8^e mois de la grossesse (9,09 %).

Ces résultats nous montrent que l'épisode initial ne menace pratiquement pas la vie de la femme.

En conclusion, nous constatons que le pourcentage des femmes ayant présenté un seul épisode hémorragique est plus élevé que celui des femmes qui ont plusieurs épisodes hémorragiques et cela quelle que soit la variété du placenta praevia. Cela nous permet d'autre part de dire que l'abondance de l'hémorragie ne semble pas liée au type de placenta praevia.

3.1.1.2. La douleur : Les douleurs isolées ont constitué le premier motif de consultation chez deux de nos patientes soit 3,57 % des cas. Chez ces deux patientes, les saignements n'ont commencé qu'au cours du travail.

MORGAN (39) trouve que les douleurs isolées constituent le premier motif de consultation de 2 % des patientes.

3.2. Etude des cas associés au placenta praevia :

3.2.1. Association placenta praevia et décollement prématuré du placenta : Nous avons enregistré deux cas d'association du décollement prématuré du placenta à un placenta praevia (Dossiers N°6 et N° 8), ce qui nous donne un pourcentage de 3,75. Selon RIVIERE (49), cette association redoutable est rencontrée dans 0,8 % à 10,9 % des cas de placenta praevia. Notre résultat concorde avec celui de RIVIERE. Dans tous les deux cas, nous avons trouvé un tableau clinique mixte : hémorragie externe abondante, existence d'hypertension artérielle : 150/100 mmHg et 140/100 mmHg avec contractions utérines fortes.

Dans le premier cas (Dossier N°6). Il s'agit d'une grande multipare qui a donné naissance après une intervention césarienne à un enfant mort né macéré. Ces constatations nous permettent de dire que le pronostic foetal dans cette association est redoutable.

3.2.2. Associations placenta

praevia et présentations non eutociques :

Nous avons assisté à quatre cas de présentations non eutociques : 3 cas de présentation de siège et un cas de présentation transversale.

3.2.2.1. Présentation du siège : Trois cas de nos observations (5,35 %) se sont accompagnés d'une présentation de siège. Dans tous les trois cas l'enfant était de sexe masculin. Un enfant est né mort, l'un était un prématuré de 1kg 400, le dernier avait un double circulaire du cordon autour du cou et pesait 2 kgs 260.

3.2.2.2. Présentation transversale : Elle a été retrouvée chez une seule de nos patientes soit 1,78 % des cas. Il s'agit d'une grande multipare, qui présentait une grossesse gémellaire avec position transverse du premier jumeau. La version effectuée a ramené deux jumelles nées mortes macérées.

Dans ce second cas d'association on voit que le pronostic foetal n'est pas moins redoutable que dans le premier cas.

Le tableau ci-dessous nous permet de comparer nos résultats avec ceux des autres auteurs.

	PRESENTATIONS SIEGE	PATHOLOGIQUES TRANSVERSALE OU OBLIQUE
NOTRE SERIE	5,35%	1,78%
BEILLY (3)	7,40%	8,60%
FOOTE (11)	3,30%	12,50%
REICH (3)	14,10%	11,60%
NIEMINEN (3)	8,60%	13,60%
SEMMENS (51)	12,60%	12,60%
MACAFEE (32)	13%	20%
LEPAGE (29)	7,90%	7%
GROSIEUX (16)	17,60%	17,60%
KLOSE (26)	8,80%	7,20%
COTTON (8)	14%	20%

Tableau N°2: Comparatif des pourcentages d'association des présentations

du siège et transversale du placenta praevia.

Ce tableau nous montre que la fréquence de l'association des présentations dystociques au placenta-praevia est très variable. Pour les présentations du siège elle varie de 3,3 % (11) à 17,6 % (16), ce qui inclus notre série. Par contre dans les présentations transversales ou obliques notre fréquence est très faible par rapport à celles rapportées par la littérature.

3.2.3. Association placenta praevia et rupture précoce des membranes : Cette association a été retrouvée chez 3 de nos malades : 5,35 % des cas, pourcentage très faible par rapport à celui noté dans la littérature.

D'autre part nous n'avons noté aucun cas de procidence de cordon, qui est une complication favorisée par la rupture précoce des membranes et aggrave le pronostic foetal.

Nous soulignons aussi que deux cas de circulaire du cordon autour du cou ont été retrouvés dans notre étude. Dans un cas, il a été responsable d'une détresse respiratoire chez le foetus et a entraîné la mortalité néonatale.

Bien que dans la littérature aucune relation de cause à effet n'est soulignée entre le facteur rhésus négatif et le placenta praevia, il nous semble opportun de souligner que deux de nos patientes soit 3,57 des cas présentaient un rhésus sanguin négatif.

Enfin nous soulignons qu'aucun cas de placenta accreta n'a été observé au cours de notre étude.

4 - Diagnostic :

4.1. Diagnostic positif :

Au cours de notre étude, nos diagnostics ont été posés essentiellement à partir des données cliniques : l'interrogatoire et l'examen physique qui a consisté surtout à l'inspection et la palpation de l'abdomen ; et le toucher vaginal.

Le diagnostic a été confirmé par le toucher vaginal chez 53 de nos patientes. Dans deux cas, l'insertion vicieuse a été découverte au cours de la césarienne ; elle a été révélée dans un cas par la version. Les examens complémentaires ont eu un apport négligeable dans notre étude, l'échographie a été pratiquée chez une seule de nos patientes.

4.2. Diagnostic différentiel :

Le problème du diagnostic différentiel ne s'est pas posé à nous au cours de cette étude. Nous pensons que cela est lié surtout à la riche symptomatologie du placenta praevia.

Mais cependant un point a attiré notre attention :

- Dans la littérature on souligne que dans le diagnostic différentiel du placenta praevia avec le décollement prématuré du placenta ; l'hypertension artérielle est absente dans les antécédents des femmes victimes de placenta praevia. Or nous avons trouvé chez quatre de nos patientes victimes de placenta praevia isolé (c'est-à-dire non associé à un décollement prématuré du placenta) des antécédants d'hypertension artérielle (7,14 % des cas). Cette remarque nous amène à considérer ce critère de diagnostic différentiel avec beaucoup de réserve.

5 - Le traitement :

Le traitement du placenta-praevia est actuellement bien codifié. Son traitement est médico-chirurgical.

Les indications tiennent compte de l'importance de l'hémorragie, de l'âge gestationnel et aussi du type de placenta praevia. Elles sont envisagées soit pendant la grossesse soit au cours du travail ou de l'accouchement.

Le traitement obstétrical et la réanimation doivent aller de paire pour améliorer le pronostic.

La grande majorité de nos malades ont été évacuées des maternités et PMI périphériques, elles arrivaient dans des tableaux d'urgence obstétricale, ce qui nous imposait une décision thérapeutique immédiate. Cette situation nous oblige à passer volontier sur le traitement conservateur.

Dans notre étude nous avons eu à pratiquer :

43 cas de césarienne

11 cas d'accouchement par la voie basse

2 cas de manoeuvres obstétricales : 1 cas de forceps, et 1 cas de version par manoeuvre interne.

5.1. Nos césariennes :

La césarienne a été pratiquée chez 43 de nos patientes soit 76,78 % des cas.

Hodonou trouve dans sa thèse que la fréquence de la césarienne dans le traitement du placenta praevia varie de 30 % à 80 % selon les centres hospitaliers.

5.1.1. Méthodes et indications :

5.1.1.1. Méthodes : Nous avons pratiqué dans tous les cas la césarienne segmentaire basse. Cette technique a le mérite de laisser une cicatrice de "sécurité". Elle n'empêche pas un accouchement ultérieur de

se faire par la voie basse. Mais des difficultés peuvent être liées à cette technique :

- un développement insuffisant du segment inférieur
- la présence d'une vascularisation excessive de la face antérieure du segment inférieur et d'adhérences segmento-pariétales.

5.1.1.2. Indications : Au terme de notre étude les indications suivantes ont été retenues pour la césarienne.

Entre la 28^e et la 34^e semaine de grossesse :

- placenta praevia recouvrant
- placenta praevia associé à une présentation dystocique
- souffrance foetale
- persistance de l'hémorragie.

Après la 34^e semaine de gestation :

- abondance de l'hémorragie
- placenta praevia central
- association à un hématome rétroplacentaire
- association à une dystocie
- souffrance foetale
- inaccessibilité des membranes
- utérus cicatriciel.

5.1.2. Traitements adjuvants : Toutes nos malades césarisées ont été soumises à :

- un traitement antibiotique : systématique Nous avons utilisé l'ampicilline à raison d'un gramme matin et soir en injection intramusculaire pendant un minimum de 7 jours.

- un traitement antipalustre : systématique. Nous avons utilisé

les sels de quinine (Quinimax ®) à raison de 0,60 ml par jour en injection intramusculaire pendant trois jours consécutifs.

L'Ergométrine (Méthergin ®) utilisé de la façon suivante : une ampoule en intraveineuse directe au cours de la césarienne, juste après l'hystérorraphie, puis une ampoule matin et soir pendant trois jours en intramusculaire.

Dans les cas où l'utilisation de l'ergométrine ne donnait pas un résultat satisfaisant (si le globe de sécurité tardait à se former), on faisait recours à l'emploi des ocytociques : l'oxytocine (syntocinon ®) à la dilution de 5 UI dans 500 cc de sérum glucosé à 5 %, à raison de 20 à 30 gouttes par minute. Cette méthode a réussi dans tous nos cas à obtenir une bonne réponse de l'utérus, ce qui nous a épargné de l'hystérectomie d'hémostase au cours de notre étude.

5.2. Nos accouchements par la voie basse : Au cours de notre étude, 11 accouchements se sont faits par la voie basse. Seules les variétés périphériques sont intéressées.

L'accouchement s'est produit de façon spontanée (c'est-à-dire sans intervention obstétricale) chez 3 de nos malades soit 5,35 %. Dans le premier cas il s'agissait d'une variété latérale et dans les 2 autres cas d'une variété marginale.

La rupture artificielle des membranes a été pratiquée chez 8 de nos patientes soit 14,28 % des cas. Elle a été réalisée en respectant les indications suivantes :

- membranes accessibles
- variété périphérique du placenta praevia
- présentation du sommet.

Nous avons adopté l'attitude suivante :

- la recherche d'un procubitus (battements du cordon perçus à travers les membranes) pour éviter le danger de la procidence du cordon, avant la rupture des membranes.

- la rupture large ~~des~~ membranes en modérant l'écoulement rapide des eaux.

La rupture artificielle des membranes est suivie de la pose d'une perfusion de sérum glucosé isotonique (500 cc) enrichi de 2 ampoules d'un antispasmodique mineur (la bromure de N butyl Hyoscine : Buscopan ® ou de Phoréglycinol : Spasfon ®) et une ampoule d'oxytocine : Syntocinon ®, 5 UI à la dose de 25 à 30 gouttes par minute. Ceci dans le but d'accélérer l'accouchement ce qui évitera les risques majeurs d'infection et de troubles de la coagulation.

Dans nos cas d'accouchements par la voie basse, nous avons adopté la conduite suivante :

- sondage vésicale à l'arrivée de la parturiente
- délivrance artificielle suivie d'une révision utérine après l'accouchement

- injection intramusculaire d'une ampoule d'ergométrine immédiatement après l'accouchement, puis injection d'une ampoule intramusculaire par jour les 3 jours suivants :

- prescription d'antibiotique (Ampicilline) par voie orale en raison de 1 g matin et soir pendant 7 jours consécutifs

- prescription d'un antianémique polyvalent.
- perfusion de solution cristalloïde en fonction de la baisse de la tension artérielle.

5.3. Nos manoeuvres obstétricales :

Elles ont été pratiquées chez deux de nos malades : 3,57 % des cas (un cas de version et un cas de forceps).

Les indications de ces manoeuvres sont très limitées à cause du pronostic foetal catastrophique qu'elles engendrent. Elles ont été pratiquées dans les cas où l'enfant était "mort in utero"

5.3.1. La version : Dossier N° 14

Nous avons pratiqué la version par manoeuvres internes. Elle a intéressé une seule patiente : 1,78 % des cas.

Elle a été pratiquée dans les conditions suivantes :

- bruits du coeur foetal absents
- position transverse du foetus
- hémorragie minime
- rupture récente de la poche des eaux
- bassin maternel normal.

Après la version nous avons procédé à la délivrance artificielle, à la révision utérine, à l'injection intramusculaire d'ergometrine. Nous avons surtout insisté sur l'antibiothérapie : l'ampicilline à raison de 3 g par jour en injection intramusculaire.

5.3.2. Le Forceps : (Dossier N° 40)

Il a été pratiqué chez une de nos patientes. Notre attitude a été surtout liée à l'état de la mère : fatiguée par un trop long travail, et un mauvais état général antérieur. Signalons également que les conditions suivantes étaient réalisées :

- présentation céphalique
- tête foetale engagée

- les membranes de l'oeuf rompues
- dilatation complète du col utérin.

5.4. Le traitement médical :

Il est indissociable du traitement obstétrical dans le placenta praevia hémorragique, il contribue à améliorer le pronostic. Il repose essentiellement sur la réanimation.

5.4.1. La réanimation : Très importante et salvatrice, elle est adaptée à la gravité de chaque cas.

5.4.1.1. Dans les formes où l'hémorragie a été peu abondante, nous avons utilisé les solutions cristalloïdes en perfusion : sérum glucosé à 5 % et sérum salé physiologique ont suffi à assurer le remplissage vasculaire.

5.4.1.2. Dans les hémorragies moyennes, nous avons utilisé en plus des solutions cristalloïdes, les grosses molécules (solutions colloïdes) : (Rhéomacrodex ®, Plasmacair) Dextran.

Chez les malades choquées, nous faisons recours aux corticoïdes, le plus utilisé a été le méthyl prédnisolone (Solu Medrol ® 40 mg) en intraveine (une ampoule).

5.4.1.3. Dans les cas d'hémorragies sévères avec choc, nous faisons recours à la transfusion sanguine isogroupe, isorhésus. Nous avons utilisé la transfusion sanguine chez 11 de nos malades, soit 19,64 % des cas.

Ce faible taux retrouvé dans notre étude n'est pas lié à un manque de nécessité, mais à la difficulté d'acquisition de sang disponible.

A signaler que l'oxygénation a été pratiquée chez les femmes qui ont subi la césarienne.

5.4.2. L'antibiothérapie : Elle a été systématique dans tous les cas comme souligné plus haut.

6. Evolution : Nous avons obtenu des suites favorables chez 44 de nos patientes, soit 78,57 %. Il s'agit ici des malades rétablies dans un délai escompté après l'intervention obstétricale.

Des complications sont survenues chez 11 patientes soit 19,64 % des cas. Il s'agit :

- de la persistance de l'anémie survenue chez 6 de nos patientes, elles ont été soumises selon la gravité aux traitements suivants : antianémique polyvalent (per os : dragées ou ampoules buvables), perfusion de solutions physiologiques (salées et sucrées) ; transfusion sanguine.

- d'infections survenues dans deux cas. Ici nous avons fait recours aux associations d'antibiotiques : Ampicilline et Aminosides.

- d'épisodes diarrhéiques survenus également dans 2 cas. Ici nous avons palié par l'usage de sérum salé 0,9 % en perfusion, d'antidiarrhéique (Ercefuryl ® 200 per os) Nifuroxazide.

- de collapsus et cardiovasculaire survenu chez trois de nos malades, nous avons procédé au remplissage vasculaire par la transfusion sanguine et/ou à défaut de perfusion de solutions cristalloïdes ou colloïdes.

Nous avons déploré un cas de décès maternel après une césarienne. La durée de l'hospitalisation a été de 48 heures à une semaine maximale pour les femmes qui ont accouché par la voie basse. Elle a varié d'une à deux semaines pour nos malades césarisées.

7. Pronostic :

7.1. Le pronostic maternel : (3)

7.1.1. La mortalité maternelle : Nous avons enregistré un cas de décès maternel, soit 1,78 % des cas.

En 1844 SIMPSON trouve 30 % de décès maternel pour placenta praevia.

EN 1927 BILL trouve 1,78 %.

En 1970 PALLIEZ trouve 0,7 %.

En 1970 GROSIEUX trouve 1,38 %.

En 1970 KLOSE trouve 0 %.

En 1973 CRENSHAW trouve 0,9 %.

Notre pourcentage est plus important que les pourcentages récents, cela nous semble lié à l'étroitesse de notre échantillon.

7.1.2. La morbidité maternelle : Elle est surtout due aux infections, au choc hypovolémiques, à l'anémie. Nous avons observé 11 cas de morbidité, soit 19,64 % des cas. Ce qui nous semble encore élevé malgré qu'il soit légèrement inférieur aux résultats obtenus par SMITH : 20 % et PALLIEZ 60 %.

7.2. Le pronostic foetal : Le foetus paye un lourd tribut à la suite du placenta praevia. Son pronostic reste encore sévère, malgré les progrès réalisés par la réanimation et le recours à la césarienne. C'est surtout devant son cas que l'obstétricien se trouve confronté au grand dilemme entre le traitement conservateur et l'extraction immédiate.

Le pronostic foetal est lié à plusieurs facteurs :

7.2.1. L'âge gestationnel : Sur les 17 cas de mortalité foetale enregistrée, 11 cas sont survenus avant la 37^e semaine de gestation soit 64,70 % des cas, 6 cas sont survenus entre la 38^e et la 40^e semaine soit 35,29 %.

La fréquence de la mortalité foetale est beaucoup plus élevée quand l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines, ceci est lié à la prématurité.

Le tableau suivant nous donne un résumé du pronostic foetal lié à l'âge gestationnel.

	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE FOETUS MORTS	NOMBRE DE MORTALITE NEONATALE	NOMBRE D'ENFANTS REANIMES	NOMBRE D'ENFANTS NON REANIMES
7 MOIS	9	4	0	5	0
8 MOIS	15	3	4	8 (dont 4 cas de mortalité néonatale)	4
TERME	32	5	1	14 (1 cas de mortalité néonatale)	13
TOTAL	56	12	5	27	17

Tableau (N°21) : Résumé global du pronostic foetal lié à l'âge gestationnel.

Ce tableau nous montre que la mortalité et la morbidité foetales sont inversement proportionnelles à l'âge gestationnel. La prématurité assombrit le pronostic foetal.

Dans le tableau ci-après nous donnons une comparaison de nos résultats avec ceux de certains auteurs.

	AGE GESTATIONNEL		
	7e MOIS	8e MOIS	TERME
NOTRE SERIE	44,44%	46,66%	18,75%
SMITH	89%	13,30%	3,80%
HINNARD	61,20%	18,60%	9,60%
NELSON	22,20%	6%	4,80%
BRENNER	64,30%	17,90%	8,30%
COTTON	30%	6,30%	2,60%

Tableau (N°22) : Mortalité périnatale en fonction de l'âge gestationnel.

7.2.2 Le poids foetal : Nous tenons à signaler tout d'abord que la prise de poids n'a pas été effectuée à la naissance chez les foetus morts-nés.

Nous déplorons aussi qu'elles ne soient pas effectuées chez 9 des foetus nés vivants. Dans ce dernier cas, la réanimation active semble avoir favorisé l'oubli à ce geste si important : la pesée.

Nous portons notre analyse sur les 35 cas de naissance qui ont bénéficié de la prise de poids.

Nous nous sommes basés sur l'hypothèse avancée par l'OMS selon laquelle un poids foetal de 2500 g suffit à garantir une bonne évolution néonatale. Les enfants qui ont eu un poids à la naissance inférieur à 2500g ont été considérés comme morbides. Le tableau suivant résume les résultats obtenus.

POIDS FOETAL A LA NAISSANCE	NOMBRE D'ENFANTS NES AU		
	7e MOIS	8e MOIS	TERME
< 2500 g	5	7	5
≥ 2500 g	0	0	18

Tableau (N°23) : Poids foetal à la naissance selon l'âge gestationnel.

D'après ce tableau chez tous les enfants nés avant le terme, le poids foetal est inférieur à 2500 g, soit une morbidité à 100 %.

5 des enfants nés à terme sont hypotrophes, parmi ces enfants, 3 soit 60 % ont crié à la naissance (c'est-à-dire n'ont pas été réanimés).

Sur les 7 enfants nés au 8^e mois de la grossesse 3 n'ont pas été réanimés soit 42,85 %. Chez les enfants nés au 7^e mois une réanimation a été pratiquée dans tous les cas.

Ces analyses nous permettent de dire que le faible poids à la naissance aggrave le pronostic foetal.

Bien de prématurés auraient pu survivre si une prise en charge adéquate par les pédiatres était assurée. La seule structure pédiatrique nationale n'étant malheureusement pas suffisamment armée pour la circonstance.

7.2.3. La variété anatomique du placenta praevia : Les variétés recouvrantes sont plus dangereuses que les variétés périphériques. Mais le recours systématique à la césarienne estompe les différences entre les différents types de placenta praevia. Dans notre étude malgré le recours systématique à la césarienne, les variétés latérales ont présenté un bon pronostic par rapport aux variétés marginales et centrales comme le montre le tableau suivant.

TYPE DE PLACENTA PRAEVIA	NOMBRE D'ENFANTS NÉS VIVANTS		NOMBRE D'ENFANTS MORTS NÉS	NOMBRE D'ENFANTS DÉCÉDÉS DANS LES 48 PREMIÈRES HEURES	TOTAL
	NON RÉANIMÉS	RÉANIMÉS			
PLACENTA PRAEVIA CENTRAL	7 24,13%	14 48,27%	5 17,24%	3 10,34%	29
PLACENTA PRAEVIA MARGINAL	7 33,33%	7 33,33%	5 23,80%	2 9,52%	21
PLACENTA PRAEVIA LATÉRAL	3 50%	1 16,66%	2 33,33%	0 0	6

Tableau (N°24) : Pronostic foetal du placenta selon la variété anatomique.

7.2.4. Le mode d'accouchement : Il nous est difficile de faire un pronostic foetal lié aux manoeuvres obstétricales (forceps, version) puisqu'elles ont été effectuées dans les cas où le foetus était mort in utero.

Dans les conditions identiques d'urgence, le pronostic foetal est meilleur en cas de césarienne dans toutes les variétés de placenta praevia. La voie basse améliore le pronostic foetal par rapport aux manoeuvres obstétricales qui ne doivent plus être indiquées si l'enfant est viable.

7.25. Facteurs maternels : Certains facteurs maternels peuvent influencer le pronostic foetal, en occurrence :

- la faible taille de la mère (la taille inférieure à 150 cm est un facteur de prématurité)
- les mauvaises conditions socio-économiques (la malnutrition, l'analphabétisme)
- les antécédents gynéco-obstétricaux.

Nous avons enregistré un cas de malformation congénital, l'enfant qui est décédé quelques instants après, présentait, une déformation des membres, une indifférenciation du sexe, une omphalocèle. La mère, grande multipare présentait un placenta praevia marginal.

Au terme de ces analyses nous concluons que le pronostic d'un enfant né d'une mère victime de placenta praevia est amélioré lorsque :

- . il s'agit d'une variété périphérique de placenta praevia
- . l'enfant naît avec un poids supérieur à 2500 g
- . la présentation foetale est bonne
- . une césarienne est effectuée dans les cas d'urgence.

Il faut souligner enfin que les pronostics maternel et foetal sont assombris par la mauvaise infrastructure sanitaire : éloignement des centres hospitaliers, le manque d'équipement.

VII - CONCLUSION

Conclusion :

Du 15 septembre 1988 au 31 octobre 1989, nous avons observé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital "Gabriel Touré" de Bamako, 56 cas de placenta praevia hémorragique, sur 7742 accouchements effectués à la même période, soit une fréquence de 0,72 %, fréquence élevée par rapport à celles rapportées par la littérature 0,33 % à 0,45 %.

Dans notre étude nous avons constaté une plus grande fréquence des variétés centrales de l'insertion basse du placenta : 29 cas soit 51,78 % par rapport aux variétés périphériques : 21 cas de variétés marginales 37,50 % et 6 cas de variétés latérales 10,71 %.

Dans 7,14 % des cas, le placenta praevia était accompagné de présentations non eutociques.

Dans 5,35 % des cas le placenta praevia était accompagné de ruptures prématurées des membranes.

Nous n'avons pas observé de cas de procidence du cordon.

Dans 2 cas (3,57 %) le placenta praevia était associé à un décollement prématuré du placenta.

Sur le plan étiologique, nous avons noté parmi les facteurs prédisposants au placenta praevia hémorragique :

- la multiparité : 53 cas soit 94,64 %
- l'âge moyen de nos patientes se situait autour de 29,17 ans.

Comme facteurs étiologiques gynéco-obstétricaux présumés nous avons :

- 39,28 % d'avortements
- 10,71 % de césariennes antérieures
- 1,78 % de grossesses gémellaires
- 10,71 % de récives de placenta praevia
- 1,78 % de tumeurs et malformations utérines.

Sur le plan thérapeutique nous avons réservé une large place à la césarienne 76,78 % des cas. Notre fréquence de césarienne pour placenta praevia est comparable à celle des autres auteurs, qui varie entre 32 à

23,21 % de nos accouchements se sont effectués par la voie basse.

Dans 3,57 % des cas l'accouchement s'est effectué après manoeuvre obstétricale.

A la lumière de ces observations, le pronostic du placenta praevia hémorragique demeure encore lourd dans son ensemble.

Le pronostic maternel quoique meilleur que le foetal n'est pas pour autant très favorable.

Nous avons obtenu une mortalité maternelle de 1/56 soit 1,78 % avec une morbidité de 19,64 %.

Le pronostic foetal est plus sombre avec une mortalité foetale globale de 30,35 %. C'est-à-dire que 1/3 des enfants nés d'un placenta praevia hémorragique décèdent. Ce mauvais pronostic est surtout conditionné par la prématurité : 64,70 % des décès sont survenus avant la 37^e semaine de gestation.

Nous liions surtout ce mauvais pronostic au tableau hémorragique aigu dans lequel nous recevons les gestantes et à une infrastructure sanitaire déficiente, tout ceci étant une expression de notre sous-développement.

Recommandations :

A la lumière de nos conclusions, nous formulons les recommandations suivantes :

- à l'intention des gestantes

Elles doivent accorder le maximum d'intérêts aux consultations prénatales, pratiquer la planification familiale pour éviter la grande multiparité.

- à l'intention du personnel de santé

Il doit bénéficier d'une formation et d'un recyclage continu de façon à orienter les consultations prénatales vers le dépistage précoce des facteurs de risque

Il doit savoir décider en temps opportun de l'évacuation des malades vers les centres spécialisés.

Collaboration franche et harmonieuse entre les différentes spécialités : gynéco-obstétrique, anesthésie réanimation, pédiatrie

- à l'intention des autorités de notre pays

Doter nos hôpitaux et centres de santé en ressources humaines qualifiées, mais aussi en ressources matérielles et financières et surtout en médicaments d'urgence pour faire face aux pathologies comme : le placenta praevia hémorragique

La création d'un bloc chirurgical au niveau du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré

Doter la maternité du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital "Gabriel Touré" d'un appareil Echographique

La création d'un service de néonatalogie pour faciliter la prise en charge des enfants nés de mères victimes de Placenta praevia hémorragique.

IX - BIBLIOGRAPHIE :

- 1 - BENDER.S. - Placenta praevia and previous lower segment cesarean section. surg. Gynecol-obstet. 1954, 98, 625-628.
- 2 - BESSIS R ; BRIGNON.C. et SCHNEIDERL. - la localisation placentaire échographique dans les insertions basses ; les difficultés : le placenta migrateur.
Soirées échographiques. gynecol-obstet. 1976, 5, 3751.
- 3 - BOOG G.- le placenta praevia. Encycl. Med. Chir.
Paris, obstétrique 5069 A¹⁰, 6 - 1983.
- 4 - BRENNER W.E ; EDELMAN D.A ; et HENDRICKS C.H.
characteristics of patients with placenta praevia and results of "expectant management". Am J. obstet-gynecol ; 1978 132 ; 180 - 191
- 5 - BROWNE J.C. Mc. - localization of the placenta by means of radioactive sodium. Roy. Soc. Med. 1951, 44, 715-718.
- 6 - BROWNE J.C Mc et VEAL N- A method of locating the placenta in the intact human uterus by means of radioactive sodium.
J.obstet. gynecol. Brit Emp. ; 1950, 57, 566 - 568.
- 7 - CHASTRUSSE (L.), JAUBERT J.L et MORIN j. Le décollement prématuré du placenta inséré bas. Rev. Franç. gynecol. obstet ; 1953, 48, 3-4, P.80.
- 8 - COTTON. D.B ; READ J.A ; PAUL R-H et QUILLIGAN E.J
the conservative aggressive management of placenta praevia
Am j obstet-gynecol ; 1980, 137, 687-695.
- 9 - DIMASI F.T ; Mc GOLDRICK DM et GROGNAN R.H.
placenta accreta with special référence to combined placenta praevia and accreta. Am.j. obstet.gynecol ; 1963, 87, 190-197.
- 10 - DOS SANTOS.R. LAMES A et CALDOS J.P.M - Med contemp. 1929, 47, 93.
- 11 - FOOTE W.R. et FRASER W.D. - placenta praevia. A critical appraisal of eight years' management - Am.J. obstet. Gynecol ; 1960, 80, 10-16.
- 12 FOSCOLOS P. - Etudes statistiques sur le placenta praevia.
J. Internat. Coll. Surgeons, Juin 1964, 42, 1, 40-46.

- 13 - GORODESKI I.G ; BAHARI C.M ; SCHACHTER A. et NERIA
 Recurrent placenta praevia. - Europ J. obstet-Gynecol. Reprod.
 1981, 12, 7-11.
- 14 - GRAGLIA R. - A propos de 72 cas de placenta praevia observés à la
 maternité de la croix Rousse. - thèse Lyon 1961, n° 83.
- 15 - GRONIOWSKI J. Roszkowski I. - Simple Technic of radiological
 placenta localization and its clinical value.
 Polish Med. J. 1966, 5, 3, 591-600.
- 16 - GROSIEUX P ; LEDUC JP et ROUCHY R - L'insertion basse du placenta.
 Rev. Franç. Gynecol ; 1970, 65, 83-93.
- 17 - HERLYN U. - Experimenteller Beitrag ZUR Ätiologie der placenta
 praevia am modell der deciduellen zellreaktion bei der ratte
 - Archiv. Gynäkol 1964, 199, 496-501.
- 18 - HIBBARD L.T - placenta praevia. Am J obstet-gynecol ; 1969, 104,
 172-184.
- 19 - HODONOU E.K - Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu
 africain à Dakar. Thèse Dakar, 1968, n°18.
- 20 - Ian. D. Mac Vicar J. BROWN T.G. - Investigation of abdominal masses.
 by pulsed ultrasound. - Lancet, Juin 1958, 7023, vol 1, 1188-1194
- 21 - IFFY L. - Contribution à l'étude de l'étiologie du placenta praevia
 Am J obstet Gynecol. ; 1962, 83, 969-975.
- 22 - IFFY L ; KAMINETEKY H.A. Placenta praevia : principales and practice of
 obstetries and perinatology.
 John Wiley Sons ; edit , New York 1981, vol 2, 1105-1120
- 23 - JACQUES B - J Gynecol-obstet et biol de reprod, edit MASSON Paris
 1988, vol 17, 5, 687-691.
- 24 - JOHNSON H.W. - the conservative management some varieties of
 placenta praevia. J. obstet Gynecol ; 1945, 50, 248-254.

- 25 - JOUPPILA P. - Vaginal bluding in the last two trimesters of pregnancy. A clinical and ultrasonic study
- Acta. obstet - Gynecol. Scand ; 1979, 58, 461-467.
- 26 - KLOSE B, WEIDENBACH A. - Die Bchandlung der placenta praevia gerburts perinatal, 1970, 472, 227-241.
- 27 - KRYC J.J. - Anesthesia for the high risk obstetric patient
- clin. Périnat ; 1982 , 9, 113-134
- 28 - LACOMME M. - Pratique obstetricale.
- MASSON et c^{ie}, edit. Paris, 1960, 467-487.
- 29 - LEPAGE F. HERVET. E et HENRION R. - considérations sur 114 cas de placenta praevia. J. Franç gynecol- obstet, 1963, 62, 171-189.
- 30 - LEVRET. A. - l'Art des accouchemenis. 3è edit, Paris, 1766.
- 31 - LUCAS.W.E - Post partum hemorrhage. clin obstet-gynecol ; 1980, 23, 637-646.
- 32 - MACAFEE c.H.G ; MILLAR W.G et HARLEY G. - Maternal and foetal mortality in placenta praevia. - J obstet.- gynecol. Brit civith 1962, 69, 203-312.
- 34 - MAILLET R , CAOT ; GAUTIER C.I ; MARTIN A. et GILLET J.Y. - Reflexions à propos d'une serie continue de 204 cas de placenta praevia
- Rev Franç, gynecol ; 1978, 73, 437-441.
- 35 - MAURICEAU : - Traité des maladies des femmes grosses. - Paris (1694).
- 36 - MAYER M. FISCHGOL. H. HERVE R. et CHALUT, - placentographie par renforcement des infra-ombres. Application obstétricale de la technique de logetron. -
Bull Fed. soc. gynecol. obstet. Lgue Franç, 1958, 10, 2, 125-130.
- 37 - MENEES et HOLLY. L.E. - La valeur diagnostique des produits de contrast radio opaques en gynécologie-obstétrique. - Amer J. obstet. gynecol. 1932, 24, 542-552.

- 38 - MERGER R. LEVY J. MELCHIOR. - *Precis d'obstétrique* : MASSON édit Paris, 1979, 5, 245-2521.
- 39 - MORGAN J. - *Placenta praevia* : report on a serie of 538 cases (1938-1962). - *J. obstet-gynecol, Brit Cwith* ; 1965, 72, 700-705.
- 40 - NAEYE R.L. - *Placenta praevia* : Predisposing factors and effects on the foetus and surviving infants.
- 41 - NAEYE R.L. - *Abruptio placentae and placenta previa* : frequency, perinatal mortality and cigarette smoking.
obstet-gynecol ; 1980, 55, 701-704.4
- 42 - NELSON H.B. et HUSTON J.E - *Placenta previa. A possible solution to the associated high fetal mortality rate.* -
J. Reynod. Med ; 1971, 7, 188-194.
- 43 - NISWANDER K.R. ; FRIEDMAN E.A ; HOOVER D.B ; PIETROWSKI H et WESTDHAL M ; - *Fetal morbidity follouring potentially anoxicenic obstetric conditions.* - *Am. J. obstet-gynecol* ; 1966, 95, 846-852.
- 44 - PALLIEZ R et Coll. - *Contribution à l'étude du pronostic des hémorragies par insertion basse du placenta.* - *Gynecol-obstet* ; 1970, 69, 309-324.
- 45 - PEDOWITZ P. - *Placenta previa. An evaluation of expectant management and the factors responsible for fetal wastage.*
- *Am. J. obstet- gynecol* ; 1965, 93, 16-25.
- 46 - PORTAL P. - *La pratique des accouchements* - Paris 1685.
- 47 - READ J.A ; COTTON D.B et MILLER F.C. - *Placenta accreta* : changing chinical aspects and out come. - *obstet. Gynecol* ; 1980, 56, 31-34
- 48 - RECORD R.G. - *observations related to the actiology of placenta previa with special reference to the influence of age and parity.*
Brit J ; Prev.soc. Med ; 1956, 10; 19-24.
- 49 RIVIERE M. MAHON R. CHASTRUSSEL. DUBECQ J.P et MONDON H
-26 observations de décollement prématuré du placenta inséré norm.
Etude critique. - *Bull. Fed. soc. Gynecol-obstet. Franç* - 1958, 10, 183

- 50 - SCOTT J.R - Vaginal bleeding in the midtrimester of pregnancy.
Am. J. obstet gynecol ; 1972, 113, 329-334.
- 51 - SEMMENS J.P. - Placenta previa : the role of conservatrice
management in a controlled study. - Am. J. obstet.-gynecol ; 1959, 77,
63-73.
- 52 - SINGH P.M. RODRIGUES C. et GUPTA A.N. - Placenta previa and previous
cesarean section. - acta obstet- gynecol. scand ; 1981, 60, 367-368.
- 53 - SMITH K. - Cesarean section in the treatment of placenta previa. A
review of 99 cases. - Am. J. obstet-gynecol ; 1959, 77, 55-62
- 54 - SNOW W. et POWELL C.B - Amer J. Roentgenol. 1934, 31, 37.
- 55 - TATUM. H.J et MULE J.C. - Placenta praevia. - Amer J. obstet-gynecol ;
15 Nov. 1965, 93, 6, 767-776.
- 56 - UDE W.H et URNER J.A Diagnostic radiologique du placenta praevia.
- Amer J. Obstet-Gynecol. Lgue Franç 1935, 29,5.
- 57 - WEINBERG. A. RIZZI J. Mc MANUS R. et RIVERA J. -
localization of the placental site by radioactive isotopes.
obstet-gynecol ; 1957, 9, 692-695.
- 58 - WINTER. R. Spontange bwit bei placenta praevia totalis.
Geburtsh. U. Frauenheilk ; 1977, 37, 793-795.

X. 7-) NNEXES

ABREVIATIONS

≥ : Supérieur ou égal

< : Inférieur

HGT : Hôpital Gabriel Touré

T.A. : Tension artérielle

H.T.A. : Hypertension artérielle

B.D.C. Foetal : Bruits du coeur foetal

P.P.C. : Placenta praevia central

P.P.M. : Placenta praevia marginal

P.P.L. : Placenta praevia latéral

Nbre : Nombre.

Fig : figure

P.M.I : Protection maternelle et infantile

C.P : Consultations prénatales

Traitement habituel après la césarienne

Après l'intervention césarienne, nos malades sont soumises systématiquement à ce traitement :

Sérum glucosé 5 % perfusion de 500 cc chaque matin pendant 3 jours.

Sérum salé 0,9 % perfusion de 500 cc chaque soir pendant 3 jours.

Ampicilline injectable 1g en intramusculaire matin et soir pendant 7 jours

Sel de Quinine en injection intramusculaire 1 ampoule 0,60 ml par jour pendant 3 jours.

Ergométrine injectable 1 ampoule matin et soir pendant 3 jours.

FICHE D'ENQUETE N°

Interne : Fousseini KONE

Identité de la malade :

Nom et Prénom :

Age : Ethnie :

Etat Civil :

Profession :

Domicile :

Evacuée de :

Nom et Profession du mari :

Date :

Atcd chirurgicaux

Notion de curetage

Antécédents familiaux :

HTA

Néphropathie

Diabète

Autres affections

Antécédents médicaux :

Nombre de grossesses

Nombre de parités

Nombre d'avortements

Nombre d'enfants décédés

Nombre d'accouchements prématurés

Age du dernier enfant

Notion de contraception

Notion d'hémorragie dans le dernier trimestre de la grossesse

Notion de grossesses multiples

Anamnèse gynécologique :

Cycle

Règles

Durée des règles

Date des dernières règles

Leucorrhées

Prurit vulvaire

Dyspareunie

Métrorragie

Dysménorrhées

Signes urinaires

Atcd d'infections génitales

Consultations prénatales :

Date de la première consultation prénatale

Poids

TA

DMI

BDC

Mouvements foetaux

Troubles renaux

Vaccination

Examens complémentaires :

Urines Albumine

sucres

Sang Azotémie

Glycémie

Groupe rhésus

BW

Test d'Emmel

Toxoplasmose

Electrophorèse

Echographie

Autres

Aucune consultation prénatale

Tableau d'accueil

Age de la grossesse

Nature de l'hémorragie

Etat du col

Température

T.A

Pouls

Moment de la découverte de l'hémorragie

Conjonctive

Type de placenta praevia

Attitude thérapeutique

Accouchement normal

Césarienne

Hospitalisation

Médication

Enfant

Sexe

Poids

REA. ou non.

Délivrance

Hémorragie

Etat du placenta

Evolution

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate je promets et je jure, au nom de l'Être 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'honoraires.

Admis dans 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 à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, 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 la 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 frères si j'y manque.

NOM : KONE

PRENOM : Fousseini

TITRE DE LA THESE : Contribution à l'étude du placenta praevia
hémorragique à l'Hôpital Gabriel Touré.
(à propos de 56 cas)

ANNEE : 1989 - 1990

VILLE DE SOUTENANCE : B A M A K O

PAYS D'ORIGINE : M A L I

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque : Ecole Nationale de Médecine et de
Pharmacie du Mali.

SECTEUR D'INTERET : Urgences obstétricales.

RESUME :

Ce travail est une étude prospective menée au service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré auprès de 56 patientes. Il s'agit de gestantes au troisième trimestre de leur grossesse. Elles ont été reçues dans les tableaux d'hémorragie et/ou de douleurs et pour lesquelles l'examen clinique a retenu le diagnostic de placenta praevia. Nous nous sommes surtout étendus sur les aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

MOTS - CLES :

Placenta praevia ; placenta accreta ; Hystérorraphie ;
Hystérectomie ; Omphalocèle ; Hystérotomie ; Bivitellin.