

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2002-2003

N°...../

**PLACENTA PRAEVIA
HEMORRAGIQUE :**
Aspect Epidémio-Clinique au Centre de Santé de
Référence de la Commune V
du District de Bamako à propos 334 cas

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2003

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mme FONSECA Namissa R. A. MABOUNGA

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

MEMBRE :

Docteur Massambou SACKO

CO-DIRECTEUR DE THESE :
DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Bouraïma MAIGA
Docteur SY Aïda SOW

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
I- GENERALITES	3
1- Rappels anatomiques	3
2- Facteurs étiologiques du placenta praevia	7
3- Définition et classification	9
4- Fréquence	11
5- Physiopathologie	12
6- Etude clinique	13
7- Diagnostic positif	18
8- Diagnostic différentiel	19
9- Pronostic	20
10- Traitement	21
11- Prise en charge du nouveau-né	24
12- Choix entre l'accouchement immédiat et le traitement	
Conservateur	25
II- METHODOLOGIE	26
III- RESULTATS	30
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
V- CONCLUSION GENERALE	56
VI- RECOMMANDATIONS	57
VII- BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	

ABREVIATIONS

CGM : Cancers gynécologiques et mammaires

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

TNM : Tumeur Nodule Métastase

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

ADN : Acide désoxyribonucléique

HPV : Human papuloma virus

HTA : Hypertension artérielle

MMTV : Marine, mammary Tumor virus

ARN : Acide ribonucléique

TV : Toucher vaginal

PeVo : Potentiel évolutif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INBH : Institut National de Bactériologie Humaine

CSRéfCV : Centre de Santé de Référence de la commune V

AOF : Afrique Occidentale Française

DIDECACES

Je dédie ce travail

A l'Eternel DIEU pour sa grâce, son amour, la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bien ce travail.

A ma mère Louezi COLETTE

Tu as guidé mes premiers pas, tu m'as donné l'affection et tu as su me guider sur le chemin de la médecine, lorsque j'étais dans l'embarras du choix après le Bac. Nos cœurs sont de nouveau triste à cause de la mort de ton petit fils Prince, 4 ans après celle de Papa, Maman, trouve en ce jour le témoignage de mon profond amour et gratitude. Merci pour le déplacement que tu as fait de Brazzaville à Bamako pour me soutenir. Que l'Eternel t'accorde longévité afin de savourer le fruit de l'arbre que tu as planté. Au nom de Jésus-Christ.

A mes frères et sœurs, **Paule, Brice, Ernest, Xavier, Tatiana, Narcisse.**

Votre soutien moral et matériel n'ont pas failli un seul instant. Trouvez ici, l'expression de mon profond attachement.

A mes neveux et nièces

A mes oncles et tantes

A mes belles sœurs et beaux frères

A mes amis d'enfance, **Lethie, Hélène, Ruth, Douthine, Gina, Vivaldie, Reine, Romuald.**

Vous ne saurez ignorer la considération que j'ai pour vous.

A la famille SANGARE à Quinzambougou, particulièrement à Mme **SANGARE Namissa N'DIAYE**, mon homonyme, je ne saurais te dire ce que je ressens. Grâce à toi j'ai pu m'inscrire à l'ENMP et je ne me suis jamais senti ailleurs que chez moi . tu as été une Maman tout au long de mes études. Veuillez trouver dans ce témoignage toute ma reconnaissance et mon entière disponibilité.

A la famille OUANE à Kalabancoura, particulièrement Mr **OUANE Boubacar, Papa**, mon vocabulaire est si faible que je ne saurais exprimer ce qu'il faut. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon affection et ma reconnaissance.

A mon mari : Pedro FONSECA

Tu étais toujours là quand il le fallait.

Ta compréhension et ton humilité si remarquables n'ont pas fait défaut. Puisse ce travail être un sujet de joie et de soulagement pour toi.

A ma fille Gloria FONSECA

Tu es née pendant cette période d'internat, Gloria, maman s'efforcera à passer plus souvent la nuit à la maison pour prendre soin de toi.

REMERCIEMENTS

Je remercie

- **Tout le personne du CSRéf CV**
- **Mes camarades internes de promotion : Mamadou B KEITA, Pierre KONE, Birama DIALLO, Karim COULIBALY, Bakary T DEMBELE, Ramata SANGARE**
- **Dr Diakaridia DIALLO et au Dr Sima Mamadou pour leur encadrement et leur disponibilité. Sans oublier mes aînés médecins et cadets (internes et externes) du CSRéf CV.**
- **Mes compatriotes de promotion : Jean Claude KIOUBA, Sonia MIERET, Claudette YALA, Fabien LOUBASSOU**
- **Toutes les familles chrétiennes des Eglises Pentecôtistes de Bamako**
- **La famille KISSOKI pour votre soutien moral et matériel au temps opportun.**
- **A mes amis : Nana KODIO, Alvine et son mari, Mundélé BLANCHE , Prisca, Igor, Romain, Ami FALL**
- **Toute la colonie Congolaise**
- **Tous mes logeurs de Darsalam**
- **Tout le personnel de la FMPOS**

Abréviations

BDCF : Bruits du cœur fœtal

CIVD : Coagulation intra-vasculaire disséminée

CPN : Consultation prénatale

CS=CSCo : Centre de santé communautaire

HRP : Hématome rétro-placentaire

PP : Placenta praevia

RAPE : Rupture artificielle de la poche des eaux

RPM : Rupture prématurée des membranes

SFA : Souffrance fœtale aiguë

TA : Tension artérielle

**Remerciements particuliers aux honorables
membres du jury**

A notre maître et président du jury

Monsieur le Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de Santé Publique

**Chef du D.E.R de Santé Publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Chevalier de l'Ordre du mérite de la Santé du Mali

Cher maître et père, c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Massambou SACKO

Maître assistant en Santé Publique

Coordinateur du Programme National de lutte contre le Paludisme

Votre présence pour juger ce modeste travail nous fait honneur malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur et votre respect dans le travail nous ont beaucoup impressionné.

Votre exemple sera pour nous un modèle pour le long chemin qui reste à parcourir.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance.

A notre maître et Directeur de Thèse

Docteur SY Aïda SOW

Maître de conférence, Gynécologue Obstétricienne.

Chef de service de Gynécologie à la PMI de Missira.

Chère maître, votre abord facile, votre disponibilité, vos qualités de maître surtout votre abnégation nous ont séduit.

Vous êtes un modèle de simplicité, de courtoisie en un mot d'humanisme.

Veillez trouver ici chère maître et tante, l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et codirecteur de Thèse

Monsieur le Docteur Bouraïma Maïga

Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique

Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako

Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997 pour l'excellence de ses prestations Gynéco-Obstétricales

Détenteur d'un Diplome de reconnaissance décerné par le Ministère de la Promotion de la femme de l'enfant et de la famille pour son combat en faveur de la Santé de la femme et de l'enfant.

Responsable de la filière Sage-femme à l'école Secondaire de la Santé.

Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître

Vous avez initié et dirigé cet travail, je ne saurai ici vous remercier sans votre permission.

Nous avons été témoin des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection.

Nous avons bénéficié de vos savoirs en Gynéco-Obstétrique surtout lors des staff quotidiens et EPU et nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves. Cher maître je ne trouverai certainement pas la formule pour vous exprimer ma reconnaissance et mon entière gratitude.

INTRODUCTION

Le placenta praevia est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus [5, 58].

Le placenta praevia associé à la rupture utérine et à l'hématome rétro-placentaire constitue les principales causes d'hémorragie du troisième trimestre qui sont l'une des premières causes de mortalité maternelle dans les pays en développement.

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

En effet le placenta praevia est la 4^{ème} cause de mortalité maternelle au cours des hémorragies du 3^{ème} trimestre et du travail après la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance et l'hématome rétro-placentaire avec des taux de 0,9 à 1,78% [24,30,42,83].

La fréquence la plus élevée de placenta praevia est rapporté en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique, avec des taux variants entre 5/1000 et 36/1000 accouchements [16, 23, 31, 42, 69].

Au Mali, les études les plus récentes rapportent entre 16,1/1000 et 22/1000 accouchements [16, 42].

Compte tenu de sa fréquence élevée, il est important de dresser une conduite à tenir standard selon les variétés, pouvant être utile au personnel sanitaire pour une meilleure prise en charge rapide et efficace.

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

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

Du 1^{er} Janvier 1995 au 31 Décembre 2000, nous avons enregistré 334 cas de placenta praevia hémorragique. C'est l'analyse de ces 334 cas qui fait l'objet de cette étude.

Pour cette étude, nous avons émis les hypothèses suivants :

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

OBJECTIFS

1- Objectif général

Faire une étude épidémio-clinique du placenta praevia au centre de santé de référence de la commune V à propos de 334 cas.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence du placenta praevia
- Etudier les facteurs étiologiques
- Décrire les tableaux cliniques du placenta praevia
- Evaluer le pronostic materno-fœtal au cours du placenta praevia
- Définir la conduite à tenir devant un placenta praevia

I- GENERALITES

1- RAPPELS ANATOMIQUES

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

1-1- Le placenta :

Il est l'organe d'échange entre la mère et fœtus. C'est un organe né en même temps que l'embryon. Mais de son étude nous verrons :

→ Formation du placenta

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour de la fécondation. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste. A partir du 5^{ème} 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.

→ Structure du placenta

Le placenta comprend de dehors en dedans :

- . **la plaque choriale** : c'est la partie de l'enveloppe de l'œuf (chorion) où sont restés un certain nombre de villosités.

- . **les villosités choriales** : elles se divisent en branches divergentes, les unes prenant contact avec la muqueuse utérine et s'y ancrant solidement (villosités crampons), les autres restent libre et baignant dans les lacs sanguins. La villosité est l'organite élémentaire du placenta. Elle est formée d'un axe vasculaire (artérioles et veines) et d'un revêtement qui se modifie avec l'âge de la grossesse.

- . **La caduque basale** : dès la nidation la muqueuse utérine s'est transformée en caduque caractérisée par la présence des cellules déciduales, très grosses cellules à protoplasmés spumeux, spécifique de la grossesse.

→ Aspect du placenta (anatomie macroscopique)

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 gr, soit le 1/6 du poids du fœtus. Le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion.

Il est constitué de deux faces, fœtale et maternelle.

→ **La circulation placentaire**

La circulation placentaire s'établit dès le 9^{ème} jour post conceptionnel. La circulation foeto-maternelle est définitivement établit le 10^{ème} jour. Il se produit un échange continu de substances entre le sang maternel et foetal.

1-2- Membranes de l'œuf

On décrit à l'œuf trois membranes : le chorion, l'amnios et la caduque.

→ **Chorion** : partie située entre la caduque et l'amnios, est fibreuse et transparente. Elle est résistante. Dans le placenta elle dévient la plaque choriale d'où émanent les villosités choriales. A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. A la fin du 3^{ème} mois, l'amnios et le chorion fusionnent.

→ **L'amnios** : est une membrane mince, transparente, très résistante qui circonscrit en dedans la cavité amniotique. Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta engraine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

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

1-3- Le segment inférieur

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

→ **Forme** : il a une forme d'une calotte évasée, ouverte en haut.

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

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

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

→ **Origine et formation** : le segment inférieur se développe au dépens de l'isthme utérin. Mais il n'acquière son ampleur qu'après le 6^{ème} mois. Pendant le travail le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.

→ **Rapports** :

➤ **En avant** : le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhérerait au corps.

➤ **Latéralement** : la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

➤ **En arrière** : le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

→ **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.

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

➔ **Physiologie** : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue à savoir :

> **Point de vue clinique** : l'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qui prend avec la présentation.

> **Point de vue physiologique** : c'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement qui, après avoir conduit à la contractilité corporelle vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais et distend dans la dystocie.

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

2- FACTEURS ETIOLOGIQUES DU PLACENTA PRAEVIA

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues [5, 57].

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

2-1- Parité :

Dans la plupart des statistiques les multipares sont 4 à 5 fois plus nombreuses que les primipares.

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

2-2- L'âge maternel

Dans sa vaste enquête portant sur 1023 cas, RECORD [71] constate que l'incidence du placenta praevia augmente en fonction de l'âge, à l'intérieur d'une même parité.

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

2-3- La race

Les travaux les plus récentes montrent une légère augmentation du placenta praevia dans la race noire (x1,2 à 1,3) [5].

2-4- Les conditions socio-économiques

Il n'y a pas de rôle évident sur le statut matrimonial ni les conditions socio-économiques dans la genèse du placenta praevia.

2-5- Antécédents d'avortement

Les avortements sont notés dans l'anamnèse de 18,8 à 42,9% des cas accompagnés de curetages.

2-6- Cicatrices utérines et lésions endométriales :

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

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

2-7- Les récives de placenta praevia :

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

2-8- Les grossesses gémeillaires

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

2-9- Sexe

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

2-10- Autres facteurs

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

3- DEFINITION ET CLASSIFICATION

3-1- DEFINITION

Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps utérin.

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

3-2- CLASSIFICATION

On y compte deux types de classification

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

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

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

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

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

→ **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.

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

N.B : Le degré de dilatation du col est mesuré de 0 à 10cm. 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 10cm, il est de 0% et correspond à une variété latérale. Les variétés marginales se situent à des degrés de dilatation intermédiaire.

→ **La classification échographique** : selon BESSIS [4], il 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 4cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus.

4- FREQUENCE

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

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

*** Selon les critères cliniques et l'examen du délivre**

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

*** Selon les critères échographiques**

Les localisations placentaires effectuées au deuxième trimestre avant une amniocentèse ou lors de l'échographie morphologique montre une fréquence entre 4-45%.

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

5- PHYSIOPATHOLOGIE

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

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

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

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

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

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

L'hémorragie, si elle est importante et prolongée peut entraîner des troubles de la coagulation surtout l'afibrinémie qui est sujette de plusieurs hypothèses, elle est également responsable dans un certain nombre de cas de l'hypo-pituitarisme 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 certains femmes ayant été victimes de placenta praevia.

6- ETUDE CLINIQUE

6-1- Circonstances de découverte

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

6-1-1- Au cours de la grossesse

a- Hémorragies

Elles représentaient 11 à 38% des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse [73].

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

l'occasion des contractions utérines déclenchées par des voyages ou des rapports sexuels.

La première hémorragie apparaît en règle après 32SA.

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

L'abondance de l'hémorragie ne semble pas toujours en relation avec le type des placenta praevia. L'importance de la zone placentaire décollée, la richesse vasculaire de l'isthme utérin et le nombre des vaisseaux sanguin béants semblent plus déterminants.

b- Les douleurs

Bien que classiquement, les hémorragies du placenta praevia soient indolores.

FOOTE [5] note chez 9 à 16% des femmes des douleurs abdominales et une tension utérine. Les douleurs constituent le premier motif de consultation de 2% des patientes.

Pour MACAFEE [52] l'existence de douleurs doit faire évoquer un décollement placentaire associé, soit un début de travail.

c- Signes physiques

Le palper abdominal montre un utérus parfaitement relâché en dehors des contractions utérines qui peuvent exister chez 20,6% des patientes. En outre, la recherche systématique des pôles fœtaux et du plan du dos met en évidence une présentation anormale dans 15 à 34% des cas. Les présentations transversales ou obliques sont 25 à 35 fois plus fréquentes et les présentations de siège sont 2 à 3 fois plus fréquentes que dans les grossesses normales.

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

6-1-2- Au cours du travail

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

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

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

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

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

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

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

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

6-1-3- Au cours de la délivrance

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

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

6-2- Evolution

6-2-1- Sans traitement

En l'absence d'intervention médicale, le placenta praevia est greffé d'une mortalité maternelle de 25% et d'une mortalité foetale de 90% [34].

6-2-2- Avec traitement

a- Pendant la grossesse

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

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

b- Pendant le travail

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

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

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

c- La délivrance

La délivrance est souvent facile, le placenta étant partiellement décollé. Mais ce décollement partiel reste la cause 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.

d- Les suites de couches

Peuvent être compliquées par les thrombophlébites surtout pelviennes et les anémies.

6-3- Formes cliniques

6-3-1- Formes asymptomatiques

Les formes muettes du placenta praevia représentent 2 à 34% des observations [19, 42, 52, 59].

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

6-3-2- Formes associées à un décollement prématuré du placenta

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

6-3-3- Formes compliquées

a- Procidence du cordon

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

b- Placenta accreta

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

c- Les complications du placenta praevia sont redoutables.

- Hémorragies massives de la délivrance avec des pertes sanguines moyennes de 4716 ml et des transfusions de 7,6 unités de sang [77].
- Troubles de la coagulation dans 18,2% des cas.
- Rupture utérine spontanée ou provoquée par des manœuvres endo-utérines sur un segment inférieur mince et friable (délivrance artificielle et curetage hémostatique).
- Endométrites du post-partum (27,3% des observations de READ [70].

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

7- DIAGNOSTIC POSITIF

Il est fait à partir des examens cliniques et complémentaires

7-1- Examen clinique

- **L'interrogatoire** recherchera les antécédents de la parturiente : âge, multiparité, curetage et césarienne antérieure, et les caractères de l'hémorragie (spontanée, indolore, récidivante, de sang rouge).
- **L'examen physique**: comporte l'inspection et la palpation abdominale.

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

- hémorragie modérées avec utérus souple
- vitalité fœtale présente
- présentation haute et mobile.

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

7-2- Les examens complémentaires

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

8- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le placenta praevia ne constitue pas la seule cause d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse et du travail.

Il importe donc devant une hémorragie, quelque soit le moment d'apparition au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse d'exclure d'emblée

→ Les causes d'hémorragie non endo-utérines

l'inspection de la région anogénitale permet facilement de retrouver une rupture de varice vulvaire, une fissure anale ou des hémorroïdes, et l'examen des urines peut mettre en évidence une cystite hémorragique

l'examen au spéculum montre des lésions vaginales ou cervicales dans 3,6% à 17% des cas [8, 26, 27, 48], notamment des polypes du col (6%), des érosions (6%) et des dysplasies ou cancers du col (5%) [42].

→ Les causes d'hémorragie d'origine endo-utérines au 2^{ème} trimestre

Le placenta praevia représente 12,2 à 26,8% des causes d'hémorragie au 2^{ème} trimestre [42, 81]. Les autres diagnostique a évoquer sont :

- l'hématome décidual basal (34,8%) [81]
- l'avortement tardif (7%) [42]
- la môle hydatiforme (7%) [81]
- les béances du col (3,1 à 6% [42, 81].

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

→ Les hémorragies d'origine foetale

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

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

→ Les causes d'hémorragie d'origine endo-utérines au 3^{ème} trimestre

➤ **Hématome rétro-placentaire (HRP)**

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement insérée alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

➤ **La rupture utérine**

La rupture utérine est une solution de continuité sur l'utérus (paroi utérine). Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser toutes les parties de l'utérus.

➤ **Hématome décidual marginal**

Autrefois appelé rupture du sinus marginal, il s'agit de la rupture d'une veine utéro-placentaire au pôle inférieur de l'œuf.

9- PRONOSTIC

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

9-1- Pronostic maternel

9-1-1- La mortalité

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

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

9-1-2- La morbidité

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

9-2- Pronostic foetal**9-2-1- Facteurs de pronostic foetal****a- Age gestationnel****b- Poids foetal****c- Hémorragies maternelles****d- Variétés anatomiques du placenta praevia****e- Mode d'accouchement****g- Condition de la césarienne****9-1-2- Morbidité foetale**

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

Les principales complications néonatales sont :

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

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

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

10- TRAITEMENT

En présence d'un placenta praevia hémorragique, l'attitude thérapeutique à adopter est la suivante : l'hospitalisation en milieu obstétrical.

Ce centre spécialisé doit répondre à trois impératifs :

- Equipe multidisciplinaire avec un gynéco-obstétricien qualifié, un anesthésiste et un pédiatre réanimateur présente 24/24 heures,
- Appareillage d'échotomographie,

- Sang frais disponible en permanence.

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

10-1- Le but du traitement

Se fait en deux temps :

1^{er} temps : arrêter l'hémorragie.

2^{ème} temps : guérir les conséquences de l'hémorragie.

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

10-2- Méthodes et indication

10-2-1- Pendant la grossesse

a- La conduite à tenir

L'expectative et la surveillance en milieu hospitalier.

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

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

Le plus souvent l'expectative et la surveillance permettent d'attendre sans grave inconvénients la survenue du travail; parfois l'importance et surtout la répétition de l'hémorragie ne permettent pas d'attendre un terme souvent éloigné.

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

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

10-2- 2- Pendant le travail

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

a- La rupture des membranes

La rupture large des membranes est le premier temps et souvent suffisant du traitement.

b- La césarienne

La césarienne est indiquée quand la rupture des membranes est inefficace ou s'il existe des signes de souffrance fœtale.

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

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

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

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

→ Anesthésie

> **Anesthésie générale** : c'est une anesthésie d'urgence car il s'agit d'une femme en mauvais état général, porteuse d'un enfant en souffrance fœtale avec moment du dernier repas plus ou moins rapproché.

> **Anesthésie péridurale** : elle est la mieux adaptée pour l'extraction fœtale programmée chez une patiente non anémique sans trouble hémodynamique.

10-2-3- Au moment de la délivrance

- Le traitement de l'hémorragie pendant la délivrance : faire la délivrance artificielle associée à la révision utérine d'urgence.

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

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

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

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

10-2-4- Traitement des suites de couches

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

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

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

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

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

11- PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

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

12- CHOIX ENTRE L'ACCOUCHEMENT IMMEDIAT ET LE TRAITEMENT CONSERVATEUR

12-1- ACCOUCHEMENT IMMEDIAT

L'accouchement sera immédiat :

- en cas d'hémorragies massives
- en cas d'hémorragie persistante (10-12 heures après l'admission)
- chez la femme en travail après 36 semaines
- lorsque l'accouchement prématuré est inéluctable
- s'il existe une hémorragie d'origine fœtale
- s'il apparaît une souffrance fœtale.

12-2- TRAITEMENT CONSERVATEUR

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

II- METHODOLOGIE

I Cadre d'étude :

1) **Cadre d'étude** :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. La commune V du district est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59 Km², avec une population de 228859 habitants soit une densité de 4505 habitants/Km² composée de 137315 femmes . Le taux d'accroissement de la population est de 5,1. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger; elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest; à l'est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-Koro (cercle de Kati). La commune est constituée de 8 quartiers qui sont :

- 1. Badalabougou ; 2. SEMA N°1 ; 3. Quartier Mali SEMA GEXCO ;**
- 4. Torokorobougou ; 5. Sabalibougou ; 6. Baco-Djikoroni ;**
- 7. Kalaban-coura ; 8. Daoudabougou.**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako.

Communes : I, II, III, IV, V, et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fût crée le Centre de Santé de la Commune V (Service Socio-Sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique Sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan de Développement Socio-Sanitaire de la Commune (P.D.S.C) la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de

santé (10 CSCOM), sur les 10 aires 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fût un succès a fait de lui un centre de santé de référence pour la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- l'Administration
- l'Unité Chirurgicale
- le Service Gynécologie-Obstétrique
 - Grossesse à risque et gynécologie
 - Accouchement
 - Planning Familial
 - C.P.N.
 - Néonatalogie
- le Service de Médecine
 - Médecine générale
 - Pédiatrie
 - Dermatologie
- l'Unité odonto-stomatologie
- l'Unité Imagerie Médicale (Radio, Echo)
- l'Unité PEV (Programme Elargi de Vaccination)
 - l'Unité labo-pharmacie
 - l'Unité Consultation Externe et Soins
 - Unité recherche et formation
 - Salle informatique
 - Archives
 - Bureau statistique
 - Salle de staff
 - Bibliothèque
 - Une Brigade d'Hygiène domiciliée à la Mairie
 - La Morgue

Le centre de santé de référence compte plus de 135 travailleurs et est dirigé par le Médecin- chef . Les travailleurs sont soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'Etat, soit des contractuels, soit des Agents de la municipalité et des Agents de l'INPS. En 1997 le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix CIWARA d'Excellence décerné par l'IMCM. Ce prix a été décerné au centre pour ses bonnes performances en activités Gynéco-obstétricales. En 1999 le Médecin-Chef du centre de référence de la commune V a reçu un diplôme Honorifique du Ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. IL a reçu la même année la médaille de chevalier de l'Ordre National.

Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un médecin chirurgien
- deux étudiants en médecine faisant fonction d'Internes
- une sage-femme remplaçable par une autre toutes les 12 heures et son aide-soignante
- un infirmier anesthésiste
- une technicienne de laboratoire
- un instrumentiste
- un chauffeur d'ambulance.
- deux garçons de salles assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 2 tables d'accouchement, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments crée sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes.

2- Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 2000

3- Population d'étude

3-1- Critères d'inclusion

Toute femme enceinte d'au moins 28 SA qui saignait , venue ou référée au CSRef CV jusqu'à l'accouchement et dont le petit coté des membranes a été mesuré <10cm.

3-2- Critères de non inclusion

Toute femme qui avait un pp et qui a accouché dans une structure sanitaire.

Tout dossier incomplet .

Au total nous avons enregistré 334 cas de placenta praevia hémorragique.

4- Supports de données

Nous avons utilisé :

- les fiches d'enquête
- les partogrammes
- les dossiers des patientes hospitalisées pour PP hémorragiques
- les registres d'accouchement

5- Traitement et analyse des données

les données ont été saisies sur word et analysés sur le logiciel Epi-Info (version 6.0).

III- RESULTATS

1- Fréquence

Du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 2000 (5 ans) nous avons enregistré 334 cas de placenta praevia hémorragique sur 33395 accouchements effectués à la même période soit 1% au CSRefCV.

2- Caractéristiques socio-démographiques

→ Age :

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge (année)	Effectif absolu	Pourcentage
<20	55	16,5
20-35	226	67,6
>35	53	15,9
Total	334	100

La tranche d'âge de 20-35 ans avait la fréquence la plus élevée 67,6%

Les âges extrêmes sont : 15-45ans

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	318	95,2
Célibataire	14	4,2
Veuve	1	0,3
Total	334	100

95,2% des patientes étaient mariées

Tableau III : Répartition des patientes selon la principale occupation

Principale occupation	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	314	94,3
Fonctionnaire	8	2,4
Commerçante	8	2,4
Elève/Etudiante	4	1,2
Total	334	100

94,6% des patientes étaient des ménagères

Tableau IV : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Référée	179	53,6
Venue d'elle-même	155	46,4
Total	334	100

53,6% des patientes avaient été référées

Tableau V : Répartition des patientes selon la structure sanitaire de provenance

Structure Sanitaire de provenance		Effectif absolu	Pourcentage
Commune	Dénomination		
C . VI	Maternité Sogoniko	35	19,5
	CS.ANIASCO	13	7,3
	CS .ASACOMA	10	5,6
	CS . ASACONIA	3	1,7
	Maternité Sénou	2	1,1
	CS .ASACOBABA	1	0,6
C . V	CS .ASACOSAB I	8	4 ,5
	CS .ASACOSAB II	9	5
	CS .ADASCO	11	6,1
	CS .ASACODA	4	2,2
	ASACOKAL	12	6,7
	CS .ASCOMBACODJI	8	4,5
C.IV	CS .ASACOLA	4	2,2
	Maternité Hamdalaye	5	2,8
	Maternité Djikoroni Para	12	6,7
	CSCOM Sebenikoro	1	0,6
C.III	Camp I	3	1,7
	Ex-base	3	1,7
	CSCOM Bolibana	2	1,1
	HGT	10	5,6
Cercle KATI	CS . Sanankoroba	2	1,1
	CS . Ouelessebougou	2	1,1
	CS . Banan	1	0,6
	CS . Dangassa	1	0,6
Privé		10	5,6
Total		179	100

Facteurs étiologiques

⇒ **Age**

⇒ **Gestité**

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la notion de la gestité

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	52	15,6
Multigeste	157	47
Grande multigeste	125	37,4
Total	334	100

47% étaient des multigestes

⇒ **Parité**

⇒ **Tableau VII** : Répartition des patientes en fonction de la notion de parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	53	15,9
Primipare	63	18,9
Multipare	132	39,5
Grande multipare	86	25,7
Total	334	100

39,5 % étaient des multipares

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la notion d'antécédents

Antécédents	Effectif absolu	Pourcentage
Avortement	53	15,9
Césarienne	24	7,2
Grossesse gémellaire	12	3,6

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

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	191	55,4
Féminin	154	44,6
Total	345	100

Sexe ratio : 1,24

⇒ **Consultation prénatale (CPN)**

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du nombre de Consultation prénatale (CPN) effectuée

Nombre de CPN effectuée	Effectif absolu	Pourcentage
0	96	28,7
1-3	131	39,2
≥4	107	32,1
Total	334	100

⇒ **Examen de la patiente**

Caractéristiques générales

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	200	59,9
Altéré	134	40,1
Total	334	100

59,6% des patientes avaient un bon état général

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction leur tension artérielle

Tension artérielle	Effectif absolu	Pourcentage
TA <9/6	43	12,9
9/6 ≤ TA ≤ 13/8	243	72,7
TA > 13/8	48	14,4
Total	334	100

72,7% des patientes avaient une TA normale

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectif absolu	Pourcentage
Colorées	234	70,1
Pâles	100	29,9
Total	334	100

29,9% des patientes avaient des conjonctives pâles

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le degré de la pâleur conjonctivale

Degré de la pâleur	Effectif absolu	Pourcentage
Pâleur légère	61	61
Pâleur moyenne	30	30
Pâleur marquée	9	9
Total	100	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'importance de l'hémorragie

Importance de l'hémorragie	Effectif absolu	Pourcentage
Peu abondante	132	39,5
Abondance moyenne	158	47,3
Très abondante	44	13,2
Total	334	100

47,3% des patientes avaient une hémorragie d'abondance moyenne

Caractéristiques obstétricales

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme grossesse (SA)	Effectif absolu	Pourcentage
28 ≤ âge < 37	137	41,02
Age ≥ 37	197	58,98
Total	334	100

58,98% des patientes avaient un terme \geq 37 SA

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de la présence du cœur foetal (BDCF)

BDCF	Effectif absolu	Pourcentage
Présents	262	78,4
Absents	72	21,6
Total	334	100

78,4% des cas les BDCF étaient présents

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du type de présentation

Type de présentation	Effectif absolu	Pourcentage
Céphalique	293	87,72
Siège	21	6,29
Transversale	20	5,99
Total	334	100

87,72% des présentations céphaliques

Classification

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les différentes variétés de placenta praevia

Variétés de placenta praevia	Effectif absolu	Pourcentage
Placenta recouvrant ou central	160	47,9
Placenta non recouvrant ou périphérique	174	52,1
Total	334	100

47,9% des patientes avaient un placenta recouvrant

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de l'arrêt de l'hémorragie après RAPE

Arrêt hémorragie après RAPE	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	106	82,8
Non	22	17,2
Total	128	100

Il y avait arrêt de l'hémorragie chez 82,8% des patientes.

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la souffrance fœtale aiguë (SFA)

SFA	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	31	9,3
Non	303	90,7
Total	334	100

90,7% ne souffraient pas

Examens complémentaires**Tableau XXII** : Répartition des patientes en fonction de la pratique de l'échographie obstétricale

Pratique de l'échographie obstétricale	Effectif absolu	Pourcentage
Faite	44	13,2
Non faite	290	86,8
Total	334	100

86,8% des patientes n'avaient pas fait d'échographie

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du groupage sanguin effectué en urgence

Groupage en urgence	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	78	23,4
Non	256	76,6
Total	334	100

- **Transfusion**

Sur 334 patientes 50 ont bénéficié d'une transfusion (14,97%).

Accouchement

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Haute	184	55,1
Basse	150	44,9
Total	334	100

Tableau XXV : Répartition des patientes selon les différentes formes associées

Formes associées	Effectif absolu	Pourcentage
HRP	40	11,98
Procidence du cordon	12	3,59
Placenta accreta	3	0,90
RPM	48	14,37
Anomalies funiculaires	54	16,17
Aucune	177	52,99
Total	334	100

Examen du nouveau-né

Tableau XXVI : Répartition du nouveau-né selon l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar 1 ^{ère} minute	Effectif absolu	Pourcentage
0	72	20,9
1-6	78	22,6
≥7	195	56,5
Total	345	100

56,5% des nouveau-nés un Apgar_{≥7} à la 1^{ère} minute

Tableau XXVII : Répartition du nouveau-né selon le poids

Poids (gramme)	Effectif absolu	Pourcentage
<2500	169	49
2500-3999	173	50,1
≥4000	3	0,9
Total	345	100

50,1% des nouveau-nés avaient un poids normal

Tableau XXVIII: Répartition du nouveau-né en fonction de la notion de référence dans une structure néonatale

Notion de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	49	14,2
Non	296	85,8
Total	345	100

49/345 des nouveau-nés avaient été référés : 6 soit 1,7% au CSRefCV et 43 soit 12,5% à l'Hôpital Gabriel Touré

Tableau XXIX : Répartition du nouveau-né en fonction du pronostic vital

Pronostic du nouveau-né	Effectif absolu	Pourcentage
Mort-né	72	20,9
≤ 24heures	12	3,5
Nnés vivants dans les 24heures	261	75,6
Total	345	100

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction du pronostic vital

Pronostic maternel	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	266	79,6
Complications	65	19,5
Décès	3	0,9
Total	334	100

79,6% des patientes avaient un bon pronostic

Evolution

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction du type de complications

Type de complications	Effectif absolu	Pourcentage
Persistance de la pâleur conjonctivale	59	90,8
Hystérectomie	1	1,5
Suppuration pariétale	4	6,2
Collapsus	1	1,5
Total	65	100

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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

1- Fréquence du placenta praevia hémorragique

L'établissement de la fréquence réelle du placenta praevia est difficile

Au cours de notre étude nous avons enregistré 334 cas sur 33395 accouchements au CSRefCV du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 2000 soit 1%.

Le placenta praevia hémorragique fait l'objet de plusieurs études dans le monde, car c'est cette forme symptomatique qui fait sa gravité.

Cet accident est rare en Europe, en témoignent les chiffres variant entre 0,28 à 0,5% [2, 5, 17, 58, 59, 66].

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

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

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

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

En Asie des taux variant entre 0,41% et 1% [9, 27, 28, 32, 54, 78].

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

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

Tow W et al [78] ont rapporté un taux de 0,83% en 1995 à Hongkong,

Sur le continent américain, le placenta praevia hémorragique reste relativement rare. Les chiffres varient entre 0,33% et 0,99% [26, 37, 51, 61].

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

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

- Guiden [25] en 1990 à Cotonou (Bénin) : 0,5%,
- Koné [42] à Bamako (Mali) en 1989 : 0,72% ,
- Dougnon [16] à Bamako (Mali) en 1989 : 2,16% ;

Ghazli M et al [20] au Maroc ont trouvé 0,4%.

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

1-1- Selon les critères cliniques adoptés :

Dans notre étude, le toucher vaginal fait de façon prudente avec des mains expérimentées a permis de faire le diagnostic. Cette méthode de diagnostic a été la plus utilisée car nos salles d'accouchement ne disposent pas d'appareil échographique d'une part et d'autre part le problème du coût se pose. Le diagnostic rétrospectif a été fait par l'examen du délivre (par la mesure du petit côté des membranes qui est inférieur à 10cm).

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

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

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

1-2- Selon les critères échotomographiques

Les fréquences obtenues sont beaucoup plus élevées. Elles sont de 45% pour les échographies réalisées entre 13^{ème} et 26^{ème} semaines d'aménorrhée.

Elles varient de 3,4% à 8,2% lors des échographies réalisées au troisième trimestre de la grossesse [42].

Dans notre étude ce taux est de 13,2% pour les échographies réalisées au cours des métrorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

1-3- Selon les variétés retenues

Dans notre étude nous avons adoptés la classification pendant le travail qui met en évidence deux types de variétés :

- le placenta recouvrant (central)
- et le placenta non recouvrant (marginal et latéral).

Le diagnostic de PP recouvrant a été fait à un centimètre de dilatation du col et le PP non recouvrant à 2-3cm.

Nous avons ainsi trouvé :

- 174 cas soit 52,1% de PP non recouvrant, ce taux se rapproche de celui de Keita [40] 53,34% et il est supérieur aux taux rapportés par Bagayoko [1] 48,39% et Koné [42] 48,21%.
- 160 cas soit 47,9% de placenta recouvrant , ce taux se rapproche de celui Keita [40] 44,66% et inférieur à ceux rapportés par Bagayoko [1] 51,61% et Koné [42] 51,78%.

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

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

2- Caractéristiques socio-démographiques

La tranche d'âge de 20-35 ans qui correspond à la période optimale de la fécondation est la plus représentée 67,6%. Cette prédominance de la période optimale de la fécondation est retrouvée dans la plupart des études africaines [31, 42, 69, 83].

De 15-19 ans : 55 cas soit 16,5%,

De 36-45 ans : 53 cas soit 15,9%.

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

Les mariées représentent 318 cas soit 95,2% contre 14 cas soit 4,2% de célibataires et 1 cas soit 0,3% de veuve.

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

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

Nous avons trouvé 314 cas soit 94,3% des ménagères, 8 cas soit 2,4% de fonctionnaires, 8 cas soit 2,4% de commerçantes, 4 cas soit 1,2% d'étudiantes et élèves.

La majorité de nos patientes sont venues des différents CSCOM de la communeV et d'autres localités ainsi que l'hôpital Gabriel Touré.

179 cas soit 53,6% des femmes nous ont été référées

155 cas soit 46,4% sont venues d'elles mêmes, parmi ces femmes toutes ne sont pas de la communeV.

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

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

3- Les facteurs étiologiques

L'étiologie précise du PP est inconnue. Cependant des nombreux auteurs ont préconisé la recherche étiologique par des facteurs de risque.

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

3-1- L'âge maternel

Nous avons rencontré les âges de 15 à 45 ans, se répartissant comme suit :

Age <20 ans : 55 cas soit 16,5%,

20-35 ans : 226 cas soit 67,6%,

Age >35 ans : 55 cas soit 15,9%,

Hodonou [30] a trouvé dans sa thèse les âges de 13 à 47 ans à Dakar.

Foscolos [19] a noté les âges extrêmes de 18-49 ans.

A travers ces résultats nous constatons que le PP peut survenir à tous les âges de l'activité génitale de la femme. Nos résultats rejoignent également ceux des autres auteurs qui signalent que la plus grande fréquence de PP se situe aux environs de la trentaine [40].

Cependant la plupart des études à travers le monde trouve que l'âge avancé de la femme est un facteur favorisant la survenue du PP [66].

Dans les études africaines sur le PP, particulièrement sous régionales montrent une fréquence plus élevée dans la tranche d'âge de 20-35 ans [40, 42, 69]. Ce

constat épouse notre résultat qui a montré 266 cas soit 67,6% entre 20-35 ans. Ceci peut s'expliquer par :

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

3-2- La gestité

Certains auteurs ont cité la multigestité comme étant un facteur de risque de PP [3, 5, 7, 37].

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

Ce résultat épouse celui de Bagayoko [1] 88,71% chez les multigestes et grandes multigestes, mais inférieur à celui rapporté par Keita [40] qui a trouvé 41,13% chez les nulligestes.

Cette association PP et multigeste est retrouvée par Handler et al [26]. Ils trouvaient que les multigestes courent un risque cinq fois plus élevé de faire le PP que les primigestes.

3-3- La parité

Nous avons constaté que les grandes multipares et les multipares sont les plus touchées que les primipares et les nullipares.

L'association multipare et PP a été prouvée par plusieurs auteurs. Ainsi les statistiques de Boog et Merger [5, 57] ont rapporté que les multipares sont quatre à cinq fois plus concernées que les primipares par rapport au PP. Cette même proportion est retrouvée par Handler et al [26].

Dans notre étude 39,5% des femmes victimes de PP étaient des multipares et 25,7% des grandes multipares. Ce taux se rapproche de celui de Keita [40]

37,79% de multipares et inférieur à celui de Bagayoko [1] 43,55% des multipares et 32,25% de grandes multipares.

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

3-4- Les antécédents d'avortement

Dans ce contexte nous nous limiterons à la notion d'avortement sans curetage (spontané) car la notion de curetage ne figure pas dans nos dossiers.

On a enregistré 53 cas soit 15,9% d'antécédents d'avortement ; témoignant de la non-agressivité des avortements sans curetage.

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

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

3-5- Antécédents de césarienne

La césarienne est l'ouverture chirurgicale de l'utérus pour l'évacuation rapide du produit de conception.

Elle se produit le plus souvent sur la face antérieure du segment inférieur, y laissant ainsi une cicatrice.

Brender [6] a été le premier à signaler que les utérus cicatriciels après la césarienne prédisposent à la survenue du PP au cours des grossesses ultérieures.

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

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

Cependant ils notaient une différence statistiquement significative entre les femmes présentant des antécédents de césarienne et celles sans césarienne antérieure concernant l'avènement du PP ($p < 0,0001$). Selon eux les femmes

avec un ou plusieurs antécédents de césarienne courent 2,15 fois plus de risque de faire le PP que celles sans césarienne antérieure.

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

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

Nous avons enregistré 24 cas soit 7,2% d'antécédents de césarienne. Cette association PP et antécédent de césarienne s'expliquerait par le fait que la cicatrice utérine laissée par la césarienne, s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

3-6- Grossesse gémellaire

Dans notre série la grossesse gémellaire a été recensée chez 12 de nos patientes soit 3,6%. Ce taux n'apporte pas d'explication dans la relation entre le PP et la grossesse gémellaire, du fait de la rareté de cet événement.

Boog et al [5] ont trouvé que la grossesse gémellaire multiplie le risque de PP par deux. Bagayoko [1], Keita [40] et Koné [42] ont trouvé respectivement 8,06%, 6,87% et 1,78%.

3-7- Le sexe masculin du fœtus

Nombreux auteurs trouvent une légère augmentation du pourcentage du sexe masculin par rapport au sexe féminin chez les mères victimes de PP.

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

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

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

Notre resultat se rapproche de celui de Bagayoko[1] qui est de 55,40% pour le sexe masculin et 44,6% pour le sexe féminin.

4- Suivi de la grossesse : Consultation prénatale (CPN)

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

Les CPN sont effectuées régulièrement, dans une structure sanitaire permettant de déceler des grossesses à risque puis de les référer dans une structure spécialisée à temps pour une meilleure prise en charge.

Dans notre étude : 28,7% de nos patientes victimes de PP n'ont pas fait de CPN. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par Bagayoko [1] 19,35% et Keita [40] 20,99%.

CPN<4 (irrégulière), notre taux est de 39,2% ce qui est supérieur à celui rapporté par Bagayoko [2] 31,30%.

CPN≥4 (régulière), notre taux est de 32,21%. Il se rapproche de celui de Bagayoko [1] qui est de 32,26%.

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

5- Examen de la patiente

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

135 de nos patientes soit 40,1% avaient un état général altéré à l'entrée contre 200 cas soit 59,9% avaient un bon état général.

Ceci s'explique par le fait que toutes celles qui viennent directement au CSRefCV en cas d'hémorragie sont prises directement en charge en urgence, si leur cas nécessite une césarienne, elle aussitôt fait car il y a dans notre service des kits pour urgence d'une part et d'autre part les femmes référées arrivent souvent dans un mauvais état général et de façon tardive. L'altération de l'état général se voit souvent dans les cas d'hémorragie massive pouvant entraîner le décès maternel et/ou fœtal, ou dans les formes associées à l'HRP.

Nous avons trouvé 137 de nos patientes soit 41,08% avaient comme terme (28-36 SA).

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

La fréquence des BDCF a été observée dans 262 cas soit 78,4% contre 72 cas soit 21,6% de BDCF absent. Ce taux d'absence de BDCF est supérieur à celui rapporté par l'étude de Koné [42] qui est de 12,21% et presque égal à celui de Bagayoko [1] qui est de 24,19%. Ceci s'explique par le fait d'une part qu'il y a eu une association avec d'autres pathologies foetocides telles que l'HRP. La procidence du cordon et d'autre part, par l'influence de plusieurs facteurs de risque qui sont :

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

Les présentations non eutociques au cours du PP ont été signalées par Boog et al [5], Merger et al [37]. Dans notre étude, nous avons enregistré 21 cas soit 6,29% de présentation de siège, 20 cas soit 5,99% de présentation transversale et 87,72% soit 293 cas de présentation céphalique.

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

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

Malgré que les présentations non céphaliques soient relativement fréquentes comme le prouvent certaines études, on note qu'elles n'ont pas d'influence sur la survenue du placenta praevia. L'hémorragie étant la principale manifestation du placenta praevia, elle a été observée chez toutes nos patientes.

6- Examens complémentaires

L'échographie a été réalisée chez 44 de nos patientes soit 13,2% dans le but diagnostic pendant une épisode d'hémorragie au cours de la grossesse, ce qui est inférieur à l'étude faite par Bagayoko [1] qui a trouvé 37,10%. Dans le but

thérapeutique chez toute femme qui saigne au CSRefCV, le groupage rhésus est fait en urgence si la femme n'a pas été groupée pendant les CPN.

Dans notre étude 78 de nos patientes soit 23,4% ont été groupées en urgence. Le taux d'hémoglobine aussi a été demandé chez les patientes nécessitant une transfusion au laboratoire du CSRéfCV.

7- Mode d'accouchement

La période d'accouchement sur PP hémorragique est très cruciale car c'est pendant ce moment que surviennent généralement les hémorragies les plus graves pouvant compromettre le pronostic materno-fœtal. Dans notre étude 150 cas (44,9%) de nos patientes ont accouché par voie basse contre 184 cas (55,1%) de nos patientes ont accouché par césarienne.

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

Il s'agissait de femmes ayant un bon état général, un placenta praevia non recouvrant, une présentation céphalique et parmi lesquelles la rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE) a eu un impact important sur l'arrêt de l'hémorragie, ou les femmes arrivées à dilatation complète avec hémorragie minime.

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

Nous avons trouvé que 52,1% de nos patientes avaient un placenta non recouvrant et aussi par le fait que dans notre service la RAPE est pratiquée chez toute femme qui saigne avec membranes accessibles. Comme disait-on déjà au XVIIIème siècle par MAURICEAU « Une femme qui perd les eaux, ne perd plus de sang ». La RAPE a été réalisée dans notre chez 128 patientes dans 106 cas (82,8%) l'hémorragie s'était arrêtée soit 106/334 (31,7%) de l'effectif absolu total. Rakotolala [69], Koné [42], Keita [40] et Bagayoko [1] trouvaient respectivement 57,9%, 14,28%, 30%, et 16,12%. Notre taux 31,5% n'est loin de celui de Keita [40] et s'explique par le fait qu'il y avait plus de formes recouvrantes. Cette RAPE a été réalisée dans les conditions suivantes :

- membranes accessibles
- variétés périphériques
- présentation du sommet.

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

La césarienne a contribué à améliorer le pronostic materno-fœtal 55,1% de nos femmes ont accouché par césarienne contre 44,9% par voie basse.

Au CSRefCV, nous pratiquons la césarienne segmentaire basse transversale.

Le coût du Kit 14795FCFA, l'ordonnance postopératoire est prescrite à la sortie du bloc opératoire qui s'élève à 18550 FCFA.

Rakotolala [69], Koné [42], Keita [40] et Bagayoko [1] rapportaient respectivement les taux suivants : 42,1%, 76,78%, 3,26%, et 96,77%. La césarienne est indiquée dans les cas de PP recouvrant et dans les hémorragies massives pour sauvetage materno-fœtal. La transfusion sanguine a été faite chez 50 cas soit 14,97% de nos patientes avec des quantités variantes entre 500-2000ml (environ 71 poches de sang contenant chacune 500ml de sang total).

Les cas d'anémie légère supportée par les patientes a été corrigée par du fer+acide folique, des solutés et/ou des macromolécules. Toutes nos femmes césarisées reçoivent après les perfusions de sérums salé et glucosé associés à l'ampicilline 1g injectable (2g/jour en IVD), dès le 2^{ème} jour la voie orale est donnée faite de : Fumafer 1cpx3/j, chloroquine 100mg 2cpx3/j, Amoxicilline 500mg 2gellules x2/j.

8- Les formes associées

La RPM est une complication fréquemment associée au PP. Elle a été constatée chez 48 de nos patientes soit 14,37%. Ces résultats prouvent que les femmes victimes de PP courent un grand risque de faire une RPM. Koné [42], Bagayoko [1] trouvaient respectivement 5,35% et 25,81%.

La procidence du cordon faisant suite à la RPM a des répercussion sur le fœtus, elle a été observée dans notre étude dans 12 cas (0,9%). Ce qui est inférieur au taux rapportés par Bagayoko [1] et Keita [40] 4,83% et 1,70%.

L'association HRP placenta praevia n'est pas rare. Elle a été observée par Rivière [72] dans 0,8% à 10,9% des cas. Dans notre série elle a été observée dans 40 cas soit 11,98%. Ce qui est supérieur aux taux rapportés respectivement par Bagayoko [1], Keita [40] et Koné [42] 4,84%, 6,66% et 3,75%. Taux inférieur à celui de Rakotomalala [69] 16,59%.

L'association PP placenta accreta a été observée par Semmens [74] et Dinasi [14] dans 0,6 à 5%.

Dans notre étude elle a été observée dans 3 cas soit 0,9%.

9- Le pronostic materno-fœtal :

L'apport de l'échographie dans la localisation placentaire et la réanimation bien codifiée dans les pays hautement médicalisés ont permis une baisse importante de la mortalité maternelle, qui passe de plus de 10% dans les années 1940 à moins de 1% actuellement [42].

La mortalité périnatale connaît aussi une baisse de 70% dans les années 1994 [76] à 4-8% actuellement [48].

Par contre dans les pays en voie de développement, le pronostic materno-fœtal lié au PP reste sombre pour la plupart des cas, à cause de l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires [24, 30, 42, 49].

9-1- Pronostic maternel

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

Dans notre étude nous avons enregistré 3 cas soit 0,9% de décès. Notre taux est inférieur à celui rapporté par Koné [42] 1,78% et par Keita [40] 6,66%. Il se rapproche à ceux de Rakotomalala [69] et Yassoua [83] ont trouvé 0,9% chacun.

Nos cas de décès sont dus à :

- HRP+PP ayant pour complication la CIVD qui a entraîné 3 cas d'hystérectomie dont 2 décès,

- PP+placenta accreta ayant fait l'objet d'une hystérectomie, 1 décès.

La mortalité maternelle liée au PP est devenue rare dans les pays développés [5, 34, 44, 51, 57]. Ainsi Iyasus et al [35] ont rapporté en 1993 aux Etats-Unis un taux de 0,03%.

Par contre la morbidité liée au PP reste élevée. Ceci peut s'expliquer par des facteurs tels que : anémie, rupture de la poche des eaux, suppuration de la plaie opératoire, les manœuvres obstétricales favorisant la thrombophlébite surtout en cas de césarienne.

Dans notre étude nous avons enregistré 68 cas soit 20,4% de PP suivi de complications. Notre taux de rapproche de celui de Koné [42] 19,64%, il est inférieur à celui rapporté par Keita [40] 63,55% et Bagayoko [1] 50%.

9-2- Pronostic foetal

Malgré les progrès réalisés par la réanimation et le recours à la césarienne, le pronostic foetal reste encore sévère. Son appréciation est fait pendant les premiers jours de la vie néonatale.

Le suivi à moyen et long terme est pratiquement impossible.

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

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

a- La mortalité

Dans notre série nous avons enregistré 84/345 cas de décès au total dont 72/345 cas soit 20,96% de morts-nés.

Koné [42] a rapporté 30,35%, Keita [40] 56,67%, Bagayoko [1] 25,81%, Rakotomalala [69] en RCI 38,5%, Houessou [29] au Bénin 42,07%. Tous ces taux sont supérieurs au notre.

Par contre dans les pays occidentaux les taux sont relativement faibles. C'est ainsi que Mac Shaue et Silver cités par Dantzer et al [11] signalaient 8,1% et 4,2%. Dantzer et al [11] 3%, 8% pour Wangala [80] et 4% et 8% pour Lock

Wood[46].

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

b- La morbidité

Les critères de morbidité sont plus difficiles encore à définir [77].

Cependant par souci de confirmer, nous considérons comme morbidité tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7, comme pour Trazier cité par Tékété [77] un nouveau-né ayant un score d'Apgar supérieur ou égale à 7 est rigoureux. La morbidité dans notre série s'élève à 22,6% soit 78 cas.

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

Nous constatons qu'il y a eu une nette amélioration du score d'Apgar à la 5^{ème} minute, 49 nouveaux-nés soit 14,2% avaient un Apgar supérieur à 7.

Le petit poids de naissance <2500g a été retrouvé chez 169 nouveaux-nés soit 49% contre 176 nouveaux-nés soit 51%, notre taux est inférieur à celui de Bagayoko [1] 71,74% et supérieur à celui de Keita [40] 33,33%.

137 de ces nouveaux-nés issus de placenta praevia étaient des prématurés soit 41,02%. Ce taux est supérieur à celui de Keita [40] 23,33% et inférieur à 77,42% Bagayoko [1].

Les femmes avec un placenta vicieusement inséré sur le segment inférieur courent un risque plus grand de faire les accouchements prématurés que celles qui ne présentent aucune pathologie.

On a reçu aucun cas de malformation foetale.

V- CONCLUSION GENERALE

Cette étude rétrospective sur le placenta praevia dans le service de gynéco-obstétrique au CSRéfCV, a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

Nous avons enregistré durant la période d'étude 33395 accouchements avec une fréquence de 1%.

Le profil de la patiente candidate du placenta praevia correspondait à une multigeste (4,6 grossesses) ayant accouché 3,4 fois et d'un âge moyen de 27,3 ans.

Les facteurs étiologiques retrouvés sont : l'âge, la gestité, la parité, les antécédents (de césarienne, d'avortement et de grossesse gémellaire) et le sexe du fœtus.

40,1% des patientes avaient un mauvais état général.

53,6% des patientes nous ont été référés d'autres structures sanitaires .

28,7% n'ont fait aucune CPN et 39,2% ont fait moins de 4 CPN.

47,9% des patientes avaient un placenta recouvrant et 52,1% un placenta non recouvrant.

Le traitement a reposé sur le traitement obstétrical et le traitement médical.

55,1% des patientes ont accouché par césarienne contre 44,9% par voie basse.

4 cas soit 1,2% d'hystérectomie.

3 cas soit 0,9% de décès maternels.

137 cas soit 41,02% de nouveau-nés étaient nés avant terme (28-36 SA).

72 cas soit 20,9% de mort-nés.

49 cas soit 14,2% de nouveau-nés avaient été référés dans une structure néonatale.

VI- RECOMMANDATIONS

Pour les communautés

- Fréquenter les structures sanitaires dès le début de la grossesse pour les consultations prénatales
- Consulter dès l'apparition des premières métrorragies au cours de la grossesse
- Accoucher dans les structures médicalisées
- Approvisionner la banque de sang par des dons volontaires

Pour les agents sanitaires

-Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit des communautés en l'occurrence sur les risques liés à l'accouchement à domicile, les pratiques traditionnelles néfastes

- Faire des consultations prénatales de qualité
- Faire une échographie obstétricale lors d'un épisode d'hémorragie chez toute femme au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse

Pour les autorités politiques et administratives

- Augmenter la couverture sanitaire sur toute l'étendue du territoire national en personnel qualifié,
- Généraliser l'organisation du système de référence évacuation,
- Equiper au mieux les centres de santé (laboratoire d'analyse biologique, bloc opératoire...),
- Améliorer les voies de communications
- Assurer la formation continue des agents des CSCOM

VII- BIBLIOGRAPHIE**1. BAGAYOKO S.**

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

Thèse Med, Bamako, 2002. N°17.

2. BAUDET J. H, AUBARD Y.

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

3. BENNDERS.

Placenta praevia and previous lower segment cesarean section

Sur. Gynecol-obstet 1954 ; 98, 625-628

4. BESSIS R, BRIGNON C, SHNEIDERL.

localisation placentaire échographique dans les insertions basses; difficultés: le placenta migrateur

Soirée échographique Gynecol-obstet 1976 ; (5) ; pp 3751

5. BOOG

Le Placenta praevia.

Encycl Med. Chir (Paris) obstétrique 1983 ; 5069 A 10⁶

6. BRENNER W. E, EDELMAND A, HENDRICHS C. H

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

7. BROWNE J . C .

Localization of the placenta by means of radioactive sodium.

Roy. Soc. Med 1951 ; (44) ; pp 715 - 718.

8. CHARASSON Th, FOURNIER A.

Les hemorragies du troisième trimestre de la grossesse

Rev. Fr. Gynecol. Obstet 1994; (89) 11 PP. 560-569

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

Placenta praevia and accreta after previous caesarean section.

Eur. J. Obstet.Gynecol. Repro Biol 1993 ; (3) 52 ; p.p. 151 - 156

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

Le décollement prématuré du placenta inséré bas.

Rev Fr Gynecol Obst 1953 ; 48 : 80.

11. COTTON O.B, READ J.A, PAUL R.H, QUILLIGAN E.J.

The conservative aggressive management of placenta praevia

Am J Obstet. Gynecol 1980; 137, 687-695

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

Cesariennes pour placenta praevia. Mortalité et Morbidité perinatales.

Reo Fr Gynecol. Obstet 1986 ; (81)12 ; PP.685-691

13. DEMISSIE K, BRECKENRIDGE M B, JOSEPH L, RHOADS G. G.

Placenta praevia preponderance of sexe at brith.

Am J of Epidemiol 1999; 149: 824-30.

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

Placenta accreta with special reference to combined placenta praevia and accreta.

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

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

Med. Contemp 1929; 47, 93.

16. DOUGNON F.

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

These Med : Bamako, 1989, N°64

17. FILIPOVE, RUSEVA R.

The localisation of the placenta in pregnant women with one or more past cesarean section

Akuherstvo Igine Kologiiia 1995 ; (3) 34 ; PP. 7-8

18. FOOTE W.R, FRASER WD.

Placenta praevia a critical appraisal of eight years' management.

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

19. FOSCOLOS P.

Données statistiques sur le placenta praevia

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

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

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

Gynecol obstet 1998; 93: 457-463.

21. GORODESKI I. G., BAHARIC. ,CHACHTER A., HERIA.

Recurrent placenta praevia -

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

22. GRONIOWISKI J ;ROSZKOWSKI I.

simple technic of radiological placenta localization and its clinical value.

Polish. Med. J ;1966 ;(5) 3 ;pp 591 - 600.

23. GROSSIEUX P ; LEDUC J.P ; ROUCHY . R.

insertion basse du placenta.

Rev. Franç. Fgynecol-obstet ; 1970, 65, 83 - 93.

24. GUIADEM F. A.

Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et de l'accouchement. Epidemiologie et thérapeutique (a propos de 301 cas colligés à la maternité du chu de cotonou).

Thèse de Med : cotonou, 19990, N°510

25. HANDLER A.S ; MASON E. D ; ROSENBERGD. L ; DAVIS F.G.

The relation ship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and placenta previa

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

26. HERSHKOWITZ R ; FRASERD ; MAZORM ; LEIBER MANJ. R.

One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta praevia

Europ- . Obstet- Gynecol- Reprod- Biolo ;1995 ; 62 ; PP. 185- 188

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

Previous cesarean section and abortion as risk facteurs of developing placenta praevia.

J of Obstet et Gynecol Research 1999; 25: 137-42.

28. HERLYN U.

Experimenteller Bertrag sur Ätiologie Der p.p am modellder decidualen Zellreaktron bei der ratte.

Archiv. Gynäkol ;1964, 199, 496 - 501.

29. HIBBARD L . T

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

Revue. Franç. Gynécol obstet ; 1953 ; (48 ;3 -4 ; pp 80).

30. HODONOU E. K

Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu africain à dakar.

Thèse Dakar, 1968, N°18

31. HOUSSOU H.

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

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

32. HUANG Y ; DAI Z.

cesarean section in placenta praevia.

Chung. Hua. I.Tsac. Chih. Taipei ; 1990 ; (1)70 ; PP.13-15

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

Invertigation of abdominal masses by pulsed ultrasound.

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

34. IFFY L ; KAMINETZ KY H . A

Placenta p : principales and pratice of obstetries and perinatology.

John wiley Sons : edit; New York ; 1981 ; (2) pp 1105 - 1120.

35. IYASUS., SAFTLASA. K., ROWLEY D.L., KOONING L.M., AND all .

The epidemiology of placenta praevia in the uneted states, 1979 through 1987.

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

36. JEFFREY M ; BARRET M. D ; and all.

Induced abortion : A Risk factor placenta praevia.

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

37. JOHNSON H . W

The conservative management of some varieties of placenta praevia.

J obstet - gynecol ; 1945 ; (50) ;

pp 248 - 254).

38. JOUPELLA. P.

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

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

39. KAMINA P.

Anatomie gynecologique et obstétricale. Maloine SA, Paris 1984 pp. 396

40. KEITA S . B.

Placenta praevia : facteurs de risque, pronostic de l'accouchement à l'hôpital du point G.

Thèse de med n°47, Bamako 1997.

41. KLOSE B; WELDENBACH A

Die Behandlung der placenta p Z Gburstsh perentol; 1970,172-467

42. KONE F.

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

Thèse de med n°48 Bamako 1989.

43. LACOMME M

Pratique obstétricale

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

44. LAVERY J . P.

Clin. Obstet. Gynecol ; 1970 (3) 33 ; pp 414 -421.

45. LEPAGE, HERVETE ; HENRION R.

Consideration sur 114 cas de placenta praevia

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

46. LIRA PLASCENCIA J ; CABRALF. J and all

Placenta previa. Maternal and perinatal repercusion.

Analysis of 170 caxs.

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

47. LIRA PLASCENCIA J. OCHOAI. F ; and all

Placenta previa / acreta and prvious cesarean section.

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

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

48. LOCK WOODCH. J.

Placenta praevia and relate disorders- in : QUEENANJ. T

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

Boston, Blakwell scientific publicatione, 1994.

49. LOKOSSOU A.

Mortalité maternelle au centre hospitalier departemental de reference de l'ouemé.

Etude prospective de janvier 1995 à mars 1996.

Résumé des rapports et communicationsdes 4èmes journées de la S. Z. G. O et 3^{ème} journée de la S. I. G. O Abidjan 9-10-11-12-13-decembre 1996

50. LUCAS W . E _

Post partum hemorrhage

Clin. Obstet . Gynecol; 1980, (23, 637 - 646).

51. MABIE W. C ;

Placenta praevia. (review)

clinics in perinatology ;1992 (2) 19 ; pp. 425-435

52. MACAFFEE C . H . G ; MILLAR W . G ; HARLEY G.

Maternal and foetal morbidity in praevia.

J. Obstet. Gynecol ; 1980; (23; pp 637 - 646).

53. MAILLET R ; CAOT ; GAUTIER ; MARTIN A ; GILLET J .Y

Reflexions à propos sur une serie continue de 204 cas de placenta praevia

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

54. MAKHEED R ; TOMI N. ; MOUSSA M

A retrospective analysis of pathological placenta implantation - site and penetration.

Intern - J - Gynecol - Obstet ; 1994 ; (2) 47 ; pp. 127 - 134

55. MAYER M ; FISCHGOL ; HERVER ; CHALUT.

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

Bull. Fed. Sec. Gynecol0 obstet; 1958 ; (10) 2 ; pp. 125 - 130.

56. MENEES et HOLLY. L.E

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

Amer J Obstet Gynecol 1932, 24 542 - 552.

57. MERGER ; LEVY J ; MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique. Masson , Paris 1993 pp 245 - 252.

58. MILIEZ J.

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse : orientation diagnostic
Rev. Praticien ; 1991 ; (41)9 ; PP. 835- 838.

59. MONICA G ; LIL JAC.

Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk
Acta- Obstet. Gynecol. Scand ; 1995 ; (5)74 ; PP. 341- 345

60. MORGAN J.

Placenta praevia : report on a series of 538 cases (1938 - 1962).
J. Obstet - Gynecol. Brit. Cwith ; 1965, 72 700 - 705.

61. MOUE J.R.

Placenta praevia : antepartum conservative management, inpatient versus out patient
Am - J - Obstet. Gynecol ; 1994 ; (6) 170 ; pp. 1683 - 1686

62. NAEYE R . L

Placenta praevia. Predisposition factor and effects on the fetus and surviving infants.
Obstet. Gynecol ; 1980; 55, 701 - 704.

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

Placenta praevia. A possible solution to the associated high foetal mortality rate.
j. reprod. Med. Sci ; 1980, 16, 426 - 432.

64. NILSEN T . F ; HAGBERG H ; LJUNGBLADU.

Placenta praevia and antepartum hemorrhage after previous cesarean section.
Gynecol. Obstet. Invest ; 1989; 27 ; pp. 88 - 90.

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

contribution à l'étude du pronostic des hémorragie. Par insertion basse du placenta -

Placenta obstet ; 1970, 69, 309 - 324

66. PARAZZINI F ; DIUDELLI M ; LUCHINI L ; AND COLL.

Risk factors for placenta praevia.

Placenta ; 1994 (3) 15 ; pp. 321 - 326.

67. PEDOWITZ P

Placenta praevia .an evaluation of expetant

Management and the factors responsible for fetal wastage

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

68. PORTAL P

La pratique des accouchements - paris 1685

69. RAKOTOMALALA J.P.A.

Le palcenta praevia : aspect épidémiologique, pronostic foeto-maternel.

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

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

70. READ J.A ; COTTON D.B ; MILLER F.C.

Placenta accreta : changing clinical aspects and out come.

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

71. RECORD RG.

Observations related to the actiology of placenta praevia with special reference to the influence of age and parity.

Brit J ; prev. Soc Med ; 1956, 10 ; 19 - 24.

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

72. RIVIERE M ; MAHONA ; ECOLL

26 observations de placenta de décollement prématuré du placenta inséré bas.
Etude clinique

73. SCOOTT J . R :

Vaginal bleeding in the mid trimester of pregnancy

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

74. SEMMENS J.P

Placenta praevia : the rôle of conservatrice management in a contolled study.

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

75. SINGH P. M RODRIGUESC ;GUTTA A. N

Placenta previa and previous cesarean section.

Acta. Obstet. Gynecol. Scand ; 1981 ; 60 ; pp. 367-368

76. SMITHK.

Cesarean section in the traitement of placenta praevia. A review of 99 cas

77. TEKETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993. a propos d'une étude cas témoins de 1544 cas.

Thèse med : Bamako, 1996, N°17

78. TOW. W ; LEUNG W. C.

Placenta previa and previous cesarean section.

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

79. UDEWH ET URNER J . A.

Diagnostic radiologique du placenta praevia.

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

80. WANGALA P ; RIETHMULLER D. ET COLL.

Mortalité et morbidité périnatales liées aux césariennes pour placenta praevia.

Rev. Franç. Gynecol. Obstet ; 1996 ; (91) 11 ; pp 168 - 172.

81. WEINBERG A; RIZZI J ; Mc MANUS R ; RIVERA J.

localisation of the placenta site by radioactive isotopes.

Obstet. Gynecol ; 1957 ;9 ; pp 692 - 695.

82. WILLIAMM. A ; MITTENFORF R.

Increasing maternal age as a determination of placenta praevia more important than increqsing parity ?

83. YASSOUAY

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle par hémorragie a propos de 203 cas observés en 3ans (1988-1991) au service de Gyneco-Obstet du CHU de cocody

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

- 26- Température : / ___ / (°C) 27- Tension artérielle : / ___ // ___ /
 28- Pouls : / ___ / (1=<100, 2=>100, 3=filant, imprenable)
 29- Hauteur utérine / ___ / 30- BDCF : / ___ /
 31- Mouvements fœtaux : / ___ / (O/N)
 32- Terme de la grossesse : / ___ / (1=avant terme, 2=à terme, 3=post-terme)
 33- Dilatation du col : / ___ /
 34- Type de présentation : / ___ / (1=céphalique, 2=siège, 3=transverse)
 35- Type de variété du placenta : / ___ / (1= central ou recouvrant, 2=périphérique ou non recouvrant)
 36- Engagement : / ___ / (O/N)
 37- Contraction utérine : / ___ / (O/N) => Si oui fréquence : / ___ / (/mn)
 38- Hypertonie : / ___ / (O/N) 38- Notion d'hémorragie: / ___ / (O/N) => Si oui croix : / ___ /
 39- Poche des eaux intacte : / ___ / (O/N) => Si non temps de rupture : / ___ / (Heures)
 => Couleur liquide amniotique : / ___ / (1=clair, 2=sanglant)
 40- Arrêt hémorragie après RAM : / ___ / (O/N)

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- 41- Groupage effectué en urgence : / ___ / (O/N)
 42- Indication de transfusion de sang total : / ___ / (O/N) => Si oui nbre de poches : / ___ /
 43- Molécules reçues : / ___ / (1=sérum salé, 2=sérum glucosé, 3=plasmacaire, 4=haemacel, 5=autres : / _____ /)
 44- Indication de transfusion de PFC : / ___ / (O/N) => Si oui nbre de poches : / ___ /
 45- Moment de la transfusion /accouchement : / ___ / (1=avant, 2=pendant, 3=après)
 46- Voie d'accouchement : / ___ / (1=haute, 2=basse)
 47- Type d'accouchement : / ___ / (1=dystocique, 2=eutocique)
 48- Anomalies funiculaires : / ___ / (O/N) => Si oui préciser : / ___ / (1=circulaire, 2=écharpe)
 49- Hospitaliser pendant la grossesse : / ___ / (O/N) => Séjour hospitalisation : / ___ / (jours)
 50- Traitement : / ___ / (1=fer, 2= chloroquine, 3=transfusion, 4=amoxi, 5=autres : / _____ /)

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

- 52a- Apgar1 : / ___ / 52b- Apgar2 : / ___ /
 53a- Apgar5: / ___ / 53b- Apgar5: / ___ /
 54a- Apgar15: / ___ / 54b- Apgar15: / ___ /
 55a- Poids1: / ___ / (g) 55b Poid2: / ___ / (g)
 56a- Taille1: / ___ / (cm) 56b- Taille2 : / ___ / (cm)
 57a- PC1 : / ___ / (cm) 57b- PC2: / ___ / (cm)
 58a- Sexe1: / ___ / (1=M, 2=F) 58b- Sexe2 : / ___ / (1=M, 2=F)
 59a- Réa1 : / ___ / (O/N) 59b- Réa2 : / ___ / (O/N)
 60a- Malformation1 : / ___ / (O/N) 60b- Malformation2 : / ___ / (O/N)
 61a- Référé1 : / ___ / (O/N) 61b- Référé2 : / ___ / (O/N)
 ➤ Si oui lieu : / ___ / (1= CSRéf, 2=HGT)
 62- Délivrance : / ___ / (1=spontanée, 2=artificielle) 63- Révision utérine : / ___ / (O/N)
 64- Placenta : / ___ / (1=complet, 2=incomplet) 65- Taille du cordon : / ___ / (cm)

66- Hémorragie de la délivrance : / ___ / (O/N)

67- Formes associées : / ___ / (1=HRP, 2=procidence cordon, 3=placenta accreta,
4=autres : / _____ /)

COMPLICATIONS MATERNELLES

68- DCD : / ___ / (O/N)

69- Anémie : / ___ / (O/N)

70- Collapsus : / ___ / (O/N)

71- Thrombophlébite : / ___ / (O/N)

72- Infection: / ___ / (O/N)

73- Autres: / _____ /

➤ **Traitement des complications**

74- Hystérectomie : / ___ / (O/N)

75- Transfusion : / ___ / (O/N)

76- Anticoagulant : / ___ / (O/N)

77- Antibiotique : / ___ / (O/N)

78- Réanimée : / ___ / (O/N)

79- Durée séjour : / ___ / (jours)

80- Sortie : / _____ /

FICHE SIGNALITIQUE

Nom	: MABOUNGA NAMISSA
Prénom	: RICH ANNICK
Titre de la thèse	: Etude Epidémioclinique du placenta previa hémorragique au centre de santé de la commune V district de Bamako
Année universitaire	: 2002-2003
Ville de soutenance	: Bamako
Pays d'origine	: Congo
Lieu du dépôt	: Bibliothèque de la faculté de Médecine , de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie	
Secteurs d'intérêt	: Gynéco-Obstétrique, Santé publique

RESUME

Notre étude rétrospective s'était déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 2000 (soit 5ans) .

L'objectif principal était d'étudier les aspects épidémiocliniques du placenta previa hémorragique dans notre service. Nous avons recruté durant cette période 334cas de placenta previa hémorragique sur 33395 accouchements soit une fréquence de 1% . Tous les âges de l'activité génitale sont concernés (15-45 ans).

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

Nous avons enregistré :

-174 cas soit 52,1% de placenta non recouvrant contre 160 soit 47,9% de placenta recouvrant.

-184 cas soit 55,1% de césarienne contre 150 soit 44,9% d'accouchements par voie basse.

-137 cas de nouveau-nés étaient nés avant terme et 49 soit 14 ;2% avaient été référés dans une structure néonatale.

-0,9% de décès maternel et 72 soit 20,9% de mort-nés.

MOTS CLES :*placenta previa hémorragique, urgence obstétricale, santé publique.*