



Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

F.M.P.O.S

Année universitaire 2010-2011:

N°... /

TITRE

*ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUES DU PLACENTA
PRAEVIA HEMORRAGIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI
A PROPOS DE 40 CAS*

Thèse

*Présentée et soutenue publiquement le
A la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie*

Par :

M. MAMADOU SIBIRI TRAORE

JURY

PRESIDENT:

PR MAMADOU TRAORE

MEMBRE :

DR THERA AUGUSTIN TIOUKANI

CO-DIRECTEUR:

DR PIERRE MAKAN COULIBALY

DIRECTEUR:

PR ISSA DIARRA



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

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

DEDICACE



Je dédie cette thèse :

A Mon père : Sibiri TRAORE

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

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

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

A Ma mère : Mariam DIOURTE

Douce mère

Tendre mère

Vénérable mère

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

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

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

A mes oncles :



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

A mes **Sœurs et Frères,**

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

A mes **Neveux et Nièces,**

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

A mes **tantes :**

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

REMERCIEMENTS



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

A mes **amis : Docteur en médecine**

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

A tous mes **camarades de la FMPOS :**

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

A mes amis aînés de la FMPOS :

Merci pour vos conseils.

A mes cousines et cousins :

Vous avez été toujours là quand il le fallait

Votre compréhension et votre humilité si remarquable n'ont pas fait défaut.

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

A Toute la **famille DIOURTE à KALABANKOURA ,
particulièrement à Mr Baba DIOURTE et FEU Mme DIOURTE
Omou SOUKO**

Je ne saurais vous dire ce que je ressens.

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



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

A la **famille TRORE a KALABANCORO**, particulièrement à **Mme TRAORE SALIMATA DIOURTE**, tu à été pour moi une mère exemplaire, je ne saurais exprimer le sentiment et l'amour que j'ai pour toi ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH** renforce ta bonté, ta générosité et guide toujours tes pas.

A la **famille TRAORE à NIAMAKORO**, particulièrement à **Mr TRAORE YACOUBA**

Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissante, je pris que Dieu le tout puissant resserre nos liens et nous maintienne unis et forts sur la voie tracée par nos parents.

A La famille **OUATTARA à KALABANCOURA**, plus précisément à Mme **TRAORE KADIDIATOU OUATTARA**, sache que cette recherche est la votre.

A mes aînés du service, tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique: (médecins généralistes, faisant fonction d'internes, sages femmes, infirmières obstétriciennes, manoeuvres)

Pour votre bonne collaboration, le service a été pour moi une famille

Mes encadreurs: Dr KANE FAMAKAN, Dr COULIBALY PIERRE, Dr DIARRA ISSA, Dr ELVIS, Dr TOMY

Je ne regrette jamais d'avoir été vos élèves, la formation et l'éducation que vous m'avez données, vont au-delà de tout cadre médical. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.



Au **médecin chef et tout le personnel de l'HSD de MOPTI .**

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

Mes chers collègues Faisant Fonction d'Internes :

MOHAMED TRAORE, SOULEYMANE SANOGO, ABDOURAMANE GUIROU, ANNE SAYE

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration dans le respect et la considération tout en vous souhaitant courage et abnégation.



ABREVIATIONS

PP Placenta prævia

CPN Consultation prénatale

DDR Date des Dernières Règles

CHU-GT Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré

CHU-PG Centre hospitalo-universitaire Point G

SA Semaine d'aménorrhée

RAM Rupture artificielle des membranes

RPM Rupture prématurée des membranes

PC Périmètre crânien

PT Périmètre thoracique

HRP Hématome Retro placentaire

CIVD Coagulation intraveineuse disséminée

CSCOM Centre de santé communautaire

HSD Hopital Somine Dolo

bpm battements par minute

SOMAGO Société malienne de gynécologie obstétrique

SAGO Société Africaine de gynécologie obstétrique

CUD Contraction utérine douloureuse

CES Certificat d'étude spécialisée

ml Millilitre

cm Centimètre

mm Millimètre

g Gramme

% Pourcentage

≥ Supérieur ou égal

≤ Inférieur ou égal

IVG Interruption Volontaire de Grossesse



NFS Numération Formule Sanguin

SFA Souffrance foetale aigue



SOMMAIRE

I-Introduction.....	1
II-Objectifs :.....	5
III- Généralités :.....	6
IV- Méthodologie :.....	33
V- Résultats :.....	39
VI-Commentaires et Discussion:.....	56
VII- Conclusion.....	65
VIII- Recommandations :.....	
IX- Références :.....	69



**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Issa Diarra

- ❖ Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie,
- ❖ Gynécologue obstétricien à la maternité de garnison de kati,
- ❖ Ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali,
- ❖ Haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé,
- ❖ Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali,

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

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

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

**A notre maître et membre du jury
Docteur Théra Augustin Tioukani**

- ❖ Maître assistant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie,
- ❖ Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire du point G,

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez. Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

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

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse Docteur Pierre Makan Coulibaly

❖ Gynécologue obstétricien à l' hôpital Sominé Dolo de Mopti,

Cher maître,

Vos qualités humaines, scientifiques et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un maître respectable et admiré.

Vos critiques et suggestions ont été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce document.

Le moment est opportun pour nous de vous adresser notre sincère reconnaissance.

A notre maître et Président du jury Professeur Mamadou Traore

- ❖ Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique.
- ❖ Secrétaire général de la SAGO,
- ❖ Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle,
- ❖ Coordinateur national du programme GESTA internationale,

Médecin chef du centre de santé de référence de la CV du district de Bamako,

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

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

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

Introduction

I. INTRODUCTION

Le placenta prævia hémorragique est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus compliqué d'hémorragie [4].

Le placenta prævia, la rupture utérine et l'hématome rétroplacentaire constituent les principales causes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre, et de la mortalité maternelle dans les pays en développement et dans le monde.

Le placenta prævia constitue une urgence obstétricale. Il met en jeu le pronostic vital materno-foetal de ce fait, il nécessite un diagnostic précoce, une prise en charge adéquate.

En effet, le placenta prævia est la 4^{ème} cause de décès maternel par hémorragie après la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance et l'hématome rétro-placentaire avec des fréquences allant de 0,9 à 1,78 % [26,20,33].

Le placenta prævia se complique de 0,3% à 0,5% des accouchements en Europe, 0,3% à 0,62% des accouchements en Amérique et de 0,5% à 0,9% des accouchements en Asie. Les fréquences les plus élevées sont rapportées en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique avec des taux variant entre 0,5% et 3,6% des accouchements [14, 19, 28, 44].

Au Mali, les études les plus récentes signalent des fréquences entre 0,72% et 2,2% des accouchements [14,33].

Une étude faite en Côte-d'Ivoire par Rokotomalala J. [44], trouvait 39 % de mortalité fœtale. Le taux de prématurité était de 45,50%.

Si les étiologies précises de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus sont inconnues, de nombreuses études ont permis d'identifier les facteurs de risque qui sont : la

multiparité [8, 21, 22, 49]. La multigestité [21] les antécédents de placenta prævia, l'âge maternel élevé [21, 22, 49, 7, 43], un antécédent de cicatrice utérine [33, 8, 21, 22, 15, 42], les grossesses multiples [10, 4, 7, 29], un antécédent d'endométrite, une malformation utérine [4], des manœuvres endo-utérines [4], un fibrome sous muqueux [1], et plus récemment le tabagisme maternel au cours de la grossesse [21].

Pathologie obstétricale redoutable où l'on préconisait l'interruption systématique de la grossesse pour sauvetage maternel, le placenta prævia bénéficie actuellement de moyens diagnostiques et thérapeutiques modernes. L'utilisation de l'échographie dans le diagnostic du placenta prævia 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.

Proportionnellement, la mortalité périnatale a également baissé de plus de 70 % dans les années 1940 à 4-8 % de nos jours [34].

Cependant, dans les pays en voie de développement, l'issue des grossesses compliquées de placenta prævia est encore défavorable dans la plupart des cas à cause de l'insuffisance des infrastructures et du sous équipement de nos centres de santé.

C'est pourquoi nous avons décidé de faire une étude sur cette pathologie qui sévit encore dans nos régions. Pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixés comme objectifs :

Objectifs

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier le placenta prævia hémorragique à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2. Objectifs Spécifiques

-Déterminer la prévalence du placenta prævia hémorragique.

-Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes présentant un placenta prævia hémorragique.

-Déterminer les facteurs favorisant la survenue du placenta prævia et de ses complications .

-Définir la conduite à tenir devant un placenta prævia .

-Evaluer le pronostic materno-fœtal au cour du placenta prævia hémorragique.

Généralité

III.GENERALITES

1. RAPPELS ANATOMIQUES

1-1 Le placenta :

Il est l'organe d'échange entre la mère et le 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 blastocyte. 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 chorale : c'est la partie de l'enveloppe de l'œuf (chorion) où est resté un nombre de villosités.
- Les villosités chorales : elles se divisent en branches divergentes, les unes prenant contact avec la muqueuse utérine et s'y ancrant solidement (villosités crampons), les autres restent libres et baignant dans les lacs sanguins.

La villosité est l'organe élémentaire du placenta. Elle est formée d'un axe vasculaire (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, spécifiques 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 3cm 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. Il se produit un échange continu de substances entre le sang maternel et fœtal.

1-2 Membranes de l'œuf

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

- chorion : partie située entre la caduque et amnios, est fibreuse et transparente.

Elle est résistante .Dans le placenta elle devient la plaque chorale d'où émanent les villosités chorales. 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 sailli 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, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert 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 adhère 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 mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- Les dimensions : le segment inférieur mesure 10cm de hauteur [4,39,32,35] 9-12 cm de largeur et 3-5 mm d'épaisseur [32]. 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 d'effacement qui, après avoir conduit à la contractilité du corps 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 prævia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

2- FACTEURS FAVORISANTS

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues [4,38].

Certains facteurs favorisants sont cependant bien individualisés. Selon Cotton O.[23], le profil typique de la femme candidate de placenta prævia 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. Boog [4] estime que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

2-2 L'âge maternel

Dans sa vaste enquête portant 1023 cas, Record R. [46] constate que l'incidence du placenta prævia augmente en fonction de l'âge, à l'intérieur d'une même parité. Brenner W. [5] accorde finalement une importance à l'âge et à la parité.

2-3 La race

Les travaux les plus récents montrent une augmentation du placenta prævia dans la race noire (multiplié par 1,2 à 1,3) [4].

2-4 Les conditions socio-économiques

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

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 O. [9] retrouve les antécédents d'hystérotomies dans 14,6% des cas. CLARK cité par Boog [4] a prouvé que la fréquence de placenta prævia augmente avec le nombre de césarienne antérieure. Le risque d'insertion vicieuse est maximal au cours de la grossesse qui suit immédiatement la césarienne. Les antécédents d'endométrite sont retrouvés dans 40% des cas [16].

2-7 Les récurrences de placenta prævia

Ce risque est multiplié par 5 ou 6 [4].

2-8 Les grossesses gémellaires

Pour STRONG cité par Boog [1] et Brenner W. [5] 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 nouveau-nés issu du placenta prævia.

2-10 Autres facteurs

D'autres facteurs sont incriminés dans l'étiologie du placenta prævia à savoir :

Les malformations utérines, les fibromes sous muqueux, l'adénomyose. Le rôle favorisant du tabagisme a été évoqué par Naeye R. [51].

3- DEFINITION ET CLASSIFICATION

3-1 Définition L'anomalie de siège, le vice d'insertion, qui n'est plus nécessairement un vice d'implantation vient de ce que le placenta s'attache au moins en partie sur le segment inférieur dont la muqueuse se transforme elle aussi en mauvaise caduque [38].

3-2 Classification

On y distingue deux types de classifications

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

-Placenta latéral : ici, le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.

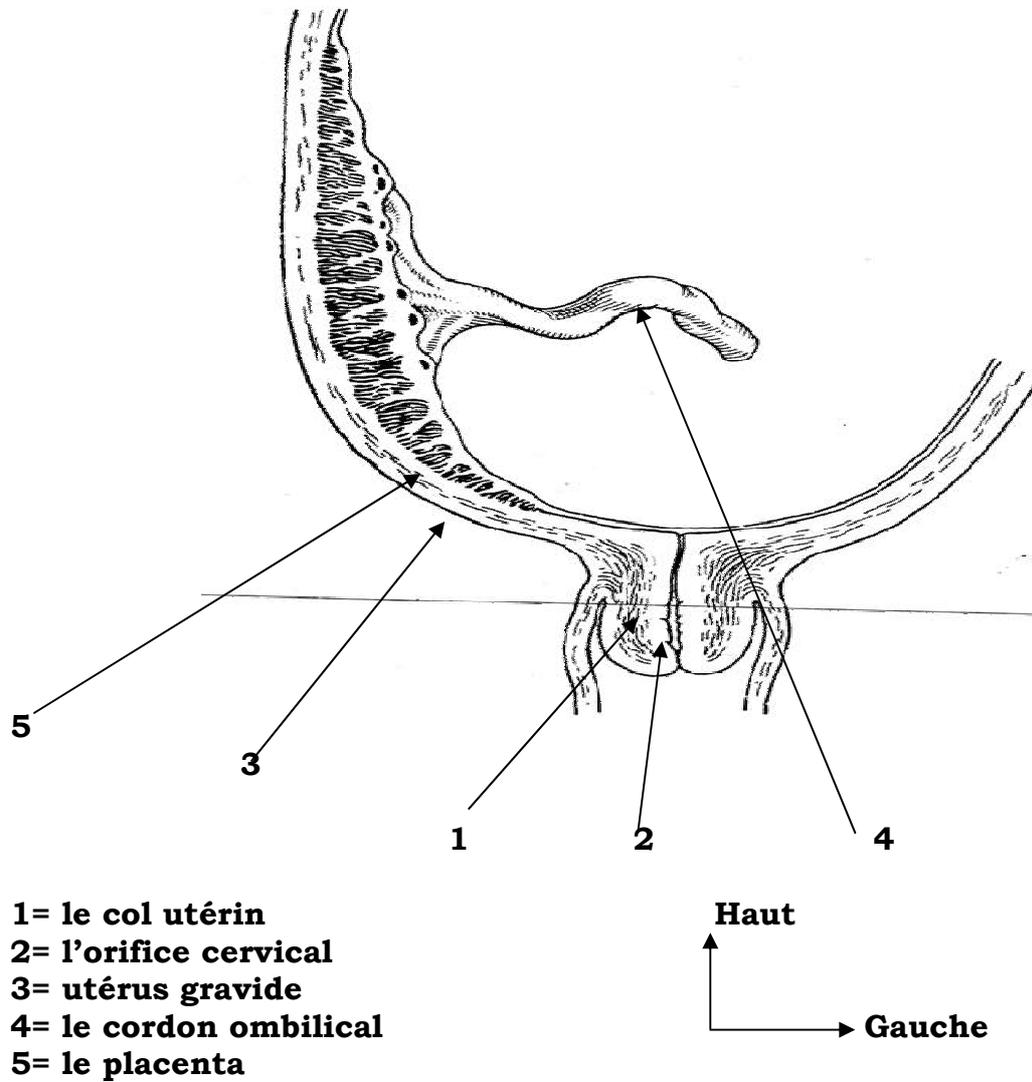


FIGURE.1 Placenta praevia latéral. Merger R. [38]

- **Placenta marginal** : le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical. Il vient affleurer la « margelle » de l'orifice interne du canal cervical.

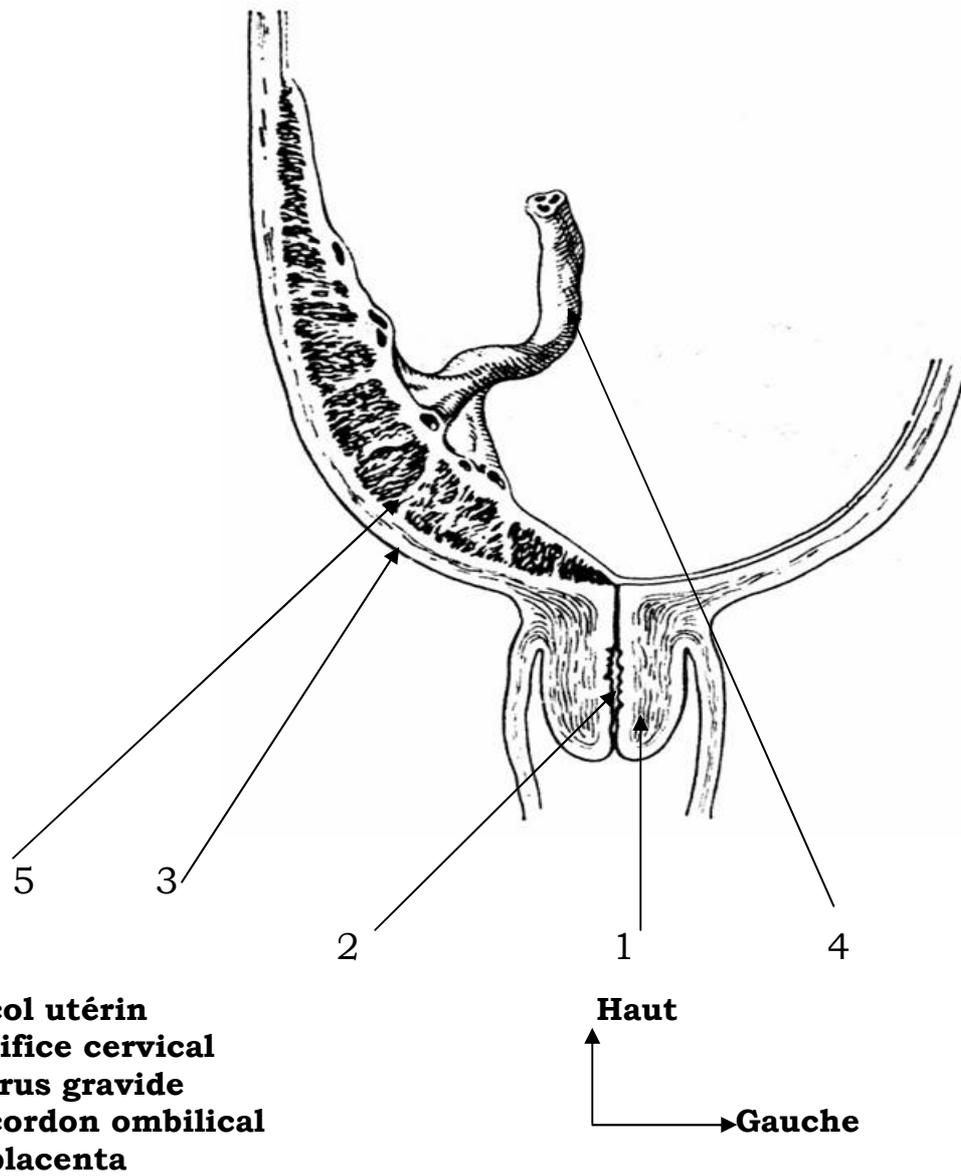
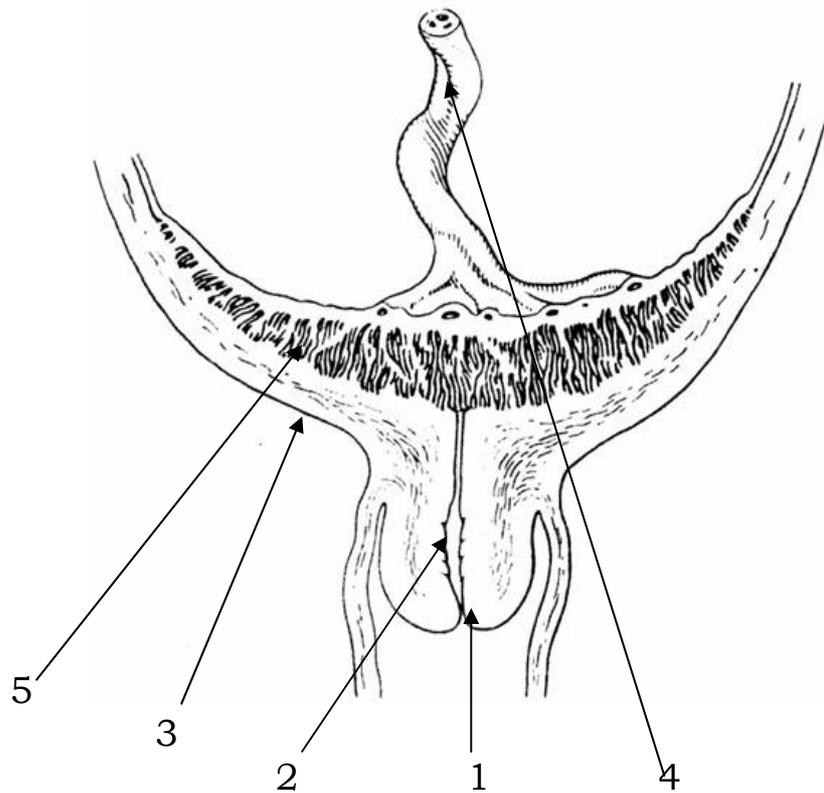


FIGURE 2: Placenta prævia marginal. Merger R [38].

Placenta central : le placenta recouvre l'orifice cervical. Selon que l'orifice cervical soit totalement ou partiellement recouvert par le placenta, le placenta prævia sera dit total ou partiel.



- 1= le col utérin
- 2= l'orifice cervical
- 3= utérus gravide
- 4= le cordon ombilical
- 5= le placenta

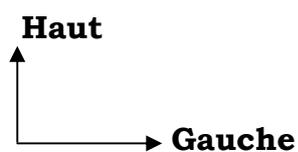


FIGURE 3: Placenta prævia central. Merger R [38].

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 classification 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 S.[31] qui s'attache à déterminer le degré de dilatation du col à partir duquel le placenta est perçu au toucher vaginal.

NB : 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 prævia 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 R. [3], 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 prævia est difficile à établir. Elle varie de 0,33% à 2,6% [40]:

- Selon les critères cliniques adoptés (formes hémorragiques ou non hémorragiques),
- Selon les méthodes de diagnostic,
- Selon les moments 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 prævia hémorragique, la fréquence varie de 0,33% à 0,59% sans l'examen du délivre et avec l'examen du délivre, elle varie 0,73% à 2,26% (le petit coté des membranes inférieures à 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% et 4,5%.

ARTIS [4] après analyse, considère que la fréquence de placenta prævia réel 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 s'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 dans les variétés latérales du placenta prævia, mais il ne rend pas compte de celles des autres variétés.

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

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

Lors de l'apparition des premières contractions et de la formation du segment inférieur, le pôle inférieur de l'œuf se décolle, les membranes sont peu extensibles au voisinage du placenta, d'où hémorragie et rupture large 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 des membranes, prématurité), on peut ajouter les dystocies mécaniques qui sont fréquentes dans le placenta prævia. On rencontre souvent les présentations transverses, les présentations du siège et la procidence du cordon.

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

La rupture prématurée des membranes quant à elle est responsable de l'infection ovulaire. Cela est d'autant vrai que les caillots de sang contenus dans l'utérus et le liquide amniotique constituent un véritable milieu de culture pour les microbes. Ceci explique également l'apparition des phlébites dans les suites de couches chez certaines femmes ayant été victimes de placenta prævia.

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- Signes fonctionnels

- Hémorragies

Elles représentent 11 à 38% des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse [29].

Elles sont dues au décollement du pôle inférieur du placenta, Survenant dans 70% à 83% des cas avant le début du travail. L'hémorragie peut également survenir pendant les travaux ménagers [36].

Elles sont à la fois le symptôme et le danger du placenta prævia. L'hémorragie est externe : le sang de couleur rouge, s'écoule par la vulve. Elle est indolore et inopinée, sans horaire particulier, sans cause apparente survenant aussi bien la nuit que le jour en position couchée que debout. Elles ne s'accompagnent pas d'autres signes fonctionnels. le caractère important des hémorragies, est leur tendance à se répéter. Elles peuvent se rapprocher et s'aggraver, mais une grande variabilité règne à cet égard. Ainsi en général les variétés latérales saignent tôt ; leurs hémorragies se répètent pendant la grossesse, s'arrêtent souvent pendant le travail, les variétés centrales au contraire sont souvent silencieuses pendant la grossesse, pour ne saigner, mais avec brutalité qu'au début du travail [1].

- Les douleurs

Bien que classiquement les hémorragies du placenta prævia soient indolores, Foote W. [16] 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 Macaffee C. [37] l'existence de douleurs doit faire évoquer un décollement placentaire associé, soit un début de travail.

b- Signes physiques

Pendant la grossesse: Le palper montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur .Parfois elle est déviée de l'axe du bassin ou franchement vicieuse.

La présentation du siège est plus fréquente que de coutume.

L'utérus est souple, sans contractures, l'activité cardiaque est perçue. Le toucher montre que le col est long, le segment inférieur est mal formé. Il confirme le défaut d'accommodation de la présentation. La classique sensation de matelas ou d'éponge, qui traduirait l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation, reste la plupart du temps fort imprécise.

Pendant le travail, le toucher très prudemment conduit, car dangereux, permet d'atteindre le pôle inférieur de l'œuf par l'orifice de dilatation du col. On perçoit, dans les variétés latérales, le pôle membraneux, moins lisse que de coutume, rugueux même, et loin de lui le bord placentaire, parfois difficile à différencier. Si les membranes sont rompues on atteint plus ou moins aisément d'un côté le bord placentaire à moins que l'engagement de la présentation ne prohibe cette recherche. Dans les variétés recouvrantes le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang [38].

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 % dans les formes non recouvrantes et 38,8 % dans les formes recouvrantes) [37].

c- Les examens complémentaires :

L'échographie est cependant un examen complémentaire essentiel. Elle permet de visualiser, le placenta à la partie basse de l'utérus, d'en voir les limites et en particulier d'apprécier la distance séparant son bord inférieur de l'orifice interne du col.

Quand le placenta est antérieur et que la vessie est pleine le diagnostic est facile. IL l'est moins lorsqu' il est postérieur [38].

Elle permet de faire la classification selon Bessi [3].

6.1.2 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 foétale 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 prævia est greffé d'une mortalité maternelle de 25 % et d'une mortalité foétale 90 % [34].

6.2. 2. Avec traitement

a- Pendant la grossesse

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

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

b- Pendant le travail

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

de l'hémorragie dans les insertions recouvrantes peuvent entraîner le collapsus et le choc. Il existe même des hémorragies cataclysmiques, coïncidant également avec un début du travail, qui entraînent la mort.

c- La délivrance

La délivrance est souvent facile, le placenta étant partiellement décollé. Mais ce décollement partiel reste la cause 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 prævia représentent 2 à 34 % des observations [40,37,17,33] .

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 prævia ne sont reconnus qu'à la délivrance artificielle ou à l'examen des membranes sur le produit du délivre (petit côté des membranes inférieur 10cm).

6.3.2. Formes associées à un décollement prématuré du placenta

Il s'agit, le plus souvent, de l'hématome décidual marginal et plus rarement l'hématome décidual basal. Son tableau clinique n'est pas toujours typique mais son pronostic est grave pour la mère et elle est quatre fois plus fréquente que lors des accouchements normaux : 1,6 à 5,6 % [19,37] .

b- Placenta accreta

Dans les statistiques du placenta prævia, cette association est retrouvée avec une fréquence variable : 0,6 % 5 % [38].

c- Les complications du placenta prævia sont redoutables

- Hémorragies massives de la délivrance avec des pertes sanguines en moyenne de 4716 ml et des transfusions de 7,6 unités de sang [47].
- 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 J. [45].

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 :
 - hémorragies modérées avec utérus souple
 - vitalité foetale 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.

Elle permet de faire la classification [3].

8. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le placenta prævia 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 ano-génitale 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 [28,9,46,11], notamment des polypes du col (6 %), des érosions (6 %) et des dysplasies ou cancers du col (5 %) [43].

Les causes d'hémorragie d'origine endo-utérines au 2^{ème} Trimestre.

Le placenta prævia représente 12,2 à 26,8 % des causes d'hémorragie au 2^{ème} trimestre [33,50]. Les autres diagnostics à évoquer sont :

- l'hématome décidual basal (34,8 %) [50]
- l'avortement tardif (7 %) [33]
- le môle hydatiforme (7 %) [50]
- Les menaces d'avortement [33,50].

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 celles-ci soit spontanées ou provoquées) :

- hémorragie par rupture d'un vaisseau prævia
- le méléna intra-utérin.

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

Hématome rétro placentaire (HRP) :

Le début est brutal. L'abdomen est augmenté de volume, utérus dur partout comme du bois. Le saignement peu abondant est fait de sang d'aspect noirâtre. Un syndrome vasculo-renal avec élévation de la tension artérielle et une protéinurie positive est associé au tableau. Le fœtus est généralement mort.

La rupture utérine

Le début est brutal, elle survient au cours du travail. La douleur est intense avec disparition des contractions utérines. L'utérus est vide. Le fœtus est expulsé dans la cavité péritonéale facilement palpable. Le choc est d'installation rapide. Le rythme cardiaque fœtal et les mouvements fœtaux sont absents.

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

9.1. Pronostic maternel

9.1.1. La mortalité

Actuellement, la mortalité due au placenta prævia est diminuée. Le placenta prævia représente 2,6 % à 6 % de la mortalité maternelle [4,37] .

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

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

9.2. Pronostic fœtal

9.2.1. Facteurs de pronostic fœtal

a- Age gestationnel

b- Poids fœtal

- c- Hémorragies maternelles
- d- Variétés anatomiques du placenta prævia
- e- Mode d'accouchement
- f- Condition de la césarienne.

9.2.2. Morbidité fœtale

La morbidité des enfants issus d'un placenta prævia est augmentée. Le score d'Apgar à 1^{ère} min est bas, deux 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 [17] .

Les principales complications néonatales sont : les détresses respiratoires par immaturité pulmonaire, les ictères, les hypoglycémies, les hypocalcémies.

Les nouveau nés sont très souvent anémiés, la plupart d'entre eux ayant été traités de façon conservatrice (78,1 %) [16]; le risque de séquelle hémorragique n'est pas négligeable. Cotton O. [9] relève 3,5 % de consultation néonatale.

10. TRAITEMENT

En présence d'un placenta prævia 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 gynécologue obstétricien, un anesthésiste réanimateur et un pédiatre néonatalogue, disponible 24/24 heures,
- Appareillage d'échotomographie,
- Sang frais disponible en permanence.

10.1. Le but du traitement

Il est double:

- Dans un 1^{er} temps, arrêter l'hémorragie ;
- Dans un 2^{ème} temps : corriger les conséquences de l'hémorragie.

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

10.2. Méthodes et indications

10.2.1. Pendant la grossesse

a- La conduite à tenir

L'expectative et la surveillance en milieu hospitalier. Le traitement médical se résume à l'usage des sédatifs utérins, tels que les antispasmodiques et les bêtamimétiques. 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 graves 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 [4,38] 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 prævia. En effet, le nombre de placentas prævia hémorragiques 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

- Faire la délivrance artificielle associée à la révision utérine d'urgence.
- La laparotomie peut s'avérer nécessaire en cas d'hémorragie de la délivrance non corrigée par le traitement médical 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 une perfusion intraveineuse continue d'ocytocine.

10.2.4. Pendant les 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 prævia 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 immédiat

L'accouchement sera immédiat :

- en cas d'hémorragies massives
- en cas d'hémorragie persistante (10 à 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 foetale
- s'il apparaît une souffrance foetale.

12.2. Traitement conservateur

Il est indiqué chaque fois que le placenta prævia 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 iso-rhésus

Méthodologies

IV. METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude : Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

1-1-L'HOPITAL DE MOPTI : IL à été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuel pavillon de médecine et de pédiatrie) .Après l'indépendance ,il passa par diverses appellations notamment l'hôpital régional à partir de 1969 et bénéficia de nouvelles constructions . C'est en 1969 qu'il fut baptisé <<HOPITAL SOMINE DOLO>>. Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la Santé, natif de la région. L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2^{ème} référence pour toute la région. Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public Hospitalier (EPH) avec une autonomie de gestion .

1-2 Le service de gynécologie et d'obstétrique comporte : deux bureaux servant en même temps de box de consultation ; une salle de garde des sages femmes ; deux salles d'hospitalisation ventilée comportant 11 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à 2 lits. La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire et comporte deux tables d'accouchement et trois lits de suites de couches immédiates ; le bloc opératoire comporte deux salles opératoires et le service de Gynécologie et d'obstétrique partage ces salles opératoires avec la chirurgie. La garde est assurée par un gynécologue, une sage femme, un faisant fonction d'interne, une Infirmière obstétricienne et le manœuvre.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive.

3. Période d'étude

Notre étude s'est étendue sur une période de 1an allant du 1^{er} Janvier 2009 au 31 décembre 2010.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes d'au moins 28SA admises dans le service pour accouchement pendant la période d'étude.

5.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclu dans notre étude toute femme enceinte d'au moins 28SA ayant accouché dans le service chez qui le diagnostic de placenta prævia hémorragique a été posé.

5.2 Critères de non inclusion

Les cas de placenta prævia ayant accouché en dehors du service et admises dans le service pour complications .

Le placenta prævia diagnostiqué dans le service dont la prise en charge a eu lieu dans une autre structure sanitaire .

Les cas de placenta prævia non hémorragiques.

5.3 Taille de l'échantillon : Nous avons calculé à partir de la formule de Schwartz

$$n = (Z\alpha)^2 \frac{P \times Q}{i^2}$$

$$z\alpha = 1,96$$

i= 5% (précision)

α = risque

P= prévalence du placenta prævia hémorragique au Mali : 1.90 %

$$Q = 1 - 0.0190 = 0.81$$

$$n = 23.64 = 24$$

6. Variables étudiées

Variables de la mère :

Age, profession, statut matrimonial, antécédents, provenance, mode d'admission, motif d'admission, gestité, parité, nombre d'avortement, nombre de CPN, terme, hauteur utérine, dilatation cervicale, métrorragie, voie d'accouchement, hémorragie de la délivrance, pronostic maternel et fœtale.

Examen des annexes :

Poids du placenta, mesure du petit coté des membranes, longueur du cordon, la face maternelle du placenta.

Variables du fœtus :

Score d'Apgar, poids, taille, périmètre crânien, périmètre thoracique, sexe.

9. La collecte des données

La collecte des données a été effectuée sur une fiche d'enquête individuelle remplie à partir des carnets de CPN, du registre d'accouchement, de compte rendu opératoire.

Les données obstétricaux ont été collectées à partir:

des partogrammes, des dossiers obstétricaux, des dossiers d'hospitalisation des malades, du registre d'accouchement, du registre de référence/évacuation des mères et des nouveau-nés, du registre de comptes-rendus opératoires et des fiches d'anesthésie.

10. Difficultés de l'étude

Les principales difficultés de notre étude ont été:

- La problématique d'approvisionnement en sang à l'HSD de Mopti pour la prise en charge des urgences obstétricales.

- L'appréciation des BDCF à partir du stéthoscope de Pinard faisant l'objet de beaucoup d'incertitudes.

11. Définitions opératoires :

-Référence : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

-Evacuation: Les parturientes référées dans un contexte d'urgence.

- Gestité : nombre de grossesse
- Parité : nombre d'accouchement
- Primigeste : c'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.
- Paucigeste : c'est une femme qui a contracté 2 à 3 grossesses.
- Multigeste : c'est une femme qui a eu 4-5 grossesses.
- Grande multi-geste : c'est une femme qui a eu au moins 6 grossesses.
- Nullipare : c'est une femme qui n'a jamais accouché.
- Primipare : c'est une femme qui a accouché une seule fois.
- Paucipare : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois.
- Multipare : c'est une femme qui a accouché 4-5 fois.
- Grande multipare : c'est une femme qui a accouché au moins 6 fois.

12. Déroulement pratique de l'étude

- Un questionnaire était rempli dès que les patientes admises dans le service obéissaient aux critères d'inclusions.

Une fois le diagnostic de PP connu, on procédait à :

- l'installation de la patiente ;
- la prise de voies veineuses sûres avec cathéter G16 ou G18 ;

- La demande de groupe sanguin rhésus pour celles qui n'en ont pas.
 - la demande du taux d'hémoglobine en urgence ;
 - la demande d'une échographie, si nécessaire en urgence, pour préciser :
 - Le diagnostic de placenta prævia .
 - Le terme de la grossesse ;
 - la vitalité fœtale.
 - La maturation pulmonaire du fœtus était réalisée ; si nécessaire par les corticoïdes (12mg en IM à renouveler 24 heures après) au cas où l'état maternel le permettait.
 - Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général de la mère était réalisée.
 - On recherchait également les pathologies maternelles associées.
- La conduite à tenir dépendait de ces différents paramètres.
- Nous avons procédé au suivi de nos malades et des nouveau-nés vivants durant toute la durée de l'hospitalisation.
- La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA), est réalisée systématiquement.
- 13. La saisie** des données a été effectuée sur le logiciel Word 2007 et l'analyse des données à été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 16 .0).

Résultats

V. Résultats :

1. Prévalence

1.1 Au cours de la période d'étude nous avons relevé 40 cas de placentas prævia hémorragiques sur 946 accouchements soit une Prévalence de 4,2%.

1.2 Ainsi nous avons dénombré un total de 54 cas de placenta prævia dont 40 hémorragiques soit une prévalence de 74%.

2. Caractéristiques socio- démographiques

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
<19ans	4	10
19 à 35 ans	20	50
>35 ans	16	40
Total	40	100

Tableau II Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	32	80
Célibataire	8	20
Total	40	100

Tableau III Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	31	77,5
Enseignante	1	5
Secrétaire	1	
Commerçante	3	7,5
Elève	2	5
Etudiante	2	5
Total	40	100

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	3	7,5
Primipare	4	10
Paucipare	4	10
Multipare	18	45
Grande Multipare	11	27,5
Total	40	100

3 .Etude clinique

Tableau V Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référée	13	32,5
Evacuée	9	22,5
Venu d'elle-même	18	45
Total	40	100

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
PPH	11	27,5
Hémorragie sur grossesse	15	37,5
Hémorragie Pendant le travail	10	25
CUD	4	10
Total	40	100

Tableau VII: Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
28SA à 33SA	3	7,5
34SA à 37SA	10	25
≥ 38	27	67,5
Total	40	100

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la consultation prénatale

Consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
0	13	32,5
1-4	20	50
>4	7	17,5
Total	40	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon les différentes formes associées de PPH

Différentes formes Associées	Effectif	Pourcentage
PPH et HRP	3	7,5
PPH et RPM sans procidence	2	5
Aucune	35	87,5
Total	40	100

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents

ATCD	Effectif	Pourcentage
Curetage	8	20
Rupture utérine	1	2,5
Endométrite	3	7,5
Césarienne	7	17,5
Avortement	10	25
Aucun	11	27,5
Total	40	100

Tableau XI Répartition des patientes selon le score de Glasgow

Score de Glasgow	Fréquence	Pourcentage
Normale (13 à 15)	31	77,5
Obnubilation (9 à 12)	9	22,5
Total	40	100

Tableau XII Répartition des patientes selon la hauteur utérine

HAUTEUR UTERINE (cm)	Fréquence	Pourcentage
24Cm à 29Cm	10	25
30Cm à 35Cm	26	65
36 à 40Cm	4	10
Total	40	100

Tableau XIII Répartition des patientes selon les BDCF

BDCF	Fréquence	Pourcentage
Absent	4	10
< 120bts/Min	10	25
120-160bts/Min	24	60
>160bts/Min	2	5
Total	40	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le moment de survenue de l'hémorragie.

Moment de Survenue	Fréquence	Pourcentage
Ante-partum	12	30
Per-partum	28	70
Total	40	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
>11	4	10
7-11	6	15
≤6	30	75
Total	40	100

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

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	5	12,5
Voie haute	35	87,5
Total	40	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

Indication Césarienne	Fréquence	Pourcentage
Persistance de L'hémorragie malgré l'ammniotomie (en travail)	2	6
Reprise de l'hémorragie	1	3
Procidence du cordon	1	3
Présentation de siège	2	6
Présentation transverse	1	3
choc hémorragique	1	3
SFA	2	6
Placenta prævia recouvrant	25	70
Total	35	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la transfusion

Transfusion	Fréquence	Pourcentage
OUI	28	70
NON	12	30
Total	40	100

4. Prise en charge fœtale

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} min

Apgar à la 1^{ère} Min	Fréquence	Pourcentage
0	4	10
1-3	3	7,5
4-6	7	17,5
≥ 7	26	65
Total	40	100

Tableau XX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} min

Apgar à la 5^{ème} min	Fréquence	Pourcentage
0	4	10
1 - 3	2	5
4 - 6	4	10
≥7	30	75
Total	40	100

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le type de placenta prævia hémorragique

Type de PPH	Effectif	Pourcentage
Recouvrant	25	62,5
Non recouvrant	15	37,5
Total	40	100,0

Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Poids	Fréquence	Pourcentage
< 2000 g	3	7,5
2000 à 2500 g	10	25
2500 à 3500 g	12	30
3500 à 4000 g	12	30
>4000 g	3	7,5
Total	40	100

Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés selon la taille

Taille	Fréquence	Pourcentage
28-46	13	32,5
≥47Cm	27	67,5
Total	40	100,0

Tableau XXIV : Réanimation des nouveau-nés

Réanimation	Fréquence	Pourcentage
Réanimés	14	35
Non réanimés	26	65
Total	40	100

Tableaux XXV : Répartition des patientes selon la survenue des complications immédiates

Complication immédiate	Fréquence	Pourcentage
Hémorragie de la délivrance	2	40
Choc hémorragique	3	60
Total	5	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le pronostic foetal

Pronostic foetale	Fréquence	Pourcentage
Mort-né	4	10
Mortalité néonatale précoce (J0-J7)	4	10
Mortalité néonatale tardive (J8-J28)	2	5
Nouveau-nés vivants	30	75
Total	40	100

Commentaires et discussion

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A la lumière de cette étude sur le placenta prævia hémorragique, Certains points méritent des commentaires, et discussion.

I-Données épidémiologiques:

1. Fréquence du placenta prævia hémorragique

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 40 cas sur 946 accouchements à l'hôpital sominé Dolo de Mopti , soit 4,22 %.

Monica G. et AL [40], en 1995, en Suisse, rapportaient un taux de 0,3 %.

Filipove et AL [15], en 1995, en Bulgarie, affirmaient que le taux de placenta prævia hémorragique s'élevait à 0,45 %.

Notre fréquence est supérieure à celle de l'Europe et d'Amérique .

Ceci pourrait s'expliquer par les mauvaises conditions d'accouchement en Afrique et par la grande multiparité.

En Afrique, le taux de placenta prævia est très variable :

-TRAORE M. [48] ,en 2007 à Bamako(MALI) :1,09 %

-DIALLO A. [12] ,en 2008 à Bamako(MALI) :1 %

-Guiaden F. [20], en 1990 à Cotonou (Bénin) : 0,72 %.

Nous avons trouvé 25 cas, soit 62,5 %, de placenta recouvrant ; Keïta S. [31] trouvait 53,34 %, Bagayoko S.[2] 48,39 % et Koné F. [33] 48,21 % ; 15 cas, soit 37,5 % de placenta prævia non recouvrant.

Ceci s'expliquerait par le fait que l'accouchement des formes recouvrantes n'est possible que dans un centre chirurgical et les formes non recouvrantes peuvent accoucher dans des centres de santé non chirurgical.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Age maternel

La tranche d'âge de 19 – 35 ans, qui correspond à la période optimale de la procréation, est la plus représentée (50 %). Cette prédominance est retrouvée dans la plupart des études africaines [8,9] . Par ailleurs les adolescentes (âge compris entre 15 et 19 ans) ont représenté 10% dans notre série. Les patients d'âge obstétrical optimum étaient de 40%.

Hodonou E. [26] a trouvé dans sa thèse les âges extrêmes de 13 et 47 ans à Dakar. A travers ces résultats, nous constatons que le placenta prævia peut survenir à tous les âges de l'activité génitale de la femme. La plus grande fréquence de placenta prævia se situe aux environs de la trentaine.

Cependant, la plupart des études, à travers le monde, trouve que l'âge avancé de la femme est un facteur favorisant la survenue de placenta prævia Parazzini F. [43] , alors que dans notre étude les patientes de plus de 35 ans n'ont représenté que 40 %. Certaines études africaines sur le placenta prævia, particulièrement sous régionales, montrent une fréquence plus élevée dans la tranche d'âge de 19 à 35 ans [37,17,6]. Notre résultat a montré 50 % entre 19 et 35 ans, ceci s'expliquerait par le fait que notre population d'étude est jeune dans son ensemble, les mariages précoces, l'absence ou l'insuffisance d'espacement des naissances avec leur corollaire de jeune multipare, donc sujet de placenta prævia.

La Gestité

Certains auteurs ont cité la multigestité comme étant un facteur favorisant de placenta prævia [4,3,48,30,6].

Nous avons enregistré 44,12% de multigestes, 16,66% de paucigestes, 11,76 % de grandes multigestes contre 27,45 % de primigeste .Diallo A. [12] a trouvé 46,3 % de multi-gestes et 37,3 de grandes multi-gestes, Traoré M. [48] 44,11 % de multi-gestes. Cette association placenta prævia et multigestité est retrouvée par Handler A et Al[21]. Ils trouvaient que les multigestes courent un risque cinq fois plus élevé pour le placenta prævia que chez les primigestes.

La parité :

Nous avons constaté que les grandes multipares et les multipares sont plus touchées que les primipares. L'association multiparité et placenta prævia a été prouvée par plusieurs auteurs. Ainsi, les statistiques de Boog G. et Merger [4 ,38] ont rapporté que les multipares sont quatre à cinq fois plus concernées que les primipares par rapport au placenta prævia. Cette même proportion est retrouvée par Handler A et Al [21].

Dans notre étude, 45% des patientes étaient des multipares ; 27,5% des grandes multipares ; 10% de paucipares. Les nullipares constituaient 7,5% des cas dans notre étude.

Ecart-type = 6,88

Age moyen = 27,63 ans

Les mariées, au nombre de 32, représentent 80 % contre 8 cas de célibataires.

Nous avons reçu 77,5 % de patientes sans profession, 1,96% de comptables, 0,98% d'enseignante ; 7,5 % de commerçantes ; 5% d'étudiantes 5% d'élèves.

Le nombre de femmes mariées, élevé, s'expliquerait par le fait du mariage précoce dans notre pays.

3. Les facteurs favorisants

Les antécédents d'avortement et curetage

Nous avons enregistré 20 % d'antécédents de curetage et 25 % d'antécédents d'avortements. Traore M.[48], trouvait 13,7 % d'antécédents de curetage, 10,7 % d'antécédent d'avortements.

Les antécédents de césarienne

Nous avons enregistré 17,5 % d'antécédents de césarienne. Brenner W. [5] a été le premier à signaler que les utérus cicatriciels, après la césarienne, prédisposent à la survenue du placenta prævia au cours des grossesses ultérieures.

Hendricks M. [11] signale que plus le nombre de césarienne augmente plus la femme est susceptible de développer un placenta prævia. Les risques varient entre 2,2 % et 22,4 %.

Hershkowitz R. et Al [12], Chattopadhyah [10], ne trouvaient pas un accroissement de l'incidence du placenta prævia avec le nombre de césariennes antérieures. Cependant, ils notaient une différence statistique significative entre les femmes présentant les antécédents de césarienne et celles sans césarienne antérieure concernant l'avènement du placenta prævia ($P < 0,0001$). Selon eux, les femmes avec un ou plusieurs antécédents de césarienne courent 2,15 fois plus de risque de faire le placenta prævia que celles sans césarienne antérieure.

Brenner W.[5] et Cotton O.[9] trouvaient 10 % à 14 %. Cette association placenta prævia 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.

II. Données cliniques :

Selon le score de Glasgow à l'admission 77,5% des patientes avaient un score normal contre 22,5% d'obnubilation.

Ces cas d'obnubilations s'expliqueraient par l'importance de l'hémorragie.

La mortalité était de 10 % dans notre étude contre 12,21 % selon Koné F. [33], 24,19 % chez Bagayoko S. [2]. Ceci s'expliquerait d'une part par la survenue de certaines complications telle que la procidence du cordon, la rupture prématurée des membranes et d'autre part par l'association de certaines pathologies comme l'hématome retro placentaire.

Les présentations dystociques au cours du placenta prævia hémorragique ont été signalées par Boog [4], et Merger [38]. Dans notre étude, nous avons enregistré 87,5% de présentation céphalique, 7,5% de présentation de siège et 5% de présentation transversale. Nos résultats sont contraires à ceux observés dans la littérature selon lesquels le placenta prævia expose aux présentations dystociques (siège, transverse).

Nous n'avons pas d'élément pour expliquer cette différence.

III. DONNEES THERAPEUTIQUES

L'échographie a été réalisée chez 20% de nos patientes, Bagayoko S.[2] qui a trouvé 37,10 %. Ceci s'expliquerait par le fait que le diagnostic de la plus part de nos cas de placenta prævia hémorragique était cliniquement posé. Dans le but thérapeutique, chez toute femme qui saigne à l'hôpital sominé Dolo, le groupage sanguin rhésus est fait en urgence si la femme n'a pas été groupée pendant les CPN. Au cours de notre étude, 77,5 % ont été groupées en urgence. Le taux d'hémoglobine aussi a été

demandé chez toutes les patientes dont 70 %, ont nécessité une transfusion de sang au laboratoire à l'hôpital sominé Dolo de Mopti. La maturation pulmonaire du fœtus dans le souci de prévenir la survenue de la maladie des membranes hyalines chez le fœtus a concerné 5% des hospitalisées.

La période d'accouchement sur placenta prævia hémorragique est très cruciale. Dans notre étude, 12,5% ont accouché par voie basse, contre 96,74 % d'accouchements par voie basse selon Keïta S.[31].Ceci s'expliquerait par le fait qu'il y avait plus de formes recouvrantes.

La césarienne a été pratiquée chez 2 patientes malgré la rupture artificielle des membranes. Elle a contribué à améliorer le pronostic materno-fœtal chez 6% de nos patientes qui ont accouché par césarienne malgré la rupture artificielle des membranes (persistance de l'hémorragie dans 6% , présentation de siège sur placenta prævia dans 6%, présentation transversale dans 3%, procidence du cordon dans 3% , souffrance fœtale aigue dans 6% ; choc hémorragique dans 3%). La césarienne a été indiquée d'emblée dans les placenta prævia recouvrants soient 62.5% et dans les hémorragies massives pour sauvetage materno-fœtal dans 3%.

La transfusion sanguine a été faite chez 70 %.

Les cas d'anémie légère supportée par les patientes ont été corrigés par le fer + acide folique.

IV. Pronostic maternel et fœtal

Pronostic maternel Dans notre étude, nous n'avons observé aucun cas de décès maternel. Koné F. [33] a relevé 1,78 % de décès maternel, contre 0,9 % de décès maternel observé par Rakotomalala J. [44].

Cinq de nos patientes avait présenté des complications immédiates : 2 cas d'hémorragie de la délivrance et 3 cas de choc hypovolémique.

Pronostic fœtal

Dans notre étude nous avons enregistré 35% de morbidité fœtale.

a- La mortalité

Dans notre étude, nous avons enregistré 10% de mort-nés, 10% de mortalité néonatale précoce, 5% de mortalité néonatale tardive. Traore M. [48] a rapporté 7,69 % de mort-nés, 12,50 % de mortalité néonatale précoce, 7,76 % de mortalité néonatale tardive. Le taux élevé de mortalité périnatale dans notre étude pourrait s'expliquer par le retard de l'évacuation, la prématurité fœtale soit spontanée ou provoquée (accouchement pour choc hémorragique).

b- La morbidité

Les critères de morbidité sont plus difficiles encore à définir [47]. Cependant, nous considérons comme morbide, tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme pour Trazier cité par Teguéte I. [47]; un nouveau-né ayant un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 est rigoureux. Dans notre étude, la morbidité concerne tous les nouveau-nés ayant un Apgar inférieur ou égal à 7. Elle se subdivise en deux catégories: les nouveau-nés en état

de mort apparente, soit 7,5% ; les cas de souffrance cérébrale, soit 17,5%. Nous constatons qu'il y a eu une nette amélioration du score d'Appar à la 5^{ème} minute. 75% avaient un Apgar supérieur ou égal à 7.

Conclusion

VII. CONCLUSION

Le placenta prævia hémorragique constitue de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic maternel et foetal.

Certes, le pronostic maternel du placenta prævia reste favorable. Une prise en charge rapide par une équipe pluridisciplinaire, composée d'obstétriciens, de réanimateurs, de néonatalogues et de biologistes, pourrait améliorer le pronostic maternel et foetal.

Recommandations

VIII. Recommandations

Au regard de la problématique de la prise en charge liée au placenta prævia hémorragique, il convient de formuler des recommandations pour une amélioration du pronostic materno-fœtal.

1. A l'endroit de la communauté

- Eviter les mariages précoces qui prédisposent la femme à des grossesses nombreuses facteurs de risque du placenta prævia ;
- Fréquenter les centres de santé pour une CPN de qualité.
- Eviter les avortements clandestins.

2. A l'endroit des agents socio-sanitaires

- Renforcer l'éducation pour la santé par rapport à l'intérêt des consultations prénatales et de la planification familiale;
- Eviter les références tardives ; et les évacuations hâtives ;
- Veiller aux règles d'asepsie et d'antisepsie.

3. Aux autorités politiques et administratives

- La dotation de l'unité de néonatalogie en équipement de réanimation et de personnel qualifié (néonatalogues) pour la prise en charge des nouveau-nés.
- Améliorer la problématique d'approvisionnement en sang à L'HSD de Mopti.
- Doter la salle d'accouchement de L'HSD de cardiotocographe et d'appareil échographique.
- Renforcer les capacités d'accueil en multipliant les centres de santé.

- Renforcer la formation des agents socio-sanitaires. Encourager la recherche sur la pathologie obstétricale en vue de remédier à la survenue des cas de décès maternel et fœtal.
- Renforcer le système d'information entre les différentes structures de santé.

Références

IX. REFERENCES

1. **AUBARD Y., Baudet J H.** Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse. Orientation diagnostic. Rev. prat (Paris) 1994 ;(44)12 ; p1665-1670.
2. **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
3. **Bessis R., Brignon C., Shneiderl.** Localisation placentaire échographique dans les insertions basses; difficultés: le placenta migrateur. Soirée échographique Gynecol-obstet 1976 ; (5) ; p 3751.
4. **Boog G.** Le Placenta praevia. Encycl Med. Chir (Paris) obstétrique 1983; 5069 A10.
5. **Brenner W., Edelman A., Hendrichs C.** Characteristics of patients with placenta praevia and results of «expectant management» am. J. Obstet Gynecol 1978; 132, 180-191.
6. **Browne J.** Localization of the placenta by means of radioactive sodium. Roy, Soc. Med 1951; (44); p 715 – 718.
7. **Charasson T., Fournier A.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse Rev. Fr. Gynecol. Obste 1994; (89) 11 p560 – 569.
8. **Chattopadhyah S., Kharif H., Sherbeeni M.** Placenta praevia and accreta after previous caesarean section. Eur. J. Obstet. Gynecol. Repro Biol 1993; (3) 52; p 151 – 156.

- 9. Cotton O., Read J., Paul R., Quilligan E.** The conservative aggressive management of placenta praevia Am J Obstet.Gynecol 1980; 137, 687-695
- 10. Danzer M., Sloukji J., Agnani G., Colette C.** Césarienne pour placenta praevia. Mortalité et Morbidité périnatales. Reo Fr Gynécol. Obstet 1986 ; (81)12 ; p685-691.
- 11. Demissie K., Breckenridge M., Joseph L., Rhoads G.** Placenta praevia preponderance of sexe at brith. Am J ofEpidemiol 1999; 149: 824-30.
- 12.Diallo A.** Aspects épidémiologiques et Clinique du placenta praevia hémorragique au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako, à propos de 67cas thèse de médecine, 2008.116 :p 62-96.
- 13. Dimasi F., Mc Gold rick D., Grogna R.** Placenta accreta with special reference to combined placenta praevia and acreta. Am. J. Obstet - Gynecol 1963; 87. 190 - 197.
- 14. 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.
- 15. Filipove., Ruseva R.** The localisation of the placenta in pregnant women with one or maye past cesarean section.Akuherstvo igine kologiiia 1995 (3) 34: p 7-8.
- 16. Foote W., Fraser W.** L Placenta praevia a critial appraisal of eight years' management. Am. J. obstet. Gynecol 1960 80, 10- 16.

17. Foscolosp. Données statistiques sur le placenta praevia J.Internat. Cou. Surgeous 1964 (42)1; p 40-46.

18.Ghazli M., Zinoun., Salah eddine., Aderdour M., Bekkaym. Placenta praeviaet pronostic foetal: à propos de 200 cas. Gynecol obstet 1998; 93: 457-463.

19. Grossieux P., Leduc J., Rouchy R. Insertion basse du placenta. Rev. Franç. Fgynecolobstet,1970, 65, p 83- 93.

20. Guiadem F. 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, 1990,N°510 .

21. Handler A., Mason E., Rosenbergd L., Davis F. The relation ship between exposure during pregnancy to cigarettes moking and cocaine use and placenta previa Am.J .Obstet. Gynecol; 1994; 170; p. 884-889

22. Hershkowitz R., Fraserd., Mazorm., Leiber manj R. One or multiple previous cesarean sections are associated withsimilar increased frequency of placenta praevia Europ-. Obstet-Gynecol- Reprod- Biolo ;1995 ; 62; p185-188.

23. Hendricks M ., Cho Y., Bhagavath B., Singh K. Previous cesarean section and abortion as risk facteurs of developing placenta praevia. J of Obstet et Gynecol Research1999; 25: 137-42.

24. Herlyn U. Eperimenteller Bertrag. sur Ätiologie Der p.p am decidualen Zellreaktron bei der ratte. Archiv. Gynäkol ;1964,199, 496-501.

25. Hodonou E. Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu africain à Dakar. Thèse Dakar, 1968, N°18.

26. Houessou 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.

27. Huang Y., Dai Z. cesarean section in placenta praevia. Chung. Hua. I. Tsac. Chih. Taipei; 1990; (1)70: p13-15

28. Iffy L., Kaminitz ky H. Placenta p: principales and practice of obstetries and perinatology. John wiley Sons: edit; New York:1981; (2) p 1105 - 1120.

29. Iyasus., Saftlasa K., Rowley D., Kooning L., And ail. The epidemiology of placenta praevia in the United State, 1979 through 1987. Am. J. Obstet – Gynecol : 1993 ; (5) 168 ; p 1424- 1429.

30. Johnson H. The conservative management of some varieties of placenta praevia. J obstet-gynecol ;1945 ; (50); p 248-254).

31. Keita S B. Le Placenta praevia : facteurs de risque, pronostic de l'accouchement à l'hôpital du point G. Thèse de med. Bamako 1997 n°4.

32. Klose B., Weldenbach A. Die Behandiung der placenta p Z Gburstsh perentol; 1970, 172-467.

33. 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.

34. Lockwood J. Placenta praevia and related disorders- in :QUEENAN J. T management of high- risk pregnancy, p 483-49 Boston, Blackwell scientific publication, 1994.

35. Lokossou A. Mortalité maternelle au centre hospitalier départemental de référence de l'ouest. Etude prospective de janvier 1995 à mars 1996. Résumé des rapports et communications des 4^{ème} journées de la S. A. G. O et 3^{ème} journée de la S.I.G.O Abidjan du 9 au 13 décembre 1996.

36. Lucas W. Post partum hemorrhage Clin. Obstet. Gynecol.; 1980, (23, 637 -646).

37. Macaffee C., Millar W., Harley G. Maternal and foetal morbidity in praevia. J. Obstet. Gynecol;1980; (23; p 637 - 646).

38. Merger., Levy J., Melchior J. Précis d'obstétrique. Masson, Paris 1993 p245 - 252.

39. Miliez J. Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse :orientation diagnostique Rev. Praticienne; 1991 ; (41)9: p 835-838.

40. Monica G., Lil jac. Placenta praevia, maternal smoking and recurrence risk - Acta- Obstet. Gynecol. Scand; 1995 ; (5)74: p 341- 345.

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

- 42. Nilsen T., Hagberg H., Ljungbladu.** Placenta praevia and antepartum hemorrhage after previous cesarean section. *Gynecol. Obstet. Invest*; 1989; 27; p 88- 90.
- 43. Parazzini F., Diudelli M., Luchini L., And Coll.** Risk factors for placenta praevia. *Placenta* ; 1994 (3) 15 ; p 321- 326.
- 44. Rakotomalala J.** Le placenta 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 c'e gynecol - obstet : Abidjan, 1994.
- 45. Read J., Cotton D., Miller F.** Placenta accreta changing clinical aspects and out come. *Gynecol. Obstet*; 1980, 56, 31-35.
- 46. Record R G.** 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.
- 47. Teguète I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « **G** » de 1991 à 1993. à propos d'une étude cas témoins de 1544 cas. Thèse med : Bamako, 1996, N°17.
- 48. Traore M.** placenta praevia hémorragique pronostique materno-foetal a la maternité du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako .Thèse de médecine ,2007-2008.96 ;p 62-96.

49. Wangala P., Riethmuller D et coll. Mortalité et morbidité périnatales liées aux césariennes pour placenta prævia. Rev.Franç. Gynecol. Obstet ; 1996 (91) 11; p 168- 172.

50. Weinberg A., Rizzi J., Mc manus R., Rivera J. localisation of the placenta site by radioactive isotopes.Obstet. Gynecol: 1957; 9 p 692 - 695.

Annexes

SCORE DE GLASGOW

Ouverture des yeux	- Spontanée	4
	- Sur ordre	3
	- Après stimulation douloureuse	2
	- Aucune	1
Réponse verbale	- Adaptée	5
	- Confuse	4
	- Mots inappropriés	3
	- Mots incompréhensibles	2
	- Aucun mot	1
Réponse motrice	- Exécute un ordre	6
	- Réponse à la stimulation nociceptive	5
	- Réponse non adaptée	4
	- Réponse en flexion anormale	3
	- Réponse en extension anormale	2
	- Pas de réponse	1

Score total de Glasgow : le minimum = 3 le maximum = 15

- Normal est de 13 à 15
- Obnubilation est de 9 à 12
- Coma stade II est de 6 à 7

- Coma stade III est de 4 à 5
- Coma stade IV est 3

FICHE SIGNALITIQUE**NOM :** TRAORE**PRENOM :** MAMADOU SIBIRI**TITRE DE THESE :** Aspects épidémiologiques et cliniques du Placenta Prævia hémorragique à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti**Année Universitaire :** 2010-2011**Ville de soutenance :** Bamako**Pays d'origine :** MALI**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie**Secteur d'intérêt :** Gynécologie Obstétrique, santé publique**RESUME :**

Notre étude prospective s'était déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de L'HSD de MOPTI du 1^{er} Janvier 2009 au 31 décembre 2010.

L'objectif principal était d'étudier le Placenta Prævia hémorragique dans notre service. Nous avons recruté durant cette période 40 cas de Placenta Prævia hémorragique sur 946 accouchements soit une fréquence de 4,22 %

Tous les âges de l'activité génitale sont concernés (15-45ans) Les facteurs étiologiques sont : l'âge, la gestité, la parité les antécédents (d'avortements, de césariennes et de gemellités).

Nous avons enregistré :

- ✓ 15 cas soit 37,5% de Placenta non recouvrant contre 25 cas soit 62,5% de Placenta Recouvrant
- ✓ 36 cas soit 87,5% de césarienne contre 5 soit 12,5% d'accouchement par voie basse.

✓ 13 cas soit 32,5% de nouveau-nés étaient nés avant terme. 4 cas soit 10% de mort-nés.

MOTS CLES : Placenta prævia hémorragique, urgence obstétricale, santé publique.

FICHE D'ENQUETE N°

IDENTIFICATION

Q1 Nom et Prénom

Q2 Age

Q3 Statut matrimonial

1=Mariée 2=Célibataire

Q4 Principale activité

1=Ménagère 2=Fonctionnaire 3=Commerçante 4=Etudiante Elève
5=Autres

EXAMEN DE LA PATIENTE

Mode d'entrée :

Q5 Evacuée

1=OUI 2=NON

Q6 Référée

1=OUI 2=NON

Q7 Venue d'elle-même

1=OUI 2=NON

Q8 Résidence

1=Mopti 2=Hors de mopti

Q9 Motif d'admission

1=PP 2=Hémorragie sur grossesse 3=Hémorragie pendant le
travail 4=CUD

Q10 Supports de référence évacuation

1=Fiche 2=Partographe 3=Fiche+Partographe 4=Référence non
documentée

Q11 Précautions prises avant référence évacuation :

1=Voie veineuse prise avec soluté

2=Voie veineuse prise sans soluté

3= Pas de voie veineuse prise

Q12 Moyens de transports empruntés :

1=Pied 2=Taxi 3=Voiture personnelle 4=Ambulance 5=Autres

FACTEURS DE RISQUE GYNECO-OBSTETRIQUE :

Q13 Gestité Parité Enfants vivants Enfants décédés Nombre
d'avortements

IIG

Q14 Antécédents de curetage

1=OUI 2=NON

Q15 Antécédents de révision utérine

1=Oui 2=NON

Q16 Antécédents d'TVG

1=OUI 2=NON

Q17 Antécédents d'endométrite

1=OUI 2=NON

Q18 Antécédents de césarienne

1=OUI 2=NON

Q19 Antécédents de malformation utérine

1=OUI 2=NON

Q20 Antécédents de fibrome utérin

1=OUI 2=NON

Q21 Antécédents de prématurité

1=OUI 2=NON

Q22 Antécédents de PP

1=OUI 2=NON

Q23 Antécédents de grossesse gémellaire

1=OUI 2=NON

Q24 Hémorragie pendant la grossesse

1=Premier trimestre

2=Deuxième trimestre

3=Troisième trimestre

Q25 Caractère de l'hémorragie de la grossesse actuelle :

1=couleur rouge vif

2=Hémorragie répétée

3=Hémorragie noirâtre

EXAMEN PROPUREMENT DIT

Q26 Terme de la grossesse

1=28SA- 33SA 2=34SA- 37SA 3=supérieur ou égale à 38SA

Q27 Consultation prénatale 1=Pas de CPN fait

2=Une CPN fait

3=Deux CPN fait

4=Trois CPN fait

5=Supérieur ou =4 CPN

Q28 Hospitalisation pendant la grossesse

1=OUI 2=NON

Q29 Maturation pulmonaire du fœtus 1=OUI 2=NON

Q30 Molécules reçues

1=Sérum Salé

2=Ringer lactate

3=Antispasmodique

4=Supplémentation en fer

EXAMEN D'ENTREE :

Q31 Etat général :

1=Bon 2=Passable 3=Altéré

Q32 Conjonctives :

1=Colorées 2=Pales

Q33 Tension artérielle :

Q34 Pouls :

1=Normal 2=Tachycardie

Q35 Etat de choc hypovolémique

1=OUI 2=NON

Q36 Grand axe de l'utérus :

1=Longitudinal 2=Transversale 3=Oblique

Q37 Hauteur Utérine :

1 :entre 24et29 2 :entre 30et35 3 :sup a35 (en cm)

Q38 Contractions utérines :

1=OUI 2=NON

Q39 Excavation pelvienne :

1=Occupée 2=Vide

Q40 Type de présentation :

1=Céphalique 2=Siège 3=Transversale

Q41 Bruits du cœur du fœtus :

1=inférieur à 120 bpm 2=entre 120 et 160 bpm
3=Supérieur à 160 bpm

Q42 Ouverture du col :

1=OUI 2=NON

Q43 Type de variété du placenta :

1=Central (Récouvrant) 2=Non Recouvrant(latéral marginal)

Q44 Echographie Obstétricale

1=fait 2=Non fait

Q45 Poches des eaux accessibles :

1=OUI 2=NON

Q46 Hémorragie après rupture artificielle des membranes :

1=Arrêtée 2=Persistante

Q47 Accouchement par voie basse réussie :

1=OUI 2=NON

Q48 Césarienne d'emblée :

1=OUI 2=NON

Q49 Groupage sanguin rhésus :

1=OUI 2=NON

Q50 Taux d'hb

1 : inf. ou égale à 6g /dl 2 : entre 7 et 11
g /dl 3 : sup à 11g /dl

Q51 Transfusion :

1=OUI 2=NON

Q52 Insertion placentaire :

1=segmentaire 2= segmento fundique 3=fundique

Q53 Longueur du petit coté des membranes :

1 : <10 2 : 10 (en cm)

Q54 Les formes associées :

1=HRP 2=Procidence du cordon

3=RPM 4=placenta acréta

LES COMPLICATIONS MATERNELLES

Q55 Hémorragie :

1=OUI 2=NON

Q56 Endométrite :

1=OUI 2=NON

Q57 Pelvipéritonite :

1=OUI 2=NON

Q58 Péritonite :

1=OUI 2=NON

Q59 Suppuration pariétale

1=OUI 2=NON

Q60 Anémie :

1=OUI 2=NON

Q61 Thrombophlébite :

1=OUI 2=NON

Q62 CIVD

1=OUI 2=NON

Q63 Décédée :

1=OUI 2=NON

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS :

Q64 Hystérectomie :

1=OUI 2=NON

Q65 Transfusion :

Q66 Perfusion d'ocytociques :1=OUI 2=NON

Q67 Anticoagulant :

1=OUI 2=NON

Q68 Référence Evacuation :

1=OUI 2=NON

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE

Q69 Apgar1 (1^{ère} minute)=Apgar2 (1^{ère} minute)=Q70 Apgar1 (5^{ème} minute)=Apgar2 (5^{ème} minute)=

Q71 Poids1 (g)=

Poids2 (g)=

Q72 Taille 1 (cm)

Taille2 (cm)=

Q73 PC 1(cm)=

PC 2(cm)=

Q74 PT 1(cm)=

PT 2(cm)=

Q75 Sexe (enfant 1) :

Sexe (enfant 2) : 1=masculin 2=Féminin

Q76 Réanimation :

1=OUI 2=NON

Q77 Référé(e) :

1=OUI 2=NON

Q78 Lieu de Référence :

1=Pédiatrie de l'HSD de Mopti 2=autre

Q79 Malformation fœtale :

1=OUI 2=NON

Q80 Mortalité néonatale :

1=Précoce 2=Tardive 3:pas de mortalité néonatale

Q81 Fœtus mort né

1=OUI 2=Non

Q82 Taux d'Hb

1 .INF A 6g /dl

2. Entre 6 ET 10g /dl

3.SUP a 10g /dl

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure