

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

THESE

Année universitaire : 2007 – 2008

N° ____ /

PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE PRONOSTIC
MATERNO-FŒTAL A LA MATERNITE DU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE V DU
DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue le : .../.../2008
Devant le Jury de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odontostomatologie

Par

Mr. Morikè TRAORE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY

Président du Jury:	Professeur Salif DIAKITE
Membre du jury:	Docteur Soumana Oumar TRAORE
Co-Directeur:	Docteur Niani MOUNKORO
Directeur de Thèse:	Professeur Mamadou TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le clément et miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le tout puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

Allah

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne-moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

♥ **A la mémoire de mon père : Feu N'Tiéko Traoré (Paix à son âme)**

En me donnant ce prénom (Morikè=Karamoko = Marabout = celui qui détient un savoir) tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Que ton âme repose en paix, cher Papa.

♥ **A ma mère : Feue Bougoutan Dembélé**

Toi qui as souffert pour moi.

Toi qui m'as légué les premiers pas.

Toi qui m'as appris la bonne conduite.

Maman, j'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement

Je pleure de nouveau votre disparition.

Que ton âme repose en paix, Maman.

♥ **A ma chère fiancée : Mme Traoré Korotimi Daou.**

Ce jour m'offre l'opportunité de te remercier.

Ta qualité de femme, compagne fidèle de l'homme

Ta patience, ta simplicité, ton courage, ton respect pour l'homme

Voilà des qualités qui m'ont beaucoup émerveillé.

Que ce travail puisse être pour vous la fin des années difficiles, le début d'un bonheur tant souhaité.

Grand merci

♥ **A ma fille chérie, homonyme de ma maman : Mariam M. Traoré**

Chérie saches que cet ouvrage est aussi la tienne.

REMERCIEMENTS

☉ **A mes chers frères et sœurs** :Sidiki Traoré, Daouda Traoré, Djénébou Traoré, Assétou Traoré, Mama Traoré, Kassoum Traoré. C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci du fond du cœur pour m'avoir dorloté, donné à manger et à boire, lavé les habits pour ne citer que cela.

☉ **Aux familles** :Dr Oumar Traoré et famille à Kalaban-coro (Bamako) ,Zana Coulibaly et famille à Badalabougou, Pènèso, Aly Diarra et famille à Kalaban-coura (Bamako), F. Tidiane Coulibaly et famille à Ségou, Békaye Coulibaly et famille à Bla, Bakary Coulibaly et famille à Nampasso

Pour vos soutiens qui ne m'ont jamais fait défaut.

Trouver dans cet ouvrage toutes mes reconnaissances.

☉ **A tous mes enseignants depuis le primaire :**

Particulièrement à M MAIGA Almougairata

Vous aviez été un enseignant modèle pour moi et pour mon village. Mon goût, ma passion, mon courage pour les études je les ai eu de vous. Grâce à vous monsieur, mon nom sera gravé à jamais parmi les cadres de mon pays, et de mon village en particulier. J'ai le devoir et l'obligation de vous remercier car au delà des relations Maître-Elève vous aviez été un frère, un conseiller. C'est l'occasion de vous rendre cet hommage mérité. Merci infiniment.

☉ **A tous mes amis et camarades de promotion de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie :** Sory B. Traoré, Adama Bah, Abdoulaye Traoré, Bah Traoré, Ibrahim Konaté Yacouba Traoré et tous les autres.

Votre sens de l'amitié, du pardon, de l'écoute m'ont été d'un grand apport durant ces moments parfois difficiles. Merci infiniment.

☉ **A mes collègues et amis du service :** Aly Bamadio, Salimata Samaké, Zoumana Koumaré Souleymane Diarra, Abdoul K Kayentao, David Dioné, Békaye Traoré, Ousmane Bé Sao, Nouhoum Diakité, Jacques Somboro, Lamine Diarra, Moctar Samake, Moumina Koné . Je vous dis tous merci pour votre collaboration.

☉ **A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V**

Merci pour votre disponibilité.

A mes collègues du lycée Cabral de Ségou :

Foukon Cissouma, Modibo Guindo et les autres.

A mes collègues de l'école fondamentale :

Drissa Coulibaly, Lassina Coulibaly dit Laou, Drissa Dembélé, Alioune Traoraé, Zani Diakité, Karim Sogoba, Bourama Diakité.

Vous me revenez tous en mémoire.

Les bons moments d'adolescence, me font penser à vous tous toute ma vie. Merci

☉ **A tout le personnel de la CLINIQUE MOHAMED V**

A tout le personnel du CABINET MEDICAL DONIYA, CABINET MEDICAL RABI merci pour votre collaboration.

☉ **A nos maîtres du service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V :**

Pr Traoré Mamadou

Dr Traoré Oumar. M

Dr. Traoré Soumana Oumar

Puisse ALLAH nous permettre d'être à la hauteur de vos attentes.

A tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à l'élaboration de ce travail.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DE JURY**

A notre Maître et Président du jury:

Professeur Salif Diakité

Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique au C.H.U. Gabriel Touré

Professeur de Gynécologie obstétrique à la FMPOS

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Soyez en remercié infiniment.

Nous sommes fiers d'être vos élèves et nous manifestons le désir de continuer à demeurer auprès de vous pour apprendre la médecine.

Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses biens faits et vous accorde une longue et heureuse vie.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique

Secrétaire Général Adjoint de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

**Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V
du district de Bamako.**

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant au sein de votre structure.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture, la qualité de votre enseignement qui font de vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, de toute notre vie, de la méthodologie de travail que vous nous avez inculquée.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

A notre Maître et codirecteur de thèse

Docteur Niani Mounkoro

Gynécologue obstétricien

Maître Assistant de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et OdontoStomatologie.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Au cours de cette étude nous avons pu apprécier votre simplicité et votre humilité et surtout votre rigueur dans le travail de tous les jours. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres.

Ce travail est le votre, recevez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

A notre Maître Membre du Jury

Docteur TRAORE Soumana Oumar.

Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Cher Maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche médicale et par-dessus tout, votre extraordinaire humilité, font de vous un des plus beaux fleurons de l'intelligentsia national.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

PP	Placenta praevia
CPN	Consultation prénatale
DDR	Date des Dernières Règles
CHU-GT	Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré
CHU-PG	Centre hospitalo-universitaire Point G
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
SA	Semaine d'aménorrhée
RAM	Rupture artificielle des membranes
RPM	Rupture prématurée des membranes
PC	Périmètre crânien
PT	Périmètre thoracique
HRP	Hématome Retroplacentaire
CIVD	Coagulation intraveineuse disséminée
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSRCV	Centre de santé de référence de la commune V
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 fœtale aigue

SOMMAIRE

I- Introduction et Objectifs :.....	1
II- Généralités :.....	5
III- Méthodologie :.....	34
IV- Résultats :.....	43
V- Commentaires :.....	67
VI- Conclusion et Recommandations :.....	78
VII- Références :.....	82

I INTRODUCTION ET OBJECTIFS

INTRODUCTION

Le placenta praevia est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus [5, 43].

Le placenta praevia, associé à la rupture utérine et à l'hématome rétro placentaire constituent les principales causes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre, et de la mortalité maternelle dans les pays en développement.

Dans sa forme hémorragique le placenta praevia constitue une urgence obstétricale. Il met en jeu le pronostic vital materno-fœtal de ce fait, il nécessite un diagnostic précoce, une prise en charge adéquate.

En effet, le placenta praevia 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 % [21, 27, 35].

La forme hémorragique du placenta praevia est relativement rare. Ainsi, en Europe, on trouve 0,3% à 0,5% des accouchements. En Amérique, 0,3% à 0,62% des accouchements. En Asie, 0,5% à 0,9% accouchements sont compliqués de placenta praevia. Les fréquences les plus élevées sont rapportées en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique avec des taux variant entre 0,5% à 3,6% des accouchements [14, 20, 28, 35, 51].

Au Mali, les études les plus récentes signalent des fréquences entre 0,72% et 2,2% des accouchements [14,35].

Une étude faite en Côte-d'Ivoire par Rakotomalala J. [51] 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 circonstances de découverte qui sont : la multiparité [9,22,23,57], la multigestité [22] les antécédents de placenta praevia [5,8] l'âge maternel élevé [8,22,23,50,57], un antécédent de cicatrice utérine [9,15,22,23,35,48,55], les grossesses multiples [5,8], un antécédent d'endométrite [5], une malformation utérine[5], des manœuvres endo-utérines [5], un fibrome sous – muqueux [5], le sexe masculin du fœtus [5] et plus récemment le tabagisme maternel au cours de la grossesse [22].

Pathologie obstétricale redoutable où l'on préconisait l'interruption systématique de la grossesse pour sauvetage maternel, le placenta praevia bénéficie actuellement de moyens diagnostiques et thérapeutiques modernes. 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 [36].

Proportionnellement, la mortalité périnatale a également baissé de plus de 70 % dans les années 1940 [76] à 4 – 8 % de nos jours [37].

Cependant, dans les pays en voie de développement, l'issue des grossesses compliquées de placenta praevia est encore

défavorable dans la plupart des cas à cause de l'insuffisance des infrastructures et du sous équipement de nos centres de santé. Aussi avons-nous décidé de faire une étude sur cette pathologie qui continue de tuer dans nos régions. Ainsi nous nous sommes fixés comme objectifs :

OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier le placenta praevia hémorragique au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

2. Objectifs Spécifiques

- Déterminer la fréquence du placenta praevia hémorragique ;
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- Préciser les facteurs favorisants ;
- Décrire la prise en charge ;
- Etablir le pronostic maternel et fœtal ;
- Formuler des recommandations.

II.

GENERALITES

GENERALITES

1. RAPPELS ANATOMIQUES

Dans cette partie nous ferons un bref rappel anatomique concernant : l'utérus gravide et les annexes foetales.

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 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 chorale : c'est la partie de l'enveloppe de l'œuf (chorion) où sont restés 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 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 protoplasmiques 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. Il se produit un échange continu de substances entre le sang et fœtal.

1-2 Membranes de l'oeuf

On décrit à l'oeuf 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 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 caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

- Les dimensions : le segment inférieur mesure 10cm de hauteur [5, 34, 42], 9-12 cm de largeur et 3-5 mm d'épaisseur [34]. 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 corporeale 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 FAVORISANTS

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues [5 ,42].

Certains facteurs favorisants sont cependant bien individualisés. Selon Cotton O. [10], le profil typique de la femme candidate de placenta praevia correspond à une multi geste (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 [5] 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. [53] constate que l'incidence du placenta praevia augmente en fonction de l'âge, à l'intérieur d'une même parité. Brenner W. et al [6] accordent finalement une importance à l'âge et à la parité.

2-3 La race

Les travaux les plus récents montrent une augmentation du

placenta praevia dans la race noire (multiplié par 1,2 à 1,3) [5].

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 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 O. [10] retrouve les antécédents d'hystérotomies dans 14,6% des cas. CLARK cité par Boog [5] a prouvé que la fréquence de placenta praevia augmente avec le nombre de césarienne antérieure. Le risque d'insertion vicieuse est maximal au cours de la grossesse qui suit immédiatement la césarienne [3]. Les antécédents d'endométrite sont retrouvés dans 40% des cas [16].

2-7 Les récurrences de placenta praevia

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

2-8 Les grossesses gémellaires

Pour STRONG cité par Boog [5] et Brenner W. [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 nouveau-nés issus de

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 R. [47].

3- DEFINITION ET CLASSIFICATION

3-1 Définition

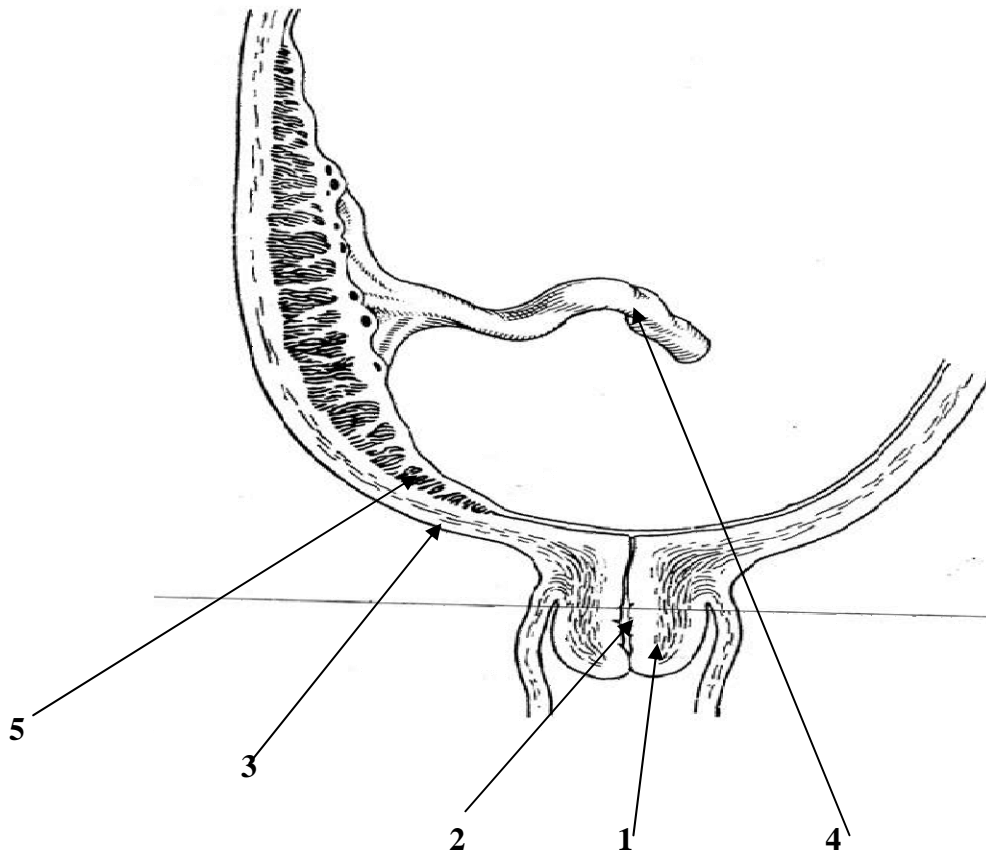
L'anomalie de siège, le vice d'insertion, qui n'est plus nécessairement un vice d'implantation vient de ce que le placenta s'attache au moins en partie sur le segment inférieur dont la muqueuse se transforme elle aussi en caduque mais en mauvaise caduque [42].

3-2 Classification

On y distingue deux types de classification

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



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

Haut



Gauche



FIGURE.1 Placenta praevia latéral. Merger R.[42]

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

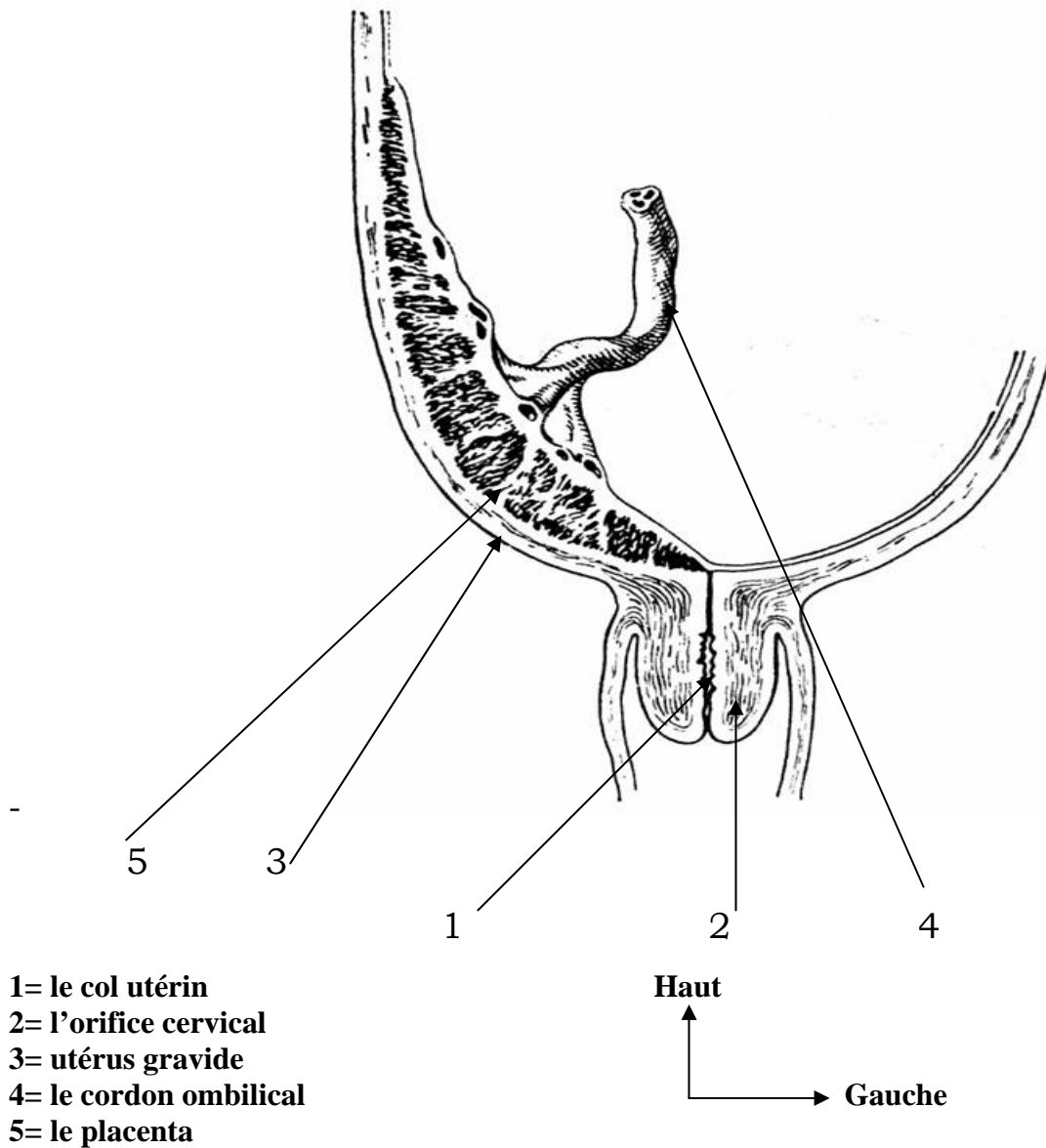
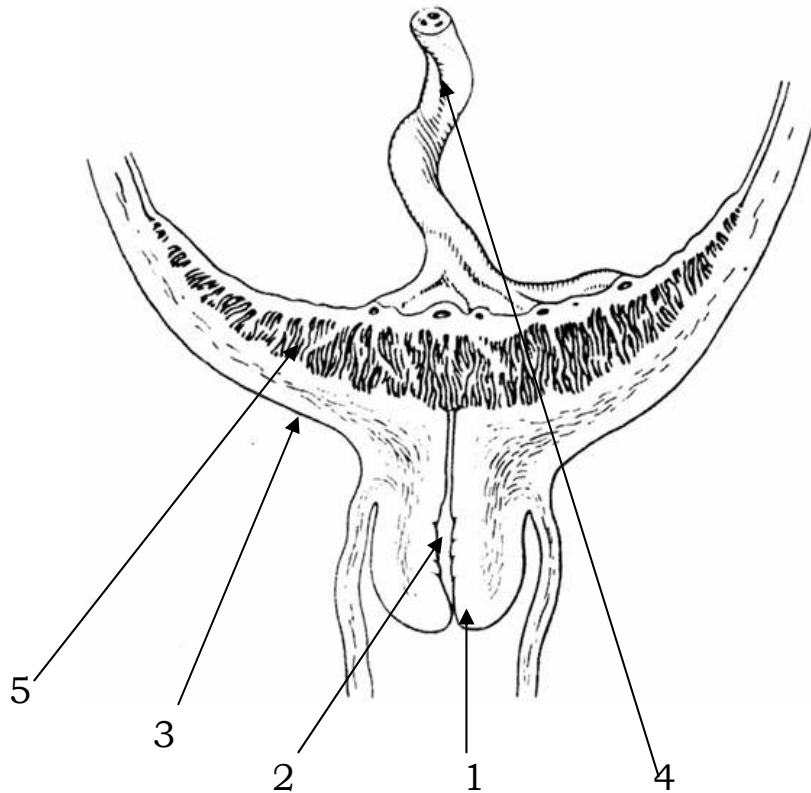


FIGURE 2: Placenta praevia marginal. Merger R. [42]

Placenta central : 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.



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

Haut
↑
Gauche →

FIGURE 3: Placenta praevia central. Merger R. [42]

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. [33] 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 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 R. [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% [49] à 2,6% [44] :

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

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

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

villosités peut ouvrir de surcroît une source d'hémorragie du côté fœtal.

Lors de l'apparition des premières contractions et de la formation du segment inférieur, 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 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'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 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- Signes fonctionnels

- Hémorragies

Elles représentent 11 à 38% des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse [54].

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 [39].

Elles sont à la fois le symptôme et le danger du placenta praevia. 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. Caractères important les hémorragies ont 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 [42].

- Les douleurs

Bien que classiquement les hémorragies du placenta praevia 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. [40] 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 placentas 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 on loin de lui le bord placentaire, parfois difficile à différencier. Si les membranes sont rompues on atteint plus ou moins aisément d'un coté 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 [42].

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) [40].

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 [42]. Elle permet de faire la classification [4]

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 foetale 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 90

[30].

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 chorioamniotité. 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 [17, 35, 40, 44].

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 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 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 [32].

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 % [12, 17, 19].

b- Placenta accreta

Dans les statistiques du placenta praevia, cette association est

retrouvée avec une fréquence variable : 0,6 % 5 % [13].

c- Les complications du placenta praevia 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 [56].
- 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. [52].

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 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.

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, 23, 24, 37], notamment des polypes du col (6 %), des érosions (6 %) et des dysplasies ou cancers du col (5 %) [35].

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 [35, 58]. Les autres diagnostics à évoquer sont :

- l'hématome décidual basal (34,8 %) [58]
- l'avortement tardif (7 %) [35]
- le môle hydatiforme (7 %) [58]
- Les menaces d'avortement [35, 58].

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) :

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 survenant 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 praevia est diminuée. Le placenta praevia représente 2,6 % à 6 % des morts maternelles [5,40].

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 praevia

e- Mode d'accouchement

f- Condition de la césarienne.

9.2.2. Morbidité fœtale

La morbidité des enfants issus d'un placenta praevia est augmentée. Le score d'Apgar à 1 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, 55].

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 %) [16] ; le risque de séquelle hémorragique n'est pas négligeable. Cotton [10] 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 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 [5, 42] 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 placentas praevias 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 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 immédiat

L'accouchement sera immédiat :

- en cas d'hémorragies massives
- en cas d'hémorragie persistante (10-12 heures après l'admission)
- chez la femme en travail après 36 semaines
- lorsque l'accouchement prématuré est inéluctable
- s'il 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 iso rhésus.

III.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1- LE CADRE DE L'ETUDE :

Notre étude a eu pour cadre la maternité du centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako.

1-1 Le service de gynéco obstétrique

Le bâtiment abritant ce service est situé en face et à droite du bureau des entrées. Ce service comporte :

- _ Une salle d'accouchement,
- _ Une salle des urgences,
- _ Un bloc opératoire,
- _ Une unité des grossesses à risque, suites de couche et pathologie obstétricale,
- _ Une unité de néonatalogie,
- _ Une Unité de consultation prénatale,
- _ Une unité de planning familial et post natale,
- _ Une unité de post opérées,
- Une unité de soins après avortement.

Il existe également une salle de consultation externe accolée au bureau du chef de service et une salle de staff.

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel composé comme suit :

- Un professeur agrégé en gynécologie obstétrique, chef de service, médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.
- Un gynécologue obstétricien
- Deux (2) médecins CES de gynécologie obstétrique

- Des étudiants en thèse faisant fonction d'interne et des externes
- Vingt huit (28) sages femmes
- Quatre (4) infirmiers anesthésistes
- Un (1) assistant social
- Deux (2) gardiens
- Trois (3) lingères
- Un (1) gérant de pharmacie
- Trois (3) instrumentalistes
- Quatre chauffeurs d'ambulance.

Ces travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'état, soit des contractuelles, soit des agents de la municipalité ou des agents de l'IN PS.

1-2. Les activités

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service .Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée de :

- Un médecin
- Une sage femme
- Sept (7) étudiants faisant fonctions d'internes
- Une infirmière obstétricienne
- Une aide soignante

- Un anesthésiste
- Un manoeuvre
- Un chauffeur

Elle dispose de quatre (4) tables d'accouchement, deux (2) blocs opératoires fonctionnels, une mini- banque de sang et un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicament crée sur fonds propres du centre est remboursable par les parturientes après la prise en charge.

Le service assure quatre (4) jours de consultation externes et quatre (4) journées opératoires programmées durant la semaine, assurées par des médecins en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours dans différentes unités d'hospitalisation du lundi au vendredi et est dirigée par un médecin, la visite générale a lieu tous les jeudis et est dirigée par le chef de service.

2. Type d'étude

Notre travail était une étude prospective descriptive et transversale.

3. Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 9 mois allant du 1^{er} janvier 2006 au 30 septembre 2007.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les parturientes admises dans le service pour placenta praevia hémorragique dont le diagnostic a été clinique et ou échographique.

5. Taille de l'échantillon :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 5341 accouchements en salle de travail parmi lesquels figuraient 102 cas d'accouchements compliqués de placentas praevias hémorragiques.

6. Critères d'inclusion

Tous les cas de placentas praevias hémorragiques diagnostiqués au CSRCV dont l'accouchement s'est déroulé dans le service quelque soient leurs provenances.

Les cas de placentas praevias hémorragiques confirmés après la délivrance par la mesure du petit côté des membranes si celui-ci est inférieur à 10cm.

7. Critères de non inclusion

Accouchement avec placenta normalement inséré,

Cas de placentas praevias hémorragiques ayant accouché à domicile

Placentas praevias diagnostiqués dans le service dont la prise en charge a eu lieu ailleurs,

Les cas de placentas praevias non hémorragiques.

8. Variables étudiés

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 foetal.

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 remplie à partir des carnets de CPN, des registres d'accouchement, de compte rendu opératoire et des données obstétricaux :

Les partogrammes

Les dossiers obstétricaux

Les dossiers d'hospitalisation des malades

Le registre des accouchements

Les registres de références/évacuations des mères et des nouveau-nés

Le registre de comptes-rendus opératoires.

Fiche d'anesthésie.

10. 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 admises 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.
- Pauci geste : c'est une femme qui a contracté 2 à 3 grossesses.
- Multi geste : 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.
- Pauci pare : 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.

11. 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 du taux d'hémoglobine en urgence ;

La demande de groupe sanguin rhésus pour celles qui n'en ont pas.

- la demande d'une échographie si nécessaire en urgence.

Précisait :

- le terme de la grossesse (viabilité fœtale) ; la notion de travail

d'accouchement ou non ;

- la vitalité fœtale.

Faisait :

- la maturation pulmonaire du fœtus si nécessaire par les corticoïdes (12mg en IM à renouveler 24 heures après)

- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;

- Une recherche de pathologie maternelle associée.

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 l'accouchement (GATPA)

Etapes Tâches

1. s'assurer de l'absence d'un autre fœtus, puis administrer 10 UI d'oxytocine en IM à la femme dans la minute qui suit la sortie de l'enfant.
2. Clamper le cordon à proximité du périnée à l'aide d'une pince
3. Maintenir le cordon et la pince dans une main
4. Placer l'autre main juste au dessus du pubis et stabiliser l'utérus en le refoulant vers le haut
5. Exercer une traction contrôlée sur le cordon
6. Maintenir une légère tension sur le cordon en attendant une contraction utérine (2 à 3 minutes)
7. Dès la survenue des contractions utérines, accentuer très doucement la tension sur le cordon vers le bas pour extraire

le placenta, maintenir la pression vers le haut. Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction contrôlée, cesser de tirer sur le cordon

- Attendre que l'utérus se contracte à nouveau et recommencer

8. Examiner soigneusement le placenta pour être sûre qu'il est complet
9. Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se rétracte
10. Montrer à la femme comment masser son propre utérus et l'inviter à le faire
11. Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.
12. S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin
13. Examiner le canal génital sous un faisceau lumineux puissant
14. Vérifier l'état du périnée pour détecter les déchirures
15. Réparer toutes déchirures

12. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le Logiciel Epi-info (version 6)

IV.

RESULTATS

1. Difficultés de l'étude

Deux principales difficultés ont couronné notre étude :

- La problématique d'approvisionnement en sang du CSRCV 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.

2. Fréquence

Au cours de la période d'étude nous avons relevé 102 cas de placentas prævia hémorragiques sur 5341 accouchements soit une fréquence de 1,90%.

3. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patientes selon de l'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
<20 ans	18	17,64
20 – 34ans	76	74,52
≥35 ans	8	7,84
Total	102	100

Age moyen= 25,80 ans

L'âge médian = 26 ans ± 6,52

Les âges extrêmes= 15 et 45 ans

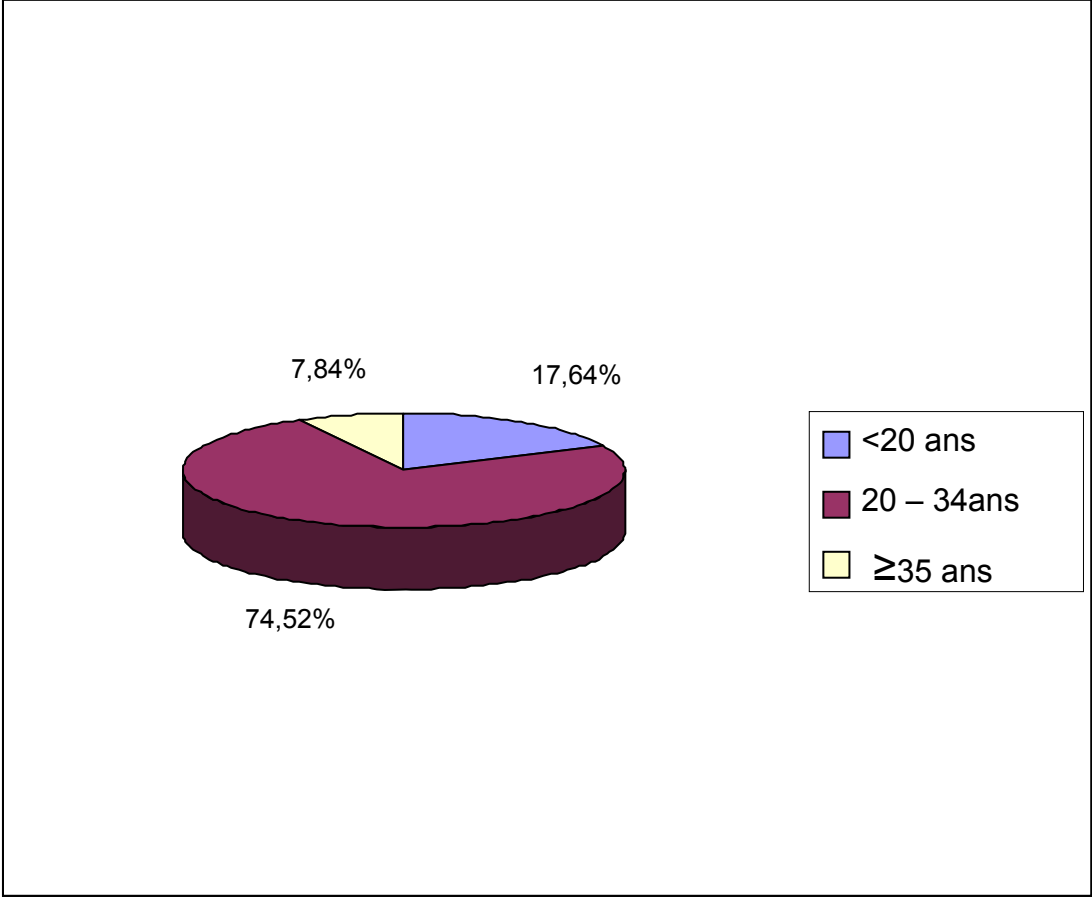


Figure 4 : Repartition des patientes selon l'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	93	91,18
Célibataire	9	8,82
Total	102	100

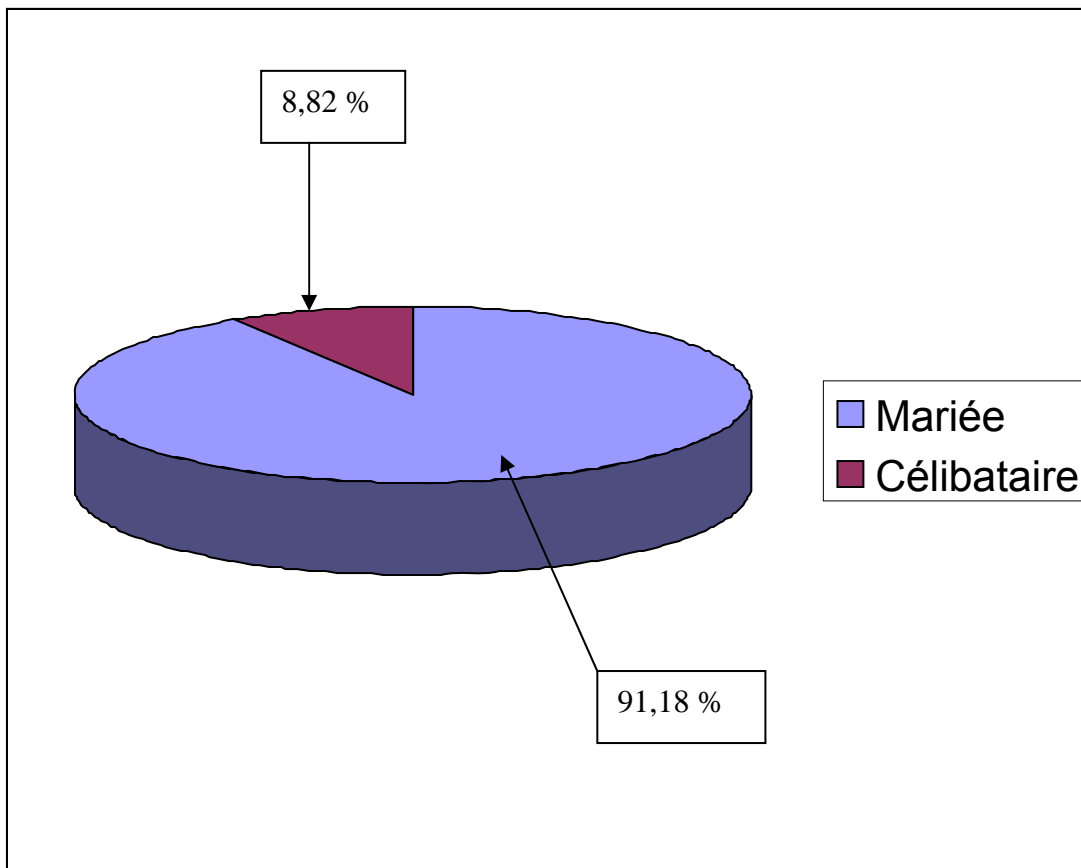
**Figure 5: Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	90	88,24
Comptable	2	1,96
Enseignante	1	0,98
Commerçante	3	2,94
Etudiante	2	1,96
Elève	4	3,92
Total	102	100

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	28	27,46
Pauci geste	17	16,67
Multi gestes	45	44,11
Grandes Multi gestes	12	11,76
Total	102	100

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	28	27,45
Primipare	14	13,73
Pauci pare	19	18,62
Multipares	33	32,36
Grandes multipares	8	7,84
Total	102	100

4. ETUDE CLINIQUE

Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référées	32	31,37
Evacuées	48	47,07
Venues d'elles-mêmes	22	21,56
Total	102	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
PP	8	7,84
Hémorragie sur grossesse	27	26,47
Hémorragie pendant le travail	60	58,82
CUD	7	6,87
Total	102	100

Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction de l'âge Gestationnel.

Terme de la grossesse en SA	Effectif	Pourcentage
28SA – 33SA	12	11,77
34SA – 37SA	22	21,56
≥ 38SA	68	66,67
Total	102	100

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction des CPN.

CPN	Effectif	Pourcentage
0	26	25,49
1- 4	40	39,22
>4	36	35,29
Total	102	100

Tableau X : Répartition des patientes selon les différentes formes associées au PP.

Formes associées	Effectif	Pourcentage
PP+HRP	6	5,88
PP+Procidence du cordon	4	3,93
PP+R.P.M. sans procidence du cordon	15	14,70
Aucune	77	75,49
Total	102	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la notion d'antécédent

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Curetage	13	10,78
Révision utérine	18	17,64
Endométrite	12	11,76
Césarienne	9	8,82
Avortement spontané	11	12,74
Aucun	39	38,23
Total	102	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon le type de présentation du fœtus.

Type de présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	91	89,21
Siège	7	6,86
Transversale	4	3,93
Total	102	100

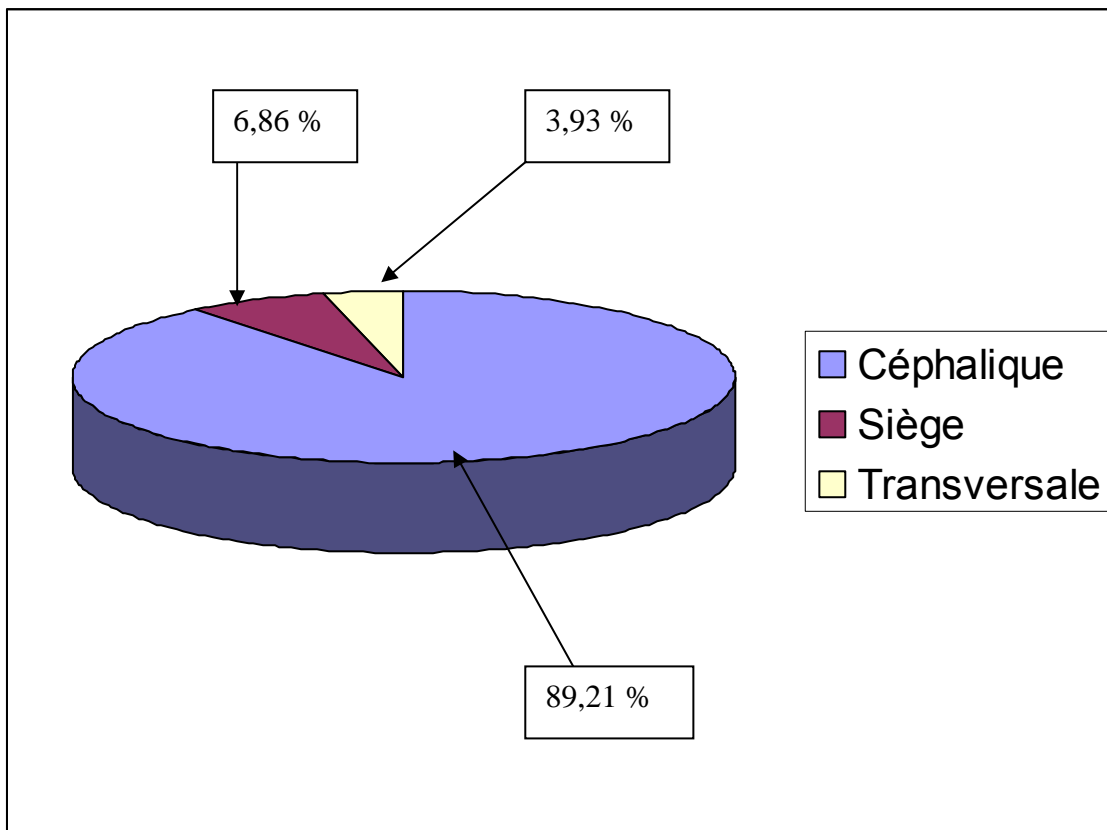
**Figure 6**: Répartition des patientes selon le type de présentation des foetus

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le score de Glasgow à l'admission.

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage
Normal (13 à 15)	95	93,13
Obnubilation (9 à 12)	7	6,87
Total	102	100

Tableau XIV Répartition des patientes selon les moyens d'estimation de l'âge gestationnel.

Estimation	Effectif	Pourcentage
DDR	7	6,87
Echographie précoce	92	90,19
DDR+échographie précoce	3	2,94
Total	102	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine (Cm)	Effectif	Pourcentage
24-29	21	20,59
30-35	75	73,51
36-40	6	5,90
Total	102	100

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les bruits du cœur du fœtus.

BDCF	Effectif	Pourcentage
O	2	1,96
100 -120 bpm	13	12,75
120 – 160 bpm	86	84,31
> 160 bpm	1	0,98
Total	102	100

Tableau XVII: Répartition des patientes selon qu'elles soient en travail ou non.

En travail	Effectif	Pourcentage
Oui	64	62,74
Non	38	37,26
Total	102	100

5. PRISE EN CHARGE MATERNO-FOETALE

5.1 PRISE EN CHARGE MATERNELLE

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la pratique de l'échographie obstétricale en urgence.

Pratique de l'échographie en urgence	Effectif	Pourcentage
Oui	15	14,71
Non	87	85,29
Total	102	100

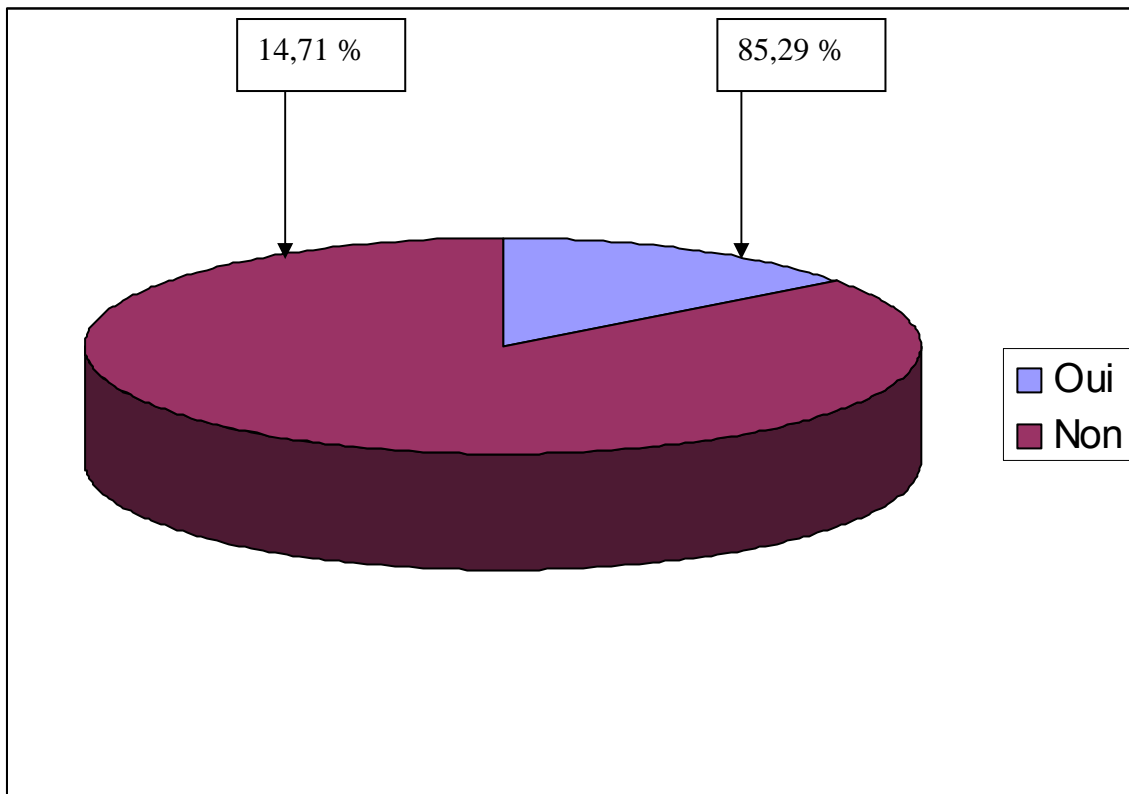


Figure 7: Répartition des patientes selon la pratique de l'échographie en urgence

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la réalisation de bilan biologique en urgence.

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Groupe Rhésus	Oui	18 17,64
	Non	84 82,36
	Total	102 100
Taux d'hémoglobine	Oui	22 21,56
	Non	80 78,44
	Total	102 100

NB : Le taux d'hémoglobine n'a pu être effectué en urgence chez 78,44% des patientes pour faute de moyens financiers.

Tableau XX : Conduite à tenir devant un PP hémorragique (arrêt de saignement à l'entrée) non en travail.

Conduite à tenir en hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Repos strict + fer acide folique	16	42,10
Repos strict + fer acide folique + antispasmodique	4	10,52
Repos strict + fer acide folique + antispasmodique + corticoïdes	12	31,58
Repos strict + fer acide folique+ antispasmodique + antibiotiques + Transfusion	6	15,80
Total	38	100

Tableau XXI: Répartition des patientes en fonction de la conduite à tenir au moment de la délivrance.

Conduite à tenir au moment de la délivrance	Effectif	Pourcentage
Délivrance artificielle	Oui	64
+ Révision utérine	Non	0
	Total	64
Massage utérin	Oui	64
	Non	0
	Total	64
Perfusion d'oxytocine	Oui	37
	Non	27
	Total	64
		100

Tableau XXII : Conduite à tenir selon le type de placenta praevia.

PP	Césarienne en 1 ^{ère} intention		Voie basse		Césarienne en 2 ^{ème} intention		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Recouvrant hémorragique	20	100	0	0	0	0	20	100
Non recouvrant hémorragique	0	0	57	78,08	16	21,92	73	100
Central hémorragique grossesse à terme	1	100	0	0	0	0	1	100
Latéral ou marginal hémorragique grossesse à terme	2	100	0	0	0	0	2	100
Latéral ou marginal grossesse non à terme avec arrêt de l'hémorragie	0	0	3	100	0	0	3	100
Central grossesse non à terme avec arrêt de l'hémorragie	0	0	0	0	3	100	3	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne de 2^{ème} intention.

Césarienne en 2^{ème} intention	Effectif	Pourcentage
Persistance de l'hémorragie malgré l'amniotomie(en travail)	3	15,79
Reprise de l'hémorragie	2	10,52
Procidence du cordon battant	1	5,26
Présentation de siège	2	10,53
Présentation transversale	1	5,26
Sauvetage maternel (choc hémorragique)	6	31,58
SFA	4	21,06
Total	19	100

Tableau XXIV: Répartition des patientes en fonction de la transfusion.

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	10	9,80
Non	92	90,20
Total	102	100

5.2 PRISE EN CHARGE FOETALE

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

Apgar 1^{ère} minute	Effectif	Pourcentage
0	8	7,69
1 – 3	6	5,77
4 – 7	31	29,80
≥ 8	59	56,74
Total	104	100

NB:Deux cas d'accouchements gémellaires (102 accouchements avec 104 nouveau-nés).

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute.

Apgar 5^{ème} minute	Effectif	Pourcentage
0	8	7,69
1 – 3	4	3,85
4- 7	28	26,93
≥ 8	64	61,53
Total	104	100

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	46	44,24
Féminin	58	55,76
Total	104	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la longueur du petit côté des membranes.

Longueur du petit côté des membranes	Effectif	Pourcentage
0	20	19,60
1 – 9	82	80,40
Total	102	100

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon le poids.

Poids (g)	Effectif	Pourcentage
< 2500 g	37	35,12
2500 – 4000	63	61,76
> 4000 g	4	3,12
Total	104	100

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon la taille.

Taille (Cm)	Effectif	Pourcentage
28 – 46	22	21,15
≥ 47	82	78,85
Total	104	100

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés réanimés.

Réanimation	Effectif	Pourcentage
Réanimés	34	32,69
Non réanimés	70	67,31
Total	104	100

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'évacuation.

Evacuation	Effectif	Pourcentage
Evacués	32	30,76
Non évacués	72	69,24
Total	104	100

6. PRONOSTIC

6.1 MATERNEL

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la survenue de complications immédiates.

Complications immédiates	Effectif	Pourcentage
Hémorragie de la délivrance	9	8,82
Choc hémorragique	7	6,86
Décès maternel	0	0
Aucune	86	84,32
Total	102	100

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la survenue de complications à court et moyen terme

Complications	Effectif	pourcentage
Anémie du post partum	10	9,81
Endométrite	4	3,92
Décès maternel	0	0
Aucune	88	86,27

Total	102	100
--------------	------------	------------

6.2 FOETAL

Tableau XXXV : Répartition selon le pronostic foetal et ou des nouveau-nés.

Pronostic foetal	Effectif	Pourcentage
Mort-né	8	7,69
Mortalité néo-natale précoce (J0- J7)	13	12,50
Mortalité néo-natale tardive (J8-J28)	6	5,76
Nouveaux-nés vivants	77	74,05
Total	104	100

Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés selon la maturité.

Maturité	Effectif	Pourcentage
Prématuré	22	21,57
Hypotrophe	37	36,28
Normal	45	42,15
Total	104	100

V. COMMENTAIRES

COMMENTAIRES

A la lumière de cette étude sur le placenta praevia hémorragique, certains points méritent des commentaires.

1. Fréquence du placenta praevia hémorragique

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 102 cas sur 5341 accouchements au Centre de Santé de Référence de la Commune V du 1^{er} janvier au 30 septembre 2006, soit 1,90 %.

Ainsi, en 1994, Parazzini F. et AL [50] trouvaient 0,28 % à Milan en Italie ; Monica G. et AL [44], en 1995, en Suisse, rapportaient un taux de 0,3 %. Filipove et AL [15], 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, 42, 43]. En Asie, des taux variant entre 0,41 et 1 % [9, 24, 25, 29, 43].

Sur le continent américain, le placenta praevia hémorragique reste relativement rare. Les chiffres varient entre 0,33 et 0,99 % [23, 32, 46].

En Afrique, le taux de placenta praevia hémorragique est très variable :

- Guiaden F. [21], en 1990 à Cotonou (Bénin) : 0,72 %
- Koné F. [35], à Bamako (Mali) en 1989 : 0,72 %
- Dougnon F.[14], à Bamako (Mali) en 1989 : 2,16 %
- Ghazli M. et Al [18], au Maroc ont trouvé 0,4 %.

Nous avons trouvé 20 cas, soit 19,60 %, de placenta recouvrant ;

Keïta S. [33] trouvait 53,34 %, Bagayoko S. [1] 48,39 % et Koné F. [35] 48,21 % ; 73 cas, soit 71,57 %, de placenta praevia non recouvrant ; Keïta S. [33] trouvait 44,66 %, Bagayoko S. [1] 51,61 %.

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

2. Caractéristiques sociodémographiques

Age maternel

La tranche d'âge de 20 – 34 ans, qui correspond à la période optimale de la procréation, est la plus représentée (74,50 %). Cette prédominance est retrouvée dans la plupart des études africaines [28, 35, 51]. Par ailleurs les adolescentes (âge compris entre 15 et 19 ans) ont représenté 17,64% dans notre série. Les patients d'âge obstétrical optimum étaient de 74,50%, Hodonou E. [27] a trouvé dans sa thèse les âges extrêmes de 13 et 47 ans à Dakar. A travers ces résultats, nous constatons que le placenta praevia peut survenir à tous les âges de l'activité génitale de la femme. La plus grande fréquence de placenta praevia se situe aux environs de la trentaine [33].

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 praevia [50], alors que dans notre étude les patientes de plus de 35 ans n'ont représentée que 7,84 %.

Les études africaines sur le placenta praevia, particulièrement sous-régionales, montrent une fréquence plus élevée dans la tranche d'âge de 20 à 35 ans [33, 35, 51]. Notre résultat a montré

74,50 % 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 placenta praevia.

La Gestité

Certains auteurs ont cité la multi gestité comme étant un facteur favorisant de placenta praevia [3, 5, 7, 32]. Nous avons enregistré 44,12% des multi gestes, 16,66% de pauci gestes, 11,76 % de grandes multi gestes contre 27,45 % des primigestes Bagayoko S. [1] a trouvé 88,71 % chez les multi gestes et grandes multi gestes, Keïta S. [33] 41,13 % chez les multi gestes.

Cette association placenta praevia et multi gestité est retrouvée par Handler A et Al [23]. Ils trouvaient que les multi gestes courent un risque cinq fois plus élevé de faire le placenta praevia que les primigestes.

La parité

Nous avons constaté que les grandes multipares et les multipares sont plus touchés que les primipares. L'association multiparité et placenta praevia a été prouvée par plusieurs auteurs. Ainsi, les statistiques de Boog et Merger [5, 42] ont rapporté que les multipares sont quatre à cinq fois plus concernées que les primipares par rapport au placenta praevia. Cette même proportion est retrouvée par Handler A et Al [23].

Dans notre étude, 32,36 % des patientes étaient des multipares ; 7,84 % des grandes multipares ; 18,62% de pauci pares. Les nullipares étaient représentées dans 27,45% dans notre étude.

Ecart-type = 6,529

Age moyen = 25,80 ans

Les mariées, au nombre de 93, représentent 91,17 % contre 9 cas de célibataires, soit 8,82 % Keita S. [33] rapportait 92,74%. Nous avons reçu 88,24 % de patientes sans profession, 1,96% de comptable, 0,98% d'enseignante ; 2,94 % de commerçantes ; 1,96 % d'étudiantes 3,92% d'élèves contre 86,64% évoqués par Keita S. [33].

3. Les facteurs favorisants

Les antécédents d'avortement et curetage

Nous avons enregistré 13,72 % d'antécédents de curetage et 10,78 % d'avortements spontanés Keita S. [33], trouvait 9,16 % d'avortement, 25 % chez Koné F. [35].

Les antécédents de césarienne

Nous avons enregistré 9,80 % d'antécédents de césarienne.

Brenner W. [6] a été le premier à signaler que les utérus cicatriciels, après la césarienne, prédisposent à la survenue du placenta praevia au cours des grossesses ultérieures.

Hendricks M. [24] signale que plus le nombre de césarienne augmente plus la femme est susceptible de développer un placenta praevia. Les risques varient entre 2,2 % et 22,4 %.

Hershkowitz R. et Al [24], Chattopadhyah [9], ne trouvaient pas un accroissement de l'incidence de placenta praevia avec le nombre de césarienne antérieure. 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 praevia ($P < 0,0001$). Selon eux, les femmes avec un ou plusieurs antécédents de césarienne courent 2,15 fois plus de risque de faire le placenta praevia que celles sans césarienne antérieure.

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

Rakotomalata [51], Guianden F. [22], Koné F. [35], Keïta S. [33], Bagayoko S. [1] trouvaient des antécédents de césarienne chez les victimes de placenta praevia, respectivement 10,71 %, 12,98 %, 3,8 %, 4,8 % et 19,35 %. Cette association placenta praevia 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.

4. Etude clinique

Selon le score de Glasgow à l'admission 93,13% des patientes avaient un score normal contre 6,87% d'obnubilation.

Ceci s'explique par le fait que les cas de référence ne sont pas faits ou, du moins, de façon tardive dans un contexte d'évacuation en mauvais état général.

La fréquence de BDCF a été observée dans 97,05 % contre 2,94 % de BDCF absents. Koné F. [35] évoquait 12,21 %, Bagayoko S. [1] 24,19 %. Ceci s'explique par le fait, d'une part, qu'il y a eu une association avec d'autres pathologies fœticides telles que l'HRP, la procidence du cordon et d'autre part, par l'influence de plusieurs facteurs de risque qui sont : l'absence ou insuffisance des CPN, la rupture prématurée de la poche des eaux, les anomalies du liquide amniotique, les références tardives. Les présentations

dystociques au cours du PP ont été signalées par Boog et Al [5], Merger et Al [32]. Dans notre étude, nous avons enregistré 6,86 % de présentation céphalique, 5,35 % de présentation de siège et 1,78 % de présentation transversale.

5. PRISE EN CHARGE MATERNO-FOETALE

L'échographie a été réalisée chez 14,70 % de nos patientes, Bagayoko S. [1] qui a trouvé 37,10 %. Dans le but thérapeutique, chez toute femme qui saigne au Centre de Santé de Référence de la Commune V, le groupage sanguin rhésus est fait en urgence si la femme n'a pas été groupée pendant les CPN. Au cours de notre étude, 17,64 % ont été groupées en urgence. Le taux d'Hb aussi a été demandé chez 21,56% des patientes nécessitant une transfusion de sang au laboratoire du Centre de Référence de la Commune V. La maturation pulmonaire du fœtus dans le souci de prévenir la survenue de la maladie des membranes hyalines chez le fœtus a concernés 31,57% des hospitalisées.

La période d'accouchement sur PP hémorragique est très cruciale. Dans notre étude, 55,59% ont accouché par voie basse, Keïta S. [33] rapportait 96,74 % d'accouchement par voie basse, Bagayoko S. [1] 3,23 %. La RAM a été réalisée, dans notre étude, chez 71,57% ; Rakotomalala J. [51], Koné F. [35], Keïta S. [33] et Bagayoko S. [1] qui trouvaient respectivement 57,9 %, 14,28 %, 30 % et 16,12 %. Ceci s'explique par le fait qu'il y avait moins de formes recouvrantes.

La césarienne a été pratiquée en 2^{ème} intention chez 16 patientes malgré la RAM. Elle a contribué à améliorer le pronostic materno-

foetal chez 84,21% de nos patientes qui ont accouché par césarienne malgré la RAM (persistance de l'hémorragie dans 26,31% présentation de siège sur PP dans 10,53%, présentation transversale dans 5,26%, procidence du cordon dans 5,26% SFA dans 21,06%). Rakotomalala J. [51], Koné F. [35], Keïta S. [33] et Bagayoko S. [1] rapportaient respectivement les taux suivants : 42,1 %, 76,78 %, 3,26 % et 96,77 %. La césarienne a été indiquée d'emblée dans les PP recouvrant soient 19,60% et dans les hémorragies massives pour sauvetage materno-foetal.

La transfusion sanguine a été faite chez 9,80 %. Deux patientes soit 1,96% devraient bénéficier d'une transfusion, faute de sang iso groupe iso rhésus n'en ont pas pu bénéficier.

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

6. Pronostic maternel et foetal

Dans les pays en voie de développement, le pronostic materno-foetal, lié au PP, reste sombre pour la plupart des cas, à cause de l'insuffisance des infrastructures socio sanitaires [21, 27, 35, 38].

Pronostic maternel

Malgré de multiples progrès réalisés dans la prise en charge des patientes victimes de PP (transfusion et césarienne), il demeure toujours une pathologie obstétricale pour la mère, à cause de l'imprévisibilité des hémorragies et des complications qui peuvent en découler. Dans notre étude, nous n'avons déploré aucun cas de décès maternel, Koné F. [35] a relevé 1,78 %, Keïta S. [33] 6,66 %, Rakotomalala J. [51] a trouvé 0,9 %.

La mortalité maternelle liée au PP est devenue rare dans les pays développés [5, 27,35]. Ainsi, Lyasus et Al [31] ont rapporté en 1993, aux USA, 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 30 cas de PP suivis de complications: hémorragie de la délivrance dans 8,82%, endométrite dans 3,92%, anémie dans 9,81%, choc hypovolémique dans 6,86% des cas.

Pronostic foetal

La mortalité périnatale connaît aussi une baisse de 70 % de 1994 à 4-8 % actuellement [37].

Malgré les progrès réalisés par la réanimation et le recours à la césarienne, le pronostic foetal reste sévère. Le fœtus a moins bénéficié que la mère des progrès réalisés [5].

Dans notre étude, 32,69 %, ont été réanimés , 30,76 % de référence en néonatalogie du Centre de Santé de Référence de la Commune V et du Gabriel Touré pour prise en charge. La mortalité et la morbidité au cours du PP sont considérables

a- La mortalité

Dans notre étude, nous avons enregistré 7,69% de mort nés, 12,50% de mortalité néonatale précoce, 5,76% de mortalité néonatale tardive. Koné F. [35] a rapporté 30,35 %, Keïta S. [33] 56,67 %, Bagayoko S. [1] 25,81 %, Rakotomalala J. [51] en RCI

38,5 %, Houessou H. [28] au Bénin 42,07 %. Mac Shaue et Silver, cités par Dantzer et Al [11] signalait 8,1 % et 4,2 %. Dantzer M. et Al [11] 3 %, 8 % pour Wangala P. [57] 4 % et 8 % pour Lockwoodch J. [37].

La mortalité fœtale élevée dans notre étude s'explique par le fait que les patientes victimes de PP référées arrivent dans notre structure de façon tardive en urgence, baignant dans du sang, le travail souvent déclenché de façon prématurée avec des fœtus qui souffrent déjà.

b- La morbidité

Les critères de morbidité sont plus difficiles encore à définir [56]. Cependant, par souci de confirmer, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme pour Trazier cité par Tékété I. [56] ; un nouveau-né ayant un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 est rigoureux. Dans notre étude, la morbidité concerne tous les nouveaux nés ayant un Apgar inférieur ou égal à 7. Elle se subdivise en deux catégories: les nouveaux en état de mort apparente, soit 5,77% ; les cas de souffrance cérébrale, soit 29,80%. Dantzer M. [11], Bagayoko S. [1] et Rakotomalala J. [51] qui trouvaient respectivement 51,61 %, 51,61 % et 51,9 %. Nous constatons qu'il y a eu une nette amélioration du score d'Appar à la 5^{ème} minute, 61,53% avaient un apgar supérieur ou égal à 8. Bagayoko [1] trouvait 71,74 %, Keïta S. [33] : 33,33 %.

22 nouveaux-nés étaient des prématurés, soit 21,57 %. Keïta S. [33] 23,33 % ; de Bagayoko S [1] 77,42 % ;36,28%d'hypotrophes.

VI.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le placenta praevia hémorragique constitue de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic maternel et fœtal. Au cours de notre étude, nous avons recensé 102 cas de placenta praevia hémorragique sur un total de 5341 accouchements soit une fréquence de 1,90%.

Certes le pronostic maternel du placenta praevia reste favorable mais la mortalité néonatale reste élevée 25,95%. 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 fœtal.

RECOMMANDATIONS

Au regard de la problématique de la prise en charge liée au placenta praevia 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 praevia ;
- 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 ;
- Veuillez 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 du CSRCV.
- Doter la salle d'accouchement du CSRCV de cardiocographe et d'appareil échographique.
- Renforcer les capacités d'accueil en multipliant les centres de

santé de référence.

- 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.

VII. REFERENCES

REFERENCES

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 A10⁶.
6. **Brenner W., Edelmand A., Hendrichs C.**
Characteristics of patients with placenta praevia and results of «expectant management» am. J. Obstet Gynecol 1978; 132, 180-191.
7. **Browne J.** Localization of the placenta by means of radioactive sodium. Roy, Soc. Med 1951; (44); pp 715 – 718.
8. **Charasson T., Fournier A.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse Rev. Fr. Gynecol. Obste 1994; (89) 11 pp. 560 – 569.

9. Chattopadhyah S., Kharif H., Sherbeeni M.

Placenta praevia and accreta after previous caesarean section.

Eur. J. Obstet. Gynecol. Repro Biol 1993; (3) 52; pp. 151 – 156

10. Cotton O., Read J., Paul R., Quilligan E. The conservative aggressive management of placenta praevia Am J Obstet.

Gynecol 1980; 137, 687-695

11. Danzer M., Sloukji J., Agnani G., Colette C. Césarienne pour placenta praevia. Mortalité et Morbidité périnatales. Reo Fr Gynécol. Obstet 1986 ; (81)12 ; PP.685-691.**12. Demissie K., Breckenridge M., Joseph L., Rhoads G.**

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

13. Dimasi F., Mc Gold rick D., Grogna R.

Placenta accreta with special reference to combined placenta praevia and accreta. Am. J. Obstet - Gynecol 1963; 87. 190 - 197.

14. Dougnon F. - Contribution à l'étude des urgences gynecoligiques et obstetricales 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 kologii 1995 (3) 34: PP. 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; PP. 40-46.

18. Ghazli M., Zinoun., Salah eddine., Aderdour M., Bekkaym.

Placenta praevia et pronostic foetal: à propos de 200 cas. Gynecol obstet 1998; 93: 457-463.

19. Gqrodeski I., Baharic., Chachter A. Recurrent placenta praevia - Europ. J. Obstet - Gynecol Reprad 1981, 12, 7 - il.

20. Grossieux P., Leduc J., Rouchy R. Insertion basse du placenta. Rev. Franç. Fgynecol-obstet, 1970, 65, 83- 93.

21. 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 .

22. Handler A., Mason E., Rosenbergd L., Davis F.

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

23. 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.

24. 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 Research 1999; 25: 137-42.

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

26. Hibbardl T. Placenta praevia. Am . J . Obstet. Gynecol; 1969,104, 172 - **184.** Revue. Franç. Gynécol obstet; 1953; (48; 3-4 ; pp 80).

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

28. 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.

29. Huang Y., Dai Z. cesarean section in placenta praevia.
Chung. Hua. 1.Tsac. Chih. Taipei; 1990; (1)70: PP.13-15

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

31. Iyasus., Saftlasa K., Rowley D., Kooning L., And ail.
The epidemiology of placenta praevia in the United State, 1979 through1987. Am. J. Obstet – Gynecol : 1993 ; (5) 168 ; pp. 1424 - 1429.

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

33. 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.

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

35. 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.

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

37. Lockwoodch J. Placenta praevia and relate disorders- in : QUEENAN J. T menagement of high- risk pregnancy, PP. 483-49 Boston, BlakweH scientific publicatione, 1994.

38. Lokossou A. Mortalité maternelle au centre hospitalier départemental de référence de l'oucmé. 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.

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

40. Macaffee C., Millar W., Harley G.

Maternal and foetal morbidity in praevia. J. Obstet. Gynecol; 1980; (23; pp 637 - 646).

- 41. 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.
- 42. Merger., Levy J., Melchior J.** Précis d'obstétrique. Masson, Paris 1993 pp 245 - 252.
- 43. Miliez J.** Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse : orientation diagnostique Rev. Praticienne; 1991 ; (41)9: PP. 835-838.
- 44. Monica G., Lil jac.** Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk - Acta- Obstet. Gynecol. Scand; 1995 ; (5)74: PP. 341- 345
- 45. Morgan J.** - Placenta praevia : report on a series of 538 cases (1938- 1962). J. Obstet - Gynecol. Brit. Cwith; 1965, 72 700 - 705.
- 46. Moue J.** Placenta praevia: antepartum conservative management, impatient versus out patient Am - J - Obstet. Gynecol; 1994; (6) 170: pp. 1683 - 1686 .
- 47. Naeye R.** Placenta praevia. Predisposition factor and effects on the fetus and surviving infants. Obstet. Gynecol; 1980; 55, 701 - 704.
- 48. Nilsen T., Hagberg H., Ljungbladu.**
Placenta praevia and antepartum hemorrhage after previous

cesarean section. *Gynecol. Obstet. Invest*; 1989; 27; pp. 88- 90.

49. Pallier., Delecour M., Monnier J., Begueri F., Coll.

contribution à l'étude du pronostic des hémorragies. Par insertion basse du placenta *Placenta obstet*; 1970, 69, 309 - 324

50. Parazzini F., Diudelli M., Luchini L., And Coll.

Risk factors for placenta praevia. *Placenta* ; 1994 (3) 15 ; pp. 321 - 326.

51. 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.

52. Read J., Cotton D., Miller F.-Placenta accreta changing

clinical aspects and out corne. *Gynecol. Obstet*; 1980, 56, 31-35.

53. Record R G. Observations related to the actiology cf placenta praevia with special reference to the influence of age and parity.

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

54. Scoott J. Vaginal bleeding in the mid trimester cf pregnancy

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

55. Singh P M. Rodriguesc., Gutta A. - Placenta previa and

previous cesarean section. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand*; 1981; 60; pp. 367-368.

56. Tekete 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.

57. 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.

58. Weinberg A., Rizzi J., Mc manus R., Rivera J. localisation of the placenta site by radioactive isotopes. Obstet. Gynecol: 1957; 9 pp 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 6 à 7
- Coma stade III est de 4 à 5
- Coma stade IV est 3

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=Commune V 2=Autres communes de Bamako 3=Hors de Bamako

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

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 : (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 Récouvrant(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 Transfusion : 1=OUI 2=NON

Q51 Insertion placentaire : 1=segmentaire 2= segmento fundique 3=fundique

Q52 Longueur du petit coté des membranes : (en cm)

Q53 Les formes associées : 1=HRP 2=Procidence du cordon

3=RPM 4=placenta acréta

LES COMPLICATIONS MATERNELLES

Q54 Hémorragie :	1=OUI	2=NON
Q55 Endométrite :	1=OUI	2=NON
Q56 Pelvipéritonite :	1=OUI	2=NON
Q57 Péritonite :	1=OUI	2=NON
Q58 Suppuration pariétale	1=OUI	2=NON
Q59 Anémie :	1=OUI	2=NON
Q60 Thrombophlébite :	1=OUI	2=NON
Q61 CIVD	1=OUI	2=NON
Q62 Décédée :	1=OUI	2=NON

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS :

Q63 Hystérectomie :	1=OUI	2=NON
Q64 Transfusion :	1=OUI	2=NON
Q65 Perfusion d'ocytociques :	1=OUI	2=NON
Q66 Anticoagulant :	1=OUI	2=NON
Q67 Référence Evacuation :	1=OUI	2=NON

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE

Q68 Apgar1 (1 ^{ère} minute)=	Apgar2 (1 ^{ère} minute)=		
Q69 Apgar1 (5 ^{ème} minute)=	Apgar2 (5 ^{ème} minute)=		
Q70 Poids1 (g)=	Poids2 (g)=		
Q71 Taille 1 (cm)	Taille2 (cm)=		
Q72 PC 1(cm)=	PC 2(cm)=		
Q73 PT 1(cm)=	PT 2(cm)=		
Q74 Sexe (enfant 1) :	Sexe (enfant 2) :	1=masculin	2=Féminin
Q75 Réanimaton :	1=OUI	2=NON	
Q76 Référé(e) :	1=OUI	2=NON	
Q77 Lieu de Référence :	1=Néonatalogie du CSRCV	2=HGT	
Q78 Malformation fœtale :	1=OUI	2=NON	
Q79 Mortalité néonatale :	1=Précoce	2=Tardive	
Q80 Fœtus mort né	1=OUI	2=Non	

FICHE SIGNALITIQUE

NOM: TRAORE

Prénom : Morikè

Titre : Placenta praevia hémorragique, pronostic materno-foetal à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Année Universitaire 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Résumé:

L'étude prospective descriptive et transversale dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako a permis d'atteindre nos objectifs :

Le placenta praevia est fréquent dans 1,90%.

La tranche d'âge de 20 à 34ans avaient la fréquence la plus élevée soit 74,52%.

La multigestité est retrouvée dans 44,11%.

Le pronostic maternel est favorable (absence de décès maternel) mais la mortalité néonatale reste élevée (19,8%).

Mots clés: Pronostic, materno-foetal, placenta, praevia, hémorragie.

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

