

Ministère de l'Éducation Nationale

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*  
**FMOS**

Année universitaire : 2018 - 2019

**THESE**

N°/...../Med

**Aspects épidémiocliniques et pronostic du  
placenta prævia hémorragique à la Maternité du  
Centre de Santé de Référence de la Commune V  
du District de Bamako à propos de 34 cas**

Présentée et soutenue publiquement le ..... /..... / 2019  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie  
Par :

**M. Modibo MALLE**

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

**Président :** Pr. Alhassane TRAORE  
**Membres :** Dr. Amadou BOCOUM  
Dr. Soumana Oumar TRAORE  
**Co-Directeur** Dr. Hamady SISSOKO  
**Directeur :** Pr. Youssouf TRAORE

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018-2019

## ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur

VICE-DOYEN : **M. Ousmane FAYE**-Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor

## LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1.	Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
2.	Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3.	Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4.	Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5.	Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6.	Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7.	Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8.	Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9.	Mr. Abdoulay Ag RHALY	Medicine interne
10.	Mr. Boulkassoum HAIDARA	Legislation
11.	Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12.	Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
13.	Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14.	Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
15.	Mr. Daouda DIAL	Chimie-générale et Minérale
16.	Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
17.	Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18.	Mme. Sy Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
19.	Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20.	Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
21.	Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22.	Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23.	Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24.	Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
25.	Mr. Amadou I. DOLO	Gynéco-Obstétrique
26.	Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27.	Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
28.	Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29.	Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30.	Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
31.	Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32.	Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33.	Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34.	Mr. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue
35.	Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36.	Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37.	Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38.	Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue

- |     |                            |  |
|-----|----------------------------|--|
| 39. | Mr. Alhousseini AG MOHAMED | O.R.L  |
| 40. | Mme.Traoré J. THOMAS       | Ophtalmologie                                |
| 41. | Mr. Issa DIARRA            | Gynéco-Obstétrique                           |
| 42. | Mme. Habibatou DIAWARA     | Dermatologie                                 |
| 43. | Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ     | Entomologie-Médicale<br>Biologie Cellulaire, |

### **LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS**

- |     |                                  |  |
|-----|----------------------------------|--|
| 1.  | Mr. Mahamdou TOURÉ               | Pédiatrie                              |
| 2.  | Mr. Alou BAH                     | Ophtalmologie                          |
| 3.  | Mr. Bocar SALL                   | Orthopedie-Taumatologie-<br>Secouriste |
| 4.  | Mr. Balla COULIBALY              | Pédiatrie                              |
| 5.  | Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP  | Chirurgie générale                     |
| 6.  | Mr. Moussa TRAORÉ                | Neurologie                             |
| 7.  | Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ | Chimie Organique                       |
| 8.  | Mr. Anatol TOUNKARA              | Immunologie                            |
| 9.  | Mr. Bou DIAKITÉ                  | Psychiatrie                            |
| 10. | Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO | Pneumologie                            |
| 11. | Mr. Modibo SISSOKO               | Psychiatrie                            |
| 12. | Mr. Ibrahim ALWATA               | Orthopédie-Traumatologie               |
| 13. | Mme. TOGOLA Fanta KONIPO         | O.R.L                                  |
| 14. | Mr. Bouraima MAIGA               | Gynéco-Obstétrique                     |
| 15. | Mr. May MACALOU                  | Orthopédie-Traumatologie               |
| 16. | Mr. Tiémoko D. COULIBALY         | Odontologie                            |
| 17. | Mr. Mahamado TOURÉ               | Radiologie                             |
| 18. | Mr. Gangaly DIALLO               | Chirurgie Viscérale                    |
| 19. | Mr. Ogobara DUMBO                | Parasitologie-Mycologie                |
| 20. | Mr. Mamadou DEMBÉLÉ              | Chirurgie-générale                     |
| 21. | Mr. Sanoussi KONATÉ              | Santé Publique                         |
| 22. | Mr abdoulay DIALLO               | Ophtalmologie                          |

### **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |     |                           |                                |
|-----|---------------------------|--------------------------------|
| 1.  | Mr. Nouhoum ONGOIBA       | Anatomie et Chirurgie générale |
| 2.  | Mr. Youssouf COULIBALY    | Anesthésie et Réanimation      |
| 3.  | Mr. Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie et Réanimation      |
| 4.  | Mr. Sadio YÉNA            | Chirurgie cardio-Thoracique    |
| 5.  | Mr. Mohamed Amadou KEITA  | O.R.L                          |
| 6.  | Mr. Adégné TOGO           | Chirurgie générale             |
| 7.  | Mr. Samba Karim TIMBO     | O.R.L Chirurgie maxillofacial  |
| 8.  | Mr. Aly TEMBELY           | Urologie                       |
| 9.  | Mr. Mamado TRAORÉ         | Gynéco-Obstétrique             |
| 10. | Mr. Zimogo Zié SANOGO     | Chirurgie générale             |

### **MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE**

- |    |                     |                    |
|----|---------------------|--------------------|
| 1. | Mr. Ibrahim TÈGUÉTÉ | Gynéco-Obstétrique |
| 2. | Mr. Youssouf TRAORÉ | Gynéco-obstétrique |
| 3. | Mr. Niani MOUNKORO  | Gynéco-Obstétrique |
| 4. | Mr. Moustapha TOURÉ | Gynéco-Obstétrique |

5.	Mr. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
6.	Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
7.	Mr. Birama TOGORA	Chirurgie générale
8.	Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
9.	Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
10.	Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
11.	Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
12.	Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
13.	Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
14.	Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
15.	Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
16.	Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
17.	Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
18.	Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
19.	Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
20.	Mr. Moussa Abdoulay OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
21.	Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
22.	Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
23.	Mr. Broulaye Massoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
24.	Mr. Abdoulay DIALLO	Anesthésie-Réanimation
25.	Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
26.	Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
27.	Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
28.	Mr Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
29.	Mr Tièma COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
30.	Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
31.	Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
32.	Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique

### **MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES**

1.	Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2.	Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3.	Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4.	Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
5.	Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
6.	Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
7.	Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
8.	Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
9.	Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
10.	Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
11.	Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
12.	Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
13.	Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
14.	Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
15.	Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
16.	Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
17.	Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
18.	Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique

19.	Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L-C.C.F
20.	Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
21.	Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
22.	Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
23.	Mr. Nouhoum DIAN	Anesthésie-Réanimation
24.	Mr. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
25.	Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
26.	Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
27.	Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
28.	Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
29.	Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
30.	Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
31.	Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
32.	Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
33.	Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
34.	Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
35.	Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
36.	Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
37.	Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
38.	Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
39.	Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
40.	Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
41.	Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
42.	Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
43.	Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
44.	Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
45.	Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
46.	Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
47.	Mr. Bougadari COULIBALY	Protèse Scellée
48.	Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
49.	Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
50.	Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
51.	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
52.	Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
53.	Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
54.	Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
55.	Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
56.	Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
57.	Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
58.	Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
59.	Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
60.	Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
61.	Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
62.	Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
63.	Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
64.	Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
65.	Mr. Alkadri DIARRA	Urologie

66.	Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
67.	Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
68.	Mr. ABdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
69.	Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
70.	Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
71.	Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
72.	Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
73.	Mr. Ibrahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
74.	Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
75.	Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
76.	Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
77.	Mr. OUSseynou DIAWARA	Parodontologie
78.	Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
79.	Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

1.	Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie
----	--------------------	--------------

#### **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1.	Mr. Mamadou A. THERA	Physiologie
2.	Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
3.	Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
4.	Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES**

1.	Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
2.	Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
3.	Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
4.	Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
5.	Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

#### **MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE**

1.	Mr. Abdoulay KONE	Parasitologie-Mycologie
2.	Mme. Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie
3.	Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
4.	Mr. Mamado MAIGA	Bactériologie-Virologie
5.	Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
6.	Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
7.	Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie Cytogénétique
8.	Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9.	Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10.	Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
11.	Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Medicale Biochimie Clinique

12.	Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
13.	Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
14.	Bamodi SIMAGA	Physiologie
15.	Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
16.	Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/ Cancérologie
17.	Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
18.	Mr. Saidou BALAM	Immunologie
19.	Mme Arhamatoulay MAIGA	Biochimie

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

1.	Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2.	Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3.	Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4.	Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5.	Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6.	Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

#### **D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

##### **PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1.	Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
2.	Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
3.	Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
4.	Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
5.	Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
6.	Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
7.	Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
8.	Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
9.	Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
10.	Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
11.	Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
12.	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
13.	Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
14.	Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
15.	Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie

##### **MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

1.	Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
2.	Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
3.	Mme. KAYA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
4.	Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
5.	Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
6.	Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pédiatrie
7.	Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
8.	Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
9.	Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
10.	Mr. Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
11.	Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
12.	Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie

13.	Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
14.	Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
15.	Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
16.	Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
17.	Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
18.	Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
19.	Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
20.	Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

### **MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

1.	Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2.	Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
3.	Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Imagerie Médicale
4.	Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
5.	Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
6.	Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
7.	Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8.	Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
9.	Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
10.	Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
11.	Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
12.	Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
13.	Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
14.	Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
15.	Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
16.	Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17.	Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18.	Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19.	Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20.	Mr. Seydou SY	Médecine Interne
21.	Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
22.	Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23.	Mr. Seydou SY	Néphrologie
24.	Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25.	Mr. Massama KONATE	Cardiologie
26.	Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27.	Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28.	Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
29.	Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
30.	Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
31.	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32.	Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33.	Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
34.	Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
35.	Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
36.	Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
37.	Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
38.	Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
39.	Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40.	Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et



41.	Mr. Yacouba COSSOKO	Tropicale
42.	Mr. Garan DABO Maladies	Maladies Infectieuses et Tropicale
43.	Mr. Jean Paul DEMBELE	Infectieuses et Tropicale
44.	Mr. Mamadou AC. CISSE	Maladies Infectieuses et Tropicale
45.	Mr. Seydou HASSANE	Médecine d'Urgence
46.	Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
47.	Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
48.	Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
49.	Mr. Diangina dit Nouhoum SOUMARE	Pneumologie
50.	Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
51.	Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
52.	Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
53.	Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
54.	Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
55.	Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
56.	Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
57.	Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
58.	Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
59.	Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
60.	Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
61.	Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
62.	Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
63.	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
64.	Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
65.	Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
66.	Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
67.	Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
68.	Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
69.	Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

1.	Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
----	-------------------------	----------------------

#### **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

1.	Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
2.	Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
3.	Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4.	Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE**

1.	Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
2.	Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
3.	Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
4.	Mr. Modibo DIARRA	Nutrition

#### **MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE**

1.	Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
2.	Mr. Ousmane LY	Santé Publique

- |    |                           |                                  |
|----|---------------------------|----------------------------------|
| 3. | Mr. Ogobara KODIO         | Santé Publique                   |
| 4. | Mr. Oumar THIERO          | Bio statistique/Bio-informatique |
| 5. | Mr. Cheick Abou COULIBALY | Épidémiologie                    |

### **ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE**

- |     |                             |   |
|-----|-----------------------------|---|
| 1.  | Mr. Seydou DIARRA           | Anthropologie Médicale                                    |
| 2.  | Mr. Abdrahamane COULIBALY   | Anthropologie Médicale                                    |
| 3.  | Mr. Abdrahamane ANNE        | Bibliothéconomie-Bibliographie                            |
| 4.  | Mr. Modibo SANGARE          | Pédagogie en Anglais adapté à la<br>Recherche Biomédicale |
| 5.  | Mr. Mohamed Moumine TRAORE  | Santé Communautaire                                       |
| 6.  | Mr. Housseini DOLO          | Épidémiologie   |
| 7.  | Mr. Souleymane Sékou DIARRA | Épidémiologie   |
| 8.  | Mr. Yaya dit Sadio SARRO    | Épidémiologie   |
| 9.  | Mr. Moctar TOUNKARA         | Épidémiologie   |
| 10. | Mr. Nouhoum TELLY           | Épidémiologie   |
| 11. | Mr. Bassirou DIARRA         | Recherche-Opérationnelle                                  |
| 12. | Mme. Fatoumata KONATE       | Nutrition-Diététique                                      |
| 13. | Mr. Bakary DIARRA           | Santé-Publique  |
| 14. | Mr. Baba DIALLO             | Épidémiologie   |
| 15. | Mme. Fatoumata SY           | Gestion des Ressources Humaines                           |

### **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

- |     |                             |                                      |
|-----|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1.  | Mr. Souleymane GUINDO       | Gestion                              |
| 2.  | Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu                    |
| 3.  | Mr. Cheick O. DIAWARA       | Bibliographie                        |
| 4.  | Mr. Rouillah DIAKITE        | Biophysique et<br>Médecine Nucléaire |
| 5.  | Mr. Alou DIARRA             | Cardiologie                          |
| 6.  | Mme. Assétou FOFANA         | Maladies Infectieuses                |
| 7.  | Mr. Abdoulay KALLE          | Gastroentérologie                    |
| 8.  | Mr. Mamadou KARAMBE         | Neurologie                           |
| 9.  | Mme. Fatouma Sirifi GUINDO  | Médecine de Famille                  |
| 10. | Mr. Alassane PEROU          | Radiologie                           |
| 11. | Mr. Boubacar ZIBEIROU       | Physique                             |
| 12. | Mr. Boubakary Sidiki MAIGA  | Chimie-Organique                     |
| 13. | Mme. Doulata MARIKO         | Stomatologie                         |
| 14. | Mr. Elimane MARIKO          | Pharmacologie                        |
| 15. | Mr. Issa COULIBALY          | Gestion                              |

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

- |    |                 |             |
|----|-----------------|-------------|
| 1. | Mr. Lamine GAYE | Physiologie |
|----|-----------------|-------------|

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

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

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

### **DEDICACES**

Je dédie cette thèse :

#### **A mon père : MOUSSA MALLE**

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

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

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

#### **A ma mère : AMINATA COULIBALY**

Douce mère

Tendre mère

Vénération mère

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

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

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

**A mes oncles :**

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

**A mes sœurs et frères,**

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

**A mes neveux et nièces,**

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler davantage.

**A mes tantes :**

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

**REMERCIEMENTS**

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

**A mes amis : Docteur en médecine**

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

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

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

**A mes amis aînés de la FMOS :**

Merci pour vos conseils.

**A mes cousines et cousins :**

Vous avez été toujours là quand il le fallait.

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

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

**A Toute la famille DEMBELE depuis M'Pèssoba**

Je ne saurais vous dire ce que je ressens en évoquant le seul nom de la famille Dembélé.

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

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

**A la famille MALLE depuis Koutiala, particulièrement à Mme**

**DJENEBA MALLE**, tu as été pour moi une mère. Je ne saurais exprimer le sentiment et l'amour que j'ai pour toi. Ce travail est le votre ; merci pour tout ; Qu'ALLAH renforce ta bonté, ta générosité et guide toujours tes pas.

**A la famille Mallé à Sirakoro Méguetana, particulièrement à Mr MALLE ABDOULAYE**

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

**A La famille Dembélé à Kati, plus précisément à Mme Dembélé Awa Coulibaly**, sachez que cette recherche est la votre.

**A mes aînés du service, à tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique: (médecins généralistes, faisant Fonction d'internes, sages-femmes, infirmières Obstétriciennes, manœuvres)**

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

**A ma femme Awa Fofana**

Pour ta présence, ta patience et ton soutien. Sans ton aide, conseils et encouragements ce travail n'aurait pas vu le jour. Aucune dédicace ne saurait exprimer à sa juste valeur le profond amour que je ressens pour toi.

**A Mes Maîtres et encadreurs: Pr Traoré Mamadou, Dr Traoré Oumar Moussokoro, Dr Traoré Soumana Oumar, Dr Sissoko Hamady, Dr Albachar Amidou, Dr Tall Saoudatou, Dr Camara Daouda, Dr Kouyaté Fa-Issif**

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

**Au médecin chef du centre de santé de référence de la commune V, Pr Traoré Mamadou**

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

**A Mes chers collègues Faisant Fonction d'Internes : Siaka Bakayoko, Alpha Traoré, Alassane Fofana, Souleymane Sogoba et tous les autres internes,** pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration dans le respect et la considération tout en vous souhaitant courage et abnégation.

**A tout le personnel du cabinet médical Sorila à Banankabougou**

**A tout le personnel du cabinet médical Fafré Camara à Yirimadio** merci pour votre collaboration.

**A Mes aînés :** Dr Coulibaly Marou ,Dr Keita Maxim ,Dr Camara Younoussa,Dr Sidibé Alou, Dr Tembely Luc et tous les autres anciens internes du CSRef CV, merci pour votre encadrement, et pour votre soutien. Je ne peux que vous dire merci et que Dieu vous assiste dans votre carrière professionnelle. Amen !



**HOMMAGES AUX HONORABLES**

**MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

✓ **Professeur Alhassane TRAORE**

- Professeur Agrégé en chirurgie digestive à la FMOS ;
- chirurgien généraliste au CHU Gabriel TOURE ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- Chargé de cours à l'INFSS ;
- Membre de la société de chirurgie du Mali(SOCHIMA) ;
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.

Cher maître nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos étudiants, votre simplicité et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance.



## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE**

### ✓ **Professeur Youssouf TRAORE**

- Professeur Agrégé de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du MALI ;
- Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;
- Modérateur national et espère sur la PTMEau MALI ;
- Titulaire d'un Diplôme Universitaire en Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II ;
- Membre de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) ;
- Président de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;
- Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA) ;
- Enseignant-Chercheur

Cher maître,

Ce fut pour nous une immense joie de vous avoir comme Directeur de ce travail.

Votre disponibilité et votre franchise font de vous un encadreur admirable.

Par votre fonction de médecin vous êtes reconnus pour votre générosité et Votre bonté vis-à-vis de vos patients.

Veillez recevoir, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE**

### **Docteur Hamady SISSOKO**

- ✓ Gynécologue-Obstétricien
- ✓ Praticien hospitalier dans le CSRéf CIII
- ✓ Chef de service de gynécologie-obstétrique au CSRéf CIII
- ✓ Attaché de recherche au CSRéf CIII

Cher Maître,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi nos encadreurs. Votre abord facile et votre dimension sociale inestimable nous ont beaucoup impressionnés.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.

## **A NOTRE MAÎTRE JUGE**

### **Docteur Soumana Oumar TRAORE**

- ✓ Gynécologue-obstétricien
- ✓ Praticien hospitalier dans le CSRéf CV
- ✓ Maître Assistant à la FMOS

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons aujourd'hui, après toutes ces années passées ensemble.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

## A NOTRE MAÎTRE JUGE

### Dr Amadou BOCOUM

- ✓ Maître-Assistant en gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie du mali ;
- ✓ Praticien Gynécologue Obstétricien dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;
- ✓ Membre de la société malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)

Cher maître,

Nous sommes très fiers et ravis de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

A présent, vous représentez pour nous un modèle aux qualités recherchées.

Veillez recevoir cher Maître, nos sincères remerciements.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**Bpm** : battements par minute

**DES** : Diplôme d'études spécialisés

**CIVD** : Coagulation intraveineuse disséminée

**CHU-GT** : Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré

**CHU-PG** : Centre hospitalo-universitaire Point G

**Cm** : Centimètre

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CSRef CV** : centre de santé de référence de la commune V

**CUD** : Contractions utérines douloureuses

**DDR** : Date des Dernières Règles

**G** : Gramme

**HRP** : Hématome Retro placentaire

**≤** : Inférieur ou égal

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**ml** : Millilitre

**mm** : Millimètre

**NFS** : Numération et Formule Sanguin

**PC** : Périmètre crânien

**PT** : Périmètre thoracique

**PP** : Placenta prævia

**%** : Pourcentage

**RAM** : Rupture artificielle des membranes

**RPM** : Rupture prématurée des membranes

**SA** : Semaine d'aménorrhée

**SOMAGO** : Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique

**SAGO** : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

**SFA** : Souffrance fœtale aigue

**≥** : Supérieur ou égal

## SOMMAIRE

<b>I.INTRODUCTION :</b> .....	<b>1</b>
<b>II.OBJECTIFS:</b> .....	<b>4</b>
<b>III.GENERALITES:</b> .....	<b>5</b>
<b>IV.METHODOLOGIE:</b> .....	<b>47</b>
<b>V.RESULTATS :</b> .....	
<b>VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:</b> .....	<b>86</b>
<b>CONCLUSION:</b> .....	<b>96</b>
<b>RECOMMANDATIONS :</b> .....	<b>98</b>
<b>REFERNCES :</b> .....	<b>100</b>
<b>ANNEXES :</b> .....	<b>107</b>

## **LISTE DES TABLEAUX :**

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon la gestité

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité

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

Tableau V: Répartition des patientes selon les moyens d'estimation de la grossesse

Tableau VI: Répartition des patientes selon les ATCDS gynéco-obstétricaux

Tableau VII: Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal

Tableau VIII: Répartition selon l'état général des patientes

Tableau IX: conduite à tenir en hospitalisation

Tableau X: Répartition selon le pronostic fœtal et ou des nouveau-nés

Tableau XI: Les variations de la fréquence du placenta prævia dans différent pays.

Tableau XII: Les variations du placenta prævia selon l'âge.

Tableau XIII: Les variations du placenta prævia en cas d'ATCD de césarienne

Tableau XIV: Les variations de la fréquence des avortements au cours du PP.

Tableau XV : les variations des présentations fœtales au cours du PP

## **LISTE DES FIGURES :**

Figure 1 : Grossesse avec insertion basse du placenta. La face foetale du placenta.

Figure 2 : La face maternelle du placenta.

Figure 3 : Structure du placenta

Figure 4 : Coupe sagittale du segment inférieur.

Figure 5 : Classification anatomique de MACAFEE.

Figure 6: Classification échographique BESSIS.

Figure 7 : Classification clinique de Couvelaire.

Figure 8 : Classification pronostic selon DENHEZ.

Figure 9 : Examen au speculum.

Figure 10 : Echographie endo vaginale.

Figure 11 : Image échographique d'un PP type I

Figure 12 : Image échographique d'un placenta bas inséré recouvrant.

Figure 13 : Répartition des patientes selon la profession.

Figure 14 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Figure 15 : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Figure 16 : Répartition des patientes selon qu'elles soient en travail ou non

Figure 17 : Répartition des patientes selon les CPN

Figure 18: Répartition des patientes le type de présentation

Figure 19: Répartition des patientes selon l'intervalle inter-génésique

Figure 20: Répartition des patientes selon l'insertion placentaire sur le segment inférieur de l'utérus

Figure 21: Répartition des patientes selon la variété de l'insertion du placenta

Figure 22: Répartition des patientes selon la longueur du petit côté des membranes

Figure 23: Répartition des patientes selon la réalisation du Groupage/Rhésus en urgence



Figure 24: Répartition des patientes selon la réalisation du taux d'hémoglobine en urgence

Figure 25: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

Figure 26: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Figure 27: Répartition des patientes selon les pratiques de la transfusion

Figure 28: Répartition des patientes selon la survenue de complications immédiates

Figure 29: Répartition des patientes selon la survenue de complications à court et moyen terme

Figure 30: Répartition des nouveau-nés selon leur état

Figure 31: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute

Figure 32: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute

Figure 33: Répartition des nouveau-nés réanimés

Figure 34: Répartition des nouveau-nés référés en néonatalogie du centre

Figure 35: Répartition des nouveau-nés selon le poids

Figure 36: Répartition des nouveau-nés selon la maturité.

# I.INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Le placenta prævia hémorragique est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus compliqué d'hémorragie [1].

Le placenta prævia, la rupture utérine et l'hématome rétro placentaire constituent les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre, et de la mortalité maternelle dans les pays en développement et dans le monde [2]. Le placenta prævia constitue une urgence obstétricale. IL met en jeu le pronostic vital materno-foetal de ce fait, il nécessite un diagnostic précoce, une prise en charge adéquate.

En effet, le placenta prævia est la 4ème cause de décès maternel par hémorragie après la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance et l'hématome rétro-placentaire [3, 4, 5]. La fréquence du placenta hémorragique varie de 0,9 à 1,78 % [3, 4, 5].

Le placenta prævia complique 0,3% à 0,5% des accouchements en Europe, 0,3% à 0,62% des accouchements en Amérique et de 0,5% à 0,9% des accouchements en Asie. Les fréquences les plus élevées sont rapportées en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique avec des taux variant entre 0,3% et 4,22% des accouchements [6, 7, 8, 9].

Au Mali, les études les plus récentes ont retrouvé des fréquences entre 1% et 4,22% des accouchements [8, 7,6]. Une étude faite en Côte-d'Ivoire par N'guessan K et collaborateurs [10], trouvaient 21,3 % de mortalité foetale en cas de placenta prævia et que le taux de prématurité était de 48,3%. Si les étiologies précises de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus sont inconnues, de nombreuses études ont permis d'identifier les facteurs de risque qui sont : la multiparité [6,7,8,9, 10, 11]. La multigestité [8,10] les antécédents de placenta prævia, l'âge maternel avancé [9, 10, 11,], un antécédent de cicatrice utérine [10,11], les grossesses multiples [1], un antécédent d'endométrite, une

malformation utérine [1], des manœuvres endo-utérines [1], un fibrome sous muqueux [13]. Pathologie obstétricale redoutable où l'on préconisait l'interruption systématique de la grossesse pour sauvetage maternel, actuellement des moyens diagnostiques et thérapeutiques modernes ont permis d'améliorer le pronostic materno-foetal. L'utilisation de l'échographie dans le diagnostic du placenta prævia a permis une réduction considérable de la mortalité maternelle qui est passée de plus de 10 % dans les années 1940 à moins de 1 % actuellement [14].

Proportionnellement, la mortalité périnatale a également baissé de plus de 70 % dans les années 1940 à 4-8 % de nos jours [15]. Cependant, dans les pays en voie de développement, l'issue des grossesses compliquées de placenta prævia est encore défavorable dans la plupart des cas à cause de l'insuffisance des infrastructures et du sous équipement de nos centres de santé [3,8].

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

## **II.OBJECTIFS:**

### **1. Objectif général :**

Etudier les aspects épidémiocliniques et pronostics du placenta prævia hémorragique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence du placenta prævia hémorragique au centre de santé de référence de la commune V.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes
- Décrire la conduite à tenir devant un placenta prævia hémorragique dans notre service
- Déterminer le pronostic materno-fœtal et néo-natal précoce

### III.GENERALITES:

#### 1. Rappels anatomiques

##### 1. A. Rappel sur le placenta:

Le placenta est un tissu foëto-maternel, provenant de la fusion partielle d'un tissu maternel de l'endomètre, qu'on appelle alors decidua (decidua basalis), et d'un tissu foëtal issu du trophoblaste (donc de la multiplication cellulaire de l'œuf), dénommé chorion (chorionfrondosum) [16].

- **La placentation:** est l'ensemble des phénomènes de prolifération et d'organisation trophoblastique par lesquels le blastocyte confirme ses rapports vasculaires avec l'organisme maternel via les artères et les veines de l'endomètre déciduale.

Le déroulement de la placentation se fait comme suit:

- Stade vilieux avasculaire: avec formation de villosités choriales (primaire et secondaire) de J13 à J20 post fécondation.
- Stade vilieux à circulation allanto-chorio-villositaire: Ebauché de J21 à J28 post fécondation.
- Stade vilieux à circulation allanto-chorio-villositaire établi: De J29 à J49 post fécondation.

NB:

- Le trophoblaste est formé de cytotrophoblaste "CT" et de syncytiotrophoblaste "ST".
- Le placenta est une membrane d'échange type hémo-chorial, entre le sang foëtal et maternel via la villosité choriale.
- Les grosses molécules ne peuvent passer à travers le placenta.
- La pression du sang maternel est de 60 – 70 mm Hg [17].

➤ **Anatomie macroscopique:**

Le placenta à terme se présente comme un disque de 18 à 20 cm de diamètre, de 4 à 5 cm d'épaisseur au centre, 4 à 6 mm sur les bords.

Le rapport poids placentaire / poids fœtal varie tout au long de la grossesse. C'est un bon indicateur du développement harmonieux du fœtus et de son placenta. A terme, son poids représente environ 1/6 du poids du fœtus soit 500 g.

IL présente:

- Une face fœtale ou choriale lisse, luisante. Elle est tapissée par l'amnios que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibres. Sur elle s'insère le cordon ombilical tantôt près du centre, tantôt à la périphérie plus ou moins loin du bord



**Figure1:** Face fœtale du placenta [9]

- Une face maternelle qui est recouverte par la caduque basale qui constitue le plan de clivage. Cette face est parcourue par des sillons qui délimitent les cotyledons





**Figure 2:** Face maternelle du placenta [9]

- Le bord du placenta est circulaire. IL se continue avec les membranes de l'œuf [18].

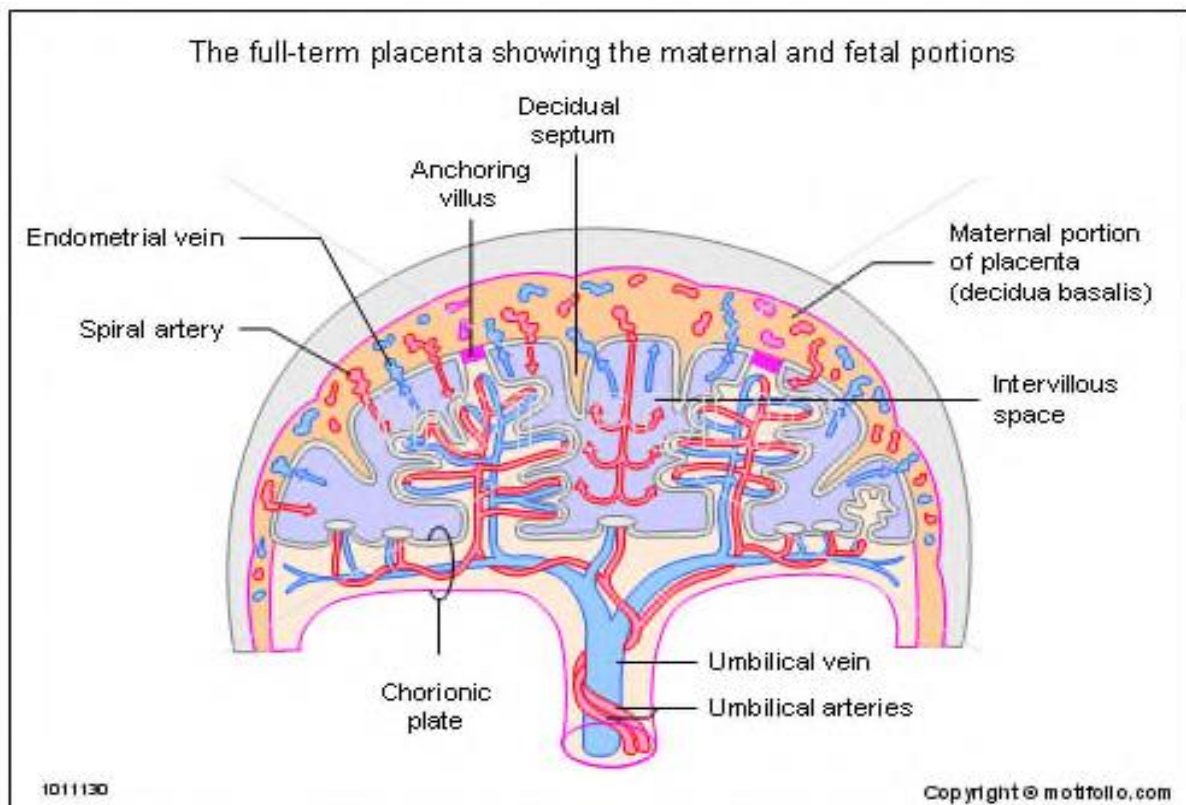
À terme, la taille du cordon est égale à celle du fœtus. Le cordon est d'insertion centrale ou para centrale et comporte une veine et deux artères. Les membranes s'insèrent à la périphérie du placenta, sont de couleur gris clair et comportent plusieurs feuillets accolés, l'amnios, le chorion lisse et la caduque.

➤ **Histologie du placenta:**

On distingue la caduque et le placenta proprement dit, avec la plaque basale, la plaque chorale et entre les deux, la chambre inter villeuse et les villosités chorales [19].

L'étude au microscope électronique a découvert, à la surface du syncytium, des microvillosités formant une bordure en brosse, qui augmente la surface d'échanges fœto-maternels.

A partir du quatrième mois, la membrane placentaire séparant les circulations maternelle et fœtale est constituée du syncytiotrophoblaste et de l'endothélium vasculaire fœtal séparés par une mince bande de tissu conjonctif [20].



**Figure 3:** Structure de placenta [9]

➤ **Physiologie du placenta :**

**1. Fonction respiratoire:** le placenta joue un rôle de « poumon fœtal ». IL est 15 fois moins efficace (à poids tissulaire équivalent) que le poumon d'un adulte, mais ne nécessite pas la même consommation d'énergie (pas de cycle musculaire inspiration/expiration comparable) et l'embryon n'a pas à brûler de calories pour maintenir sa température; de plus, l'hémoglobine fœtale (Hbf) diffère légèrement de l'hémoglobine adulte, par une plus grande affinité pour l'oxygène [16].

Le passage de l'oxygène de la mère au fœtus se fait par diffusion simple. L'hémoglobine a un gros poids moléculaire et ne traverse pas la barrière placentaire. C'est l'oxygène dissout dans le plasma qui passe par diffusion et gagne le sang du fœtus. Inversement, le gaz carbonique dont la pression partielle est plus grande dans le sang fœtal, diffuse vers le sang de la mère [20].

**2. Fonction nutritive :** C'est via le placenta que l'eau, les sucres, les acides aminés, peptides et minéraux sont apportés à l'embryon (les protéines sont par contre trop grosses pour passer la barrière placentaire ; La diffusion de l'eau permise par une différence de pression osmolaire, l'embryon extrait du sang de sa mère jusqu'à 3,5 litres par jour (à 35 semaines). Les nutriments sont transférés sous le contrôle d'hormones dont GH (Growth Hormone) et TSH (Thyroid Stimulating Hormone) qui présentent une concentration 2 à 3 fois plus élevé chez le fœtus que chez la mère). Lipides et triglycérides franchissent la barrière, sont décomposés dans le placenta qui synthétise selon ses besoins et ceux de l'embryon de nouvelles molécules lipidiques.

Le cholestérol traverse la barrière placentaire ainsi que ses dérivés (dont les hormones stéroïdes).

Pour les vitamines, seules celles qui sont hydrosolubles traversent facilement la membrane placentaire, à la différence des vitamines A, D, E, K (liposolubles) qui sont peu présentes dans le sang fœtal [16].

**3. Fonction de protection:** Les bactéries sont arrêtées par la barrière placentaire ou ne passent que tardivement. Les virus traversent facilement d'où le danger d'atteinte de l'œuf.

Les anticorps maternels IgG (immunoglobulines G) franchissent le placenta et protègent l'enfant par une immunité passive qui dure quelques mois après la naissance. Mais les macroglobulines (IgM et IgA) ne passent pas et leur présence dans le sérum du nouveau-né est le résultat d'une synthèse active.

Certaines substances médicamenteuses traversent le placenta, entre autres: sulfamides et antibiotiques, mais en concentration moindre que chez la mère; alcool; opiacés, barbituriques.

La perméabilité placentaire des substances organiques dépend en partie de leur poids moléculaire. Par ailleurs, les hématies fœtales peuvent passer à travers la barrière placentaire et entraîner la formation d'anticorps maternels [20].

**4. La fonction immunologique:** L'absence de rejet du fœtus, qui constitue une greffe semi-allo génique, par la mère, reste un sujet controversé de la grossesse. En effet, dès la naissance, la mère rejette toute greffe tissulaire provenant de son enfant, alors qu'elle a accepté cette «allogreffe » naturelle pendant plusieurs mois.

Pour que la « greffe fœtale » prenne, la mère doit développer une « tolérance » à l'égard de son enfant. Cette réaction repose sur l'antigenicité spécifique de l'embryon et du Placenta et sur les modifications transitoires du système immunitaire maternel. Le placenta se situe donc à l'interface des deux systèmes immunitaires [21].

**5. Fonction endocrine (hormonale):** le placenta reçoit les hormones produites par le fœtus ou l'embryon et celle de la mère. Durant la grossesse normale, le placenta humain commence à sécréter ses propres hormones de croissance dès la 10<sup>e</sup> semaine de grossesse et atteint 1 à 3 g/jour en fin de grossesse.

Parmi les hormones placentaires, on peut signaler:

- Hormones stéroïdes: progestérone et les œstrogènes
- L'HCG (Gonadotrophine chorionique ou hormone chorionique gonadotrope)
- L'hormone lactogène placentaire (HPL) ou PL, sécrétée entre la 24<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée,
- L'hormone de croissance (ici dite « hormone de croissance placentaire » ou PGH), qui guide la croissance du placenta au fur et à mesure des besoins de l'embryogenèse, et qui joue aussi un rôle dans la préparation de la lactation [16].

### **1. B. Rappel sur le segment inférieur**

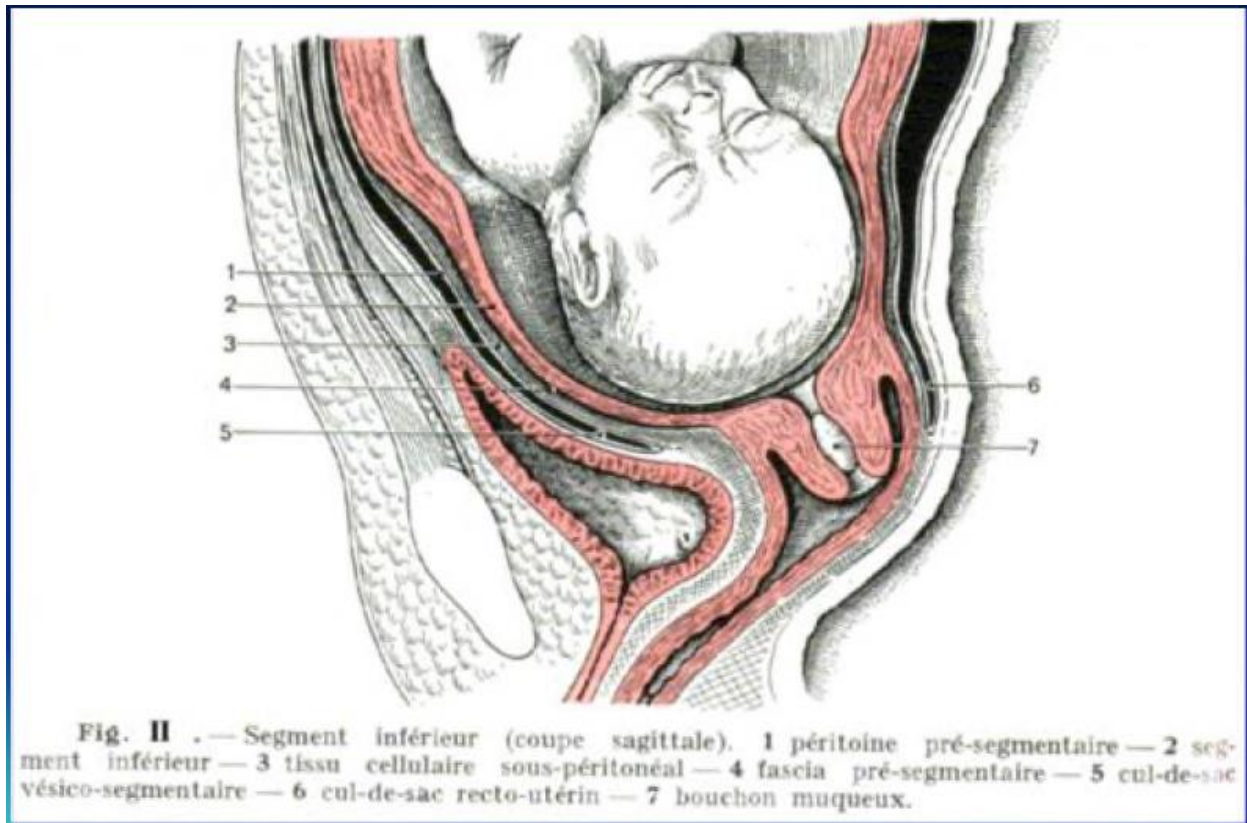
C'est la couche basse, amincie de l'utérus gravide, situé entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquière son plan de développement que dans les trois derniers mois.

- **Forme:** IL a une forme d'une calotte évasée, ouverte en haut.
- **Situation:** IL occupe au-dessus du col le tiers inférieur de l'utérus.
- **Caractère:** son caractère essentiel est sa minceur de 2 -4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps.
- **Limites:** la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, la limite supérieure est marquée par le changement de l'épaisseur de la paroi qui augmente.

- **Origine et formation:** le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin. Mais il n'acquière son ampleur qu'après le 6<sup>ème</sup> mois. Pendant le travail le col effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.
- **Rapports :**
  - En avant: le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhérerait au corps.
  - Latéralement: la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.
  - En arrière: le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.
- **Structure:** le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation [19].
- **Dimension:** le segment inférieur mesure 10cm de hauteur [22], 9-12cm de largeur et 3-5mm d'épaisseur [8]. Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.
- **Physiologie:** l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue à savoir:
  - Point de vue clinique: l'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qui prend avec la présentation.
  - Point de vue physiologique: c'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement qui, après avoir conduit à la contractilité

corporéale vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. IL reste au contraire flasque, épais et distend dans la dystocie.

- Point de vue pathologique: IL régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique. C'est sur lui que s'insère le placenta prævia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines [19].



**Figure 4:** Coupe sagittale de segment inférieur de l'utérus [9]

## 2.épidémiologie:

L'incidence du placenta prævia varie dans la littérature de 0,3 % à 2 % des grossesses. Cette incidence est en constante augmentation dans toutes les populations [23]. Mais ce chiffre est dépendant des critères diagnostiques utilisés: aux États-Unis, par exemple, les formes hémorragiques représentent de 0,28 à 0,50 % des grossesses. La prévalence du placenta prævia semble être en augmentation, en lien avec l'âge plus avancé des femmes enceintes, l'augmentation du taux de césariennes et le recours plus fréquent à l'assistance médicale à la procréation [24].

Bhide et Al ont montré que le risque d'hémorragie anté-partum était lié à la distance entre l'orifice interne et le bord inférieur du placenta (de 28,2 % de risque pour un placenta situé entre

2,1 et 3,5 cm de l'orifice interne à 57,1 % en cas de placenta recouvrant,  $p = 0,029$ ). IL est donc légitime de penser qu'en l'absence d'un suivi échographique bien conduit, les cas de placenta prævia asymptomatiques puissent ne pas être dépistés. À l'inverse, une surestimation de l'incidence du placenta prævia est possible lorsque le diagnostic de placenta prævia est posé trop tôt, lors de l'échographie du 2eme trimestre par Exemple, et qu'aucun contrôle échographique n'est réalisé par la suite pour attester de la persistance du placenta à moins de 5 cm de l'orifice interne [24].

Dola rapporte 18 % de transfusion, 9 % de formes accreta, 15 % d'hystérectomie et aucune mort maternelle dans une série de 175 placentas prævia. De manière similaire, Crane rapporte 15 % de transfusion et 5 % d'hystérectomie, ainsi qu'aucune mort maternelle sur une série de 308 cas [23].



### 3. Etiologies et facteurs favorisants

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta restent encore méconnues. Plusieurs facteurs favorisants ont cependant été décrits dans la littérature. Les principaux sont:

- **La parité:** Pour Tuzovic le risque est multiplié par quatre à partir de trois grossesses [17, 18,22].
- **L'âge maternel:** Indépendamment de la parité, le risque de placenta prævia augmente avec l'âge maternel [22], surtout après 34 ans [18]. Pour Ananth *et al.* une femme de plus de 40 ans aurait neuf fois plus de risques qu'une femme de 20 ans [23]. L'âge moyen des femmes ayant un placenta prævia est de 31 ans (vs 28) dans l'étude de Tuzovic *et al.* [18].
- **Les altérations de la muqueuse utérine:**

L'antécédent de césarienne constitue un facteur de risque majeur de placenta prævia [18, 21, 22, 24]. Ce risque augmente avec le nombre de césariennes antérieures, avec un risque relatif respectivement de 4,5 à 44,9 pour une à quatre césariennes antérieures [21]. IL augmente également si la césarienne précède immédiatement la grossesse actuelle [16]. Dans 67 à 80% des cas, le placenta prævia se localise sur la paroi antérieure de l'utérus, du fait de la probable implantation préférentielle de l'œuf sur la cicatrice d'hystérotomie [1].

Les évacuations utérines pour des fausses-couches spontanées ou des interruptions volontaires de grossesse favorisent également la survenue d'un placenta prævia [21, 22] avec un risque proportionnel au nombre de gestes effectués [18] et semblant plus associé aux curetages qu'aux aspirations [25].

L'antécédent d'endométrite jouerait aussi un rôle favorisant [1, 19].

- **Les grossesses multiples:** Le placenta plus volumineux et étalé empiète souvent sur le segment inférieur. Ananth *et al.* Rapportent un taux de placenta prævia parmi les grossesses gémellaires de 40% supérieur à celui d'une grossesse unique [19].
- **Tabac et cocaïne:** Le risque relatif est de 1,5 à 3 pour l'exposition au tabac [22, 26]. Ces substances entraînent une vasoconstriction responsable d'hypoxémie, qui entraînerait une hypertrophie placentaire compensatrice (1). L'endomètre serait également altéré.
- **L'ethnie:** D'après L.Kim *et al.* les femmes d'origine asiatique, puis les femmes africaines, seraient plus susceptibles d'avoir un placenta prævia [27].
- **L'antécédent de placenta prævia:** Certains auteurs retrouvent 4 à 8% de femmes ayant cet antécédent [1, 16], mais ceci est controversé [28, 18].
- **Fœtus masculins** [28, 22, 25]. Ce résultat est également assez controversé.
- L'utilisation de techniques de procréation médicalement assistée telles que les fécondations- in- vitro sembleraient également favoriser les placentas prævia [16, 20].

## 4. Définition et classifications

### 4.1. 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[19].

### 4.2. Classifications

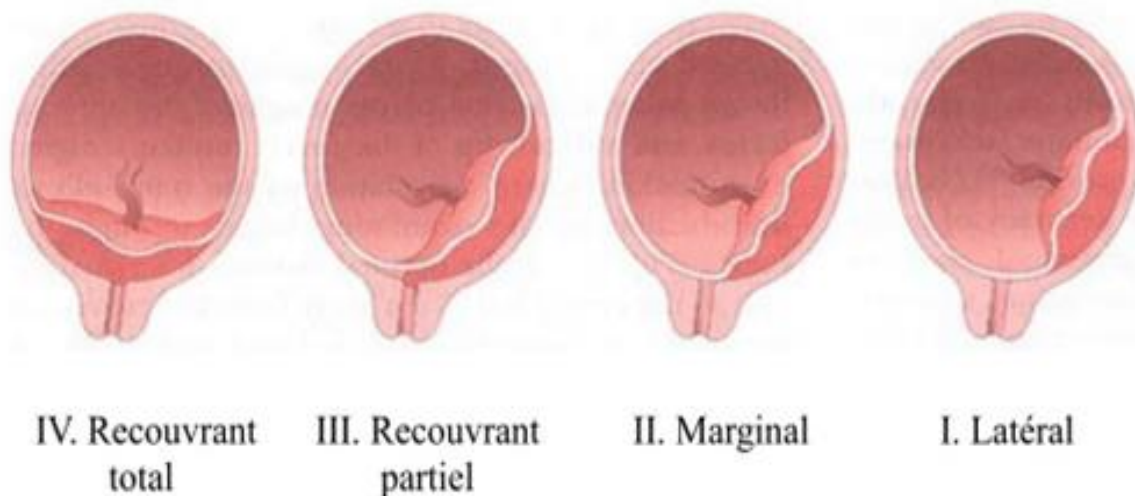
#### 4.2.1. Classification anatomique:

Pendant la grossesse, la classification anatomique traditionnelle distingue plusieurs types de Placenta prævia en fonction de la situation du placenta par rapport à l'orifice cervical interne:

**Le placenta prævia «latéral»** (stade I de McAfee): IL reste à distance du col, la distance entre son bord inférieur et l'orifice cervical interne est mesurable.

**Le placenta prævia «marginal»** (stade II de McAfee): son bord inférieur affleure l'orifice interne du col sans le recouvrir.

**Le placenta prævia « recouvrant»:** IL recouvre le col, partiellement (stade III) ou totalement (stade IV) [30].



**Figure 5:** Classification anatomique de MACAFEE [9]

#### **4.2.2. Classification échographique d'après BESSIS:**

➤ **Les placentas bas insérés antérieurs.**

Type I: la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie;

Type II: la limite inférieure atteint les deux tiers supérieurs de la vessie;

Type III: la limite inférieure atteint le col utérin;

Type IV: la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus.

➤ **Les placentas bas insérés postérieurs.**

Type I: la limite inférieure de placenta se situe à moins de 4 cm en arrière du col de l'utérus;

Type II: la limite inférieure du placenta atteint le col utérin,

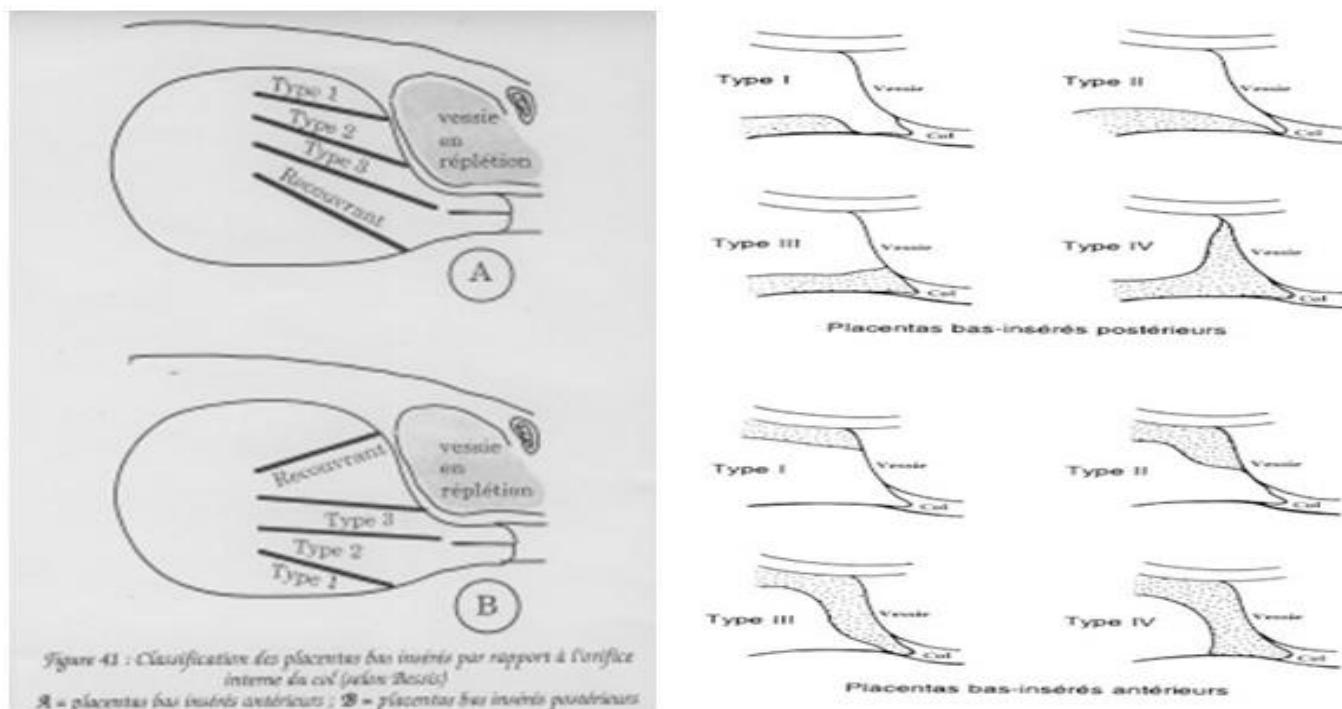
Type III: la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieur de la vessie;

Type IV: la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

Les placentas de type I et II correspondent aux placentas prævia latéraux.

Les placentas de type III correspondent aux placentas prævia marginaux

Les placentas de type IV correspondent aux placentas prævia recouvrant [21].



**Figure 6:** Classification échographique de Bésis [9]

#### 4.2.3. 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.

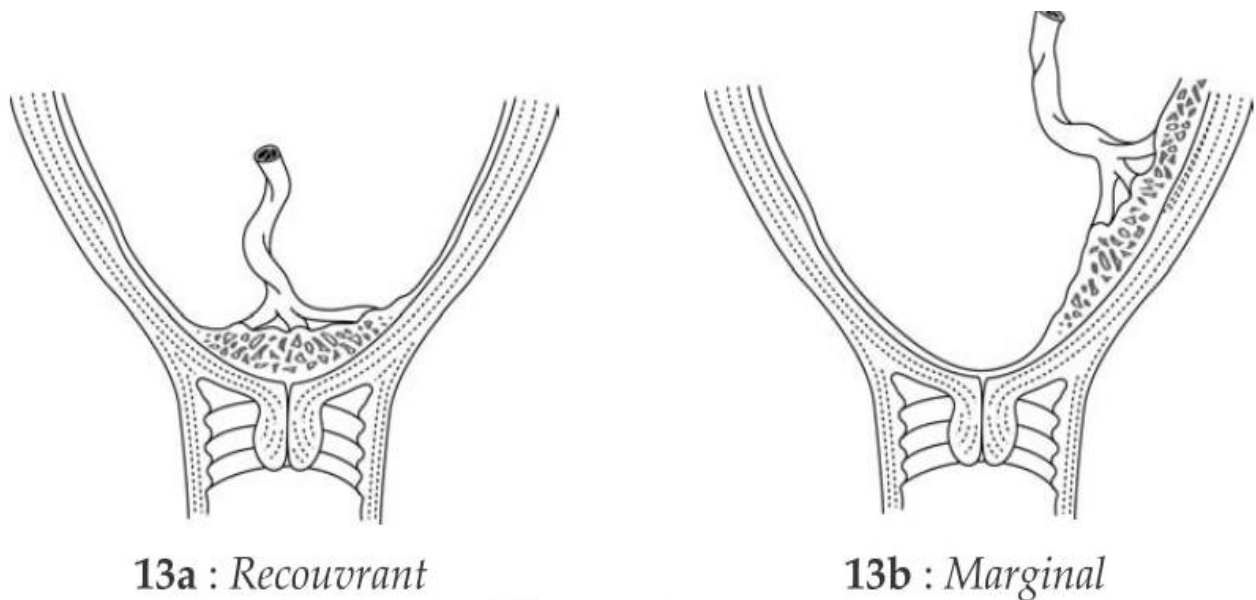
Cette classification a surtout un avantage thérapeutique.

#### 4.2.4. Classification clinique de Couvelaire:

La classification pendant le travail est clinique et l'on distingue:

**Le placenta prævia recouvrant:** Une partie plus ou moins importante du placenta est mise à découvert par la dilatation du col.

**Le placenta prævia non recouvrant:** Le bord placentaire ne déborde pas l'orifice cervical.



**Figure 7:** Classification clinique de Couvelaire [9]

#### **4-2-5 Classification pronostic des placentas selon DENHEZ:**

**Groupe I:** placenta fundique. La limite supérieure du placenta atteint ou dépasse le milieu du fond utérin. L'évolution sera toujours favorable par la migration placentaire

**Groupe II:** la limite supérieure du placenta est dans la moitié supérieure de l'utérus. Faible risque de persistance de l'insertion basse (moins de 10%) mais contrôle après le 7<sup>ème</sup> mois

**Groupe III:** le placenta est entièrement dans la moitié inférieure de l'utérus. Haut risque car le placenta a toute chance de rester bas voire recouvrant [31].



**Figure 8:** Classification pronostic des placentas selon DENHEZ [9]

#### **4.2.6. La classification de CURTIS ET LUND cités par KEITA:**

Qui s'attache à déterminer le degré de dilatation du col à partir duquel le placenta est perçu au toucher vaginal. Le degré de dilatation du col est mesuré de 0 à 10cm.

Si le placenta est senti avant toute dilatation, il est de 50% et équivaldrait à un placenta prævia central S'il n'est perçu qu'à 10cm, il est de 0% (variété latérale).

Les variétés marginales se situent à des degrés de dilatation intermédiaire [8].

Enfin, les recommandations américaines récentes valident une nouvelle classification diminuant le risque de confusion, tenant compte de la valeur seuil de 2 cm: le placenta est dit «**Prævia**» lorsqu'il recouvre l'orifice interne du col utérin (que le recouvrement soit partiel ou total) et le placenta est décrit comme **low-lying** lorsqu'il se situe à une distance inférieure à 2 cm.

A contrario, il est défini comme **normal** lorsqu'il est inséré à plus de 2 cm de l'orifice interne cervical. L'inconvénient de cette classification est la disparition d'un « terme » spécifique pour les placentas situés à plus de 2 cm de l'orifice interne [24].

## 5.

### **Physiopathologie**

Le placenta inextensible se trouve inséré sur un segment inférieur extensible. Le placenta ne s'adapte pas à l'étirement de la région sur laquelle il s'insère: cela aboutit à un décollement partiel hémorragique. La pathogénie des hémorragies a donné lieu à diverses explications qui se complètent plus qu'elles ne se contredisent. Le placenta tirailé par des membranes se décolle. La contraction utérine exerce sa force vers le pôle inférieur de l'œuf. La pression exercée se répartit d'un côté sur une vaste surface dont la souplesse amortit la force. Mais de l'autre côté, la distance est courte entre le bord placentaire et le pôle inférieur de l'œuf; la contraction qui pèse sur elles décolle le bord voisin du placenta, ouvrant les sinus utérins. Ce mécanisme explique bien les hémorragies dans les variétés latérales du placenta prævia, mais il ne rend pas compte de celles des autres variétés. La formation même, puis l'ampliation du segment inférieur, enfin la dilatation du col, les font aisément comprendre. Entre le développement placentaire et celui du segment inférieur, la concordance fait défaut. Pendant le travail dans les variétés centrales ou marginales la dilatation laisse découvrir progressivement une partie de la surface placentaire. Tiraillement, clivage ou glissement, la conséquence est la même. Le placenta partiellement décollé laisse béant les sinus maternels que la rétraction ne peut obstruer puisque l'utérus n'est pas vide. L'hémorragie est donc d'origine maternelle.

Mais la déchirure de villosités peut ouvrir de surcroît une source d'hémorragie du côté fœtal. Lors de l'apparition des premières contractions et de la formation du segment inférieur, le pôle inférieur de l'œuf se décolle, les membranes sont peu extensibles au voisinage du placenta, d'où hémorragie et rupture large des membranes. Si les risques d'infection ovulaire ne sont pas spécialement



importants, l'éventualité d'accouchement prématuré est beaucoup plus sérieuse. En plus de ces trois conséquences (hémorragie, rupture des membranes, prématurité) on peut ajouter les dystocies mécaniques qui sont fréquentes dans le placenta prævia. On rencontre souvent les présentations transverses, les présentations du siège et la procidence du cordon. 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 prævia.

## **6. Diagnostic positif**

### **6.1. Circonstances de découvertes:**

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

#### **6.1.1. Au cours de la grossesse:**

- Les hémorragies: l'hémorragie du placenta prævia est en générale indolore et survient déjà avec une légère activité utérine. Typiquement, on voit de petites hémorragies annonciatrices à partir de 26 SA dans près de 80% des cas: Ce sont de légers saignements survenant après quelques contractions utérine ou après un effort physique [32].
- Les douleurs bien que classiquement, les hémorragies du placenta prævia soient indolores. FOOTE note chez 9 à 16% des femmes des douleurs abdominales et une tension utérine. Les douleurs constituent le premier

motif de consultation de 2% des patientes. Pour MACAFEE l'existence de douleurs doit faire évoquer un décollement placentaire associé, soit un début de travail [8].

- L'échographie qui permet de confirmer le diagnostic et de préciser la localisation du Placenta.
- **6.1.2 Au cours de travail:**
- Les hémorragies qui sont la marque essentielle de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur. Le sang de couleur rouge s'écoule par la vulve, elle est indolore et inopinée, sans horaires particuliers, sans cause apparente, survenant aussi bien la nuit que le jour, en position couchée que debout. L'importance des signes généraux est en rapport avec l'abondance des hémorragies dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition. On observe tous les degrés des effets de la spoliation sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestations clinique jusqu'au collapsus vasculaire et au choc. La pâleur, les vertiges, la soif d'air, le refroidissement du nez et des extrémités, l'accélération du pouls, la chute de la TA sont des signes cliniques dont le degré varié avec la gravité [19].
- Le toucher vaginal précise la variété du placenta prævia. Lorsque les membranes sont intactes, il n'est pas toujours facile de faire la différence entre une mince languette de Placenta et des membranes épaisses et rugueuses recouvertes de caillots et de dépôts fibrineux. En cas de rupture de la poche des eaux, il est aisé de reconnaître les variétés recouvrantes totales ou partielles, les variétés périphériques nécessitent une exploration Systématique des bords du col et des premiers centimètres des parois isthmiques [8].

➤ **6.1.3. Au cours de la délivrance:**

L'examen de petit côté des membranes (inférieur 10 cm) permet de faire le diagnostic [20].

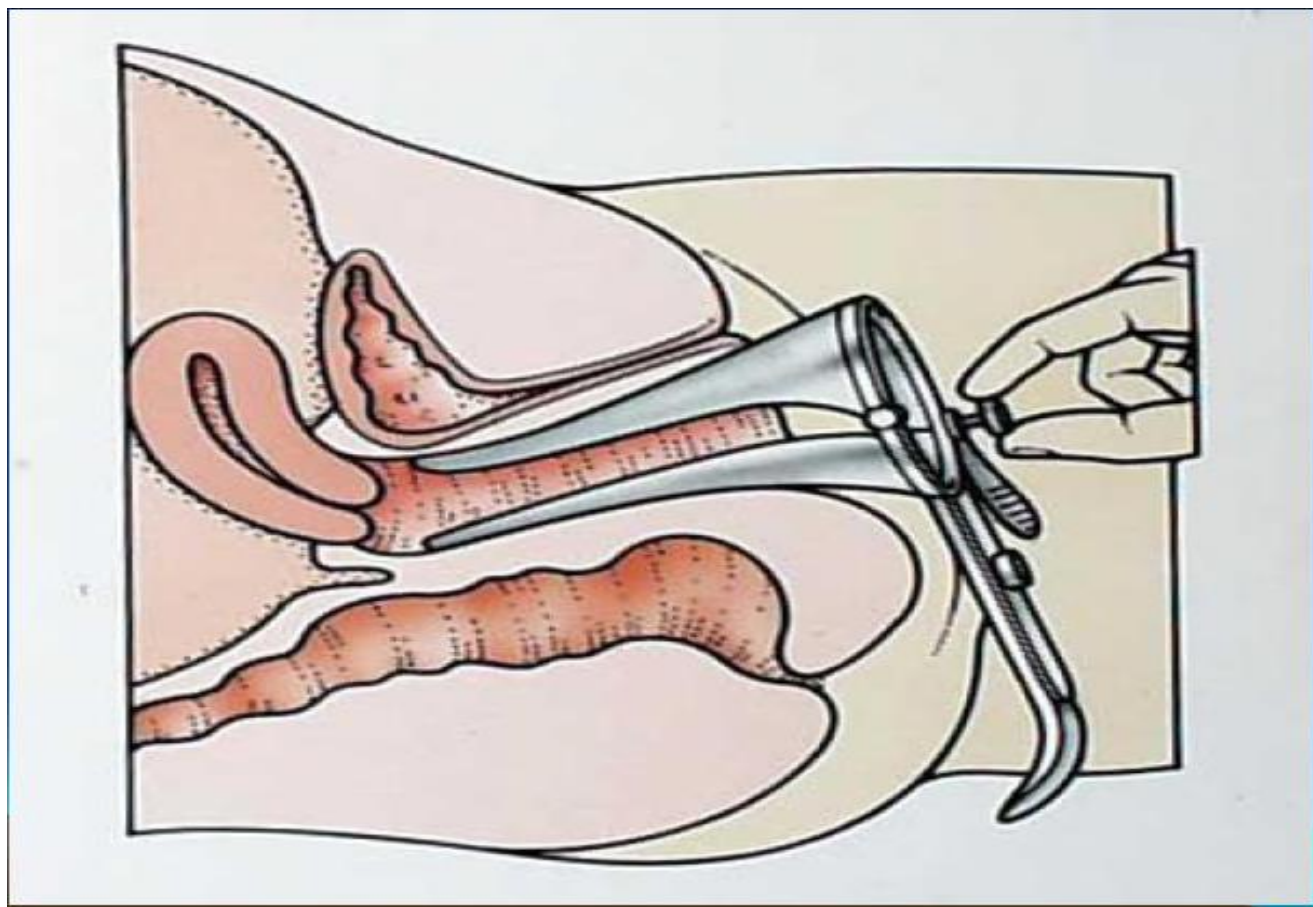
**6.2. L'interrogatoire précise:**

- Groupage rhésus
- ATCD médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux
- Terme précis de la grossesse
- Suivi de la grossesse, notamment le suivi échographique et les examens biologiques.
- Le mode de survenue des saignements, spontanés ou provoqués (ex: rapport sexuel).
- L'existence de contractions utérines associées.
- L'existence de douleurs abdominales associées dont on précise les caractéristiques
- L'existence des hémorragies récentes, récidivantes [24].

**6.3. Examen clinique:**

- **L'examen générale:** Pouls, TA, température, la recherche des signes de collapsus Vasculaire: pâleur, dyspnée, soif d'air et le refroidissement des extrémités [19].
- **Inspection:** utérus gravide a grand axe longitudinal, transversal...utérus de volume Normal ou pas.
- **Palpation :** retrouve un utérus souple et bien relâché en dehors des CU, une présentation souvent haute ou considérée comme dystocique (siège, transverse), les bruits du cœur fœtal sont présent au doppler ou à l'auscultation avec le stéthoscope obstétrical, mesure de la hauteur utérine et appréciation du tonus utérin [24, 33,22].

**L'examen au speculum:** confirme l'origine endo-utérine de saignement et élimine les autres causes d'origine non endo-utérine [32]. Si le col est déjà dilaté on peut éventuellement voir des portions de placenta à l'oeil nu



**Figure 9:** Examen au spéculum [9]

- **Toucher vaginal:** doit être extrêmement prudent, pour ne pas déclencher d'hémorragie Cataclysmique. Il peut mettre en évidence une déviation du col et une déformation du Segment inférieur par le placenta prævia. On ne perçoit pas le contact dur de la Présentation fœtale, mais une masse spongieuse le « matelas placentaire ». Il faut préciser dans la mesure du possible, si le placenta est perçu dans toute la surface du col ou Seulement sur une partie du col. Dès lors que le diagnostic est posé, il ne faut plus refaire le toucher vaginal [34].

- **6.4. Examens complémentaires:**

- **Echographie :**

Le diagnostic de placenta prævia est de plus en plus réalisé de façon fortuite lors d'une échographie de suivi obstétrical au 2eme trimestre de la grossesse. En effet, il est recommandé de préciser la localisation placentaire de façon systématique lors de l'échographie morphologique réalisée aux alentours de 22 SA.

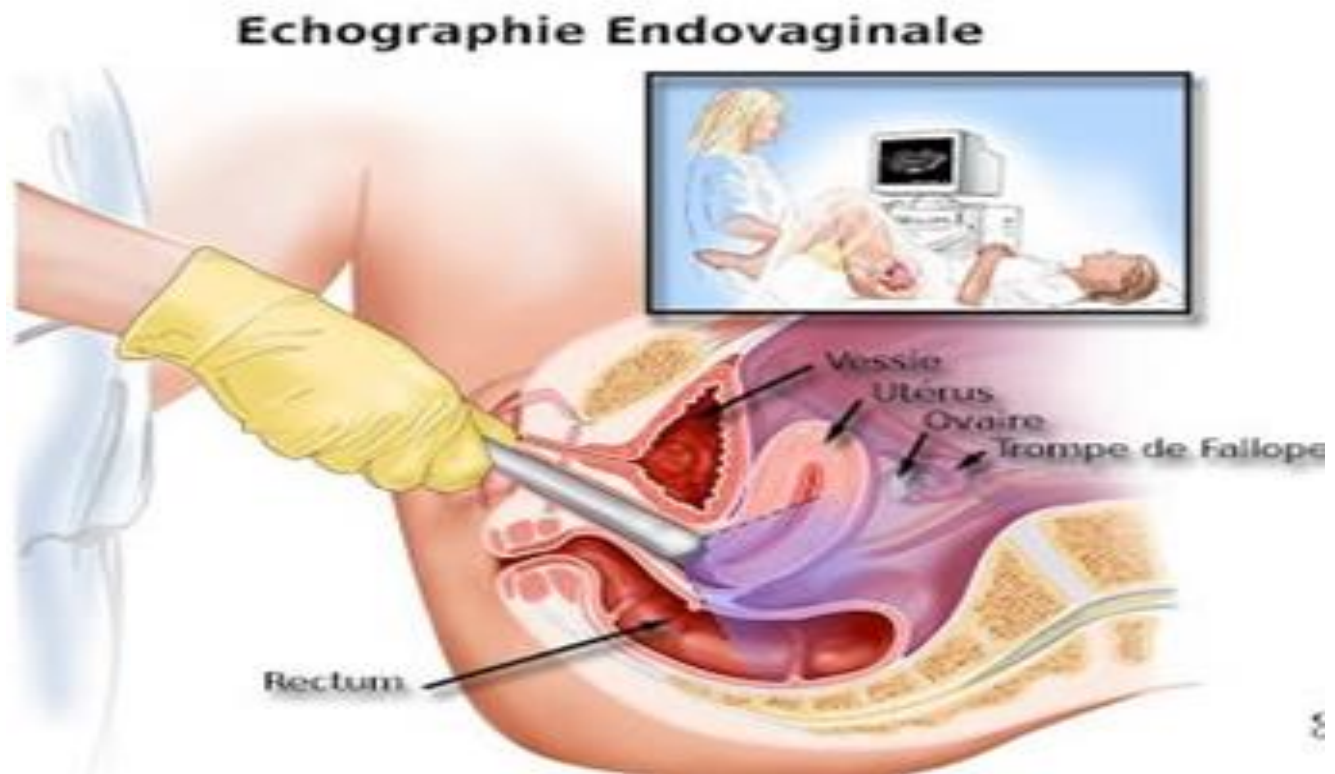
En cas de patiente symptomatique, l'échographie par voie sus pubienne et endovaginale doit se faire en urgence afin de localiser le placenta, d'évaluer la longueur cervicale, de mesurer la quantité de liquide amniotique, d'estimer le poids fœtal afin de pouvoir anticiper la prise en charge périnatale, et de rechercher la présence d'un hématome placentaire.

L'échographie endovaginale permet de rectifier le diagnostic de placenta prævia dans 26 % des cas après une échographie réalisée par voie abdominale dans des conditions optimales retrouvant un placenta normalement inséré. Le risque de saignement n'est pas augmenté en cas d'échographie endovaginale car la sonde se place dans le cul de sac vaginal antérieur et non dans le col.

- Cette échographie avec Doppler couleur de bonne qualité permet d'éliminer un placenta accreta antérieur.

- Lorsqu'il persiste un doute ou en cas de placenta postérieur, l'IRM permet de préciser le diagnostic.

En cas de placenta prævia et d'ATCD de cicatrice utérine, il est indispensable de faire apparaître en toutes lettres dans le compte rendu de l'échographie s'il existe des signes suspects d'accrétion placentaire, et ce peu importe la localisation placentaire [24, 31].



**Figure 10:** Echographie endovaginale [9]

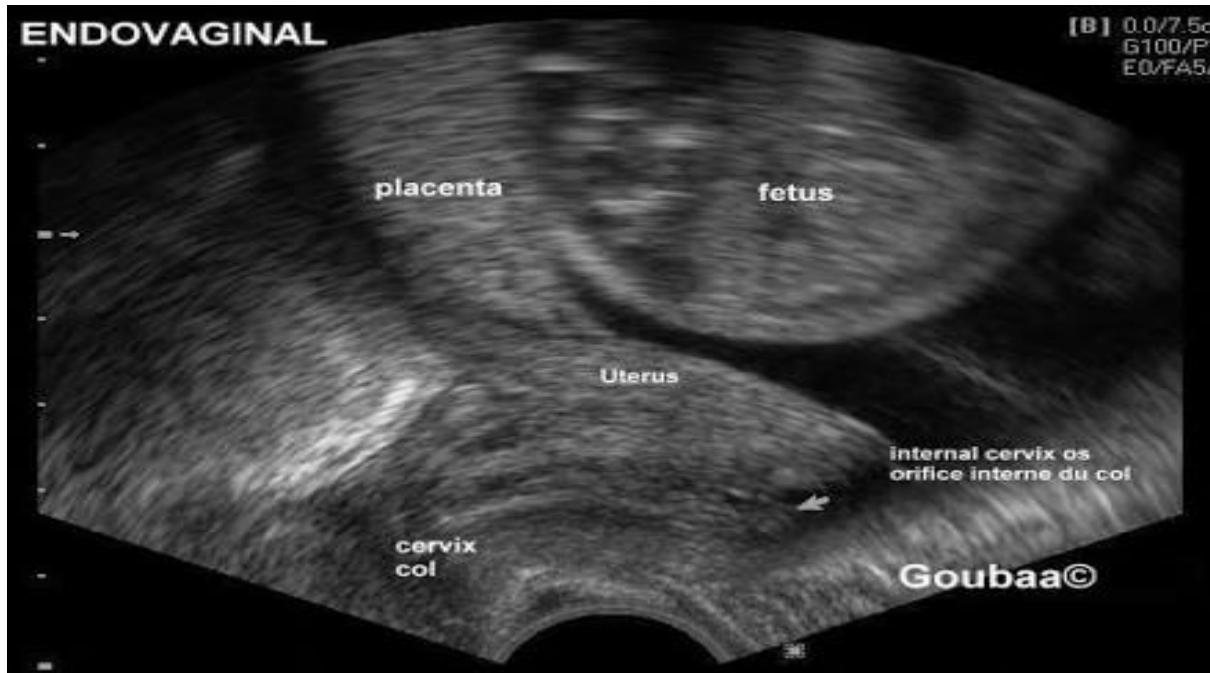


Figure 11: Image échographique d'un placenta prævia type 1 [9]

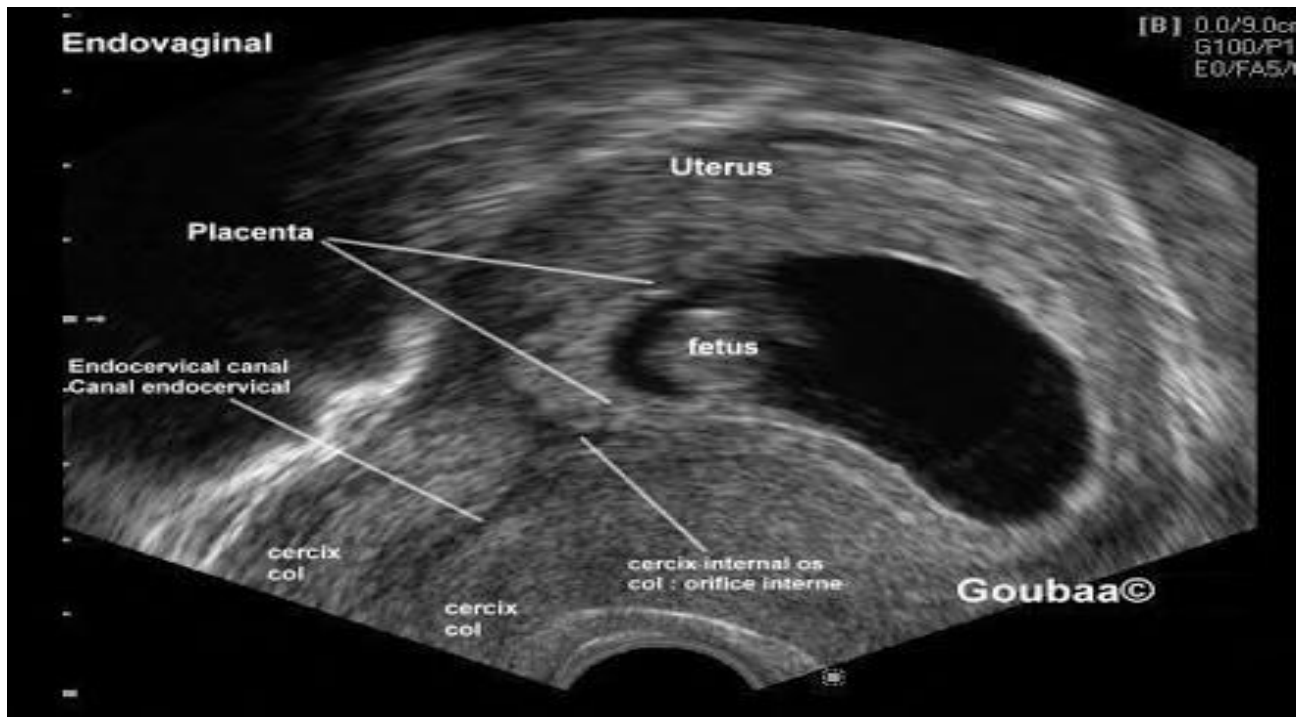


Figure 12: Image échographique d'un placenta bas inséré recouvrant [9].

➤ **Bilan biologique :**

FNS, Plaquettes, Bilan de coagulation, Groupe Rhésus, RAI [35].

## **7. Evolution**

### **7.1. Sans traitement**

En l'absence d'intervention médicale, le placenta prævia est greffé d'une mortalité maternelle de 25 % et d'une mortalité fœtale de 90%.

### **7.2. 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.

### **8. Formes cliniques**

#### **8.1. Formes asymptomatiques:**

Les formes asymptomatiques peuvent être découvertes à l'occasion de l'examen du placenta après la délivrance (petit côté des membranes inférieur 10 cm). D'autres ne sont reconnues qu'à l'occasion d'une présentation transversale, d'une échographie ou lors d'une Césarienne pratiquée avant le début du travail en raison d'une grossesse pathologique [20].

#### **8.2 Formes hémorragiques:**

IL peut être à l'origine d'un saignement pré-partum, à l'occasion d'un décollement placentaire spontané ou associé à des contractions, mais aussi en post-partum où il peut être à l'origine d'une hémorragie par atonie utérine, le segment inférieur de l'utérus ayant de faibles capacités contractiles [24].

#### **8.3 Placenta accréta:**

Ces différentes formes de placenta se caractérisent par une adhérence anormale du placenta au myomètre du fait de l'absence de décidua qui ne s'interpose plus entre les villosités trophoblastiques et le myomètre.

On distingue différents types anatomiques en fonction de la profondeur de l'interpénétration des villosités dans le muscle utérin:

- **Insertion accreta:** pénétration dans la couche superficielle myométriale.
- **Insertion increta:** pénétration dans l'épaisseur du myomètre.
- **Insertion percreta:** pénétration de toute l'épaisseur du myomètre avec extension pelvienne possible (notamment vers la vessie) [23, 18].

#### **8.4. Formes associées à un décollement prématuré du placenta bas inséré:**

La fréquence de survenue de L'HRP est plus importante en cas de placenta prævia. L'association d'une HTA gravidique et d'une protéinurie à la bandelette urinaire. Réalisée en urgence aide au diagnostic de l'HRP. Même isolée, la présence d'une protéinurie fortement positive réalisée sur sondage urinaire pour éviter toute contamination liée à la présence de sang, oriente vers le diagnostic d'HRP [24].

### **9. Diagnostic différentiel**

Le placenta prævia ne constitue pas la seule cause d'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et du travail. IL importe donc devant une hémorragie, quel que soit le moment d'apparition au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse d'exclure d'emblée:

#### **9.1. Les causes non gravidiques:**

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 notamment des polypes du col, des érosions et des dysplasies ou cancers du col.

#### **9.2. Les causes gravidiques:**

##### **9.2. A. Les hémorragies d'origine maternelle:**

- Hématome rétro-placentaire (HRP): Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement insérée alors que le fœtus est encore dans l'utérus. IL est suspecté devant l'association des éléments suivant: toxémie gravidique, contracture utérine, métrorragie noirâtre et peu abondante.
- La rupture utérine: La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser toutes les parties de l'utérus. Elle se

manifeste cliniquement par des douleurs intenses, absence des BCF et fœtus sous la peau à la palpation.

- Hématome décidual marginal, autrefois appelé rupture du sinus marginal, il s'agit de la rupture d'une veine utéroplacentaire au pôle inférieur de l'œuf.

### **9.2. B. Les hémorragies d'origine fœtale:**

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

- Hémorragie de Benkiser par déchirure d'un vaisseau du cordon fœtal, c'est le fœtus qui saigne avec SFA, la mère est en bon état général.
- Le méléna intra-utérin [21, 22, 24].

## **10. Pronostic**

### **10.1. Pronostic maternel**

#### **10.1.1. La mortalité**

Actuellement, la mortalité due au placenta prævia est diminuée.

Le placenta prævia représente 2,6 % à 6 % des morts maternelles [1, 29].

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.

#### **10.1.2. 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.

## **10.2. Pronostic fœtal**

### **10.2.1. Facteurs de pronostic fœtal**

- a- Age gestationnel
- b- Poids fœtal
- c- Hémorragies maternelles
- d- Variétés anatomiques du placenta prævia
- e- Mode d'accouchement
- f- Condition de la césarienne.

### **10.2.2. Morbidité fœtale**

La morbidité des enfants issus d'un placenta prævia est augmentée. Le score d'Apgar à 1 min est bas, deux fois plus souvent que dans la population générale quel que soit l'âge gestationnel, mais à 5 min la dépression néonatale n'est retrouvée que chez les enfants de moins de 2500 g [36, 37].

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 %) [38]; le risque de séquelle hémorragique n'est pas négligeable. Cotton [39] relève 3,5 % de consultation néonatale.

## **11. Traitement**

En présence d'un placenta prævia hémorragique, l'attitude thérapeutique à adopter est la suivante :

l'hospitalisation en milieu obstétrical. Ce centre spécialisé doit répondre à trois impératifs :

- Equipe multidisciplinaire avec un gynéco obstétricien qualifié, un anesthésiste réanimateur et un pédiatre néonatalogue, disponible 24/24 heures,
- Appareillage d'échotomographie,
- Sang frais disponible en permanes

### **11.1. Le but du traitement Il est double:**

- Dans un 1er temps, arrêter l'hémorragie;
- Dans un 2ème temps: corriger les conséquences de l'hémorragie. Dans tous les cas, sauver la vie de la mère et si possible du fœtus.

### **11.2. Méthodes et indications**

#### **11.2.1. 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 [15, 8] 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.

### **11.2.2. Pendant le travail**

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

#### **a. La rupture des membranes**

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

#### **b. La césarienne**

La césarienne est indiquée quand la rupture des membranes est inefficace ou s'il existe des signes de souffrance fœtale. Elle est d'emblée indiquée en cas de placenta recouvrant. La césarienne occupe de nos jours une place importante dans le traitement des placentas prævia. En effet, le nombre de placentas prævia hémorragiques traités par hystérotomie varie de 25 à 96 %. IL importe de faire un bref aperçu sur l'anesthésie.

#### **Anesthésie**

- Anesthésie générale: c'est une anesthésie d'urgence car il s'agit d'une femme en mauvais état général, porteuse d'un enfant en souffrance fœtale avec moment du dernier repas plus ou moins rapproché.
- Anesthésie péridurale: elle est la mieux adaptée pour l'extraction fœtale programmée chez une patiente non anémique sans trouble hémodynamique.

### **11.2.3. 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.

#### **11.2.4. 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.

#### **12. Prise en charge du nouveau-né**

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

### **13. Choix entre l'accouchement immédiat et le traitement conservateur**

#### **13.1. 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.

#### **13.2. Traitement conservateur**

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



## **IV.METHODOLOGIE**

## **METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude:**

Notre étude s'est déroulée dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Le service de gynécologie obstétrique est composé des unités suivantes:

- Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie),
- Unité Hospitalisation Bloc Opératoire,
- Unité Consultation Postnatale (CPON),
- Unité Consultation Prénatale(CPN),
- Unité Suites de Couches,
- Unité du Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- Unité Gynécologie,
- Unité Soins Après Avortement (SAA),
- Unité Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Unité de grossesse pathologique.

### **- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :**

Il comporte:

Six (5) médecins spécialisés en gynécologie obstétrique dont un professeur agrégé qui est le médecin chef du centre et chef du service de gynécologie et d'obstétrique:

- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Des sages-femmes,
- Des infirmiers d'état,
- Des infirmières obstétriciennes,
- Des instrumentistes,
- Des aides-soignantes,
- Des chauffeurs d'ambulances,
- Des manœuvres,
- Des gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES), des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers.

### **- Fonctionnement:**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

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

\*cinq étudiants en médecine faisant fonction d'Interne;

\*Deux sages-femmes qui sont relayées par deux autres toutes les 12 heures et une aide-soignante;

\*Un infirmier anesthésiste;

\*Une technicienne de laboratoire;

\*Un instrumentiste;

\*Un chauffeur d'ambulance;

\*Deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Mercredi après le staff.

## **2. Type d'étude:**

IL s'agissait d'une étude descriptive avec collecte prospective des données.

## **3. Période d'étude:**

Notre étude s'est étendue sur une période de 1 an allant du 1<sup>er</sup> Novembre 2016 au 31 Octobre 2017.

## **4. Population d'étude:**

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes d'au moins 28 semaines d'aménorrhée admises dans le service pour saignement sur grossesse pendant la période d'étude.

## **5. Taille de l'échantillon:**

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas de placentas prævias hémorragiques reçus dans le service pendant la période d'étude.

### **6.1. Critères d'inclusion:**

Etait inclus dans notre étude toute femme enceinte d'au moins 28 semaines chez qui le diagnostic de placenta prævia a été posé à l'admission et dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

## **6.2. Critères de non-inclusion:**

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

Les cas de placenta prævia hémorragique diagnostiqué dans le service dont la prise en charge a eu lieu dans une autre structure sanitaire.

## **7. Variables étudiés**

### **7.1. variables de la mère:**

Nous avons étudié les variables suivantes: 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 fœtal.

### **7.2. Examen des annexes:**

Nous avons étudié les paramètres suivants :

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

### **7.3. Variables du fœtus:**

Nous avons étudié les paramètres suivants :

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

## **8. La collecte des données**

La collecte des données a été effectuée sur une fiche d'enquête remplie à partir de l'interrogatoire des patientes et des carnets de CPN, des registres d'accouchement, de compte rendu opératoire et des données obstétricales:

- 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.
- La fiche d'anesthésie.

### **9. Définitions opératoires:**

- Référence: C'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre de santé à un autre pour une prise en charge adaptée.
- Evacuation: on parle d'évacuation les parturientes admises dans un contexte d'urgence.
- Gestité: Il s'agit du nombre de grossesses
- Parité: Il s'agit du nombre d'accouchement
- Primigeste: c'est une femme qui est à sa première grossesse
- Pauci geste: c'est une femme qui a eu 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 4-5fois.
- Grande multipare: c'est une femme qui a accouché au moins 6 fois.

### **10. Déroulement pratique de l'étude**

- Un questionnaire était rempli pour les patientes admis dans le service pour saignement sur grossesse chez qui le diagnostic de placenta prævia hémorragique a été posé. Une fois le diagnostic de PP hémorragique posé nous procédons à :

- L'installation de la patiente sur la table d'examen,
- La prise de deux voies veineuses sûres avec cathéter G16 ou G18 ;
- Un prélèvement de sang pour la détermination du taux d'hémoglobine et du Groupe sanguin Rhésus pour celles qui n'avaient pas de Groupe/Rhésus.
- La réalisation d'une échographie obstétricale en urgence si l'état de la patiente le permettait.

Cette échographie aidait à préciser:

- L'âge gestationnel,
- La localisation du placenta,
- La présentation,
- Vitalité,
- La biométrie fœtale.

Nous faisons la maturation pulmonaire du fœtus chez les patientes dont l'âge gestationnel était inférieur à 34 semaines par les corticoïdes à de bétaméthasone (12mg en IM à renouveler 24 heures après).

Et nous procédons à une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général et à la 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.

**11.** La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel spss version 2016



## V.RESULTATS



## 1. Fréquence

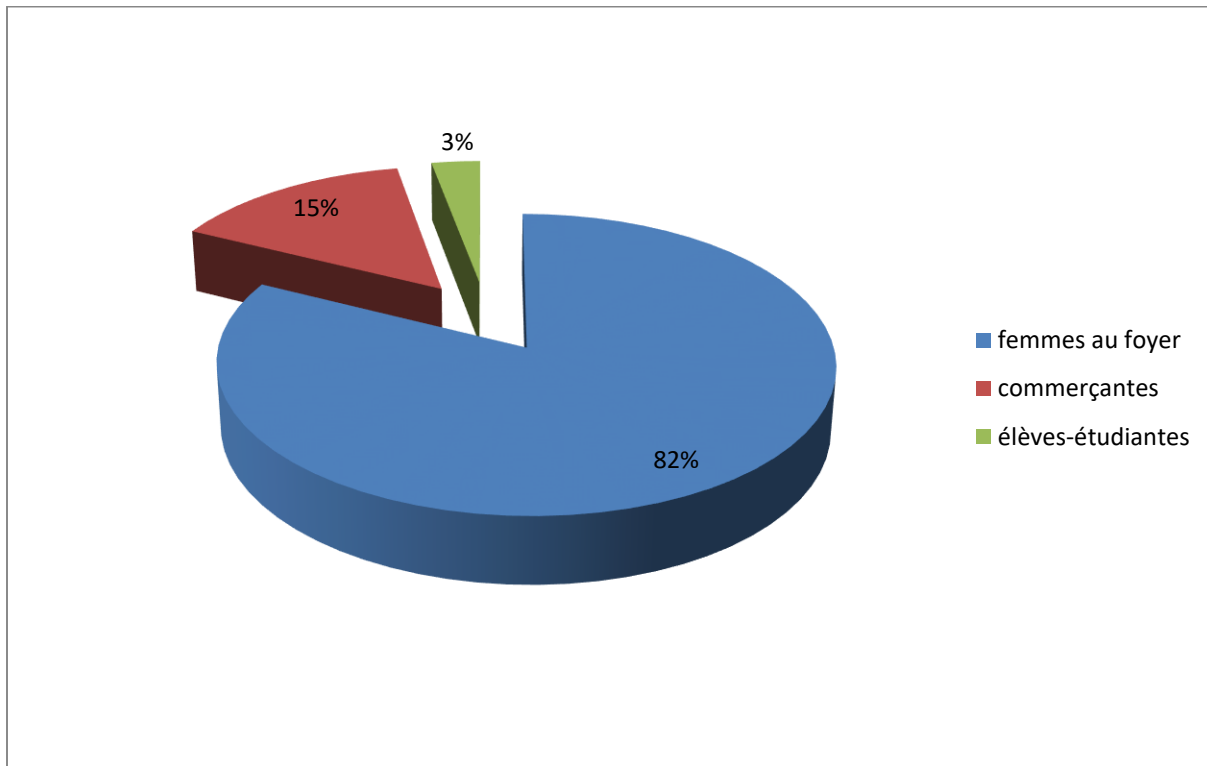
Au cours de la période d'étude nous avons enregistré 34 cas de placentas prævia hémorragiques sur 10300 accouchements soit une fréquence de 0,33%

## 2. Caractéristiques sociodémographiques:

**Tableau I:** répartition des patientes selon l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage
Inférieur ou égal à 19ans	3	9
20-34 ans	27	79
Supérieur ou égal à 35 ans	4	12
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

L'âge moyen de nos patientes était de 28,58% avec des extrêmes de 18 et 40ans



**Figure 13:** Répartition des patientes selon la profession

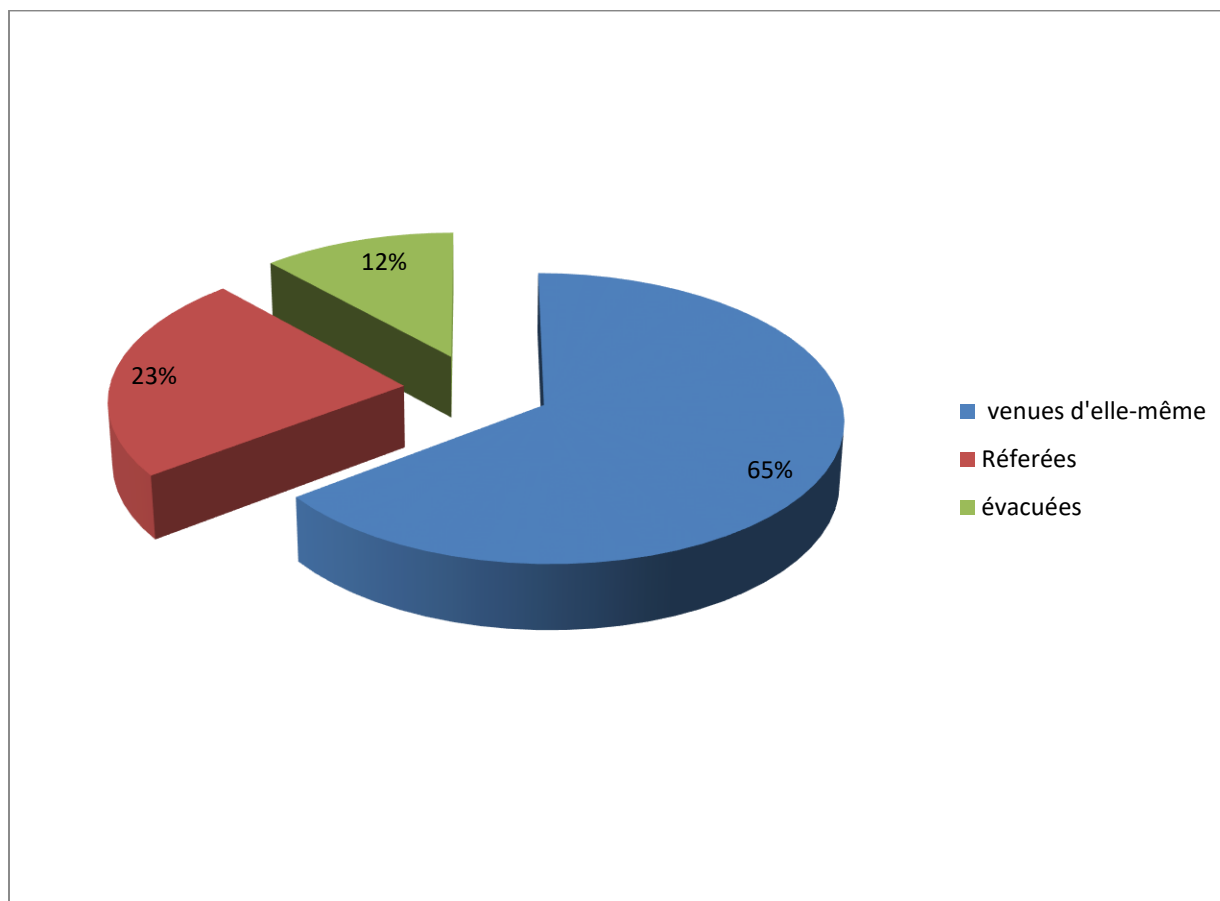
**Tableau II:** Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	fréquence	pourcentage
primigeste	7	21
pauci geste	8	23
multi geste	13	39
grande multi geste	6	18
total	34	100

**Tableau III:** Répartition des patientes selon la parité

parité	fréquence	Pourcentage
primipare	8	23
pauci pare	7	21
Multi pare	13	38
Grande multi pare	6	18
Total	34	100

### 3. ETUDE CLINIQUE



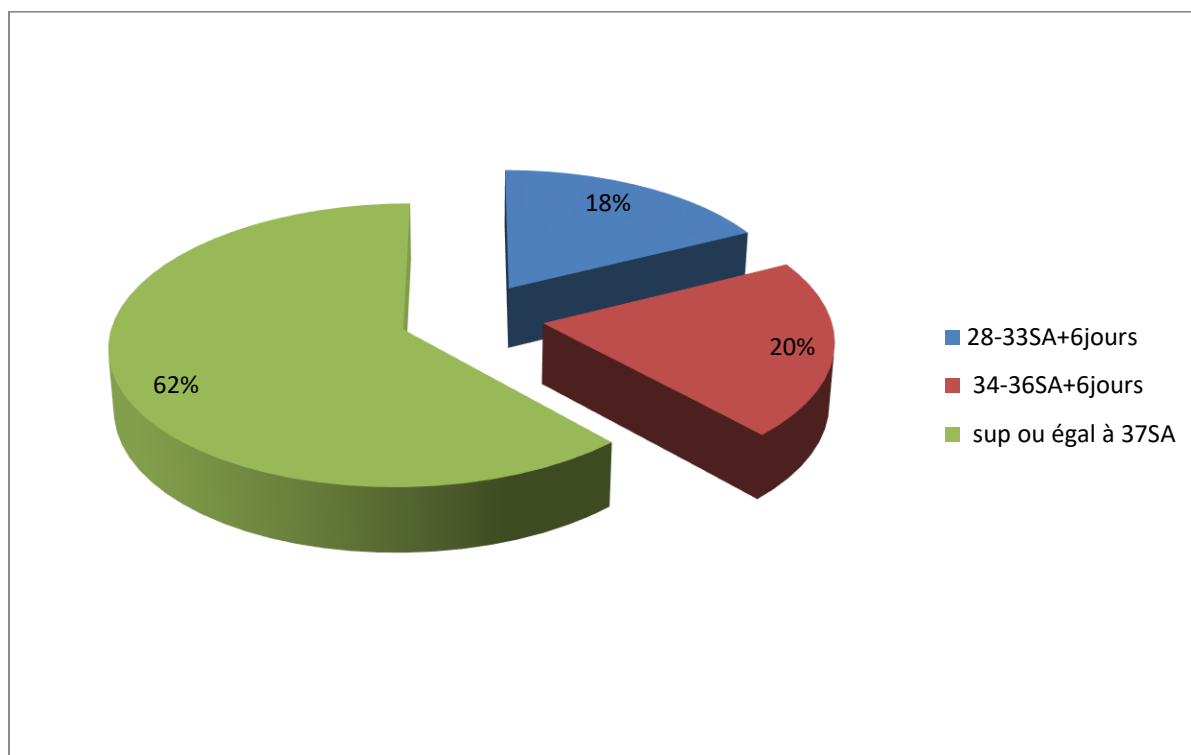
**Figure 14:** Répartition des patientes selon le mode d'admission

**Tableau IV:** Répartition des patientes selon le motif d'admission

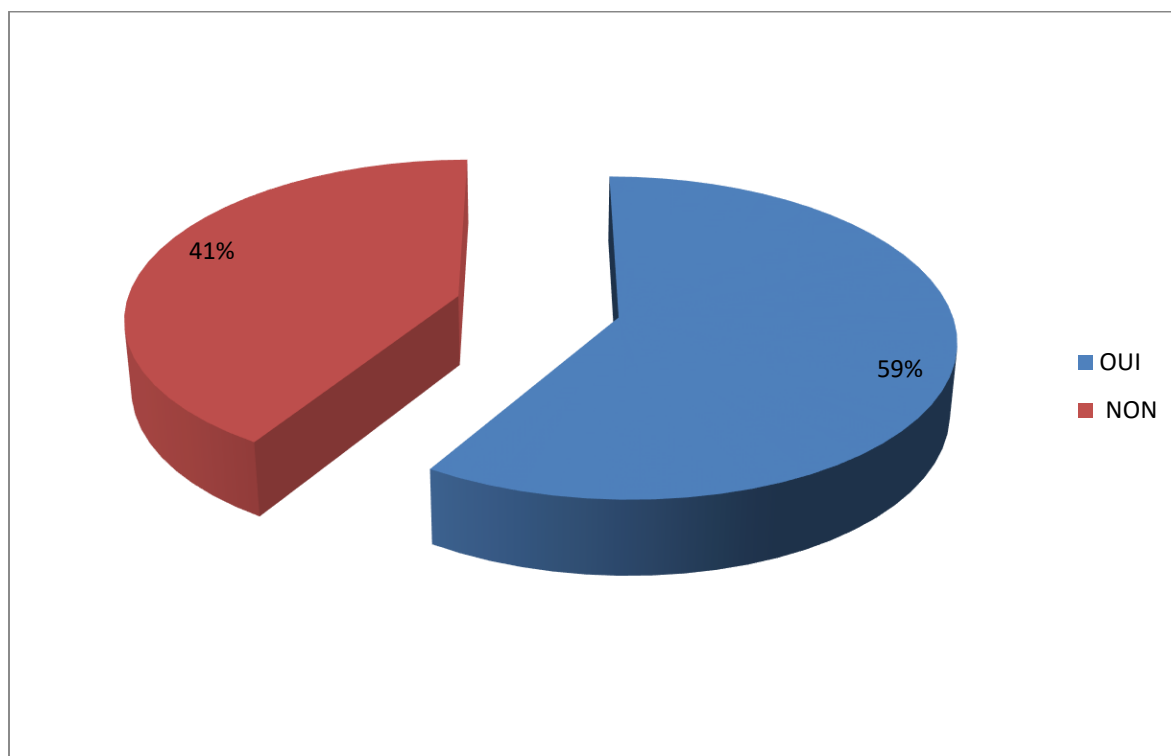
Motif d'admission	Fréquence	Pourcentage
PP	7	21
hémorragie sur grossesse	18	53
hémorragie pendant le travail	1	3
CUD	8	23
total	34	100

**Tableau V:** Répartition des patientes selon les moyens d'estimation de la grossesse

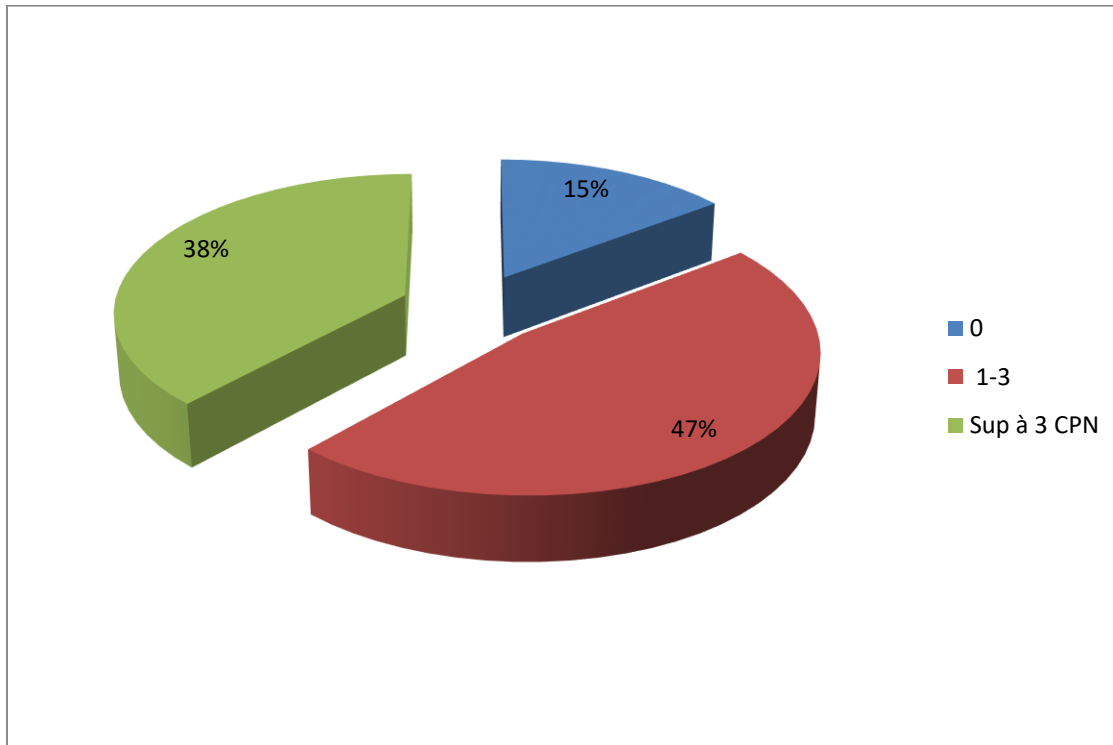
Estimation de l'âge de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
DDR	2	6
Echographie précoce	2	6
Echographie tardive	20	59
Mesure de la hauteur utérine	10	29
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>



**Figure 15 :** Répartition des patientes selon le terme de la grossesse



**Figure 16:** Répartition des patientes selon qu'elles soient en travail ou non

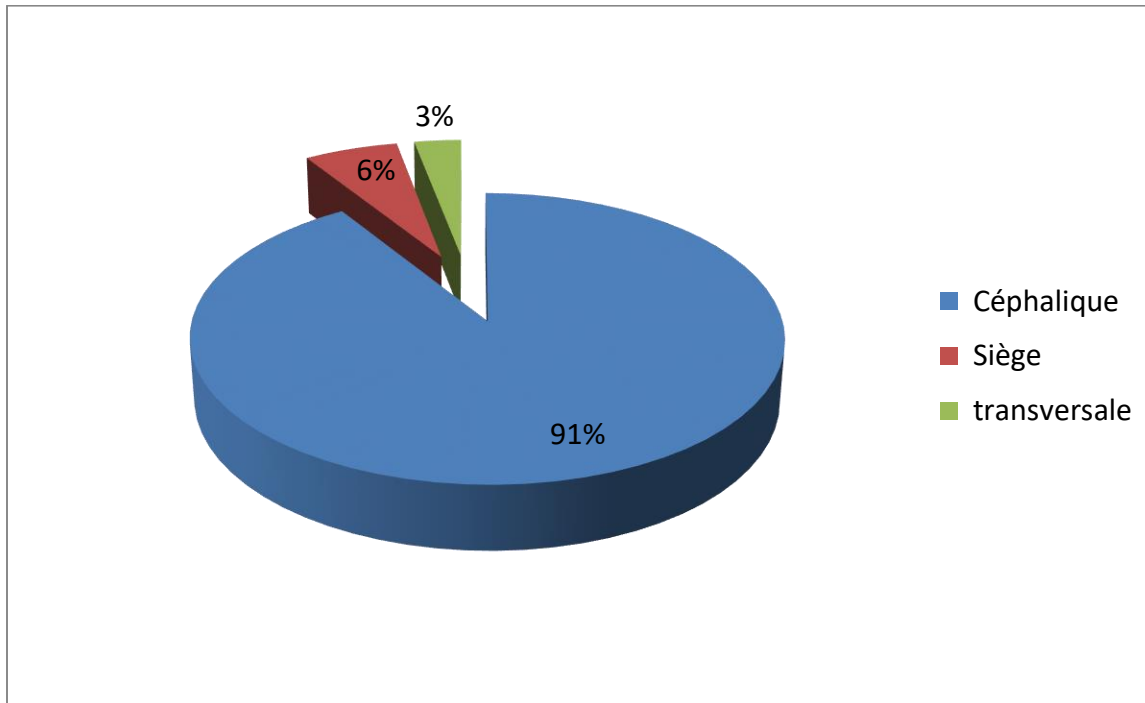


**Figure 17:** Répartition des patientes selon les CPN

**Tableau VI:** Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

ATCD gynéco-obstétricaux	Fréquence	Pourcentage
césarienne	7	21
avortement	6	18
pp	2	6
curetage	2	6
aucun	17	50
Total	34	100





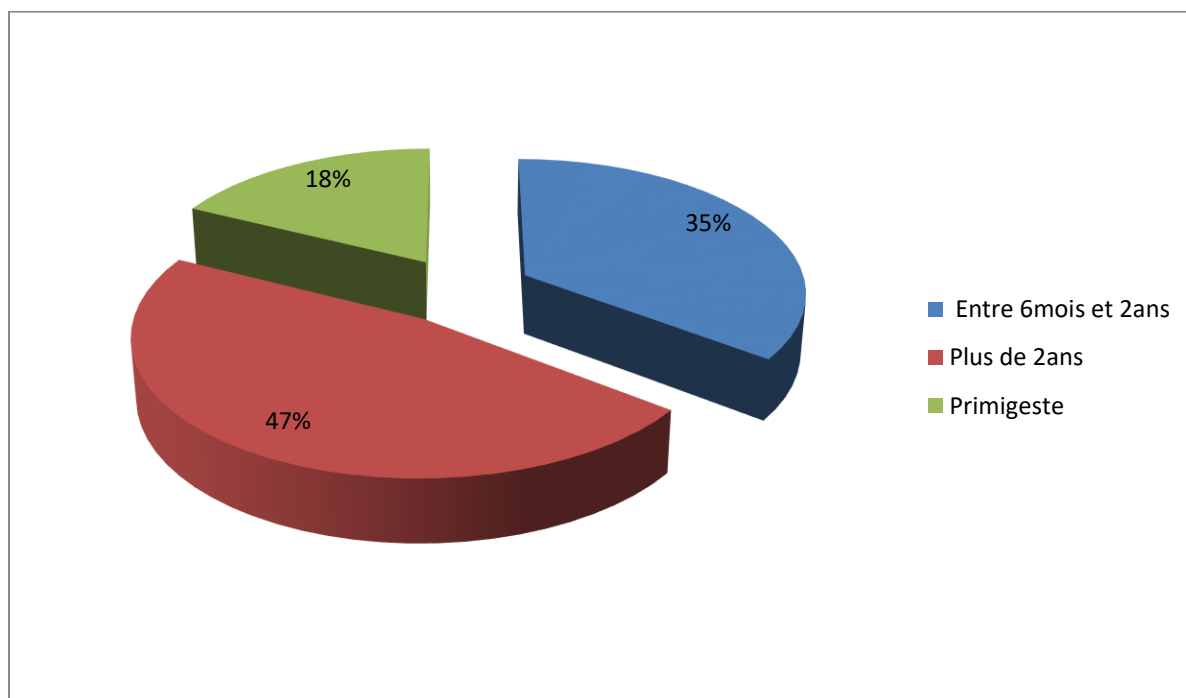
**Figure 18:** Répartition des patientes selon le type de présentation

**Tableau VII:** Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal

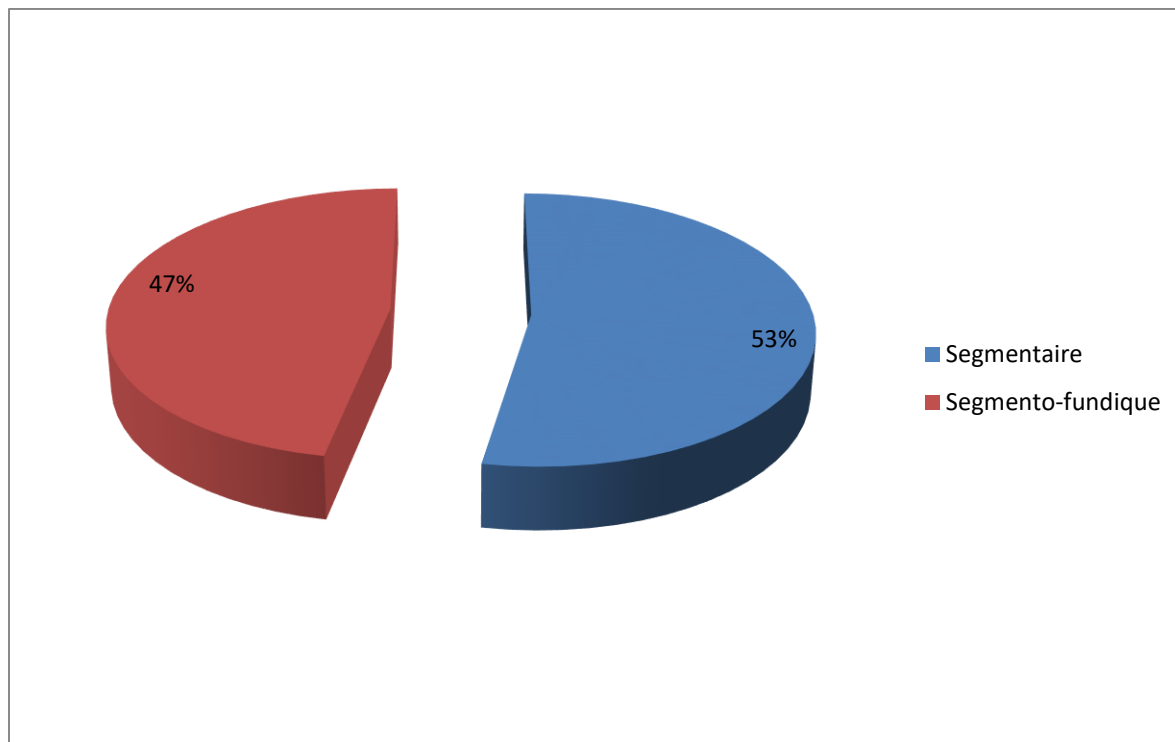
Bruits du cœur fœtal	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 120	2	6
Entre 120 et 160	30	88
Supérieur à 160	1	3
Non perçu	1	3
Total	34	100

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon l'état général

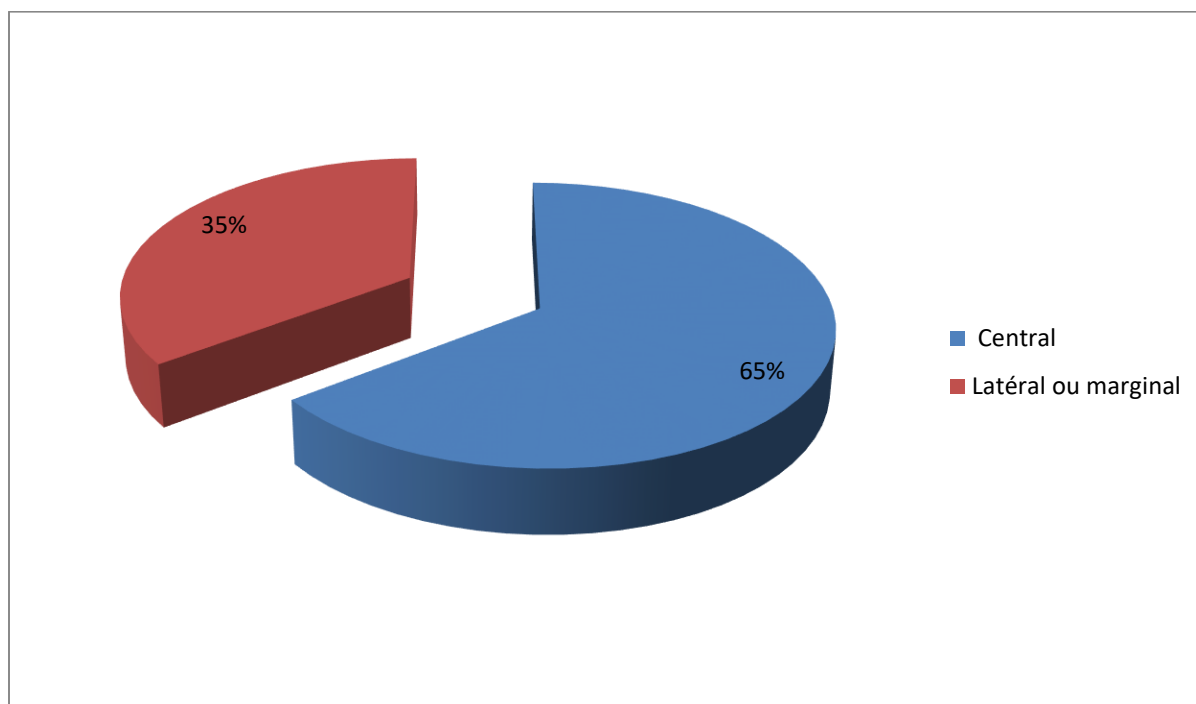
<b>Etat général</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bon</b>	32	94
<b>Passable</b>	2	6
<b>Altéré</b>	0	00
<b>Total</b>	34	100



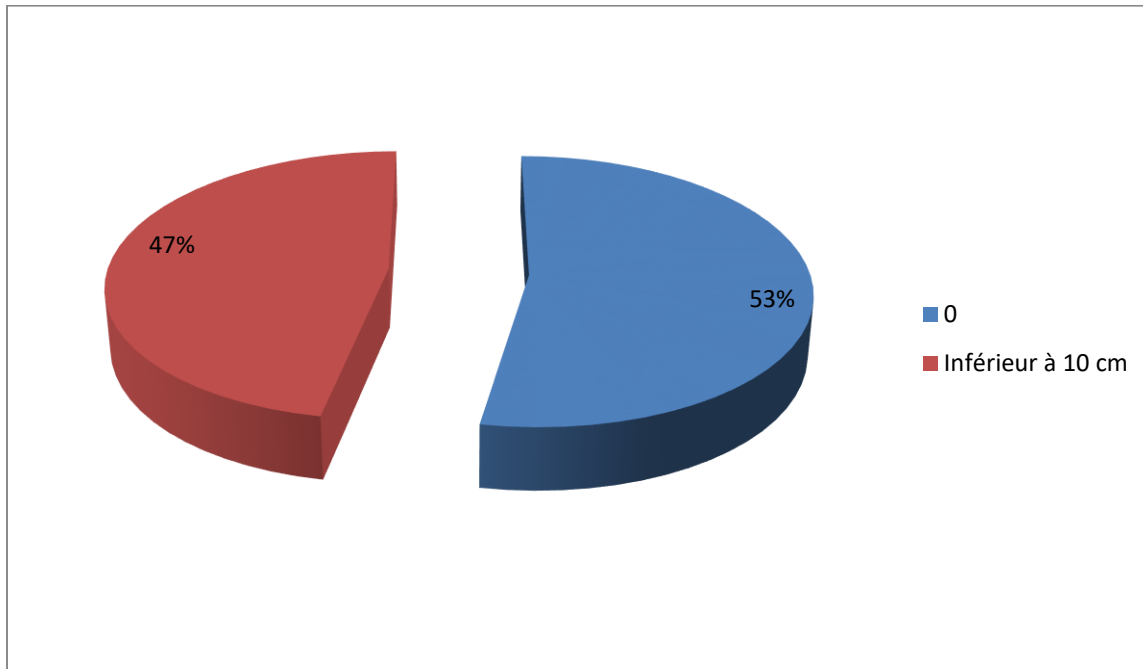
**Figure 19:** Répartition des patientes selon l'intervalle inter gésésique



**Figure 20:** Répartition des patientes selon l'insertion placentaire sur le segment inférieur de l'utérus



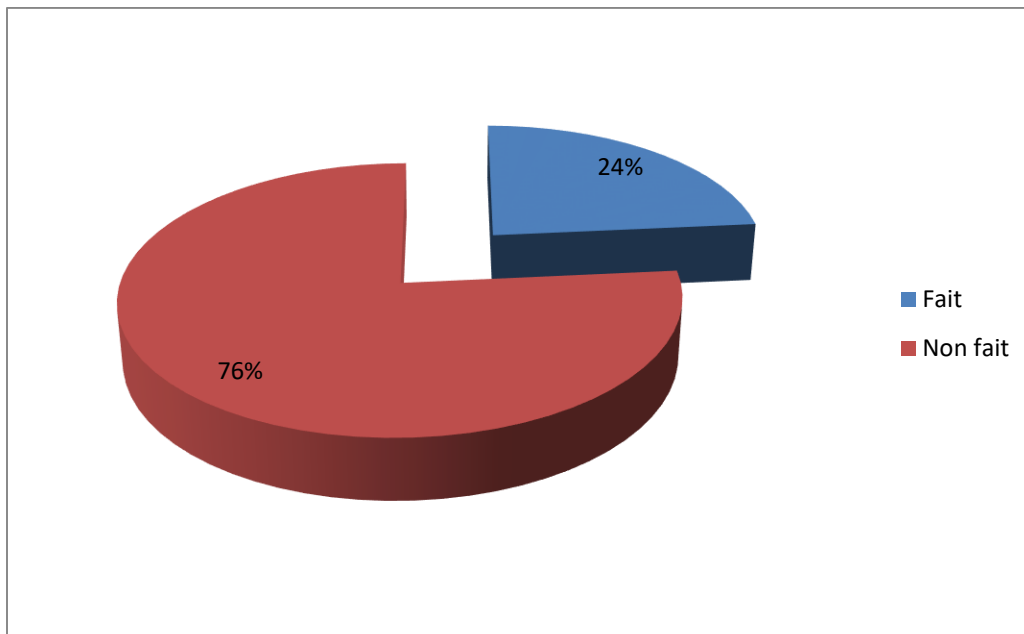
**Figure 21:** Répartition des patientes selon la classification clinique du placenta prævia



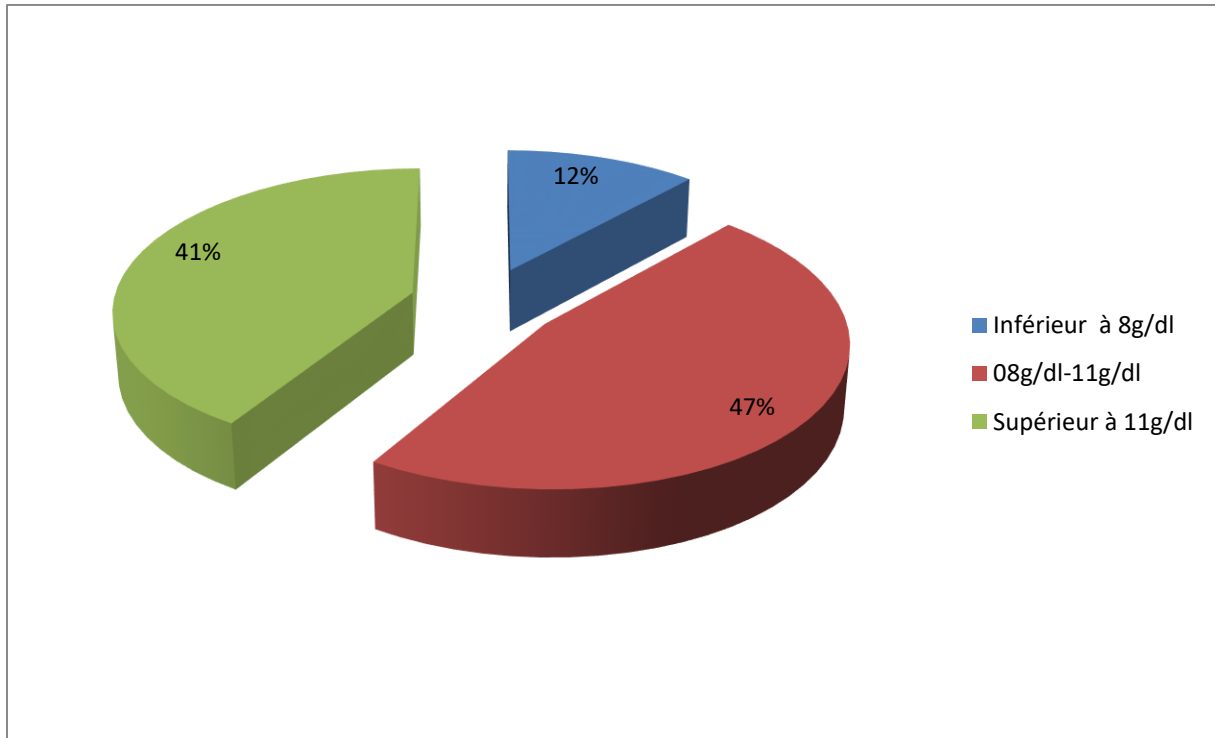
**Figure 22:** Répartition des patientes selon la longueur du petit côté des membranes

#### 4. Pronostic et prise en charge materno-foetal:

##### 4.1. Pronostic et prise en charge maternelle:



**Figure 23:** Répartition des patientes selon la réalisation du Groupe/Rhésus en urgence

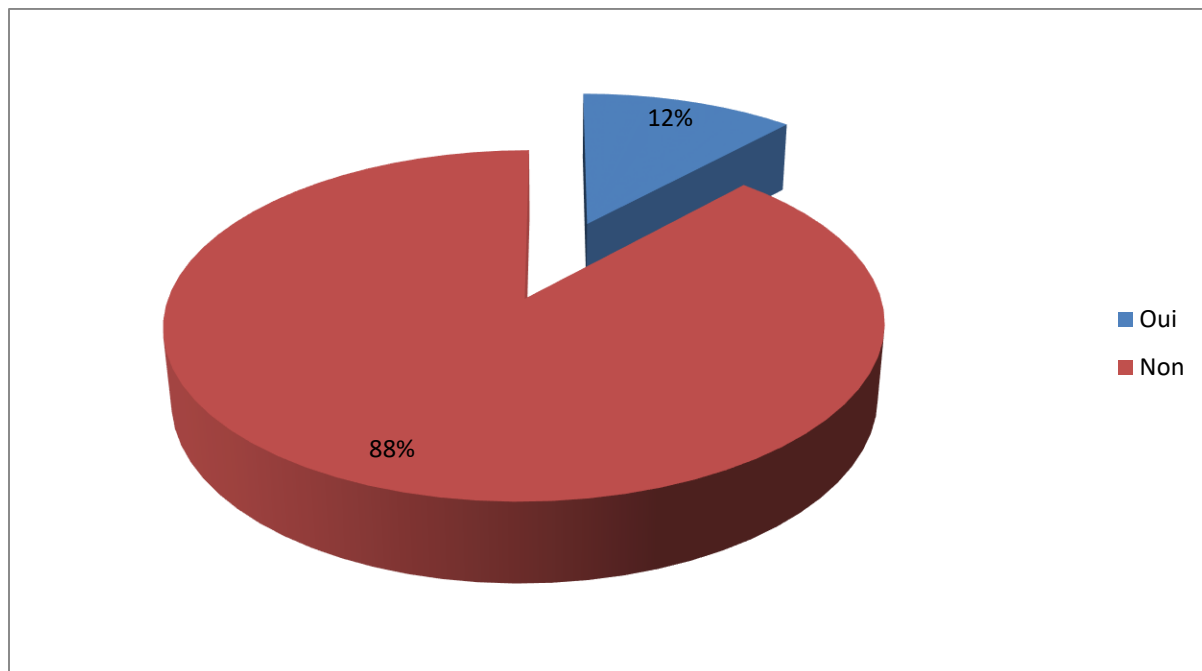


**Figure 24:** Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.

Le taux d'hémoglobine moyen de nos patientes en urgence était de 9,5gs avec des extrêmes de 5gs et 13,66gs.

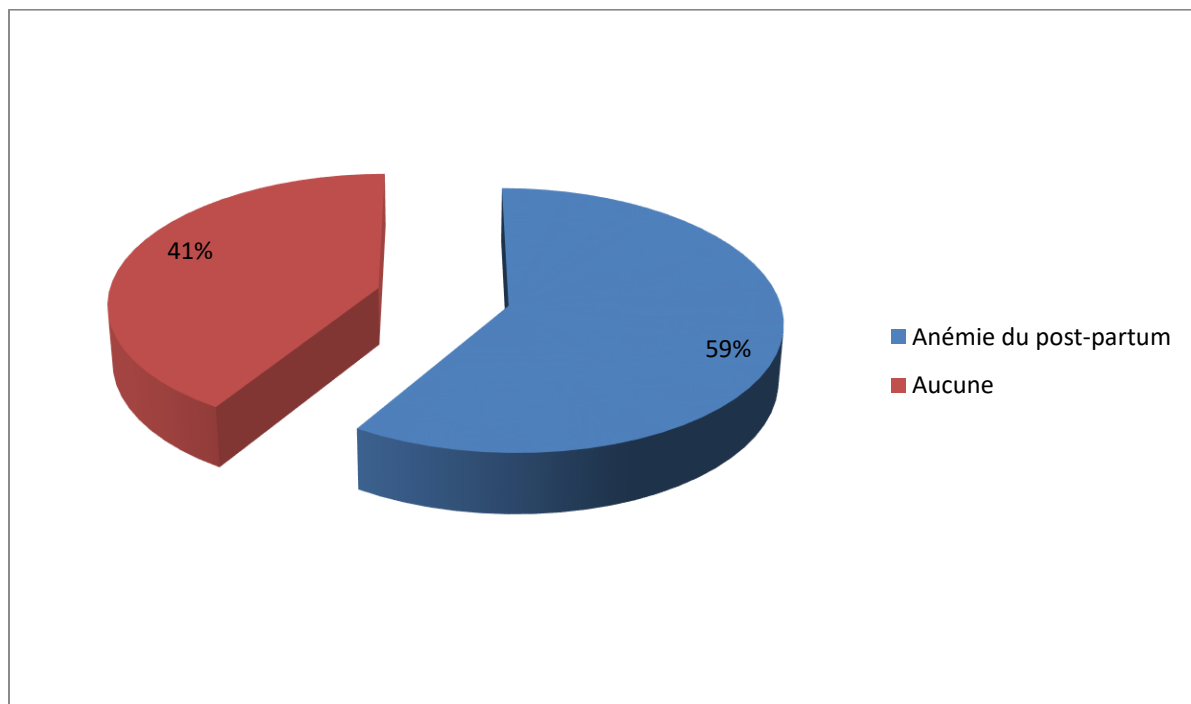
**Tableau IX: conduit à tenir en hospitalisation**

Conduite à tenir en hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
Repos strict fer +acide folique + antispasmodique	<b>0</b>	<b>0</b>
Repos strict fer +acide folique + antispasmodique + corticoïdes	<b>1</b>	<b>50</b>
Repos strict fer +acide folique + antispasmodique + corticoïdes +antibiotique + transfusion	<b>1</b>	<b>50</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>



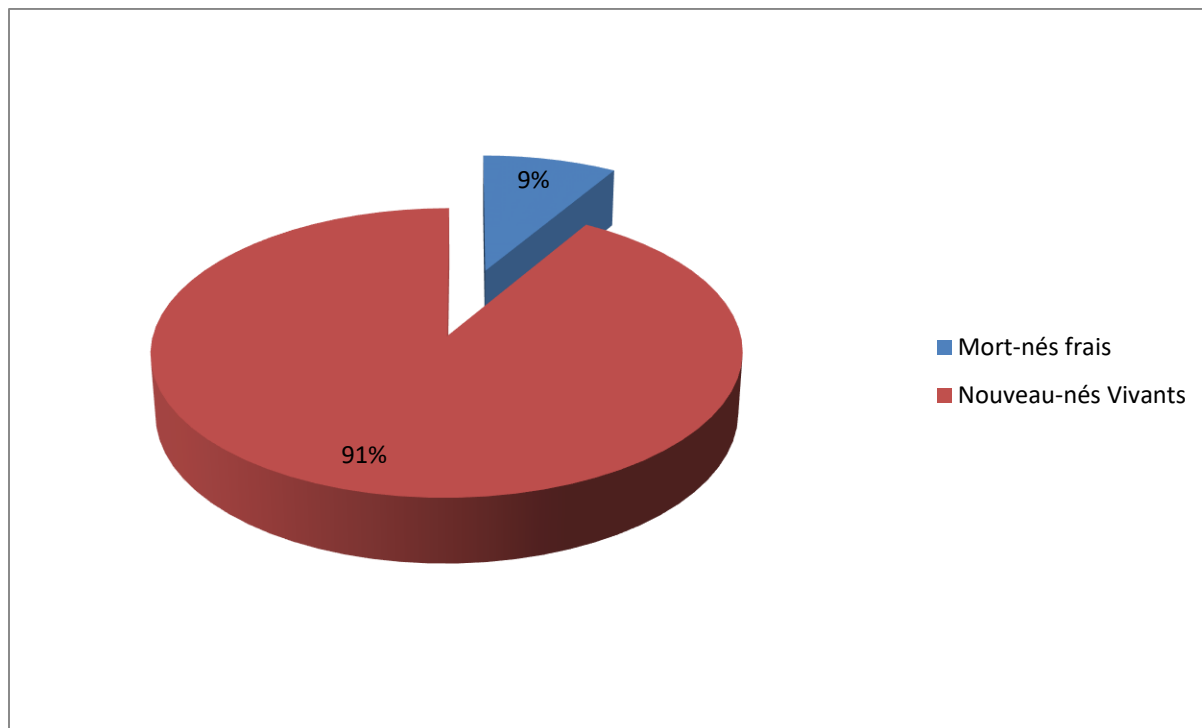
**Figure 25:** Répartition des patientes selon les pratiques de la transfusion



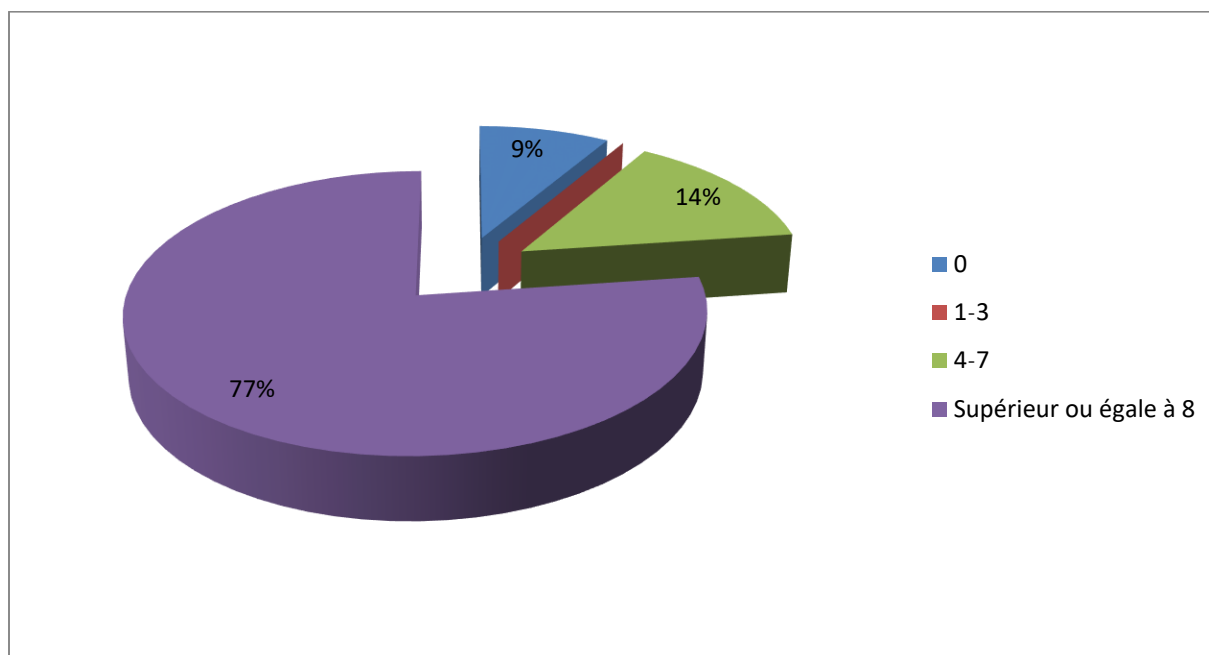


**Figure 26:** Répartition des patientes selon la survenue de complications à court et moyen terme

#### 4.2 Pronostic et prise en charge fœtale:

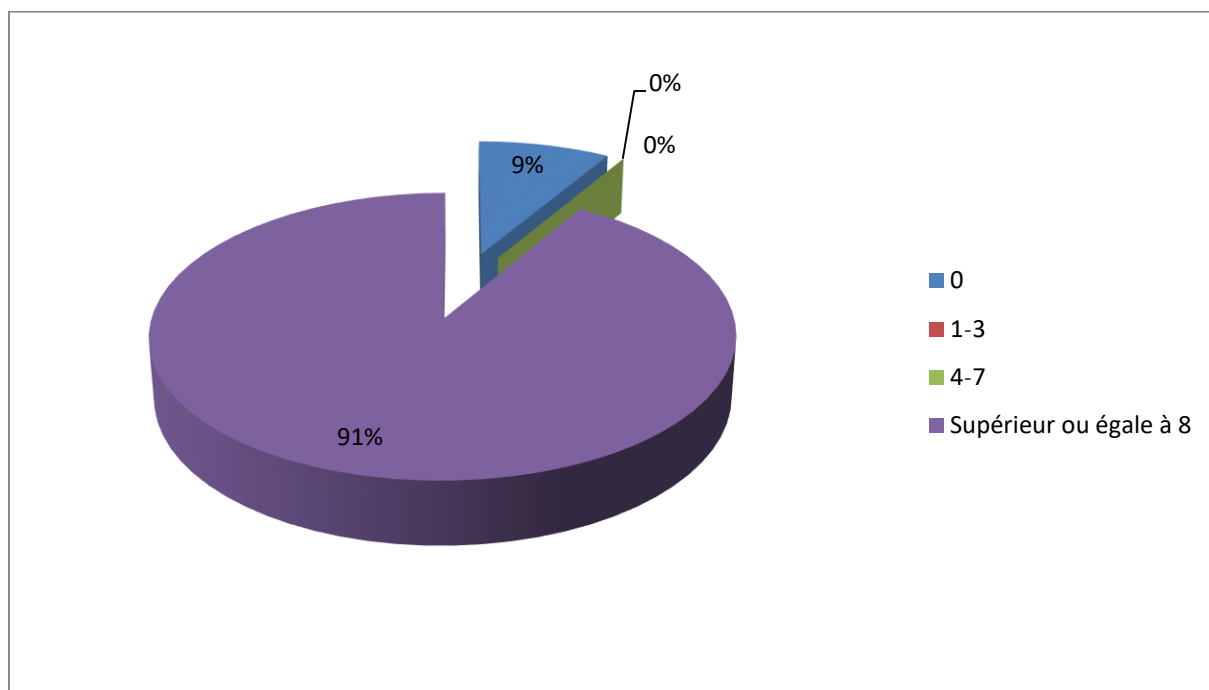


**Figure 27:** Répartition des nouveau-nés selon leur état

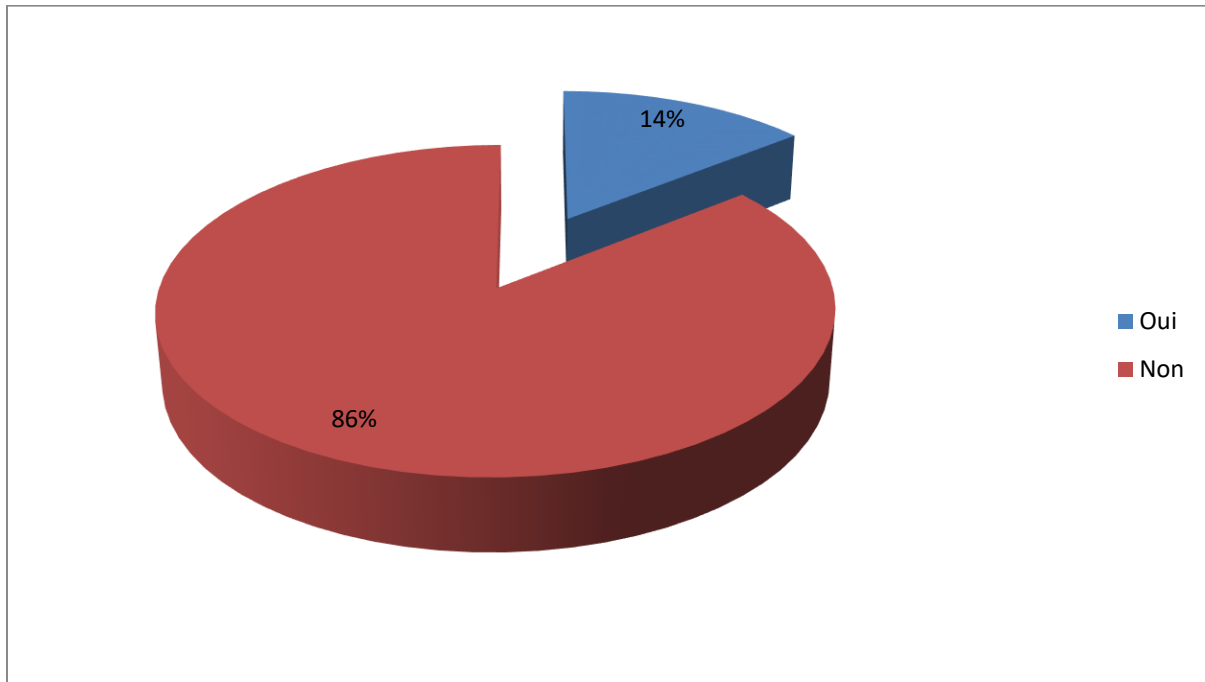


**Figure 28:** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute

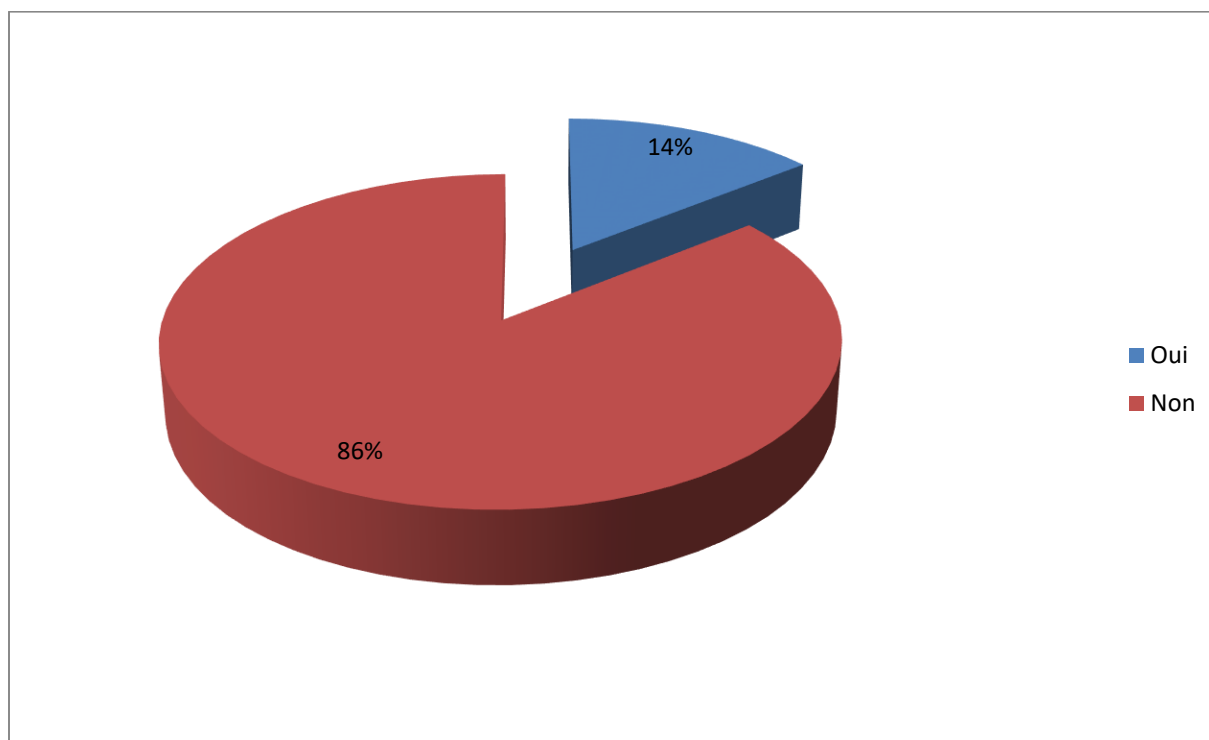
**NB:** Un cas d'accouchement gémellaire (34 accouchements avec 35 nouveau-nés).



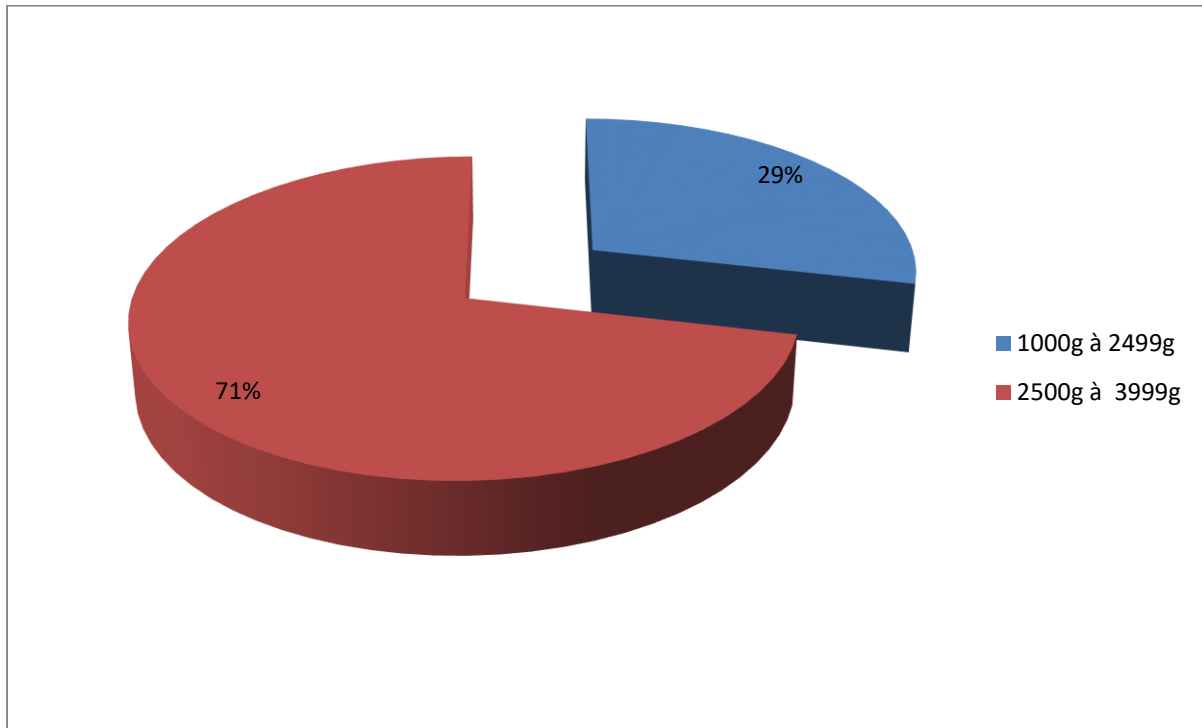
**Figure 29:** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute



**Figure 30:** Répartition des nouveau-nés selon qu'ils soient réanimés ou non



**Figure 31:** Répartition des nouveau-nés selon qu'ils soient référés en néonatalogie du service ou non



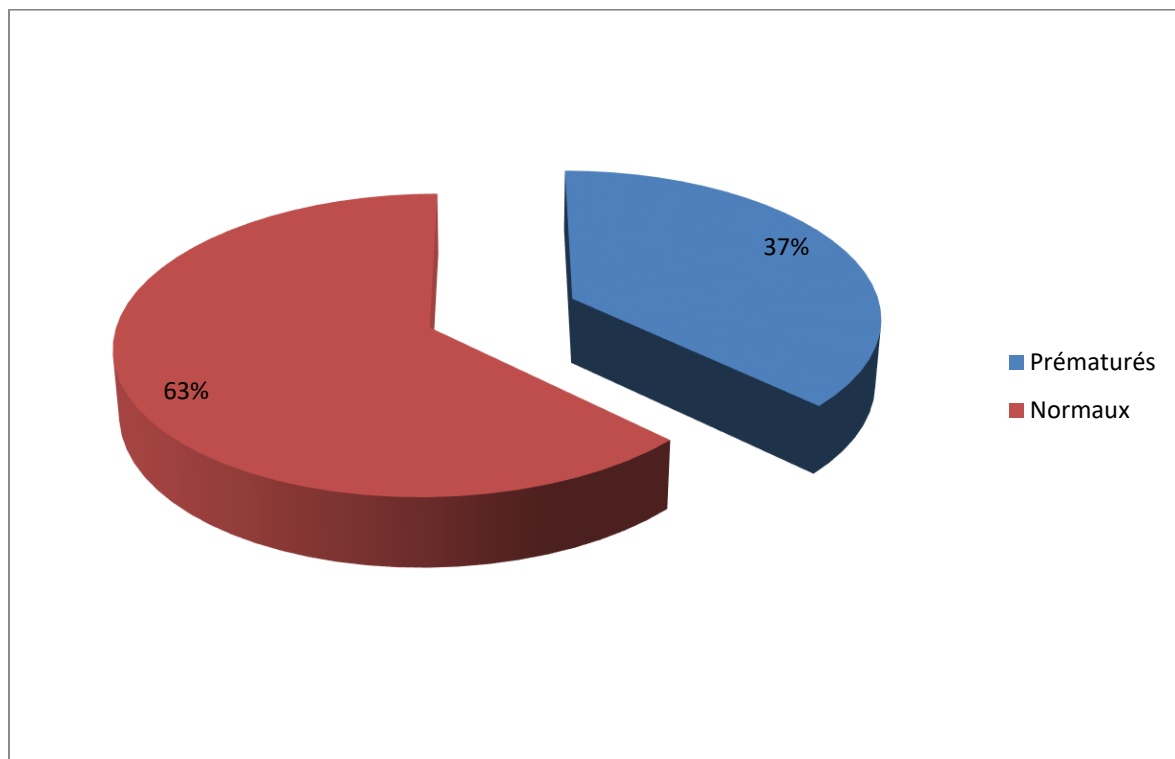
**Figure 32:** Répartition des nouveau-nés selon le poids

Le poids moyen des nouveau-nés était de 1431,28gs, avec des extrêmes de 1000gs et 3700gs

**Tableau X:** Répartition selon le pronostic fœtal et ou des nouveau-nés

Pronostic fœtal	Fréquence	Pourcentage
Mort-nés	3	9
Mortalité néonatale précoce à J1	0	00
Nouveau-nés vivants	32	91
Total	35	100





**Figure 33:** Répartition des nouveau-nés selon la maturité

## **VI.COMMENTARES ET DISCUSSION**

## 1. Difficultés de l'étude

Trois principales difficultés ont été enregistrées au cours de 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.
- Absence de dossier pour certaines patientes, et des dossiers incomplets pour d'autres patientes

## 2. Fréquence

La fréquence du PP à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako est de 0,33%. Cette fréquence est relativement inférieure à celle rapportée dans la littérature. Ainsi, **N'guessan K, et collaborateur** ont rapporté une fréquence de placenta prævia de 1,6 % sur une période de 5ans [10], De même, un travail de Dupont M[11] conduit à la maternité de Port-Royal à Paris sur une période de 10 ans (1993 à 2003) retrouve une fréquence de 0,98 %, Enfin, une méta-analyse publiée en 1997 décrit une incidence variable dans la littérature entre 0,28 et 2% [11], confirmant cependant une incidence croissante au cours du temps de 0,36 % entre 1966 et 1974 à plus de 0,5 % à partir de 1985.

**Tableau XI:** les variations de la fréquence du placenta prævia dans différents pays

<b>Etude</b>	<b>L'année de publication</b>	<b>Fréquence</b>
Houbeche H et al [12]	2012-2013	0,50
Fonseca Namissa [8]	2002-2003	1,00
Sadli I(Algérie) [9]	2016-2017	0,30
<b>Notre étude</b>	2016-2017	0,33

Cette variation d'incidence peut s'expliquer par une insuffisance du diagnostic lié à un déficit technique,

### **3. Caractéristiques sociodémographiques**

L'âge moyen de nos patientes est de 28,58 ans avec des extrêmes de 18 et 40 ans. Ce résultat ne concorde pas avec celui retrouvé par Dupont M [11] et Sadli I [9] où l'âge moyen est respectivement de  $33,7 \pm 4,9$  ans [11] et 34,16 avec des extrêmes de 27ans et 43 ans [9].

Dans notre étude, nous avons noté un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 21-35 ans avec un taux de 79,4% des cas, suivi d'un taux de 11,8% pour la tranche d'âge  $\geq 36$  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 prævia.

**Tableau XII:** Les variations du placenta prævia selon l'âge

<b>Auteurs</b>	<b>Tranche d'âge en % ans</b>	<b>L'année de publication</b>
Houbeche H et al [12]	28-32 29,62	2012-2013
<b>Sadli I (Algérie) [9]</b>	30-34 48,40	2016-2017
<b>Notre étude</b>	21-35 79,40	2016-2017

La totalité de nos patientes soit 100% sont mariées. Ca reflète nos coutumes qui imposent aux de n'avoir des grossesses que dans le cadre du mariage. Mais il existe des exceptions.

Onze virgule soixante-seize pourcent (11,73%) des patientes ont été admises dans le cadre d'urgence pour une prise en charge précoce et efficace d'un accouchement difficile, 23,53% des patientes sont référées par un médecin ou une sagefemme et le reste soit 64,7% des patientes sont venues d'elles-mêmes dont la plus part habite proche du centre.

➤ Les ATCD des patientes :

La totalité de nos patientes ne présentent aucun ATCD médical.

Certains auteurs ont cité la multigestité comme étant un facteur de risque de PP. Dans notre étude les multi gestes représentaient 39%, les pauci gestes représentaient 23%, les primigestes 21% et les grandes multi gestes 18%, ce qui concorde avec les données de la littérature qui considèrent que la fréquence de PP est élevée chez la multi geste [8,10].

Les nullipares représentaient 23%, les primipares 21%, pauci pare 38%, et les multipares 18%. On a remarqué que le PP est plus fréquent chez les pauci pares, et cela ne concorde pas avec les données de la littérature comme les auteurs disent que le PP croît avec la parité [17,18, 22].

Nous avons enregistré 7 cas soit 20,58% d'antécédents de césarienne. Brender [40] a été le premier à signaler que les utérus cicatriciels après la césarienne prédisposent à la survenue du PP au cours des grossesses ultérieures.

Hendricks [41] a rapporté que plus le nombre de césarienne augmente plus la femme est susceptible de développer un PP, ces risques varient entre 2, 2% et 22, 4%.

Cette association PP et antécédent de césarienne s'expliquerait par le fait que la cicatrice utérine laissée par la césarienne, s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

**Tableau XIII:** Les variations de placenta prævia en cas d'ATCD de césarienne

<b>Etude</b>	<b>Nombre de PP</b>	<b>Nombre de PP sur UC</b>	<b>%</b>
Houbeche H et al [12]	135	10	6,00%
Mélanie Dupont (Port-Royal Paris) [11]	200	45	22,00%
Sadli I [9]	31	15	48,39%
Notre étude	34	7	20,58%

On a enregistré 6 cas soit 17,64% d'ATCD d'avortement dont deux cas de curetage, soit 5,88% d'ATCD de curetage.

**Tableau XIV:** les variations de la fréquence des avortements au cours du PP.

<b>Étude</b>	<b>%</b>
Houbeche H et al [12]	22,00%
<b>Sadli I [9]</b>	29,03%
<b>Fonseca Namissa [8]</b>	15,9%
<b>Notre étude</b>	17,64%

**NB:** nous avons enregistré deux cas avec ATCD de placenta prævia et nous n'avons enregistré aucun cas antécédent d'endométrite, de myomectomie ou de malformation utérine.

Nombreux auteurs [28, 22,25] trouvent une légère augmentation du pourcentage du sexe masculin par rapport au sexe féminin chez les mères présentant un PP. Dans notre étude le sexe masculin est retrouvé dans 65% des cas ce qui concorde avec les données de la littérature [28, 22,25].

#### **4. Les données cliniques des patientes**

L'état général peut varier selon le degré de l'hémorragie, 94% de nos patientes avaient un bon état général à l'entrée, une autre étude faite à Bamako retrouve 59,9% des femmes en bon état général contre 40,1% avec un état général altéré à l'entrée [8]. Ceci s'explique par le fait que toutes celles qui viennent directement au CSRef en cas d'hémorragie sont prises directement en charge en urgence, si leur cas nécessite une césarienne d'une part et d'autre part les femmes référées arrivent souvent dans un mauvais état général et de façon tardive. L'altération de l'état

général se voit souvent dans les cas d'hémorragie massive pouvant entraîner le décès maternel et/ou fœtal, ou dans les formes associées à l'HRP.

Dans notre étude 25 patientes soit 73,52% avaient leurs conjonctives colorées contre 9 cas soit 26,47% étaient pales.

Dans notre étude 28 patientes avaient des chiffres tensionnels normaux soit 82,35% contre 6 autres cas avaient des hypotensions.

Nous n'avons pas enregistré de cas hypertension artérielle et les cas d'hypotension enregistrés peuvent s'expliquer par les hémorragies massives.

Dans notre étude, l'âge gestationnel moyen était de 36 SA+ 3jours ce qui concorde avec les données de la littérature ou le terme moyen de l'accouchement est de 37 SA en cas de PP non recouvrant et de 35 SA en cas de PP hémorragique [42]. L'étude faite à l'université Abou Baker Belkaid (Tlemcen) [12] a trouvé 50,37% des parturientes qui avaient un âge gestationnel entre 36-40 SA [42]. Nous avons noté un maximum de cas entre 34-37 SA avec une fréquence de 44 %, qui correspond à un terme moyen de prématurité, suivi d'une fréquence non négligeable (18%) pour la tranche d'âge de (28-33).

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

La présence de BDCF a été observée dans 97,05 % contre 2,94% de BDCF absents. Fonseca Namissa [8] évoquait 78,4%, Bagayoko S. [43] 24,19 %. Ceci s'explique par le fait, d'une part, qu'il y a eu une association avec d'autres pathologies foeticides 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 [1], Merger et Al [44]. Dans notre étude, nous avons enregistré 6,86 % de présentation céphalique, 5,35 % de présentation de siège et 1,78 % de présentation transversale.

Dans notre étude la présentation céphalique représente 91,20%, la présentation siège 5,9% et la présentation transverse 2,50%.

**Tableau XV:** les variations des présentations fœtales au cours du PP.

Étude	Céphalique (%)	Siège (%)	Transverse (%)
<b>Houbeche H et al</b> <b>(Algérie) [12]</b>	96,6%	4,4%	3,00%
Fonseca Namissa [8]	87,72%	6,29%	5,99%
<b>Sadli I [9]</b>	83,8%	9,67%	6,45%
<b>Notre étude</b>	91,2%	5,9%	2,50%

Dans notre étude le placenta prævia recouvrant était le plus représenté avec 64,7 % des cas. Sadli I [9] rapporte 54,84% de placenta prævia recouvrant contrairement Houbeche H et al rapporte 31,57% de placenta prævia.

Dans notre étude les métrorragies constituent le motif d'admission le plus fréquent avec une fréquence de 41,7% suivie de PP à 23,5% de fréquence. Ce résultat se rapproche un peu de celui apporté par Houbeche H et collaborateurs où le motif de consultation le plus fréquent était les métrorragies avec une fréquence de 32%, Dupont Mélanie [11] a apporté une fréquence de 79%.

L'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne pour sauver la mère et le fœtus. La césarienne a été pratiquée dans 100% des cas. Cette voie a souvent été décidée en urgence devant l'importance des hémorragies et aux nombreuses variétés recouvrantes avec parfois un état de choc. Notre taux reflète l'attitude à diminuer le risque de mort néonatale en perpartum car la césarienne sauve 2 à 7

fois plus de fœtus que la voie basse [1]. Pour Bhide [45], la césarienne doit être systématique en cas PP hémorragique.

## 5. Pronostic fœtal

Dans notre étude 77% des nouveau-nés avaient un bon Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute, et 3 cas avec un Apgar à 0 à la 1<sup>ère</sup> mn. Un score d'Apgar <7 à 5 minute n'est pas retrouvé dans notre étude ce qui ne concorde pas avec les données de la littérature où le score d'Apgar inférieur à 7 à la 5 minutes de vie est retrouvé dans 3,3 à 5,9 % des cas.

Soixante-onze pourcents (71%) des NNé avaient un poids de naissance normal, contre 29% des NNé avec un poids inférieur à la normal, et la macrosomie n'est pas observée dans notre étude.

On note une amélioration du pronostic fœtal depuis la survenue de la corticothérapie et l'allongement de la grossesse par les tocolytiques.

Dans notre étude on a enregistré 13 cas sur 35 de prématurité soit 37% des cas dont six NNé présentent une grande prématurité entre 28SA-33 SA+6jours.

La mortalité fœtale a été estimée à 8, 82%. Traoré M S a rapporté 10% de mort-nés, 10% de mortalité néonatale précoce, 5% de mortalité néonatale tardive [6], Traore M. [7] a également rapporté 7,69 % de mort-nés, 12,50 % de mortalité néonatale précoce, 7,76 % de mortalité néonatale tardive, N'guessan K [10] et collaborateurs ont rapporté 21,3% de décès périnataux. La baisse de la mortalité dans notre service peut s'expliquer par la prise en charge rapide et efficace des patientes au sein de notre structure.

## **6. Pronostic maternel:**

Nous n'avons pas enregistré d'hystérectomie d'hémostase, de suppuration de la paroi, de complications thromboemboliques ni d'état de choc. L'anémie isolée a été observée chez 20 patientes soit 58,82%. Quatre patientes ont subi une transfusion sanguine et le reste des patientes ont reçu le traitement martial par le fer plus acide folique par voie orale.

Nous n'avons enregistré aucun décès, La mortalité maternelle liée au placenta prævia est de nos jours faible. Cela peut s'expliquer par le dépistage anténatal du placenta prævia et accréta, et de leur prise en charge précoce avant la survenue des complications.

Dans les pays hautement médicalisés une baisse importante de la mortalité maternelle, qui passe de plus de 10% dans les années 1940 à moins de 1% actuellement [40]. Par contre 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.

## **VII. CONCLUSION**

L'hémorragie est la première cause de décès maternel. Parmi ces hémorragies, les hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse occupe une place importante. Le placenta prævia constitue une pathologie obstétricale redoutable mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal. Malgré la faible prévalence de cette pathologie obstétricale, si elle nécessite une prise en charge précoce et adéquat. Dans notre étude la césarienne a constitué un geste salvateur, ce qui a permis d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. Seuls le dépistage des facteurs de risques, le suivi prénatal correcte et la prise en charge curative des complications liées à cette pathologie obstétricale permettent d'éviter le recours fréquent à la transfusion sanguine, aux complications anémiques et le décès maternel.

## **RECOMMANDATIONS**

➤ **Pour les autorités politiques et administratives :**

- L'augmentation de la couverture sanitaire sur toute l'aire de santé de la commune V en personnel qualifié,
- L'assurance de l'approvisionnement en produits sanguin de la mini-banque de sang du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako,
- La mise à la disposition de l'équipe de garde d'un moyen d'évacuation suffisant (deux ambulances et deux chauffeurs),
- La contribution aux formations de recyclages des agents de santé exerçants en commune V du district de Bamako.
- Doter la salle d'accouchement d'un appareil échographie.

➤ **Pour les agents sanitaires:**

L'intensification des activités de communication pour le changement de comportement en mettant l'accent sur les avantages de la fréquentation des services de santé de la reproduction,

- Faire une échographie obstétricale lors d'un épisode d'hémorragie chez toute femme au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse,
- Faire la promotion des consultations prénatales recentrées et les contacts en insistant sur l'enseignement des signes de dangers aux gestantes et la nécessité de consulter dans le centre le plus proche.

➤ **A l'endroit de la population:**

- Fréquenter les structures sanitaires dès le début de la grossesse pour les consultations prénatales,
- Consulter les structures sanitaires dès l'apparition des premières métrorragies au cours de la grossesse,
- Accoucher dans les structures médicalisées.
- Accepter de don volontaire de sang.

## REFERENCES



**1. Boog G.** Le Placenta prævia. Encycl. Med. Chir (Paris) obstétrique

1983; 5069 A10

**2.Nada I.** Contribution à l'étude de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse à la maternité universitaire Soussi de Raba(à propos de 110 cas).Thèse de med: Raba,Maroc,2016.N°220 ; 115p

**3. Koné F.** Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas).Thèse de med n°48 Bamako 1989.

**4. Houessou H.** Contribution à l'étude du placenta prævia en République Populaire du Bénin (à propos de 698 cas).Thèse Med: Cotonou, Bénin, 1983. N°145.

**5. Guiadem F.** Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et de l'accouchement. Epidémiologie et thérapeutique (à propos de 301 cas colligés à la maternité du chu de Cotonou). Thèse de Med: Cotonou, 1990, N°510.

**6. Traoré M S.** Aspect épidémiologique et clinique du placenta prævia à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 40 cas. Thèse de médecine. Université de Bamako. N°107 ; 2011 ; 61p

**7. Traoré M.** Placenta prævia hémorragique pronostic materno-fœtal à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine. Université de Bamako.N°345 ; 2008 ; 68p

**8. Fonseca Namissa R. A.Mabounga.** Placenta prævia hémorragique : Aspect épidémioclinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas. Thèse de médecine. Université de Bamako.N°42; 2003 ; 52p

**9. Sadli I.** Placenta prævia.Thèse de médecine. Université Abderrahmane Mira Bejaia de Algérie; 2017; 81p

**10. N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S.**

Placenta prævia: Pronostic maternel et fœtal au CHU de Cocody (Abidjan-RCI).Mali Médical.2009; 2 :58 ; Tome 24

**11. Dupont M.** Placenta prævia: à propos de 200 cas, mémoire pour l'obtention du DES d'Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale. Académie de Paris; 2004, 28p

**12. Houbeche H, Tiah S, Lyazid H, Rahmoun N.** Placenta prævia.Thèse de médecine. Université Abou Baker Belkaid;2012/2013, 54p

**13. Aubard Y., Baudet J H.** Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse. Orientation diagnostic. Rev. Prat (Paris) 1994 ;( 44)12; p1665-1670

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

**15. Lockwoodch J.** Placenta prævia and relate disorders- in: Queenan J. T management of high- risk pregnancy, p 483-49 Boston, BlakweH scientific Publicatione, 1994.USA

**16. Sinha P, kuruba N.**Ante-partum haemorrhage: an update,

*Journal of Obstetrics and Gynaecology.*2008, 28(4) p 377 – 381.

**17. Tuzovic L.** Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome, *International journal of gynaecology and obstetrics*.2006, 93(2) p110-7

**18. Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M.**Obstetric risk factors associated with placenta previa development: case-control study, *Croatian medical journal*.2003 44(6) p728-33

**19. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM.**

Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions, *American journal of obstetrics and gynecology*.2003 188(1) p275-81

**20.Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M.**

Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome, *The Journal of maternal-fetal medicine*.2001, 10(6) p414-9

**21. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM.**

The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis, *American journal of obstetrics and gynecology*.1997, 177(5) p1071-8.

**22. Faiz AS, Ananth CV.** Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies, *the journal of maternal-fetal & neonatal medicine*.2003, 13(3) p175-90

**23. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM.**

Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study,

*Obstetrics and gynecology*.2001, 98(2) p299-306

**24. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, Walker MC.** Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy,

*British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.2007, 114(5) p609-13

**25. Johnson LG, Mueller BA, Daling JR.**

The relationship of placenta previa and history of induced abortion,

*International journal of gynaecology and obstetrics*.2003, 81(2) p191-8

**26. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML.**

Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses

*American journal of preventive medicine*.1999, 16(3) p208-15

**27. Kim L, Caughey A, Escobar G.**

Racial and ethnic differences in the prevalence of placenta previa,

*American journal of obstetrics and gynecology*.2008, 199(6), Supplement 1, pS105

**28. Sohrabi D, Parivar K, Ebrahimi S.**

Selected Pregnancy Variables in Women with Placenta Previa,

*Research Journal of Obstetrics and Gynecology*.2008, 1(1) p1-5

**29. Macaffee C., Millar W., Harley G.**

Maternal and foetal morbidity in praevia. *J. Obstet. Gynecol*;

1980; (23; pp. 637 - 646).

**30. Cabrol D, Goffinet F.** Protocoles cliniques en obstétrique, Collection Abrégés de périnatalité. 2e édition. Paris: Masson; 2003/2005, 223 p.

**31. Pirot N, Brasseur-Daudruy M, Ickowicz V, Eurin D, Diguët A, Verspyck E.** Placenta accreta: Revue iconographique. CHU Charles Nicolle, Rouen. Journée française de radiologie; 2010. 37 p.

**32. Kayem G, Keita H.** Prise en charge des placentas prævia et accreta. EM-consulte, journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Elsevier Masson France (2014) 43,1142-1160.

**33. Kay G, Jurgen W.** Atlas de poche d'obstétrique. Paris: Edition Taschenatlas der Geburtshilfe ; 2004. 310 p.

**34. Guyot B.** Virus d'immunodéficience humaine et gynécologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 3-1335, 2007.

**35. Blandine C-B, Xavier C.** ENC Gynécologie et obstétrique. Paris : Edition Vernazobres-Gregó ; 2004. 326 p.

**36. Foscolosp.** Données statistiques sur le placenta prævia J.

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

**37. Singh P M. Rodrigués., Gutta A.** - Placenta previa and previous cesarean section. Acta. Obstet. Gynecol. Scand; 1981;60; pp. 367-368.

**38. Foote W., Fraser W.** - L Placenta praevia a critical appraisal of eight years' management. Am. J. obstet. Gynecol 1960 80, 10- 16.

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

Gynecol 1980; 137, 687-695

**40. Brenner W. E, Edelman A, Hendrichs C. H,** Characteristics of patients with placenta prævia and results of « expectant management » am. J. Obstet Gynecol; 1978, 132,180-191.

**41. Hendricks MS, Cho Y H, Bhagavath B, Singh K.** Previous cesarean section and abortion as risk factors of developing placenta prævia. J of Obstet et Gynecol Research 1999; 25: 137-42.

**42. Madar H, Brun S, Coatleven F, Chabanier P, Gomer H, Nithart A, et al.** Placenta prævia.

EMC – Obstétrique 2016;11(4):1-12 [Article 5-069-A-10].

**43. Bagayoko S.** Contribution à l'étude du Placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 62cas. Thèse Med, Bamako, 2002. N°17

**44. Merger., Levy J., Melchior J.** Précis d'obstétrique. Masson, Paris 1993 pp 245 - 252.

**45. 10-Bhide A, Thilaganathan B.** recent advances in the management of placenta prævia. Curr Opin Obstete Gynecol 2004, 16(6): 447-51.

## ANNEXES

## **FICHE D'ENQUETE N°**

### **IDENTIFICATION:**

**N ° ID:**

**Q1 Nom:          Prénom:          Adresse:          Contact:**

**Q2 Age:**

**Q3 Statut matrimonial**

1=Mariée 2=Célibataire 3=Divorcée 4=Veuve

**Q4 Profession**

1=Sans profession 2=Fonctionnaire 3=Commerçante 4=Etudiante Elève

5=Autres

### **EXAMEN DE LA PATIENTE**

**Avant l'admission**

**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=l'aire de santé cv 2=Hors de l'aire de santé cv

**Q9 Motif d'Evacuation/Référence**

1=PP 2=Hémorragie sur grossesse 3=Hémorragie pendant le

Travail 4=CUD



Q10 Supports de référence/ évacuation

1=Fiche de référence 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:

Antécédents obstétrico-chirurgicaux:

Q13 GESTITE 1=primigeste 2=pauci geste 3=multi geste 4=grande multi geste

Q14 1=primipare 2=pauci pare 3=multipare 4=grande multipare

Q15 IIG : 1=moins de 6 mois 2= entre 6mois et 2ans 3=plus de 2ans

Q16 Antécédents de curetage

1=OUI 2=NON

Q17 Antécédents de révision utérine

1=Oui 2=NON

Q18 Antécédents d'IVG

1=OUI 2=NON

Q19 Antécédents d'endométrite

1=OUI 2=NON

Q20 Antécédents de césarienne

1=OUI 2=NON

Q21 Antécédents de myomectomie

1=OUI 2=NON

Q22 Antécédents de prématurité

1=OUI 2=NON

Q23 Antécédents de PP

1=OUI 2=NON

Q24 Antécédents de grossesse gémellaire

1=OUI 2=NON

Grossesse actuelle

Q25 Hospitalisation pendant la grossesse

1=OUI 2=NON Si oui motif =

Q26 Hémorragie pendant la grossesse

1=Premier trimestre

2=Deuxième trimestre

3=Troisième trimestre

EXAMEN PHYSIQUE

Q27 Caractère de l'hémorragie de la grossesse actuelle:

1=couleur rouge vif

2=Hémorragie répétée

3=Hémorragie noirâtre

HISTOIRE DE LA GROSSESSE

Q28 Terme de la grossesse

1=28SA- 33SA+6 jours 2=34SA- 36SA+6 jours 3=supérieur ou égale à 37SA

Q29 Consultation prénatale 1=Pas de CPN fait

2=Une CPN fait

3=Deux CPN fait

4=Trois CPN fait

5=Supérieur ou =4 CPN

EXAMEN D'ENTREE:

Q30 Etat général:

1=Bon 2=Passable 3=Altéré

Q31 Coloration cutanéomuqueuse

1=colorée 2=moyennement colorée 3=pale

Q32 Tension artérielle

1≤13/9cmhg 2 sup à 13/9cmhg

EXAMEN OBSTETRICAL

Q31 Grand axe de l'utérus:

1=Longitudinal 2=Transversale 3=Oblique

Q32 Hauteur Utérine:

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

Q33 Contractions utérines:

1=OUI 2=NON

Q34 Excavation pelvienne:

1=Occupée 2=Vide

Q35 Type de présentation:

1=Céphalique 2=Siège 3=Transversale

Q36 Bruits du cœur du fœtus:

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

3=Supérieur à 160 bpm 4= BCF=0

Q37 Ouverture du col:

1=OUI 2=NON

Q38 Type de variété du placenta:

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

Q39 Les membranes accessibles

1=OUI 2=NON

Q40 Echographie Obstétricale

1=fait 2=Non fait

Q41 Traitements reçus

1=remplissage vasculaire 2= tocolyse 3=transfusion pulmonaire 4=maturation  
5= supplémentation en fer

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENTS A LA FIN

Q42 Hémorragie après rupture artificielle des membranes:

1=Arrêtée 2=Persistante

Q43 Accouchement par voie basse réussie:

1=OUI 2=NON

Q44 Césarienne d'emblée:

1=OUI 2=NON

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q45 Groupage sanguin rhésus:

1=OUI 2=NON

Q46 Taux d'hb

1 :inf. à 7g /dl 2 : entre 7 et 10

g /dl 3 : sup a 11g /dl

Q47 Transfusion:

1=OUI 2=NON Si Oui Quantité:

Q48 Insertion placentaire:

1=segmentaire 2= segmento fundique 3=fundique

Q49 Longueur du petit côté des membranes:

1 :<10 2 sup à 10 (en cm)

Q50 Les formes associées:

1=HRP 2=Procidence du cordon

3=RPM 4=placenta acréta

#### LES COMPLICATIONS MATERNELLES DU POST-PARTUM

Q51 Hémorragie du post-partum immédiate

1=OUI 2=NON

Q52 Infections puerpérales:

1=OUI 2=NON Si OUI précisée la nature

Q53 Anémie:

1=OUI 2=NON

Q54 Thrombophlébite:

1=OUI 2=NON

Q55 CIVD

1=OUI 2=NON

Q56 Décédée maternel:

1=OUI 2=NON

#### TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM

Q57 Hystérectomie:

1=OUI 2=NON

Q58 Transfusion:

1=OUI 2=NON Si OUI Précisée la quantité

Q59 Perfusion d'ocytociques:1=OUI 2=NON

Q60 Anticoagulant:

1=OUI 2=NON

Q61 Antibiothérapie

1=OUI 2=NON

Laparotomie avec lavage plus drainage

1=OUI 2=NON

Q62 Référence Evacuation: vers les CHU

1=OUI 2=NON

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE

Q63 Apgar1 (1ère minute)= Apgar2 (1ère minute)=

Q64 Apgar1 (5ème minute)= Apgar2 (5ème minute)=

Q65 Poids1 (g)= Poids2 (g)=

Q66 Taille 1 (cm) Taille2 (cm)=

Q67 Sexe (enfant 1):

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

Q68 Réanimation:

1=OUI 2=NON

Q69 Référé(e) :

1=OUI 2=NON

Q70 Lieu de Référence:

1=Néonatalogie du service 2=CHU Gabriel Touré 3=Autre

Q71 Malformation fœtale:

1=OUI 2=NON

Q72 Mortalité néonatale:

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

Q73 Fœtus mort-né

1=OUI 2=Non

Q74 Taux d'Hb

1 .INF A 6g /dl 2. Entre 6 ET 10g /dl 3.SUP a 10g /dl

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**NOM** : MALLE

**PRENOM** : MODIBO

**TITRE DE THESE** : Aspects épidémio-cliniques et pronostic du Placenta Prævia hémorragique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

**Année Universitaire** : 2016-2017

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : MALI

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

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

### **RESUME** :

Notre étude prospective s'était déroulée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako du 1er Novembre 2016 au 31 décembre 2017 a permis d'atteindre nos objectifs : Le placenta prævia hémorragique est fréquent dans 0,33%.

La tranche d'âge de 21 à 35ans avait la fréquence la plus élevée soit 79%.

La multigestité est retrouvée dans 39%.

Cent pourcent d'accouchement par césarienne.

Le pronostic maternel est favorable (absence de décès maternel) mais la mortalité néonatale s'est beaucoup améliorée (9%).

**MOTS CLES** : Placenta prævia hémorragique, urgence

Obstétricale, santé publique.



## SERMENT D'HYPPOCRATE

☺ 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***

## FICHE SIGNALITIQUE

**NOM :** MALLE

**PRENOM :** MODIBO

**Année Universitaire :** 2018-2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** MALI

**TITRE DE THESE :** Aspects épidémio-cliniques et pronostic du Placenta Prævia hémorragique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

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

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

### RESUME :

Notre étude prospective s'était déroulée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako du 1er Novembre 2016 au 31 décembre 2017 a permis d'atteindre nos objectifs : Le placenta prævia hémorragique est fréquent dans 0,33%.

La tranche d'âge de 21 à 35ans avait la fréquence la plus élevée soit 79%.

La multigestité est retrouvée dans 39%.

Cent pourcent d'accouchement par césarienne.

Le pronostic maternel est favorable (absence de décès maternel) mais la mortalité néonatale s'est beaucoup améliorée (9%).

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

