

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

INISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DUMALI



**Université des Sciences,
des Techniques et des
Technologies de Bamako.**

UN PEUPLE - UN BUT-UNE FOI



**Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie.**

Année universitaire : 2018-2019

Thèse N°

THESE

**PLACENTA PRÆVIA HEMORRAGIQUE :
ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES,
THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIC AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
BOUGOUNI.**

Présentée et soutenue publiquement le 02 /03 /2019 devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par. **Inogo dit Bouréma TEME**

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

JURY :

Président : Professeur Bakary .T. DEMBELE

**Membres : Docteur Amadou BOCOUM
Docteur Mariam CISSE**

Co-directeur : Docteur Brahima BAMBA

Directeur : Professeur Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à **ALLAH**, le clément et miséricordieux :

Je ne serais jamais à mesure de te remercier à ta juste valeur
« **LAWOUL MOULOUK WALLAOUL HAMDOU** » merci pour ton
assistance.

Au Prophète **MUHAMAD « AI MOUSTAPHA » :**

Merci de nous avoir guidés vers le chemin de Dieu, le seul chemin qui nous
conduit à une vie digne de ce nom.

A mes parents : **AMI dite AMAOBO TEME et MAMADOU TEME :**

Ce travail est d'abord le vôtre, les mots me manquent pour vous remercier de tout
ce que vous avez fait et continuez à faire pour moi et mes frères, vous êtes plus
que des parents pour nous, recevez ici l'expression de ma profonde gratitude
qu'ALLAH vous donne une vie longue et prospère.

A mon frère **SIAKA** ; mes grandes sœurs **KADIDIA, MARIAM** ; et ma petite
sœur **AISSATA** :

Je vous considère comme l'un des plus beaux cadeaux divins, votre amour et
vos accompagnements n'ont jamais faits défaut, ce travail est le vôtre.

A mes neveux et nièces :

**GENEVIEVE et BEATRICE DEMBELE, DAOUDA et FATOUMATA K
MOUNKORO, AMADENGUE et AMAOBO TEME**

A mes cousins et cousines :

Je voudrais que vous trouviez ici l'expression de mes sentiments les plus
fraternels, que Dieu préserve et soutiens le lien qui nous unis.

**Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et
Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.**

**A mon tonton DAOUDA TEME ainsi qu'à sa famille et mon tonton ABINO
TEME ainsi qu'à sa famille :**

Mon chemin a été plus raffiné et facilité par vos soutiens, merci infiniment.

REMERCIEMENTS

A mon cher pays, le Mali :

Merci de m'avoir facilité l'éducation à travers tes stratégies politique

Que ce modeste travail contribue à améliorer l'état de santé de ta population.

A la FMOS :

Plus qu'une faculté de médecine, tu as été pour moi une école de formation sur la vie en générale.

A mes enseignants du premier et second cycle de l'école fondamentale de Dogo, de l'école fondamentale de Torakabougou(Bgni) et du lycée Michel Allaire de Bougouni.

Merci pour la qualité de vos enseignements.

Au corps Professoral de la FMOS :

Pour la qualité de vos cours et vos soucis pour notre formation.

Au personnel du Centre de santé de référence de Bougouni :

Pour la qualité de votre encadrement et vos conseils

A mes amis et compagnons de tous les temps :

Votre compagnie a été très importante pour l'élaboration de ce travail, que Dieu préserve et renforce nos liens.

A mes tontons et tantes :

Je n'ai pas cité de nom par peur d'en oublier, merci pour vos affections et vos attentions soutenues depuis mon jeune âge jusqu'à maintenant.

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

A la famille TEBSOUGUE de point G ; les familles KODIO, TRAORE, MOUNKORO, DEMBELE, CISSE, SANGARE et KANTE de Bougouni (Torakabougou)

Vous m'avez soutenu et encouragé durant ma carrière universitaire.

A toutes les personnes qui ont contribués d'une manière ou d'une autre à la réussite de ce travail : La place réservée ne permet pas de cité tous les noms, mes remerciements infinis à vous tous.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Pr Bakary. T. DEMBELE

- **Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS,**
- **Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,**
- **Charger de cours à l'Institut National de Formation en Science de Santé (L'INFSS),**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous voir présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre rigueur scientifique et surtout votre constante disponibilité nous laissent le souvenir d'un maître accompli et exemplaire.

Que Dieu vous donne une vie longue et prospère pour que nous puissions bénéficier davantage de vos précieux enseignements.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :

Dr Amadou BOCOUM

- **Maître assistant en gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie,**
- **Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France ;**
- **Membre de la Société Malienne de gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre simplicité font de vous un maître remarquable.

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

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :

Dr Mariam CISSE

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique,**
- **Médecin praticienne au Centre de Santé de Référence de Bougouni,**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de, Référence de Bougouni.**

Cher Maître,

La Spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous a très touché.

Votre enthousiasme à transmettre le savoir, votre humilité et votre simplicité font de vous un Maître remarquable.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Brahim BAMBA

- **Spécialiste en chirurgie générale,**
- **Ancien Médecin chef du Centre de Santé de Référence de
Bougouni,**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de Kalaban-Coro,**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA).**

Cher Maître

*La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève nous a très
marqué.*

De vous nous avons appris l'exigence du tout soi et le courage de médecin.

*Votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait et votre disponibilité
font de vous un maître exceptionnel.*

Acceptez ici cher maître notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Praticien Hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II,**
- **Membre de la Société Africaine Gynécologie Obstétrique(SAGO),**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA),**
- **Enseignant-chercheur.**

Cher Maître,

C'est pour nous un immense honneur de vous avoir comme Directeur de thèse.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait et votre disponibilité font de vous un maître respecté et admiré par tous.

Que Dieu vous donne une vie longue et prospère pour que nous puissions bénéficier davantage de vos précieux enseignements.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABREVIATIONS ET SIGLES

ATCD = Antécédent

Bpm= battements par minute

CIVD= Coagulation intraveineuse disséminée

Cm= Centimètre

Cm Hg= Centimètre de Mercure

CPN=Consultation prénatale

CSCOM= Centre de santé communautaire

CSref =Centre de santé de référence

CUD= Contraction utérine douloureuse

DDR= Date des Dernières Règles

g = Gramme

HRP= Hématome Retroplacentaire

HU= hauteur utérine

IVG= Interruption Volontaire de Grossesse

ml= Millilitre

PC= Périmètre crânien

Pl/min= Pulsation par minute

PT= Périmètre thoracique

PP= Placenta prævia

RAM= Rupture artificielle des membranes

RPM= Rupture prématurée des membranes

**Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et
Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.**

SA =Semaine d'aménorrhée

SFA= Souffrance fœtale aigue

%= Pourcentage

\geq =Supérieur ou égal

\leq =Inférieur ou égal

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	17
OBJECTIFS.....	20
GENERALITES.....	22
METHODOLOGIE.....	48
RESULTATS.....	54
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	74
CONCLUSION.....	85
RECOMMANDATIONS.....	87
REFERENCES.....	89
ANNEXES.....	94

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

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

Le placenta prævia associé à la rupture utérine et à l'hématome rétro placentaire constitue les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre, et de la mortalité maternelle dans les pays en développement [2].

Dans sa forme hémorragique le placenta prævia constitue une urgence obstétricale car il met en jeu le pronostic vital materno-fœtal. De ce fait, il nécessite un diagnostic précoce et 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 avec des fréquences allant de 0,90 à 1,78 % [3]et[4].

La forme hémorragique du placenta prævia est relativement rare.

Ainsi le placenta prævia hémorragique représente en Europe 0,30% à 0,50% des accouchements[5]. ; en Amérique 0,30% à 0,62% des accouchements et en Asie, 0,50% à 0,90% des accouchements [5].

La fréquence la plus élevée de placenta prævia est rapportée en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique avec des taux variant entre 0,50% et 3,60% des accouchements [6] et[7]

Au Mali, l'étude la plus récente signale une fréquence de 0,70% des accouchements [1].

Pathologie obstétricale redoutable où l'on préconisait l'interruption systématique de la grossesse pour sauvetage maternel, les patientes victimes de placenta prævia bénéficient actuellement de moyens diagnostiques et thérapeutiques modernes.

L'utilisation de l'échographie dans le diagnostic du placenta prævia a permis une réduction considérable de la mortalité maternelle qui est passée de plus de 10 % dans les années 1940 à moins de 1 % actuellement [8].

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

Proportionnellement, la mortalité périnatale a également baissé de plus de 70 % dans les années 1940 [9] à 4 – 8 % de nos jours [10].

Cependant, dans les pays en 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[5].

L'absence d'étude sur cette affection au centre de santé de référence de Bougouni nous a amené à initier ce travail.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier le placenta prævia hémorragique au Centre de Santé de référence de Bougouni.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence du placenta prævia hémorragique dans le Csref de Bougouni ;
- Décrire le profil sociodémographique des patientes
- Décrire les aspects cliniques du placenta prævia hémorragique ;
- Décrire les aspects thérapeutiques et pronostic du placenta prævia hémorragique ;

GENERALITES

III- GENERALITES

1. RAPPELS ANATOMIQUES

Dans cette partie nous ferons un bref rappel anatomique concernant :

L'utérus gravide et les annexes fœtales.

1-1 Le placenta :

Il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus.

C'est un organe né en même temps que l'embryon.

Mais de son étude nous verrons :

Formation du placenta

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour de la fécondation.

C'est la couche la plus superficielle du blastocyte.

A partir du 5^{ème} mois le placenta conserve la structure générale qu'il a désormais acquise. Son volume continue à s'accroître, les villosités se multiplient mais sans modification structurale.

Structure du placenta

Le placenta comprend de dehors en dedans :

- La plaque choriale : c'est la partie de l'enveloppe de l'œuf (chorion) où sont restés un nombre de villosités.
- Les villosités choriales : elles se divisent en branches divergentes, les unes prenant contact avec la muqueuse utérine et s'y ancrant solidement (villosités crampons), les autres restent libre et baignant dans les lacs sanguins.

La villosité est l'organite élémentaire du placenta.

Elle est formée d'un axe vasculaire (artérioles et veines) et d'un revêtement qui se modifie avec l'âge de la grossesse.

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

Aspect du placenta (anatomie macroscopique)

Examiné après la délivrance le placenta à terme est une masse charnue, discoïde ou elliptique. Il mesure 16 à 20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2 à 3cm au centre, 4 à 6 mm sur les bords.

Son poids, au moment de la délivrance et à terme, est en moyenne de 500 à 600 gr, soit le 1/6 du poids du fœtus.

Le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince plus étalé que le placenta après son expulsion.

Il est constitué de deux faces, fœtale et maternelle.

La circulation placentaire

La circulation placentaire s'établit dès le 9^{ème} jour post conceptionnel.

Il se produit un échange continu de substances entre le sang et fœtal.

1-2 Membranes de l'œuf

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

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

Elle est résistante.

Dans le placenta elle devient la plaque choriale d'où émanent les villosités choriales.

A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical.

A la fin du 3^{ème} mois, l'amnios et le chorion fusionnent.

- L'amnios : est une membrane mince, transparente, très résistante qui circonscrit en dedans la cavité amniotique.

Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta engraine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

- La caduque basale ou déciduale : dès l'implantation, la muqueuse utérine se transforme en caduque ou déciduale.

L'œuf en grossissant fait sailli dans la cavité utérine, coiffé par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement.

1-3 Le segment inférieur

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

- **Forme** : il a une forme d'une calotte évasée, ouverte en haut.
- **Situation** : il occupe au-dessus du col le tiers inférieur de l'utérus.
- **Caractère** : Son caractère essentiel est sa minceur de 2-4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps.
- **Limites** : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, la limite supérieure est marquée par le changement de l'épaisseur de la paroi qui augmente.
- **Origine et formation** : le segment inférieur se développe au dépens de l'isthme utérin. Mais il n'acquière son ampleur qu'après le 6^{ème} mois.

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

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

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

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

- **Structure** : le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité.

La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

- **Les dimensions** : le segment inférieur mesure 10cm de hauteur, 9-12 cm de largeur et 3-5 mm d'épaisseur[11].

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

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

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

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

Point de vue pathologique : il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique.

C'est sur lui que s'insère le placenta prævia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

2- FACTEURS FAVORISANTS

Les causes réelles de l'insertion basse du placenta sont inconnues [11].

Certains facteurs favorisants sont cependant bien individualisés.

Selon **Cotton O.**[12], le profil typique de la femme candidate de placenta prævia correspond à une multi geste (4,2 grossesses) d'un âge moyen de 28,4 ans ayant présenté plusieurs fausses couches (parité 2,5).

2-1 Parité

Dans la plupart des statistiques les multipares sont 4 à 5 fois plus nombreuses que les primipares. **Boog** [11] estime que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

2-2 L'âge maternel

Dans sa vaste enquête portant 1023 cas, **Record R.**[13] constate que l'incidence du placenta prævia augmente en fonction de l'âge, à l'intérieur d'une même parité. **Brenner W. et al** [14] accordent finalement une importance à l'âge et à la parité.

2-3 La race

Les travaux les plus récents montrent une augmentation du placenta prævia dans la race noire (multiplié par 1,2 à 1,3)[11].

2-4 Les conditions socio-économiques

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

2-5 Antécédents d'avortement

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

2-6 Cicatrices utérines et lésions endométriales

Parmi les cicatrices utérines outre les myomectomies et les cures de synéchie, les plus étudiés ont été les cicatrices de césarienne.

Cotton O.[12] retrouve les antécédents d'hystérotomies dans 14,6% des cas. **CLARK** cité par **Boog [11]** a prouvé que la fréquence de placenta prævia augmente avec le nombre de césarienne antérieure.

Le risque d'insertion vicieuse est maximal au cours de la grossesse qui suit immédiatement la césarienne [15].

Les antécédents d'endométrite sont retrouvés dans 40% des cas [16].

2-7 Les récurrences de placenta prævia

Ce risque est multiplié par 5 ou 6[11].

2-8 Les grossesses gémellaires

Pour **STRONG** cité par **Boog [11]** et **Brenner W. [14]** le risque d'insertion basse est pratiquement multiplié par deux en cas de grossesse multiple.

2-9 Sexe

La majorité des auteurs trouve un pourcentage légèrement augmenté du sexe masculin chez les nouveau-nés issus de placenta prævia.

2-10 Autres facteurs

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

Les malformations utérines, les fibromes sous muqueux, l'adénomyose.

Le rôle favorisant du tabagisme a été évoqué par **Naeye R.[17]**.

3- DEFINITION ET CLASSIFICATION

3-1 Définition

L'anomalie de siège, le vice d'insertion, qui n'est plus nécessairement un vice d'implantation vient de ce que le placenta s'attache au moins en partie sur le segment inférieur dont la muqueuse se transforme elle aussi en caduque mais en mauvaise caduque [18].

3-2 Classification

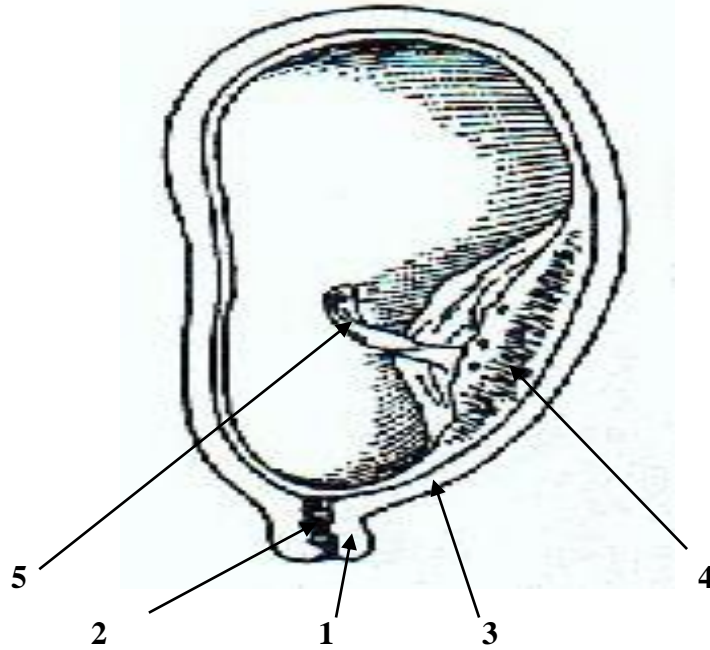
On y distingue deux types de classification

3-2-1 Classification anatomique :

Elle correspond à la situation du placenta pendant la grossesse et comprend trois variétés :

- Placenta latéral :

Ici le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.



1=le col utérin

2=l'orifice cervical

3=utérus gravide

4=Placenta

5=cordon ombilical

Haut



Gauche

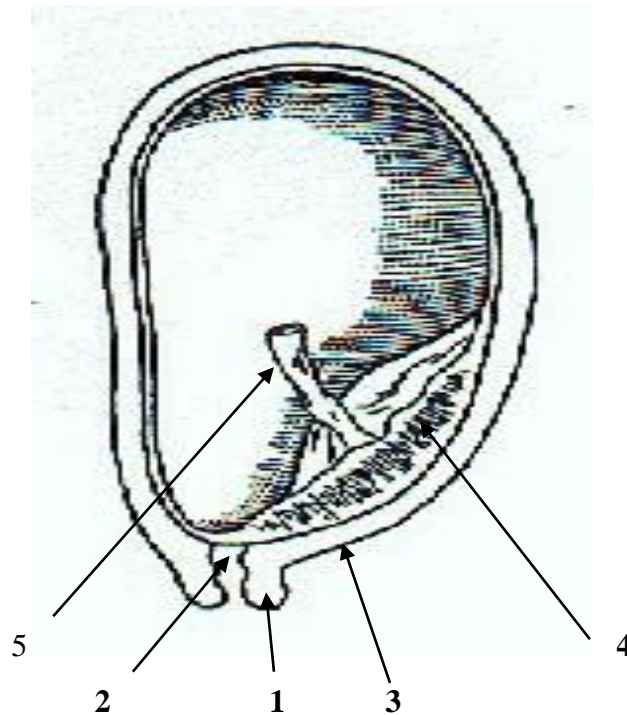


Figure1 : Placenta prævia latéral. Merger R.[18]

- Placenta marginal :

Le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.

Il vient affleurer la « margelle » de l'orifice interne du canal cervical



1= le col utérin

2= l'orifice cervical

3= utérus gravide

4= placenta

5= cordon ombilical

Haut



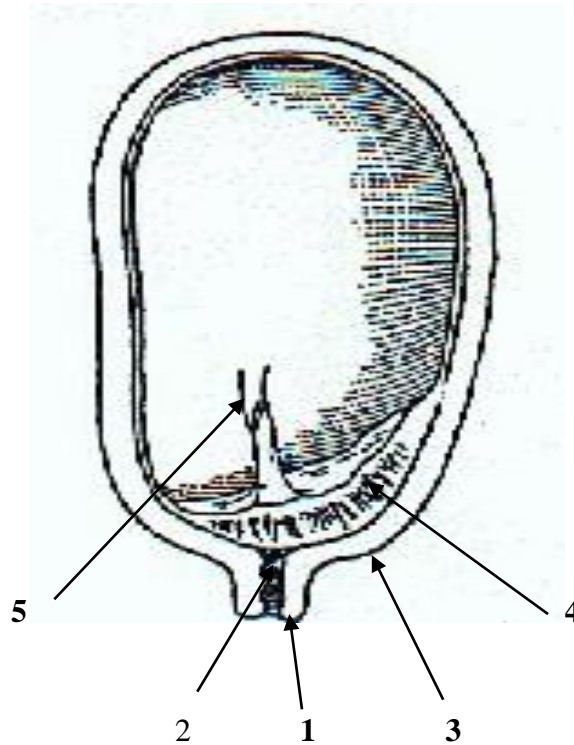
Gauche



Figure2 : Placenta prævia marginal. Merger R.[18]

Placenta central : le placenta recouvre l'orifice cervical.

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



1= le col utérin

2= l'orifice cervical

3= utérus gravide

4= placenta

5= cordon ombilical

Haut



Gauche

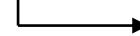


Figure 3 : Placenta prævia central. Merger R.[18]

3-2-2 Situation du placenta pendant le travail

Elle comprend deux variétés :

- la variété non recouvrante dans laquelle le placenta ne recouvre jamais l'orifice cervical ;
- la variété recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

Elle correspond à la variété centrale (totale ou partielle).

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

- La classification selon l'accessibilité ou non des membranes :

Elle nous donne deux variétés :

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

Cette classification a surtout un avantage thérapeutique.

- La classification de CURTIS et LUND cités par **Keita S.[19]** qui s'attache à déterminer le degré de dilatation du col à partir duquel le placenta est perçu au toucher vaginal.

NB : Le degré de dilatation du col est mesuré de 0 à 10cm.

Si le placenta est senti avant toute dilatation, il est de 50% et équivaudrait à un placenta prævia central.

S'il n'est perçu qu'à 10cm, il est de 0 % et correspond à une variété latérale.

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

- La classification échographique : selon **Bessis R.[20]**, il considère comme bas insérés échographiques les placentas dont l'insertion se situe en totalité ou en partie dans une zone allant du sommet du mur supérieur de la vessie en réplétion à une distance de 4cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus.

4- FREQUENCE

La fréquence réelle de placenta prævia est difficile à établir.

Elle varie de 0,33% à 2,6% [21]:

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

Selon les critères cliniques et l'examen du délivre

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

Selon les critères échographiques

Les localisations placentaires effectuées au deuxième trimestre avant une amniocentèse ou lors de l'échographie morphologique montre une fréquence entre 4% et 4,5%.

ARTIS cité par **Boog[11]** après analyse, considère que la fréquence de placenta prævia réelle au 2^{ème} trimestre est de 0,4% soit identique à celle que l'on retrouve à terme.

5- PHYSIOPATHOLOGIE

Le placenta inextensible se trouve inséré sur un segment inférieur extensible.

Le placenta ne s'adapte pas à l'étirement de la région sur laquelle il s'insère : cela aboutit à un décollement partiel hémorragique.

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

Le placenta tirillé par des membranes se décolle.

La contraction utérine exerce sa force vers le pôle inférieur de l'œuf.

La pression exercée se répartit d'un côté sur une vaste surface dont la souplesse amortit la force.

Mais de l'autre côté, la distance est courte entre le bord placentaire et le pôle inférieur de l'œuf ; la contraction qui pèse sur elle 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- ETUDE CLINIQUE

6-1 Circonstances de découverte

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

6-1-1 Au cours de la grossesse

a- Signes fonctionnels

- Hémorragies

Elles représentent 11 à 38% des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse[22].

Elles sont dues au décollement du pôle inférieur du placenta, Survenant dans 70% à 83% des cas avant le début du travail.

L'hémorragie peut également survenir pendant les travaux ménagers[23].

Elles sont à la fois le symptôme et le danger du placenta prævia.

L'hémorragie est externe : le sang de couleur rouge, s'écoule par la vulve.

Elle est indolore et inopinée, sans horaire particulier, sans cause apparente survenant aussi bien la nuit que le jour en position couchée que debout.

Elles ne s'accompagnent pas d'autres signes fonctionnels.

Caractères importants les hémorragies ont tendance à se répéter.

Elles peuvent se rapprocher et s'aggraver, mais une grande variabilité règne à cet égard.

Ainsi en général les variétés latérales saignent tôt ; leurs hémorragies se répètent pendant la grossesse, s'arrêtent souvent pendant le travail, les variétés centrales au contraire sont souvent silencieuses pendant la grossesse, pour ne saigner, mais avec brutalité qu'au début du travail[24].

- Les douleurs

Bien que classiquement les hémorragies du placenta prævia soient indolores, **Foot W.[16]** note chez 9 à 16 % des femmes des douleurs abdominales et une tension utérine.

Les douleurs constituent le premier motif de consultation de 2 % des patientes.

Pour **Macaffee C.[25]** l'existence de douleurs doit faire évoquer un décollement placentaire associé, soit un début de travail.

b- Signes physiques

Pendant la grossesse : Le palper montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur.

Parfois elle est déviée de l'axe du bassin ou franchement vicieuse.

La présentation du siège est plus fréquente que de coutume.

L'utérus est souple, sans contractures, l'activité cardiaque est perçue.

Le toucher montre que le col est long, le segment inférieur est mal formé.

Il confirme le défaut d'accommodation de la présentation.

La classique sensation de matelas ou d'éponge, qui traduirait l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation, reste la plupart du temps fort imprécise.

Pendant le travail, le toucher très prudemment conduit, car dangereux permet d'atteindre le pôle inférieur de l'œuf par l'orifice de dilatation du col.

On perçoit, dans les variétés latérales, le pôle membraneux, moins lisse que de coutume, rugueux même, et on loin de lui le bord placentaire, parfois difficile à différencier.

Si les membranes sont rompues on atteint plus ou moins aisément d'un côté le bord placentaire à moins que l'engagement de la présentation ne prohibe cette recherche.

Dans les variétés recouvrantes le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang [18].

Les présentations transversales ou obliques sont 25 à 35 fois plus fréquentes et les présentations de siège sont 2 à 3 fois plus fréquentes que dans les grossesses normales.

Le taux de présentations vicieuses augmente en fonction de la gravité de l'insertion basse (24,8 % dans les formes non recouvrantes et 38,8 % dans les formes recouvrantes)[23].

c- Les examens complémentaires :

L'échographie est cependant un examen complémentaire essentiel.

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

Quand le placenta est antérieur et que la vessie est pleine le diagnostic est facile. IL l'est moins lorsqu' il est postérieur[18].

Elle permet de faire la classification[20].

6.1.2 Au cours de la délivrance

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

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

6.2. Evolution

6.2.1. Sans traitement

En l'absence d'intervention médicale, le placenta prævia est greffé d'une mortalité maternelle de 25 % et d'une mortalité fœtale 90[26].

6.2.2. Avec traitement

a- Pendant la grossesse

Les hémorragies ont tendance à se répéter ; cela malgré l'hospitalisation et le repos.

Celles qui sont rapprochées et modérées ont un retentissement sur l'état général de la mère.

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

b- Pendant le travail

Lorsque le placenta n'est pas central, la rupture spontanée précoce des membranes est une éventualité heureuse après laquelle l'hémorragie s'arrête souvent. Mais elle peut être la cause de procidence et de la chorioamniotité. L'abondance et la brutalité de l'hémorragie dans les insertions recouvrantes peuvent entraîner le collapsus et le choc.

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

c- La délivrance

La délivrance est souvent facile, le placenta étant partiellement décollé.

Mais ce décollement partiel reste la cause possible d'une nouvelle hémorragie qui, s'ajoutant aux précédentes, peut être redoutable.

L'hémorragie peut même persister après la délivrance, la rétraction du segment inférieur étant imparfaite.

d- Les suites de couches

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

6.3. Formes cliniques

6.3.1. Formes asymptomatiques

Les formes muettes du placenta prævia représentent 2 à 34 % des observations[27].

L'insertion basse peut être découverte à l'occasion d'une présentation transversale ou d'une échographie près du terme ou lors d'une césarienne pratiquée avant le début du travail en raison d'une grossesse pathologique.

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

6.3.2. Formes associées à un décollement prématuré du placenta

Il s'agit, le plus souvent, de l'hématome décidual marginal et plus rare est l'hématome décidual basal.

Son tableau clinique n'est pas toujours typique mais son pronostic est grave pour la mère et pour le fœtus (mortalité périnatale de 60 à 88 %).

Seule une césarienne d'urgence peut sauver l'enfant[28].

6.3.3. Formes compliquées

a- Procidence du cordon

Elle est quatre fois plus fréquente que lors des accouchements normaux :

1,6 à 5,6 % [29] et [30].

b- Placenta accreta

Dans les statistiques du placenta prævia, cette association est retrouvée avec une fréquence variable : 0,6 % à 5 % [31].

c- Les complications du placenta prævia sont redoutables

- Hémorragies massives de la délivrance avec des pertes sanguines en moyenne de 4716 ml et des transfusions de 7,6 unités de sang [32].

- Troubles de la coagulation dans 18,2% des cas.

- Rupture utérine spontanée ou provoquée par des manœuvres endo-utérines sur un segment inférieur mince et friable (délivrance artificielle et curetage hémostatique).

- Endométrites du post-partum (27,3 % des observations de **Read J.** [33].

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

7- DIAGNOSTIC POSITIF

Il est fait à partir des examens cliniques et complémentaires.

7.1. Examen clinique

□ L'interrogatoire recherchera les antécédents de la parturiente : âge, multiparité, curetage et césarienne antérieure, et les caractères de l'hémorragie (spontanée, indolore, récidivante, de sang rouge).

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

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

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

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

7.2. Les examens complémentaires

Actuellement, seule l'échographie est de pratique courante

Elle précise le siège du placenta, avec une grande précision.

Elle permet de faire la classification[20].

8. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

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

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

8.1. Les causes d'hémorragie non endo-utérines

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

L'examen au spéculum montre des lésions vaginales ou cervicales dans 3,6 % à 17 % des cas[34] et [35], notamment des polypes du col (6 %), des érosions (6 %) et des dysplasies ou cancers du col (5 %) [24].

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

Le placenta prævia représente 12,2 à 26,8 % des causes d'hémorragie au 2^{ème} trimestre [36]et[37]. Les autres diagnostics à évoquer sont :

- l'hématome décidual basal (34,8 %)[38]
- l'avortement tardif (7 %)[24]
- le môle hydatiforme (7 %)[38]
- Les menaces d'avortement[24].

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

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

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

-Hématome rétro placentaire (HRP) :

Le début est brutal. L'abdomen est augmenté de volume, utérus dur partout comme du bois.

Le saignement peu abondant est fait de sang d'aspect noirâtre.

Un syndrome vasculo-rénal avec élévation de la tension artérielle et une protéinurie positive est associé au tableau. Le fœtus est généralement mort.

-La rupture utérine

Le début est brutal survenant au cours du travail. La douleur est intense avec disparition des contractions utérines. L'utérus est vide.

Le fœtus est expulsé dans la cavité péritonéale facilement palpable.

Le choc est d'installation rapide.

Le rythme cardiaque fœtal et les mouvements fœtaux sont absents.

-Hématome décidual marginal

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

9. PRONOSTIC

9.1. Pronostic maternel

9.1.1. La mortalité

Actuellement, la mortalité due au placenta prævia est diminuée.

Le placenta prævia représente 2,6 % à 6 % des morts maternelles[25].

La principale cause de décès est l'hémorragie. Le pronostic a été amélioré principalement par le recours aux transfusions et à l'extraction par césarienne.

Les publications récentes relèvent cependant encore quelques décès par hémorragie de la délivrance, placenta accreta et défibrination.

9.1.2. La morbidité

La morbidité maternelle reste élevée (20 à 60 %). Une anémie des suites de couches est retrouvée dans 13,5 % à 32 % des cas.

Elle prédispose aux accidents infectieux ou thromboemboliques.

9.2. Pronostic fœtal

9.2.1. Facteurs de pronostic fœtal

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

9.2.2. Morbidité fœtale

La morbidité des enfants issus d'un placenta prævia est augmentée.

Le score d'Apgar à 1 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[29].

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

Les nouveaux nés sont très souvent anémiés, la plupart d'entre eux ayant été traités de façon conservatrice (78,1 %)[16] ; le risque de séquelle hémorragique n'est pas négligeable. **Cotton[12]** relève 3,5 % de consultation néonatale.

10. TRAITEMENT

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

Ce centre spécialisé doit répondre à trois impératifs :

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

10.1. Le but du traitement

Il est double :

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

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

10.2. Méthodes et indications

10.2.1. Pendant la grossesse

a- La conduite à tenir

L'expectative et la surveillance en milieu hospitalier.

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

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

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

La pâleur, la tachycardie, la baisse tensionnelle et surtout la chute du taux d'hématocrite à moins 35 % en dépit des transfusions répétées sont l'indication d'une césarienne segmentaire[11]et[18] dont l'exécution technique peut être difficile par la mauvaise formation du segment inférieur.

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

10.2.2. Pendant le travail

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

a- La rupture des membranes

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

b- La césarienne

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

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

La césarienne occupe de nos jours une place importante dans le traitement des Placentas prævia.

En effet, le nombre de placentas prævia hémorragiques traités par hystérotomie varie de 25 à 96 %.

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

Anesthésie

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

10.2.3. Au moment de la délivrance

- Faire la délivrance artificielle associée à la révision utérine d'urgence.
- La laparotomie peut s'avérer nécessaire en cas d'hémorragie de la délivrance non corrigée par le traitement médical ou de placenta accreta total.

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

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

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

10.2.4. Pendant les suites de couches

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

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

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

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

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

11. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

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

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

12.1. Accouchement immédiat

L'accouchement sera immédiat :

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

12.2. Traitement conservateur

Il est indiqué chaque fois que le placenta 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.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni.

1-2 Le CSRéf de Bougouni :

Le Dispensaire de Bougouni a été créé en 1949, achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui a été son premier Médecin.

IL a été érigé en CSRéf en 1996.

Description du CSRéf:

→ Le personnel du centre de santé de référence :

Sept (07) Médecins spécialistes : un chirurgien, deux gynéco-obstétriciens; un médecin spécialiste en santé communautaire ; un pédiatre ; un odontostomatologue, et un ophtalmologue.

Un (1) Médecin en santé publique ;

Un (1) Pharmacien ;

Huit (8) Médecins généralistes repartis entre les unités.

1-3 Description du cadre d'étude :

Le service de gynéco-obstétrique comporte :

Six salles d'hospitalisation avec quinze (15) lits.

Une salle d'accouchement avec deux salles

Une salle de suite de couche

Une salle de salle de travail avec réanimation du nouveau-né

Une salle de grossesses pathologiques

Une salle des pathologies gynécologiques

Une salle de soins après avortement

Une salle de soins mère-kangourou

Le personnel se compose de :

-Trois médecins dont deux spécialistes en gynéco-obstétrique et un généraliste

- Des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;

- Neuf sages-femmes
- Cinq infirmières obstétriciennes
- Deux matrones
- et un manœuvre

Les principales activités du service sont : CPN, PTME/VIH, PF et le suivi des malades hospitalisés.

Fonctionnement:

Le service dispose de deux salles d'accouchement comportant chacune une table d'accouchement, qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre, deux blocs opératoires à la disposition de l'unité de gynéco-obstétrique et de l'unité de chirurgie pour les urgences chirurgicales, gynécologiques et obstétricales qui fonctionnent également vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

L'équipe de garde est composée de médecins, d'étudiants en année de thèse, de sages-femmes, d'infirmières obstétriciennes, d'anesthésistes réanimateurs, de matrones, de manœuvres, d'un chauffeur d'ambulance.

Régulièrement un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi excepté le jeudi à huit heures quinze où l'équipe de garde effectue le compte rendu de la garde. Le staff est dirigé tous les jours par le médecin chef et les autres médecins. Le jeudi est consacré pour la grande visite des malades hospitalisés.

Une fois par semaine (jeudi à 11 heures) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées dans le service.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données.

3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Avril 2017 au 31 Mars 2018 soit un (1) an.

4. Population d'étude

Notre étude a porté sur toutes les patientes admises dans le service pour placenta prævia que le diagnostic soit clinique et ou échographique.

5. Echantillonnage

5-1. Critère d'inclusion

- Toute femme enceinte d'au moins 28 SA qui saignait, admise au CSref de Bougouni jusqu'à l'accouchement et dont le petit côté des membranes a été mesuré inférieur à 10 cm.

5-2. Critère de non inclusion

- Tout accouchement avec placenta normalement inséré ;
- Les patientes ayant accouchées à domicile ;
- Les cas de placenta prævia diagnostiqués dans le service et dont la prise en charge a lieu ailleurs.

5-3. Collectes des données

La collecte des données a été effectuée sur une fiche d'enquête qui a été remplie à partir du registre d'hospitalisation, du registre des interventions gynéco-obstétriques et des dossiers des malades.

5-4. Déroulement pratique de l'étude

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

Une fois le diagnostic de PP posé on procédait à :

- l'installation de la patiente ;
- la prise de voies veineuses sûres avec cathéter G16 ou G18 ;
- la demande du taux d'hémoglobine en urgence ;

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

- la demande d'une échographie si nécessaire en urgence.
- Vérifier la vitalité fœtale.
- la maturation pulmonaire du fœtus si nécessaire par les corticoïdes (12mg en IM à renouveler 24 heures après)

- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;
- Une recherche de pathologie maternelle associée.

La conduite à tenir dépendra de ces différents paramètres.

Nous avons procédé au suivi de nos malades et des nouveau-nés vivants durant toute la durée de l'hospitalisation.

La gestion active de la troisième période l'accouchement (GATPA)

6. Définitions opératoires

Les définitions ne sont pas toutes universelles et ne sont valables que pour l'étude en tenant compte du cadre opérationnel de celle-ci.

Dans cette étude, nous adopteront les définitions suivantes :

L'évacuation : C'est lorsque la patiente est adressée à un service de niveau supérieur dans un contexte d'urgence.

La référence : C'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur en absence de toute urgence.

Parité : C'est le nombre d'accouchements chez une femme.

- nullipare : zéro accouchement ;
- primipare : un accouchement ;
- paucipare : deux à trois accouchements ;
- multipare : quatre à cinq accouchements ;
- grande multipare : six accouchements et plus.

Gestité : C'est le nombre de grossesse.

- Primigeste : première grossesse ;
- Paucigeste : deux à trois grossesses ;
- Multigeste : quatre à cinq grossesses ;
- grande multigeste : six grossesses et plus.

7. Traitement informatique des données : La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par le logiciel SPSS version 23 et le traitement de texte dans world office 2007.

RESULTATS

V- RESULTATS

1-Fréquence

Durant notre période d'étude au Csref de Bougouni, du 1^{er} Avril 2017 au 31 Mars 2018 (1an) nous avons enregistré 61 cas de placenta prævia hémorragique sur 2900 accouchements soit 2,10%.

2- Caractéristiques sociodémographiques

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

Tranche d'âge en An	Fréquence	Pourcentage
< 20	5	8,20
20 – 34	38	62,30
≥ 35	18	29,50
Total	61	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était de 20-34 ans avec 62,30%.
Ages extrêmes = 15 et 45 ans ; Age moyenne=29 ans ; Age médian= 30ans

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	59	96,70
Célibataire	2	3,30
Total	61	100,0

Les mariées étaient majoritaires avec 96,70%.

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.

Principale activité	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	58	95,10
Fonctionnaire	1	1,60
élève/étudiante	2	3,30
Total	61	100,0

Les femmes au foyer représentaient 95,10%.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction du nombre de Consultation prénatale (CPN) réalisée.

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
0	19	31,10
1 – 4	37	60,70
>4	5	8,20
Total	61	100,0

Le nombre de consultation prénatale le plus représenté était comprise entre 1-4 CPN soit 60,70%.

3-Facteurs de risque

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	5	8,20
pauci geste	13	21,30
multi geste	20	32,80
grande multi geste	23	37,70
Total	61	100,0

Les grandes multi gestes étaient majoritaires avec 37,70%.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Fréquence	Pourcentage
nullipare	7	11,50
Primipare	7	11,50
pauci pare	23	37,70
Multipare	11	18,00
grande multipare	13	21,30
Total	61	100,0

Les pauci pares étaient majoritaires avec 37,70%.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents.

Antécédent	Fréquence	Pourcentage
Avortement spontané	13	21,31
Césarienne	14	23
Curetage	20	32,78

L'antécédent d'avortement avec curetage avait la fréquence la plus représentée avec 32,78%.

4-Etude clinique

Caractéristiques générales

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

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Evacuée	40	65,60
Venue d'elle-même	21	34,40
Total	61	100,0

La majorité de nos patientes a bénéficiée du système d'évacuation.

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction du motif de consultation.

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
hémorragie pendant la grossesse	22	36,10
hémorragie pendant le travail	24	39,30
contractions utérine douloureuses	4	6,60
placenta prævia	11	18
Total	61	100,0

L'hémorragie pendant le travail était le motif de consultation le plus représenté.

Tableau X : Répartition des patientes selon le score de Glasgow.

Score de Glasgow	Fréquence	Pourcentage
Normal (13 à 15)	56	91,80
Obnubilation (09 à 12)	5	8,20
Total	61	100,0

Le score de Glasgow normal était le plus représenté avec 91,80%.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de leur pression artérielle en (mm Hg).

Pression artérielle	Fréquence	Pourcentage
<90/60	3	4,90
90/60-140/90	57	93,40
>140/90	1	1,60
Total	61	100,0

La majorité de nos patientes avait une pression artérielle de 90/60 à 140/90 mm Hg soit 93,40%.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de la fréquence de leur pouls en pulsation par minute (Pl/min).

Pouls	Fréquence	Pourcentage
inférieure ou égale à 100	57	93,40
supérieur à 100	3	4,90
Filant	1	1,60
Total	61	100,0

La fréquence de pouls inférieur à 100 (Pl/min) était la plus représentée avec 93,40%.

Caractéristiques obstétricales

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la fréquence des bruits du cœur fœtal en battement par minute (Bpm).

BDCF en (Bpm)	Fréquence	Pourcentage
Absent	20	32,80
<120	10	16,40
120-160	30	49,20
>160	1	1,60
Total	61	100,0

La fréquence des BDCF la plus représentée était de 120 à 160 Bpm, avec 49,20%.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse en Semaine d'aménorrhée (SA).

Terme de la grossesse(SA)	Fréquence	Pourcentage
28-36	12	19,70
37-42	49	80,30
Total	61	100,0

Le terme de grossesse comprise entre 37 et 42 SA était le plus représenté, avec 80,30%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le moyen d'estimation de l'âge de la grossesse.

Moyens d'estimation	Fréquence	Pourcentage
Echographie précoce	29	47,50
DDR	3	4,90
HU	25	41,00
Echographie tardive	4	6,60
Total	61	100,0

L'échographie précoce a estimée l'âge de la grossesse dans 47,50%.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon leur degré de dilatation du col.

Dilatation du col	Fréquence	Pourcentage
<4cm	19	31,10
≥4cm	42	68,90
Total	61	100,0

Les femmes ayant une dilatation cervicale ≥ 4 cm étaient les plus représentées avec 68,90%.

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

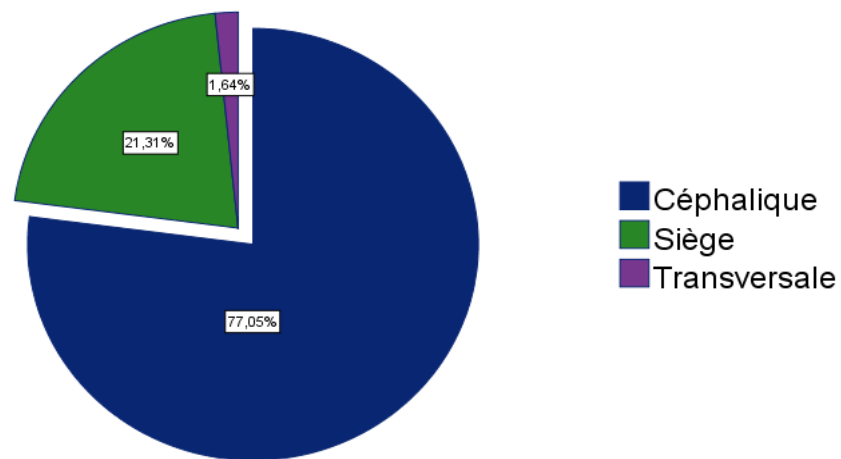


Figure 4 : Répartition des patientes selon le type de présentation fœtale. La présentation céphalique était plus représentée avec 77,05%.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le type de variété du Placenta Prævia.

Type de variété du Placenta	Fréquence	Pourcentage
Central ou recouvrant	36	59,00
Non recouvrant	24	39,30
Marginal	1	1,60
Total	61	100,0

Le Placenta prævia central ou recouvrant était le plus représenté.

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

Echographie en urgence	Fréquence	Pourcentage
oui	4	6,60
Non	57	93,40
Total	61	100,0

L'échographie a été réalisée en urgence chez 6 ,60% de nos patientes.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon leur taux d'hémoglobine en gramme par décilitre (g/dl).

Taux d'hémoglobine	Fréquence	Pourcentage
<8	17	27,87
8-11	12	19,67
> 11	32	52,46
Total	61	100,0

Les patientes ayant un taux d'hémoglobine > 11 g/dl étaient plus représentées.

**Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et
Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.**

Tableau XX : Répartition du taux d'hémoglobine des patientes en fonction de leurs nombres de consultation prénatale.

Taux d'hémoglobine(g /dl)	Nombre de CPN			Total
	0	1-4	>4	
<8	11	5	1	17
9-11	5	7	0	12
> 11	3	25	4	32
Total	19	37	5	61

P=0,0015 ; Khi²=17,617 ; ddl=4

L'analyse de ce tableau montre un lien entre le taux d'hémoglobine des patientes et leur nombre de CPN réalisé.

5- Prise en charge maternelle et fœtale

Tableau XXI : Répartition des patientes selon leur hospitalisation au Cours de la grossesse ou non.

Hospitalisée pendant la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Oui	4	6,60
Non	57	93,40
Total	61	100,0

Les patientes non hospitalisées au cours de la grossesse étaient majoritaires, avec 93,40%.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le traitement reçu en hospitalisation au cours de la grossesse.

Traitement pendant l'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
Repos strict + corticoïde + antispasmodique	1	25
Repos strict + corticoïde + transfusion	1	25
Repos strict + transfusion	2	50
Total	4	100,0

Le repos strict + la transfusion a été indiqué chez La moitié (50%) de nos patientes hospitalisées.

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de l'arrêt de l'hémorragie après la rupture artificielle des membranes.

Arrêt de l'hémorragie après RAM	Fréquence	Pourcentage
Oui	22	91,60
Non	2	8,40
Total	24	100

La RAM a permis l'arrêt de l'hémorragie dans 91,60% de PP non recouvrant.

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Césarienne	41	67,20
Voie basse	20	32,80
Total	61	100,0

La voie d'accouchement par césarienne était majoritaire avec 67,20%.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'indication de césarienne.

Indication de la césarienne	Fréquence	Pourcentage
PP recouvrant hémorragique	25	60,97
Persistance de l'hémorragie malgré amniotomie	4	9,74
Utérus cicatriciel + PP	6	14,63
Sauvetage maternel	2	4,87
SFA	3	7,31
Présentation transversale	1	2,44
Total	41	100,0

Le PP recouvrant hémorragique représentait 60,97% des indications de césarienne.

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction des formes associées au Placenta prævia (PP).

Formes associés	Fréquence	Pourcentage
PP + HRP	1	9,1
PP + Procidence du cordon	3	27,27
PP + RPM sans procidence du cordon	7	63,64
Total	11	100,0

Le PP + RPM sans procidence du cordon représentait 63,64% des formes associées au Placenta prævia.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le nombre de naissance.

Nombre de naissance	Fréquence	Pourcentage
Un	57	87,69
Deux	4	6,15
Total	65	

La naissance gémellaire représentait 6,15% des naissances.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la longueur du petit côté des membranes en centimètre (cm).

Petit côté en (cm)	Fréquence	Pourcentage
0	18	29,50
1 – 9	43	70,50
Total	61	100,0

La majorité de nos patientes avait un petit côté des membranes compris entre 1-9 cm.

Tableau XXIX : Répartition de la longueur du petit côté des membranes en fonction du type de placenta prævia.

Type de pp	Petit côté des membranes(en cm)		Total
	0	1-9	
PP recouvrant	11	25	36
PP non recouvrant	7	18	25
Total	18	43	61
P=0,02 ;	Khi2=0,46 ;		ddl=1

Tableau XXX : Répartition des nouveaux nés selon le poids en gramme (g).

Poids (g)	Fréquence	Pourcentage
< 2500	29	44,60
2500 – 4000	36	55,40
Total	65	100,0

Les nouveaux nés de poids compris entre 2500 à 4000g étaient majoritaire, avec 55,40%.

Tableau XXXI : Répartition des nouveaux nés selon la taille en centimètre (cm)

Taille (cm)	Fréquence	Pourcentage
28-46	22	33,80
≥47	43	66,20
Total	65	100,0

Les nouveaux nés de taille ≥ 47 cm avaient la fréquence la plus représentée.

Tableau XXXII : Répartition des nouveaux nés selon le sexe

Sexe du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Masculin	44	67,70
Féminin	21	32,30
Total	65	100,0

Le sexe masculin était plus représenté avec 67,70%.

Sexe ratio =2,09

Tableau XXXIII : Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la première minute.

Apgar 1^{ère} min	Fréquence	Pourcentage
0	20	30,80
1 – 3	5	7,60
4 – 6	15	23,10
≥ 7	25	38,50
Total	65	100,0

Les nouveaux nés ayant un Apgar ≥ 7 à la 1^{ère} min étaient les plus représentés, avec 38,50%.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la cinquième minute (min).

Apgar 5^{ème} (min)	Fréquence	Pourcentage
0	20	30,80
4 – 6	13	20
≥ 7	32	49,20
Total	65	100,0

Les nouveaux nés ayant un Apgar ≥ 7 à la 5^{ème} min étaient les plus représentés.

6-Pronostic maternel et fœtal :

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon les complications.

Complications	Fréquence	Pourcentage
Hémorragie de la délivrance	1	1,64
Anémie	29	47,54
Infection pariétale	2	3,27
Endométrite	1	1,64
Aucune	28	45,9
Total	61	100

L’anémie était présente chez 47,54% de nos patientes.

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le traitement des Complications.

Traitement des complications	Fréquence	Pourcentage
Transfusion	30	88,24
Hystérectomie d'hémostase	1	2,94
Antibiotiques	3	8,82
Total	34	100,0

La transfusion a été indiquée dans le traitement de 88,24% des complications.

Tableau XXXVII : Répartition des nouveaux nés selon le pronostic vital.

Pronostic du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Mort-né	20	30,76
Mortalité néo-natale précoce (J0 - J7)	6	9,23
Mortalité néo-natale tardive (J8 - J28)	1	1,54
Nouveau-nés vivants après J28	38	58,46
Total	65	100,0

Les nouveaux vivants après le 28^{ème} étaient plus représentés avec 58,46%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Approche méthodologique :

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données.

Obstacle :

-Absence d'appareil échographique dans nos salles d'accouchement

Difficultés :

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

-Absence d'ambulance médicalisée dans notre centre de Santé, ne facilitant pas l'évacuation des nouveaux nés à un service spécialisé.

2- Fréquence du placenta prævia hémorragique :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 61 cas de placenta prævia hémorragique sur 2900 accouchements soit 2,10%.

Page L[39] en France a rapporté en 2012 une fréquence de 0,45%.

Sur le continent américain, le taux de placenta prævia hémorragique est bas.

Les chiffres varient entre 0,33 et 0,99 % [6]et[40].

En Afrique :

-**Sadli I [41]** en Algérie en 2017 ont rapporté une fréquence de 0,30%.

-**Cissé S[1]** à Bamako(Mali) au CHU Gabriel Touré a rapporté en 2016 une fréquence de 1,70%

- **Traoré M S [42]**en 2012 à Mopti(Mali) a rapporté une fréquence de 4,22%.

3- Caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge la plus représentée était de 20-34 ans avec 62,30%, **Cissé S[1]** en 2016 a rapporté une tranche d'âge identique avec 67,10%

Cette prédominance est retrouvée dans la plupart des études africaines **Traoré M S[42]** et **Cissé S[1]**.

Par ailleurs la tranche d'âge de 15 à 20 ans représentait 8,20% dans notre série.

La tranche d'âge de 35 à 45 ans représentait 29,50%, ce taux est inférieur à celui de **Traoré M S[42]** qui a rapporté un taux de 40%.

Nous avons Noté un âge moyen de 29 ans et des âges extrêmes de 15 à 45 ans.

A travers ce résultat nous constatons que le placenta prævia peut survenir à tous les âges de l'activité génitale de la femme.

Certains auteurs ont cité la multigestité comme étant un facteur de risque de PP **[11]et[43]**.

Dans notre étude nous avons enregistré 70,50% de multigestes et grandes multigestes contre 8,20% des primigestes.

Traoré M S[42] a trouvé 55,88% de multigestes et de grandes multigestes, 16,66% de paucigestes contre 27,45% de primigestes

Cette association PP et multigestité est retrouvée par **Handler et al[44]**. Ils trouvaient que les multigestes courent un risque cinq fois plus élevé de faire le PP que les primigestes.

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

L'association multiparité et PP a été prouvée par plusieurs auteurs. Ainsi les statistiques de **Boog et Merger R [11]et[18]** ont rapporté que les multipares sont quatre à cinq fois plus concernées que les primipares par rapport au PP. Cette même proportion est retrouvée par **Handler et al[44]**.

Dans notre étude 18% des femmes victimes de PP étaient des multipares, 21,30% des grandes multipares et 37,70% des paucipares contre 11,50% des nullipares.

Ce résultat est inférieur à celui de **Bagayoko S [45]** qui a rapporté 43,55% de multipares et 32,25% de grandes multipares contre 24,20% de nullipare.

Les femmes au foyer représentaient 95,10%, ce taux est proche de celui de **Keita S [19]** qui a rapporté 86,64% de femmes au foyer.

Ceci pourrait s'expliquer par le taux faible de scolarisation des femmes dans notre pays.

Les mariées représentaient 96,70% contre 3,30% de célibataires, ces résultats se rapprochent de ceux rapportés par **Keita S[19]**. 92,74% de mariées contre 7,26% de célibataires et de **Traoré M S[42]**. 80% de mariées contre 20% de célibataires.

Le nombre élevé de femmes mariées s'explique par le fait du mariage précoce dans notre pays ; ceci les exposant plus aux césariennes et aux avortements entraînant ainsi des traumatismes au niveau de l'endomètre.

Les femmes ayant bénéficiées du système d'évacuation/référence représentaient 65,60% par contre celles qui sont venues d'elles-mêmes représentaient 34,40%.

Ceci pourrait s'expliqué par le caractère urgent du PPH.

La plupart des patientes évacuées n'avaient pas une bonne voie veineuse et n'avait pas réalisée un groupage rhésus ni un taux d'hémoglobine.

Le non conditionnement des patientes entraine un retard dans la prise en charge au service d'accueil et pourrait compromettre le pronostic vital surtout si elles sont reçues dans un état de choc.

Nous avons enregistré 20 cas soit 32,78% d'antécédents de curetage et 13 cas soit 21,31% d'avortements spontanés.

Notre résultat est supérieur à celui de **Traoré M[5]** qui a rapporté 13,72% de curetage et 10,78% d'avortement spontané

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

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

Brenner [11] 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 [46] signe que plus le nombre de césarienne augmente plus la femme est susceptible de développer un PP. Ces risques varient entre 2,20% et 22,40%.

Hendricks et al[46] contrairement à **Chattopadhyay[47]** ne trouvaient pas un accroissement de l'incidence de PP avec le nombre de césarienne antérieure.

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

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

Brenner [14] et **Cotton [12]** trouvaient 10% à 14%.

Rakotomalala[48], et **Traoré M S[42]** trouvaient des antécédents de césarienne chez les victimes de PP, respectivement 10,71%, et 17,70%.

Nous avons enregistré 23% d'antécédents de césarienne. Cette association PP et antécédent de césarienne s'expliquerait par le fait que la cicatrice utérine laissée par la césarienne, s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

4- Caractéristiques cliniques

Dans notre étude, l'examen clinique a permis de faire le diagnostic le plus souvent.

Cette méthode de diagnostic a été la plus utilisée car nos salles d'accouchement ne disposent pas d'appareil échographique d'une part et d'autre part l'urgence ne permettait d'adresser la patiente à un centre d'imagerie.

Selon le score de Glasgow à l'admission : L'obnubilation de la conscience a été observée chez 8,20% de nos patientes, contre 91,80% de conscience conservée.

L'altération de la conscience 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.

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

La fréquence des BDCF a été observée chez 67,20% de nos patientes contre 32,70% de BDCF absent. Ce taux d'absence de BDCF est supérieur à celui rapporté par l'étude de **Traoré M S[42]** qui est de 10% et de celui de **Bagayoko S[45]** qui est de 24,19%. Ceci s'explique par le fait d'une part qu'il y a eu une association avec d'autres pathologies foetocides telles que l'HRP. La procidence du cordon et d'autre part, par l'influence de plusieurs facteurs de risque qui sont :

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

Nous avons retrouvé un lien entre le taux d'hémoglobine des patientes et leurs nombres de consultation prénatale avec une probabilité $P=0,0015$.

Les présentations non eutociques au cours du PP ont été signalées par **Boog et al[11]**, **Merger et al [18]**.

Dans notre étude, nous avons enregistré 21,30% de présentation de siège ; 1,60% de présentation transversale et 77% de présentation céphalique.

Bagayoko S[45] a rapporté 83,87% de présentation céphalique ; 4,84% de présentation de siège et 11,29% de présentation transversale.

La métrorragie étant la principale manifestation du placenta prævia, elle a été observée chez toutes nos patientes.

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

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

Nous avons ainsi trouvé :

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

- La variété recouvrante qui représentait 59%, ce taux se rapproche de celui de **Keita S [19]** qui a rapporté 53,34% et il est supérieur au taux rapporté par **Cisse S [1]** 43,20%.
- La variété non recouvrante qui représentait 41% ce taux se rapproche de celui de **Keita S [19]** qui a rapporté 44,66% et est inférieur au résultat de **Cissé S [1]** qui a rapporté 56,80% de variété non recouvrante.

5- Prise en charge

Dans notre étude 20 cas soit 32,80% de nos patientes ont accouché par voie basse contre 41 cas soit 67,20% de nos patientes qui ont accouché par césarienne.

Les accouchements par voie basse ont été spontanés (sans aucune manœuvre obstétricale).

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

Notre taux est supérieur à celui de **Traoré M S [42]** qui a rapporté 12,50% d'accouchement par voie basse contre 87,50% d'accouchement par césarienne.

Dans notre service la RAM est pratiquée chez toute femme qui saigne avec membranes accessibles. Comme le disait MAURICEAU au XVIIIème siècle

« Une femme qui perd les eaux, ne perd plus de sang ». La RAM a été réalisée chez 24 de nos patientes parmi lesquelles dans 22 cas l'hémorragie s'était arrêtée, soit 91,60% des cas de RAM et 22/61 (36%) de l'effectif absolu total.

Notre résultat est inférieur à celui de **Traoré M[45]** qui a rapporté 71,57% de RAM, ceci s'explique par le fait qu'il y avait plus de forme recouvrante dans notre étude.

La césarienne a contribué à améliorer le pronostic materno-fœtal, le taux de césarienne représentait 67,20% dans notre étude.

Ce taux est inférieur à celui de **Sadli I[41]** qui a rapporté 100% d'accouchement par césarienne.

Dans notre étude 60,90% des césariennes ont été indiquées pour PP recouvrant ; 14,63% des césariennes pour PP + utérus cicatriciel ; 7,31% des césariennes pour SFA ; 9,74% des césariennes pour persistance de l'hémorragie malgré

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

amniotomie ; 4,87% des césariennes pour sauvetage maternel dans les hémorragies massives ; et 2,43% des césariennes pour présentation transversale.

La transfusion sanguine a été faite chez 49,20% de nos patientes.

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

Toutes nos femmes césarisées recevaient après les perfusions de sérums salé et glucosé associés à l'Amoxicilline 1g injectable (2g/jour en IVD).

Dès le 2ème jour la voie orale était donnée faite de : fer + acide folique cp : 1cpx3/jr, Amoxicilline 500mg : 2gellules x2/jr, paracétamol 500mg cp : 2cpx3/jr.

La RPM a été constatée chez 07 de nos patientes soit 11,50% ce résultat est supérieur à celui de **Traoré M[45]** qui a rapporté 5% de RPM.

La procidence du cordon a des répercussions sur le fœtus, elle a été observée dans notre étude chez 4,90% de nos patientes ce résultat est proche de celui de **Sadli I[41]** qui a rapporté 6,45% de procidence du cordon.

L'association HRP placenta prævia n'est pas rare, elle a été observée par **Rivière[49]** dans 0,80% à 10,90% des cas.

Dans notre série nous avons observé 01 cas soit 1,60% qui est inférieure au taux rapporté par **Sadli I [41]** 3,22% de HRP+PP.

S

6- Pronostic maternel et fœtal

Pronostic maternel

Notre étude n'a comptabilisé aucun décès maternel, ce résultat est identique à ceux rapportés par **Traoré M S[42]** en 2012 et de **Sadli I[41]** en 2017. La mortalité maternelle liée au placenta prævia est de nos jours faible, cela peut s'expliquer par le dépistage anténatal et la prise en charge précoce et rapprochée avant la survenue des complications.

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

Dans notre étude nous avons enregistré 33 cas de PP suivis de complications ; Parmi lesquelles l'anémie représentait 87,80% ; l'infection pariétale représentait 6,10% ; l'endométrite représentait 3% et l'hémorragie de la délivrance représentait 3%.

Notre taux est supérieur à celui de **Traoré M [45]** qui a rapporté 56,66% d'anémie et 3,92% d'endométrite.

Pronostic fœtal

Dans notre série nous avons enregistré 20 mort-nés soit 30,76%, les cas de mortalité néo-natale précoce (J0-J7) représentaient 9,23% et la mortalité néo-natale tardive (J8-J28) 1,51%.

Notre résultat est supérieur à celui de **Traoré M [45]** qui a rapporté 7,69% de mort nés, 12,50% de mortalité néo-natale précoce et 7,76% de mortalité néo-natale tardive.

Le taux élevé de mort-né dans notre étude s'explique par le fait que nos patientes victimes de placenta prævia référées arrivent dans notre centre de façon tardive en urgence dans un état hémorragique, le travail souvent déclenché de façon prématurée avec des fœtus qui souffrent ou déjà décédés.

Les critères de morbidité sont plus difficiles encore à définir[32].

Cependant par souci de confirmer, nous considérons comme morbidité tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7, comme pour Trazier cité par **Tékété[32]** un nouveau-né ayant un score d'Apgar supérieur ou égale à 7 est rigoureux. La morbidité dans notre série s'élève à 30,70% soit 20 cas sur 65 naissances.

Notre taux est proche de celui de **Traoré M [45]** qui a rapporté 35,57% de morbidité.

Nous constatons qu'il y a eu une nette amélioration du score d'Apgar à la 5ème minute, seulement 13 nouveau-nés soit 20% avaient un Apgar inférieur à 7.

Le petit poids de naissance (<2500g) représentait 44,61% des naissances, ce taux est supérieur à celui de **Traoré M [45]** qui a rapporté 21,57% de petit poids de naissance.

Dans notre série les prématurés représentaient 24,61% ce taux est proche à celui de **Keita S [19]** qui a rapporté 23,33% de prématurés.

Nous n'avons pas comptabilisé de malformation fœtale.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

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

En effet les femmes victime de placenta prævia hémorragique peuvent être plus longtemps hospitalisées, principalement pour les métrorragies qui sont la plupart du temps récidivantes et /ou abondantes.

Elles sont plus à risque de faire une hémorragie de la délivrance et le rapport voie basse/césarienne est inversé par rapport à la population générale.

Au terme de notre étude, nous avons également noté une morbidité néo-natale importante avec un risque élevé de prématurité.

Une prise en charge rapide pluridisciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs, de néonatalogues et de biologistes pourrait améliorer le pronostic maternel et fœtal.

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS

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

1. A l'endroit de la communauté

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

2. A l'endroit des agents socio-sanitaires

- Renforcer l'éducation pour la santé par rapport à l'intérêt des consultations prénatales et de la planification familiale ;
- Eviter les références tardives ;
- Veillez à la prise en charge en urgence de tout cas de saignement sur grossesse.

3. Aux autorités politiques et administratives

- Doter la salle d'accouchement du CSref de Bougouni en cardiotocographe et d'appareil échographique.
- Renforcer les capacités d'accueil par la création d'un hôpital régional dans le cercle de Bougouni.
- Renforcer la formation des agents socio sanitaires.
- Renforcer le système d'information entre les différentes structures de santé.
- Encourager la recherche sur la pathologie obstétricale en vue de remédier à la survenue des cas de décès maternel et fœtal.

REFERENCES

IX- REFERENCES

1. **Cisse. S.** Pronostic fœto-maternel du placenta prævia au CHU Gabriel Touré. [Bamako]: USTTB; 2016.
2. **Izrar .N.** Hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse. [Rabat]: USR; 2016.
3. **Guiadem F.A.** Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. [Cotonou]; 1990.
4. **Hodonou E.K.** Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar. [Dakar];
5. **Traoré.M.** Placenta Prævia hémorragique pronostic materno-foetal à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Bamako]: USTTB; 2008.
6. **Grossieux P, Leduc J.P, Rouchy.R.** Insertion basse du placenta. 1990;83,93.
7. **Houessou H.** Contribution à l'étude du placenta prævia en République populaire du Benin à propos de 698 cas. [Cotonou];
8. **Lavery J.P.** Clin.Obstet.Gynecol. :414-421.
9. **Singh P, Rodrigues C, Gutta A.N.** Placenta praevia and previous cesarean section. : 367-368.
10. **Lockwoodch .J.** Placenta praevia and relate disorders -in. 1994;483-491.
11. **Boog.** Le Placenta praevia. In: Encyclopedie Medical. Paris; 1983. p. 5069. (Obstétrique).
12. **Cotton O.B, Read J. A, Paul R.H, Quilligan E.J.** The conservatrice aggressive management of placenta praevia. 1980;687-695.
13. **Record RG.** Observations related to the actiology of placenta praevia with special reference to influence of age and parity. 1959;55-62.
14. **Brenner W, Edelmand A, Hendrichs C. H.** Characteristics of patients with placenta praevia and results of(expectant menagement). 1978;180-191.
15. **Bennders.** Placenta praevia and previous lower segment cesarean. 1998; 625-628.

16. **Foote W.R, Fraser WD.** Placenta praevia a critical appraisal of eight years management. : 10-16.
17. **Naeye R.L.** Placenta praevia Predisposition factor and effects on the fetus and surviving infants. : 701-704.
18. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 2008^e éd. Masson;
19. **Keita S. B.** Placenta praevia: facteurs de risque, pronostic de l'accouchement à l'hôpital de point G. [Bamako]: USTTB; .
20. **Bessis R, Brignon C, Shneiderl.** Localisation placentaire échographique dans les insertions basses. 1976;3751.
21. **Maillet R, Coat, Gautier, Martin A.** Réflexions à propos d'une série continue de 204 cas de placenta praevia. :437-441.
22. **Scott J.R.** Vaginal bleeding in the mid trimester of pregnancy. :329-334.
23. **Lucas W.E.** Post partum hemorrhage. : 637-646.
24. **Kone F.** Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré. [Bamako].
25. **Macaffee C, Millar W, Harley G.** Maternal and foetal morbidity in praevia. 1980;637-646.
26. **Iffy L, Kaminetz KY H.A.** Placenta praevia: principales and practice of obstetrics and perinatology. : 1105-1120.
27. **Monica G, Lil J.** Placenta praevia, maternal smoking and recurrence risk. 1995; 341-345.
28. **Johnson H.W.** The conservative management of some varieties of placenta praevia. :248-254.
29. **Foscolos P.** Données Statistiques sur le placenta praevia. :40-46.
30. **Gorodeski I.G., Baharic, Chachter A.** Recurrent placenta praevia. :7-11.
31. **Dimasil F.T, Gold Rick D.M, Grogna R.H.** Placenta accreta with special reference to combined placenta praevia and accreta. :190-197.
32. **Tékété I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point G. [Bamako]: USTTB; 1996.

33. **Read J.A, Cotton D.B, Miller F.C.** Placenta accreta: changing clinical aspects and out come. :31-35.
34. **Charasson Th, Fournier A.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. 1994;560-569.
35. **Hershkowitz R, Fraserd, Mazorm.** One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta praevia. 1995;185-188.
36. **Iyasus, Saftlasa.K, Rowley D.L.** The epidemiology of placenta praevia in the uneted states. 1993;1424-1429.
37. **Miliez J.** Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse: orientation diagnostic. 1991; 835-838.
38. **Weinberg A, Riethmuller D.** Localisation of the placenta site by radioactive isotopes. :692-695.
39. **Page .L.** Placenta praevia: morbidité neonatale et maternelle. [Paris]: UA; 2012.
40. **Lira P J, Ochoai.F.** Placenta praevia/ acreta and pevious cesarean section. 1995;337-340.
41. **Sadli .I, Tahir .R.** Placenta praevia. [Bejaia]: UAMB; 2017.
42. **Traoré .M.S.** Aspects épidémiologique et cliniques du placenta praevia hémorragique à l'hopital Somine DOLO de Mopti. [Bamako]: USTTB; 2012.
43. **Browne J.C.** Localization of the placenta bymeans of radioactive sodium. :715-718.
44. **Handler A.S, Mason E.D, Rosenbergd. L.** The relation ship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and placenta praevia. 1994;884-889.
45. **Bagayoko .S .** Contribution à l'étude placenta paevia à l'hopital Gabriel Touré à propos de 62 cas. [Bamako]: USTTB; 2002.
46. **Hendricks MS, Cho Y H, Bhagavath B.** Previous cesarean section and abortion as risk facteurs of developing placenta praevia. 1999;137-142.
47. **Cha S.K, Chattopadhyah S.K Kharif H, Sherbeeni M.M.** Placenta praevia and acreta after previous caesarean section. 1993;151-156.

**Placenta praevia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et
Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.**

48. **Rakotomalala J.P.A.** Le placenta praevia: aspect épidémiologique, pronostic foeto-maternel. Abidjan; 1994.
49. **Riviere M, Mahona.** 26 observations de décollement prématuré du placenta inséré bas.

ANNEXES

X- ANNEXES

FICHE D'ENQUETE N°-----

IDENTIFICATION

NOM :

PRENOM :

N° DOSSIER : /-----/

1-Date d'entrée : /_____/

2- AGE : /-----/

3- Ethnie : /-----/ (1= bambara, 2= sarakole, 3= malinké, 4= dogon, 5= Peulh, 6= sonrai, 7= bozo, 8= miniaka, 9= autres)

4-Statut matrimonial : /-----/

(1= mariée, 2 =veuve, 3= divorcée, 4=célibataire)

5- Principale activé : /-----/ (1= ménagère, 2= fonctionnaire, 3=commerçante, 4= élève/étudiante, 5=autres)

FACTEURS DE RISQUE

6- Gestité : /-----/ 7- Parité : /-----/

7- Notion de manœuvres endo-utérines : /-----/ (O/N)

8- ATCD de PP : /-----/ (O/N)

9-ATCD de Malformation utérine : /-----/ (O/N)

10-ATCD de Césarienne : /-----/ (O/N)

11- ATCD de Prématuré : /-----/ (O/N)

12-ATCD de myomectomie : /-----/ (O/N)

ATCD gynéco obstétricaux

13- Nombres d'enfants vivant : /-----/

14- Nombre d'avortement : /-----/ (O/N)

15- Nombre d'enfant décédés : /-----/

- IIG : /-----/ (ans)

16- Métrorragie pendant la grossesse : /-----/ (O/N)

=> Si oui quelle période : /-----/ (trimestre)

17- CPN : /-----/ (O/N) => Lieu CPN : /-----/ (1= CSCOM, 2= Privé, 3= Csref)

EXAMEN DE LA PATIENTE

Mode d'entrée

18- Evacuer : /-----/ (O/N)

19-Référer : /-----/ (O/N)

=> Si oui préciser : /-----/ (1= CSCOM, 2=privé, 3= autre)

=> Motif d'évacuation/référence : /-----/ 1= hémorragie pendant la grossesse

2= hémorragie pendant le travail 3=contractions utérines douloureuses

4=placenta prævia 5=autre

=> Fiche de référence : /-----/ (O/N)

=> Temps de référence : /-----/ (Heures)

=> Temps d'admission : /-----/ (Heures)

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

20-venue d'elle-même:/-----/ (O/N)

21- Heure d'accouchement : /-----/ (Heures)

EXAMEN PROPREMENT DIT :

22- Etat général :/----/ (1= bon, 2= passable, 3= altéré)

23- Conjonctives : /----/ (1= colorées, 2= pâles)

24- Température : /----/ (°C) 27- Tension artérielle : /-----/

25- Pouls : /----/ (1=<100, 2=> 100, 3=filant, 4= imprenable)

26- Hauteur utérine : /-----/ 30- BDCF : /-----/

27- Terme de grossesse : /----/ 1= 28-36 SA, 2= 37-42SA, 3= >42SA

28- Dilatation du col : /-----/

29- Type de présentation : /----/ (1= céphalique, 2= siège, 3= Transversale)

30- Type de variété du Placenta (1= central ou recouvrant, 2= Périphérique ou non recouvrant)

31- Engagement : /-----/ (O/N)

32- Contraction utérine : /-----/ (O/N) si oui fréquence : /-----/ (mn)

33- Notion d'hémorragie : /----/ (O/N)

34- Poche des eaux intacte : /----/ (O/N) => Si non temps de rupture : /-----/ (Heures)

35- Arrêt hémorragie après RAM : /-----/ (O/N)

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

36- Groupe effectué en urgence : /-----/ (O/N)

37- Indication de transfusion de sang total : /-----/ (O/N) => Si Oui nombre poche:/-----/

38- Molécules reçus : /-----/ (1= sérum salé, 2= sérum glucose, 3=plasma 4= Haemacel 5=Ringer Lactate

39- Moment de la transfusion /accouchement : /----/ (1= avant, 2= pendant, 3= après)

40- Voie d'accouchement : /----/ (1= haute, 2=basse) ; Si césarienne, Indication :

41- Type d'accouchement : /----/ (1= dystocique, 2= eutocique)

42- Anomalies funiculaires : /----/ (O/N) => si Oui préciser : /-----/ (1= circulaire, 2= écharpe)

43- Hospitaliser pendant la grossesse : /----/ (O/N) => séjour hospitalisation:/-----/ (jours)

44- Traitement :/----/ (1= fer, 2= SP, 3= transfusion, 4=antibiotique ,5= autres)

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

Enfant1

45a- Apgar à la 1^{er} mn: /-----/

46a- Apgar à 5^{ème} mn: /-----/

47a- Poids : /-----/ (g)

**Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et
Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.**

48a- Taille : /-----/ (cm)

49a- PC : /-----/ (cm)

50a-PT : /-----/ (cm)

51a- Sexe : /----/ (1= M, 2= F)

52a- Réanimé: /----/ (O/N)

53a- Malformation :/----/ (O/N)

54a- Evacué :/----/ (O/N), Si oui lieu : /----/
(1= CHU, 2=clinique)

55a- Mortalité néonatale:/----/ (O/N)

=> Si oui préciser : /----/ 1=précoce, 2=tardive

56a-Fœtus mort né : /----/ (O/N)

Enfant2

45b- Apgar à la 1^{er} mn: /-----/

46b- Apgar à 5^{ème} mn: /-----/

47b- Poids : /-----/ (g)

48b- Taille : /-----/ (cm)

49b- PC : /-----/ (cm)

50b-PT : /-----/ (cm)

51b- Sexe : /----/ (1= M, 2= F)

52b- Réanimé: /----/ (O/N)

53b- Malformation :/----/ (O/N)

54b-Evacué :/----/ (O/N), Si oui lieu : /----/
(1= CHU, 2=clinique)

55b- Mortalité néonatale:/----/ (O/N)

=> Si oui préciser : /----/ 1=précoce, 2=tardive

56b-Fœtus mort né : /----/ (O/N)

57- Délivrance : /----/ (1= spontané 2= artificielle)

58- GATPA: /----/ (O/N)

59- Révision : /----/ (O/N)

60- Placenta : /----/ (1= complet 2= incomplet)

61- Taille du cordon : /----/ (cm)

62- Hémorragie de la délivrance:/----/ (O/N)

63- Formes associés : /----/ (1= HRP, 2= procidence cordon,
3=Placenta accreta 4= autres)

COMPLICATIONS MATERNELLES

64-Hémorragie du post partum:/----/ (O/N)

65- DCD : /----/ (O/N)

66 Anémie : /----/ (O/N) ;Si oui taux d'hémoglobine :

67- Collapsus: /----/ (O/N)

68- Thrombophlébite: /----/ (O/N)

69- Infection : /----/ (O/N)

70-Pelvipéritonite:/----/(O/N)

71- Autres :

TRAIEMENT DES COMPLICATIONS

72- Hystérectomies : /----/ (O/N)

73- Transfusion : /----/ (O/N)

74- Anticoagulant : /----/ (O/N)

75- Antibiotiques : /----/ (O/N)

76- Réanimée : /----/ (O/N)

77-Référence/ Evacuation:/----/(O/N)

78- Durée séjour : /-----/ (jours)

79- Sortie : /_____./

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : TEME

PRENOM : INOGO dit BOUREMA

TITRE DE THESE : Placenta prævia hémorragique : Aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE ; BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOS : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEURS D'INTERET : gynéco-Obstétrique, Santé publique

RESUME :

Notre étude descriptive transversale avec collecte prospective des données s'était déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Bougouni.

L'objectif principal était d'étudier le Placenta Prævia hémorragique dans notre service.

Au terme de cette étude qui a duré une année du 1^{er} Avril 2017 au 31 Mars 2018, nous avons recruté 61 cas de Placenta Prævia hémorragique sur 2900 accouchements soit une fréquence de 2,10 %

Tous les âges de l'activité génitale étaient concernés (15-45ans) avec une prédominance dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans.

Les facteurs étiologiques retrouvés étaient : l'âge maternel, la gestité, la parité les antécédents (d'avortements spontanés, de césariennes, curetage).

Le Placenta prævia recouvrant était le plus représenté avec 59% contre 41% pour le placenta prævia non recouvrant.

Placenta prævia hémorragique : Aspects Epidémio-Cliniques ; Thérapeutiques et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

La césarienne était majoritaire parmi les voies d'accouchement avec une fréquence 67,20% contre 32,80% pour la voie basse.

La prématurité représentait 24,62% et les mort-nés représentaient 30,76%.

MOTS CLES : Placenta prævia hémorragique, urgence Obstétricale, CSRef de Bougouni, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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 !