

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE  
(UFR/SDS)

SECTION MEDECINE

Année universitaire 2002-2003

Thèse n° 030



ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET  
THERAPEUTIQUES DU PLACENTA PRAEVIA AU COURS  
DU TRAVAIL A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER  
NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU



THESE

Présentée et soutenue publiquement le 25 Juillet 2003 pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

**ONADJA K. Amsatou épouse TIEKO**

Née le 10 Juin 1971 à Yako (BURKINA FASO)

JURY

**DIRECTEUR DE THESE**

Prof Ag Jean LANKOANDE

**PRESIDENT**

Prof Ag Michel AKOTIONGA

**CO-DIRECTEUR**

Dr Ali OUEDRAOGO

**MEMBRES**

Prof Ag Jean LANKOANDE

Prof Ag Théophile TAPSOBA

Dr Norbert RAMDE

# **UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

-----  
Unité de Formation et de Recherche  
des Sciences de la Santé  
(UFR/SDS)  
-----

## **LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**

<b>Directeur</b>	<b>Pr Amadou SANOU</b>
<b>Directeur Adjoint</b>	<b>Pr Ag Y. Joseph DRABO</b>
<b>Coordonnateur de la Section Pharmacie</b>	<b>Pr Ag Mamadou SAWADOGO</b>
<b>Coordonnateur de la Section Médecine</b>	<b>Pr Amadou SANOU</b>
<b>Coordonnateur de la Section Techniciens Supérieurs</b>	<b>Pr Blaise KOUDOGBO</b>
<b>Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)</b>	<b>Pr Ag Y Joseph DRABO</b>
<b>Directeur des Stages de la Section Médecine (Bobo-Dioulasso)</b>	<b>Dr Alain ZOUBGA</b>
<b>Directeur des Stages de la Section Pharmacie</b>	<b>Dr Jean-Baptiste NIKIEMA</b>
<b>Secrétaire Principal</b>	<b>M. Fakouo TRAORE</b>
<b>Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)</b>	<b>M. Lazare DOUAMBA</b>
<b>Responsable de la Bibliothèque</b>	<b>Mme Mariam TRAORE</b>
<b>Chef de la Scolarité</b>	<b>Mme Kadi ZERBO</b>
<b>Secrétaire du Directeur</b>	<b>Mme Edwige BONKIAN</b>
<b>Secrétaire du Directeur Adjoint</b>	<b>Mme Hakièta KABRE</b>

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS  
AU TITRE DE L'ANNEE 2002/2003**

**ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**Professeurs titulaires (09)**

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie, organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé Publique

**Professeurs associés (01)**

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

**Maîtres de Conférences (19)**

Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie-Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie

<b>Ludovic KAM</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>Adama LENGANI</b>	<b>Néphrologie</b>
<b>Oumar TRAORE N°1</b>	<b>Orthopédie-Traumatologie</b>
<b>Kampadilemba OUOBA</b>	<b>Oto Rhino Laryngologie</b>
<b>Piga Daniel ILBOUDO</b>	<b>Gastro-entérologie</b>
<b>Albert WANDAOGO</b>	<b>Chirurgie Pédiatrique</b>
<b>Adama TRAORE</b>	<b>Dermatologie Vénérologie</b>
<b>Mamadou SAWADOGO</b>	<b>Biochimie</b>
<b>Arouna OUEDRAOGO</b>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Joachim SANOU</b>	<b>Anesthésie-Réanimation</b>
<b>Théophile L. TAPSOBA</b>	<b>Biophysique-Médecine Nucléaire</b>
<b>Daman SANO</b>	<b>Chirurgie Générale</b>
<b>Patrice ZABSONRE</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>Jean Gabriel OUANGO</b>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Georges KI-ZERBO</b>	<b>Maladies Infectieuses</b>
<b>Rabiou CISSE</b>	<b>Radiologie</b>
<b>Blami DAO</b>	<b>Gynécologie Obstétrique</b>
<b>Alain BOUGOUMA</b>	<b>Gastro-Entérologie</b>
<b>Michel AKOTIONGA</b>	<b>Gynécologie-obstétrique</b>
<b>Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE</b>	<b>Bactério-Virologie</b>

**Maitres-Assistants (31)**

Timothée KAMBOU	Chirurgie
Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Mamouna DAO/OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM/ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE/BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassana SANGARE	Bactério-Virologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Arsène M.D. DABOUE	Ophtalmologie

**Claudine Léonie LOUGUE/SORGHO**

**Lucie Valérie Adélaïde NEBIE**

**Moussa BAMBARA**

**Appolinaire SAWADOGO**

**Martial OUEDRAOGO**

**Pascal Antoine NIAMPA**

**Emile BANDRE**

**Issa Touridomon SOME**

**Rasmané SEMDE**

**Radiologie**

**Cardiologie**

**Gynécologie-Obstétrique**

**Gastro-Entérologie**

**Pneumo-Phtisiologie**

**Dermatologie**

**Chirurgie générale et digestive**

**Chimie Analytique**

**Galénique**

### **Assistants**

**T. Christian SANOU (in memoriam)**

**Doro SERME (in memoriam)**

**Hamadé OUEDRAOGO**

**Alexis ROUAMBA**

**M. Théophile COMPAORE**

**Rigobert THIOMBIANO**

**Raphaël DAKOURE (in memoriam)**

**Raphaël SANOU (in memoriam)**

**Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)**

**Vincent OUEDRAOGO**

**S. Christophe DA**

**Aurélien Jean SANON**

**Barnabé ZANGO**

**Blandine THIEBA**

**Oto Rhino Laryngologie**

**Cardiologie**

**Anesthésie-Réanimation**

**Anesthésie-Réanimation**

**Chirurgie**

**Maladies Infectieuses**

**Anatomie-Chirurgie**

**Pneumo-Phtisiologie**

**Radiologie**

**Médecine du Travail**

**Chirurgie**

**Chirurgie**

**Chirurgie**

**Gynécologie-obstétrique**

**Abdel Karim SERME**

**Fatou BARRO**

**GOUMBR/Olga LOMPO**

**Moussa KERE**

**Innocent NACOULMA**

**Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE**

**Z. Théodore OUEDRAOGO**

**P. André KOALAGA**

**Syranyan SELOUKE**

**Dieudonné OUEDRAOGO**

**Moussa OUEDRAOGO**

**Gastro-Entérologie**

**Dermatologie**

**Anatomie Pathologique**

**Santé Publique**

**Orthopédie-Traumatologie**

**Gynécologie/Obstétrique**

**Santé Publique**

**Gynécologie-Obstétrique**

**Psychiatrie**

**Chirurgie maxilo-faciale**

**Pharmacologie**

**Assistants Biologistes des Hôpitaux**

**Idrissa SANOU**

**Harouna SANON**

**Jean SAKANDE**

**Bactério-Virologie**

**Hématologie-Immunologie**

**Biochimie**

## **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

UFR des sciences de la vie et de la terre  
(UFR/SVT)

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées  
(UFR/SFA)

### **Professeurs Titulaires**

**Akry COULIBALY**

**Mathématiques**

**Sita GUINKO**

**Botanique-Biologie-Végétale**

**Guy V. OUEDRAOGO**

**Chimie Minérale**

**Laya SAWADOGO**

**Physiologie-Biologie-Cellulaire**

**Laou Bernard Kam (in memorian)**

**Chimie**

**GUENDA**

**Zoologie**

### **Maîtres de Conférences**

**Boukary LEGMA**

**Chimie-Physique Générale**

**François ZOUGMORE**

**Physique**

**Adama SABA**

**Chimie Organique**

**Philippe SANKARA**

**Cryptogamie-Phytopharmacie**

**Gustave KABRE**

**Biologie Générale**

**Abdoulaye SAMATE**

**Chimie-Organique**

### **Maîtres-Assistants**

**Makido B. OUEDRAOGO**

**Génétique**

**Raymond BELEMTOUGOURI**

**T.P. Biologie Cellulaire**

**Drissa SANOU**

**Biologie Cellulaire**



### Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

*Institut du développement Rural (IDR)*

### Maîtres de Conférences

Didier ZONGO

Génétique

Georges Annicet OUEDRAOGO

Biochimie

*UFR des Sciences Economiques et de  
Gestion (UFR/SEG)*

### Maitre -Assistant

Tibo Hervé KABORE

*UFR des sciences juridiques politiques (UFR/SJP)*

### Assistants

Jean Claude TAITA

Droit

## ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (In mémoniam)

Hydrologie

Dr Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO

Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE

Galénique

M. Mamadou DIALLO

Anglais

Dr Badioré OUATTARA

Galénique

Dr Alassane SICKO

Anatomie

Dr Sylvestre TAPSOBA

Nutrition

Dr Maminata TRAORE/COULIBALY

Biochimie

Dr Seydou SOURABIE

Pharmacognosie

Dr Félix KINI

Chimie

Dr Lamine OUEDRAOGO

Biologie Cellulaire

Dr Marie Françoise OUEDRAOGO

Mathématiques

Mme Cécile OUEDRAOGO

Anglais

## **ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES**

### **A.U.P.E.L.F**

<b>Pr Lamine DIAKHATE</b>	<b>Hématologie (Dakar)</b>
<b>Pr Abibou SAMB</b>	<b>Bactéριο-Virologie (Dakar)</b>
<b>Pr Mbayang NDIAYE-NIANG</b>	<b>Physiologie (Dakar)</b>
<b>Pr Emmanuel BASSENE</b>	<b>Pharmacognosie (Dakar)</b>
<b>Pr Mamadou BADJANE</b>	<b>Chimie Thérapeutique (Dakar)</b>
<b>Pr Babacar FAYE</b>	<b>Pharmacologie (Dakar)</b>

### **Mission Française de Coopération**

<b>Pr Etienne FROGUE</b>	<b>Médecine Légale</b>
<b>Pr Raphaël DARBOUX</b>	<b>Histologie-Embryologie</b>

### **Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)**

<b>Pr Jean NEVE</b>	<b>Chimie Thérapeutique</b>
<b>Pr Viviane MOES</b>	<b>Galénique</b>

### **Mission avec les autres universités**

<b>Pr André BIGOT</b>	<b>Immunologie</b>
-----------------------	--------------------

**DEDICACES**

- **A Papa et Maman**

Enfin finies les nuits blanches et les multiples angoisses. Les termes convenables me manquent pour qualifier tous les énormes sacrifices que vous avez consentis pour moi. Vous avez toujours été là chaque fois que j'ai eu besoin de vous.

Ce travail est d'abord le vôtre.

Je vous aime très fort et vous souhaite une longue et paisible vie.

- **A mes frères Yaya et Aziz**

Vous avez été toujours pour moi d'un soutien inestimable tant dans les jours heureux que dans les moments pénibles de ma vie.

Je ne pourrai vous signifier ma gratitude par des mots. Merci et encore merci.

- **A ma sœur et complice Amina**

Grâce à ton soutien et à tes multiples conseils, le découragement a cédé la place à l'optimisme. Je suis sûre que ce jour heureux pour moi est également le tien.

- **A mon bien aimé époux Vincent**

Ton affection et ta compréhension m'ont été indispensables dans la réalisation de ce travail. Trouve en ce modeste travail, l'expression de l'amour que je ne cesse de nourrir pour toi.

- **A mes belle-sœurs Keltoum et Djénéba**

Vous m'avez entouré de beaucoup de sympathie et d'amitié tout au long de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- **A ma nièce Yasmine**

Trouve ici tout l'amour que j'éprouve pour toi.

- **A toutes mes tantes et particulièrement à Assita,  
Habibou, Alimata, Martine**

- **A mes oncles**

- **A Amadou TRAORE (in memoriam)**

- **A Claude ONADJA (in memoriam)**

- **A mes Cousins et Cousines**

- **A la famille SIB SIE Faustin**

Vous m'avez soutenu comme votre fille. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- **A la famille du docteur THIOMBIANO S. Rigobert**

Votre affection, vos conseils et vos encouragements m'ont toujours été d'un grand apport.

- **A mes amis**

**Alima, Nathalie, Losséni, Linda, Doris, Marianne, Gisèle,  
Victorine, Théo, Edwige.**

- **A mes amis et camarades d'université.**

**A NOS MAITRES  
ET JUGES**

- **A notre Maître et président du Jury, le professeur agrégé  
Michel AKOTIONGA**

Vous êtes maître de conférence à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Vous êtes professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique

Nous sommes sensible à l'honneur que vous faites en acceptant de présider ce jury, ceci malgré vos multiples occupations.

Votre grande simplicité, votre constante disponibilité nous ont particulièrement marqué.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude et de notre grande admiration.

- **A notre maître et directeur de thèse le professeur agrégé  
Jean LANKOANDE**

Vous êtes maître de conférence à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Vous êtes professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique et ancien attaché des Hôpitaux de Tours.

Vous êtes chef du service de gynécologie-obstétrique du CHNYO.

Vous nous avez guidé tout au long de ce travail. Malgré vos innombrables sollicitations, vous avez accepté de consacrer une partie de votre précieux temps à la direction de cette thèse qui, je l'espère, répondra à vos attentes. Nous avons été impressionnés par votre très grande rigueur scientifique, votre disponibilité et l'intérêt que vous avez accordé à ce travail.

Veillez trouver ici notre profonde reconnaissance.



- **A notre maître et co-directeur de thèse le docteur  
Ali OUEDRAOGO**

Vous êtes gynécologue obstétricien au CHN-YO et ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou.

Nous vous remercions du fond du cœur pour votre simplicité et votre accessibilité. votre amour pour le travail bien fait et vos qualités humaines sont un grand souvenir que nous gardons de vous.

- **A notre maître et juge le docteur Norbert RAMDE**

Vous êtes assistant d'anatomie pathologie à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Votre sens de l'écoute et l'intérêt que vous accordez à vos étudiants suscitent l'admiration de tous. En travaillant à vos côtés, vous nous avez inculqué le sens du travail méthodique scientifique et bien fait. Merci

**A notre maître et juge le professeur agrégé Théophile L.  
TAPSOBA**

Vous êtes maître de conférence à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS).

Vous êtes professeur agrégé en biophysique et médecine nucléaire.

Vous nous honorez en acceptant de juger ce travail.

Vous alliez avec harmonie une grande rigueur scientifique et de très grandes qualités humaines.

Nous avons eu l'honneur de bénéficier de votre encadrement lors du stage hospitalier en DCEM.

Nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour nous.

# REMERCIEMENTS

- A tout le personnel de la maternité du CHNYO particulièrement à Mme GARANGO, Mme MONE pour votre constante disponibilité.
- Au professeur Jean LANKOANDE  
Merci pour votre compréhension et votre disponibilité.
- Au professeur Michel AKOTIONGA et à ses épouses
- Au professeur Théophile L. TAPSOBA
- Au docteur Ali OUEDRAOGO et à son épouse  
Merei pour votre participation à la réalisation de ce travail
- Au Docteur Norbert RAMDE
- Au professeur Julien YILBOUDO
- Au professeur Daniel P. ILBOUDO
- A Madame COMPAORE Pascaline
- A Madame ILBOUDO Angéline
- A Madame OUEDRAOGO Sophie  
Merci pour votre assistance informatique au cours de la saisie de nos résultats ainsi que votre franche collaboration.
- A Monsieur DRABO  
Merci pour votre précieuse contribution technique pour la réalisation de ce travail.
- Aux ressortissants de Pama à Ouaga.
- A tous ceux dont les noms n'ont pu être cités, qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail, toute ma gratitude.

**Par délibération, l'unité de Formation et de recherche en Sciences de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.**

# LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ATCD</b>	:	Antécédent
<b>CHN-YO</b>	:	Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
<b>CPN</b>	:	Consultation pré-natale
<b>g</b>	:	Gramme
<b>Hb</b>	:	Hémoglobine
<b>HRP</b>	:	Hématome retro-placentaire
<b>PP</b>	:	Placenta praevia
<b>RPM</b>	:	Rupture prématurée des membranes

# **TABLE DES MATIERES**



	Pages
<b>1 – INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>1</b>
<b>2 – GENERALITES.....</b>	<b>3</b>
<b>2-1 <u>Définition</u>.....</b>	<b>3</b>
<b>2-2 <u>Rappels sur le placenta</u></b>	
<b>2-2-1 Formation du placenta .....</b>	<b>3</b>
<b>2-2-2 Anatomie macroscopique du placenta.....</b>	<b>6</b>
<b>2-2-3 Histologie du placenta.....</b>	<b>6</b>
<b>2-2-4 Physiologie du placenta .....</b>	<b>6</b>
<b>2-3 <u>Classifications</u>.....</b>	<b>10</b>
<b>2-3-1 Pendant la grossesse .....</b>	<b>10</b>
<b>2-3-2 Pendant le travail .....</b>	<b>10</b>
<b>2-3-3 Classification échographique .....</b>	<b>13</b>
<b>2-4 <u>Physiopathologie</u> .....</b>	<b>16</b>
<b>2-5 <u>Facteurs étiologiques</u> .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-1 La multiparité .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-2 Les grossesses gémellaires .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-3 L'infection de l'endomètre .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-4 Les cicatrices utérines .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-5 Les antécédents d'avortement .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-6 Les antécédents de placenta praevia .....</b>	<b>17</b>
<b>2-5-7 La notion d'intoxication tabagique.....</b>	<b>18</b>
<b>2-5-8 Autres facteurs étiologiques .....</b>	<b>18</b>

<b>2-6</b>	<b><u>Etude clinique</u></b> .....	18
	<b>2-6-1</b> Forme typique de description : placenta praevia au cours de la grossesse .....	18
	<b>2-6-1-1</b> Signes fonctionnels .....	18
	<b>2-6-1-2</b> Signes généraux .....	19
	<b>2-6-1-3</b> Signes physiques .....	19
	<b>2-6-1-4</b> Examens complémentaires .....	19
	<b>2-6-1-5</b> Evolution / Pronostic .....	20
	<b>2-6-2</b> Formes cliniques .....	21
	<b>2-6-2-1</b> Le placenta praevia au cours du travail .....	21
	<b>2-6-2-2</b> Formes asymptomatiques .....	22
	<b>2-6-2-3</b> Formes anatomiques .....	23
	<b>2-6-2-4</b> Formes associées .....	23
	<b>2-6-3</b> Examen du placenta .....	24
	<b>2-6-4</b> Diagnostic différentiel .....	26
<b>2-7</b>	<b><u>Traitement</u></b> .....	28
	<b>2-7-1</b> Buts .....	28
	<b>2-7-2</b> Moyens .....	28
	<b>2-7-3</b> Indications .....	30
<b>3</b>	<b><u>OBJECTIFS</u></b> .....	32
	<b>3-1</b> <b><u>Objectif général</u></b> .....	32
	<b>3-2</b> <b><u>Objectifs spécifiques</u></b> .....	32

<b>4- METHODOLOGIE</b> .....	33
<b>4-1 <u>Cadre de l'étude</u></b> .....	33
<b>4-2 <u>Type et période d'étude</u></b> .....	35
<b>4-3 <u>Matériels et méthodes</u></b> .....	35
<b>4-4 <u>Saisie et analyse des données</u></b> .....	37
<b>5- RESULTATS</b> .....	38
<b>5-1 <u>Fréquence</u></b> .....	38
<b>5-2 <u>Le profil épidémiologique</u></b> .....	38
<b>5-2-1 L'âge</b> .....	38
<b>5-2-2 Le nombre de pares</b> .....	39
<b>5-2-3 La provenance</b> .....	40
<b>5-2-4 La profession</b> .....	40
<b>5-3 <u>Aspects cliniques</u></b> .....	41
<b>5-3-1 L'hémorragie</b> .....	41
<b>5-3-2 La rupture prématurée des membranes</b> .....	41
<b>5-4 <u>Les variétés anatomo-cliniques</u></b> .....	41
<b>5-4-1 Variétés recouvrantes</b> .....	41
<b>5-4-2 Variétés non recouvrantes</b> .....	41
<b>5-5 <u>Facteurs favorisants</u></b> .....	41
<b>5-5-1 La multiparité</b> .....	42
<b>5-5-2 Les avortements</b> .....	42
<b>5-5-3 Les utérus cicatriciels</b> .....	42
<b>5-5-4 Les grossesses multiples</b> .....	42

<b>5-6</b>	<b><u>La prise en charge thérapeutique</u></b> .....	43
<b>5-7</b>	<b><u>Le pronostic</u></b> .....	44
	<b>5-7-1</b> Le pronostic maternel .....	44
	<b>5-7-2</b> Le pronostic fœtal .....	46
<b>6-</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	48
<b>6-1</b>	<b><u>Limites de l'étude</u></b> .....	48
<b>6-2</b>	<b><u>La fréquence</u></b> .....	48
<b>6-3</b>	<b><u>Le profil épidémiologique</u></b> .....	49
	<b>6-3-1</b> L'âge .....	49
	<b>6-3-2</b> Le nombre de pères .....	49
	<b>6-3-3</b> La provenance .....	49
<b>6-4</b>	<b><u>Aspects cliniques</u></b> .....	50
	<b>6-4-1</b> Les hémorragies .....	50
	<b>6-4-2</b> La rupture prématurée des membranes .....	50
<b>6-5</b>	<b><u>Les variétés anatomo-cliniques</u></b> .....	51
<b>6-6</b>	<b><u>Les facteurs favorisants</u></b> .....	51
<b>6-7</b>	<b><u>La prise en charge thérapeutique</u></b> .....	52
<b>6-8</b>	<b><u>Le pronostic</u></b> .....	52
	<b>6-8-1</b> Le pronostic maternel .....	52
	<b>6-8-2</b> Le pronostic fœtal .....	53
<b>7-</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	54
<b>8-</b>	<b>SUGGESTIONS</b> .....	55
<b>9-</b>	<b>REFERENCES</b> .....	56
<b>10-</b>	<b>ANNEXES</b> .....	61

**INTRODUCTION  
ET ENONCE DU  
PROBLEME**

Le placenta praevia est une insertion basse du placenta responsable d'une mortalité et d'une morbidité maternelle et périnatale importante [16].

Dans les pays développés la mortalité materno-fœtale est faible grâce aux moyens de plus en plus perfectionnés de surveillance obstétricale et de réanimation. En effet la mortalité maternelle en milieu hospitalier au Canada en 1994 était de 53,5 p 100 000 naissances vivantes [18].

En Afrique le taux de mortalité maternelle et infantile reste très élevé [33].

Au Burkina-Faso le taux de mortalité maternelle au CHN-YO en 1996 était de 5437, 1 p 100 000 naissances vivantes [18]. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par un certain nombre de facteurs comme la pauvreté des populations, le faible niveau d'instruction, le faible taux de fréquentation des structures sanitaires (41 % des femmes enceintes ne suivent pas de consultations prénatales [35] et le taux d'analphabétisme chez les femmes est de 90,8 % [22] ). Le non fonctionnement de la plupart des centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) contribue à accroître le taux de mortalité maternelle. En effet, les conditions difficiles lors des évacuations des structures sanitaires des provinces vers les centres médicaux de référence font que beaucoup de patientes arrivent épuisées ou décédées.

L'échographie est un examen capital qui permet un diagnostic précoce du placenta praevia pendant la grossesse, améliorant ainsi le pronostic materno-fœtal [1, 2, 36]. Au Burkina-Faso le coût élevé de l'échographie et la faiblesse de la couverture obstétricale font que le placenta praevia n'est découvert le plus souvent que pendant le travail ou au décours d'un accident hémorragique avec des conséquences désastreuses pour la mère et l'enfant.

La mortalité maternelle reste une hantise permanente pour toute femme enceinte et son entourage [6,37]. Elle figure encore parmi les problèmes d'actualité dans les pays en voie de développement, comme le Burkina-Faso. Depuis une décennie les principales causes de mortalité maternelle restent les mêmes [20,30,35] :

- les hémorragies ;
- l'infection ;
- l'anémie ;
- les complications de l'hypertension artérielle.

Dans le but de mieux comprendre la place qu'occupe les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse en particulier celles du placenta praevia, nous nous sommes proposés d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du placenta praevia au cours du travail à la maternité du CHN-YO.

**GENERALITES**



## 2-1 DEFINITION

Le placenta est dit praevia lorsqu'il s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. La hauteur du segment inférieur au voisinage du terme est en moyenne de 10 cm. L'insertion du placenta sur celui-ci est objectivée par un petit côté des membranes inférieur à 10 cm [ 25].

## 2-2 RAPPELS SUR LE PLACENTA

### 2-2-1- FORMATION DU PLACENTA

Le trophoblaste, apparu au 5<sup>e</sup> jour après la fécondation, comprend deux couches :

- Une interne : le **cytotrophoblaste** (cellules de Langhans) ;
- Une externe : le **syncytiotrophoblaste**.

Il assure la nidation de l'œuf dans la muqueuse utérine grâce à son activité protéolytique (6<sup>e</sup>-7<sup>e</sup> jour).

Il commence à proliférer en villosités sous forme de travées syncytiales dans lesquelles apparaissent vers le 13<sup>e</sup> jour des lacunes, puis un axe cytotrophoblastique.

Vers le 15<sup>e</sup> jour, les villosités ouvrent les vaisseaux maternels dont le contenu se répand dans les lacunes : c'est le début de la circulation maternelle placentaire.

Vers le 18<sup>e</sup> jour apparaissent dans les villosités des **ilots vasculaires** qui se raccordent vers le 21<sup>e</sup> jour aux vaisseaux ombilico-allantoïdiens, établissant ainsi la **circulation fœtale placentaire**.

Les lacunes confluent pour former la chambre intervillieuse limitée par le syncytiotrophoblaste. Cette chambre a pour plafond la **plaque choriale** en contact avec l'embryon et pour plancher la plaque basale en contact avec la caduque utérine.

Certaines villosités vont se fixer à la caduque utérine formant les villosités crampons. Les autres restent flottantes dans la chambre intervillieuse.

Du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> mois, les villosités se développent. Recouvrant d'abord l'œuf en entier (chorion villositéux), elles se regroupent à un pôle de l'œuf pour former le placenta. Les autres dégénèrent (chorion lisse).

Le placenta, alors constitué de 20 à 30 gros troncs villositaires émanant de la plaque choriale, se subdivise en arborisations autour d'un axe médian constituant un système « tambour ». Chaque tronc contient une veine et une artère qui donnent d'importants réseaux capillaires par lesquels se font les échanges fœto-maternels. Dès la fin du 3<sup>e</sup> mois, les cellules de Langhans disparaissent progressivement.

La muqueuse utérine, qui a subi la réaction déciduale, s'est différenciée en caduque basale au niveau de la zone placentaire, en caduque réfléchie sur l'œuf et en caduque pariétale qui tapisse le corps utérin en dehors de la zone placentaire. A partir du quatrième mois, les caduques pariétale et réfléchie se soudent et effacent la cavité utérine.

La caduque basale est constituée par deux couches :

- une couche spongieuse, profonde, formée par les tubes glandulaires hypertrophiés ;
- une couche compacte, superficielle, constituée par les cellules déciduales.

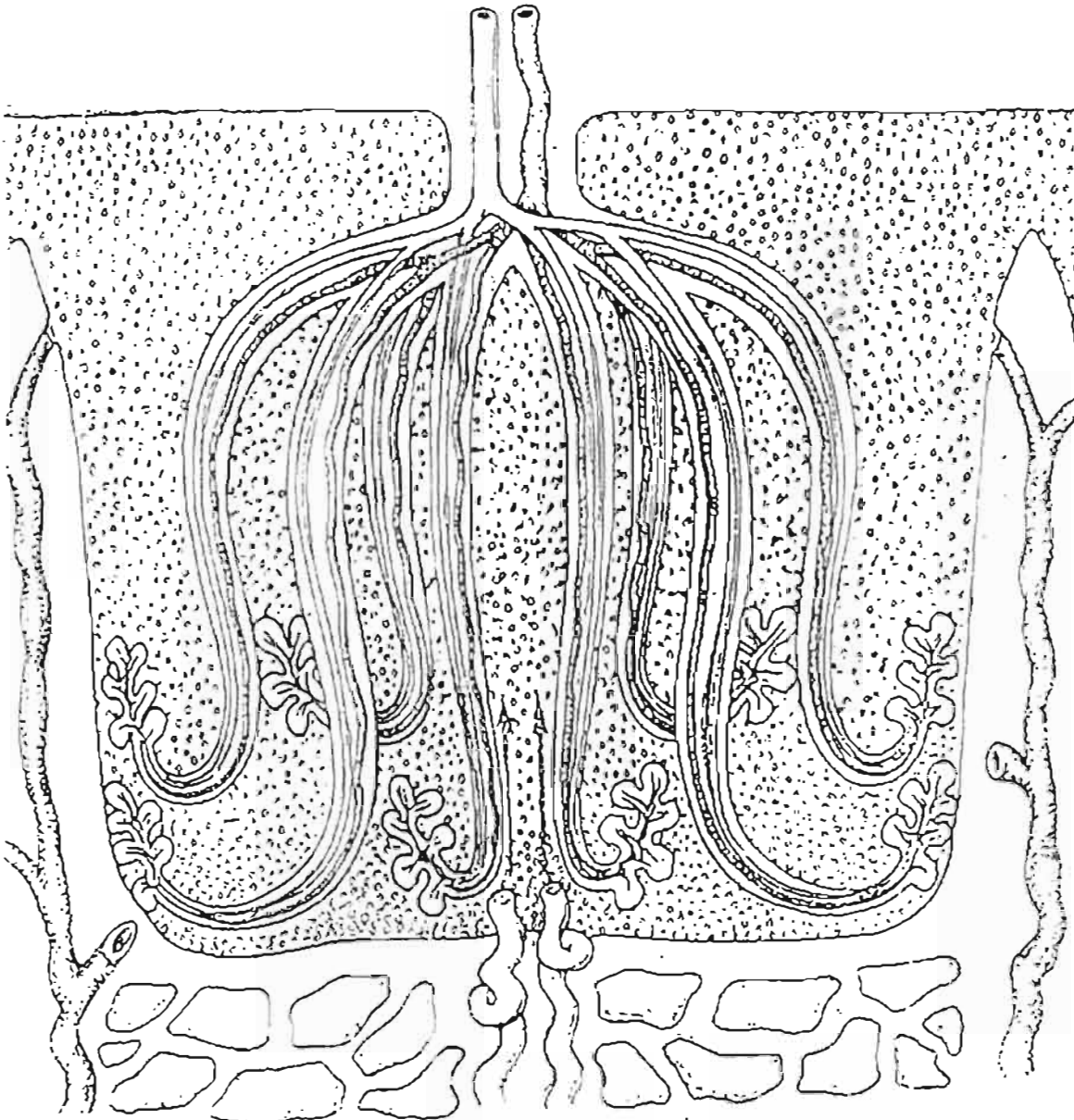
Au moment de la délivrance, le plan de décollement du placenta se situe entre ces deux couches.

A partir du 4<sup>e</sup> mois, des cloisons d'origine cytotrophoblastique appelées septa intercotylédonnaires, issues de la plaque basale, séparent incomplètement la chambre intervillieuse. Elle est ainsi divisée en 20 à 30 cotylédons.

Au 5<sup>e</sup> mois, le placenta a acquis sa structure générale.

Face fœtale

- placue choriale
- tron principal avec branches secondaires et tertiaires



- Arrivée du sang maternel par les artérioles face aux franges
- départ du sang par les veines dans les septa à la peripherie
- face maternelle : placue basale et spongieuse

- *Tron: villositaire du placenta*

Auteurs et source : H HENRION, H DE TOURRIS, M. DELECOUR  
 Abrégé de gynécologie et d'obstétrique  
 3e édition Masson.

### **2-2-2 – ANATOMIE MACROSCOPIQUE**

Le placenta à terme est un disque d'environ 20 cm de diamètre et 3 cm d'épaisseur. Il pèse approximativement le 1/6<sup>è</sup> du poids fœtal.

La face fœtale est lisse, tapissée par l'amnios à travers lequel on voit les vaisseaux ombilicaux. Le cordon ombilical s'y insère, au centre

La face maternelle est tomenteuse, divisée en lobes ou cotylédons par de profonds sillons correspondant aux septa.

### **2-2-3- HISTOLOGIE**

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

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

### **2-2-4 – PHYSIOLOGIE**

Les fonctions du placenta sont multiples :

#### **- *Respiration fœtale – Oxygénation***

Le passage de l'oxygène de la mère au fœtus se fait par diffusion simple. L'hémoglobine a un gros poids moléculaire et ne traverse pas la barrière placentaire. C'est l'oxygène dissout dans le plasma qui passe par diffusion et gagne le sang du fœtus.

Inversement, le gaz carbonique dont la pression partielle est plus grande dans le sang fœtal, diffuse vers le sang de la mère.

- **Echanges des éléments nutritifs**

a) *L'eau et les sels minéraux.* – L'osmose peut suffire aux substances salines, mais la villosité joue un rôle actif dans le passage de certains sels (phosphates).

En outre, le placenta met en réserve certains éléments (fer, calcium).

b) *Les protides* sont dégradés jusqu'au stade d'acides aminés et reconstitués en protéines spécifiques par le fœtus.

c) *Les glucides* ne peuvent franchir le placenta par simple diffusion et doivent recourir au système des « molécules porteuses ». Le placenta forme du glycogène dont il est l'organe de réserve. A la fin de la grossesse, il est stocké dans le foie du fœtus.

d) *Les lipides* retrouvés dans le placenta sont des produits de synthèse.

e) *Les vitamines :*

- B, C et E diffusent facilement ;
- La vitamine K ne franchit pas la barrière placentaire, mais la vitamine K1 (synthétique) la traverse.

- **Rôle protecteur du placenta**

Les **bactéries** sont arrêtées par la barrière placentaire ou ne passent que tardivement.

Les **virus** traversent facilement d'où le danger d'atteinte de l'œuf.

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

**Certaines substances médicamenteuses** traversent le placenta, entre autres :

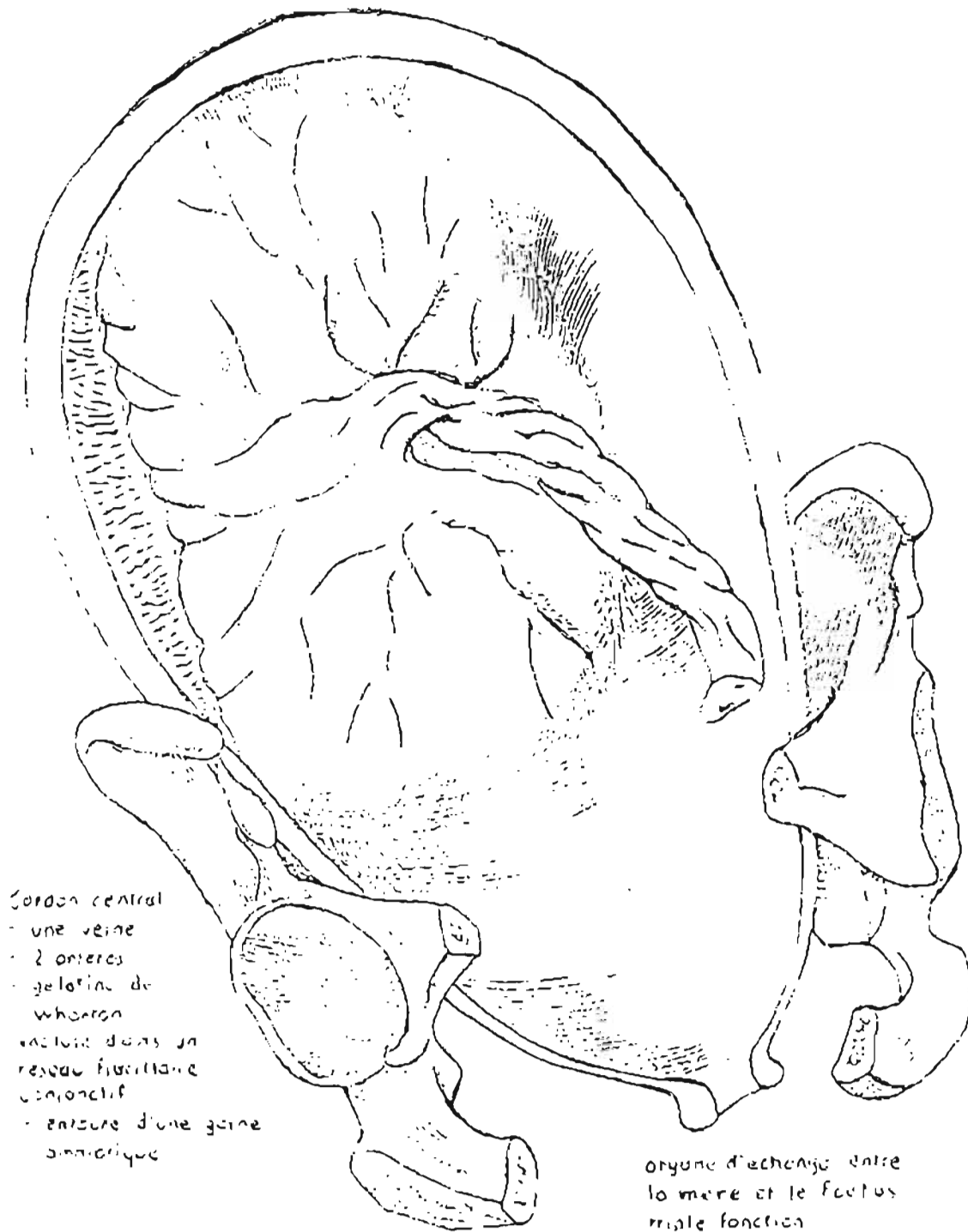
sulfamides et antibiotiques, mais en concentration moindre que chez la mère ;  
alcool ; opiacés, barbituriques.

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

#### **- *Equilibre hormonal de la grossesse***

Le placenta assure l'équilibre hormonal de la grossesse par :

- la sécrétion des gonadotrophines chorioniques (H.C.G.) ;
- l'hormone lactogénique placentaire (H.P.L.) ;
- la sécrétion des hormones stéroïdes.



Cordon central

- une veine
- 2 artères
- gelatine de Wharton
- incluse dans un réseau fibreux conjonctif
- entouré d'une gaine amniotique

organe d'échange entre  
la mère et le fœtus

- triple fonction
- respiratoire
- nutrition
- sécrétion hormonale

© HENRI HENRI

titres et source

H. HENRI, H. DE TOURRIS, M. DELECOUR

Manège de gynécologie et d'obstétrique  
5e édition Masson

## **2-3 CLASSIFICATION**

L'étude du placenta praevia nécessite au préalable une classification qui est la suivante :

### **2-3-1 Pendant la grossesse**

Pendant la grossesse la classification est anatomique [4,7,25,28].

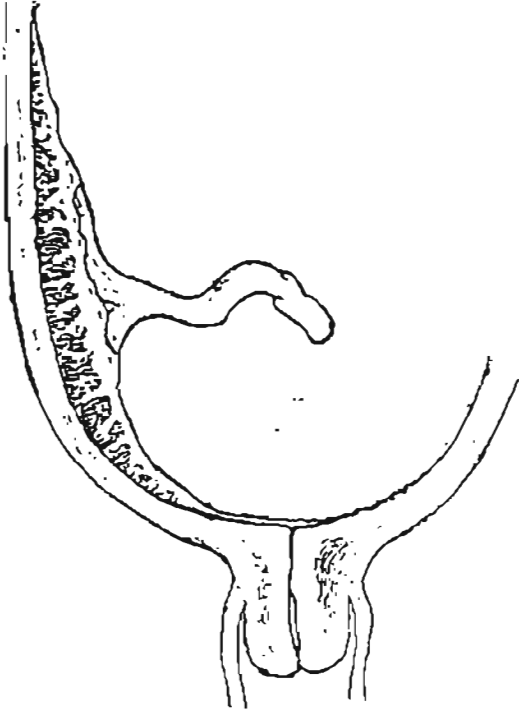
- Le placenta praevia central ou placenta praevia total : le site d'implantation recouvre en totalité l'orifice interne du col. Il s'agit de la variété la plus dangereuse. Cette forme correspond au stade IV de MACAFEE.
- Le placenta praevia partiel : une partie seulement du col est recouverte par le placenta, le reste est tapissé par les membranes. Il s'agit du stade III de MACAFEE.
- Le placenta praevia marginal correspond à la variété où le bord inférieur du placenta atteint le pourtour de l'orifice cervical interne : c'est le stade II de MACAFEE.
- Le placenta praevia est dit latéral lorsqu'il s'insère sur le segment inférieur mais que son bord inférieur reste à distance de l'orifice cervical : c'est le stade I de MACAFEE.

### **2-3-2 Pendant le travail**

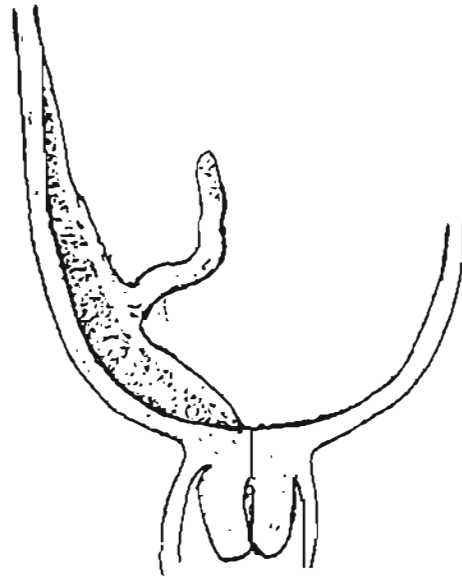
La classification pendant le travail est clinique et l'on distingue [4,7,25,28] :

- Le placenta praevia recouvrant : Une partie plus ou moins importante du placenta est mise à découvert par la dilatation du col.
- Le placenta praevia non recouvrant : Le bord placentaire ne déborde pas l'orifice cervical.

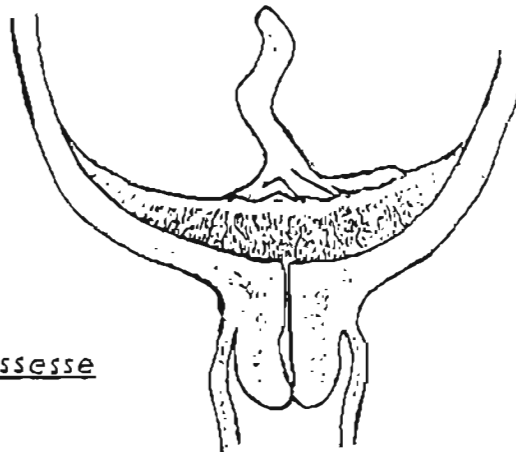




1 placenta praevia latéral



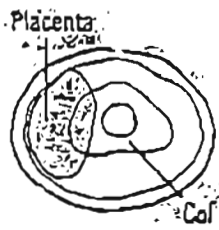
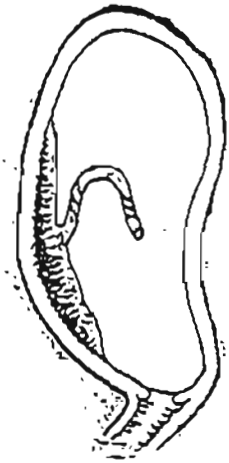
2 placenta praevia marginal



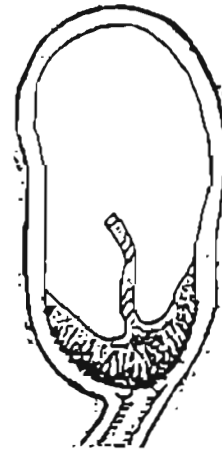
3 placenta praevia central

Classification pendant la grossesse

Auteurs et source R. MERGER, J. LEVY, MELCHIOR  
 Précis d'obstétrique  
 5<sup>e</sup> édition Masson



placenta praevia non recouvrant



placenta praevia recouvrant

Classification Pendant le travail

Auteurs et source : J. LANSAC, G. BODY  
Pratique de l'accouchement  
5<sup>è</sup> édition SIMEP

### **2-3-3 Classification échographique**

Par voie abdominale, le repérage exact de l'orifice cervical interne est souvent difficile et exige une vessie bien remplie.

#### **Classification échographique des placentas selon BESSIS [ 28]**

BEISSIS 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 4 cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus, il y a donc :

- *Les placentas praevia bas insérés antérieurs*
  - type I : le placenta atteint le 1/3 supérieur de la vessie
  - type II : le placenta recouvre les 2/3 supérieurs de la vessie
  - type III : le placenta atteint l'orifice interne du col
  - type IV : le placenta recouvre l'orifice interne et atteint la paroi postérieure
  
- *Les placentas praevia bas insérés postérieurs*
  - type I : le placenta est situé à moins de 4 cm du col sans l'atteindre
  - type II : le placenta atteint l'orifice interne du col
  - type III : le placenta atteint le 1/3 inférieur de la vessie
  - type IV : le placenta recouvre la totalité du mur postérieur de la vessie

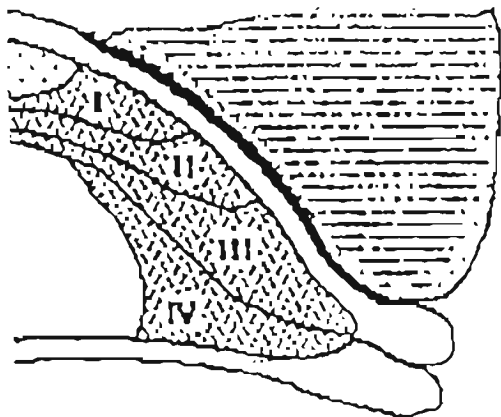
#### **Classification échographique des placentas selon DENHEZ [ 28]**

Groupe I : placenta fundique. La limite supérieure du placenta atteint ou dépasse le fond utérin .

Groupe II : la limite supérieure du placenta est dans la moitié supérieure de l'utérus.

Groupe III : le placenta est entièrement dans la moitié inférieure de l'utérus.

## CLASSIFICATION ECHOGRAPHIQUE DES PLACENTAS SELON BESSIS

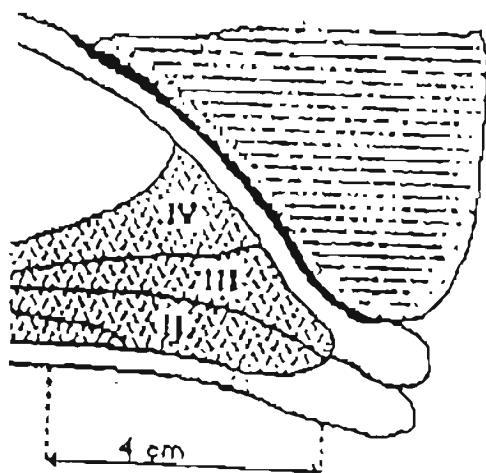
*Les placentas praevia bas insérés antérieurs*

type I : le placenta atteint le 1/3 supérieur de la vessie

type II : le placenta recouvre les 2/3 supérieurs de la vessie

type III : le placenta atteint l'orifice interne du col

type IV : le placenta recouvre l'orifice interne et atteint la paroi postérieure

*Les placentas praevia bas insérés postérieurs*

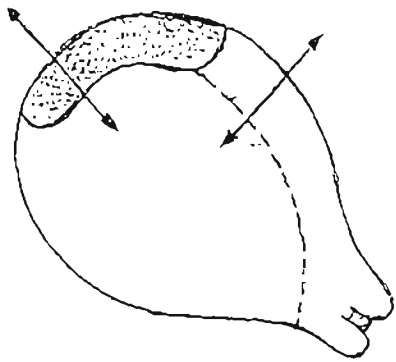
type I : le placenta est situé à moins de 4 cm du col sans l'atteindre

type II : le placenta atteint l'orifice interne du col

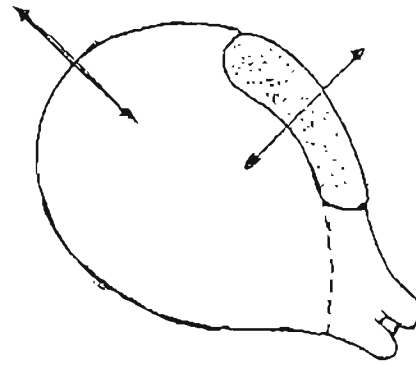
type III : le placenta atteint le 1/3 inférieur de la vessie

type IV : le placenta recouvre la totalité du mur postérieur de la vessie

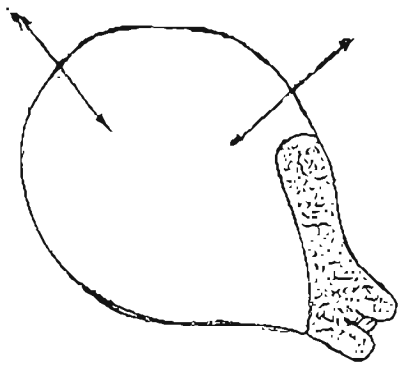
## CLASSIFICATION ECHOGRAPHIQUE DES PLACENTAS SELON DENHEZ



A



B



C

Classification échographique des placentas selon Denhez (échographie abdominale)

A. Groupe I : placenta fundique. La limite supérieure du placenta atteint ou dépasse le fond utérin.

B. Groupe II : la limite supérieure du placenta est dans la moitié supérieure de l'utérus.

C. Groupe III : le placenta est entièrement dans la moitié inférieure de l'utérus

## **2-4 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'HEMORRAGIE**

L'insertion basse sur le segment inférieur est responsable de l'hémorragie [4,5,7,25,28].

- Pendant la grossesse, les hémorragies sont dues au décollement du placenta inextensible mais inséré sur un segment inférieur extensible.

Lorsque le segment inférieur s'étire en s'amplifiant, le placenta se décolle. Lorsque des contractions se produisent, leur force, dirigée vers le pôle inférieur de l'œuf, tire sur le petit lambeau des membranes, court et peu élastique, qui tire à son tour sur le placenta et le décolle. Lorsque le placenta se décolle, il se produit un saignement provenant de la zone d'insertion et du placenta désinséré. Le sang venant du placenta est d'origine maternelle et aussi fœtale. Si les membranes se rompent, le saignement peut s'arrêter.

- Pendant le travail, les hémorragies ont le même mécanisme. Il s'y ajoute la mise à nu du placenta lors de la dilation du col et, parfois, l'arrachement de cotylédons par la tête fœtale.
- Après l'accouchement, les hémorragies peuvent être dues à :
  - une mauvaise rétraction du segment inférieur, pauvre en fibres musculaires ;
  - une rétention de cotylédons, puisque le placenta est souvent étalé ;
  - une adhérence anormale du placenta, parfois limitée à un ou deux cotylédons ;
  - un trouble de la coagulation, secondaire aux hémorragies.

## **2-5. FACTEURS ETIOLOGIQUES**

Les étiologies du placenta praevia sont mal connues, mais il existe des facteurs favorisants qui sont les suivants :

### **2-5-1 La multiparité**

Dans la plupart des statistiques rapportées par BOOG [4] le placenta praevia survenait 4 à 5 fois plus fréquemment chez la multipare que chez la primipare.

### **2-5-2 Les grossesses gémellaires**

Dans les grossesses gémellaires, la surface importante du placenta explique aisément son débord sur le segment inférieur. Brenner cité par BOOG [4] constatait que le risque d'insertion basse était multiplié par 2 en cas de grossesse multiple.

### **2-5-3 L'infection de l'endomètre**

Les séquelles d'infection de l'endomètre sont à l'origine de l'insertion basse du placenta [4].

### **2-5-4 Les cicatrices utérines**

Les cicatrices utérines en rapport avec une myomectomie, une synéchie ou une hystérotomie pour césarienne constituent des facteurs favorisants, dans l'apparition d'un placenta praevia.

### **2-5-5 Les antécédents d'avortement**

Les lésions de curetage expliqueraient la mauvaise influence de l'avortement auxquelles s'ajouteraient les effets de l'infection utérine.

### **2-5-6 Les antécédents de placenta praevia**

Le risque de récurrence est multiplié par 5 ou par 6 s'il y a une notion de placenta bas inséré dans les antécédents [5,31].

### **2-5-7 La notion d'intoxication tabagique**

Dans les pays développés, le tabagisme chez la femme enceinte est un facteur de risque qu'il convient de noter [ 34]. En effet dans ces pays 20 à 30 % des femmes fumeraient [ 3, 14, 18, 32, 39]. L'intoxication tabagique au cours de la grossesse serait un facteur déterminant dans l'apparition du placenta praevia.

### **2-5-8 Autres facteurs étiologiques**

- L'âge maternel : La fréquence du placenta praevia augmente avec l'âge.
- Les malformations utérines
- Les fibromes sous muqueux.

## **2-6 ETUDE CLINIQUE**

### **2-6-1 Forme typique de description : le placenta praevia au cours de la grossesse**

#### **2-6-1-1 Signes fonctionnels.**

- L'hémorragie est le signe d'appel constant. Les hémorragies résument la symptomatologie fonctionnelle de l'insertion basse du placenta et constituent toute la gravité de l'affection. Elles sont indolores et faites de sang rouge. Le début est brusque, imprévisible, sans cause apparente. D'abondance variable, souvent modérée, elles cessent spontanément mais récidivent plus ou moins vite. Parfois, l'hémorragie est d'emblée très abondante.

- La rupture prématurée des membranes est un accident fréquent dans l'évolution du placenta praevia. Elle survient parfois dans un contexte d'hémorragies répétées, ayant fait évoquer un placenta praevia. Elle peut survenir au décours des contractions physiologiques de BRAXTON-HICKS. Elle est facile à reconnaître, la femme "perd de l'eau" et non du sang. Elle a été observée dans 16% des cas par RIVIERE cité par HENRION [15].



### **2-6-1-2 Signes généraux**

Les signes généraux sont fonction de l'importance de l'hémorragie. Ils constituent des éléments importants d'appréciation de la conduite à tenir. D'où la nécessité de l'évaluation de l'anémie, de la tension artérielle, du pouls et de la diurèse.

### **2-6-1-3 Signes physiques**

L'examen obstétrical met en évidence un utérus souple. Les bruits du cœur fœtal sont bien perçus à l'auscultation. Au spéculum, le col est sain et on peut avoir des caillots de sang dans le vagin.

L'examen au spéculum confirme l'origine endo-utérine de l'hémorragie.

Le toucher vaginal recherche le "signe du matelas" (sensation de masse spongieuse située entre les doigts et la présentation). Lors du toucher vaginal, il faut éviter de provoquer le décollement du placenta car cela pourrait aggraver l'hémorragie. Il faut éviter les touchers vaginaux répétés. Pendant la grossesse, le toucher vaginal fait de façon prudente confirme plutôt la mauvaise accommodation de la présentation (col long, fermé). Le signe du matelas est rarement retrouvé pendant la grossesse.

### **NB**

L'examen au spéculum et le toucher vaginal doivent se faire avec beaucoup de prudence.

### **2-6-1-4 Les examens complémentaires**

La localisation placentaire a longtemps fait appel à différentes méthodes comme la radiographie, la thermographie, la scintigraphie. Ces différentes méthodes sont aujourd'hui abandonnées au profit de l'échographie. En effet, l'examen capital actuellement nécessaire au diagnostic de l'insertion basse du placenta est l'échographie. L'exploration échographique du placenta dans la surveillance de la grossesse s'avère utile. C'est une méthode rapide, très précise et sans danger pour le fœtus et la mère. Il existe deux (2) méthodes d'exploration échographique :

- L'échographie par voie abdominale est la méthode la plus utilisée.
- L'échographie par voie transvaginale semble plus performante que la voie abdominale, mais son utilisation est limitée par les risques hémorragiques potentiels identiques à ceux du toucher vaginal [7,9,10,11,17,26,27].  
Grâce à l'échographie, le placenta est localisé dès la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse.

#### **2-6-1-5 Evolution/pronostic**

- L'évolution pendant la grossesse : les hémorragies ont tendance à se répéter. Certaines restent modérées et espacées, d'autres sont si rapprochées qu'elles retentissent gravement sur l'état général.

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

- L'évolution pendant le travail : Lorsque l'insertion du placenta n'est pas centrale, la rupture spontanée précoce des membranes est une éventualité heureuse après laquelle l'hémorragie s'arrête souvent. Elle favorise en outre l'accommodation et la descente de la présentation, qui, elle aussi, fait cesser l'hémorragie en comprimant la partie décollée du placenta. Mais l'hémorragie peut persister et aggraver le pronostic maternel. Elle peut être la cause d'une procidence du cordon.

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 généralement avec le début du travail et qui entraînent la mort avant qu'on ne puisse mettre en œuvre le traitement.

L'ouverture prématurée ou précoce de l'œuf prédispose à l'infection amniotique, facilitée par la spoliation sanguine.

- L'évolution pendant la délivrance est souvent facile et rapide, le placenta étant déjà 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.

- L'évolution dans les suites de couches peut être compliquée de thrombophlébites surtout pelviennes

- Le pronostic : au XIX<sup>ème</sup> siècle, la mortalité maternelle avoisinait les 30% et la mortalité fœtale dépassait 60% [7]. Ce pronostic de nos jours a été amélioré grâce à la prise en charge précoce des pathologies obstétricales [12,40,42].

- Le pronostic maternel : la mort par infection est devenue quasi nulle mais la mort par hémorragie brutale, par choc, reste possible.
- Le pronostic fœtal : parfois prématuré, exposé à la présentation vicieuse, à la procidence du cordon, le fœtus est surtout menacé par l'anoxie, conséquence de l'hémorragie. L'enfant naît souvent pâle et reste fragile dans les premiers jours de la vie.

## **2-6-2 : Les formes cliniques**

### **2-6-2-1 : Le placenta praevia au cours du travail**

La clinique est dominée par les hémorragies. C'est une hémorragie d'apparition brutale, provoquée par les contractions utérines et faite de sang rouge. Son abondance est variable selon les phases du travail, l'état de la poche des eaux et selon la variété clinique du

placenta praevia (recouvrante ou non recouvrante). La rupture large des membranes peut arrêter cette hémorragie.

- Les signes généraux sont en général, proportionnels à la perte sanguine. Cependant, il n'est pas rare d'observer des collapsus pour des hémorragies peu abondantes chez des femmes antérieurement anémiées par des hémorragies de fin de grossesse.
- A l'examen clinique :
  - L'utérus est souple en dehors des contractions, ce qui permet d'éliminer le décollement prématuré du placenta normalement inséré.
  - La présentation est souvent irrégulière, ou haute et mal accommodée. Les bruits du cœur fœtal sont présents et on appréciera leur rythme et leur régularité.

Le toucher vaginal doit être fait avec beaucoup de prudence. Il permet d'apprécier la variété clinique du placenta praevia et d'apprécier l'intégrité des membranes dans les variétés non recouvrantes.

Le placenta peut être perçu comme un épaissement entre le segment inférieur et la présentation (matelas placentaire).

Dans les variétés non recouvrantes, le toucher vaginal peut percevoir le bord placentaire (placenta praevia latéral ou marginal). D'une manière générale, pendant le travail, lorsque la dilatation est suffisante la clinique elle seule suffit à poser le diagnostic. Par contre, la confirmation diagnostique peut être obtenue par l'examen échographique et/ou l'examen du placenta après la délivrance par la mesure du petit côté des membranes (< à 10 cm).

#### **2-6-2-2 : Les formes asymptomatiques**

Les formes asymptomatiques peuvent être découvertes à l'occasion de l'examen du placenta après la délivrance (petit côté des membranes inférieur à 10 cm). D'autres ne sont

reconnues qu'à l'occasion d'une présentation transversale, d'une échographie ou lors d'une césarienne pratiquée avant le début du travail en raison d'une grossesse pathologique.

Il faut penser quelquefois à l'éventualité d'une inscrtion basse du placenta et demander une échographie en cas de présentation instable ou de tête haute et mobile chez une primigeste et chez une multipare déjà césarisée.

### **2-6-2-3 Les formes anatomiques**

Elles sont de diagnostic échographique. Les formes anatomiques peuvent se regrouper de la façon suivante :

- Le placenta central : il est fréquent [8]. Au cours de la grossesse, il reste le plus souvent muet et ne se démasque qu'au début du travail par des hémorragies cataclysmiques, mettant en jeu le pronostic maternel et fœtal.
- Le placenta marginal antérieur : Il est redoutable par les hémorragies per-opératoires qu'il cause et fait souvent discuter le type d'hystérotomie au cours de la césarienne.
- Le plaecenta marginal postérieur : c'est une variété dangereuse de placenta praevia, car elle est hémorragique et dystocique du fait de la diminution de la capacité pelvienne qu'elle entraîne.
- Le placenta latéral droit ou gauche est moins hémorragique que les autres formes.

### **2-6-2-4 Les formes associées**

L'insertion basse du placenta peut être normale, quand on considère les différentes couches de l'utérus. Mais il arrive que cette insertion du placenta praevia soit anormale, c'est-à-dire déborde la spongieuse pour atteindre le myomètre voire dépasser celui-ci.

Nous pouvons distinguer :

- le placenta accreta vrai : Les villosités adhèrent au myomètre mais ne le pénètrent pas. Cette insertion intéresse la couche spongieuse.
- le placenta incréta : Le myomètre est envahi dans ce cas.
- le placenta percréta : Le myomètre est débordé.

Cette insertion accreta peut être par ailleurs :

- totale (toute la zone d'insertion est concernée).
- partielle (Seuls quelques cotylédons sont concernés).
- focale (quelques zones isolées sont concernées).

Cette forme d'insertion survient surtout sur une cicatrice utérine (curetage hystérorraphie, myomectomie), bien souvent, elle s'observe à la suite d'avortements répétés. Les risques de rupture utérine et d'hémorragie sont considérables.

Autre forme associée : placenta praevia et hématome retro-placentaire.

### **2-6-3 L'examen du placenta**

Il peut se faire en salle de travail ou au laboratoire. Il doit comporter :

Une inspection minutieuse :

**du placenta :**

- Intégrité de la plaque basale
- Anomalie de la configuration (lobes succenturiata, placenta duplex, bi ou tripartita, membraneux), parfois responsables d'hypotrophie fœtale ou d'hémorragie de la délivrance.

**des membranes :**

- Couleur : normale (bleutée), teintée de méconium, « opaque » évoquant une chorio-amnionite, amnios noueux ...
- Mode d'insertion : marginale normale, circummarginata (anneau blanc au pourtour de la plaque chorale) très fréquent (20 % des placentas) et sans conséquence pathologique, circumvallata (avec bourrelet placentaire extrachorial), souvent associée à la prématurité ou à l'hématome décidual marginal.

**du cordon**

- Longueur (risque de circulaire et de nœuds pour les cordons longs, risque d'arrachement pour les cordons courts).
- Lieu et mode d'insertion : habituellement excentré sur la plaque chorale, voire marginal, le cordon peut s'insérer dans les membranes libres (insertion vélamenteuse) dans 1 % des cas, ce qui crée un risque d'hypotrophie fœtale et de rupture vasculaire à l'accouchement (hémorragie de BENKISER).
- Nombre de vaisseaux à vérifier sur plusieurs sections : normalement deux artères et une veine.

**La pesée**

La pesée se fait après avoir coupé les membranes et le cordon à 1 cm du placenta.

L'hypotrophie placentaire (poids < 300 g) est habituellement associée à l'hypotrophie fœtale.

L'hypertrophie (poids > 700g) est caractéristique de l'hydrops placentaire, et s'observe dans certains diabètes.

Cet examen doit se faire de préférence en salle de travail immédiatement après l'accouchement à l'état frais et ses conclusions viennent compléter le dossier pédiatrique le jour de la naissance, ainsi que le dossier obstétrical.

### 2-6-2 Diagnostic différentiel

Devant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse outre le placenta praevia, il faut penser à évoquer :

- **Le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) ou hématome rétroplacentaire.** Il peut coexister avec le placenta praevia, mais habituellement, il s'agit d'un véritable tableau de gestose avec protéinurie et une hypertension artérielle.

Le début classiquement est brutal, marqué par une douleur abdominale violente diffusant rapidement à tout l'utérus. Cette douleur est accompagnée de métrorragies faites de sang noirâtre incoagulable et minime contrastant avec l'état de choc.

L'examen obstétrical met en évidence un utérus tendu, spontanément douloureux et encore plus lors de la palpation. Sur ce fond de contracture, il est difficile de percevoir les contractions utérines.

L'augmentation de la hauteur utérine traduit l'augmentation du volume de l'hématome rétro-placentaire.

Au toucher vaginal, le segment inférieur est dur, ligneux, tendu.

Les bruits du cœur fœtal sont malheureusement souvent absents à l'auscultation.

Les urines sont rares et souvent la protéinurie est massive.



- **La rupture utérine** : Elle est en général spontanée et survient sur un utérus fragilisé.

Cliniquement, elle associe un hémopéritoine plus une douleur segmentaire puis abdominale persistant entre les contractions utérines et un tableau de choc plus ou moins important. Il y a également une modification du contour de l'utérus avec une superficialité du fœtus et une souffrance aiguë ou une mort du fœtus fréquemment. Au niveau vulvaire une hémorragie minime peut s'extérioriser.

- **La rupture d'un vaisseau praevia ou hémorragie de BENKISER**

Elle ne se voit qu'en cas d'insertion vélamenteuse du cordon. Le diagnostic est difficile.

L'examen au spéculum montre l'origine intra-utérine du saignement. L'état général maternel est bien conservé malgré l'hémorragie.

Le monitoring obstétrical montre souvent des signes de souffrance fœtale. C'est l'examen du placenta qui donne le diagnostic exact.

- **Les hémorragies cervicales et vaginales**

Le diagnostic est réalisé par l'examen au spéculum qui peut montrer : un cancer du col utérin, la rupture d'une varice cervico-vaginale, une inflammation du col ou une lésion traumatique vaginale. L'hémorragie est modérée et le traitement local est effectué en fonction de la cause.

- **Le melæna Intra-utérin**

Cette affection est rare et se traduit par l'écoulement d'un liquide amniotique sanglant. L'état général maternel est normal mais il y a des signes de souffrance fœtale.

## 2-7 TRAITEMENT

### 2-7-1 Buts

Les buts du traitement sont :

- arrêter l'hémorragie
- sauver la mère et le produit de conception.

### 2-7-2 Moyens

#### - **Médicaux (les tocolytiques)**

#### - **Obstétricaux**

Les moyens obstétricaux sont essentiellement l'expectative, le repos et la Surveillance. La rupture artificielle des membranes et l'accouchement par voie basse.

L'accouchement par voie basse doit être préférée dans toute les variétés latérales associées à une présentation céphalique. La rupture rapide de la poche des eaux doit arrêter l'hémorragie. La délivrance artificielle et la révision utérine sont préconisées.

#### - **Chirurgicaux**

La césarienne est recommandée dans les formes symptomatiques et les variétés recouvrantes voire marginales et chaque fois qu'il existe un problème associé.

- La césarienne segmentaire : compte tenu du moindre risque de déhiscence et de rupture utérine ultérieures, l'hystérotomie segmentaire est préférée par la plupart des auteurs (64 à 92 %).

Dans 3/4 des cas, l'incision est transversale car elle permet une meilleure vision des sinus veineux béants. Le fœtus est en général

extrait après décollement du bord inférieur du placenta ou après passage à travers le placenta.

L'incision segmentaire verticale est préférable en cas de grande prématurité ou en cas de présentation transversale.

- La césarienne corporéale : cette incision est de moins en moins employée. Elle reste justifiée s'il existe de larges varicosités rétrovésicales ou des adhérences vésico-utérines difficiles à cliver dans un contexte d'extraction rapide indispensable.
- La césarienne suivie d'hystérectomie : elle peut donner une sécurité d'hémostase plus grande que la simple césarienne au cours d'une hémorragie particulièrement grave. Elle ne concerne que de très rares indications, chez la femme ayant eu plusieurs accouchements, lorsque le segment inférieur apparaît de mauvaise qualité, impropre à assurer l'hémostase, même avec l'aide des moyens médicamenteux.

#### - **La réanimation**

- La réanimation de la mère consiste à la transfusion sanguine isogroupe isorhésus en fonction des pertes sanguines. La spoliation sanguine est cliniquement difficile à évaluer. Elle est faite sur la base de la coloration des conjonctives, de la tension artérielle, du taux d'hémoglobine ou du taux d'hématocrite.

La patiente doit être installée en décubitus latéral avec un angle de 15°. Il faut une bonne voie veineuse afin de procéder à un remplissage vasculaire.

Une oxygénation au masque, à un débit de 6 à 8 l par minute

améliore la pression partielle en oxygène de la mère et du fœtus.

- La réanimation du nouveau né se fait grâce à du matériel adapté et aux différents médicaments utilisés en réanimation néonatale (masque à oxygène, matériel de désobstruction cathéter....)

### **2-7-3 indications**

Les indications sont fonction de l'importance de l'hémorragie, de la localisation placentaire et de l'âge gestationnel.

#### ***- Pendant la grossesse***

- Si l'hémorragie est importante, la césarienne est le seul traitement permettant de contrôler l'hémostase. Dans ce cas, le pronostic fœtal est d'autant plus réservé que l'on est loin du terme.
- Si l'hémorragie est modérée, en l'absence de souffrance fœtale, la mise au repos pour arrêter l'hémorragie et un traitement tocolytique prudent peuvent alors permettre la prolongation de la grossesse si possible jusqu'à 34 semaines. Mais il faut, bien sûr, connaître les risques des bêta-mimétiques qui sont contre-indiqués en période hémorragique du fait de leur effet vasodilatateur.

#### ***- Pendant le travail***

- La césarienne immédiate s'impose si le placenta est recouvrant, si l'hémorragie est abondante, mettant en danger la vie de la mère et s'il y a une souffrance fœtale ou une présentation autre que le sommet.
- La rupture artificielle des membranes peut être proposée si le placenta est latéral ou marginal, l'hémorragie modérée, la présentation céphalique. Si la présentation descend et l'hémorragie diminue, l'accouchement est

souvent possible par les voies naturelles, il faut cependant surveiller étroitement la patiente et la vitalité fœtale. En cas de reprise de l'hémorragie ou de dilatation traînante ou de souffrance fœtale, la césarienne est pratiquée.

- ***Pendant la délivrance***

Il faut surveiller la parturiente. Le décollement du placenta est d'habitude retardé, car il est inséré sur le segment inférieur, dont la contraction est mauvaise. Une délivrance artificielle suivie de la révision utérine devra se faire obligatoirement

- ***Pendant les suites de couches***

Durant cette période, il faut éviter les complications de thrombophlébites surtout pelviennes. L'anémie doit être corrigée car ces femmes qui ont saigné restent plus longtemps fatiguées. Il faut également assurer une bonne rétraction de l'utérus et prévenir l'infection en donnant des antibiotiques.

**OBJECTIFS**

## **I .OBJECTIF GENERAL**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et le pronostic materno-fœtal du placenta praevia au cours du travail à la maternité du CHNYO.

## **II .OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer la fréquence du placenta praevia au cours du travail dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHNYO.
- Identifier le profil épidémiologique des parturientes admises pour placenta praevia au cours du travail.
- Décrire les aspects cliniques et la prise en charge du placenta praevia au cours du travail.
- Evaluer le pronostic maternel au cours du placenta praevia lors du travail.
- Evaluer le pronostic fœtal au cours du placenta praevia lors du travail.

# **METHODOLOGIE**



## **4-1 CADRE DE L'ETUDE**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHNYO).

### **4-1-1 Le CHN-YO**

Le CHN-YO est situé dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina-Faso. C'est un hôpital national de référence.

Les malades qui y sont admis proviennent des autres structures sanitaires de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes.

Le CHNYO comporte des services de médecine et de spécialités médicales, des services de chirurgie et des spécialités chirurgicales, et des services techniques d'appui notamment un laboratoire d'analyses médicales, une banque de sang, un service d'imagerie médicale, une pharmacie et un service administratif.

### **4-1-2 - Le service de gynéco-obstétrique**

#### **4-1-2-1- Les infrastructures**

Elles se composent de :

- une salle d'accouchement ;
- un bloc opératoire composé de 3 salles dont l'une pour les interventions d'urgence et les deux autres pour les interventions inscrites au programme opératoire.
- une unité d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).
- un service d'hospitalisation organisé en unités :
  - une unité de soins intensifs ;
  - une unité de grossesses pathologiques ;
  - une unité de réanimation ;

une unité de post-opérées ;  
et une salle de pré-travail ;

- une crèche ;
- une unité de planification familiale ;
- un service de consultation externe ;
- un secrétariat ;
- un service d'état civil.

#### **4-1-2-2 Le personnel**

Le personnel permanent se composait de :

- Dix (10) spécialistes en gynécologie obstétrique dont deux (2) professeurs agrégés.
- Un (1) médecin anesthésiste-réanimateur ;
- Trente trois (33) sages-femmes et maïeuticiens ;
- Dix (10) infirmières d'état ;
- Sept (7) infirmiers d'état ;
- Sept (7) filles et garçons de salles ;
- Le personnel du bloc opératoire (aides opérateurs, infirmières, anesthésistes).

Ce personnel était appuyé par :

- Dix-huit (18) médecins en CES de gynéco-obstétrique ;
- Cinq (5) stagiaires internés ;
- Neuf (9) stagiaires externes ;
- Les élèves infirmiers et sages-femmes.

#### **4-1-2-3- Les activités du service**

L'une des principales activités du service est la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales. En effet, les services fonctionnent en permanence sous la responsabilité d'un médecin de garde qui dirige une équipe de garde comprenant :

- Un médecin en spécialisation de gynécologie-obstétrique (CES) ;
- Un stagiaire interné ;
- Un aide-anesthésiste ;
- Un aide-opérateur ;
- Trois (3) sages-femmes d'état et/ou maïeuticiens d'état
- Une infirmière ;
- Trois (3) garçons et/ou filles de salle

#### **4-2- TYPE ET PERIODE D'ETUDE**

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur deux (2) ans, du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 décembre 2002.

#### **4-3- MATERIEL ET METHODES**

L'étude a porté sur les parturientes évacuées des provinces environnantes et celles évacuées ou venues spontanément d'elles-mêmes des quartiers et banlieues de Ouagadougou.

L'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée a été calculé en fonction de la date des dernières règles lorsque celle-ci était connue.

Nous avons estimé par ailleurs l'âge gestationnel en mois à partir de la hauteur utérine au cas où la date des dernières règles n'était pas connue.

#### **4-3-1- Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans l'étude :

- les patientes admises pour placenta praevia au cours du travail. Ces patientes étaient soit :
  - des primipares ( 1 accouchement)
  - des paucipares ( 2 ou accouchements)
  - des multipares (4 accouchements)
  - des grandes multipares (supérieur à 5 accouchements).
- les patientes chez lesquelles la mesure du petit coté des membranes après accouchement était inférieure à 10 cm.

#### **4-3-2- Critères d'exclusion**

Ont été exclues de l'étude :

- Les patientes dont les dossiers cliniques portent le diagnostic d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse autre que le placenta praevia (HRP, rupture utérine).

#### **4-3-3- Collecte des données**

Une fiche a servi de support à la collecte des données qui s'est faite à partir du matériel suivant :

- Les registres d'admission ;
- Les dossiers cliniques ;
- Les protocoles opératoires.

La fiche comportait les renseignements suivants :

- Le numéro de la fiche ;
- L'identité de la parturiente ;

- Les antécédents ;
- L'histoire de la grossesse ;
- L'examen clinique ;
- Les examens paracliniques ;
- La prise en charge ;
- L'évolution et les complications.

#### **4-4- SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES**

Nos données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur grâce au logiciel Epi-info dans sa version 6.04.

La différence a été considérée comme statistiquement significative pour une valeur de  $p < 0,05$ .

**RESULTATS**

## 5-1 LA FREQUENCE

Au cours de la période d'étude 8 681 accouchements ont été dénombrés avec 148 cas de placenta praevia soit une fréquence de 1,7 %

Parmi les 148 cas de placenta praevia, nous avons relevé :

- 62 cas de placenta praevia hémorragique (42 %)
- 86 cas de placenta praevia asymptomatique (58 %)

## 5-2 LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

### 5-2-1 L'âge

L'âge moyen des patientes était de 28,5 ans avec des extrêmes de 17 et 44 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 – 29 ans.

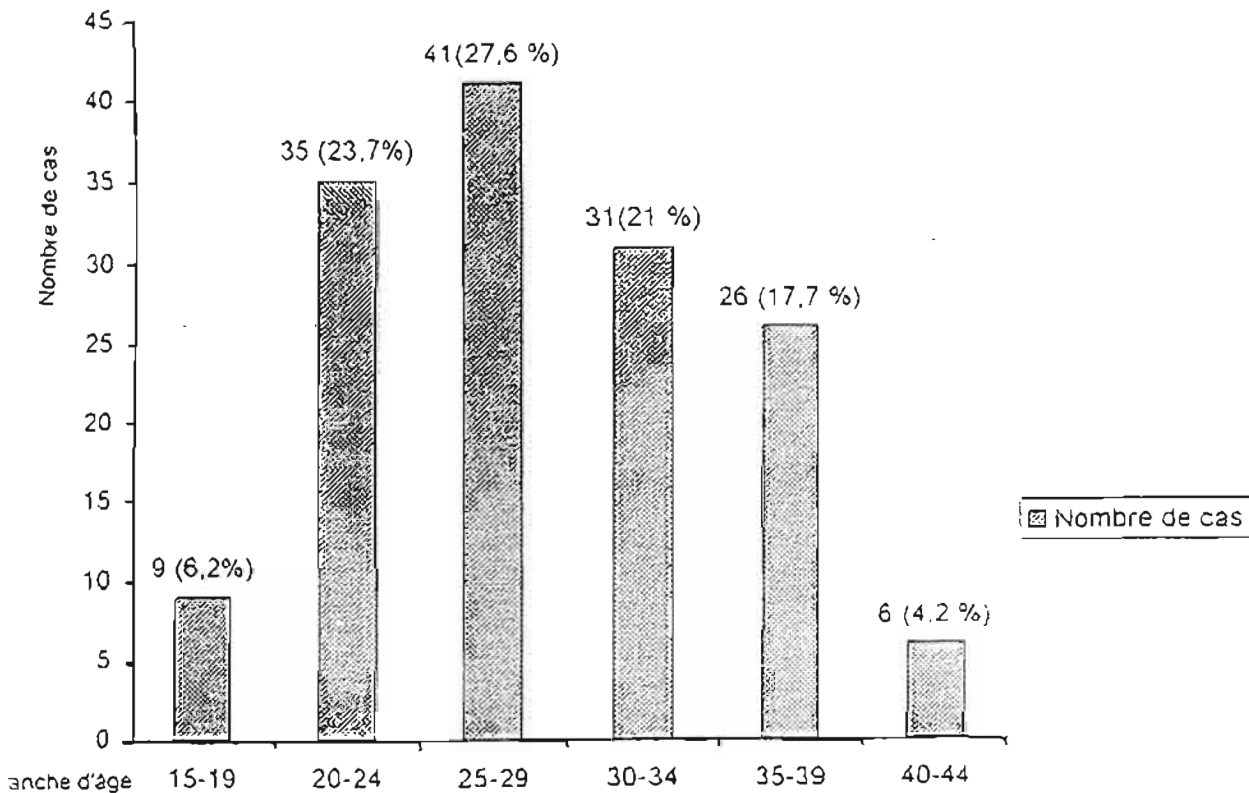


Figure n°1 : Distribution de la fréquence du placenta praevia selon l'âge des parturientes admises à la maternité du CHN-YO de 2001 à 2002

### 5-2-2 LA PARITE

La parité moyenne était de 2,5. La plus grande parité était de 10. Nous avons considéré 4 classes.

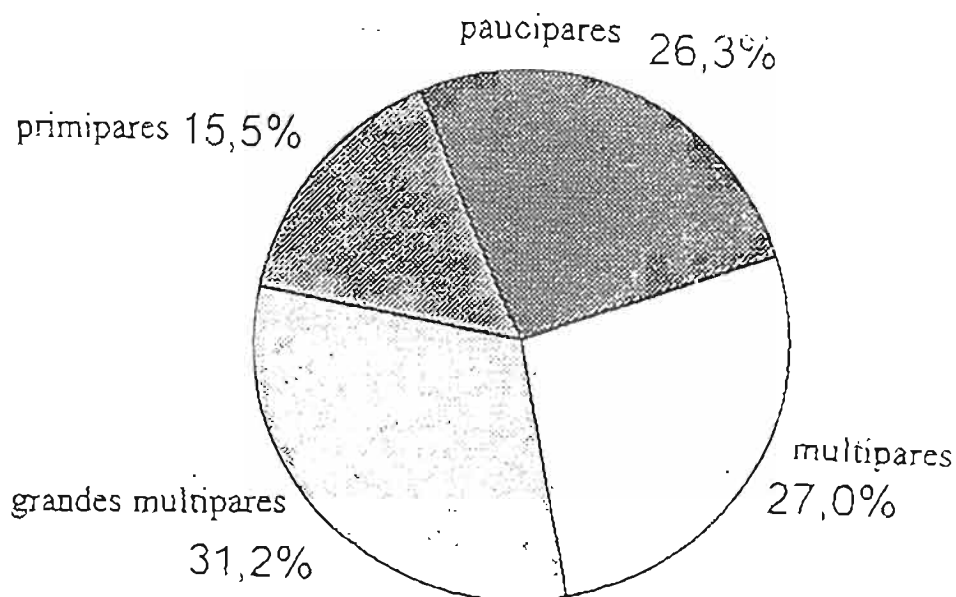


Figure n°2 Distribution de la fréquence du placenta praevia selon la parité des parturientes

Les grandes multipares (> à 5 accouchements) sont les plus représentées avec 31,2 % des cas.

Les primipares ( un accouchement) sont les moins représentées avec 15,5 % des cas.



### 5-2-3 La provenance

Parmi les 148 parturientes qui présentaient un placenta praevia 89 (60 %) provenaient des provinces (provinces distantes de 35 à 150 km de la ville de Ouagadougou) et 59 (40 %) ont été référées des formations sanitaires des différents secteurs de la ville de Ouagadougou.

### 5-2-4 La profession

La répartition des patientes selon la profession est rapportée au tableau I

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
Ménagères	76	51,4 %
Commerçantes	30	20,3 %
Fonctionnaires	25	16,9 %
Elèves et étudiantes	10	6,7 %
Autres	7	4,7 %
Total	148	100 %

La profession a été mentionnée chez toutes les patientes. Les ménagères étaient prédominantes (51,4 %).

Le tableau I montre la répartition des patientes selon la profession.

### **5-3 ASPECTS CLINIQUES**

#### **5-3-1 L'hémorragie**

Nous avons noté 62 cas soit 42 % de patientes qui ont été admises pour hémorragie.

#### **5-3-2 La rupture prématurée des membranes**

Nous avons relevé sept (7) cas de rupture prématurée des membranes soit 4,7 %.

### **5-4 VARIETES ANATOMO-CLINIQUES**

Au cours de notre étude nous avons noté trois (3) dossiers dans lesquels le type de placenta praevia n'avait pas été précisé. La précision du type de placenta praevia a été faite dans 145 dossiers et il y avait :

- 31 cas de placenta praevia recouvrant (21,4 %)
- 114 cas de placenta praevia non recouvrant (78,6 %)

### **5-5 LES FACTEURS FAVORISANTS**

Nous avons considéré dans notre étude les facteurs favorisants suivants :

- Les multipares
- Les antécédents d'avortements
- Les antécédents d'utérus cicatriciels
- Les antécédents de grossesses multiples

### **5-5-1 La multiparité**

Les multipares étaient au nombre de 40 soit 27 %.

### **5-5-2 Les avortements**

Nous avons noté 36 cas soit 24,3 % qui se répartissaient comme suit :

- 34 cas d'avortements spontanés
- 2 cas d'avortements provoqués clandestins.

### **5-5-3 Les utérus cicatriciels**

Les utérus cicatriciels ont été retrouvés chez 4 patientes (2,7 %). Les indications de la césarienne chez ces parturientes étaient représentées par la souffrance fœtale aiguë et le bassin généralement rétréci.

### **5-5-4 Les grossesses multiples**

Nous avons noté une grossesse gémellaire chez trois (3) patientes soit 2, %.

## **5-6 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

### **5-6-1 La transfusion sanguine**

La répartition des variétés anatomo-cliniques en fonction de la transfusion sanguine est représentée par le tableau suivant :

Tableau II : Variétés anatomo-cliniques et transfusion sanguine (n = 145)

<b>VARIETES</b>	<b>TRANSFUSEES</b>	<b>NON TRANSFUSEES</b>	<b>TOTAL</b>
Recouvrante	29	2	31
Non recouvrante	18	96	114
Total	47	98	145

$p = 0,001$

La différence est statistiquement significative

Les patientes présentant un placenta praevia recouvrant ont été les plus transfusées.

### **5-6-2 Le mode d'accouchement**

Nous avons noté chez les 148 parturientes :

- 44 césariennes (29,7 %)
- 104 accouchements par voie basse (70,3 %).

Les indications de ces 44 césariennes étaient les suivantes :

- 31 cas pour placenta praevia hémorragique recouvrant (70,5 %)
- 10 cas pour souffrance fœtale (22,7%)
- 3 cas pour présentation transversale (6,8 %)

## 5-7 LE PRONOSTIC

### 5-7-1 Le pronostic maternel

Nous avons déploré 8 décès maternels parmi les 148 cas de placenta praevia soit un taux de létalité de 5,4 %.

Les naissances vivantes étaient de 100 soit un taux de mortalité maternelle de 8 %.

#### 5-7-1.1 Tableau III : Mortalité maternelle en fonction du lieu et de la distance d'évacuation

Zone d'évacuation	Nombre de parturientes	Nombre de décès	Pourcentage
Ouagadougou et banlieues	59	1	1,6 %
Provinces (35 à 150 km)	89	7	7,8 %
Total	148	8	5,4 %

$p = 0,000$

La différence est statistiquement significative.

La mortalité est relativement plus élevée, chez les patientes venant des provinces.

### **5-7-1.2 Mortalité maternelle en fonction de la variété anatomo-clinique du placenta praevia**

- 6 parturientes décédées présentaient un placenta praevia recouvrant soit 19,3 %
- 2 parturientes décédées présentaient un placenta non recouvrant soit 1,7 %.

### **5-7-1.3 Mortalité maternelle en fonction du mode d'accouchement**

- 3 patientes sont décédées avant toute thérapeutique à l'admission
- sur 44 césariennes ; il y a eu 4 décès répartis comme suit :
  - 2 décès en per-opératoire par arrêt cardiaque
  - 2 décès en post-opératoire par anémie décompensée.
- Sur 104 accouchements par voie basse, nous avons noté 1 décès maternel par choc hémorragique.

### **5-7-1.4 Caractéristiques des femmes décédées**

Nous avons dénombré 8 cas de décès sur un total de 148 cas de placenta praevia soit un taux de mortalité de 5,4 %.

- L'âge : la plus jeune des décédées avait 18 ans et la plus âgée 37 ans.
- La parité : la parité des femmes décédées était la suivante :

Tableau IV : Distribution des décès selon la parité

<b>PARITE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Primipare	1	13 %
Paucipare	2	25 %
multipare	2	25 %
Grande multipare	3	37 %
Total	8	100 %

- La provenance : les patientes évacuées des provinces autres que le Kadiogo ont représenté 87,5 % des cas de décès.

### 5-7-1 Le pronostic fœtal

Nous avons relevé 51 décès fœtaux parmi 151 naissances soit une mortalité de 33,7 %.

Nous avons noté :

- 89 nouveaux nés en bon état
- 32 souffrance fœtal avec 21 décès
- 30 morts apparentes avec 30 décès.

### 5-7-2.1 Pronostic fœtal en fonction du poids de naissance

Nous avons noté 51 décès fœtaux dont 36 avaient un poids de naissance inférieur ou égal à 2 500 grammes soit 70,5 % et 15 avaient un poids supérieur à 2 500 grammes soit 29,5 % des cas.

La répartition de la mortalité fœtale en fonction du poids de naissance est représentée par le tableau suivant :

Tableau V : Mortalité fœtale en fonction du poids de naissance (n = 51)

Poids du fœtus en grammes	1 850 g – 2 500 g	2 520 g – 3850 g	Total
Nombre de cas	36	15	51
Mortalité fœtale	70,5 %	29,5 %	100 %

$p = 0,001$

La différence est statistiquement significative.

La mortalité fœtale est deux (2) fois plus élevée chez les nouveau-nés pesant 2 500 grammes et moins que chez les nouveau-nés pesant plus de 2 500 grammes

#### **5-7-2-2 Pronostic fœtal en fonction des complications obstétricales**

- La procidence du cordon : nous avons noté 4 procidences du cordon avec la mort de 3 nouveau-nés.
- Les présentations du siège étaient au nombre de 6 avec 2 décès.
- Les présentations transversales furent de 8 cas avec la mort de 3 nouveau-nés.



**COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION**

## 6-1 LIMITES DE L'ETUDE

En raison du caractère rétrospectif de l'étude, un certain nombre de variables n'a pu être mesuré. Ainsi nous avons pu noter :

- L'insuffisance ou l'absence d'informations médicales dans certains cas dues à la mauvaise tenue des dossiers ont pu introduire des biais dans le recueil et le traitement des données.
- L'absence presque totale des données échographiques.

## 6-2 LA FREQUENCE

La fréquence du placenta praevia au cours de notre étude était de 1,7 %.

GAZOBY [15] au Niger a noté une fréquence de 1,98 %.

GHAZLI [16] au Maroc a trouvé une fréquence de 1,64 %.

HOUESSO [19] au Bénin a relevé une fréquence de 1,75 %.

Nos résultats sont similaires à ceux de HOUESSO [19].

L'élévation de la fréquence du placenta praevia en Afrique a été décrite par HOUESSO [19]. Cette grande fréquence en Afrique s'expliquerait par certains facteurs de risque comme : la multiparité, les avortements à risques et également par le fait que presque toutes les études ont été faites dans des services de référence pour les grandes pathologies obstétricales.

### **6-3 LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE**

#### **6-3-1 L'âge**

Dans notre étude, nous avons noté un âge moyen de 28,5 ans avec un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 25 – 29 ans (27,6 %).

Plusieurs auteurs [7, 19, 38] ont trouvé un âge moyen de 27,5 ans avec un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 24-28 ans. (29,3 %).

L'âge moyen de 28,5 ans retrouvé dans notre étude s'expliquerait par le fait que les femmes de cet âge sont déjà des multipares (4 accouchements en moyenne). En effet le mariage précoce augmente considérablement la proportion de multipares jeunes susceptibles de faire un placenta praevia.

Les âges extrêmes de 17 et 44 ans nécessitent une surveillance particulière en vue d'une prise en charge adéquate.

#### **6-3-2 La parité**

La parité moyenne était de 2,5 dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui de NACOULMA [38] au Burkina Faso dont l'étude a été réalisée au CHNSS de Bobo-Dioulasso 1990. Il a noté une parité moyenne de 2.

#### **6-3-3 La provenance des parturientes.**

60 % de nos parturientes provenaient des provinces et 40 % ont été référées des autres formations sanitaires des différents secteurs de la ville de Ouagadougou.

Ces résultats sont presque identiques à ceux de NACOULMA [38] au Burkina Faso qui a relevé une fréquence de 58,7 % pour les parturientes provenant des provinces et

41,3 % pour les parturientes référées des formations sanitaires des différents secteurs de la ville de Ouagadougou.

Ce taux élevé de femmes évacuées des provinces pourra s'expliquer par les difficultés de prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales au niveau des formations sanitaires périphériques. La non disponibilité des examens paracliniques (échographie) dans les structures périphériques mais surtout le faible niveau socio-économique de cette population rurale pour faire face aux frais médicaux.

#### **6-3-4 La profession**

Notre population d'étude était représentée par 51,4 % de ménagères. Ce taux est identique à celui de 50,9 % retrouvé par NACOULMA [ 38]. Le manque de moyens financiers rend difficile l'accès aux soins de qualité.

### **6-4 ASPECTS CLINIQUES**

#### **6-4-1 L'hémorragie**

L'hémorragie constitue le maître symptôme dans la pathologie du placenta praevia. Il y avait 42 % de placentas praevia hémorragiques.

HOUESSOU au Bénin a noté une fréquence de 43,5 % de formes hémorragiques.

GHAZLI au Maroc a relevé 39,3 % de formes hémorragiques.

Nos résultats sont superposables à ceux de HOUESSOU.

#### **6-4-2 La rupture prématurée des membranes.**

La rupture prématurée des membranes constitue une complication fréquente dans l'insertion basse du placenta.

Nous avons observé une fréquence de 4,7 %. Ce résultat est comparable à celui de MESSOU [29] qui rapporte une fréquence de 5,5 % des cas. HOUESSOU [19] et NACOULMA [38] ont trouvé respectivement des fréquences plus élevées de 17,2 % et de 24,7 %.

## **6-5 LES VARIETES ANATOMO-CLINIQUES**

Le placenta praevia est une urgence obstétricale surtout lorsqu'il s'agit de la variété recouvrante. En effet, de toutes les variétés anatomo-cliniques de placenta praevia, les plus redoutables demeurent les formes recouvrantes. Souvent elles sont asymptomatiques pendant la grossesse et se révèlent par des hémorragies gravissimes pendant le travail.

Nous avons retrouvé 21,4 % de placentas praevia recouvrants et 78,6 % de placentas praevia non recouvrants. Les résultats observés par différents auteurs sont respectivement les suivants :

HOUESSOU [19] a observé une fréquence de 25,3 % de placenta praevia recouvrants et 74,7 % de placentas praevia non recouvrants.

GHAZLI [16] a noté 23,6 % de placentas praevia recouvrants et 76,4 % de placentas praevia non recouvrants.

## **6-6 LES FACTEURS FAVORISANTS**

Les avortements ont été observés dans 24,3 % des cas. Nos résultats sont presque identiques à ceux de HOUESSOU [19] au Bénin où dans son étude il a trouvé une fréquence de 25,1 %.

NACOULMA [38] et MESSOU [29] ont noté respectivement des fréquences de 78,2 % et 52,8 %.

Les avortements sont susceptibles de favoriser la survenue du placenta praevia.

Les grossesses multiples ont été notées avec une fréquence de 2 %. Ce résultat est comparable à celui de NACOULMA [38] dont le résultat de sa série était de 3,2 % et également de HOUESSO [19] qui était de 3,8 %.

## **6-7 LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.**

La spoliation sanguine est le plus souvent appréciée par la coloration des conjonctives, la tension artérielle, le taux d'hémoglobine et ou le taux d'hématocrite.

Nous avons noté dans notre étude 104 accouchements par voie basse (70,3 %) et 44 césariennes (29,7 %).

Dans le traitement du placenta praevia, surtout dans les formes recouvrantes, la césarienne apparaît comme la seule méthode pour améliorer le pronostic materno-fœtal [7]. Son indication souvent trop tardive peut réduire son efficacité. En ce qui concerne le pronostic fœtal, bien qu'une césarienne puisse résoudre le problème, il n'est pas rare que le retard à l'évacuation soit un facteur de mauvais pronostic.

- Le taux de césarienne des autres auteurs est le suivant :  
18 %, pour NACOULMA [38] et 21 % pour HOUESSO [19].
- Notre taux de césarienne est plus élevé que ceux des autres auteurs et cela pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières années, le nombre croissant de césarienne pour sauvetage maternel a augmenté [12].

## **6-7 LE PRONOSTIC**

### **6-8-1 Le pronostic maternel**

- Dans notre étude le taux de létalité était de 5,4 %.  
NACOULMA [38] au Burkina Faso a noté un taux de 5 % et BOOG [5] en France a noté un taux de létalité de 1,2 %.  
Cette différence est significative

- Ces chiffres élevés en Afrique pourraient s'expliquer par un certain nombre de facteurs de risques qui sont :
  - le retard au diagnostic
  - le retard de la prise de décision
  - la longue distance à parcourir pour les évacuations sanitaires des provinces au centre de référence. Les distances parcourues variaient de 35 à 150 km et quelque fois même plus. En effet des études réalisées au Burkina Faso ont montré que les circonstances meurtrières provenaient des évacuations sanitaires des centres périphériques vers les hôpitaux nationaux [ 23,24,35].
  - le retard aux soins dans les structures de référence.

### **6-8-2 Le pronostic foetal**

Le taux de mortinatalité dans notre étude était de 33,7 %.

- La mortinatalité représente les décès foetaux survenus entre la 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée ( ou 6 mois de grossesse) et l'accouchement.
- HOUESSO [19] au Bénin a fait état d'une fréquence de 47,1 % et MESSOU [29] en Côte d'Ivoire 34,7 % de cas. NACOULMA au Burkina Faso a trouvé une fréquence de 35,2 %.

Nos résultats sont superposables à ceux de MESSOU [ 29] et NACOULMA [38].

Cette mortinatalité élevée pourrait s'expliquer par certains facteurs de risques qui sont :

- la prématurité
- l'insuffisance en moyens de réanimation néonatale (aspirateurs, masques à oxygène....) et en structures d'accueil pour prématurés.

**CONCLUSION**



Au terme de notre étude rétrospective de janvier 2001 à décembre 2002 à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo, nous avons colligé 148 cas de placenta praevia au cours du travail.

1- La fréquence du placenta praevia dans notre étude est de 1,7 %.

L'affection se rencontre chez les femmes primipares ou grandes multipares avec un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 25 - 29 ans (27,6 %).

2- Les variétés anatomo-cliniques du placenta praevia sont représentées par 21,4 % de placenta recouvrant et 78,6 % de placenta non recouvrant.

3- Le taux de mortinatalité est de 33,7 % avec des facteurs de risques comme la prématurité et l'insuffisance en moyens de réanimation néo-natale.

4- Le taux de létalité est de 5,4 %. Ce pronostic est influencé par la distance du lieu d'évacuation à la formation sanitaire de référence et par le retard aux soins dans ces formations sanitaires de référence.

**SUGGESTIONS**

Le placenta praevia pose un problème de prise en charge mettant en jeu le pronostic materno-fœtal. Il est donc important d'émettre des suggestions afin d'améliorer sa prise en charge

### **Aux praticiens**

1. Les obstétriciens doivent faire des consultations prénatales de qualité.
2. Ils doivent veiller à la bonne tenue des dossiers médicaux.

### **Aux autorités sanitaires**

Aujourd'hui, le diagnostic précoce du placenta praevia est possible. Nos autorités se doivent d'aider les praticiens dans le cadre du diagnostic précoce de cette affection . Pour cela il faut :

1. permettre l'accessibilité de l'échographie aux femmes enceintes.
2. créer une unité de réanimation néo-natale au sein de la maternité du CHNYO.
3. mettre en place une banque de sang fonctionnelle au niveau de la maternité pour les urgences obstétricales.

### **A la population et particulièrement aux femmes en âge de procréer.**

prendre conscience du bien fondé des consultations prénatales.

# REFERENCES

**1- ALIHONOU E , TAKPARA I**

Mortalité maternelle en république populaire du Bénin :  
causes et stratégies de lutte.

Séminaire sur la réduction de la mortalité dans les pays en  
développement paris, C.I.E, 1988, 59-79.

**2- BARRY M MOUSSA**

Placenta praevia au CHU de Dakar

Thèse de doctorat en Médecine, Dakar 1993 ; n°950, 110.

**3- BOHOUSSOU K , KONE N, DJANHAN Y.**

Etude épidémiologique de la mortalité maternelle à Abidjan.

Inter fac, 1990 ; 13 : 25-28.

**4- BOOG G**

Le placenta praevia

Encycl-Med-Chir-Paris obstétrique 5069 A<sup>10</sup> 6. 1983

**5- BOOG**

Placenta praevia : Diagnostic, principes et traitement.

Rev Prat (Paris), 1990 ; 40 : 30 – 52.

**6- C ANDRIAMADY RASOARIMAHANDRY,  
M RAKOTOARIMANANA, R J RANJALAMY**

Mortalité maternelle à la maternité de Befelatanana.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2000 ; 29 : 501-508.

**7- COLLIN et COLL**

Métrorragies du troisième trimestre

Rev Prat (Paris), 1991 ; 20 : 260 – 261.

**8- DABIRE A.**

Mortalité maternelle au Burkina-Faso : "Aspects épidémiologiques"

Thèse de doctorat en Médecine, Ouagadougou 1988, n°85, 120.

**9- DIETZ H P , BOOS R, GNIRS J, SCHMIDT W**

Comparison of perineal sonography and abdominal ultrasound examination in  
placenta praevia.

Geburtshilfe Frauenheilkd, 1991 ; 51 (5) : 357-361.

**10- FARINE D , PEISNER DB , TIMOR-TRITSCH I E**

Placenta praevia is the traditional diagnosis approach satisfactory.

J C U, 1990 ; 18 (4) : 328-330.

**11- FARINE D , FOX H E., JAKOBSON S ,  
TIMOR- TRITSCH I E**

Is it really a placenta praevia ?

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1989, 31 (2) : 103-108.

**12- F B DIALLO , M S DIALLOO, S BANGOURA,  
A B DIALLO, Y CAMARA**

Césarienne : facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle au Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée).

Médecine d'Afrique Noire, 1998 ; 45 (6) : 359-364.

**13- FINGERHUT L A , JOEL M A , KLEINMAN C , KENDRICK J**

Smoking before, during and after pregnancy.

Am J Publ Health, 1990 ; 80 : 541-544.

**14- FLOYD R L , RIMER B K , GIOVANNO G A , MULLEN P D,  
SULLIVAN S E**

A review of smoking in pregnancy : Effets on pregnancy outcome and cessation efforts.

Am Rev Publ Health, 1993 ; 14 : 379-411.

**15- GAZOBY Y , SEKOU H , GUEHO C ,  
HAUSSER J C, ALTINE J**

Placenta praevia et césarienne en zone sahélienne : A propos de 473 cas recensés à la maternité centrale de NIAMEY, 1990 ; 13-19.

**16- GHAZLI M , ZINOUN N , SALAH EDDINE A , ADERDOUR  
M, BEKKAY M**

Placenta praevia et pronostic fœtal : A propos de 200 cas.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998 ; 93 (6) : 457 – 463.

**17- GUY G P , PEISNER D B , TIMOR-TRITSCH I E**

Ultrasonographic evaluation of utero placental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas.

Am J Obstet. Gynecol, 1990 ; 163 (3) : 723-727.

**18- HEALTH Canada**

Survey on smoking in Canada, 1994 ; 3 : 220 – 224.

**19- HOUESSO H**

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

Thèse de doctorat en Médecine, Cotonou, 1983 ; n°145, 139.

**20- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE**

Enquête démographique, Ouagadougou : I.N.S.D, 1992 : 558.

**21- KRAMER M D , TAYLOR V , HICKOKDE, DALING J R, VAUGHAN T L , HOLLENBACK KA**

Maternal smoking and placenta praevia.

Epidemiology, 1991 ; 2 (3) : 221-223.

**22- LANKOANDE J , OUEDRAOGO C M R , OUEDRAOGO A , SANOU J , KONE B**

Fréquences et causes de la mortalité maternelle en milieu Hospitalier national de Ouagadougou, Burkina-Faso.

Med Trop, 1998 ; 58 (3) : 309 - 311.

**23- LANKOANDE J , OUEDRAOGO C M R , OUEDRAOGO A , BONANE B , TOURE B , DAO B , SONDO B , KONE B**

Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité fœto-maternelle au Burkina Faso.

Med Trop, 1997 ; 57 (3) : 311- 314.

**24- LANKOANDE J , SONDO B , OUEDRAOGO C M R , OUEDRAOGO A , KONE B**

La mortalité maternelle au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina-Faso)

A propos de 123 cas colligés en 1995.

Rev Epidémiol Santé Publique, 1997 ; 2 : 174 -176.

**25- LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G**

Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au 3<sup>ème</sup> trimestre. Obstétrique pour le praticien.

Édit SIMEP, 1985 ; 595.

**26- LEERENTVELD RA , GILBERTS E C , ARNOLD M J  
WLADIMIKOFF J W**

Accuracy and safety of trans vaginal sonographic placental localisation.  
Obstet Gynecol, 1990 ; 76 : 759 – 762.

**27- MATSUO K , ISHIHARA K , KIKUCHIS.**

Reevaluation of the diagnosis of placenta praevia in midtrimester by means of transabdominal, transrectal and transvaginal ultrasonographic.  
Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi, 1991 ; 43 (6) : 603 – 610.

**28- MERGER R , LEVY J , MELCHIOR J ,**

précis d'obstétrique 4ème édition, 1986 ; 560.

**29- MESSOU N**

Placenta praevia hémorragique au cours du travail : A propos de 590 cas au CHU de Treichville.

Thèse de doctorat de Médecine Abidjan, 1984 ; n°673 : 95.

**30- MINISTERE DE LA SANTE**

Statistiques sanitaires Ouagadougou D.E.P, 1995 ; 95.

**31- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**

Rapport annuel 1987 statistiques sanitaires. Ouagadougou, 1989 ; 120.

**32- O'COMPO p, FADEN R R , BROWN H , GIELEN A C**

The impact of pregnancy on women's prenatal and post partum smoking behaviour.

Am J prew med, 1992 ; 8 : 8-13.

**33- OMS – JOURNEE MONDIALE DE SANTE**

Maternité sans risque W H O Genève, 1998 ; 11.

**34- ONATTINGUIS S , LINDMARK G , MEIREKO**

Who continues to smoke while pregnant ?

Journal of epidemiology and community health,

1992 ; 46 : 218 – 221.

**35- OUEDRAOGO C , OUEDRAOGO A , OUATTARA T ,  
AKOTIONGA M , THIEBA B , LANKOANDE J ,  
KONE B**

La mortalité maternelle au Burkina-Faso : Evolution et stratégie de lutte.

Médecine d'Afrique Noire, 2001 ; 48 (11) : 451- 456.



**36-PAPIERNIK E**

Principales causes de morts maternelles.  
 Quotidien de mortalité. Fréquence dans les populations  
 des accouchés. Une méta-analyse paris, C.I.E, 1988 ; 220 – 224.

**37-ROYSTON E, LOPEZ AD**

De l'évaluation de la mortalité maternelle.  
 O.M.S Rapp Trimest Statist Sanit Mond, 1987 ; 40 : 214 – 224.

**38- SALFO D NACOUлма**

Etude épidémiologique du placenta-*prævia* hémorragique au  
 cours du travail à la maternité du Centre Hospitalier  
 National Souro SANOU de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso).  
 Thèse de doctorat en Médecine UO, 1990 ; n°8 : 99.

**39- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

The health benefits of smoking cessation : A report of the surgeon  
 General, Washington, D.C :  
 Government printing office, 1990 ; 25.

**40- VOKAER R Et Coll**

Traité d'obstétrique Tome II.  
 Masson Paris, 1985 ; 530.

**41- WILLIAMS MA, MITTENDORF R, LIEBERMAN E, MONSON R R , SCHOENBAUM SC , GENEST DR**

Cigarette smoking during pregnancy in relation to placenta *prævia*.  
 Am J Obstet Gynecol, 1991 ; 165 (1) : 28-32.

# ANNEXES

**FICHE DE COLLECTE DES DONNEES****A/IDENTITE**

Numéro de la fiche

Nom

Prénoms

Age  ans

Statut matrimonial

1	Mariée	<input type="text"/>	Concubinage	<input type="text"/>
2	Célibataire	<input type="text"/>	Veuve	<input type="text"/>
3	Divorcée	<input type="text"/>	Autres	<input type="text"/>

Mode d'admission

- Venue d'elle-même
- Evacuée (préciser)

Résidence

- Ouagadougou (secteur).....
- Province.....

**B/MOTIFS D'HOSPITALISATION OU D'EVACUATION**

Métrorragies

- Minimales
- Moyennes
- Abondantes
- Non précisée

Douleurs pelviennes      Oui       Non

Autre (préciser)

**C/ANTECEDENTS****I- Médicaux**

HTA  
Diabète  
Asthme  
Drépanocytose  
Autres

**2- Chirurgicaux**

Césarienne                      Oui                       Non

Si oui préciser l'indication et le nombre

Curetage                      Oui                       Non

**3- Gynéco-obstétriques**

Geste

Pare

Avortement (Nombre et âge gestationnel)

**4- Autres****D/HISTOIRE DE LA GROSSESSE**

- C P N
- Métrorragies
- Anémie
- Diagnostic échographique      Oui       Non

**E/EXAMEN CLINIQUE**

1. Etat général                      Bon       Mauvais       Assez bon

**2. Constantes**

Température (°C)                     

Pouls.....

Tension artérielle (mmhg)                     

**3. Examen Obstétrical**

Age gestationnel (SA)                     

Conjonctives                      Colorées       Peu colorées       Pâles

• B D C F                      Présents       (nombre)       absents

• H U (cm)                     

• Etat du travail

1<sup>ère</sup> phase                     

2<sup>ème</sup> phase                     

• Type de PP


recouvrant                     

non recouvrant

**F/EXAMENS BIOLOGIQUES**

- Groupe sanguin/Rhésus
- Taux d'hémoglobine (g/dl)
- Taux d'hématocrite (%)

**G/PRISE EN CHARGE**

- Transfusion    Oui     Non     Si oui quantité
- Tocolyse        Oui     Non
- Mode d'accouchement
  - 1 Voie basse
  - 2 Voie haute (indication)
- **Coordonnées du nouveau né**
  - 1 Poids (g)
  - 2 Taille (cm)
  - 3 PC (cm)
  - 4 Apgar (1mn) ..... Apgar (5mn) ..... Apgar (10mn).....
- **Placenta**
  1. Poids (g)
  2. Longueur du petit coté (cm)
  3. Délivrance 
    - Mode.....
    - Type.....

**H/EVOLUTION/COMPLICATIONS**

- **Mère**
  1. Bonne .....
  2. Complication (préciser).....
  3. Décès .....
- **Enfant**
  1. Bonne .....
  2. Complication (préciser).....
  3. Non précisée .....

## **RESUME**

Notre étude rétrospective de janvier 2001 à décembre 2002 avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du placenta praevia au cours du travail à la maternité du CHN-YO. Nous avons colligé 148 cas de placentas praevia au cours de cette période dans le service de la maternité.

Les informations ont été recueillies à partir des registres d'admission, des dossiers d'hospitalisation et des protocoles opératoires :

- La fréquence du placenta praevia dans notre étude est de 1,7 %.
- L'âge moyen des parturientes était de 28,5 ans avec un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 25 - 29 ans (27,6 %).
- Le pronostic maternel est en nette amélioration avec un taux de létalité dans notre étude d 5,4 %. Quant au pronostic fœtal, il est défavorable car nous avons noté une mortinatalité de 33,7 %.

**Mots clés** : placenta praevia / épidémiologique / clinique / thérapeutique / pronostic

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

“EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE MES CHERS CONDISEIPLES, JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE.

JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET N'EXIGERAI JAMAIS UN SALAIRE AU-DESSUS DE MON TRAVAIL.

ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE ; MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIES, ET MON ETAT NE SERVIRA PAS A CORROMPRE LES MŒURS NI A FAVORISER LE CRIME.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI RECUE DE LEURS PERES.

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS RESTEE FIDELE A MES PROMESSES. QUE JE SOIS COUVERTE D'OPPROBRE ET MEPRISEE DE MES CONFRERES SI J'Y MANQUE”.

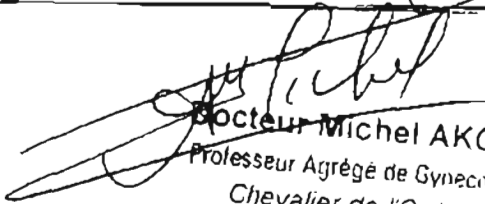
Vu et permis d'imprimer

Directeur de thèse

Dr. Jean LANKOANDÉ  
Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique  
Ancien Directeur de l'Institut de Formation de l'Enfance  
Ecole Supérieure de Formation de l'Enfance  
1970 - 1975  
1975 - 1980  
1980 - 1985  
1985 - 1990  
1990 - 1995  
1995 - 2000  
2000 - 2005  
2005 - 2010  
2010 - 2015  
2015 - 2020  
2020 - 2025  
2025 - 2030  
2030 - 2035  
2035 - 2040  
2040 - 2045  
2045 - 2050  
2050 - 2055  
2055 - 2060  
2060 - 2065  
2065 - 2070  
2070 - 2075  
2075 - 2080  
2080 - 2085  
2085 - 2090  
2090 - 2095  
2095 - 2100

Jean LANKOANDÉ  
Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique  
Ancien Directeur de l'Institut de Formation de l'Enfance  
Ecole Supérieure de Formation de l'Enfance  
1970 - 1975  
1975 - 1980  
1980 - 1985  
1985 - 1990  
1990 - 1995  
1995 - 2000  
2000 - 2005  
2005 - 2010  
2010 - 2015  
2015 - 2020  
2020 - 2025  
2025 - 2030  
2030 - 2035  
2035 - 2040  
2040 - 2045  
2045 - 2050  
2050 - 2055  
2055 - 2060  
2060 - 2065  
2065 - 2070  
2070 - 2075  
2075 - 2080  
2080 - 2085  
2085 - 2090  
2090 - 2095  
2095 - 2100

Président du jury

  
Docteur Michel AKOTIONGA  
Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique  
Chevalier de l'Ordre National  
Ouagadougou Burkina Faso