

Ministère des Enseignements
Supérieurs et de la
Recherche Scientifique

UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B



République du Mali
Un Peuple – Un But – Un Foi



**FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : /....

N°/

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC DE
L'HRP AU CHU POINT G
(2008-2013)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.../.../....
Devant la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr DOUBOUYA MOHAMEDE

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président: Professeur

Co directeur: Docteur Ahmadou Coulibaly

Membre:

Directeur: Professeur Bouraïma Maïga

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le miséricordieux, le très miséricordieux

Que la paix et le salut soient sur le sceau des prophètes MOUHAMAD (pbAsl)

Gloire à Allah, le tout puissant, créateur des cieux et de la terre ainsi que ceux qui se trouvent entre eux, merci de m'avoir donné la vie et d'y veiller, de m'avoir donné la santé, la volonté, le courage et la force nécessaire pour la réalisation de ce travail. Aide-moi par cette formation à sauver des vies.

Je dédie affectueusement ce travail à :

A mon père : Seriba DOUMBIA

Père exemplaire, tu t'es toujours battu pour que nous ne manquions de rien, pour que nous puissions étudier. Tu as su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et la sagesse. Tu es toujours présent pour nous en ne ménageant aucun effort, aucun sacrifice pour que nous puissions bénéficier d'une meilleure éducation. Puisse ALLAH te donner une longue vie, dans la santé et dans le bonheur.

A ma mère : Aissata SALL

Douce mère, femme inégalée, exemplaire par ta patience, ton courage, ta sagesse et ton dévouement. Tu nous as entourés de tout ton amour, tu nous as toujours protégés et réconfortés malgré tes multiples problèmes de santé. Mère irréprochable, tu n'as jamais cessé un instant de te soucier de notre avenir par tes multiples conseils et surtout par tes bénédictions. Les mots ne suffisent pas pour exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as endurés pour nous élever. Tu as su nous inculquer les valeurs et les règles de la bonne conduite, de la dignité, de la sagesse et du respect de l'être humain. Ce modeste travail est le fruit des sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien être. Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde une bonne santé, une longue vie à nos côtés. Amen !

A ma tante Aminata SALL

Femme travailleuse exemplaire et digne tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite, tu m'as toujours réconforté dans les moments les plus difficiles. Ta mission de seconde mère tu l'as très bien assumé.

Je prie ALLAH le tout miséricordieux pour qu'IL t'accorde santé et prospérité.

A mes oncles et tantes :

Abdoulaye Sall ,Awa SALL, Bassirou SALL ,Youssef SALL, Ramata SALL et kombely,

Merci pour votre affection et votre soutien tout au long de mes études. Vos conseils et vos encouragements m'ont beaucoup servi au cours de ce travail. Trouver ici l'expression de mon profond attachement et de mes sincères reconnaissances. Puisse Dieu vous donner une meilleure santé et une longue vie.

A ma grande sœur Fatoumata DOUMBIA

Femme de cœur, courageuse et véridique tu l'as été, tu t'es vu confier très tôt cette mission de m'éduquer mes frères et moi et t'as jamais failli à cela. Tu as su me mettre en confiance quand j'avais des doutes, tu étais présente pendant les moments les plus difficiles et malgré la distance ton soutien ne m'a jamais manqué. Ce travail est avant tout le tien FATI

A mes frères et sœurs :

Djeneba,ami, ousmane, cheikh et djamilath

Votre amour, votre respect ne m'ont jamais fait défaut. Vous m'avez donné le goût à la fraternité. Votre soutien moral et matériel m'a beaucoup servi tout au long de mes études. Soyons et restons solidaires dans la vie.

Puisse Dieu le tout puissant nous accorder longévité, santé et succès. Que la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeure inébranlable.

Bon courage et bonne continuation à vous tous.

A mon oncle Youssouf SALL

Mes premiers pas au sein de la faculté de médecine je vous les dois cher tonton. Vous avez toujours cru en moi et n'avez jamais cessé de m'encourager pour que je puisse étudier et avoir une bonne formation. Plus qu'un oncle vous avez été comme un père pour moi.

Veillez recevoir ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon oncle Pr Saibou MAIGA

Les mots me manquent pour exprimer ma profonde gratitude à votre égard. Plus qu'un maître vous m'avez été d'un soutien moral et matériel inébranlable. En votre qualité de scientifique aguerri ce travail est le votre.

A mes cousins et cousines

Afin de n'oublier personne, je ne citerai pas de nom. Je vous remercie beaucoup pour vos encouragements et de vos conseils qui ont été déterminants dans la réalisation de ce travail. Que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours. Que le tout puissant vous donne une longue vie et beaucoup de succès

A mes amis (es)

Je n'oublierai jamais ce que nous avons eu à endurer ensemble, vous m'avez apporté ce que l'on ne peut acheter même avec le plus cher des trésors : votre amitié et votre respect. Vous êtes pour moi plus que des amis, vous êtes mes frères et sœurs. Je vous souhaite bonne chance à vous tous. Qu'ALLAH le tout puissant nous donne longue vie dans la paix et l'entente.

A mes maîtres

Docteurs : Thera, Tiankouny, Mamadou Sima, Kante Ibrahim, Traore Mamadou, Mamadou Coulibaly, Ongoiba Ibrahim.

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre patience, votre simplicité, votre abord facile et tout le respect que vous avez témoigné envers ma personne.

Vous avez été présent tout au long de ce parcours.

Merci pour la qualité de la formation reçue, merci du fond du cœur.

Aux Médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique

Docteurs : Drissa Diarra, Souleymane Traoré, Dramane Koné

Je vous remercie pour tout l'effort que vous fournissez inlassablement pour notre formation.

Puisse Allah guider vos pas et vous accorder le succès dans vos entreprises.

A mon équipe de garde .

Merci pour tout

Mes collègues faisant fonction d'internes du C.H.U POINTG

Moussa Maiga, Seydou Namory Camara, Sabou Doumbia, Mohamed BAH, Moussa Diabaté, Yacouba MAIGA, Keita Tiemoko, Amsetou Walleth, Sibiry, Amadou Diarra Samaké, Sounkalo Koumaré.

Je n'oublierai jamais ce long parcours si difficile, ce temps formidable de stress, de complicité que nous avons eu à partager. Je vous souhaite bon courage et bonne chance.

Je tiens à présenter mes reconnaissances et mes remerciements à tout le personnel du CHU POINT G

- Le major du bloc opératoire et toute son équipe
- Le major d'hospitalisation et toute son équipe
- Le major de la consultation gynéco-obstétrique et toute son équipe
- A toutes les sages-femmes

C'est l'occasion pour moi de vous rendre hommage pour l'enseignement reçu.

Au corps professoral de la F.M.P.O.S pour la qualité de l'enseignement.

A tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation et/ou à l'élaboration de ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

HOMMAGE AUX JURY

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Notre maître et directeur de thèse

Professeur Bouraïma MAÏGA

- ✓ **Gynécologue obstétricien,**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G,**
- ✓ **Responsable de la filière sage-femme de l'Institut Nationale de Formation en Science de la Santé (INFSS),**
- ✓ **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- ✓ **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- ✓ **Détenteur d'un prix Taraboirè dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006,**
- ✓ **Chevalier de l'ordre national du Mali.**
- ✓ **Cher maître :**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, votre très grande expérience dans la pratique gynécologie obstétrique, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, votre abord facile et votre lutte contre l'injustice sociale nous forcent l'estime et l'admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et votre savoir être. Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples. Votre implication dans le nord pour l'amélioration de la santé de la population fat de vous un aître spécial.

Cher maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'ALLAH vous donne meilleure santé. Amen !

LISTE DES ABREVIATIONS

AAS : Acide acétyl salicylique.
ADN : Acide désoxyribonucléique
ARN : Acide ribonucléique.
BDCF : Bruit du cœur fœtal.
DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.
Ca : Calcium.
CCC : Communication pour un changement de comportement.
CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.
CHU : Centre hospitalier universitaire.
Cm : Centimètre.
CO₂ : Dioxyde de carbone.
CPN : Consultation prénatale.
C.S.COM : Centre de santé communautaire.
C.H.U POINT G : Centre Hospitalier universitaire du POINT G
CUD : Contraction utérine douloureuse.
HTA : Hypertension artérielle.
HDM : Hématome décidual marginal.
HCG : Hormone chorionique gonadotrophine.
HRP : Hématome rétroplacentaire.
Ig : Immunoglobuline.
IgA : Immunoglobuline A.
IgG : Immunoglobuline G.
IgM : Immunoglobuline M.
K : Potassium.
Min : Minute.
ml : Millilitre.
mmHg : Millimètre de mercure.
Na : Sodium.
NFS : Numération formule sanguine.
PDF : Produit de dégradation de la fibrine.
RCF : Rythme cardiaque fœtal.
SA : Semaine d'aménorrhée.
TAD : Tension artérielle diastolique.
TAS : Tension artérielle systolique.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| A- INTRODUCTION..... | 9 |
| - OBJECTIFS..... | 12 |
| B- GENERALITES..... | 14 |
| C- METHODOLOGIE..... | 42 |
| D- RESULTATS..... | 50 |
| E-COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 60 |
| F- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 67 |
| G- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 70 |
| H- ANNEXES..... | 75 |

.

A. INTRODUCTION

A-INTRODUCTION

Le placenta, formé dans l'utérus en même temps que l'embryon est un organe d'échange entre la mère et le fœtus.

Dans les conditions normales, la séparation du placenta de l'utérus survient après l'accouchement ; lorsqu'elle a lieu avant ou pendant le travail : il s'agit d'un décollement prématuré du placenta.

Il en résulte la formation d'un hématome rétro placentaire plus ou moins volumineux réalisant ainsi l'un des accidents les plus dramatiques que l'obstétricien puisse rencontrer. Cet accident qui survient de manière brutale et imprévisible le plus souvent se traduit par une symptomatologie clinique trompeuse : métrorragie isolée, souffrance fœtale aigüe ou chronique, hypertonie utérine. Ce syndrome est aussi dénommé hémorragie rétro placentaire, décollement prématuré du placenta normalement inséré(DPPNI) ou encore abrupsiplacentae(arrachement du placenta).

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré compromet gravement le pronostic vital de la mère et du fœtus car il occasionne la formation d'un hématome entre le placenta et la partie utérine interrompant rapidement la circulation materno fœtale et entraîne des troubles hémodynamiques expliquant la souffrance fœtale mentionnée un peu plus haut. L'hématome rétro placentaire par sa brutalité, sa sévérité et ses conséquences représentent l'une des urgences obstétricales les plus typiques

En dépit des progrès réalisés sur le plan diagnostique et thérapeutique, l'hématome rétro placentaire reste encore un accident imprévisible ou de diagnostic difficile en raison de ses formes frustes.

La mortalité et la morbidité fœtale demeurent élevées : toutefois, il impose à l'obstétricien un diagnostic précoce afin que la prise en charge soit immédiate, adaptée et efficace.

En France : la fréquence de l'HRP varie entre 0.25% [8] et 0.26% [36].

Dans les pays anglo-saxons, le taux observé est légèrement plus élevé se situant entre 1 et 2% [12, 37].

En Afrique la fréquence relevée varie entre 0.48% au Togo [2] à 3.08% en Côte d'Ivoire [44]

Au Mali :

En 1988 sur 5476 accouchements on a trouvé 70 cas d'HRP soit une fréquence de 1,28

EN 2000 sur 33184 accouchements réalisés au csrefC5 DE BAMAKO 282 cas En 2001

dans une étude rétrospective réalisée au CHU du PIONTG sur 15542 accouchements 87 cas d'HRP ont été retrouvés soit une fréquence de 0,85%. [9] En 2006 sur 8888 accouchements

enregistrés au CHU du POINTG et au csrefc5 nous avons noté 58cas d'HRP soit une fréquence de 0.65%.[28].Enfin en 2011 sur 6940 accouchements au csrefc6 nous avons enregistrés 112 cas d'HRP soit une fréquence de 1,61%.[40]

Malgré les multiples progrès de la médecine l'HRP reste l'une des pathologies obstétricales la plus dangereuse et grevée de complications maternelles et fœtales non négligeable dans notre pays, ce qui nous a motivé à initier cette étude dans le service de gynécologie du CHU du POINTG.

Pour atteindre notre but nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

Général

- Etudier les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'hématome rétro placentaire au CHU POINTG

Spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'hématome rétro placentaire.
- Décrire le profil sociodémographique des gestantes.
- Décrire la prise en charge thérapeutique de l'HRP dans notre service.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal de l'HRP.
- Apprécier les facteurs de risques de l'HRP

B. GENERALITES

B- GENERALITES

I. DEFINITION

L'hématome rétro placentaire est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine ; cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [29]. Par sa brutalité, son imprévisibilité et par la sévérité potentielle de ses complications materno-fœtales, il représente l'urgence médico-obstétricale par excellence.

II. HISTORIQUE

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) fut décrit pour la première fois par BAUDELOQUE en 1802 en France et par RIGLEY en Angleterre en 1811. RIGLEY opposait les hémorragies «accidentelles» de l'hématome rétro placentaire aux hémorragies «inévitables» du placenta prævia.

BAUDELOQUE décrit la cupule rétro placentaire des hémorragies cachées.

WINTER (1889), PINARD et VARNIER (1892) décrivaient des pièces anatomiques d'hématomes inter utéro-placentaires, qui se situaient déjà dans la caduque.

DE LEE en 1901 décrivait à l'occasion d'un HRP le syndrome des hémorragies par afibrinogénémié acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée qu'en 1936 par DIEKERMANN.

COUVELAIRE (1937) chercha à définir la pathogénie de cet accident et montra que l'atteinte viscérale pouvait être étendue, dépassant parfois la sphère génitale.

III. EPIDEMIOLOGIE

La fréquence de l'HRP est très variable et dépend du mode de diagnostic dans les différentes séries (tableau complet incluant l'anatomopathologie ou simple constatation clinique voire simples lésions microscopiques)

Il est difficile de donner un chiffre exact, l'HRP passant inaperçu dans ses formes mineures et n'étant révélé que par un examen attentif. Néanmoins les fréquences relevées dans les publications sont de 0.25 à 3.08 % [37].

Au Mali sa fréquence varie entre 0.50% au CHU du Point G et 1.75% au CHU Gabriel Touré.

Même si sa fréquence est relativement faible, l'HRP est responsable de 20 à 35% de la mortalité périnatale et de 10% de morbidité néonatale à cause de la fréquence élevée des troubles neurologiques [37].

IV. RAPPEL ANATOMIQUE SUR LE PLACENTA

Le placenta fait partie des annexes du fœtus, qui sont des formations temporaires destinées à protéger, à nourrir et à oxygéner l'embryon, puis le fœtus durant la vie intra-utérine. Pendant ces 9 mois, elles ont une évolution propre qui les conduit de leur formation et de leur jeunesse à leur maturité [29].

1. Formation du placenta

La formation du placenta est induite par le blastocyste logé dans l'endomètre qui provoque la réaction déciduale de la paroi utérine. Le trophoblaste qui va constituer le placenta, apparaît dès le 5^{ème} jour de la gestation. Il constitue la couche la plus superficielle du blastocyste appelée couronne trophoblastique. Cette couche comprend elle-même deux assises cellulaires d'aspect différent :

- dans la profondeur le cytotrophoblaste, formé de cellules volumineuses espacées, contenant de grosses vacuoles, les *cellules de Langhans* ;
- l'assise superficielle ou syncytiotrophoblaste formé de larges plaques de cytoplasme multi nucléé doué de pouvoir protéolytique et à assurer, lors de l'implantation, la lyse des éléments maternels et l'absorption des produits nutritifs.

Après de nombreuses transformations, c'est vers le 21^{ème} jour de gestation que le réseau intravillositaire se raccorde aux vaisseaux allantoïdes et par leur intermédiaire au cœur fœtal. La circulation fœtale est alors établie. Les villosités sont devenues les villosités tertiaires. Elles occupent toute la surface de l'œuf.

Le développement du placenta continue pendant toute la gestation pour s'adapter aux besoins métaboliques de l'embryon en croissance. Le placenta est totalement constitué à partir du 5^{ème} mois de la grossesse. Dès lors, son augmentation de volume se fera sans modification de sa structure [29].

En cas de dépassement du terme de la grossesse le placenta non seulement ne joue plus son rôle, de plus constitue un obstacle à la bonne alimentation et à la bonne oxygénation du fœtus.

2. La circulation placentaire

Elle se divise en deux circulations distinctes : la circulation maternelle et la circulation fœtale, qui sont séparées par la barrière placentaire. Le placenta humain est de type hémochorial, celui qui réalise le contact le plus intime entre les éléments fœtaux et les éléments maternels.

Le chorion baigne directement dans le sang maternel sans interposition de tissu. Malgré l'intrication des éléments maternels et fœtaux, les deux circulations ne communiquent pas directement. Chaque système reste clos. Les échanges se font par l'intermédiaire de l'épithélium de revêtement des villosités. Cette barrière contrôle les échanges métaboliques entre l'embryon et la mère. Le sang artériel arrive dans la chambre intervillieuse par les artères spiralées, le débit en est élevé : 500 à 600 ml/Min (80 % du débit utérin). Le débit est influencé par divers facteurs tels que :

- La volémie, les hémorragies rapides (si la pression artérielle maternelle baisse de 10%, le débit placentaire baisse de 20%).
- La tension artérielle maternelle,
- les contractions utérines,
- le tabagisme, les médicaments et les hormones.

3. Anatomie macroscopique du placenta

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue discoïde ou elliptique. Il mesure 16 à 20 cm de diamètre : son épaisseur est de 2 à 3 cm au centre et de 4 à 6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance à terme est en moyenne de 500 à 600 g soit le sixième du poids du fœtus. Mais au début de la grossesse le volume du placenta est supérieur à celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend deux faces et un bord [29].

* **Face maternelle** : charnue, tomenteuse (fig.1). Elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus moins profonds creusés par les septa.

* **Face fœtale** : lisse, luisante (fig.2). Elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous jacent, et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibre. Sur elle s'insère le cordon ombilical, tantôt près du centre, tantôt à la périphérie, plus ou moins près du bord.

* **Bord circulaire** : il se continue avec les membranes de l'œuf.

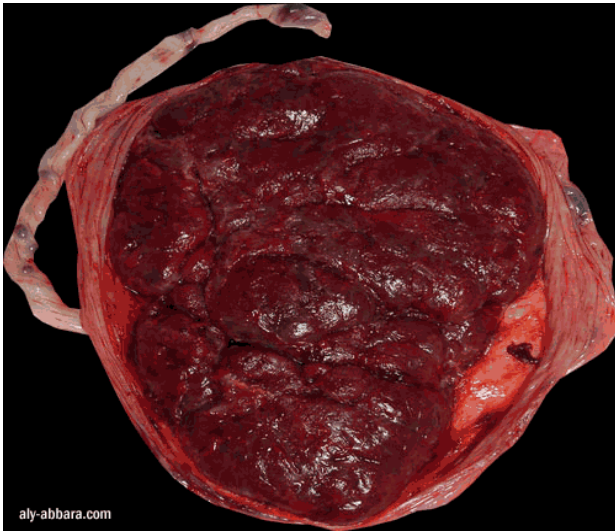


Figure1.Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à terme [35]



Figure2. Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme [35]

4. PHYSIOLOGIE DU PLACENTA

Le placenta était considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus. Le placenta apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant «*l'unité fœto-placentaire*» d'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions. Il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus assurant sa respiration et sa nutrition mais également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. Enfin il le protège contre les agressions bactériennes et toxiques et régit le passage de certaines substances médicamenteuses [29].

4-1. Echanges fœto-maternels

Les échanges placentaires se font selon des mécanismes classiques de transport membranaire. Ils sont conditionnés par l'âge de la grossesse et par des modifications histologiques qui en découlent.

4-1-1. Transport passif (sans apport énergétique)

- ◆ **Diffusion simple** : les molécules non polaires et liposolubles suivent un gradient de concentration en passant de la zone la plus concentrée à la zone moins concentrée et ceci jusqu'à l'état d'équilibre, sans consommation d'énergie (exemple : l'oxygène, le gaz carbonique, les graisses et l'alcool).

- ◆ **Osmose** : diffusion d'un solvant à travers une membrane à perméabilité sélective. L'eau fortement polaire ne peut traverser la bicouche lipidique des membranes plasmiques, mais elle peut en revanche diffuser à travers les pores de ces membranes.
- ◆ **Transport facilité** : transport permettant à une molécule de traverser la membrane plasmique grâce à l'intervention d'une molécule porteuse (protéine canal sélective).

4-1-2. Transport actif

Le transfert se fait à travers les membranes cellulaires contre un gradient de concentration mais alors ce processus nécessite une activité cellulaire productrice d'énergie (Na⁺/K⁺ ou Ca⁺⁺).

4-1-3. Transport vésiculaire

Les macromolécules sont captées par les microvillosités et absorbées dans les cellules ou rejetées (immunoglobulines).

4-2. Fonction nutritive et excrétrice

L'apport nutritif du fœtus, indispensable à sa croissance et ses dépenses énergétiques sans cesse croissantes est assuré par la mère.

L'eau : traverse le placenta par diffusion dans les deux sens, réglée par la tension oncotique du sang maternel et fœtal. Le passage semble dépendre aussi d'une sécrétion active du placenta, du moins au début du développement embryonnaire. Les échanges d'eau augmentent avec la grossesse jusqu'à 35 semaines (3,5 litres/jour), puis diminuent jusqu'à terme (1,5 litres/jour).

Les électrolytes : suivent les mouvements de l'eau. Le fer et le calcium ne passent que dans le sens mère-enfant. Le passage du fer à travers le placenta se fait sous forme de fer sérique. La concentration de calcium est plus élevée dans le placenta que dans les organes.

Le glucose : est la principale source d'énergie du fœtus et passe par transport facilité «molécules porteuses». La glycémie fœtale est égale aux 2/3 de la glycémie maternelle, aussi est-elle fonction de cette dernière. Le placenta est capable de synthétiser et de stocker du glycogène au niveau du trophoblaste afin d'assurer les besoins locaux en glucose par glycolyse. La grossesse est dite «diabéto-gène» pour la mère en raison de la diminution de la sensibilité tissulaire à l'insuline. A la fin de grossesse le glucose est stocké dans le foie du fœtus.

Les vitamines hydrosolubles : traversent facilement la membrane placentaire, en revanche le taux des vitamines liposolubles (A, D, E, K) est très bas dans la circulation fœtale. La vitamine K joue un rôle capital dans la coagulation sanguine et il est important de substituer le nouveau-né afin de prévenir la survenue d'hémorragies.

Le cholestérol : passe facilement la membrane placentaire ainsi que ses dérivés (hormones stéroïdes).

Les transferts placentaires concernent également l'élimination des déchets du métabolisme fœtal qui sont rejetés dans le sang maternel puis éliminés (urée, acide urique, créatinine).

4-3. Fonction respiratoire

Le placenta, joue le rôle de «*poumon fœtal*». La fonction respiratoire du placenta permet l'apport d'oxygène au fœtus et l'évacuation du dioxyde de carbone fœtal. Les échanges vont se faire entre le sang maternel (riche en oxygène) et le sang artériel ombilical (mélange de sang artériel et veineux, pauvre en oxygène). L'oxygène va donc passer de la circulation maternelle vers la circulation fœtale par simple diffusion. L'oxygène diffuse du compartiment où sa pression partielle PO₂ est plus élevée (100 mm Hg dans l'artère utérine) vers celui où elle est plus basse (35 mm Hg dans la veine ombilicale). Les échanges de l'oxygène peuvent se trouver modifier suivant l'importance du flux sanguin maternel et fœtal, le degré de la pression partielle d'oxygène dans le sang maternel et fœtal, les variations de surface et d'épaisseur de la membrane placentaire.

La plus grande affinité de l'hémoglobine fœtale pour l'oxygène par rapport à l'hémoglobine adulte, facilite le passage de l'oxygène de la mère au fœtus.

Le passage transplacentaire du gaz carbonique se fait sous forme gazeuse. La pression partielle de CO₂ étant plus grande dans le sang fœtal, le passage se fait de la mère vers le fœtus par diffusion.

4-4. Fonction endocrine

Les hormones jouent un rôle fondamental dans la vie du fœtus en contrôlant son développement, en réglant son métabolisme énergétique et la constitution de ses réserves. Le fœtus a une grande autonomie dans leur régulation par rapport à sa mère.

Avant l'implantation : l'équilibre hormonal est assuré par les hormones ovariennes et pituitaires.

Au début de la grossesse : la synthèse d'œstrogènes et de progestérone est assurée par le corps jaune gravidique, maintenu en activité par l'hormone chorionique gonadotrophine

humaine (HCG) qui est sécrétée par le trophoblaste. L'activité du corps jaune diminue progressivement dès la 8^e semaine, pour être totalement suppléée par le placenta à la fin du 1^{er} trimestre.

Pendant la grossesse : le taux sanguin des différentes hormones chez la mère est régi par l'action combinée des hormones placentaires, gonadiques, hypophysaires et surrénaliennes.

4-5. Fonction protectrice

Le placenta constitue au sens large «une barrière protectrice» contre les agents infectieux, cependant certains de ces agents peuvent franchir cette barrière d'emblée, ou suite à des lésions du placenta, d'où le danger d'atteinte de l'œuf.

Les bactéries sont arrêtées par la barrière placentaire ou ne passent que tardivement. En revanche, les virus la traversent facilement.

Parmi ces agents infectieux traversant la barrière placentaire on peut citer :

- Le parasite de la toxoplasmose
- le virus de la rubéole
- le cytomégalovirus
- l'hématozoaire du paludisme
- la listériose
- le tréponème.

Le placenta constitue également une barrière contre le passage de certains médicaments. Les antibiotiques et les corticoïdes passent la barrière placentaire. Malheureusement, d'autres molécules (parfois à l'origine de malformations fœtales) arrivent à forcer ce barrage et à pénétrer dans le sang du fœtus. Les barbituriques, les drogues et l'alcool sont à proscrire.

4-6. Fonction de transfert des protéines

Le fœtus commence à fabriquer ses anticorps à partir du cinquième mois de la grossesse. Les immunoglobulines G (IgG) traversent la barrière placentaire de la mère vers le fœtus. Ce passage se fait surtout en fin de grossesse, conférant ainsi une immunité passive qui le protège contre des maladies infectieuses (le nourrisson conserve ces anticorps pendant environ 6 mois après l'accouchement). Les autres Ig, notamment les IgA, IgM ne passent pas la barrière placentaire.

V. PHYSIOPATHOLOGIE

A considérer la brutalité de son installation et sa topographie locale ou régionale, on fait parfois entrer l'HRP dans le chapitre des infarctus viscéraux. Mais l'infarctus est un foyer circonscrit de nécrose ischémique, ce que n'est pas l'HRP ; les zones ecchymotiques, violacées ou noirâtres de l'utérus apoplectique ne correspondent pas à une nécrose telle qu'elle résulterait d'une oblitération vasculaire, mais au contraire à une infiltration sanguine interfasciculaire du muscle, sans thrombose, d'où l'intégrité fonctionnelle que l'utérus conservera dans l'avenir. On peut apparenter cet accident au choc d'intolérance ou phénomène de REILLY, en ce qu'il frappe l'organe au moment de sa plus grande activité fonctionnelle, mais on ne peut pas le relier à l'ischémie par thrombose vasculaire. Le système neurovégétatif joue un rôle important dans l'éclosion de l'accident. Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales, provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisée à la zone utéro-placentaire : se constitue l'hématome rétro placentaire. Puis, l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie. Il faut du temps pour arriver à la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Cependant, un phénomène réactionnel survient, qui combat cette fibrination intravasculaire excessive. La fibrine est lysée par des fibrinolysines formées sous l'influence d'activateur d'enzymes en provenance eux aussi du placenta. Mais cette fibrinolyse réactionnelle, d'abord bienfaisante en ce qu'elle modère la fibrination intra vasculaire, peut devenir dangereuse en créant un véritable cercle vicieux ; destruction de la fibrine au fur et à mesure de sa production, d'où appel continu de fibrinogène jusqu'à son épuisement. L'afibrinogénémie est d'autant plus grave que les autres éléments de la coagulation (prothrombine, système des activateurs : convertine, accélélerine), se trouvent eux aussi détruits. Cette chaîne d'effets nocifs ne sera rompue que par l'évacuation de l'utérus qui supprime la source des thromboplastines et fibrinolysines. Mais la fibrinolyse surajoutée à la coagulation intravasculaire disséminée reste rare dans l'hématome rétroplacentaire.

Du côté rénal, le choc crée d'abord les lésions habituelles du «*rein de choc*» qui consistent en une nécrose tubulaire épithéliale dont la régression complète est possible et fréquente.

Ces lésions du rein de choc ne s'opposent pas à celles de la nécrose corticale du rein, lésions de nécrose glomérulaire qui sont définitives, donc mortelles.

Au contraire, tous les intermédiaires existent, depuis les lésions tubulaires aisément guérissables, jusqu'aux nécroses corticales totales, en passant par les lésions de nécrose corticale en foyer, toutes décrites par SHEEHAN et MOORE. De même, à la théorie pathogénique du spasme vasculaire prolongé engendrant vasoconstriction, ischémie et nécrose, on substitue celle-ci : la libération des thromboplastines ovulaires conduisant à la fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. C'est celle-ci qui provoque la vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. Cette séquence s'apparente au phénomène de SCHWARTZMAN. Or ce processus de thrombose ne se produit pas si la fibrinolyse réactionnelle est assez puissante. A l'inverse, si la fibrinolyse va trop loin, privée du frein de ses inhibiteurs, c'est l'incoagulabilité qui est à redouter. Louvoyant entre ces deux écueils dans les formes graves, mais sachant que thromboplastines et fibrinolysines sont les unes et les autres d'origine ovulaire, on comprend l'intérêt préventif de l'évacuation de l'œuf et le danger de se fier trop longtemps au seul traitement médical [29].

VI. ANATOMIE PATHOLOGIE

❖ *Etude macroscopique*

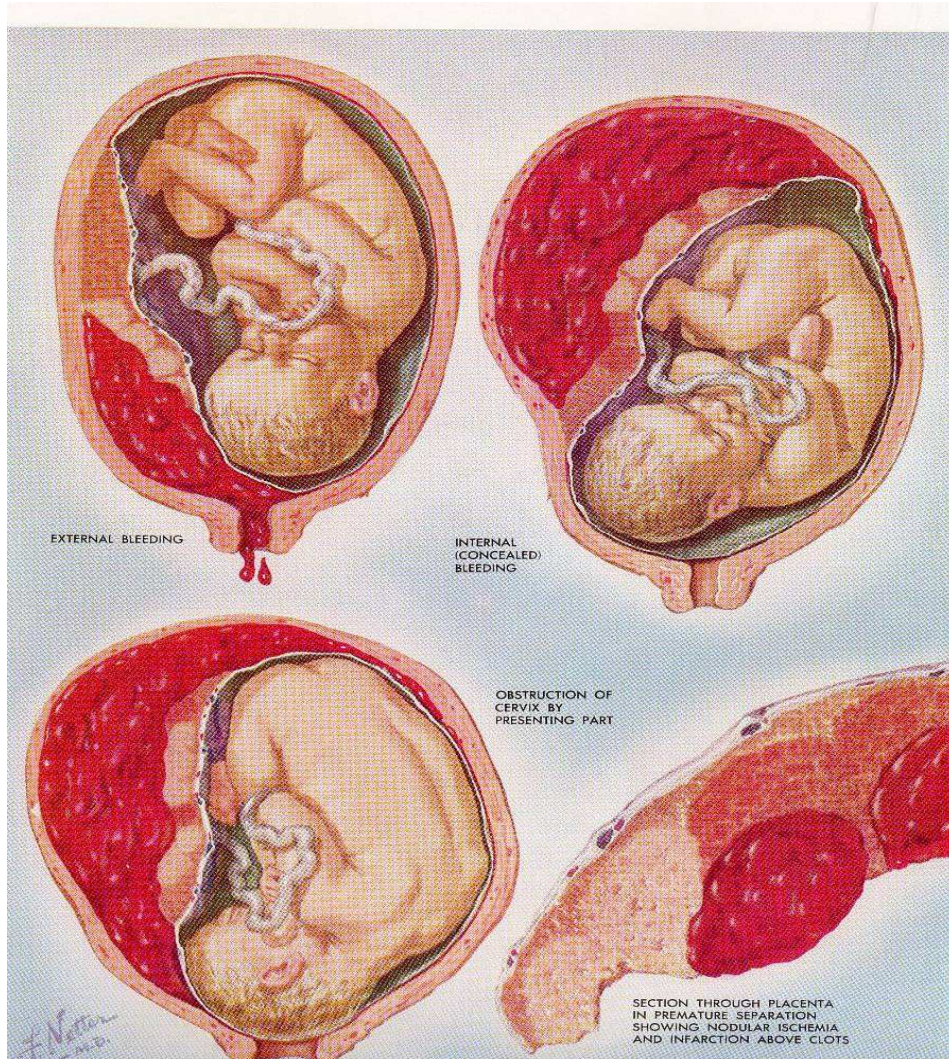


Figure3 : Différentes formes cliniques de l'HRP[35]

La lésion constante consiste en un décollement du placenta par un *hématome décidua basal*. Comme le placenta est en général normalement inséré, l'hématome reste endigué et creuse une cupule sur la face utérine de l'organe. La cupule, plus ou moins importante, occupe une zone allant des dimensions de 3 cm de diamètre à la totalité de la surface placentaire. Le tissu villositaire y est tassé et aplati. Les bords montent en pente douce vers la surface placentaire intacte. Le caillot, dont le poids est en rapport avec les dimensions du décollement, adhère lâchement au fond de la cupule. Si le placenta est entièrement décollé, la cupule fait place à un aplatissement total de l'organe. Les lésions de l'utérus consistent en une infiltration sanguine du myomètre, dont l'intensité est très variable [29]

Dans les formes moyennes, de larges ecchymoses occupent les deux faces, dont la teinte va du rouge cuivre au bleu foncé et au noir (utérus bigarré). Punctiformes dans les formes discrètes, ces taches ecchymotiques peuvent provoquer, dans les formes graves, de petites fissures irrégulières du péritoine utérin et un petit épanchement intra-abdominal de liquide séro-sanguinolent [29].

❖ *Etude microscopique*

Du sang extravasé occupe les espaces conjonctifs interfasciculaires, mais on ne trouve pas de vascularité. La lésion essentielle est l'éclatement des capillaires.

❖ *Annexes* : (trompe, ovaires), ligaments larges et ligaments ronds peuvent participer au processus apoplectique.

Les lésions hémorragiques peuvent, dans les formes graves, frapper des viscères non génitaux, surtout le foie et les reins peuvent aussi être le siège des lésions du «*rein de choc*» et à l'extrême, des lésions de nécrose corticale, dont on trouvera l'explication à l'étude de la pathogénie. La mort du fœtus est la conséquence des bouleversements utéro-placentaires et l'extrême hypertonie utérine.

VII. CLASSIFICATIONS DE L'HRP

Il en existe plusieurs types, elles prétendent toutes déterminer des degrés de gravité croissante. Elles reposent sur la présentation clinique, l'état du fœtus, l'existence de troubles de la coagulation et parfois sur l'étendue anatomopathologique du décollement :

Tableau II : classification de l'HRP selon *SEXTON* [32].

| Stades | Symptomatologies |
|-----------|--|
| Stade I | <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 1/6 de la surface placentaire décollée - Hémorragie < à 400 cm³ |
| Stade II | <ul style="list-style-type: none"> - 1/6 à 1/2 de la surface placentaire décollée - hémorragie > 400 cm³ - tension abdominale |
| Stade III | <ul style="list-style-type: none"> - Plus de la 1/2 de la surface placentaire décollée - Utérus de bois - Etat de choc |

Tableau III : classification de l'HRP selon *SHER* [34].

| Grades | Symptomatologies |
|---|---|
| Grade I | <ul style="list-style-type: none"> - Métrorragie minime inexpliquée, - Diagnostic rétrospectif post-partum d'un petit hématome. |
| Grade II | <ul style="list-style-type: none"> - Hypertonie utérine - Fœtus vivant. |
| Grade III <i>Grade IIIa</i> <i>Grade IIIb</i> | <p>Avec mort fœtale in-utéro, subdivisée-en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans troubles de la coagulation - Avec troubles de la coagulation. |

Tableau IV : classification de l'HRP selon *PAGE* [31].

| Stades | Symptomatologies |
|---------------|---|
| Stade 0 | <ul style="list-style-type: none"> - Forme asymptomatique |
| Stade I | <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie externe minime - Contracture utérine discrète - Fœtus vivant |
| Stade II | <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie externe - Contracture utérine - Albuminurie en masse |
| Stade III | <ul style="list-style-type: none"> - Choc maternel - Contracture utérine - Mort fœtale - Troubles de la coagulation |

Tableau V : classification de l'HRP selon *HAYNES* [25].

| Groupes | Symptomatologies |
|-------------------------------------|---|
| Groupes I ou Formes discrètes | <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie ± - Utérus plus ou moins tendu - Troubles de la coagulation = 0 |
| Groupes II ou Formes moyennes | <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie modérée - Tension utérine - Mort fœtale ± - Chute modérée du fibrinogène |
| Groupes III ou Formes graves | <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie - Utérus de bois - Choc maternel - Mort fœtale - Chute importante du fibrinogène |

VIII. ETIOLOGIES / FACTEURS DE RISQUE

1. Hypertension artérielle gravidique

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'hypertension artérielle gravidique et plus particulièrement la prééclampsie [18]. En effet elle est retrouvée dans 40 à 50% des DPPNI. L'HRP complique 10% des HTA chroniques et 2.5% des prééclampsies. L'HRP représente une des complications imprévisibles de la toxémie gravidique. La prise en charge soigneuse de la grossesse surtout si elle est compliquée d'hypertension artérielle, a permis de réduire de façon significative la fréquence de l'éclampsie. Cependant elle n'a eu que peu ou pas d'effet sur la fréquence de l'HRP.

2. Age – parité

Ils interviennent par le biais d'autres facteurs de risque, la primipare présentant plus volontiers les HRP qui compliquent une toxémie gravidique ou une prééclampsie, les HTA chroniques ou récidivantes s'associent avec l'âge plus avancé des femmes et la multiparité. L'HRP semble plus fréquent après 30 ans [20].

En effet la fréquence de l'HRP croît avec l'âge et la parité. Selon certains auteurs elle double à partir de la 4^{ème} grossesse et triple à la 5^{ème} grossesse [1].

3. Traumatismes

L'HRP est très exceptionnellement d'origine traumatique (à peine 1% des cas dans les séries publiées), parfois tardif (3 jours). Les chocs directs sur l'abdomen semblent bien être parfois

en cause (accident de circulation, ceinture de sécurité, chute d'une hauteur...). En cas de choc abdominal violent une surveillance de 48 heures s'impose.

Les versions par manœuvres externes sont souvent suivies d'HRP. Il y a là une raison importante pour que ces manœuvres restent prudentes, excluant la force excessive et que l'anesthésie générale soit évitée dans la mesure où elle pourrait conduire à une version forcée

4. Les accidents funiculaires

Il peut s'agir d'un cordon court, d'un circulaire du cordon. Dans ces cas la traction du fœtus sur le placenta peut entraîner son décollement placentaire [1].

5. HRP récidivants

L'HRP a tendance à se répéter ; les femmes ayant déjà fait un HRP auraient environ 10% de chance de voir se reproduire l'accident [36] ; cette constatation statistique n'a toujours pas reçu d'explication.

6. Défaut de placentation, rôle déficit en acide folique

Certains veulent voir à l'origine de l'HRP un défaut de placentation lors des premières semaines de la grossesse. Pour eux, la carence en acide folique serait responsable de ce défaut de placentation ; la dépression de la synthèse de l'ARN et de l'ADN conduit à une multiplication cellulaire défectueuse [46].

7. Les causes toxiques

Certains facteurs toxiques tels l'alcool, le tabac et la cocaïne ont été mis en cause. En effet NAYE cité par BRECHON [7] et CALAU [9] observe une diminution du flux placentaire 15 minutes après la consommation d'une cigarette. Cette ischémie entraînerait une hypoxie placentaire qui serait à l'origine des nécroses déciduales.

D'autres facteurs plus difficiles à mettre en évidence ont été évoqués. Ce sont notamment le célibat, les antécédents d'avortement, les infections à répétition, les rapports sexuels au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse [8] et l'influence des saisons.

8. Autres causes

- ★ Un taux plus élevé d'HRP est rapporté chez les patientes ayant présenté une hémorragie du premier ou du second trimestre de la grossesse et plus généralement chez les patientes ayant présenté une menace de fausse couche [17].
- ★ Certaines conditions de travail semblent constituer un terrain favorable : *la station debout associée à de nombreux déplacements* [17].
- ★ Bas niveau socio-économique [17].
- ★ Risque d'HRP par évacuation rapide d'un utérus distendu : un hydramnios (par décompression utérine brutale), grossesse gémellaire [33].

- ★ L'expression utérine faite brutalement (surtout dans un accouchement du siège) [33].
- ★ L'accouchement de siège : le décollement survient par contracture utérine alors qu'il ne reste plus que la tête fœtale dans le segment inférieur (l'utérus se contractant en quelque sorte à « vide ») [33].
- ★ Amniocentèse : prélèvement de liquide amniotique réalisé par ponction transabdominale. Une bonne localisation placentaire devrait les éviter.
- ★ La survenue d'un HRP peut être favorisée par la présence d'un anticoagulant circulant ou d'un anticardiolipides.
- ★ Le sexe masculin du fœtus favoriserait la survenue d'un HRP [33].
- ★ Terme dépassé de la grossesse.
- ★ La race noire favoriserait la survenue d'un HRP.
- ★ Malformations fœtales.
- ★ Causes idiopathiques : dans 30% des cas, aucune cause déclenchant de l'HRP n'est retrouvée.

IX. ETUDE CLINIQUE

Le plus souvent, il s'agit d'une patiente admise en urgence pour une complication survenant lors du dernier trimestre de la grossesse.

1. Forme complète

Début : contrairement à celui de l'éclampsie, est en général brutal.

Sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension préalable, précédée ou non d'une des causes occasionnelles déjà citées, la crise éclate avec soudaineté. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable, souvent vive, brusquement apparue. Elle perd un peu de sang noir. Tout de suite, l'état général cesse d'être bon, une certaine angoisse se manifeste.

Période d'état : est très vite constituée :

Signes fonctionnels :

- ★ **La douleur abdominale :** brutale, en coup de poignard, ou sous forme de crampe continue, très violente, parfois modérée. Le siège est médian mais parfois aussi latéral, diffusant rapidement vers les fosses lombaires, la région dorsale ou crurale. Contrairement aux contractions utérines douloureuses, elle est permanente.

- ★ **Les métrorragies noirâtres** : sont d'abondance variable, mais en général modérées, ou quelquefois minimales, faites de caillots noirs. Sa quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

Signes généraux :

- Faciès angoissé ; les traits tirés ; souvent une dyspnée « *sine materia* » s'installe.
- Pâleur, prostration refroidissement des extrémités.
- Le pouls est, du moins au début lent, dur, tendu. Très vite il s'accélère et s'affaiblit.
- La tension artérielle s'élève toujours au début du décollement; ou bien un à-coup hypertensif survient sur une hypertension préalable, ou bien c'est la hausse brusque d'une pression antérieurement normale. Les chiffres tensionnels au moment de l'accident peuvent être trompeurs car l'hypertension est vite suivie d'une chute traduisant le choc.
- Un état de choc est présent plus ou moins intense
- Signes inconstants et évocateurs : nausées, vomissements, tendance syncopale.
- La diurèse est réduite (oligo-anurie). La protéinurie, lorsqu'elle existe est soudaine et massive. C'est l'ictus albuminurique.

Signes physiques :

- ★ L'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dur, c'est là le témoin essentiel. Dur comme du bois «***utérus de bois***», partout et tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Certains hématomes de petits volumes ne s'accompagnent pas de contractures, mais d'une hypercontractilité utérine (hypercinésie de fréquence, mauvais relâchement utérin entre les contractions utérines).
- ★ Il augmente de volume, souvent décelable d'un examen à l'autre et est d'autant plus dur, que l'hémorragie externe est moins abondante. Il traduit l'évolutivité de l'HRP.
- ★ Une Ascension du fond utérin difficile à apprécier. On peut noter cette augmentation rapide lors des examens successifs.
- ★ A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont absents ; cependant, surtout si l'on s'aide d'appareils à enregistrer, il arrive que l'on perçoive les battements cardiaques au début de l'accident. L'enregistrement montrera presque toujours des signes de souffrance fœtale grave.
- ★ Au toucher vaginal, le segment inférieur, dur, ligneux et tendu, «***en sébile de bois***» témoignant de la contracture utérine (hypertonie utérine).

- ★ Le col est parfois déjà modifié, ce qui confirme le début du travail, la poche des eaux est elle-même tendue.
- ★ L'examen au spéculum permet de s'assurer de l'origine utérine de l'hémorragie dans les cas douteux.
- ★ Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtre.

En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic de l'HRP.

En résumé l'association :

- début brutal
- douleur et contracture utérine (hypertonie)
- métrorragies noirâtres
- souffrance fœtale grave ou mort fœtale

est souvent évocatrice du diagnostic clinique de l'HRP.

Il convient alors d'apprécier son retentissement sur l'état général, autrement dit d'apprécier l'intensité du choc [36].

D'après HURS (cité par FOURNIE), une patiente qui présente deux des quatre signes suivants : Hémorragie, douleur (utérine ou du dos), anomalies de la contraction utérine, anomalies de la fréquence cardiaque fœtale doit être considérée comme ayant un HRP [27].

Quelquefois, l'hématome rétroplacentaire se traduit par des signes de souffrance fœtale ou de menace d'accouchement prématuré chez une patiente présentant une prééclampsie.

2. Formes cliniques

☞ Formes avec hémorragie externe abondante

Lorsque le placenta se trouve inséré relativement bas, à proximité du segment inférieur, l'hématome arrive à décoller les membranes, à fuser vers le bas, à s'évacuer par le vagin.

L'hémorragie externe est alors abondante, la douleur est moindre, l'utérus reste plus souple et son volume augmente moins. Aussi cette forme clinique simule-t-elle l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

☞ Formes moyennes

Dans ces formes fréquentes, les signes physiques sont les mêmes. Mais l'état général est moins altéré, en particulier le choc est moins marqué.

☞ *Formes frustes*

Certains petits hématomes localisés peuvent passer inaperçus. Les signes cliniques sont discrets ou absents. Mais la femme accouche d'un fœtus mort, et sur le placenta, l'hématome dans sa cupule donne rétrospectivement la preuve de cet accident.

☞ *Formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra génitale*

Le premier signe est soit une hématurie, soit une hématomèse. Les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement.

☞ *Formes récidivantes à des grossesses successives*

Elles ne sont pas rares. On observe surtout dans les HRP d'origine toxémique. La récurrence tend à être plus grave que l'incident observé lors de la grossesse précédente.

☞ *Formes d'origine traumatique*

Leur étiologie relève, soit de la version par manœuvres externes, soit un accident, le plus souvent de la voie publique.

3. Formes associées

☞ *Formes associées à un placenta praevia*

Elles s'observent parfois. La situation anormale du placenta est souvent connue par la surveillance échographique. Mais la fréquence varie selon les critères de définition choisis. Pour certains auteurs 4,5% des placentas praevia se compliquent d'un HRP.

☞ *Forme associée à une rupture utérine* : c'est une forme grave.

4. Diagnostic différentiel

C'est essentiellement le diagnostic différentiel des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

☞ *Placenta praevia*

Le diagnostic peut être difficile lorsque l'hématome rétroplacentaire s'accompagne d'une hémorragie externe abondante par la vulve. Les signes évocateurs sont :

- l'hémorragie est faite de sang rouge vif liquide, indolore survenant en dehors de toutes contractions utérines ;
- l'utérus est souple ;

- les bruits du cœur foetal sont présents.

En cas de diagnostic difficile, une échographie peut être utile. Elle permet de visualiser le placenta à la partie basse de l'utérus, d'en voir les limites.

Tableau VI : diagnostic différentiel entre HRP et PP

| Placenta prævia | Hématome retroplacentaire |
|---|--|
| Saignement indolore | Saignement accompagné de douleurs abdominales importantes |
| Antécédents de saignements au cours de la grossesse | C'est la 1 ^{ère} fois que la femme saigne au cours de cette grossesse |
| Saignement après un rapport ou un TV | Saignement subi sans signes prémonitoires |
| Sang rouge rutilant | Sang noir |
| Pas d'hypertension | Souvent associé à une HTA ou une toxémie |
| Etat clinique en rapport avec le saignement extériorisé | Etat de choc sans rapport avec le volume du sang extériorisé |
| Tête haute ou présentation anormale | Difficulté d'appréciation de la position foetale |
| Utérus souple | Utérus tendu, hypertonique de « bois » |
| Bruits du cœur très clairement perçus | Bruits du cœur absents ou difficiles à entendre |

☞ ***L'hématome décidual marginal (HDM)***

L'HDM est une complication de la grossesse survenant lorsqu'une portion marginale du placenta se décolle, ce qui entraîne un saignement entre le placenta et l'utérus. Ce processus est proche de celui l'HRP, mais n'a pas des conséquences aussi graves : l'hématome décidual marginal est plus fréquent, et n'entraîne pas de souffrance foetale dans la majorité des cas (car l'hématome est périphérique et de petite taille, il ne peut donc pas altérer les échanges materno-foetaux). Il se manifeste par une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse faite de sang noirâtre ou foncé peu abondante. Les douleurs abdominales sont classiquement absentes.

☞ ***Hémorragies d'origine cervico-vaginale***

Ces hémorragies sont souvent bénignes et surviennent après un examen gynécologique ou un rapport sexuel. L'hémorragie est souvent modérée, de sang rouge d'apparition spontanée en dehors de toutes contractions utérines. L'examen au spéculum confirme l'origine cervico-

vaginale de l'hémorragie. Il élimine notamment une cervicite, un ectropion, un polype du col, une dysplasie et un cancer du col. Elles sont sans conséquence sur le bien-être fœtal.

☞ **Hémorragie de BENCKISER**

C'est une hémorragie par insertion vélamenteuse des vaisseaux du cordon ombilical, se produit uniquement au cours de l'accouchement lors de la rupture de la poche des eaux. Un vaisseau du cordon ombilical se trouve à la surface des membranes ovulaires. Lors de la rupture de la poche des eaux, spontanée ou provoquée, la déchirure d'un vaisseau aboutit à une hémorragie fœtale massive. Elle se manifeste par un saignement indolore, sans modification de l'état maternel mais avec une souffrance fœtale immédiate. La mortalité fœtale est de 90%. Seule une césarienne en extrême urgence peut sauver le fœtus. L'échographie avec doppler à codage couleur permet parfois d'en faire le diagnostic avant la rupture de la membrane.

☞ **Rupture utérine**

Elle est spontanée en général et survient sur un utérus fragilisé, le plus souvent sur utérus cicatriciel (antécédent de myomectomie, césarienne ou hystéropasie) ou exceptionnellement lors d'un traumatisme direct ou indirect. L'interrogatoire retrouve une notion de dystocie. Le tableau clinique associe le syndrome de prérupture (*douleur segmentaire intense, hypercinésie, métrorragie minime, souffrance ou mort fœtale*)

L'absence d'hypertonie, la palpation de l'abdomen met en évidence une défense exquise et l'on peut, dans certains cas palper le fœtus sous la paroi abdominale. L'hémorragie vaginale de sang rouge variable permet de faire le diagnostic.

Le fœtus meurt habituellement. Cependant, le diagnostic est difficile, d'autant que la rupture utérine peut se compliquer d'un DPPNI. Un tel tableau nécessite une intervention chirurgicale d'urgence.

☞ **Syndromes douloureux abdominaux**

- * Coliques néphrétiques
- * Pancréatite aiguë
- * Appendicite aiguë.

☞ **Autres**

- * Hydramnios
- * Torsion du kyste

* Hémorragie intra péritonéale, vu l'importance des signes généraux.

5- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils permettent surtout d'apprécier le degré de la gravité. Ce sont :

- ◆ le bilan sanguin ;
- ◆ l'étude du rythme cardiaque fœtal ;
- ◆ l'échographie.

a) Bilan sanguin

Le bilan de la coagulation est indispensable pour mesurer l'importance de la coagulopathie de consommation, on demandera :

- Numération formule sanguine (NFS)
- Taux de fibrinogène
- Taux de prothrombine
- Taux de plaquettes
- Temps de quick
- Dosage des facteurs V, VIII
- Produit de dégradation de la fibrine (PDF)
- Temps de lyse du caillot
- Dosage des D-Dimères
- Test de Von KAULLA
- Recherche d'agglutinine irrégulière
- Uricémie, Créatinémie, Transaminases

b) Etude du rythme cardiaque fœtal (RCF)

L'étude du rythme fœtal permet de constater la vitalité du fœtus, et l'existence de souffrance fœtale.

c) Echographie

A pratiquer en urgence avec l'appareil d'échographie en salle de travail. La sensibilité de l'échographie est fonction du contexte clinique. Elle est utile dans les formes discrètes et modérées, confirme le diagnostic d'HRP et permet la recherche de la vitalité fœtale par la localisation de l'aire cardiaque.

Elle est parfois caractéristique (25 % des cas) : image bien limitée elliptique ou linéaire, vide d'échos ou finement échogène au niveau de la plaque basale, biconvexe refoulant le placenta

dans la cavité amniotique, augmentant l'épaisseur du placenta à ce niveau. L'échographie confirme le diagnostic, faisant le diagnostic différentiel avec le placenta praevia et appréciant le volume approximatif de l'hématome rétroplacentaire. Mais ce diagnostic n'est pas toujours facile et l'absence d'image évocatrice n'exclut pas le diagnostic, d'où l'importance de la clinique et du contexte.

Elle permet d'apporter également des précisions sur la taille du fœtus, sa présentation, particulièrement difficile à évaluer cliniquement en cas hypertonie utérine.

X. EVOLUTION

Les formes frustes ou moyennes sont fréquentes. Beaucoup d'hématome rétroplacentaire peuvent évoluer favorablement après un accouchement rapide aidé par l'ouverture spontanée ou artificielle de l'œuf. La délivrance suit de près l'accouchement, accompagnée d'une abondante émission de caillots noirs.

Tous, ou presque tous les hématomes rétroplacentaires, même dans leurs formes graves, devraient, évoluer favorablement pour la mère. De nos jours, nous possédons des moyens médicaux et obstétricaux qui permettent, sinon d'éviter, du moins de traiter efficacement les complications. En absence de traitement, ou du traitement convenable, l'aggravation peut être rapide. L'état général s'altère de plus en plus. Le choc s'accroît, la tension artérielle s'effondre et le pouls s'accélère. La mort peut survenir.

XI. COMPLICATIONS

L'évolution spontanée du DPPNI va se faire vers l'apparition de complications dans un délai parfois très bref. Elles sont essentiellement :

- les troubles de la coagulation ;
- les accidents rénaux ;
- l'état de choc hypovolémique ;
- l'apoplexie utéro-placentaire de COUVELAIRE.

1. Les troubles de la coagulation

L'HRP est la principale cause des coagulopathies de consommation obstétricale. Cliniquement, la période de la délivrance est probablement la plus dangereuse. Les troubles de la coagulation sont dus à une irruption massive dans la circulation sanguine maternelle de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), qui entraîne une défibrination. L'hémorragie utérine, jusque-là relativement modérée, devient continue et incoercible, cependant que les caillots,

qui étaient une des marques de la symptomatologie, disparaissent pour laisser place à du sang liquide, incoagulable. Biologiquement, ce syndrome se traduit par une diminution du nombre de plaquettes, du taux de prothrombine et du taux de fibrinogène. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation de l'état de choc qu'elle entraîne.

2. Les accidents rénaux

Les complications rénales sont relativement fréquentes ; elles se traduisent par une *insuffisance rénale aiguë* avec une oligurie intense ou anurie.

★ Le rein de choc

Il est lié au choc hypovolémique et à la vasoconstriction. Les lésions tubulaires et épithéliales, peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et est responsable d'une anurie transitoire. Le rein de choc guérit généralement spontanément et sans séquelles en 1 à 2 semaines.

★ La nécrose corticale

Elle est exceptionnelle mais mortelle, survient dans les suites de couches. C'est une complication redoutable, car elle conduit à l'anurie définitive et puis la mort. L'HRP en est la cause la plus fréquente. Elle conduit à une insuffisance rénale chronique nécessitant une épuration extra rénale.

3. L'état de choc hypovolémique

Le choc hypovolémique est constant, peut entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse. C'est le syndrome de SHEEHAN ou panhypopituitarisme. L'état de choc est longtemps compensé et ne se complète souvent qu'au décours de la délivrance. Le risque est majoré par les troubles de la coagulation, l'inertie utérine et les lésions des parties molles.

4. Apoplexie utéro-placentaire de COUVELAIRE

Dans les formes graves l'hématome s'étend au myomètre disséquant les fibres musculaires. L'utérus conserve, pour un temps au moins, sa contractilité. Une extraction à ce stade permet d'éviter les séquelles, sans nécessiter une hystérectomie d'hémostase. Par contre, si le phénomène se poursuit, la séreuse puis les paramètres et l'ensemble du pelvis peuvent se disséquer posant alors de réelles difficultés d'hémostase. L'utérus a un aspect noir et violacé (extravasation de sang dans le myomètre et la sous-séreuse). Ce tableau peut conduire à la rupture utérine.

XII. PRONOSTIC

L'hématome rétroplacentaire reste un accident grave tant pour la mère que pour le fœtus. Il constitue une urgence obstétricale absolue.

1. Pronostic maternel

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré au cours de ces dernières années, grâce à une meilleure compréhension du mécanisme physio- pathogénique des complications de l'HRP. Le traitement doit prévenir les complications qui sont redoutables. La mortalité maternelle atteint 0,5 % à 1% du fait des complications dues aux coagulopathies de consommation, aux nécroses ischémiques en particulier rénales.

Cependant, il existe un risque infectieux et thrombo-embolique dans les suites de couche qui justifie une antibiothérapie et une héparinothérapie.

2. Pronostic fœtal

Le pronostic fœtal est fonction de l'étendue du décollement placentaire, des lésions utérines associées et de l'importance du choc. La mort fœtale est fréquente dans 30 à 60 % des cas [18], au point que la disparition de l'activité cardiaque était un des signes classiques du syndrome.

Lorsque les malades sont vues à la phase de début, avant la mort du fœtus, la césarienne peut sauver certains voués à l'anoxie et à la mort en absence d'intervention.

XIII . TRAITEMENT

1. But :

- Evacuer l'utérus, arrêter le saignement et sauver la vie du fœtus si possible.
- Lutter contre le choc et corriger l'hypovolémie.
- Lutter contre d'éventuels troubles de la coagulation.

Le mode d'évacuation de l'utérus sera déterminé en fonction de l'état et de l'âge gestationnel du fœtus et de l'état maternel.

2. Traitement médical

☞ Conduite à tenir en urgence

Certaines précautions doivent être prises dès l'admission, car la prise en charge de l'HRP est une urgence obstétricale :

- Installation de la parturiente en salle de travail ;
- Mise en place d'un cathéter intraveineux ;
- Mise en place d'une sonde vésicale à demeure ;

- Si possible, un cathéter de mesure de la pression veineuse centrale ;
- Apprécier le retentissement fœtal avec la recherche des BDCF ;
- Apprécier le retentissement maternel : tension artérielle (TA), pouls (monitorage), état de conscience (agitation ou torpeur), pâleur cutanéomuqueuse, diurèse, tension utérine, évaluation de l'importance de l'hémorragie.
- Faire un bilan sanguin initial comportant : groupage-rhésus, taux d'hémoglobine, NFS, taux de plaquettes, temps de saignement, détermination de la crase sanguine.
- Avoir à sa disposition du sang, du plasma frais et de l'oxygène.

Lutte contre l'hypovolémie

C'est l'élément essentiel. On utilisera des macromolécules, cristalloïdes, sérum-albumine de remplissage et surtout du sang frais si nécessaire.

Le remplissage sera basé sur l'importance du choc et de l'hématocrite, et non sur la quantité d'hémorragie extériorisée. Le contrôle de la pression veineuse centrale est souvent nécessaire pour permettre d'éviter les surcharges.

☞ Lutte contre les troubles de la coagulation

Le traitement le plus efficace est l'évacuation rapide de l'utérus. Elle consiste à apporter les facteurs déficitaires :

- * Transfusion de sang surtout du plasma frais congelé,
- * Perfusion lente de fibrinogène,
- * Transfusion de concentrés de plaquettes nécessaires si le taux de plaquette est inférieur à 50 000/ mm³ et surtout s'il existe des anomalies du temps de saignement.

3. Traitement obstétrical

Il dépend de l'âge gestationnel, de l'état du fœtus et de celui de la mère.

3-1. Accouchement par voie basse

L'accouchement par voie basse est possible, sous certaines conditions. Le col utérin doit être mur, le contrôle de la situation maternelle assuré, et les délais respectés. Il est indiqué dans les cas suivants :

Quand le fœtus est vivant :

- si l'hématome est modéré ;
- s'il n'y a pas de souffrance fœtale ;
- si l'accouchement évolue rapidement après la rupture des membranes ;

- pronostic maternel non en jeu à court terme.

Quand le fœtus est mort ou non viable.

Habituellement le travail d'accouchement a commencé, l'état général reste bon. Il faut diminuer la pression intra-amniotique par la rupture artificielle des membranes, permettant de favoriser la marche du travail. En même temps on peut utiliser les spasmolytiques en raison de leur action calmante sur la douleur. En cas de mauvaise dynamique utérine, on utilise les ocytociques en perfusion de façon très prudente.

L'accouchement doit être le moins traumatique possible, et aboutir en un temps court et prédéterminé à la naissance d'un fœtus mort le plus souvent, suivie par l'expulsion rapide du délivre. Le risque hémorragique diminue si l'utérus se rétracte bien.

La révision utérine est systématique de même qu'une vérification des parties molles (col, vagin) sous valves après l'accouchement, de même que l'utilisation des ocytociques (prévenant l'atonie utérine). Si l'épisiotomie est nécessaire sa suture doit être rapide. En cas d'échec on passe à la césarienne.

3-2. Césarienne

La césarienne quand elle est indiquée, se fait sous anesthésie générale. L'anesthésie péridural est formellement contre indiquée en présence de troubles de la coagulation. Il faut éviter les plans de décollement (préférer un Stark ou une médiane à un Pfannenstiel) et faire une hémostase soigneuse. La césarienne s'impose rapidement dans les cas suivants :

- Si le fœtus est vivant, de viabilité certaine ;
- Accouchement n'est pas imminent,
- Etat maternel grave (fœtus mort ou vivant).

3- 3. Hystérectomie

Elle est d'indication exceptionnelle car le myomètre, malgré son aspect souvent alarmant, récupère mieux. Elle est indiquée en cas d'état hémodynamique difficilement contrôlable, avec échec des traitements d'ocytociques.

Traitement préventif des récives

Dans la majorité des cas, l'HRP survient de manière totalement imprévisible. Si des facteurs de risque (âge, tabagisme, cocaïne, contexte vasculaire, thrombophilie...) sont identifiés, une surveillance particulière s'impose.

Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétroplacentaire ou de complication grave responsable d'une HTA gravidique, prévoir un traitement par *Aspégic** à 80 mg/jour entre la 14^e et la 35^e semaine d'aménorrhée. Hospitalisation définitive à 37 SA et déclenchement.

C. METHODOLOGIE

C. METHODOLOGIE

. Méthodologie

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point « G ».

2. Présentation du service :

L'hôpital du Point « G » a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des Médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de Gynécologie - Obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

2.1. Le service de Gynécologie - Obstétrique a été créé en 1912.

Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- **1970** : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- **1970 à 1972** : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- **1972 à 1975** : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- **1975 à 1978** : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- **1978 à 1983** : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- **1984 à 1985** : Marc Jarraud (chirurgien français) ;

- **1985 à 1986** : Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- **1986 à 1987** : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- **1987 à 2001** : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2001 à 2003** : Docteur Niani Mounkoro
- **2003 à nos jours** : Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) qui a été en **1980** chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pas pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

NB : le service était en voie d'extinction en fin **2001**

- **2003** à nos jours : le service de Gynéco-Obstétrique qui n'existait plus sur l'organigramme de l'hôpital du Point "G" a été ré-ouvert par le **Professeur Bouraïma Maïga** (Gynécologue obstétricien malien).

Le bâtiment abritant l'actuel service de Gynécologie - Obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre l'ancien service de Médecine interne au Sud, de la Réanimation au Nord et de l'Urologie à l'Est. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

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

- **7** Gynécologues obstétriciens.
- **16** Techniciens supérieurs de santé dont :
 - **14** sages-femmes
 - **1** Major,
 - **3** Aide de bloc : Assistant médical,
- **9** Techniciens de santé
- **2** Aides-Soignantes
- **8** Garçons de Salle dont **2** au bloc opératoire
- **1** Secrétaire

2.2. Fonctionnement

Il existe **5** jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi), et **4** jours d'interventions chirurgicales programmées. La prise en charge des urgences est effective 24 heures/24. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service et les stagiaires dirigé par le chef de service ou un de ses assistants.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque Vendredi, elle est dirigée par le chef de service après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un gynécologue obstétricien, les CES de Gynécologie ou de Chirurgie générale en rotation, deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière, une aide-soignante et 2 garçons de salle dont un au bloc. Une unité d'échographie qui est également fonctionnelle.

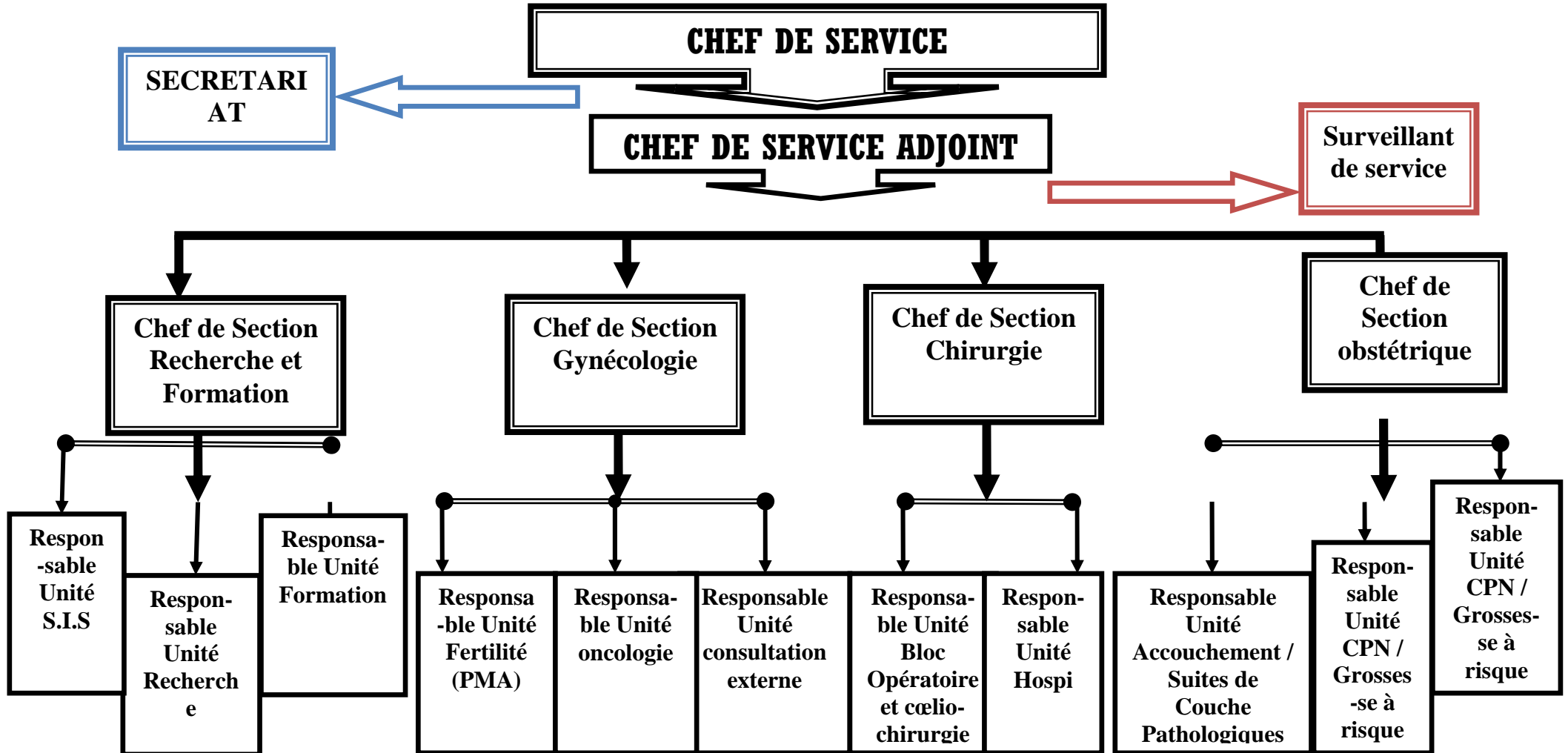
Unité mixte, le service de Gynécologie - Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs et de l'intérieur du pays.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie - Obstétrique prévoit la mise en place :

- d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation)
- d'une unité d'oncologie gynécologique

Organigramme du service



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / C.P.N : Consultation Prénatal Natal / Hospi : Hospitalisation

3) Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de 06 ans, allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2013.

4) Type d'étude

Nous avons mené une étude cas/témoins.

5) Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les parturientes admises dans notre service pendant la période d'étude.

5-1) Critère d'inclusion

- **Cas :** Toutes les patientes prises en charge dans le service pour hématome rétroplacentaire.
- **Témoins :** nous avons choisi 1 cas pour 2 témoins :
 - ❖ Toutes les parturientes n'ayant pas présenté un hématome rétroplacentaire admises directement avant le cas
 - ❖ Toutes les parturientes n'ayant pas présenté un hématome rétroplacentaire admises directement après le cas

5-2) Critère de non inclusion

- ✓ **Cas :**
 - * Patiente ayant accouché à domicile ou dans une autre structure sanitaire dans un contexte d'HRP et ayant consulté dans le service pour un autre motif.
- ✓ **Témoins :**
 - * Toutes les parturientes n'ayant pas présenté un hématome rétroplacentaire non admises avant et après le cas.

6. Les variables étudiées :

Les variables étudiées sont :

- La patiente :

Age, profession, ethnie, résidence, statut matrimonial, niveau d'instruction, antécédents, mode d'admission, motif d'admission, gestité, parité, nombre d'enfant vivant, nombre d'avortement, CPN faite ou pas, terme de la grossesse, présentation du fœtus, hypertonie utérine, dilatation cervicale, métrorragie, voie d'accouchement, traitement médical, traitement chirurgical, pronostic maternel, examens complémentaires, complications maternelles et fœtales, TA, pouls, la conscience, taux Hb

Longueur du petit côté des membranes, longueur du cordon ombilical, problème funiculaire, poids des caillots, dimension de la cupule.

- Nouveau né

Vivant, mort, score d'Apgar, poids, taille, sexe, prématurité.

7- La collecte des données

Elle a été faite à partir des informations recueillies sur :

- les partogrammes
- Les dossiers obstétricaux
- les dossiers d'hospitalisation des malades
- les dossiers de césarienne
- le registre des accouchements et des références
- le registre de compte rendu opératoire
- le registre de décès maternel
- le registre de transfusion sanguine

8- Traitement et analyses des données

Les données recueillies sur les fiches d'enquête ont été saisies et analysées sur le logiciel Microsoft office Word versions 2007 et EPI INFO version 3.5.1 . Le test de χ^2 de YATT et l'OR à 95% ont été utilisés pour comparer les cas et les témoins. Les valeurs de $p < 0,05$ ont été admises pour seuil de différence statistiquement significative

9- Définitions opératoires

- **Gestité** : nombre de grossesse.
- **Parité** : nombre d'accouchement.
- **Primigeste** : c'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a eu 2-3 grossesses.
- **Multigeste** : c'est une femme qui a eu 4-5 grossesses.
- **Grande multigeste** : c'est une femme qui a eu au moins 6 grossesses.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une seule fois.
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2-3 fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché 4-5 fois.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a accouché au moins 6 fois.
- **HTA modérée** : TAS ≥ 15 mmHg et ou une TAD ≥ 10 mmHg

- **HTA sévère** : TAS \geq 16 mmHg et ou une TAD \geq 11 mmHg
- **HRP grade IIIb de SHER** : hypertension utérine, métrorragies noirâtres, BDCF absents, CIVD
- **HRP grade IIIa de SHER** : hypertension utérine, métrorragies noirâtres, BDCF absents, CIVD absent
- **HRP grade II de SHER** : hypertension utérine, métrorragies noirâtres, BDCF présents
- **HRP grade I de SHER** : absence de signe clinique, diagnostic rétrospectif

10- Difficultés de l'étude

Au cours de cette étude les difficultés rencontrées ont été les suivantes :

- ✓ La plupart des parturientes disposaient des fiches personnelles à l'admission et celles-ci ne contenaient que peu ou pas d'information
- ✓ La non fonctionnalité du laboratoire du service après les heures de fermetures.
- ✓ La mauvaise conservation des dossiers.

11- Déroulement pratique de l'étude

- Nous avons recensé tous les cas d'HRP dans les registres d'accouchement puis nous avons recherché les dossiers de ces patientes.

D. RESULTATS

D. RESULTATS

Du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2013 sur un total de 9544 accouchements nous avons enregistré 615 cas d'HRP soit une fréquence de 6.44%

Figure 1 : répartition du nombre d'HRP et d'accouchement de 2008 à 2013

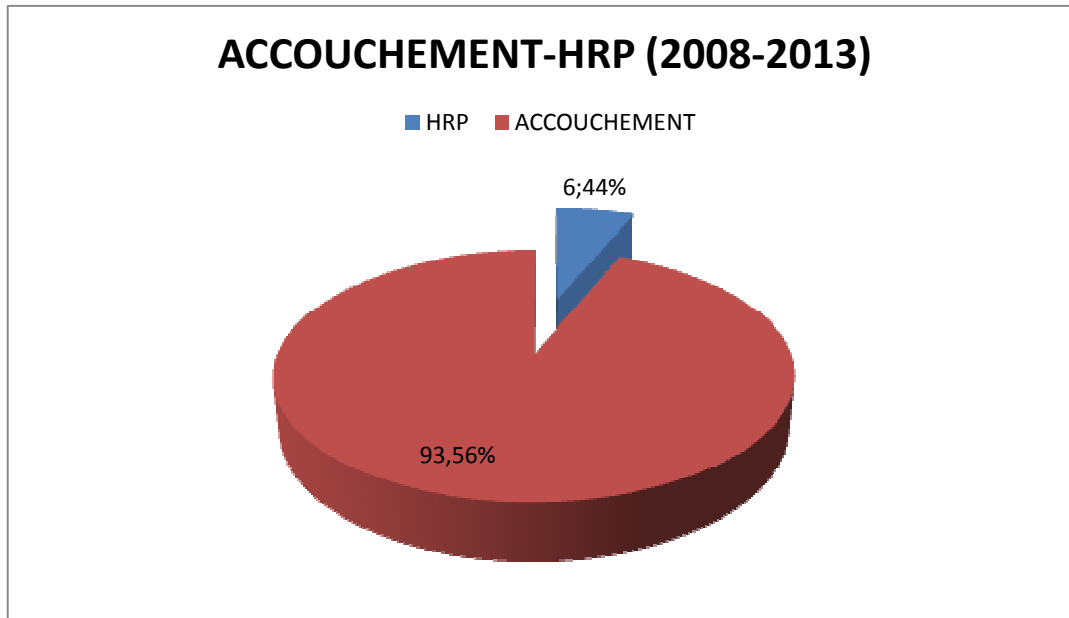
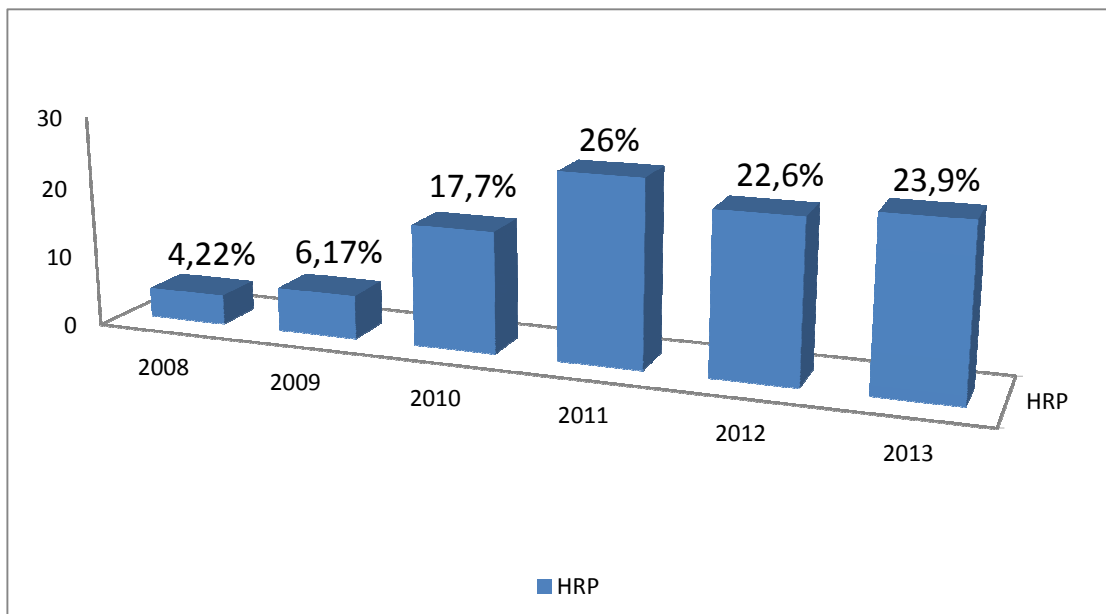


Figure 2 : Répartition du nombre d'HRP en fonction des années.



Le plus fort taux sur les 615 a été retrouvé au cours de l'année 2011 soit 26%

Tableau VII : Répartition des cas et des témoins en fonction de la tranche d'âge

| AGE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|----------------|------------|------------|-------------|------------|------------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| 15-19 | 85 | 13.82 | 161 | 13.09 | 0.0000001 | 2.30 (1.90-2.79) |
| 20-29 | 201 | 32.6 | 583 | 47.40 | | |
| SUP OU EGAL 30 | 430 | 69.91 | 486 | 39.51 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

La tranche d'âge supérieur ou égal a 30ans ans a représenté 69.91% des cas contre 39.51% des témoins.la différence a été statistiquement significative.

Tableau VIII : Répartition des cas et des témoins en fonctions de la résidence

| RESIDENCE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-----------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| BAMAKO | 553 | 89.91 | 1134 | 92.19 | 0.05 | 0.75(0.54-1.05) |
| HORS DE BAMAKOK | 62 | 10.9 | 96 | 7.80 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

La différence n'a pas été significative.

Tableau IX : Répartition des cas et des témoins en fonction du statut matrimonial

| STATUT MATRIMONIAL | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|--------------------|------------|--------------|-------------|--------------|--------------|------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| MARIEE | 589 | 95.77 | 1193 | 96.99 | 0.090 | 0.7 (0.42-1.17) |
| CELIBATAIRE | 26 | 04.22 | 37 | 03 | | |
| TOTAL | 614 | 100 | 1230 | 100 | | |

La différence n'a pas été significative

Tableau X : Répartition des cas et des témoins en fonction du niveau d'instruction

| NIVEAU D'INSTRUCTION | CAS | | TEMOINS | | P | OR- IC |
|-----------------------|------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| NON SCOLARISEE | 520 | 84.55 | 1036 | 84.22 | 0.525 | 0.52 (0.76-1.30) |
| PRIMAIRE | 63 | 10.24 | 140 | 11.38 | | |
| SECONDAIRE | 22 | 03.58 | 40 | 03.25 | | |
| SUPERIEUR | 10 | 01.62 | 14 | 01.14 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

Les patientes non scolarisées ont représenté 84.55% des cas contre 84.22% des témoins

La différence n'a pas été significative.

Tableau XI : Répartition des cas et des témoins en fonction de leur profession

| PROFESSION | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|----------------------|------------|--------------|-------------|-------------|---------------|------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| MENAGERE | 522 | 84.89 | 1046 | 85.4 | 0.4888 | 0.99(0.75-1.29) |
| VENDEUSE\Commerçante | 32 | 5.20 | 77 | 6.26 | | |
| ELEVE\ETUDIANT | 37 | 6.07 | 60 | 4.88 | | |
| FONCTIONNAIRE | 24 | 3.09 | 47 | 3.82 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

Les ménagères ont représenté 84.89% des cas contre 85.4% des témoins. la différence n'a pas été significative.

Tableau XII : Répartition des cas et des témoins en fonction de leur gestité

| GESTITE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-------------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| PRIMIGESTE | 127 | 20.65 | 300 | 24.39 | 0.000000039 | 1.79 (1.45-2.21) |
| PAUCIGESTE | 133 | 21.63 | 515 | 41.87 | | |
| MULTIGESTE | 216 | 35.12 | 285 | 23.17 | | |
| GRANDE | 139 | 22.69 | 130 | 10.57 | | |
| MULTIGESTE | | | | | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

Les multigestes ont représenté 35.12% des cas contre 23.17% des témoins. La différence a été statistiquement significative.

Tableau XIII : Répartition des cas et des témoins en fonction de la parité

| PARITE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|------------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| NULLIPARE | 73 | 11.87 | 459 | 37.32 | 0.2469 | 0.93 (0.93-1.14) |
| PRIMIPARE | 121 | 19.67 | 207 | 16.82 | | |
| PAUCIPARE | 215 | 34.96 | 458 | 37.23 | | |
| MULTIPARE | 183 | 29.76 | 78 | 06.34 | | |
| GRANDE MULTIPARE | 23 | 03.74 | 28 | 02.28 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

Les paucigestes ont représenté 34.96% des cas contre 36.58% des témoins. La différence n'a pas été significative.

Tableau XIV : Répartition des cas et des témoins en fonction du mode d'admission

| MODE D'ADMISSION | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-------------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| VENUE D'ELLE-MEME | 22 | 3.58 | 35 | 02.85 | | |
| EVACUEE | 593 | 96.42 | 1195 | 97.15 | 0.19 | 1.26 (0.73-2.17) |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

L'évacuation a été le mode d'admission dans 96.42% des cas contre 97.15% des témoins. La différence n'a pas été significative

Tableau XV : Répartition des patients en fonction des moyens de transport

| MOYENS D'ADMISSION | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------------|------------|--------------|
| MOYENS PERSONNELS | 92 | 14.96 |
| AMBULANCE | 523 | 85.04 |
| TOTAL | 615 | 100 |

Tableau XVI : Répartition des cas et des témoins en fonction de la réalisation ou non de CPN

| CPN | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| NON | 250 | 40.65 | 125 | 10.16 | 0.00000001 | 6.05(4.74-7.73) |
| OUI | 365 | 49.34 | 1105 | 89.83 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

La consultation prénatale n'a pas été faite dans 40.65% des cas contre 10.16% des témoins. la différence a été statistiquement significative.

Tableau XVII : Répartition des cas et des témoins en fonction des antécédents

| ANTECEDENT MEDICAUX | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|---------------------|-----------|------------|------------|-------------|--------------|---------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| HTA | 52 | 8.4 | 112 | 9.10 | 0.356 | 0.92220(0.65-1.30) |
| DREPANOCYTOSE | 06 | 0.97 | 25 | 02.03 | | |
| NEANT | 557 | 90.57 | 1093 | 88.86 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

L'HTA a été retrouvé dans 8.4% des cas comme antécédent contre 9.10% chez les témoins. la différence n'a pas été significative.

Tableau XVIII : Répartition des cas et des témoins en fonction du terme de la grossesse

| AGE GESTATIONNEL | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|---------------------------|------------|--------------|-------------|-------------|------------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| 3eme TRIMESTRE | 599 | 97.39 | 1095 | 89.2 | 0.0000001 | 4.61 (2.72-7.82) |
| 2eme TRIMESTRE | 16 | 2.6 | 135 | 10.97 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

L'HRP a été retrouvé dans 97.39% au 3eme trimestre. la différence a été statistiquement significative

Tableau XIX : Répartition des cas et des témoins en fonction d'une HTA à l'admission

| HTA A L'ADMISSION | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|----------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| OUI | 285 | 46.34 | 235 | 19.10 | 0.0000001 | 3.65 (2.95-4.52) |
| NON | 330 | 55.66 | 995 | 80.89 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

L'HTA a été dans 46.34% des cas contre 19% 10% des témoins. la différence a été significative.

Tableau XX : Répartition des cas et des témoins en fonction de la dilatation cervicale

| DILATATION CERVICALE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------|--------------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| 0-3 | 428 | 69.59 | 213 | 17.32 | 0,0000001 | 10.93 (8.71- 13.70) |
| 3-10 | 187 | 30.41 | 1017 | 82.68 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

TRAITEMENTS

Tableau XXI : Répartition des cas et des témoins en fonction de la voie d'accouchement

| VOIE D'ACCOUCHEMENT | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------|------------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| HAUTE | 350 | 56.91 | 202 | 16.42 | 0,0000001 | 6.72 (5.39- 8.37) |
| BASSE | 265 | 43.09 | 1028 | 83.58 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

La différence a été significative.

Tableau XXII : Répartition des cas en fonctions de l'indication de la césarienne

| INDICATION DE LA CESARIENNE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|-----------------------------|------------|--------------|
| SAUVETAGE MATERNEL | 288 | 82.28 |
| ENFANT VIVANT | 62 | 17.71 |
| TOTAL | 350 | 100 |

Le sauvetage maternel a été l'indication dans 82.28% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des cas en fonction de la transfusion sanguine

| TRANSFUSION SANGUINE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|----------------------|------------|--------------|-----------|-------------|----------------|---------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| OUI | 308 | 50.08 | 45 | 3.66 | 0.00001 | 26.42 (18.86-37.0) |
| NON | 307 | 49.92 | 1185 | 96.34 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

PRONONSTIC DE NNEs

Tableau XXIV : Répartition des cas et des témoins en fonction de l'état des nouveaux nés

| ETAT DES NOUVEAUX NEES | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|------------------------|------------|--------------|-----------|--------------|----------------|-----------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| MORT NEE FRAIS | 539 | 83.56 | 92 | 07.48 | 0.00001 | 69.82 (51. 37-95.13) |
| VIVANT | 106 | 16.43 | 1264 | 92.94 | | |
| TOTAL | 645 | 100 | 1360 | 100 | | |

Tableau XXV : Répartition des cas et des témoins en fonction du nombre total de nouveaux nés

| NOMBRE DE NOUVEAUX NEES | |
|-------------------------|------|
| CAS | 645 |
| TEMOINS | 1360 |
| TOTAL | 2005 |

Il y'a eu 15cas de grossesses gémellaires chez les cas contre 65 chez les témoins

Tableau XXVI : Répartition des cas et des témoins en fonction de la réanimation de nouveaux nés

| REANIMATION DE NNEES | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|----------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| OUI | 73 | 68.87 | 414 | 32.75 | 0.00001 | 4.54 (2.90-7.13) |
| NON | 33 | 31.13 | 850 | 67.25 | | |
| TOTAL | 106 | 100 | 1264 | 100 | | |

Tableau XXVII : Répartition des cas et des témoins en fonction du terme de la grossesse

| ETAT DES NNEES | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|--------------------|------------|--------------|------------|--------------|----------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| PREMATURITE | 272 | 42.17 | 139 | 10.22 | 0.00001 | 6.41 (5.03-8.16) |
| A TERME | 373 | 57.82 | 1221 | 89.77 | | |
| TOTAL | 645 | 100 | 1360 | 100 | | |

Les prématurés ont été retrouvés dans 42.17% des cas contre 10.22% des témoins. La différence a été significative.

Tableau XXVIII : Répartition des cas et des témoins en fonction du poids des NNEES

| POIDS DES NNEES | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-----------------------|------------|--------------|------------|--------------|----------------|--------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| <2500 | 427 | 66.02 | 265 | 19.48 | 0.00001 | 7.09 (6.52-10.06) |
| 2500-3999 | 261 | 40.46 | 958 | 70.44 | | |
| SUP OU EGAL A 4000 | 5 | 0.77 | 137 | 10.07 | | |
| TOTAL | 645 | 100 | 1360 | 100 | | |

Le petit poids de naissance a été retrouvé dans 66.02% des cas contre 19.48% des témoins. La différence a été significative.

Tableau XXIX : Répartition des cas et des témoins en fonction de la longueur du cordon

| LONGUEUR DU CORDON | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-----------------------|------------|--------------|------------|-----------|-----------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| <40 | 114 | 18.54 | 123 | 10 | 0.000003 | 2.04 (1.55-2.69) |
| SUP OU EGAL A 40 | 501 | 81.46 | 1107 | 90 | | |
| TOTAL | 615 | 100 | 1230 | 100 | | |

La brièveté du cordon a été retrouvée dans 18.54% des cas contre 10% des témoins. La différence a été significative.

Tableau XXXI : Répartition des cas et des témoins en fonction du petit côté des membranes

| PETIT COTE DES MENBRANES | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| <10 SUP OU EGAL A 10 TOTAL | 101 514 615 | 16.42 83.58 100 | 205 1025 1230 | 16.67 83.33 100 | 0.475 | 0.98 (0.76-1.27) |

Le placenta prævia a été retrouvé dans 16.42% des cas contre 16.67% des témoins. La différence n'a pas été significative.

PRONONSTIC MATERNELS

Tableau XXXII : Répartition en fonction des grades

| GRADE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|-------------|------------|--------------|
| I | 19 | 3.09 |
| II | 74 | 12.03 |
| IIIa | 472 | 76.75 |
| IIIb | 50 | 08.13 |
| TOTAL | 615 | 100 |

L'HRP gradeIIIa de SHER a été retrouvé dans 76.75%

Tableau XXXIII : Répartition des cas et des témoins en fonction du pronostic maternels

| PRONONSTIC MATERNELS | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| DECEDE VIVANTE TOTAL | 22 493 615 | 3.57 96.43 100 | 332 898 1230 | 27 73 100 | 0.0000007017 | 7.43 (3.13-17.58) |

Il y a eu 3.51% de décès chez les cas contre 27% chez les témoins. la différence a été significative.

Tableau XXXIV : Répartition des cas décédés en fonction des grades

| GRADE | EFFECTIF | | | P | OR(IC) |
|-------------|-----------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| | N | DECEDE | % | | |
| I | 19 | 01 | 5.26 | | |
| II | 74 | 00 | 00 | | |
| IIIa | 472 | 13 | 2.75 | 0.0002 | 6.72(2.64-17.1) |
| IIIb | 50 | 08 | 16 | | |
| TOTAL | 615 | 22 | 3.58 | | |

Le plus grand taux de décès a été retrouvé dans le grade IIIb de SHER

Tableau XXXV : Répartition des cas de décès en fonction de la voie d'accouchement

| VOIE D'ACCOUCHEMENT | DECEDES | TOTAL | POURCENTAGE |
|------------------------|---------|-------|-------------|
| BASSE | 04 | 265 | 1.50 |
| HAUTE | 18 | 350 | 5.14 |
| TOTAL | 22 | 615 | 3.58 |

Tableau XXXVI : Répartition des cas et des témoins en fonction des complications

| COMPLICATION MATERNELLE | CAS | | TEMOINS | | P | OR-IC |
|----------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------|------------------------------|
| | N | % | N | % | | |
| ANEMIE | 614 | 82.75 | 200 | 58.82 | 0.0000001 | 3.36 (2.52- 4.78) |
| ETAT DE CHOC | 36 | 04.85 | 00 | 00 | | |
| TROUBLE DE COAGULATION | 50 | 06.74 | 05 | 01.47 | | |
| OLIGO ANURIE | 28 | 03.77 | 55 | 16.18 | | |
| INFECTION PUERPERALE | 14 | 02.27 | 80 | 06.05 | | |
| HYSTERECTOMIE | 03 | 0.48% | 00 | 00 | | |

L'anémie a été la complication retrouvée dans 82.75% des cas contre 58.82% des témoins. la différence a été significative. 03 cas d'hystérectomie ont été réalisés chez les cas.

Tableau XXXVII : Répartition des patientes transférées en réanimation

| TRANSFERT EN REANIMATION | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| OUI | 43 | 6.99 |
| NON | 572 | 93.01 |
| TOTAL | 615 | 100 |

E. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

E.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude rétrospective et prospective longitudinale réalisée au CHU POINTG de BAMAKO nous a permis d'estimer à 06.44% la fréquence de l'HRP. Notre fréquence est inférieure à celles retrouvées par **Sylla.N** (43) 0.68%, **Thoulon J M.** [36] en France 0.26%, **Akpadza K.** [2] au Togo 0.47%, **Dao S Z.** [13] au Mali 1.75% et **Assani A.**[4] en Côte d'Ivoire 3.08% .

Il existe une grande disparité dans les fréquences observées à travers le monde. La différence relativement importante entre les fréquences traduit les variations d'appréciation de l'HRP suivant le tableau clinique, l'examen du placenta et ou des lésions microscopiques.

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1-1 .Age

De nombreuses études de par le monde ont montré que l'âge avancé de la femme constituait un facteur de risque d'HRP. Dans notre étude les patientes de plus de 30ans ont représenté 69.91% des cas. Elles courent 2fois plus de risques de faire un HRP (OR=2.30). Ce taux est inférieur de celui de **Coulibaly F** [10], qui a trouvé que les patientes de plus de 30 ans courent 4 fois plus de risque de faire un HRP que celles de moins de 30 ans (**P=0.00000 ; OR=4.55**). Dans la littérature, **Dreyfus J.** [16], **Thoulon J M.** [36] relevaient respectivement 53.8% et 51.0% de cas après 30 ans.

Ouattara M. [31], **Hamadoun G.** [24] **Maréga F.** [28] et **Dao S.** [13] ont trouvé respectivement une fréquence 43.27%, 48.57%, 57.5% et 66.3% de cas chez les moins de 30 ans.

1-2. Gestité- Parité :

Dans notre étude, les multigestes ont près de 2 fois plus de risque de faire un HRP avec une différence statistiquement significative (**P=0.00001 ; OR=1.79**).

Coulibaly F [10] a rapporté que le risque d'HRP était 3 fois plus élevé chez les multigestes.

La parité est citée comme facteur de risque d'HRP dans la plupart des études [37]. Mais l'HRP apparaît comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune parité.

Dans notre étude, les paucipares dominaient le tableau avec 34.96% des cas ; ce taux se rapproche du taux de **Dao S Z.** [13] qui retrouvait 34.8% mais est inférieur à celui de **Sylla N** (43) qui a trouvé un taux de 36.8%. Ce taux est supérieur à ceux trouvés par **Maréga F.** [28] 28.8% et **Diarra S.** [15] 23.6% . Cette prédominance des paucipares s'expliquerait par le fait

que 2.11% de nos cas avaient fait un ou des avortements. Les multipares représentaient 29.76% des cas, ce qui est supérieur aux taux relevés par **Dao S Z.** [13] et **Sylla N** (43) qui ont trouvé respectivement 27.5% et 22.1% .

Diarra S. [15] et **Maréga F.** [28] ont trouvé un taux nettement supérieur de 43.8% et 51.7%. Quant à **Akpadza K.** [2] au Togo, la proportion de paucipare était presque identique à celle de multipare 29.7%. Des taux plus importants chez les multipares avaient été relevés par **Dreyfus J.** [16], **Thoulon J M.** [36] et **Hamadoun G.** [24] respectivement 64.3%, 70% et 79%.

1 -3. Consultations prénatales :

Dans notre étude, 40.65% des cas contre 10.16% des témoins n'avaient fait aucun suivi prénatal. La différence est hautement significative $P=0.00001$ multipliant ainsi le risque par six (OR=6.05), ce résultat est supérieur à celui de **Dao S Z.** [13] et de **Sylla N** (43) qui ont trouvé que les patientes qui n'ont pas fait de CPN courent quatre fois plus le risque de faire un HRP $P=0.0002$ (OR=3.89) et $p=0.00001$ (OR=4.12)

Notre taux est aussi supérieur à celui relevés par **Ouattara M.** [30] qui a trouvé 30.85% mais inférieur à ceux de **Hamadoun G.** [24], **Maréga F.** [28] et **Dao S Z.** [13] qui ont noté respectivement 60%, 48.27% et 45%.

2. ETIOLOGIES

2-1. Contexte d'hypertension artérielle

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique et plus particulièrement la pré éclampsie [11]. Dans notre étude l'HTA a été retrouvé dans 46.34% des cas contre 19.10% chez les témoins avec une différence statistiquement significative $P=10^{-7}$. Les patientes ayant une hypertension artérielle ont 4 fois plus de risque de faire un HRP. (OR=3.65) d'après notre étude.

Pour **DAO SZ.** [13] ce risque est également multiplié par quatre (OR=4.45)

Notre taux est inférieur à celui de **Goufodji S.** [21] qui a trouvé 48.9% d'HTA gravidique. Mais il est supérieur aux taux relevés par **Diarra S.** [15] 31.5%, **Ouattara M.** [30] 30.14% et **Maréga F.** [28] 26%.

Dans notre étude l'antécédent d'HTA a été retrouvé chez 08.4% des cas.

Hamadoun G. [24], **Maréga F.** [28] et **Diarra S.** [15] ont respectivement noté 20%, 16.43% et 15.7% d'HTA chronique dans leur étude.

Le caractère d'HTA en dehors de la grossesse a été souvent difficile à mettre en évidence. La difficulté majeure a été que bien qu'ignorant leur statut sanitaire en dehors de la grossesse la

plupart de nos patientes avait égarés ou oubliés leur carnet de consultation prénatale dans les structures de santé de provenance et la plupart des carnets de consultations prénatales disponibles à l'admission étaient des fiches opérationnelles et celles-ci ne contenaient que peu ou presque pas d'information.

3. Tableau clinique

Le diagnostic de l'HRP a été posé devant un tableau clinique au 3^{ème} trimestre de la grossesse associant : une **métrorragie**, une **hypertonie utérine** et **l'absence ou non des BDCF** : qui constituent la **triade classique**

Dans notre étude, cette triade était retrouvée dans 96.91% des cas.(Grade II ,IIIa et IIIb)

Ce taux est cependant supérieur à ceux relevés par **Diarra S.** [15] , **Thoulon J M.** [36] et **Ouattara M** [30] qui ont trouvé respectivement 70.9% , 80% ,et 46.1% de cas.

Les BDCF n'étaient pas perçus dans 84.88% des cas,ce taux est inférieur à celui de **Gouffodji S.** [21] 88.1% et supérieur à ceux de **Diarra S.** [15] 67.4%, **Ouattara M.** [30] 69.9% **Saulières H.** [32] 60% et **Maréga F.** [28] 73.6% .

Hamadoun G. [24] 84.3% ,**Maréga F.** [28] trouvé respectivement 84.3% et 88.5% de cas d'hypertonie utérine ; ces taux sont inférieurs à celui de notre étude qui est de 96.91%.

A partir de la fréquence élevée de la triade classique, nous pouvons déduire que la majorité de nos cas correspond au grade III de la classification de Sher 84.88%, traduisant le plus souvent le retard de la consultation.

L'association HRP-placenta praevia a été notée dans 16.2% des cas contre 16.67% chez les témoins, différence n'ont statistiquement significative $P=0.475$ (OR= 0.98). Notre taux est inférieur à ceux de **Gouffodji S.** [21] 20.26%, **Ouattara M.** [30] 24.47% et supérieur à celui de **Diarra S.** [15] 6.7%.

Dans la littérature, la plupart des fréquences retrouvées variaient entre 3.75% et 10.9% [15-30].

4. PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE

➤ Attitude obstétricale

Dans notre étude, la césarienne a été pratiquée dans 56.91% des cas contre 16.42% des témoins avec une différence statistiquement significative $P=10^{-7}$. Le risque de césarienne était multiplié par 7 en cas d'HRP (OR=6.72). Selon **Coulibaly F** [10], les femmes avec HRP ont 4 fois plus de risque d'accoucher par césarienne que par voie basse et pour **Sylla N** (43) le risque d'accoucher par césarienne est multiplié par 10. Elle apparaît comme un acte fondamental de sauvetage materno-fœtal, elle a été indiquée dans 82,28% des cas pour

sauvetage maternel et dans 17,71% des cas pour fœtus vivant. Dans ces cas, elle fut pratiquée en urgence.

Le taux de césarienne, dans notre étude est supérieur à celui de **Ouattara M.** [30] 23.76%, proche de celui de **Hamadoun G.** [24] 55.71% et de **Sylla N** (43) 55.2%. Cependant **Maréga F.** [28], **Diarra S.** [15], **Dao S Z.** [13] et **Saulières H.** [32] ont noté des taux respectivement plus élevés 60% ; 66.3% 79.1% et 95%.

L'accouchement par voie basse a été possible dans 43.09% de cas ce qui est inférieur à celui de **Akpadza K.** [2] 47.9% et supérieur aux différentes fréquences enregistrées par **Coulibaly F.** [10] 40% , **Diarra S.** [15] 33.7% , **Dao S.** [13] 20.9% , et **Saulières H.**[32] 5%.

Ouattara M. [30] trouve une fréquence nettement supérieure d'accouchement par voie basse 76.24%.

Les patientes chez lesquelles l'accouchement par la voie basse a été accepté étaient le plus souvent en 2^{ème} phase du travail et certaines en 1^{ère} phase avec fœtus mort et en absence de complications maternelles et un état hémodynamique stable. Le premier geste consistait à rompre les membranes lorsqu'elles étaient intactes et accessibles dès que le diagnostic d'HRP avec fœtus décédé est posé ensuite procéder à une perfusion d'ocytocine en dehors de toute contre-indication.

Nous avons procédé après l'accouchement à la prévention de l'hémorragie de la délivrance par une perfusion d'ocytocine et parfois l'utilisation de 5CP de cytotec 200ug en IR

➤ **Réanimation**

La lutte contre le choc hypovolémique est l'élément essentiel dans la prévention des complications liées à l'HRP. La patiente est déchoquée à l'aide de soluté de remplissage (sérum salé, ringer lactate, macromolécules) et surtout du sang frais.

Nous avons utilisé des solutés de remplissage et du sang lorsqu'il était disponible.

La prise de la tension artérielle était le seul élément d'appréciation de la quantité du remplissage vasculaire. Le contrôle de la pression veineuse centrale permettant d'éviter les surcharges n'a pas été possible. Nous avons transfusé 308 patientes soient 50.08% des cas. C'était du sang total dans 93.5% des cas et du plasma frais congelé dans 6.5%. Les patientes ayant présenté une insuffisance rénale aigüe ont été évacuées en service de réanimation ou de néphrologie

5. PRONOSTIC

✓ **Pronostic maternel**

Dans notre étude, nous avons enregistré 22 cas de décès maternel soit une fréquence de 3.57% ,13cas de décès dans le gradeIIIa de sher soit une fréquence de 2,75% contre 9 cas de décès dans le gradeIIIb soit une fréquence de 16% .Ces différents résultats illustrent le pronostic plus sombre dans le gradeIIIb de sher. Seulement 7% des patientes de notre étude ont pu être prise en charge en réanimation. Cette situation peut s'expliquer par la capacité d'accueil insuffisante du service de réanimation et en plus de ce fait le service de réanimation accueille également des urgences non obstétricales provenant des différents services de l'hôpital des centres et de l'intérieur du pays.

Notre taux est supérieur à ceux relevés par **Ouattara M.** [30] 2.83%, **Akpadza K.** [2] 2.84%, et inférieur à ceux relevés par **Allangba E.** [3] 7.63% en Côte d'Ivoire, **Hamadoun G.** [24] 4.23%, **Colau et Uzan.** [9] 4.28% , **Assani A.** [4] 4.16% et **Dao S Z.** [13] 4.8%.

La complication majeure a été l'anémie sévère soit 82,75% chez les cas suivis de trouble de la coagulation 06,74% et de l'état de choc dans 04,85%. 03 cas d'hystérectomie ont été enregistrés

L'insuffisance des moyens de réanimation notamment les difficultés de compenser les spoliations sanguines importantes aggravent le pronostic de ces patientes.

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité de l'HRP et à la durée de l'évolution de l'hémorragie, une transfusion l'améliore considérablement [18, 29]. Il est d'autant plus amélioré lorsque le diagnostic est précoce et l'évacuation utérine rapide [7, 18 ,29].

Le faible taux de décès enregistré parmi les cas témoignerait de l'effet bénéfique de la césarienne en cas d'HRP.

✓ **Le pronostic fœtal**

Le pronostic fœtal dépend de la surface de décollement placentaire, du poids de l'hématome, de l'âge de la grossesse, de la rapidité de l'extraction fœtale et d'une réanimation néonatale adaptée.

Notre taux de mortalité fœtale est de 83.56% des cas contre 07,48% chez les témoins; différence statistiquement significative $P=10^{-7}$ OR=69.42 , ce taux est pratiquement supérieur à ceux de **Hamadoun G.** [24] 62,5% , **Goufodji S.** [25] 79% , **Diarra S.** [15] 67.4%, **Akpadza K.** [2] 75.45% et **Maréga F.** [28] 78.41% mais comparable à celui de **Thoulon J M.** [36] 84%.

La césarienne apparaît comme l'acte fondamental de sauvetage du fœtus lorsque l'HRP survient à un âge gestationnel de sa viabilité avec une vitalité et un diagnostic précoce [8,29].

Cependant la brutalité de la survenue de l'accident rend difficile l'amélioration du pronostic
fœtal.

F- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

L'HRP par sa brutalité, son caractère imprévisible et la sévérité de ses conséquences maternelles et fœtales représente l'urgence médico-obstétricale la plus typique. Un meilleur dépistage des populations à risque, le diagnostic précoce et une prise en charge dans une structure médico-chirurgicale organisée permettraient d'améliorer le pronostic

2 - RECOMMANDATIONS

Pour une maîtrise des facteurs de risque et la prévention des complications dramatiques de l'HRP, les recommandations suivantes s'adressent :

Aux autorités

- Organiser des campagnes de sensibilisation de don de sang pour éviter tant que possible les ruptures de stocks de sang au sein de la banque de sang de BAMAKO
- Organiser des journées de don de sang pour approvisionner la mini banque de sang du CHU POINTG.
- Doter le service de Gynécologie Obstétrique du CHU POINT G d'une salle de Réanimation adulte et d'une unité de néonatalogie
- Augmenter la capacité d'accueil du service de réanimation du CHU POINTG pour permettre la prise en charge immédiate et efficace des Complications liées à l'HRP.
 - Créer des services de réanimation dans les centres de santé de référence afin de réduire le taux de référence et assurer ainsi une prise en charge précoce des complication de l'HRP

Aux prestataires

- Référer à temps les grossesses à risque vers les centres spécialisés et dans les conditions de transfert optimales.
- Faire les consultations prénatales dans les normes.
- Maintenir la collaboration inter disciplinaire (organisation du système référence-évacuation)
 - Rompre la poche des eaux dès que les membranes sont accessible et le diagnostic d'HRP avec fœtus posé avant toute évacuation.

Aux parturientes

- Suivre régulièrement les consultations prénatales.

- Collaborer avec le personnel en acceptant et en respectant les conseils prodigués lors des séances de CCC.
- Considérer tout saignement sur grossesse au 3^{ème} trimestre quelle que soit son importance comme signe de gravité et consulter immédiatement.

G. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

G. REFERENCES

- 1. Abdella T, Sibai B, Hays J, Anderson G.** Relationship of hypertensive disease to abruption placentae. *Obst gynecol* 1984; 63: 365-
- 2. Akpadza K, Baeta S, Neglo Y, Tete V, Hodonou A.** Hématome rétroplacentaire à propos de 211 cas. *Clinique de Gynécologie Obstétrique du CHU- Tokoin-Lomé (Togo)* 1988-1992. *Méd d'Afr Noire* 1996; 43 (6).
- 3. Assani A, Anoma M, Boni E, Koné N, Bohoussou K.** Aspects épidémiologiques des hématomes rétroplacentaires à propos de 150 observations. Communication à la Société de Gynécologie Obstétrique de Côte d'Ivoire, juillet 1988. Livre des abstracts
- 4. Bouaouda L, Kharbach A, Mehdoui A, Sendid M, Oukhouia B, Osstowar K.** La grossesse et l'accouchement chez la grande multipare au Maroc. *J Gynécol Obstét Biol Réprod* 1987; 16: 919-24.
- 5. Bourrey M C.** DPPNI à propos de 51 observations. Thèse Méd Clermont 1973; 1.
- 6. Brechon J, Darbois Y.** Décollement prématuré du placenta du 3^{ème} trimestre. *Obstétrique Revue pour le Praticien* 1985; 35, (23): 1363-1375.
- 7. Brink A, Odendaal H.** Risk factors for abruptio placentae. *Afr Med J* 1987; 72, 4: 250-2.
- 8. Colau J, Uzan S.** Hématome rétroplacentaire ou DPPNI. EMC (Paris, France) ; *Obstét* 1985; 5071. A10:6
- 9. Coulibaly F.** Hématome rétro placentaire : Facteurs de risque, pronostic maternofoetal dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G. Thèse de Médecine Bamako 2001:99
- 10. Colin A, Parent P, Alix D, Castel Y.** Mortalité et morbidité chez les enfants nés après hémorragie de la mère anté-partum. *Rev Pédiat* 1984; 20: 9: 407-12.
- 11. Correa P, Bah M, Berthé M, Dia A.** L'hypertension artérielle au cours de la gravidopuerpéralité chez l'Africaine. *Dakar Méd* 1982; 27: 154-67.
- 12. Dao S Z.** Hématome rétroplacentaire : Facteurs de risque, prise en charge et pronostic materno-foetal dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel touré de Bamako de 2003 à 2008. Mémoire du DES 2009
- 13. De Valera E.** Abruptio placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1968, 100, 5: 599-606.
- 14. Diarra S.** Hématome rétroplacentaire dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de référence de la commune V du district de Bamako Thèse de Médecine Bamako 2007 : 261

- 15- Lewin D.** Les indications de l'opération césarienne en cas d'hématome rétro placentaire. Obstet gynéco ; 1968 (spécial) : 277- 88.gynéco 1997 ; 89 ; 2 :221- 6.
- 16- Lewin D.** Les indications de l'opération césarienne en cas d'hématome rétro placentaire. Obstet gynéco ; 1968 (spécial) : 277- 88.gynéco 1997 ; 89 ; 2 :221- 6.
- 17.Cissé H.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Bilan d'une année portant sur 70 cas recueillis à l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako 1988; . 1
- 18. Dreyfus J, Berger J, Mirkovic A.** Le décollement prématuré du placenta normalement inséré. Considération sur 15 ans de statistiques. Gynecol Obstet Fr 1961; 13, 2: 214-7.
- 19. Erksen G, Wohler M, Ensbak V.** Placental abruption. A case control investigation. Br J Obstet gynecol 1991; 98: 448-452.
- 20. Fournie A, Desprats R.** L'hématome rétroplacentaire (HRP). Mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE). Collège Nationale de Gynécologie obstétrique Française 1984; 350 : 285-311.
- 21. Fouseini K.** Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas).Thèse de Méd Bamako 1989 ; 48
- 22. Golditch I, Boyce N.** Management of abruption placentae. J.A.M.A 1970; 212: 288-293.
- 23. Goufodji S.** Contribution à l'étude de l'hématome rétroplacentaire à propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou. Thèse de Méd Benin 1986; 288.
- 24. Griot J.** Hématome rétroplacentaire : diagnostic et traitement. Impact Internat 1992; 81-85.
- 25. Hadda D, Zayani H.** Hématome rétroplacentaire. Tunis Méd 1979; 57: 2-3:133-5.
- 26. Hamadoun G.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré de ses formes graves. Bilan d'une année portant sur 70cas recueillis à l'Hôpital Gabriel Touré. These Med. Bamako 1988;1
- 27. Haynes D.** Premature separation of placenta, ten years experience Am J Obstet Gynecol 1966; 96; 5: 666-669.
- 28. Konaté S.** Etude épidémiologique-clinique et thérapeutique de l'hématome rétroplacentaire au CHU du Point G et au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd, Bamako,2006 ; 285

- 29. Lansac J, Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien 4^e édition Paris MASSON : chapitre 15 :Hémorragie du 3^{ème} trimestre, Hématome rétroplacentaire (HRP) ou décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) 2003 : 280-2
- 30. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édit ; Masson, Hématome rétroplacentaire, 2001; 597: 432-38.
- 31. Ouattara M.** Hématome rétroplacentaire au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, bilan de 6 ans d'étude. Thèse Méd Bamako 2000; 126.
- 32. Page E, King E, Merrill J.** Abruptio placentae: dangers of delay in delivery. Obstet Gynecol 1954; 3: 385-93.
- 33. Saulières H.** Hématome rétroplacentaire. Journées pyrénéennes Gynécol- Obstét Tarbes 2002; 4-5 octobre.
www.jpghtarbes.com/detail/archives/2002saulières.asp.
- 34. Sher G.** A rational basis for the management of abruptio placentae. J Reprod Med 1978; 21: 123-9.
- 35. Site du Dr Aly Abbara.** Avicenne.info
www.mille-et-une-nuit.com consulté le 10 juin 2009
- 36. Thoulon J, Puech F, Boog G.** Obstétrique. Paris ellipses 1995; chapitre13: Néphropathies, syndrome vasculo-rénaux et leurs complication, HRP, P. 372-376.
- 37. Seguy B, Jean H.** Révision accélérée en obstétrique .
- 38. Uzan S, Uzan M.** Hématome rétroplacentaire. Précis d'obstét sous la direction de E Papiernik. Flammarion (Paris) 1995; 2-257: 15045-7.
- 39. Zugaib M, Barros A C, Bittar R, Burdman E, Neme B.** Abruptio placentae following make bite. Am J Obstet Gynecol 1985; 151; 6: 754-5.
40. Alphamoye Haidara. Etude épidémiologie clinique et thérapeutique de l'HRP au csref c6 de Bamako Thèse 2012-260
- 41. Maréga F C.** Hématome rétro placentaire Thèse Méd Bamako 2001; 102p 99
- 43.Sylla Niagalè.** Etude épidémiologique-clinique thérapeutique et pronostic de l'HRP au csrefC2 du district de bamako.Thèse Méd. Bamako 2012; 129
- 44. Allangba E.** Contribution à l'étude des hématomes rétroplacentaires : à propos de 236 cas colligés au CHU de Cocody. Thèse Méd d'Abidjan, 1991; 1206.

Etude épidémiologique clinique, thérapeutique et pronostic de l'hématome rétroplacentaire
au CHU POINTG du District de Bamako

45-Nicoloso E, Dercole C, Cassel N, et al. Formes graves de l'hypertension artérielle
gravidique. Réan Soins

IntensMédUrg 1994; 19, 4: 213-27.

H. ANNEXES

**ETUDE EPIDEMIOCLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC DE
L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE AU CHU POINT G DU DISTRICT DE
BAMAKO.**

FICHE D'ENQUETE

-Numéro du dossier :.....

Q1 : Date :.....

Q2 : Age :.....ans

Q3 : Profession :

1-fonctionnaire :.....

2-Ménagère :.....

3-Etudiante /Elève :.....

4-Commerçante :.....

Q4 : Ethnie :.....

1-Bambara

2-Sarakolé

3-Peulh

4-Malinké

5-Sonrhäï

6-Dogon

7-Sénoufo

8-Bobo

9-Minianka

10-Bozo

Q5 : Résidence :

1-CI.....

2- CII.....

3-CIII.....

4-CIV.....

5-CV

6-CVI

7-Hors Bamako.....

Q6 : Statut Matrimonial :

1-Mariée :.....

2-Célibataire :.....

3-Divorcée :.....

4-veuve :.....

Q7 :

Niveau d'instruction :

1-Non scolarisée.....

2-Primaire :.....

3-Secondaire :.....

4-Medersa :.....

5-Supérieur :.....

Q8 : Mode d'admission :

1-Venue d'elle même.....

2-Référée :.....

3-Evacuée.....

Q9 : Motifs d'admission :

1-HRP :

2-CUD :.....

3-Métrorragie :.....

4-HTA :.....

5-Choc hypovolémie.....

Q10 : Antécédents médicaux

1-HTA :.....

2-Hémoglobinopathie si oui :.....

3-Néant :.....

Q11 : Habitude alimentaire

-Alcool:.....

-Tabac:.....

-Thé:.....

Q12 : Antécédents chirurgicaux :

1-Césarienne (nombre) :.....

2-Myomectomie :.....

3 -Néant :.....

Q13 : Grossesse antérieure :

- Gestité:.....

- parité:.....

-Nombre d'enfant vivant :.....

- Nombre d'avortement :.....
- Nombre d'enfant vivants :.....
- Intervalle inter gésique :.....
- Nombre d'HRP :.....
- Mort-né :.....(1=macérée, 2=frais).....
- HTA :(1=oui ;2=non)..... si oui chiffre.....

Q14 : Grossesse actuelle :

- Terme SA.....
- CPN :(1=OUI ; 2=NON)....
- Prise de la TA (1=oui ; 2=non).....

Q15 : Examen à l'admission :

Signes généraux

- Conjonctives :(1=colorée, 2=pales) :.....
- HTA= (1=oui,2=non)..... si oui chiffre..... mm Hg
- Œdème des MI= (1=oui,2=nom).....
- Température :.....°C
- Pouls :.....puls/mn

Q16 : Examen obstétrical :

- Présentation (1=céphalique, 2=siège,3=épaules).....
- Poche des eaux (1=intactes, 2=rompues).....

- contracture utérine (1=oui, 2=non).....
- Contraction utérine :(1=oui, 2=non).....
- BDCF (1=oui, 2=non).....
- Si oui chiffres :..... Bat/mn
- Dilatation du col :..... cm

-liquide amniotique :

- 1-Claire :..... 2-teinté :.....
- 3-méconial :.....
- 4-Hématique :.....
- Métrorragie (1=oui,2=non).....
- HU:.. cm
- Durée du travail dans le service..... heures

Q17 : Diagnostic et pronostic à l'entrée selon sher

- HRP grade 1
- HRP grade 2
- HRP grade 3a.....
- HRP grade 3b.....

Q18 : Prise en charge :

- 1-Basse :.....
- 2-Haute:.....

**Q19 : Début des symptômes (douleurs pelviennes métrorragie) par rapport
à l'heure d'admission**

-inférieur ou égal à 30min

-inférieur ou égal à 45min

-inférieur ou égal à 1h

-inférieur ou égal à 2h.....

-inférieur ou égal à 3h.....

Inférieur ou égal à 4h.....

Inférieur ou égal à 5h.....

Inférieur ou égal à 6h.....

-inférieur ou égal à 7h.....

-inférieur ou égal à 8h.....

-supérieur à 8h.....

Q18 : Traitement médical :

-Ocytocique : (1=Oui ; 2=Non).....

-Anti HTA : (1=Oui ; 2=Non).....

-Transfusion : (1=Oui ; 2=Non).....

-Macromolécule : (1=Oui ; 2=Non).....

-Antalgique : (1=Oui ; 2=Non).....

-Misoprostol 200ug (1=oui ; 2=non),.....

Voie d'administration et dose si oui :.....

Q19 : Traitement chirurgical

1-Césarienne :.....

2-Hystérectomi d'hémostase.....

4-Ligature vasculaire.....

Q20 : Indication :

1-Enfant vivant :.....

2-Sauvetage maternel :.....

4-Autres à préciser.....

Q21 : Séjour en réanimation :

1=oui ; 2=non..... Si oui heures.....

Q21 :Nouveau-né :

-Sexe (1=masculin ;2=féminin).....

-Etat à la naissance (1=vivant ; 2=mort-né frais ; 3=mort-né macéré)...

-Apgar: 1mn=..... ; 5mn=.....

-Poids:.....g

-Taille :.....cm

-Prématuré (1=oui ,2=nom).....

-Réanimé (1=oui ,2=nom).....

Q22 : Grossesse multiple :

-Nombre :.....

-Sexe du 1^{er} : (1=masculin ; 2=féminin).....

-Sexe du 2^{ème} : (1=masculin ; 2=féminin).....

-Sexe du 3^{ème} : (1=masculin ; 2=féminin).....

-Etat à la naissance du 1^{er} (1=vivant ; 2=mort-né frais ; 3=mort-né macéré)...

-Etat à la naissance du 2^{ème} (1=vivant ; 2=mort-né frais ; 3=mort-né macéré)...

-Etat à la naissance du 3^{ème} (1=vivant ; 2=mort-né frais ; 3=mort-né macéré)...

-Apgar du 1^{er} à la 1^{ère} minute :.....et à la 5^{ème} minute :.....

-Apgar du 2^{ème} à la 1^{ère} minute :.....et à la 5^{ème} minute :.....

-Apgar du 3^{ème} à la 1^{ère} minute :.....et à la 5^{ème} minute :.....

-Poids du 1^{er} :.....g

-Poids du 2^{ème} :.....g

-Poids du 3^{ème} :.....g

-Taille du 1^{er} :.....cm

-Taille du 2^{ème} :.....cm

-Taille du 3^{ème} :.....cm

-Prématuré (1=oui ,2=nom).....

-Réanimé (1=oui, 2=nom).....

Q23 : Annexes :

-Placenta= .Poids du placenta=.....g

.Longueur du cordon=..... cm

.poids du caillot=.....g

.Cupule=...cm

.Petit coté des membranes.....

.Si problème funiculaire précisé.....

Q24 : Pronostic

-Maternel :

1-Vivante :.....

2-Décédée :.....

Q25 : Complications maternelles :

1-Anémie :.....

2-Hémorragie par atonie utérine :.....

3-Trouble de la coagulation :.....

4-Complications rénales :.....

5-Etat de choc :.....

6-Infection puerpérale.....

7-complication mammaire.....

8-complication psychiatrique.....

Q29 : Examens complémentaires :

- Groupage
- Rhésus :.....
- Taux d'hémoglobine :... g /dl
- Diurèse :..... cc/horaires
- créatininémie :.....
- Uricémie :.....
- Glycémie.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DOUBOUYA **Prénom :** MOHAMEDE

Titre de la Thèse : Etude épidémiologique-clinique pronostic et thérapeutique de l'HRP au CHU DU POINTG

Année : 2014.

Ville de Soutenance : Bamako **Pays d'Origine :** MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 05ans et prospective sur 1an concernant l'HRP au CHU du POINTG du district de Bamako.

Cette étude nous a permis de recenser sur une période de 6ans 615 cas d'HRP sur un total de 9544 accouchements soit une fréquence de 6,44%. Parmi les cas 96.42% ont été évacués par les différentes structures sanitaires du pays(CHU, CSREF, CSCOM)

Les facteurs de risque identifiés dans la survenue de l'HRP ont été : l'âge supérieur ou égale a 30 ans ; la multiparité, le contexte toxémique (HTA chronique ou gravidique),

Ces facteurs sont exagérés par une absence de suivi prénatal (40.65% n'ont effectué aucune CPN). Sur le plan clinique la triade métrorragies, Hypertonie et BDCF absents ont été retrouvés dans 96,91% des cas. La césarienne a été pratiquée dans 56,91% des cas et dans 82,28% l'indication a été posé pour sauvetage maternels. Le pronostic fœtal est mauvais avec 83.56% de mort nés. Nous avons déploré 3.57% de décès maternel. Les complications maternelles ont été : 4,85% de choc hypovolémique, 6.74% de trouble de coagulation et 3,77% d'atteinte rénale. L'attitude thérapeutique principale reste la rupture artificielle des membranes.

Mots clés : grossesse ; hématome rétro-placentaire (HRP) ; facteurs de risque; pronostic ; rupture artificielle des membranes(RAM).

SERMENT D'HYPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*
- *Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*
- *Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*
- *Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure