

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023



N°.....

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES,
THERAPEUTIQUES ET PRONOSTICS DE
L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KITA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13/12/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Moussa DOUMBIA

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

Jury

Président : Mr Boubacar MAIGA, Professeur

Directeur : Mr Mamadou SIMA, Maitre de conférences

Co-directeur : Mr Amadou LY, Gynécologue-Obstétricien

Membres : Mr Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences

Mr Saleck DOUMBIA, Gynécologue-Obstétricien

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

ALLAH l'Éternel, le tout Puissant, le tout Miséricordieux, le très reconnaissant. Au prophète **Mohamed** paix et salut sur lui, nous prions DIEU pour qu'il nous donne la foi pour vous témoigner notre respect et notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité, afin d'avoir votre amour et que nous soyons à côté de vous à tout moment de la vie. Amen !

A mon très cher et adorable père : Issa DOUMBIA, tu n'as ménagé aucun effort pour que nous ayons une bonne éducation et réussissions dans la vie. Ton amour, ta rigueur et ton encouragement ont fait de nous des enfants travailleurs et respectueux. Père, je n'ai jamais oublié tes sages conseils à savoir qu'il faut se respecter et respecter les autres. S'engager à être meilleur et l'excellent dans tout ce que nous ferons dans l'avenir.

Père, je ferai tout pour combler vos attentes envers tes enfants et aller même au-delà. Mais pour cela, j'aurai toujours besoin de vos bénédictions qui ne m'ont d'ailleurs jamais manquées.

Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé et de succès sur cette terre et dans l'autre monde.

A ma très chère et adorable mère : Fatoumata SAMAKE,

Femme exemplaire, respectueuse, battante qui n'a jamais abandonné, ni failli devant une difficulté ou un problème dans son foyer et dans la société. Elle a toujours répondu aux cris de ses enfants. Maman, mettre un enfant au monde demande aussi une certaine responsabilité à savoir son éducation et son bien-être que vous avez pu bien donner à vos enfants. Mère, l'arbre que tu as planté et entretenu est maintenant mur. Cet arbre ne t'a jamais oublié et ne t'oubliera jamais pour tout ce que vous avez fait pour lui. Maman, je n'ai sincèrement pas trouvé de mots qui soient plus suffisants pour te remercier. Mais à travers ce travail, recevez l'expression de toute ma reconnaissance. Que Dieu te donne longue vie. Amen!

A ma grand-mère : Feu Sira BAGAYOKO

Vos conseils, vos encouragements, vos soutiens m'ont beaucoup aidé dans mes études secondaires ; vous avez été toujours là pour me soutenir dans des moments difficiles. Chère grand-mère, là où vous êtes, nous te souhaitons le repos éternel et tes petits fils sont fiers de toi.

A Mes frères : Seydou DOUMBIA, Zoumana DOUMBIA, Soungalo DOUMBIA, Aboubacar DOUMBIA et Abdramane DOUMBIA ; nos parents se sont sacrifiés pour que nous ayons une bonne éducation et un avenir meilleur.

Chers frères, il est temps pour nous, d'essayer de leur rendre le fruit de tant d'efforts.

Ce travail doit être un exemple pour nous et autant d'autres personnes. Nous ne devons jamais oublier les efforts de nos parents. Que Dieu fasse de nous, des enfants reconnaissants, courageux et engagés pour le combat de la vie.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse a été possible grâce aux concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. Je tiens à remercier tous mes professeurs, pour le partage de leurs expériences, leur savoir et leurs conseils.

À mes oncles et tantes : (Liste assez longue), vos soutiens, vos rigueurs, vos encouragements, vos conseils m'ont permis de franchir les obstacles, d'éviter les pièges et de graver les échelons. A travers ce modeste travail, je pris le bon Dieu que le lien familial continu à être serré d'avantage qui est le fruit de vos efforts.

Aux familles : BAGAYOKO, DOUMBIA, SAMAKE, COULIBALY merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci infiniment !!!

À mes cousins et cousines, Je vous rends hommage à travers ce travail pour témoigner toute l'affection que j'ai pour vous.

A mes amis : Seydou DOUMBIA, Seydou SIDIBE, Bassirou SIDIBE, Aïnatou DIARRA, Assetou COULIBALY, Amadou KONATE, Cheickna SANGARE,

Mohamed DABO, Issouf COULIBALY, Mahamoud DEMBELE, Cabayi MOUNKORO, Oumar CISSE, Nono Kalifa KEITA, Seydou S SAMAKE, etc....

Merci pour l'affection portée à ma personne. Qu'ALLAH facilite vos parcours respectifs

Au personnel du CSRef de Kita

Merci pour votre accueil chaleureux et votre contribution à la réalisation de ce travail.

A mes Aînés et collègues internes du CSRef de Kita : Dr Kadry SANOGO, Dr Fatogoma DEMBELE, Minamba DOUMBIA, Soumaila POUDIOUGOU, Alpha TOURE, Abdoul Karim DIALLO etc.....

Merci pour ces moments de partage. Puisse-nous rester solidaires !

Aux Sages-femmes, Infirmières-obstétriciennes, Matrônes du CSRef de Kita

Vous faites partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leurs grands cœurs. Trouvez ici, le témoignage de toutes mes reconnaissances pour votre inlassable soutien. Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A toute la treizième promotion du numerus clausus FMOS/Bamako

Merci pour ces temps passés ensemble. Ces 7 années, ont été pour moi une joie. Que Dieu fasse de nous de très bons médecins pour nos parents et pour nos différentes nations. Bonne continuation !

A tous mes maîtres du premier cycle jusqu'à l'Université

Merci pour l'enseignement reçu. Puisse le bon Dieu vous combler de Ses innombrables bienfaits.

J'adresse une pensée intime de prompt rétablissement à tous les malades à quelques points du globe terrestre où ils se trouvent.

Enfin, merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer les noms. Qu'Allah vous préserve !

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Boubacar MAIGA

- ✓ Professeur titulaire d'Immunologie à la FMOS
- ✓ Titulaire d'un PhD en immunologie
- ✓ Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la FMOS
- ✓ Médecin chercheur au Malaria Research and Training center (MRTC) et département d'Epidémiologie des affections parasitaires(DEAP)

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit de critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré. Veuillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et Juge

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ✓ Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;
- ✓ Praticien hospitalier au CSRéf CV de Bamako ;
- ✓ Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du district de Bamako en 2009 ;
- ✓ Certifié en programme GESTA international (PGI) de la société des obstétriciens et gynécologue de Canada (SOGOC) ;
- ✓ Leaders d'opinion local de la surveillance des décès maternels et ripostes (SDMR) en Commune V du district de Bamako

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez. Votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile est autant de qualités irréfutables qui font de vous un Maître respecté et admiré. Cher Maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Docteur Saleck DOUMBIA

- ✓ Gynécologue-obstétricien ;
- ✓ Praticien hospitalier au CSRéf CV ;
- ✓ Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;
- ✓ Détenteur d'un Master en colposcopie obtenu en Algérie ;
- ✓ Détenteur d'un DIU en épidémiologie-biostatistique à l'institut africain de santé publique

Cher Maître,

C'est une grande joie pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury. Vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et vos qualités humaines font de vous un maître admirable. Cher Maître c'est le lieu pour nous de vous exprimer toute notre gratitude pour votre contribution à la réussite de ce travail.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Amadou LY

- ✓ Gynécologue-obstétricien ;
- ✓ Praticien au CSRéf de Kita ;
- ✓ Chef de service de la maternité du CSRéf de Kita

Cher Maître,

Avec indulgence et gentillesse vous nous avez accueilli à bras ouvert et accepté dans votre service ensuite codiriger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable.

Veillez accepter, cher Maître, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou SIMA

- ✓ Gynécologue-Obstétricien ;
- ✓ Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du point G ;
- ✓ Maître de conférences à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

Honorable Maître,

Nous sommes très honorés de compter parmi vos élèves. Nous ne cesserons jamais de vous remercier de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un Maître admiré de tous. Nous espérons avoir été à la hauteur de l'estime placée en nous. Trouvez ici, cher Maître toute notre gratitude.

Liste des sigles et abréviations :

AAS : Acide acétyl salicylique.

ADN : Acide desoxyribonucléique.

AP : Accouchement prématuré.

ARN : Acide ribonucléique.

ATCD : Antécédent.

BCF : Bruit du cœur foetal.

C V : Commune 5

CCC : Communication pour le changement de comportement.

CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

Cm : Centrimètre.

CPN : Consultation prénatale.

CRO : Compte rendu opératoire.

CSRef : Centre de santé de référence.

CSCom : Centre de santé communautaire.

CU : Contractions utérines.

Dilatation 0 Cm : Patientes non en travail

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie.

G : Grossesse.

HTA : Hypertension artérielle.

HTAG : Hypertension artérielle gravidique.

HDM : Hématome décidual marginal.

HCG : Hormone chorionique gonadotrophine.

HRP : Hématome rétro placentaire.

Ig : Immunoglobuline.

IgA : Immunoglobuline A.

IgG : Immunoglobuline G.

IgM : Immunoglobuline M.

Inf : Inférieur.

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé.

J : Jour.

LA : Lésion Anatomique.

Min : Minute.

MmHg : Millimètre de mercure.

NFS : Numération Formule Sanguine.

PDF : Produit de dégradation de la fibrine.

PFC : Plasma Frais Congelé.

PP : Placenta prævia.

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

Sup : Supérieur

TA : Tension artérielle .

UFR : Unité de Formation et Recherche.

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Liste des figures :

Figure 1 : Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme26

Figure 2 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à terme.....26

Figure 3 : coupe longitudinale du placenta et de l'utérus montrant un HRP à 33SA
.....30

Figure 4 : Aspect tomодensitométrique de la nécrose de tout le foie gauche au
cours du Hellp syndrome39

Figure 5 : Carte sanitaire de Kita49

Figure 6 : Répartition des patientes selon la fréquence de l'HRP.....49

Figure 7 : Répartition des patientes selon la profession57

Figure 8 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial58

Figure 9 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction58

Figure 10 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....59

Figure 11 : Répartition des patientes selon le motif de consultation59

Figure 12 : Répartition des patientes selon la parité.....61

Figure 13 : Répartition des patientes selon le contexte de survenue.....62

Figure 14 : Répartition des patientes selon la classification de Sher66

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	56
Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie	57
Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux et chirurgicaux	60
Tableau IV : Répartition des patientes selon la gestité.....	60
Tableau V : Répartition des patientes selon l'antécédent d'HRP	61
Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisée	62
Tableau VII : Répartition des patientes selon l'état général	63
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.....	63
Tableau IX : Répartition des patientes selon le pouls	63
Tableau X: Répartition des patientes selon HTA à l'admission.....	58
Tableau XI : Répartition des patientes selon la symptomatologie clinique de l'HRP.....	64
Tableau XII : Répartition des patientes selon la dilatation du col de l'utérus.....	65
Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes	65
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine	65
Tableau XV : Répartition des patientes selon le résultat de la bandelette urinaire (Protéinurie).....	66
Tableau XVI : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	66
Tableau XVII : Répartition des patientes selon le traitement médical et chirurgical.....	67
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né	67
Tableau XIX: Répartition des patientes en fonction du score d'APGAR à la première minute du nouveau-né	68
Tableau XX : Répartition des patientes selon l'association avec PP	68
Tableau XXI : Répartition des patientes selon le diamètre de la cupule.....	68
Tableau XXII : Répartition des patientes selon le poids du caillot sanguin.....	69
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les complications	69
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	69
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le pronostic maternel	70

Table des matières :

I. INTRODUCTION	16
II. OBJECTIFS :	19
III. GENERALITES.....	21
IV. METHODOLOGIE.....	47
V. RESULTATS	55
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	71
CONCLUSION.....	80
RECOMMANDATIONS.....	81
REFERENCES	82
ANNEXES	87

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'hématome rétro placentaire (HRP) 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 [1].

L'hématome rétro placentaire reste une pathologie imprévisible malgré les facteurs de risque reconnus dont les âges extrêmes de la maternité, la multiparité, la race noire, l'antécédent de césarienne ou d'HRP, la thrombophilie, la consommation de toxiques, l'hypertension artérielle (HTA) sur grossesse, et les traumatismes abdominaux [2,4]. Elle survient parfois alors que ces facteurs de risques sont absents. Son diagnostic est avant tout clinique, avec classiquement : les métrorragies (de sang noir), la contracture utérine associée à une douleur abdominale d'apparition brutale, et l'absence des bruits du cœur fœtal le plus souvent [2,4].

Sa fréquence est comprise entre 0,25% et 1% des naissances dans les pays industrialisés [2,3,4]. En France elle varie entre 0,25% et 1% [4], aux USA elle varie entre 0,6 à 1% [15], et dans les pays en développement elle varie entre 4,5% et 6% [5,6].

Au Burkina Faso : en 2012 Ngathiam M [7] a retrouvé une fréquence d'HRP de 0,98% des accouchements, selon une étude rétrospective menée au CHU Y O de Ouagadougou.

Au Maroc : en 2012 Kilani K [8] a retrouvé une fréquence d'HRP de 0,27% des accouchements, dans une étude menée au CHU Mohamed VI de Marrakech.

Au Sénégal : une étude faite par Thiam O et coll. [5] en 2014 dans une maternité de référence en zone rurale, sur 2974 accouchements, 180 cas d'HRP ont été observés soit une fréquence de 6,05%.

Au Mali, la fréquence varie entre 1,61% [10] et 6,44% [11]

La mortalité maternelle liée à cette pathologie est d'environ 1/100000 naissances vivantes dans les pays industrialisés, mais peut atteindre 6% dans les pays en développement [3,5,6]. Au Mali, le taux de mortalité varie entre 0 à 2,7% [9,12].

La mortalité périnatale est d'environ 10 à 20% dans les pays européens [2,4] et peut atteindre 60 à 75% dans les pays en développement [5,6]. Au Mali, la mortalité périnatale varie de 63,3 à 83,56% [9,11].

Devant les complications les plus redoutables de cette pathologie, une de nos préoccupations reste la maîtrise des facteurs de risque mis en évidence par certaines études, puisque les causes précises restent jusque-là imprécises.

L'absence de données nous a amené à initier ce travail pour évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'HRP au CSRef de Kita en nous fixant comme objectifs :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

2.1.Objectif général

Etudier les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostics de l'hématome rétroplacentaire au centre de santé de référence de Kita.

2.2.Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'hématome rétro placentaire dans le service ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- Décrire la symptomatologie clinique la plus retrouvée dans le service ;
- Décrire la prise en charge thérapeutique ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définition

L'hématome rétro placentaire (HRP) 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 [1].

2.Épidémiologie

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 [4] à 6% [6].

En France la fréquence de l'HRP varie entre 0,25% et 1% [4],

au USA elle varie entre 0,6 à 1%, et dans les pays en développement, elle varie entre 4,5 et 6 % [5,6].

3. Rappels sur la grossesse, le placenta, et de l'accouchement [4,14]

3.1. Grossesse

Le développement de l'œuf s'effectue de façon continue, de la fécondation à la naissance. Deux périodes doivent cependant être distinguées : la période embryonnaire et la période fœtale.

Période embryonnaire

Elle couvre les soixante premiers jours de la vie :

- pendant les quatre premières semaines, l'embryon s'individualise au sein de l'œuf;
- au cours du 2ème mois, les principaux organes se mettent en place et le modelage extérieur s'effectue.

Une agression de l'œuf à cette période peut entraîner la mort embryonnaire, ou une malformation congénitale, qui sera fonction de la nature et de la date de l'agression.

La période embryonnaire se déroule selon l'ordre chronologique suivant en fonction de la semaine de grossesse :

- la 1^{ère} semaine correspond au transit tubaire, l'entrée utérine en J5, et l'implantation de l'œuf en J7, cette période correspond à la segmentation de l'œuf en 2 blastomères, stade de morula en J4 stade, de blastocyte en J5 puis le bouton embryonnaire.
- 2^{ème} semaine cette période correspond à la nidation, en ce moment il y aura formation des éléments suivants : lentoblaste, l'ectoblaste, l'embryon didermique et la cavité amniotique.
- 3^{ème} semaine, cette période correspond à la gastrulation.
- de la 4^{ème} semaine jusqu'à la fin du 2^{ème} mois on assiste à la formation des éléments selon l'ordre suivant : l'épiderme + tissu nerveux, les glandes digestives, l'épithélium digestif et respiratoire, le tube cardiaque (bat à J23), séparation de la trachée et l'intestin, le foie, le pronéphros, 3 vésicules cérébrales, le mésonéphros, le Pancréas, 5 vésicules cérébrales, 42 - 44 paires de somites, une hernie ombilicale physiologique, le diverticule urétéral, l'ébauche gonadique indifférenciée, le métanéphros, le cœur à 4 cavités, le testicule ou ovaire, la division cloacale, et le diaphragme membraneux.

Seul l'appareil génital poursuit sa différenciation pendant le 3^{ème} mois.

Période fœtale

Au début du 3^{ème} mois, l'embryon devient fœtus. Jusqu'à la naissance ne vont se dérouler que des phénomènes de croissance et de maturation. La croissance fœtale se fait par multiplication cellulaire jusqu'à la 30^{ème} semaine, puis par augmentation de la taille des cellules après cette date.

À partir du 4^{ème} mois, cette croissance est faite grâce au placenta.

La maturation intéresse les différents organes à une date et une période qui diffèrent suivant l'organe considéré.

Après le 6^{ème} mois, croissance et maturation peuvent se faire hors de l'utérus.

Une agression sévère du fœtus peut se traduire par une perturbation de la croissance fœtale, ou hypotrophie fœtale, ou par une lésion tissulaire, par exemple du système nerveux.

La période fœtale se déroule selon l'ordre chronologique suivant en fonction de la semaine de grossesse :

- 12^{ème} semaine : le cerveau et la moelle épinière structure définitive, et les organes génitaux externes identifiables.
- 16^{ème} semaine : la face complète, les poumons et reins définitifs, le début de différenciation organes des sens et la délimitation du disque placentaire.
- 17^{ème} semaine : la lumière du vagin, vernix caseosa +myélinisation de la moelle.
- 22^{ème} semaine : le développement du cortex.
- 26^{ème} semaine : la perception de la lumière.
- 30^{ème} semaine : le testicule dans le scrotum, et le sens du goût.
- 32^{ème} semaine : la maturité pulmonaire.

3.2. 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.

3.2.1. 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, qui est la couche la plus superficielle du blastocyste appelée couronne trophoblastique et qui comprend :

- Dans la profondeur le cytotrophoblaste ;

- L'assise superficielle ou syncytiotrophoblaste, qui assure la lyse des éléments maternels et l'absorption des produits nutritifs.

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 pour établir la circulation fœtale. Les villosités sont devenues les villosités tertiaires. Elles occupent toute la surface de l'œuf.

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. 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.

3.2.2. La circulation placentaire

Elle se divise en deux circulations distinctes : la circulation maternelle et la circulation fœtale, qui sont séparées par la barrière placentaire.

3.2.3. 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.

□ Face fœtale :

Elle est lisse, luisante, tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sousjacent, et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibre.

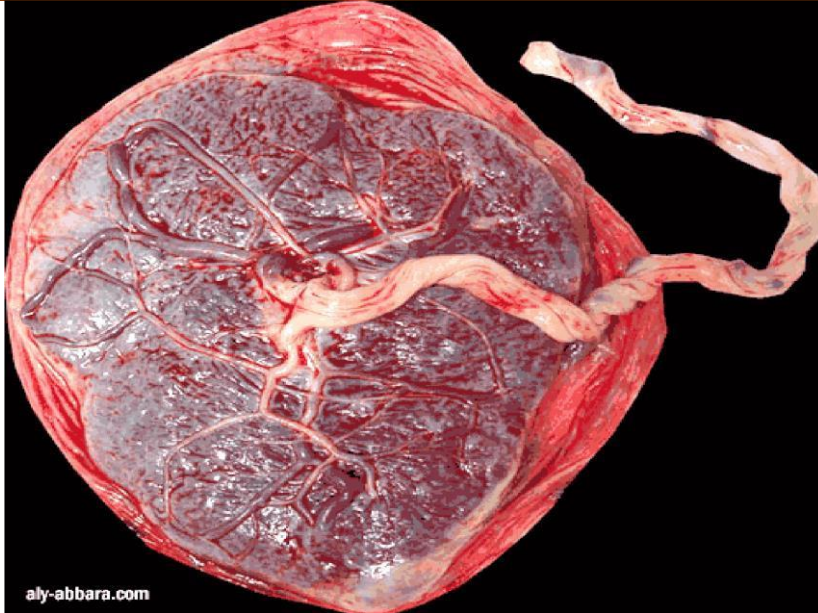


Figure 1 : Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme [14]

Sur elle s'insère le cordon ombilical, tantôt près du centre, tantôt à la périphérie, plus ou moins près du bord.

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



Figure 2 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à terme [14]

□ **Bord circulaire** : il se continue avec les membranes de l'œuf (chorion et amnios).

3.2.4. Physiologie du placenta [1]

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœto-placentaire » une complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure la fonction hormonale de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges trans-placentaires se font par plusieurs mécanismes :

- ✓ Par simple diffusion.
- ✓ Par les molécules porteuses.
- ✓ Par intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

Les échanges sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

3.3 Accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir de 22 SA.

Il comprend trois étapes : le travail d'accouchement, la période expulsive, et la délivrance.

- Le travail d'accouchement, c'est les contractions utérines régulières associées à une modification du col utérin. Il comprend deux phases :
 - phase de latence, qui correspond à la dilation du col utérin de 1 à 4 cm.
 - phase active, qui correspond à la dilation du col utérin de 5 à 10 cm.
- La période expulsive qui comprend trois étapes :

- Engagement, C'est lorsque le plus grand diamètre de la présentation a franchi le détroit supérieur.
 - Descente et rotation : la descente va se faire dans un axe non plus oblique mais antéro-postérieur, le plus souvent en occipito-pubien (le fœtus regardant vers le bas quand la mère est en position gynécologique).
 - Dégagement de la tête et l'extraction du reste du corps par l'opérateur.
- La délivrance : C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital. Elle comporte trois phénomènes :
- décollement du placenta entre les caduques compacte et spongieuse par constitution d'un hématome rétro placentaire physiologique,
 - expulsion du placenta sous l'influence des contractions et de son propre poids, elle est généralement aidée par l'accoucheur.
 - hémostase qui n'est possible que si l'utérus est vide et est assurée en premier lieu par la rétraction utérine: les fibres musculaires collabent les vaisseaux. L'hémostase biologique est plus tardive. Un retard à l'expulsion du placenta (rétention placentaire complète), la persistance de débris (rétention partielle) ou une défaillance du muscle utérin (atonie utérine) sont responsables d'hémorragies de la délivrance.

4. Physio-pathologie de l'HRP [1,4]

Sur une lésion initiale de thrombose ou d'infarctus complet par interruption du flux sanguin vers la caduque, la restauration temporaire, parfois brutale, de ce flux sanguin va entraîner un hématome au sein de ces tissus lésés.

On assiste, dans un 1^{er} temps, à une forte coagulation du sang suite à la fibrination, liée à la libération des thromboplastines contenues en abondance dans le placenta, la LA et la caduque. Il s'ensuit une transformation excessive du fibrinogène en fibrine.

En réaction, la fibrine est lysée par des fibrinolysines formées sous l'influence d'activateurs d'enzymes en provenance eux aussi du placenta.

Cette fibrinolyse réactionnelle, d'abord bienfaisante car elle modère la fibrination intravasculaire, 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 du fibrinogène jusqu'à son épuisement.

On comprend dès lors que cette lésion se constitue d'autant plus facilement qu'il existe une fragilité capillaire liée à une micro angiopathie (pré-éclampsie) ou lorsqu'il existe une gêne au retour veineux utéro-placentaire (G.gémellaire, hydramnios).

On ne retrouve un facteur de risque que dans 50 à 70% des cas d'HRP.

5. Anatomopathologie de l'HRP [4]

Étude macroscopique : La lésion constante consiste en un décollement du placenta par un hématome décidéal 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. 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.

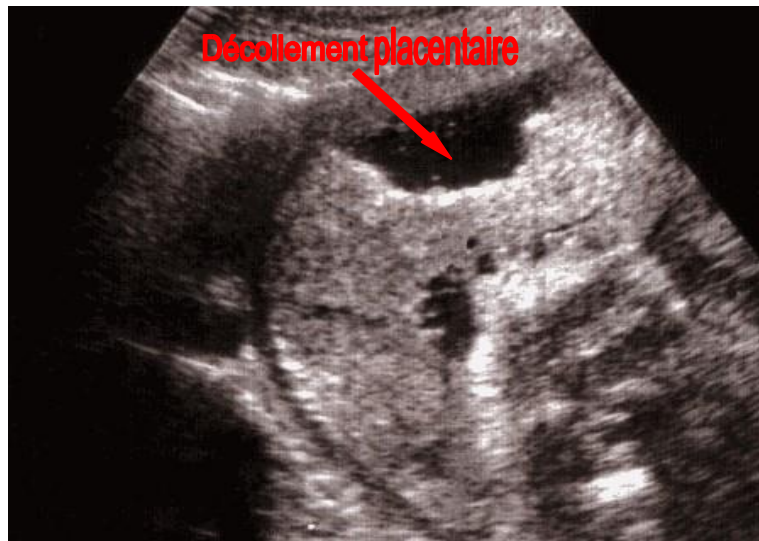


Figure 3 : coupe longitudinale du placenta et de l'utérus montrant un HRP à 33SA.[14]

Étude microscopique :

Du sang extravasé occupe les espaces conjonctifs inter fasciculaires, 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.

6. Classification de l'HRP [1,16]

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 des troubles de la coagulation et parfois sur l'étendue anatomopathologique du décollement.

Nous allons nous intéresser à la classification de **SHER**.

Classification de l'HRP selon SHER.

Grade I

- Métrorragie minime inexpliquée,
- Diagnostic rétrospectif post-partum d'un petit hématome.

Grade II

- Hypertonie utérine
- Fœtus vivant.

Grade III Avec mort fœtale in-utéro, subdivisée-en :

- **Grade IIIa** : sans troubles de la coagulation
- **Grade IIIb** : avec troubles de la coagulation.

7. Facteurs de risque

7.1. Hypertension artérielle gravidique [14]

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'hypertension artérielle gravidique et plus particulièrement la pré-éclampsie.

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.

7.2. Age – parité [8,17,18]

L'HRP semble plus fréquent après 30 ans. 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.

7.3. Traumatismes [19]

L'HRP est exceptionnellement d'origine traumatique, parfois tardif (3 jours). En cas de choc abdominal violent une surveillance de 48 heures s'impose.

7.4. Les accidents funiculaires [20]

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

7.5. HRP récidivants [21]

Les femmes ayant déjà fait un HRP auraient environ 10% de chance de voir se reproduire l'accident ; cette constatation statistique n'a toujours pas reçu d'explication.

7.6. Défaut de placentation, rôle déficit en acide folique : [14]

Pour certains, la carence en acide folique serait responsable de ce défaut de placentation ; la dépression de la synthèse de l'ARN et de l'ADN conduirait à une multiplication cellulaire défectueuse.

7.7. Les facteurs toxiques [14]

Certains facteurs toxiques tels que l'alcool, le tabac et la cocaïne ont été mis en cause.

D'autres facteurs plus difficiles à mettre en évidence : 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 et l'influence des saisons.

7.8. Autres facteurs de risques [21,22,23]

Ce sont : la menace de fausse couche, la station debout associée à de nombreux déplacements pendant le travail d'accouchement, le bas niveau socioéconomique, l'hydramnios (par décompression utérine brutale), la grossesse gémellaire, l'expression utérine faite brutalement, l'accouchement de siège, l'amniocentèse, l'anticoagulant circulant ou de l'anti-cardiolipide, le sexe masculin du fœtus, le terme dépassé de la grossesse, la race noire, les malformations fœtales, et les causes idiopathiques .

8. Étude clinique

8.1. Circonstances de découverte (CDD)

L'HRP est découvert par l'échographie, par l'examen du placenta après l'accouchement, devant une métrorragie pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse, devant une douleur abdominale pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse, et devant la triade « douleur abdominale aigue en coup de poignard, d'apparition brutale, de siège diffus (douleur utérine), accompagnée de métrorragies et d'une diminution, voir d'une disparition des mouvements actifs fœtaux. »

8.2. Types de descriptions :

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

8.2.1 Forme complète

↪ **Début** : 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** : elle 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 quelques fois 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.
- **L'état de choc** est 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 signe 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 hyper-contractilité 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.
- **Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtre.**
- L'examen au **spéculum** permet de s'assurer de **l'origine utérine de l'hémorragie** dans les cas douteux.

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 très 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.

2-8.2.2. Autres 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, et 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-telle l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

Formes frustes

Certains petits hématomes localisés peuvent passer inaperçus. Les signes cliniques sont discrets ou absents. Mais la femme accouche d'un mort-né, 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 et s'observent 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 d'un accident, le plus souvent de la voie publique.

2-8.3. Formes associées

Formes associées à un placenta prævia.

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 prævia se compliquent d'un HRP.

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

2-8.4. Diagnostic différentiel

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

- **Placenta prævia** : Le diagnostic peut être difficile lorsque l'hématome rétro placentaire s'accompagne d'une hémorragie externe abondante par la vulve.

Les signes évocateurs sont :

- l'hémorragie faite de sang rouge vif liquide, indolore survenant en dehors de toute contraction utérine ;
- l'utérus souple ;
- les bruits du cœur fœtal 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.

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. 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'examen au spéculum confirme l'origine cervico-vaginale de l'hémorragie. Elles sont sans conséquence sur le bien-être fœtal.

Hémorragie de BENCKISER

C'est une hémorragie survenant uniquement au cours de l'accouchement lors de la rupture des membranes.

Rupture utérine

L'absence d'hypertonie, la palpation de l'abdomen met en évidence une défense exquise, dans certains cas la palpation du fœtus sous la peau, l'hémorragie vaginale faite de sang rouge d'abondance variable, permettent de faire le diagnostic. Le fœtus meurt habituellement.

Syndromes douleurs abdominaux

- Coliques néphrétiques,
- Pancréatite aiguë,
- Appendicite aiguë.

Autres

- Hydramnios,
- Torsion du kyste,
- Hémorragie intra-péritonéale, vu l'importance des signes généraux.

9. Évolution

En absence de traitement, ou du traitement non 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.

10. Complications

L'évolution spontanée du DPPNI se fait 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 hypo-volémique ;
- l'apoplexie utéro-placentaire de COUVELAIRE.

10.1. Les troubles de la coagulation

L'HRP est la principale cause des coagulopathies d'origines obstétricales. Il peut s'agir d'une coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD), qui entraîne une défibrination. Et le HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet) qui est une complication pouvant être isolée ou associée à l'HRP. Qui à son tour peut se compliquer de l'hématome sous-capsulaire du foie avec son risque de rupture hépatique.



Figure 4 : Aspect tomodensitométrique de la nécrose de tout le foie gauche au cours du HELLP syndrome [14]

10.2. Les accidents rénaux

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

Le rein de choc

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

La nécrose corticale

Elle est exceptionnelle mais mortelle et 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.

10.3. L'état de choc hypo-volémique

Le choc hypo-volémique est constant, et 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.

10.4. 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.

11. Examens complémentaires

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

- ✓ le bilan sanguin ;

- ✓ l'étude du rythme cardiaque fœtal ;
- ✓ l'échographie ; met en évidence l'hématome rétro placentaire. 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 d'hypertonie utérine.

12. Traitement

12.1. Traitement curatif

12.1.1. But :

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

12.1.2. Les moyens du traitement

12.1.2.1. Moyens médicaux

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

- ✓ installation de la patiente 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 ;
- ✓ avoir à sa disposition du sang, du plasma frais, et de l'oxygène.

On utilisera des macromolécules, cristalloïdes, sérum-albumine de remplissage et surtout du sang frais si nécessaire pour le remplissage vasculaire. Actuellement, on utilise essentiellement des concentrés globulaires.

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.

La Lutte contre les troubles de la coagulation consiste à apporter les facteurs déficitaires : la transfusion de sang surtout du plasma frais congelé, et la perfusion lente de fibrinogène. Transfusion de concentrés de plaquettes, nécessaire si le taux de plaquettes est inférieur à 50000/ mm³ et surtout s'il existe des anomalies du temps de saignement.

12.1.2.2. Traitement obstétrical

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

➤ Accouchement par voie basse

L'évacuation 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 :

Si 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 ;
- si le pronostic maternel n'est pas en jeu à court terme.
- si 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 de la voie basse on passe à la césarienne.

➤ **Césarienne**

La césarienne quand elle est indiquée, se fait sous anesthésie générale. La péridurale 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 ;
- si accouchement n'est pas imminent,
- si état maternel est grave (fœtus mort ou vivant).

12.1.2.3. Traitement chirurgical

S'il y a échec des mesures classiques de prévention de l'hémorragie (ocytociques, prostaglandines) on fait recours aux moyens chirurgicaux à savoir :

- **Embolisation de l'artère hypogastrique** qui est la première intention, si échec
- **Ligature des artères hypogastriques** ; si persistance de l'hémorragie

- **Hystérectomie d'hémostase**

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

12.1.3 Indications du traitement

Elles peuvent être schématisées de la façon suivante :

- ✓ **Si le fœtus est mort :**

La voie basse est préférable.

Dans la plupart des cas, l'amniotomie est réalisée précocement (ce qui permet à la fois de diminuer la pression intra-amniotique et de favoriser la marche du travail), à l'exception des cas où il existe un fœtus très petit ou une position transverse. Si le travail progresse mal, on peut y adjoindre la perfusion intraveineuse lente d'ocytociques (s'il n'y a pas de contre indication à leur utilisation).

L'hypercinésie utérine la rend souvent inutile.

Classiquement les délais admis pour l'évacuation utérine ne doivent pas excéder trois heures, voire douze heures pour certains. Le délai d'attente dépend en fait du bilan d'hémostase et de l'hémodynamique maternelle.

La césarienne doit être pratiquée avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général, le but étant de protéger la vie maternelle.

- ✓ **Si le fœtus est vivant :**

Ce sont le rythme cardiaque fœtal et l'état général maternel qui guideront la décision. Dans l'immense majorité des cas, une césarienne sera pratiquée.

Cependant, dans quelques cas (en particulier si l'HRP ne paraît pas récent), si les conditions locales sont très favorables, l'accouchement par voie basse peut

être accepté et déclenché à condition que le tracé du rythme cardiaque fœtal reste normal.

La rupture artificielle des membranes est alors réalisée le plus précocement possible.

La prévention rhésus est essentielle en raison du risque élevé de passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle

12.2. Traitement préventif

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^{ème} et la 35^{ème} semaine d'aménorrhée.

Hospitalisation définitive à 37SA et déclenchement.

12.3. Surveillance

➤ En urgence

- apprécier le retentissement fœtal avec la recherche des BCF ;
- apprécier le retentissement maternel : tension artérielle (TA), pouls (monitorage), état de conscience (agitation ou torpeur), pâleur cutanéomuqueuse, la saturation en oxygène, diurèse, tension utérine, évaluation de l'importance de l'hémorragie.
- faire un bilan sanguin initial comportant : groupage-rhésus, NFS, taux de plaquettes, détermination de la crase sanguine.

➤ La période du post partum

Elle est marquée par une élévation du risque infectieux et du risque thromboembolique qu'il faudra savoir prévenir.

La prévention de l'infection se fait par l'antibioprophylaxie.

La prévention de la maladie thromboembolique fait recours actuellement aux héparines de bas poids moléculaire (l'énoxaparine apparaît comme la plus accessible et la plus maniable dans notre contexte).

La prévention rhésus est essentielle en raison du risque élevé de passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle

➤ **Bilan à distance :**

Bilan vasculo-rénal complet 3 mois après l'accouchement et bilan complet de thrombophilie.

13. Pronostic

✓ **Pronostic maternel [14]**

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré au cours de ces dernières années, grâce à une meilleure compréhension du mécanisme physiopathogénique 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 à la coagulopathie de consommation, à la nécrose ischémique, en particulier rénale.

✓ **Pronostic fœtal [14]**

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, 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 fœtus voués à l'anoxie et à la mort en absence d'intervention.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de Kita.

4.1.1. Présentation du district sanitaire de Kita :

✦ Limites et situation géographique :

Situé dans la partie Sud-Est de la première région du Mali, le cercle de Kita abrite l'un des plus grands districts sanitaires de la région de Kayes avec 37 Centres de Santé Communautaires. Le cercle compte en plus du district de Kita deux autres districts sanitaires Sagabari et Sefeto (**Figure1**). Il s'étend au Nord par le cercle de Diéma et Sefeto ; au Sud par le district de Sagabari et la république de Guinée; à l'Est par les cercles de Kati et de Kolokani ; et à l'Ouest par les cercles de Bafoulabe et Kenieba

✦ Superficie et population

Le District sanitaire de Kita couvre une superficie de 21.633km², avec une population de 477.013 en 2019. Il compte 25 communes dont 23 rurales et 2 urbaines (Kita et Krounikoto). La commune urbaine de Kita compte 17 quartiers.

4.1.2. Présentation du centre de santé de référence de Kita (CSRéf) :

Construit en 1990, dans le cadre du projet de développement sanitaire (PDS), le centre de santé de référence de la commune urbaine de Kita est le premier des 3 structures de référence du cercle de Kita. En effet la commune urbaine de Kita, pour répondre aux besoins de la population abrite un centre de santé de référence, autour duquel gravitent deux (2) CSCOM (Darsalam et Makandiabougou) ; un Centre Médical Inter Entreprise (CMIE) ; une clinique privée (Bata Sékou) et 5 cabinets médicaux et un centre confessionnel (Dispensaire saint Félix).

Le CSRéf de Kita dispose d'infrastructures, de moyens logistiques, de ressources humaines et de l'appui des partenaires pour répondre aux besoins de santé de la population.

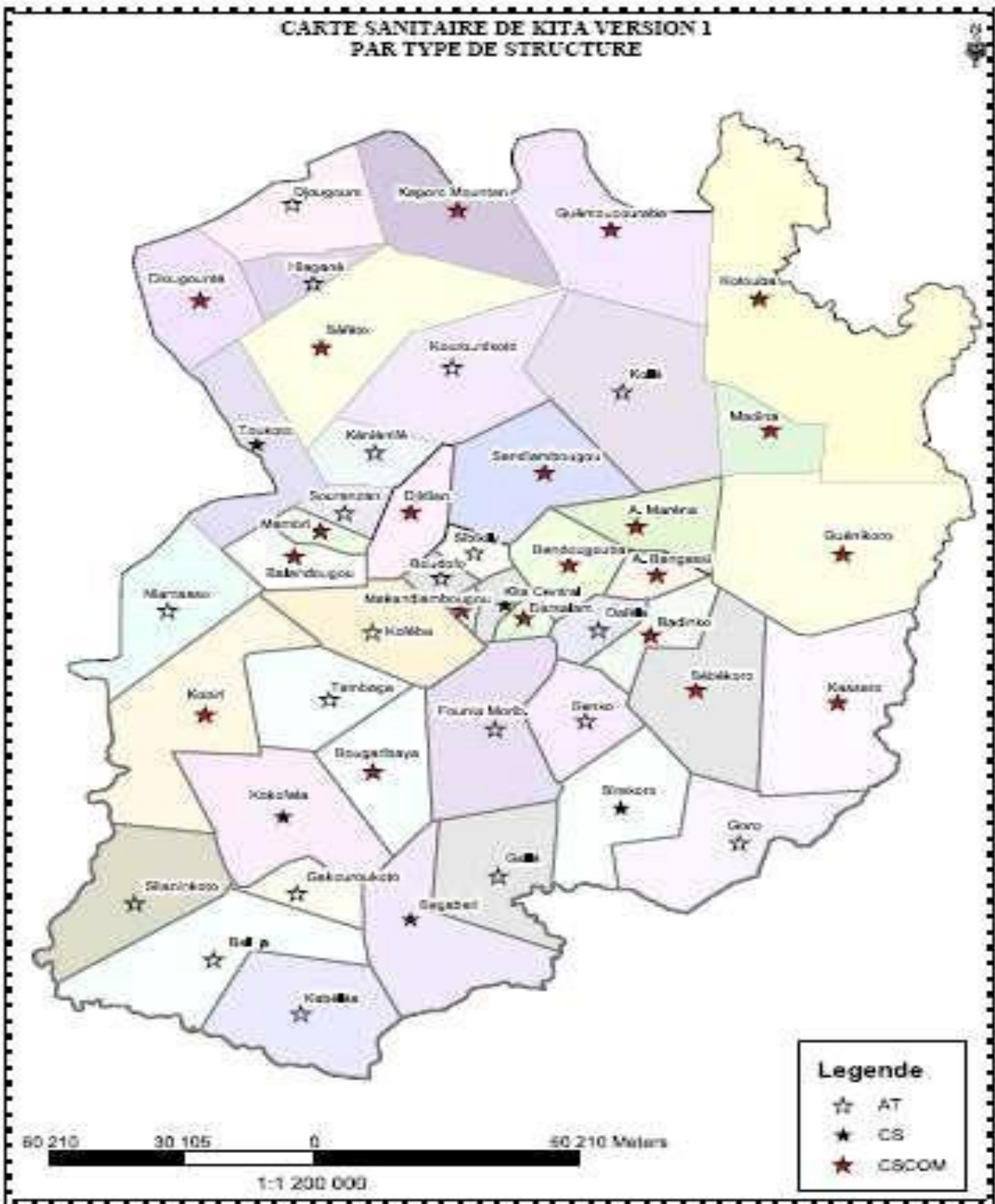


Figure 5 : Carte sanitaire de Kita

AT= accoucheuse traditionnelle ; CS : centre de santé ; CSCOM : centre de santé communautaire

Source : Fond, communes du Mali Edition : Décembre 2007

■ **Historique**

Construit en 1981 comme centre de santé de cercle (CSC) de Kita dans le cadre du projet KBK (Kita, Bafoulabe, Kéniéba) et érigé en centre de santé de référence (CSRéf) en 2002, le CSRéf de Kita couvre une superficie de 10 hectares. Il est doté d'infrastructure et de ressources humaines pour répondre aux besoins de santé de la population.

■ **Infrastructures**

Le CSRéf de Kita abrite :

- Une administration ;
- Un service de maternité ;
- Un service d'hygiène et assainissement ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service d'odontostomatologie ;
- Un service de médecine générale ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service de laboratoire ;
- Un service de radiologie ;
- Un service de nutrition ;
- USAC (Unité de soins d'appui et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH/ SIDA) ;
- Une unité d'isolement pour les cas suspects du Covid-19
- Deux dépôts de vente de médicament et un DRC ;
- Un service de développement social ;
- Un service de prise en charge des cas de VBG
- Une morgue ;
- Un bâtiment pour le groupe électrogène ;
- Une salle pour les manœuvres ;
- Un magasin ;
- Une salle pour le gardien.

■ Les Ressources humaines

Le personnel médical du centre de santé de référence de Kita est composé de:

- Un médecin chef,
- Un médecin ophtalmologiste,
- Un chirurgien généraliste,
- Un chirurgien-dentiste,
- Un épidémiologiste,
- Un Gynécologue,
- Deux pharmaciens,
- Sept médecins généralistes,
- Deux assistants ophtalmologistes,
- Un assistant en Anesthésie réanimation,
- Un technicien radiologue,
- Deux assistants aides de bloc,
- Un assistant en psychiatrie,
- Un assistant en nutrition,
- Seize infirmiers,
- Neuf sages-femmes,
- Neuf infirmières obstétriciennes,
- Une matrone,
- Un agent chargé de maintenir l'hygiène du centre ;
- Huit chauffeurs ;
- Deux comptables ;
- Une gérante ;
- Quatre techniciens de laboratoire ;
- Un biologiste ;
- Trois aides soignants ;
- Deux secrétaires ;
- Huit manœuvres ;
- Un gardien.

■ **La description du service de la maternité :**

Les locaux :

- Un service d'accueil et d'orientation
- Un bureau pour le Gynécologue –obstétricien
- Un bureau pour la sage-femme maitresse
- Une salle de soins après avortement
- Une salle d'accouchement avec deux tables et un coin nouveau-né
- Deux salles de réveils pour les malades opérées comportant chacune 2 lits
- Trois salles d'hospitalisation avec 12 lits
- Une salle de travail avec 3 lits
- Une salle de consultation prénatale
- Une salle chargée de planification familiale, consultation post natale et de dépistage des cancers du col de l'utérus
- Une salle chargée des consultations gynécologiques et de grossesse à haut risques
- Une salle de garde des sages femmes

4.2.Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données de la période allant du 1^{er} Mars 2022 au 28 Février 2023, soit 1an.

4.3.Population d'étude

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

✓ Critère d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude, toutes les patientes ayant présenté un hématome retro-placentaire dont l'accouchement a eu lieu dans le service, chez qui l'examen du délivre a mis en évidence une cupule sur la face maternelle du placenta.

✓ Critère de non inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude, tout les cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre dont l'accouchement a eu lieu dans le service, chez qui l'examen du délivre n'a pas mis en évidence une cupule sur la face maternelle du placenta et les cas avérés non prise en charge dans le service.

4.4. Plan de collecte des données

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête pré-établie à cet effet (voir annexe). Les supports utilisés ont été :

- les dossiers obstétricaux ;
- les partogrammes
- les registres de compte rendu opératoire
- les registres d'accouchements.

4.5. Variables étudiées

- L'âge ;
- Le niveau d'instruction ;
- Les antécédents médicaux personnels : HTA, diabète, drépanocytose ;
- Les antécédents obstétricaux : gestité, parité ;
- Les pathologies survenues au cours de la grossesse ;
- Les symptomatologies cliniques présentées ;
- Le suivi prénatal ;
- Le mode d'accouchement ;
- Le traitement utilisé ;
- Les complications materno-fœtales présentées.

4.6. Analyse des données

Les données ont été saisies grâce au logiciel Excel 2016 et analysées à partir du logiciel SSPS 22.0.

La rédaction du document a été faite à l'aide du logiciel Microsoft office Word 2016.

4.7. Aspects éthiques

La confidentialité des données ont été de rigueur, le consentement libre et éclairé des patientes ou l'accompagnant (tuteur) a été obtenu et l'anonymat était respecté.

4.8. Définitions opérationnelles

- **Gestité** : est le nombre de grossesse.
- **Parité** : est le nombre d'accouchement.
- **Primigeste** : est une femme qui est à sa 1ère grossesse.
- **Paucigeste** : est une femme qui a eu 2-3 grossesses.
- **Multigeste** : est une femme qui a eu 4-6 grossesses.
- **Grande multigeste** : est une femme qui a eu 7 grossesses ou plus.
- **Nullipare** : est une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : est une femme qui a accouché une seule fois.
- **Paucipare** : est une femme qui a accouché 2-3 fois
- **Multipare** : est une femme qui a accouché 4-6 fois.
- **Grande multipare** : est une femme qui a accouché au moins 7 fois.
- **Bon état général** : est une manière d'être physique, intellectuelle et morale normale.
- **Mauvais état général** : est une manière d'être physique, intellectuelle et morale anormale.
- **Pouls normal** : c'est le pouls comprise entre 50-100 pulsations/minute
- **Pouls filant** : c'est le pouls supérieur à 100 pulsations/minute
- **Association HRP-PP**: c'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant pendant la grossesse ou le travail d'accouchement associé à une insertion partielle ou totale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.
- **HTA** : TAS \geq 140 mmHg et ou TAD \geq 90 mmHg et ou TAS/TAD \geq 140/90 mmHg

RESULTATS

V. RESULTATS

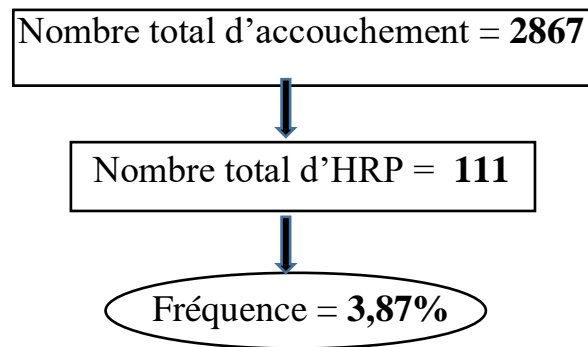


Figure 6 : Répartition des patientes selon la fréquence

La fréquence d'HRP au cours de l'étude est de 3,87% des naissances.

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

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
16-19 ans	8	7,2
20-34 ans	75	67,6
35-47 ans	28	25,2
Total	111	100,0

L'âge moyen des patientes était de $28,79 \pm 6,39$ ans avec des extrêmes de 16 et 47 ans.

La tranche d'âge entre 20 à 34 ans était la plus représentée avec 67,6%.

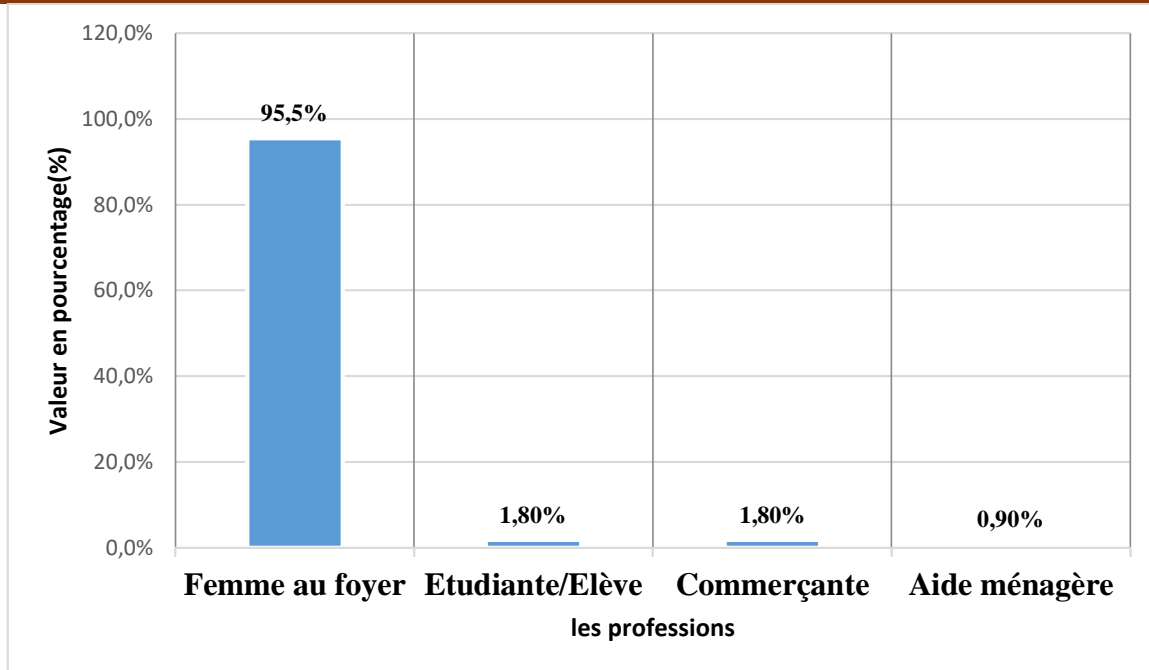


Figure 7 : Répartition des patientes selon la profession

Presque la totalité des patientes était femme au foyer (95,5%).

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	14	12,6
Bozo	1	,9
Sarakolé	1	,9
Peulh	26	23,4
Malinké	59	53,2
Sonhraï	2	1,8
Sénoufo	3	2,7
Minianka	5	4,5
Total	111	100,0

La plupart des patientes était malinké avec 53,2%.

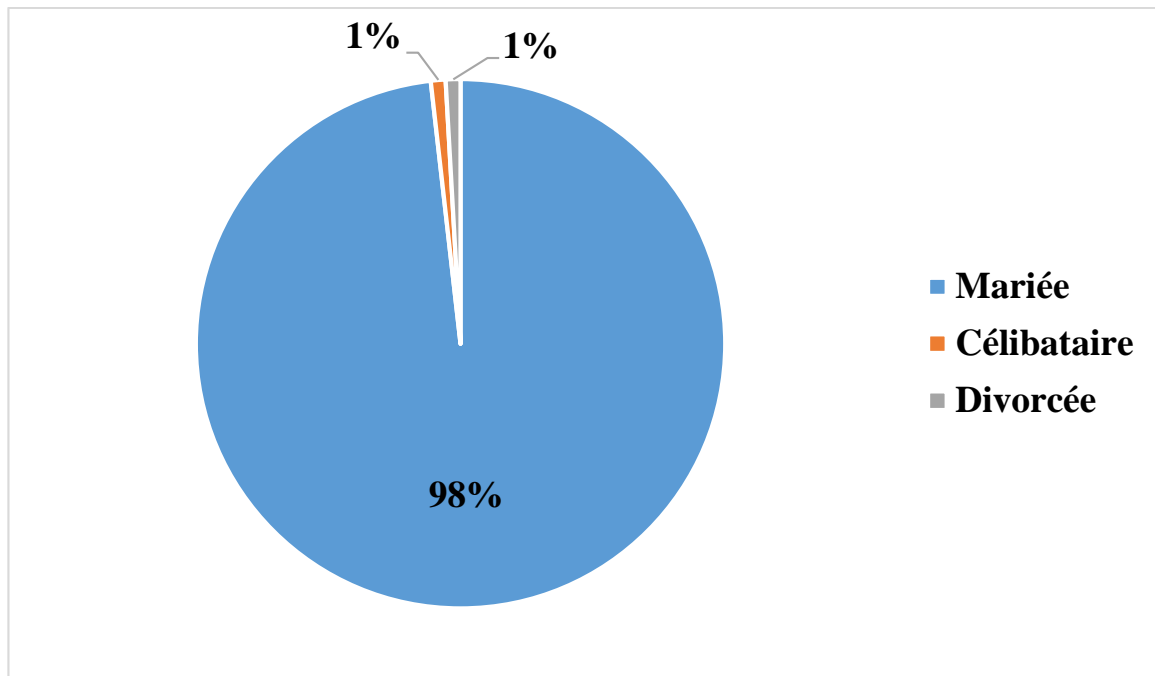


Figure 8 : Répartition des patientes selon statut matrimonial

Presque la totalité des patientes était mariée (98,2%)

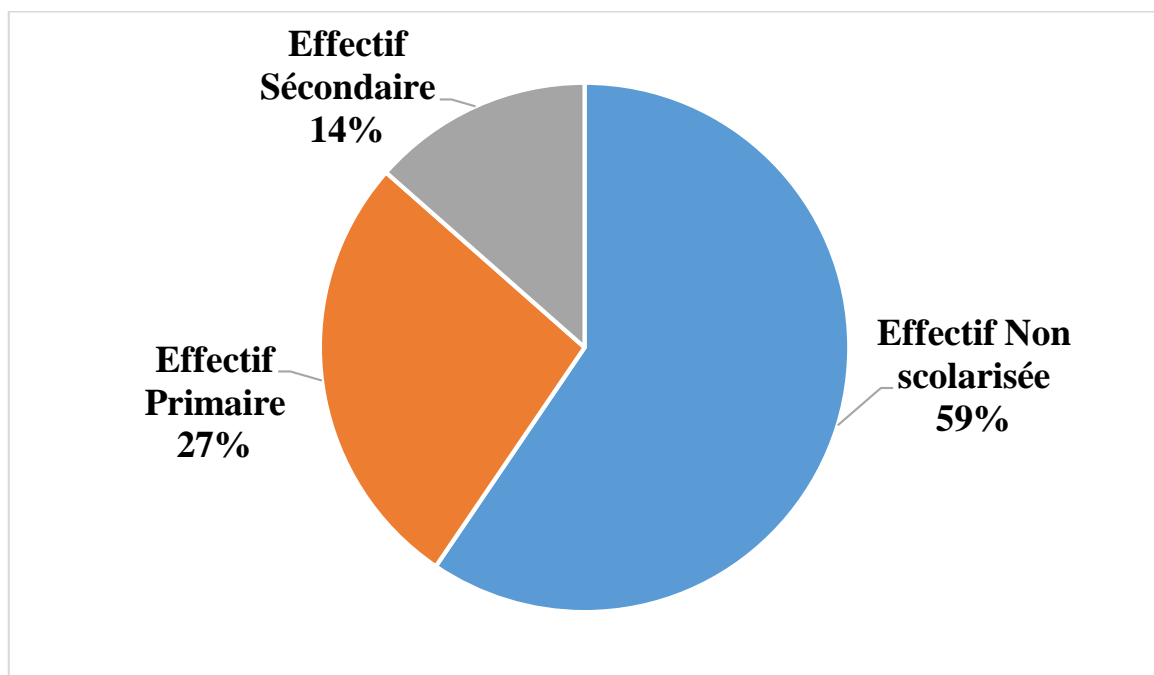


Figure 9 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Les patientes non scolarisées étaient majoritaires avec 59,5%.

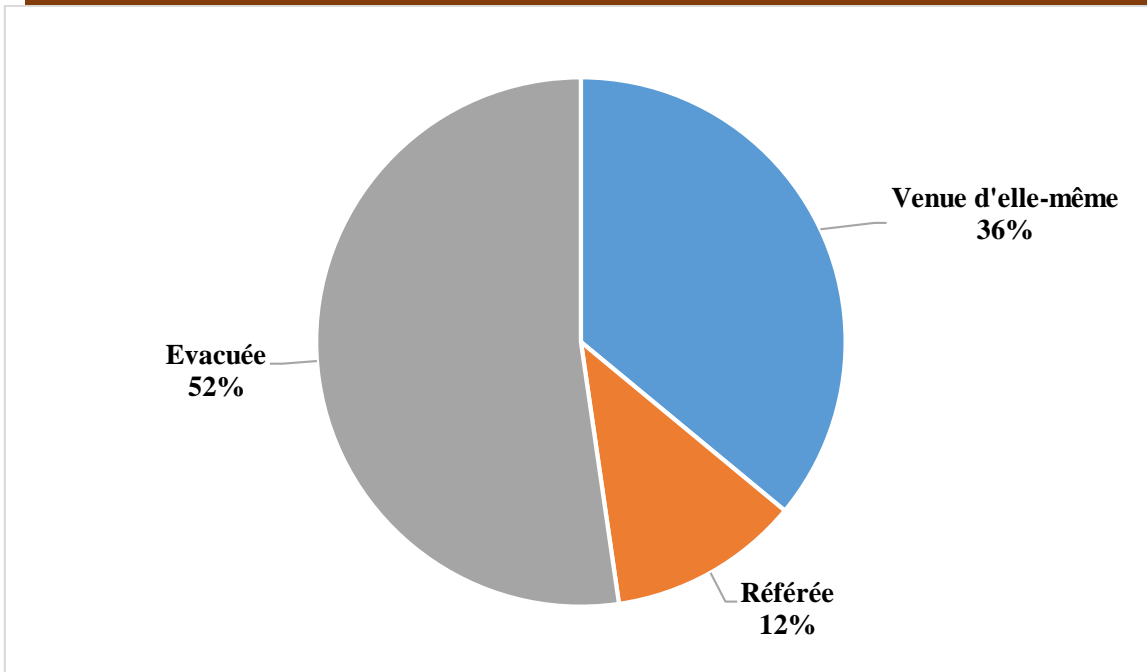


Figure 10 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Plus de la moitié des patientes ont été évacuée soit 52,3%.

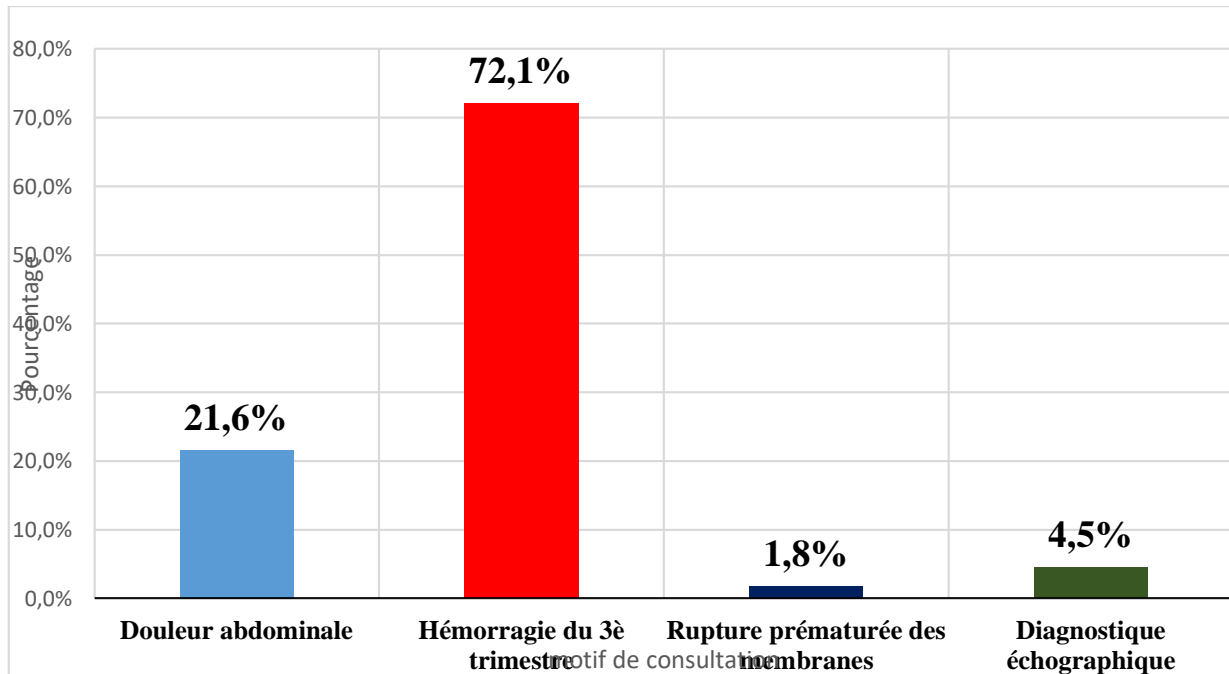


Figure 11 : Répartition des patientes selon le motif de consultation

L'hémorragie du 3^{ème} trimestre était le motif de consultation le plus représenté avec 72,1%.

Tableau III : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux et chirurgicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	5	4,5
Drépanocytose	1	0,9
Sans antécédent	105	94,6
Total	111	100,0

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	8	7,2
Sans antécédent	103	92,8
Total	111	100,0

L'HTA était l'antécédent médical le plus représenté (4,5%) et la césarienne, l'antécédent chirurgical le plus retrouvé (7,2%).

Tableau IV : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	19	17,1
Pauci-geste	30	27,0
Multigeste	20	18,0
Grande multigeste	42	37,8
Total	111	100,0

La gestité moyenne était de $3,92 \pm 1,25$ gestités avec des extrêmes de 1 et 11.

Les grandes multigestes étaient les plus représentées (37,8%).

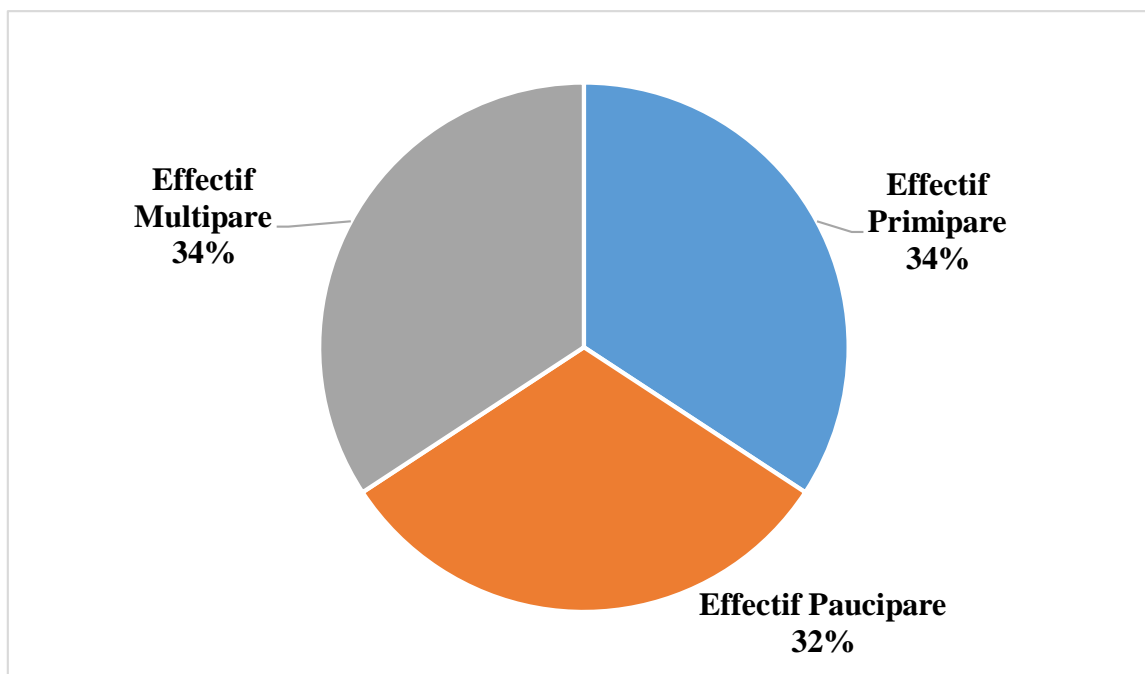


Figure 12 : Répartition des patientes selon la parité

La parité moyenne était de $4,36 \pm 2,74$ parités avec des extrêmes de 0 et 11.

Les primipares et les multipares étaient les plus représentées avec 34,2% chacune.

Tableau V : Répartition des patientes selon l'antécédent d'HRP

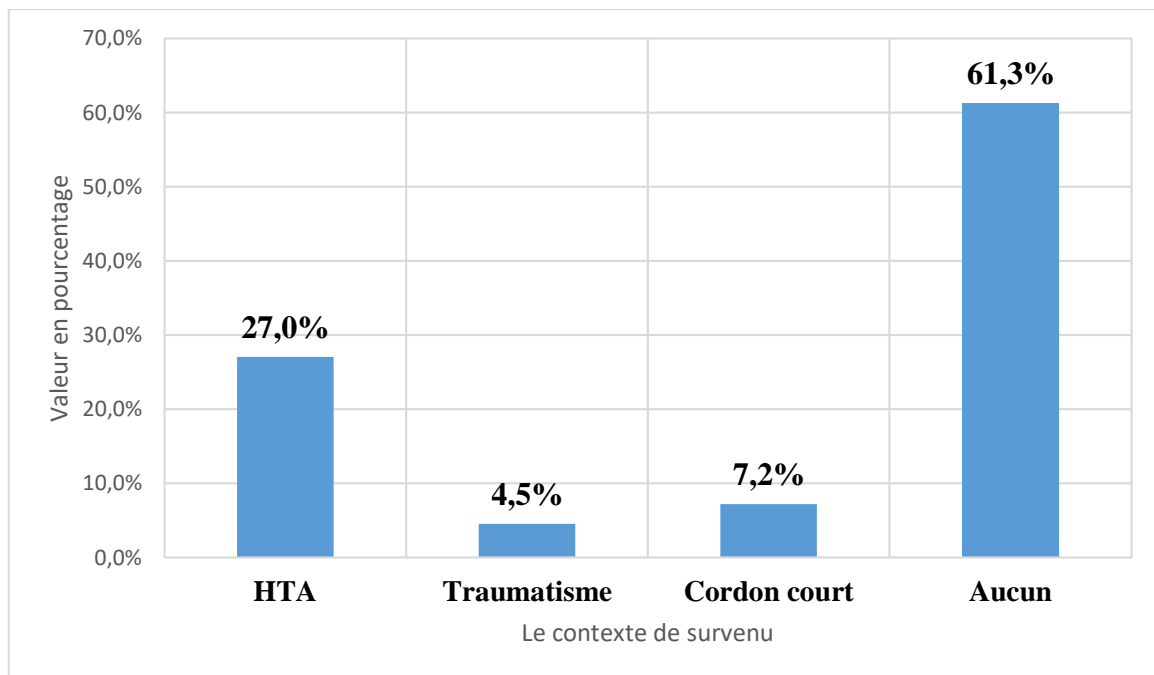
Antécédent d'HRP	Effectif	Pourcentage
Oui	7	6,3
Non	104	93,7
Total	111	100,0

L'antécédent d'HRP était retrouvé chez 6,3% des patientes.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisé

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	39	35,1
1-3	53	47,7
4 et plus	19	17,1
Total	111	100,0

Plus d'un tiers des patientes n'avait réalisée aucune consultation prénatale soit 35,1%.

**Figure 13 : Répartition des patientes selon le contexte de survenue**

L'HTA était le contexte de survenue majoritaire avec 27%.

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	49	44,2
Mauvais	62	55,8
Total	111	100,0

Plus de la moitié des patientes avait un mauvais général avec 55,8%.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	45	40,5
Pâles	66	59,5
Total	111	100,0

La majorité des patientes avait des pâleurs conjonctivales (59,5%).

Tableau IX : Répartition des patientes selon le pouls

Pouls	Effectif	Pourcentage
Pouls normal	49	44,2
Pouls filant	62	55,8
Total	111	100,0

La majorité des patientes avait un pouls filant soit 55,8%.

Tableau X : Répartition des patientes selon HTA à l'admission

HTA	Effectif	Pourcentage
Oui	30	27
Non	81	73
Total	111	100,0

L'HTA était retrouvé chez presque le 1/3 des patientes soit 27% .

Tableau XI : Répartition des patientes selon la symptomatologie clinique de l'HRP

Symptomatologie clinique de l'HRP	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	106	95,5
Métrorragie	97	87,4
Signe de choc hémorragique	62	55,8
Uterus en bois (contracture utérine)	87	78,4
BDCF absent	70	63,1
Col rigide comme cerclé par un fil de fer	83	74,8
Membranes tendues	50	45,0
Segment inférieur dur	47	42,3

La douleur abdominale, métrorragie, uterus en bois, col rigide, BDCF absent et signe de choc hémorragique étaient retrouvés respectivement avec 95,5%, 87,4%, 78,4%, 74,8%, 63,1% et 55,8%.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la dilatation du col de l'utérus

Dilatation du col de l'utérus	Effectif	Pourcentage
0 cm	10	9,0
1-3 cm	68	61,3
4-10 cm	33	29,7
Total	111	100,0

Plus de la moitié des patientes avaient une dilatation du col de 1-3 cm (61,3%).

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Intactes	86	77,5
Rompues	25	22,5
Total	111	100,0

Les membranes étaient rompues dans 22,5% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

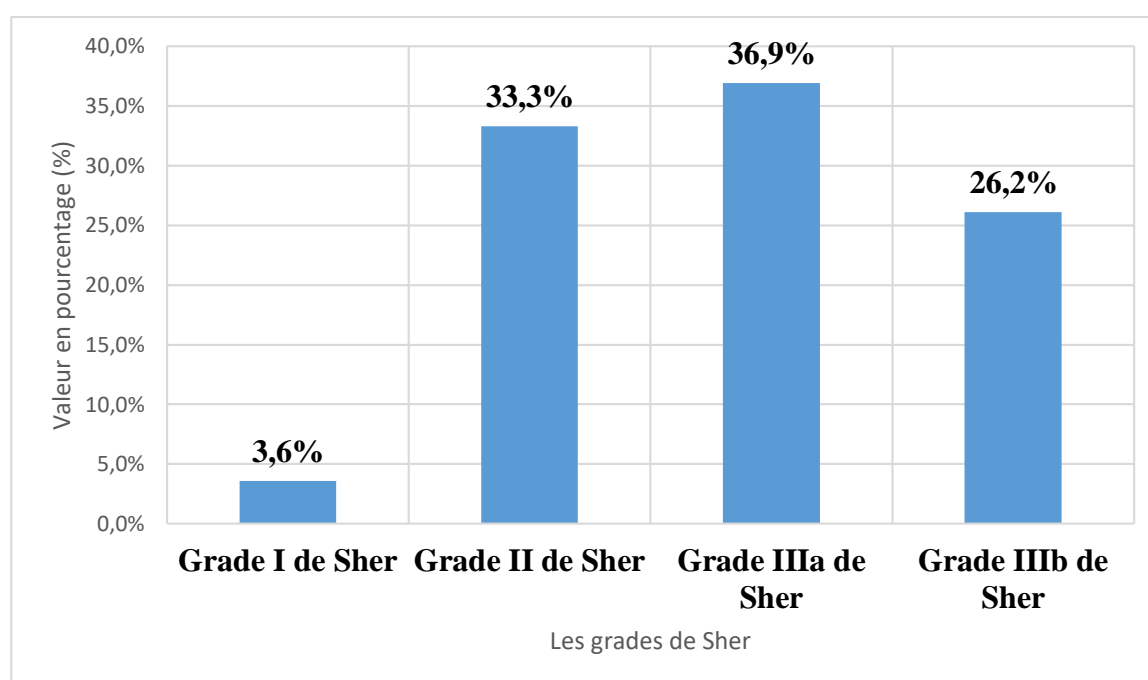
Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
Inférieur 11 g/dl	93	83,8
Supérieur ou égal à 11 g/dl	18	16,2
Total	111	100,0

Plus de la moitié des patientes étaient anémiées avec 83,8%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le résultat de la bandelette urinaire (protéinurie)

Protéinurie	Effectif	Pourcentage
Néant	51	45,9
Traces	32	28,8
Protéinurie positive	28	25,3
Total	111	100,0

La protéinurie était positive chez 25,3% des patientes.

**Figure 14 : Répartition des patientes selon la classification de Sher**

Chez 36,9% des patientes, il s'agissait d'un HRP Grade IIIa de Sher.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Basse	19	17,1
Haute	92	82,9
Total	111	100,0

La césarienne a été la voie d'accouchement chez 82,9% des patientes.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le traitement médical et chirurgical

Traitement médical	N = 111	Pourcentage
Ocytocine	111	100%
Antihypertenseur	28	25,5%
Transfusion	60	54,5%
Macromolécule	62	55,8%
Antalgique	80	72,7%
Misoprostol	60	54,2%
Traitement chirurgical		
Césarienne	92	82,9
Hystérectomie	4	3,6
Aucun acte chirurgical	19	17,1

L'oxytocine a été la molécule la plus utilisée avec 100% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	41	36,9
Mort-né frais	65	58,6
Mort-né macéré	5	4,5
Total	111	100,0

Les mort-nés ont représenté 63,1% de l'échantillon.

Tableau XIX: Répartition des patientes en fonction du score d'APGAR à la première minute

APGAR	Effectif	Pourcentage
≥ 7	19	44,2
<7	24	55,8
Total	43	100,0

Plus de la moitié de nouveau-né, soit 55,8% des cas avait un score d'APGAR < 7 à la première minute.

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'association avec PP

Association HRP et PP	Effectif	Pourcentage
HRP + PP	4	3,6
HRP	107	96,4
Total	111	100,0

Le placenta praevia était associé à l'HRP dans 3,6 % des cas.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le diamètre de la cupule

Diamètre de la cupule	Effectif	Pourcentage
≤ 6 cm	27	24,3
7-14 cm	79	71,2
≥ 14 cm	5	5,5
Total	111	100,0

Le diamètre de la cupule était compris entre 7 et 14 cm chez plus de la moitié des patientes soit 71,2%.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le poids du caillot sanguin

Poids du caillot sanguin	Effectif	Pourcentage
≤ 500 g	93	83,8
> 500 g	18	16,2
Total	111	100,0

Le poids du caillot sanguin était inférieur ou égale à 500 g dans 83,8 %.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les complications

Complications maternelles	Effectif	Pourcentage
Aucune	18	16,2
Choc hémorragique	62	55,8
Anémie	93	83,8
Insuffisance rénale aigue	1	0,9

L'anémie était la complication la plus représentée soit 83,8%.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-3 jours	98	88,3
4-6 jours	11	9,9
Plus de 6 jours	2	1,8
Total	111	100,0

La durée d'hospitalisation moyenne était de $2,1 \pm 0,99$ jours avec des extrêmes de 1 et 13 jours.

La majorité des patientes avait séjourné entre 1 et 3 jours.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le pronostique maternel

Pronostique maternel	Effectif	Pourcentage
Vivante	109	98,2
Décédée	2	1,8
Total	111	100,0

Nous avons observé deux cas de décès (1,8%).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données sur la période allant du 1^{er} Mars 2022 au 28 Février 2023 soit un an, qui a porté sur toutes les patientes admises dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de Kita. Les résultats obtenus à l'issue de cette étude, nous ont permis d'avoir un aperçu sur les HRP mais aussi de discuter avec les données de la littérature.

6.1.Fréquence :

Durant les 12 mois de notre étude au CSRéf de Kita, nous avons enregistré 2867 accouchements dont 111 cas d'HRP ont été diagnostiqués soit une prévalence de 3,87%.

Les fréquences d'HRP rapportées par les différents auteurs se situaient entre 0,25% et 6,44% [2,11], ce taux se trouvant dans cette fourchette. Cette prévalence reste néanmoins élevée.

Ceci pourrait s'expliquer par un grand nombre de grossesse non suivie, et la non réalisation des consultations prénatales de qualité dans le milieu.

Dans une étude similaire, **Seck K [12]**, au CHU Gabriel Touré et **Haidara A [10]** au CSRéf CVI ont trouvé respectivement 1,69% et 1,61%. Par contre, **Thiam O [5]** au Sénégal et **Doubouya M [11]** au CHU du point-G ont enregistré respectivement 6,05% et 6,44%. Les différences relativement importantes entre les fréquences des différents travaux traduisent en réalité les variations d'appréciation de l'HRP selon les critères de diagnostique, dont le tableau complet, le diagnostique rétrospectif par l'examen du placenta, et les lésions microscopiques.

6.2.Facteurs de risque :

Les étiologies des HRP demeurent à ce jour méconnues, par ailleurs plusieurs facteurs ont été incriminés dans leur survenu.

- ✓ Pour certains, il s'agit de l'âge avancé de la mère, identifié comme un principal facteur. Ainsi donc, **Corréa P.[24]** rapportait que plus du tiers des

patientes (39,5%) avaient de plus de 30 ans alors qu'elles représentaient plus de la moitié (51%) pour **Diallo [26]** au Sénégal. Notre étude a confirmé ces faits et nous pensons que l'âge avancé semblait être constamment associé à la survenue de l'HRP. Dans notre étude, l'âge moyen de nos patientes était de $28,79 \pm 6,39$ ans et 25,2% étaient âgés de 35 à 47 ans. Cependant, les autres tranches d'âge peuvent également être concernées comme le prouvait le nombre important de femmes jeunes (7,2%).

- ✓ Outre l'âge, la parité a également été identifiée comme facteur de risque de survenu d'un HRP, le risque d'HRP double à partir de la quatrième grossesse et triple à la cinquième [27]. Selon **Ananth C V [28]** la parité n'intervient qu'en fonction de l'âge, ainsi le taux d'HRP est de 52% pour un âge maternel entre 35-49 ans et une parité supérieure ou égale à 3 enfants. **Thieba [29]** au Burkina Faso pense que dans leur contexte, l'augmentation de la prévalence de l'HRP chez leurs gestantes et en particulier chez les primipares et les jeunes gestantes, serait liée à une insuffisance ou à un défaut de surveillance de la grossesse, plutôt qu'à l'existence d'une HTA ou d'une atteinte rénale antérieure. Dans notre étude, les multipares représentent 34,2% contre 31,5% de paucipares. Ces résultats sont inférieurs à ceux de **Ouattara MA [30]** en 2000 et de **Diarra S [31]** en 2007 qui ont trouvé 43,8% de multipares. **Coulibaly F [32]** au Mali trouve dans son étude 28,8% de paucipares et 51,7% de multipares. Donc l'HRP est une pathologie imprévisible qui peut toucher les primipares ainsi que les multipares. Ceci peut être expliqué par le fait que la multiparité favorise la survenue de l'HRP à cause des altérations de la muqueuse utérine et la primiparité favorise la survenue de la toxémie gravidique.
- ✓ La plupart des auteurs établissent un rapport entre l'HRP et l'HTA [1, 20, 24]. La situation la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique et plus particulièrement la pré-éclampsie [24]. Dans notre étude, l'HTA a été retrouvé dans 27% des cas.

Notre taux est proche, aux taux relevés par **Ouattara M A [30]** 30,14%, **Diarra S [31]** 31,5% et **Sylla N [36]** 48,5% .

L'antécédent d'HTA a été retrouvé chez les cas avec 4,5%. Dans la littérature, les études de **Dumont A [33]** et **Diallo D [26]** corroboraient ces faits. Selon **Lang T [34]**, la mort fœtale liée à l'HRP serait en rapport avec l'élévation de la pression diastolique > à 95 mm Hg au cours de l'hypertension artérielle. **Coulibaly F [32]** dans son étude a trouvé un taux largement supérieur au notre soit 20%.

Notre taux bas d'HTA pourrait s'expliquer par le fait que le caractère d'HTA en dehors de la grossesse est souvent difficile à mettre en évidence car la grossesse offre la meilleure occasion de suivre les femmes. En dehors de celle-ci la plupart des femmes ignorent leur état sanitaire.

- ✓ Dans notre étude, l'ATCD d'HRP a été retrouvé chez 6,3% des patientes. L'étude de **Kilani K [8]** a montré que l'HRP a une tendance à la répétition. Les femmes ayant déjà présenté un tableau d'HRP auraient 10% de chance de voir se reproduire l'accident. **Haidara A. [10]** a trouvé 9,9% d'antécédent d'HRP dans sa série.
- ✓ L'OMS préconise au moins 4 CPN pour une femme enceinte au cours de la grossesse. Une mauvaise consultation prénatale est un facteur prédisposant la grossesse au décollement prématuré du placenta selon **Correa P [24]**. Les patientes qui n'ont fait aucune consultation prénatale ont représenté 35,1% dans notre étude et dans 47,7% des cas, le nombre de CPN était inférieur à la norme dans notre pays qui est de 4. Ce taux est en accord avec ceux de **Seck K [12]**, **Doubouya M [11]** et **Sandjo O [26]** qui ont obtenu respectivement 44,2% ; 40,8% et 7,9% de patientes non suivies pendant la grossesse. Ceci pourrait être expliqué par le faible niveau socio-économique et la non scolarisation des femmes dans notre milieu (plus de la moitié des patientes étaient non scolarisées soit 59,5%).

Une grossesse bien suivie pourrait diminuer le risque de survenu d'un HRP, permet aussi une prise en charge rapide avant toutes complications dramatiques, afin de réduire le taux de décès maternel.

6.3.Aspects cliniques :

L'hématome rétroplacentaire survient le plus souvent de façon imprévisible. Le diagnostic dans notre pratique courante était surtout clinique. Il reposait sur les hémorragies génitales très caractéristiques, faites de sang noir minimes contrastant avec l'état de choc, sur la douleur abdominale atroce qui restait associée à la contracture utérine, à la diminution ou à l'absence des mouvements actifs fœtaux. Dans notre étude, plus de la moitié de nos patientes ont présenté un tableau de métrorragie soit 87,4% ; une hypertonie utérine a été retrouvé chez 78,4% et les BCF étaient non perçus dans 63,1% des cas. Cette triade correspond au grade III de SHER traduisant un retard à la consultation.

Sanogo M [9] a trouvé la triade classique dans 64% des cas, **Maiga M [35]** 63,9% des cas et **Sylla N [36]** 61,2% de cas.

Dans notre étude, plus de la moitié des patientes avaient les conjonctives pâles soit 59,5%, signe de choc hémorragique dans 55,8%, les membranes étaient tendues dans 45%, segment inférieur dur dans 42,3% et col crigide c'est à dire cerclé dans 74,8% des cas. La phase de latence du travail d'accouchement était observée chez 61,3% des patientes.

6.4.Prise en charge :

6.4.1. Attitude obstétricale :

L'évacuation utérine rapide représente le traitement de base de l'HRP. Elle permet de réduire le risque de complications materno-fœtales.

L'accouchement par la voie basse a été accepté et possible dans 17,1% des cas. La voie basse a été acceptée chez les patientes le plus souvent en 2^{ème} phase du travail et chez certaines en 1^{ère} phase du travail avec fœtus mort et en absence de complication maternelle.

Dans ces deux cas nous avons commencé par rompre les membranes lorsqu'elles étaient intactes, ensuite procédé à une perfusion d'ocytocine en absence de

contre-indication. Notre taux d'accouchement par voie basse est fortement inférieur à celui d'**Akpaza K [27]** au Togo qui a trouvé 47,9%.

Ouattara M [30] et **Sylla N [36]** au Mali trouvent respectivement dans leurs études 76,24% et 44,1% d'accouchement par la voie basse.

Le mode d'accouchement a été la césarienne dans 82,9% des cas.

Les principales indications étaient les suivantes :

- Sauvetage maternel et fœtale
- Reprise de saignement après amniotomie
- HRP grade III de SHER

Notre taux de césarienne est supérieur à celui obtenu par **Diarra S [31]**, 66,3% et aux taux de **Coulibaly F [32]**, **Sylla N [36]** qui ont obtenu respectivement 60% et 55,9% d'accouchement par voie haute.

Ce taux supérieur pourrait être expliqué par :

- La non disponibilité des produits sanguins tels que : le PFC et concentré globulaire ;
- La gravité de l'état de choc ;
- Le retard de prise en charge.

La césarienne apparaît donc comme un acte fondamental de sauvetage materno-fœtal.

Nous avons procédé à une perfusion d'ocytocique dans le sérum glucosé 5% après l'accouchement en prévention d'une éventuelle hémorragie de la délivrance dans 100% des cas.

L'antihypertenseur a été utilisé chez 25,5% des patientes dont les principales molécules utilisées étaient : la nicardipine, le méthyldopa ainsi que la Nifidipine.

Dans 4 cas on a été amené à pratiquer une hystérectomie d'hémostase.

6.4.2. Réanimation :

Cette réanimation visait à lutter contre l'hypovolémie. Nous avons utilisé les solutés de remplissage essentiellement des cristalloïdes (sérum salé, ringer

lactate, macromolécule) pour stabiliser l'état hémodynamique en attente de transfusion sanguine.

Dans notre étude, 54,5% des patientes ont bénéficié d'une transfusion de sang total.

Surveillance du post-partum :

Dans les suites de couche, la surveillance maternelle a porté sur l'état hémodynamique : la tension artérielle, le pouls, le saignement, le globe de sécurité, la diurèse, et la température.

Cette surveillance se faisait dans le cadre d'une hospitalisation dont la durée a variée de 1 à 13 jours avec une moyenne de $2,1 \pm 0,99$ jours.

6.5.Pronostic :

6.5.1. Maternel :

L'évolution de l'état maternel a été favorable dans la majorité des cas dans notre série soit 98,2%. Nous avons enregistré deux cas de décès maternels, soit 1,8%. Dans ces cas, il s'agissait des parturientes en mauvais état général au grade III de Sher avec anémie sévère et chez lesquelles, les troubles de la coagulation s'étaient installés.

Ce chiffre est en accord avec ceux de **Haidara A [10]** au Mali et **Kilani K [8]** au Maroc qui ont relevé respectivement 1,8% et 1,39% de décès maternels. Il est inférieur à celui de **Thiam O et coll [5]** au Sénégal (6,6%) et de celui de **Ngathiam M [7]** au Burkina Faso (4,5%).

Le taux élevé de décès maternel dans notre série pourrait

s'expliquer par :

- Le retard de prise en charge dans cette zone,
- L'insuffisance du plateau technique.

Les complications relevées ont été :

- État de choc hémorragique : 55,8%
- Anémie : 83,8%
- Néphropathie : 0,9 %.

6.5.2. Pronostic fœtal :

Le pronostic fœtal dépend de la surface de décollement placentaire, de l'âge de la grossesse, de la rapidité d'extraction du fœtus et d'une réanimation néonatale adaptée [37].

Dans notre étude, le taux de mortalité fœtale était de 63,1% des cas. Ce taux est en rapport avec la sévérité du tableau clinique lui-même dû au retard de diagnostic. Ce taux est proche des ceux de **Fomba A [21]**, **Haidara A [10]**, **Ngatiam M [7]** et **Doubouya M. [8]**, qui ont retrouvé respectivement 75,77% ; 70% ; 74,1% et 83,56% de mort fœtale. Le fœtus paie ainsi le plus lourd tribut de cette pathologie.

CONCLUSION RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

L'hématome retroplacentaire est fréquent au centre de santé de référence de Kita, le contexte de survenu le plus fréquent était HTA.

Le pronostic maternel était mauvais dominé par : choc hémorragique, anémie et insuffisance rénale aigue.

Le pronostic foetal était catastrophique avec une forte mortalité.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Aux autorités :

- ✓ Organiser des campagnes de sensibilisation, de don de sang pour éviter tant que possible les ruptures de stocks de sang au centre de santé de référence de Kita ;
- ✓ Ouverture d'une muni banque de sang au CSRef de Kita ;
- ✓ Mettre en place d'un service de réanimation au CSRef de Kita pour la prise en charge immédiate et efficace des complications liées à l'HRP ;

❖ Aux prestataires :

- ✓ Référer à temps les grossesses à risque vers les centres spécialisés et dans les conditions de transfert optimales ;
- ✓ Maintenir la collaboration interdisciplinaire CSCom-CSRef
- ✓ Apprendre aux femmes enceintes les signes de dangers tels que : hémorragie au cours de la grossesse et pendant le travail d'accouchement.

❖ Aux patientes :

- ✓ Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- ✓ Collaborer avec le personnel en acceptant et en respectant les conseils prodigués lors des séances de CCC (communication pour le changement de comportement) ;
- ✓ Considérer tout saignement sur grossesse au 3^{ème} trimestre quelle que soit son importance comme signe de gravité et consulter immédiatement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6ème édit ; Masson, Hématome rétro placentaire, 2001; 597: 432-38.
2. **Granito-Martinez M** hématome retro placentaire CHU de GENOBLE thèse de médecine université de Grenoble Alpes à UFR de médecine 2016, 41 Pages
3. **Sananes .M, Boisrame. T, Langer B.** Hématome rétroplacentaire. EMC – Obstétrique 2012; 7(3):1-11 [Article 5-071-A-10].
4. **Lansac J, Magnin G, Sentilhes L.** Obstétrique pour le praticien 6^e édition Paris MASSON : chapitre 1 et 15 :Hémorragie du 3^{ème} trimestre, Hématome retro placentaire (HRP) ou décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI), et histoire naturelle de la grossesse. 2013 : 13-14 ; 280-285
5. **Thiam O, Mbaye M, Diouf A, Touré F, Gueye M, Niang M** et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'HRP dans une maternité de référence en zone rurale. Pan Afr Med J 2014 ; 17, pp 1-4
6. **Mukherjee S, Bawa A K, Sharma S, Nandanwar Y S, Gadam.M** Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patientes with abruption placentae. J Nat Sc Biol Med 2014 ; 5 : 425-8
7. **Ngthiam M** Aspects épidémiologique clinique et thérapeutique de l'hématome retro placentaire de 2002 à 2011 au service de gynécologie-obstétrique du CHU YO Burkina-faso (à propos de 463 CAS) thèse de Médecine Université Ouagadougou/unité de formation et de recherche en science de la santé 2012 106 pages
8. **Kilani K.** Hématome rétro placentaire : Étude rétrospective au service de gynécologie-obstétrique B sur 5 ans au CHU Mohamed VI de Marrakech, thèse de médecine Uni/versité CADI AYYAD de Marrakech, Faculté de médecine et de pharmacie 2012 ; 132 Pages
9. **Sanogo M.** Contribution à l'étude de l'hématome retro placentaire (HRP) au centre de santé de référence Koutiala (à propos de 75 CAS). Thèse de médecine USTTB-FMOS, N°10M284, Bamako, 2010 ; 88 Pages

10. **Haidara A.** Etude épidémiologie clinique et thérapeutique de l'HRP au csref CVI de Bamako, thèse de médecine USTTB-FMOS, N°12M260, Bamako, 2012 ; 115 Pages
11. **Doubouya M.** étude épidémioclinique, thérapeutique et pronostique l'HRP au CHU POINT G, N°14M189, thèse de médecine USTTB-FMOS 2014 ; 88 Pages
12. **Seck K.** hématome retro placentaire dans le service de Gynéco– Obstétrique du C.H.U Gabriel Toure. N°14M71, Thèse de médecine USTTB-FMOS, 2014 ; 120 Pages
13. **SANOGO S.** hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, N°12M108, thèse de médecine USTTB-FMOS 2012 ; 90 Pages
14. **Abbara A.** Hématome rétro placentaire ;597: 432-38. Avicenne.info www.milleetune-nuit.com
15. **Tikkanen M.** Placental Abruptio: Epidemiology, Risk Factors, and Consequences Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140–9
16. **Sher G.** A rational basis for the management of abruptio placentae. J Reprod Med 1978 : 21: 123-9.
17. **Thoulon J, Puech F, Boog G.** Obstétrique. Paris ellipses 1995; chapitre13: Néphropathies, syndrome vasculo-rénaux et leurs complication, HRP, P. 372-376.
18. **Barrat J, Darbois Y.** Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Encycl. Méd (Paris, France), Obstét 1974 : 5071. A10-11.
19. **Couvelaire A.** Deux nouvelles observations d'apoplexie utéro-placentaire. Ann Gynéco Obstet 1912; 9: 486.
20. **Uzan S, Uzan M.** Hématome rétro placentaire. Précis d'obstétrique sous la direction de E Papiernik. Flammarion (Paris) 1995 : 2-257: 15045-7.
21. **Fomba A.** étude des aspects épidémiologiques clinique et thérapeutique de l'hématome retro placentaire au service de gynéco-obstétrique du CHU point-G thèse de médecine USTTB-FMOS 2011 ; 129 Pages

22. **Fournie A, Desprats R.** L'hématome rétro placentaire (HRP). Mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE). Collège Nationale de Gynécologie obstétrique Française 1984 : 350 : 285-311.
23. **Brechon J, Darbois Y.** Décollement prématuré du placenta du 3^{ème} trimestre. Obstétrique Revue pour le praticien 1985 ; 20 : 9 : 407-12
24. **Correa P., Bah M. D., Berthe M. A., Diab A.E.** L'hypertension artérielle au cours de la gravidité-puerpéralité chez l'Africaine. Dakar Médical, 1982, 27, 1 : 59-167.
25. **Thoulon J.M. Steiner H.G.** Le décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes grave : à propos de 70 observations recueillies en série au cours d'une période de 9ans. Gynéc. Obstét. Paris, 1970, 69, 4 : 325.
26. **Diallo D., Ndiaye P. A., Diouf A., Faye.O., Traore B., Diadhiou F.** Dakar Médical. 1997, 42 : 59-62.
27. **Akpaza K, Baeta S, Neglo Y, Tete V, Hodonou A.** Hématome rétroplacentaire à propos de 211 cas à la Clinique de Gynéco Obstét du CHU-Tokoin-Lomé (Togo) 1988-1992. Méd. d'Afro Noire 1996 ; (6) 43.
28. **Ananth C.V, Similian J.C, Vintreleas A M.** Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy. Obstet. Gynecol. 1999 ; (93), 4 : 622-628
29. **Thièba B, Ouattara T, Kyelem C, Ouédraogo C.M.C, Ouédraogo A, Akotionga M, Koné B, Lankoande J.** Hématome retro placentaire dans les services de gynécologie et d'obstétrique du CHNYO de Ouagadougou : Aspects épidémiocliniques et pronostiques. Journal de la SAGO, 2002 ;(1)1 :10-14
30. **Ouattara M.A.** Hématome retro placentaire : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, bilan de 6 ans d'étude. N°00M126, Thèse Méd Bamako 2000 ; 126p.
31. **Diarra S.** Hématome retro placentaire dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de référence de la commune V du district de Bamako. N°07M79 ; Thèse de Médecine Bamako 2007 : 261p.

32. **Coulibaly F.** Hématome retro placentaire : Facteurs de risque, pronostic maternofoetal dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G. N°07M68 ; Thèse de Médecine Bamako 2001 : 99p.
33. **Doumont A., De Bernis L., Decam C., Pollet X.** Indicateurs de coagulopathie intravasculaire disséminée (CIVD) dans les hématomes rétroplacentaires. Méd. Afr. Noire. 1996, 43, 6 : 332-39.
34. **Lang T., Delarocque E.** Hypertension during pregnancy in africa and infants' health. A cohort study in an urban setting. J. Perinat. Med. 1993, 21, 13-24.
35. **Maiga M.** hématome retro placentaire : les indications de césarienne au CSRef commune V de Bamako. Thèse de médecine USTTB-FMOS 2011 ; 127 Pages
36. **Sylla N.** Etude épidémioclinique thérapeutique et pronostic de l'HRP au CSRef CII du district de Bamako. N°12M129, Thèse de médecine USTTB-FMOS 2012 ; 129 Pages
37. **Sangaré B.** Hématome rétro placentaire : Aspect sociodémographique, prise en charge et pronostic dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. N°20M59, Thèse de médecine USTTB-FMOS 2020 ; 100 Pages.

ANNEXES

X. ANNEXES

• FICHE D'ENQUETE

N° fiche d'enquête : /_/_/_/_/_/_/

N° DOSSIER : /_/_/_/_/_/_/

Q1 : Date: /_/_/_/_/_/_/

Q2 : Prénom et Nom :

Q3 : Age :ans

Q4 : Profession : /_/_/

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1) Aide ménagère | 2) Femme au foyer |
| 3) Etudiante/élève | 4) Commerçante |
| 5) Autres : | |

Q5 : Ethnies : /_/_/

- | | | | |
|-------------|--------------|-------------------|-------------|
| 1) Bambara, | 2) Sarakolé, | 3) Peulh, | 4) Malinké, |
| 5) Sonrhäï, | 6) Dogon | 7) Sénoufo, | 8) Bobo, |
| 9) Minianka | 10) Bozo, | 11) Autres: | |

Q6 : Résidence :

Q7 : Statut matrimonial : /_/_/

- | | | |
|-------------|-------------------|----------|
| 1) Mariée | 2) Célibataire | 3) veuve |
| 4) Divorcée | 5) Autres : | |

Q8 : Niveau d'instruction : /_/_/

- | | | |
|-------------------|-------------|---------------|
| 1) Non scolarisée | 2) Primaire | 3) Secondaire |
| 4) Supérieure | 5) Medersa | |

Q9 : Profession du conjoint : /_/_/

- | | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| 1) Etudiant /élève | 2) Commerçant | 3) Paysan |
| 4) Ouvrier | 5) Sans profession | 6) Autres : |

Q10 Mode d'admission :/_/_/

- 1) Venue d'elle-même 2) Référée 3) Evacuée

Q11 Provenance :/___/

- 1) Domicile 2) CSCOM
3) Structures privées de Kita 2 4) Autres structures

Q12 : Motif de consultation :/___/

- 1) Douleur abdominale 2) Métrorragie 3) Pertes liquidiennes
4) Autres :

Q13 : Motif de référence/évacuation :/___/

- 1) HTA/Prééclampsie 2) Saignement vulvaire
3) Choc hypovolémique 4) Autres :

Q14 : Antécédents personnels

Antécédents obstétricaux :

- Nombre de Gestité : .../___/
- Nombre de parité :/___/
- Nombre d'enfant vivant :/___/
- Nombre d'avortement :/___/
- Nombre d'enfant décédé :/___/
- Intervalle inter gènesique :/___/
- Antécédent d'HRP : /___/
- Mort-né : (1 = macéré, 2 = frais) :/___/

Q15 : Antécédents médicaux :/___/

- 1) HTA 2) Diabète 3) Asthme 4) Drépanocytose
5) Cardiopathie 6) Autres :

Q16 : Antécédents chirurgicaux :/___/

- 1) Myomectomie 2) Césarienne (nombre) :
3) Néant 4) Appendicectomie
5) Autres à préciser

Q17 : Antécédents familiaux :...../___/

- 1) HTA 2) Diabète 3) Drépanocytose
4) Asthme 5) Cardiopathie

6) Autres tares familiales:.....

Q18 : Mode de vie

_Thé(1=oui, 2=non)...../___/

_Café(1=oui, 2=non)...../___/

_Alcoolique(1=oui, 2=non)...../___/

_Tabagique(1=oui, 2=non)...../___/

Q19) Habitude alimentaire :...../___/

- 1) Céréales 2) Mais 3) Sorgho

Q20 : Aspect du saignement :...../___/

- 1) Noire 2) Rouge

Q21 : Grossesse actuelle :

- Age de la grossesse en SA :

- CPN : (nombre)...../___/

- Age de la grossesse à la première CPN :

_ Age de la grossesse à la dernière CPN :...../___/

_DPA:.....

- Prise de la TA : 1 = oui, 2 = non :

_TA à la dernière CPN :.....mmHg

- Albuminurie à la première CPN :...../___/

- Albuminurie à la dernière CPN :...../___/

Q22 : Examen à l'admission :

Signes généraux :

- Etat général : (1=bon, 2= mauvais) : .../___/

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

_Œdème des membres inférieurs : (1 = oui, 2 = non) :/___/

- HTA : (1 = oui, 2 = non) si oui chiffre.....mmHg :/___/

-Température :°C

-Pouls :puls/mn

-FR :cycle /mn

Q23 : Examen obstétrical :

- Hypertonie utérine : (1 = oui, 2 = non) /___/

- Hauteur utérine :cm

- Présentation : (1 = céphalique, 2 = siège, 3 = autres) : .../___/

- Contraction utérine : (1 = oui, 2 = non) : /___/

- BDCF : (1 = oui, 2 = non) /___/ si oui chiffres.....bat/mn

- Métorragies : (1 = oui, 2 = non) /___/

- Dilatation :cm

- Poches des eaux : (1=intactes, 2=rupture spontanée, 3=rupture artificielle) /___/

- Liquide amniotique : (1 = clair, 2 = teinté, 3 = méconial, 4 = sanglant) /___/

-Examen du bassin :(1=normal, 2=limite, 3=rétrécit) /___/

- Durée du travail : heures

Q24 : Examens complémentaires :

-Groupage /rhésus :

-Taux d'hémoglobine :g/dl

-Taux des plaquettes :

-Taux de prothrombine.....

-TCK.....

-Fibrinogène.....

-Test de coagulation :(1=positif, 2= négatif) /___/

-Créatininémie.....

-Glycémie.....

-Protéinurie :(1=Néant, 2=Trace, 3=+, 4= ++, 5=+++, 6=++++)/___/

-Echographie obstétricale.....

Q25 : Classification de Sher...../___/

- 1) Grade I de Sher 2) Grade II de Sher
- 3) Grade IIIa de Sher 4) Grade IIIb de Sher

Q26: Traitement médical :

- Ocytotiques : (1 = oui, 2 = non) /___/
- Anti HTA : (1 = oui, 2 = non) /___/
- Transfusion : (1 = oui, 2 = non) /___/
- Macromolécules ou Ringer Lactate : (1 = oui, 2 = non) ... /___/
- Antalgiques : (1 = oui, 2 = non) /___/
- Anticoagulants : (1 = oui, 2 = non) /___/

Q27 : Voie d'accouchement : /___/

- 1) Basse 2) Haute
- 3) Si césarienne indication :

Q28: Traitement chirurgical :/___/

- 1) Césarienne 2) Hystérectomie
- 3) Néant 4) Autres :

Q29 : Indication :/___/

- 1) Enfant vivant 2) Sauvetage maternel
- 3) Accouchement non imminent 4) Autres à préciser :

Q30 : Durée d'hospitalisation en jour

Q31 : Nouveau-né :

- Nombre : /___/
- Sexe du premier : (1 = masculin, 2 = féminin) /___/
- Sexe du deuxième : (1 = masculin, 2 = féminin) /___/
- Etat à la naissance du 1er : (1=vivant, 2=mort-né frais, 3=mort-né macéré) /___/
- Etat à la naissance du 2ème:(1=vivant, 2=mort-né frais, 3=mort-né macéré) /___/
- Apgar du 1er : 1mn :, 5mn :

Fiche signalétique :

NOM : DOUMBIA

Prénom : Moussa

Titre de thèse : Aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostics de l'hématome rétro placentaire au centre de santé de référence de Kita .

Année universitaire :2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé de thèse :

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive effectuée au centre de santé de référence de Kita du 1^{er} Mars 2022 au 28 Février 2023. Nous avons enregistré 111 cas d'hématome rétro placentaire sur 2867 accouchements, soit une fréquence de 3,87%.

Le principal motif d'admission était les métrorragies 72,1%.

Les facteurs de risques ont été :

- Age maternel 20-34 ans ;
- La multiparité ;
- Le contexte toxémique(Pré-éclampsie, HTA chronique)
- Mauvaise ou l'absence de CPN(35,1% de grossesse non suivies et 47,7% de mauvaise CPN)

La triade (métrorragie, hypertonie utérine et BCF non perçu) a été retrouvée dans 63,1%.

L'accouchement par les voies naturelles a été possible dans 17,1% des cas, la césarienne a été effectuée dans 82,9% des cas.

Le pronostic maternel était favorable dans la majorité des cas soit 98,2%. Nous avons enregistré 2 cas de décès soit 1,8%. Par contre le pronostic fœtal était très mauvais avec 61,3% de mort-né.

L'HRP reste un accident grave des derniers mois de la grossesse. Il constitue par sa brutalité, son imprévisibilité et par sa sévérité potentielle de ses complications maternelles ainsi que fœtales, une urgence obstétricale par excellence.

Mots-clés : Grossesse, hématome rétro placentaire, les facteurs de risques, pronostics.

Material Safety Data Sheet :

Name : DOUMBIA

First name : Moussa

Thesis title : Epidemiological-clinical, therapeutic and prognostic aspects of retroplacental hematoma at the Kita reference health center.

Academic year : 2022-2023

City of defense : Bamako

Country of origin : Republic of Mali

Place of submission : Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology of Mali

Area of interest : Obstetrics

Thesis summary

This is a prospective and descriptive study carried out at the Kita reference health center from March 1, 2022 to February 28, 2023. We recorded 111 cases of retroplacental hematoma out of 2867 deliveries, i.e a frequency of 3,87%.

The main reason for admission was metrorrhagia 72,1%.

The risk factors were :

- Maternal age 20-34 years ;
- Multiparity
- The toxemic context (pre-eclampsia, chronic hypertension)
- Bad or absence of ANC (35,1% of unmonitored pregnancies and 47,7% of bad ANC)

The triad (metrorrhagia, uterine hypertonia and unperceived BCF) was found in 63,1%

Natural delivery was possible in 17,1% of cases, cesarean section was carried out in 82,9% of cases.

The maternal prognosis was favorable in the majority of cases, i.e 98,2%. We recorded 2 cases of death or 1,8%. On the other hand, the fetal prognosis was very poor with 61,3% stillbirths.

HRP remains a serious accident in the last months of pregnancy. It constitutes by its brutality, its unpredictability and by its potential severity of its maternal and fetal complications , an obstetric emergency by excellency.

Keywords : Pregnancy, retroplacental hematoma, risk factors, prognosis.

• **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le jure !!!