

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 – 2021

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)

THESE N°

THESE

HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP) DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI

Présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 2021.
Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie par :

M. Sory Ibrahim KANTA

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

Président : Professeur Bakary Tientigui DEMBELE
Membres : Docteur Amadou BOCOUM
: Docteur Seydina Alioune BEYE
Co-directeur : Docteur Nanko dit Seydou BAGAYOGO
Directeur : Professeur Youssouf TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail

À mon père Mama Kanta

Tu as été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi.

Ce travail est le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

À ma mère Oumou Aissa Konaké

Rien ne peut contre la volonté de Dieu. Ces phrases n'exprimeront pas assez tout ce que je ressens ce jour, tu as pris soin de nous.

Tu nous as toujours protégé. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable. Tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Que le Tout Puissant te donne la bonne santé et te garde aussi longtemps auprès de nous.

Puisse ce travail te donner le réconfort et la fierté, mais aussi le témoignage de l'amour mon grand.

À ma tante Aminata Konaké ,

Vous êtes merveilleuses, comme une mère, vous avez été soucieuses de mon propre avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vos conseils, vos bénédictions et votre soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer.

À ma grande mère feu Fatoumata TRAORE,

Merci pour votre affection et de votre soutien tout au long de mes études. Vos conseils et vos encouragements m'ont beaucoup servi au cours de ce travail.

Que ton âme repose en paix,

À mes frères et sœurs

L'union, la solidarité et l'amour sont la plus grande richesse de la famille. Vous avez tous été d'un soutien inestimable tout au cours de mes longues années d'études. L'occasion m'est offerte pour vous rappeler que les liens de sang sont sacrés. Je vous prie d'accepter ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Mes cousins et cousines

J'ai appris avec vous que la tolérance, la solidarité, le partage, la taquinerie dans le respect sont les moyens de renforcement des liens de sang, et de famille. Vous êtes et vous serez toujours un support moral. Grace à vous cette joie qui fait l'harmonie de la vie en famille ne m'a jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

Soyez assurés de mon profond attachement.

À mes oncles, mes tantes et tous les autres membres de la famille,

Votre soutien, votre amour et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon amour et mon affection indéfectible. Qu'ALLAH vous protège et vous accorde santé, bonheur et prospérité.

Sans oublier à tous les membres de la famille feu Sidi Mohamed Toure de Bagadadji, famille d'accueil pendant mon cycle d'étude de médecine, ce travail est le vôtre.

Remerciements

*A « ALLAH », loué soit-il pour son soutien tout le long de ses difficiles années ainsi à son
Prophète Mohamed (SAW)*

Au corps professoral de la FMOS en général :

Pour votre qualité intellectuelle, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, Mes chers maîtres, je suis fier de toute la formation que j'ai reçue de vous.

À toute la 10^{ème} promotion du Numéris clausus :

Ce travail est le vôtre.

A Dr Pierre Coulibaly ; Dr Mariko Seydou; Dr BALLO Amadou; Dr Coulibaly Kalilou; Dr Sarampo Amadou; Dr Samassekou Mama; Housseyni KANTE ; La sage Badji DICKO , Kadi NIAFOUKOU pour leur soutien inestimable et précieux dans l'élaboration de ce document.

À mes meilleurs amis :

Dr Cisse M. Dr Bore Bilaly ; Dr Karambe Seydou ; Dr Sissoko Tiguïda ; Dr Santara B ; Dr Djibril Diancoumba ; Dr Tapily M ; Dr Sagara I ; Dr Bengaly S ; Dr Coulibaly Sekou ; Dr Kone Bruno, Makono Diallo, Sekou Toure ; Amadou Toure ; Aly Diancoumba; Baba Bah ; Ibrahim Togo ; Housseyni ; Youssouf Bore ; Amadou Togo président actuel de l'AERMOS ; Mamadou Coulibaly Dit Massé Point-G , Kadi etc....

Les bons comme les mauvais moments qu'on a passés ensemble n'ont fait que consolider nos liens. Que Dieu vous bénisse mes frères d'autres mères.

À tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti;

Dr Guindo O ; Dr Dienta; Dr Guindo A, Dr Thera Dr Coulibaly Modibo ; Dr Samassekou Adama; Dr Traore Chéibou; Dr Kone Mory; Dr Konde A ; Dr Sidibe L ; Dr Traore Kaman ; Dr Djoubalo ; Mme Togo ; Ami Ouattara ; Fatoumata Kone ; etc.....

A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

À tous mes collègues thésards de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti:

Cisse I ; Kante H ; Tangara A ; Kaman Diarra ; Sagara S ; Coulibaly D ; Djibo S ; Maiga Y ; Diabate B ; Mme Fall Aoua Timbo ; Mme Konde Nana Dembele ; Mme BALLO Fatoumata WALLLET ; Douyon A ; Kassambara ; et Aissata Maiga merci pour votre coopération ; et votre soutien pour ces moments passés ensemble.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- ❖ **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.**
- ❖ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**
- ❖ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone. (ACAF)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

À notre Maître et Juge

Docteur Amadou BOCOUM

- ✧ **Maître-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS.**
- ✧ **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE.**
- ✧ **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France.**
- ✧ **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire de coelioscopie en gynécologie en France.**
- ✧ **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'université Paris Descartes.**
- ✧ **Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).**
- ✧ **Secrétaire général adjoint de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de nous aider dans l'élaboration ce travail.

Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

En plus de vos connaissances scientifiques ; votre sens élevé de la vie humaine mérite le respect.

Nous gardons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ces élèves.

Soyez assurer de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Juge

Docteur Seydina Alioune BEYE

- ✧ **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation.**
- ✧ **Maître-assistant en Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS).**
- ✧ **Praticien hospitalier en Anesthésie-Réanimation au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.**
- ✧ **Ancien chef de service Anesthésie-Réanimation et des urgences à l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez inspirés, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail.

Votre connaissance, votre rigueur scientifique et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher.

En ce moment solennel, l'occasion nous est offerte de vous réitérer cher maître, notre profonde admiration.

À notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Nanko dit Seydou BAGAYOGO

- ✧ **Spécialiste en gynéco-obstétrique.**
- ✧ **Praticien hospitalier à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.**
- ✧ **Attaché de recherche à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.**
- ✧ **Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Mopti.**
- ✧ **Membre de la SOMAGO (Société Malienne de gynécologie-obstétrique).**

Cher Maître,

Plus qu'un co-directeur de thèse, vous avez été notre guide, notre éducateur, vous avez codirigé ce travail avec amour et joie sans aucune réserve;

Sachez que votre sympathie, votre disponibilité inconditionnelle et votre courtoisie nous ont été très bénéfiques pour mener à bien ce travail

Votre esprit communicatif, votre détermination à faire avancer la science font de vous la vitrine de la nouvelle génération. Nous sommes très fiers d'avoir appris à vos côtés ;

Recevez par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude;

Puisse Allah le tout puissant vous bénir.

À notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- ✧ **Professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la FMOS.**
- ✧ **Praticien gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique au CHU Gabriel TOURE.**
- ✧ **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).**
- ✧ **Vice-président de la société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO).**
- ✧ **Formateur sur la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH du Mali.**
- ✧ **Membre de la Fédération Francophone de Gynécologie Obstétrique (FeFOG).**
- ✧ **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologie » de Bordeaux II.**
- ✧ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**
- ✧ **Trésorier de la fédération africaine de Gynécologie Obstétrique (AFOG).**
- ✧ **Enseignant chercheur.**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples responsabilités.

Votre compétence, ainsi que vos qualités humaines nous ont marqué.

La clarté de votre enseignement et de votre grande culture scientifique impose respect et admiration.

Veillez trouver ici cher Maître l'assurance de notre reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AAS** : Acide acétyl salicylique.
ADN : Acide désoxyribonucléique.
A.P : Accouchement prématuré
ARN : Acide ribonucléique.
AERMOS : Association des Étudiants Ressortissants de la Région de Mopti et sympathisant.
BCF : Bruit du cœur fœtal.
CCC : Communication pour un changement de comportement.
CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.
CHU : Centre hospitalier universitaire.
Cm : Centimètre.
CPN : Consultation prénatale.
CRO : Compte Rendu Opératoire.
CSRef : Centre de santé de Référence
C.S.COM : Centre de santé communautaire.
CU : Contractions utérines.
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.
RCF : Rythme Cardiaque Fœtal.
SA : Semaine d'Aménorrhée.
Sup : Supérieur
UFR : Unité de Formation et Recherche
USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Face foetale d'un placenta d'une grossesse à terme.....	11
Figure 2 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à terme	12
Figure 2 : coupe longitudinale du placenta et de l'utérus montrant un HRP à 33SA	16
Figure 4 : Aspect tomodensitométrique de la nécrose de tout le foie gauche au cours du Hellp syndrome	26

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des variables étudiés selon leurs types	36
Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.	43
Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	43
Tableau IV : Répartition des patientes selon la gestité.	41
Tableau V : Répartition des patientes selon la parité à l'admission.	41
Tableau VI : Répartition des patientes selon leur provenance.....	41
Tableau VII : Répartition des patientes selon la modalité d'admission à l'hôpital.	42
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif d'admission.	42
Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de suivi prénatal.....	42
Tableau X : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission.....	43
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel	43
Tableau XII : Répartition des patientes selon les signes cliniques à l'admission.	43
Tableau XIII : Répartition des patientes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission.	44
Tableau XIV : Répartitions selon l'état des membranes à l'admission.....	44

<u>Tableau XV</u> : Répartition des patientes selon la coloration du liquide amniotique à l'admission.	44
<u>Tableau XVI</u> : Répartition selon le type présentation du fœtus.....	44
<u>Tableau XVII</u> : Répartition selon le taux d'hémoglobine en gramme/décilitre (g /dl).....	45
<u>Tableau XVIII</u> : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.	45
<u>Tableau XIX</u> : Répartition des patientes selon les indications de césarienne.....	45
<u>Tableau XX</u> : Répartition selon la cause de l'HRP.....	46
<u>Tableau XXI</u> : Répartition des patientes en fonction de la classification de SHER	46
<u>Tableau XXII</u> : Répartition des patientes en fonction du poids du nouveau-né à la naissance	46
<u>Tableau XXIII</u> : Répartition des patientes selon l'administration des produits sanguins.	47
<u>Tableau XXIV</u> : Répartition des patientes selon le nombre de poche transfusé.....	47
<u>Tableau XXV</u> : Répartition des patientes selon le pronostic foetal.	47
<u>Tableau XXVI</u> : Relation la taille de la cupule et le pronostic foetal.....	48
<u>Tableau XXVII</u> : Répartition des nouveaux nés vivants selon le score d'Apgar	48
<u>Tableau XXVIII</u> : Répartition des patientes selon les types complications maternelles.....	48
<u>Tableau XXIX</u> : Relation entre l'âge et la complication maternelle.....	49
<u>Tableau XXX</u> : Relation entre la parité et la complication maternelle.	49
<u>Tableau XXXI</u> : Relation entre le nombre de suivi prenatal et la complication maternelle...	50
<u>Tableau XXXII</u> : Relation entre la voie d'accouchement et la complication maternelle.	50
<u>Tableau XXXIII</u> : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.....	50
<u>Tableau XXXIV</u> : Répartition des patientes selon le besoin de transfert au service réanimation.....	51
<u>Tableau XXXV</u> : Répartition des patientes selon le contexte du décès maternel.....	51

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	6
1. Objectif général :	5
2. Objectifs spécifiques :	5
GENERALITES	9
1. Définition	7
2. Épidémiologie	7
3. Rappels sur la grossesse, le placenta, et le l'accouchement	7
3.1. Grossesse.....	7
3.2. Placenta.....	9
3.3 Accouchement normal	13
4. Physio-pathologie de l'HRP	14
5. Anatomico-pathologie de l'HRP	15
6. Classification de l'HRP	17
7. Facteurs de risque.....	17
8. Étude clinique.....	19
9. Évolution	25
10. Complications	25
11. Examens complémentaires	27
12. Traitement.....	28
13. Pronostic	33
METHODOLOGIE	35
RESULTAT	40
1. Fréquence	40
2. Caractéristiques socio-démographiques	40
3. Aspects clinique.....	45
4. Prise en charge.....	45
5. Pronostic.....	47
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
1. Approche méthodologique :	53
2. Fréquence	53
3. Circonstances de découverte (CDD).....	54
5. Prise en charge.....	56

6. Pronostic.....	58
CONCLUSION.....	60
RECOMMANDATIONS.....	62
REFERENCES.....	64
ANNEXES.....	68
Fiche d'enquete.....	68
Fiche de surveillance.....	73
fiche signalétique.....	73
Serment d'Hippocrate.....	74

I

INTODUCTOIN

INTRODUCTION

L'hématome rétro placentaire est le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)[1].

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

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

Au Maroc : en 2012 Kilani K [8] a retrouvé une fréquence d'HRP de 0,27% dans une étude menée au CHU Mohamed VI de Marrakech. Au Sénégal : une étude menée par Thiam O et coll.[4] 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%.

Sa fréquence selon les études menées par Sanogo M.[9] en 2010, Haidara A.[10] en 2012, Doubouya M.[11] en 2013, et de Seck K.[12] en 2014 était respectivement de 5,33% ; 1,61% ; 6,44% et 1,69%.

À l'hôpital Sominé DOLO de Mopti en 2010, Sanogo S. [13] a apporté 1,81% d'HRP.

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 [1,2]. Elle survient parfois alors que ces facteurs de risques ont 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 [1,2].

L'hématome rétro placentaire survient notamment dans le 3^{ème} trimestre de la grossesse et est associé à d'importantes complications, qui en font une urgence vitale pour la mère et le fœtus [1].

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 voie de développement [3,5,6].

La mortalité périnatale est d'environ 10 à 20% dans les pays européens [1,2] et peut atteindre 60 à 75% dans les pays en développement [5,6]. En raison des complications redoutables de cette pathologie, la prévention repose sur le dépistage des facteurs de risque et leurs prises en charge.

Malgré les progrès de la médecine, il reste l'une des pathologies obstétricales la plus dangereuse et grevée de complications maternelles et fœtales non négligeable dans notre pays. Le service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région. Actuellement ce service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie. Nous avons initié ce travail pour étudier l'hématome rétro placentaire dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti en nous fixant des objectifs suivants :

OBJECTIS

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Étudier l'hématome rétro placentaire à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

2. Objectifs spécifiques :

- ✧ Déterminer la fréquence de l'hématome rétro placentaire ;
- ✧ Décrire les aspects cliniques et para-cliniques de l'HRP ;
- ✧ Décrire sa prise en charge dans notre service ;
- ✧ Décrire le pronostic maternel et fœtal.

II

GENERALITES

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 [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 [1] à 6% [6]. En France la fréquence de l'HRP varie entre 0,25% et 1% [1], aux 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 le l'accouchement [1,14]

3.1. Grossesse

Le développement de l'œuf s'effectue de façon continue, de la fécondation à la naissance.

Deux périodes doivent ce pendant 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 n'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 30ème 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 6ème 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 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 5ème 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 21ème 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 5ème 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 sous-jacent, et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibre.

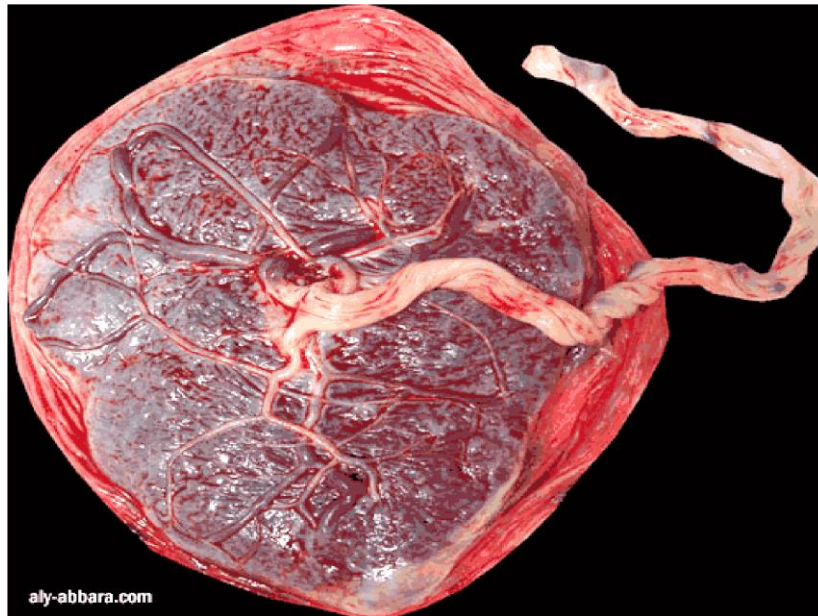


Figure 1 : Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme [14]

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 [15]

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 normal

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 28 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 [1,15]

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 1er 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 intra-vasculaire, peut devenir dangereuse en créant un véritable cercle vicieux : destruction de la fibrine au fur et à mesure de sa production. D'où appel continu 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[1]

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

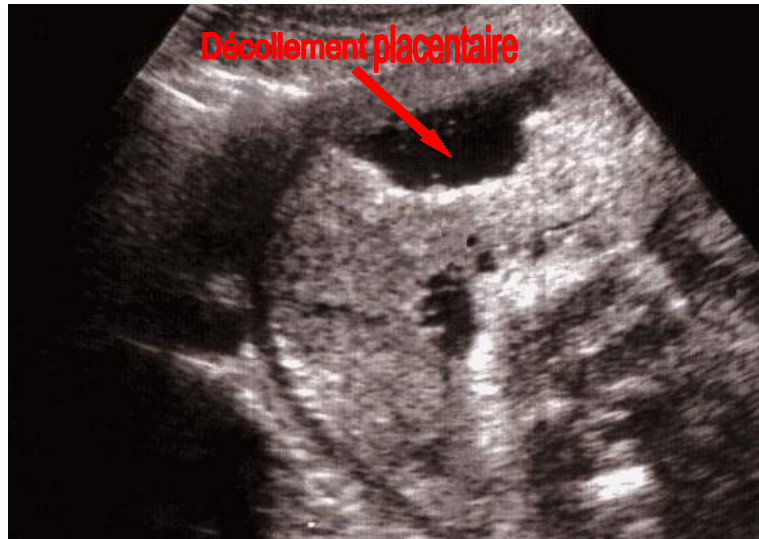


Figure 3 : coupe longitudinale du placenta et de l'utérus montrant un HRP à 33SA.[14]

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 [15,16]

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 de 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 inexplicée,
- 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 4ème grossesse et triple à la 5ème 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 3ème 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 socio-économique, 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 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-t-elle 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.

8.2.3. 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 3ème 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 foetal 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 foetal.

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 mettent 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.

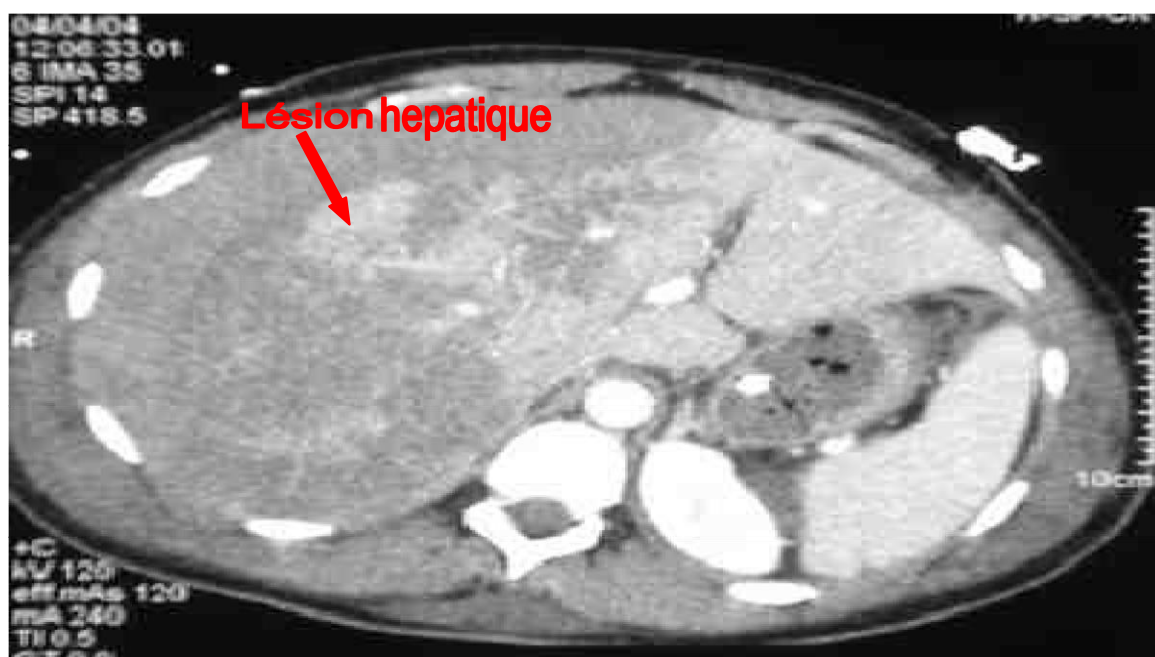


Figure 4 : Aspect tomodensitométrique de la nécrose de tout le foie gauche au cours du Hellp syndrome [14]

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 couchés.

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 Indication 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 des récives

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

Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétro placentaire 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'anti-bio prophylaxie.

La prévention de la maladie thromboembolique fait recours actuellement aux héparines de bas poids moléculaire (l'énoxaparine apparait 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 physio-pathogénique des complications de l'HRP. Le traitement doit prévenir les complications qui sont redoutables. La mortalité maternelle atteint 0,5 % à 1% du fait des complications dues 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.

III

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

a-Personnel

Le personnel est composé de :

- Deux gynécologues obstétriciens ;
- Sept sages-femmes ;
- Cinq infirmières obstétriciennes ;
- Quatre techniciens de la santé (pour l'hospitalisation).
- Trois techniciens de surfaces ;

C'est un lieu de stage qui recevait, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

b-Fonctionnement

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Vendredi par les médecins avec le concours des sages-femmes et les étudiants de médecine faisant fonction d'interne.

Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées.

Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient chaque jour à partir de 8 heures.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant), un infirmier du premier cycle (technicien de la santé) et un personnel d'appui (un manoeuvre).

Le service recevait les patientes de la ville de Mopti et environnant ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des autres cercles.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période d'un an allant du 01 Avril 2019 à 31 Mars 2020.

4. Population d'étude :

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

Critères d'inclusion :

Toutes les patientes ayant présenté un HRP et qui ont accouché à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Critères de non inclusion :

Toutes les patientes n'ayant pas présenté un HRP et qui ont accouché à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

5. Variables étudiées :

Tableau I : Répartition des variables étudiés selon leurs types

Types de variables	Qualitatif	Quantitatif
Mère	Age, profession, statut matrimonial, niveau d'instruction, antécédents, mode d'admission, motif d'admission	Gestité, parité, nombre d'enfant vivant, nombre d'avortement, nombre d'enfant décédé, nombre de CPN, terme de la grossesse, hauteur utérine, hypertonie utérine, dilatation cervicale, métrorragie, voie d'accouchement, hémorragie de la délivrance, pronostic maternel, complications maternelles
Fœtus	Fœtus vivant, mort-né, sexe du fœtus, prématurité et hypotrophie	BCF, score d'Apgar, poids, taille
Annexes du fœtus	Coloration du liquide amniotique.	Poids du placenta, longueur du petit côté des membranes, longueur du cordon

8. Collecte des données :

Nous avons procédé à une collecte prospective des données à partir des supports suivants : les partogrammes, les registres des accouchements et des références, les registres de CRO, les dossiers d'hospitalisation des malades, le carnet de santé de la mère, la fiche d'évacuation, et la fiche d'enquête.

9. Traitement des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word office 2007 et l'analyse a été faite sur épi info 3.5.3. Le test statistique utilisé est de Khi^2 de YATT avec P valeur : 0,05

10- Aspects éthiques

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la mortalité maternelle dans l'une de ses dimensions la plus importante qui est l'hémorragie. Ainsi, les résultats obtenus et les recommandations qui en découlent seront à la disposition de tous les intervenants dans la lutte contre la mortalité maternelle et ceci pour le mieux-être des mères. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

11-Définitions opératoires :

État général :

Les paramètres suivants sont pris en compte pour le définir : anémie, asthénie, amaigrissement, et les paramètres hémodynamiques,

- **État général bon** : lorsque tous les paramètres cliniques sus-cités sont normaux,
- **État général passable** : lorsqu'il y a une modification pathologique légère d'un ou deux des paramètres cliniques sus-cités,
- **État général mauvais** : lorsque au moins deux des paramètres cliniques sus-cités sont présents de façon prononcée,

Gestité : nombre de grossesse.

Parité : nombre d'accouchement.

- Primigeste : femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.
- Pauci geste : femme qui a eu 2-3 grossesses.
- Multi geste : femme qui a eu 4-5 grossesses.
- Grande multi geste : femme qui a eu au moins 6 grossesses.
- Nullipare : femme qui n'a jamais accouché.
- Primipare : femme qui a accouché une seule fois.
- Paucipare : femme qui a accouché 2-3 fois.
- Multipare : femme qui a accouché 4-5 fois.
- Grande multipare : femme qui a accouché au moins 6 fois.

Age gestationnel a été déterminer selon : l'estimation par la patiente, ou les données échographiques.

IV RESULTAT

RESULTAT

1. Fréquence

Durant les 12 mois de notre étude à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, nous avons recensé 1707 accouchements parmi lesquels 87 cas d'HRP soit une prévalence de 5,1%.

Durant la même période la fréquence d'HRP par rapport à l'ensemble des patientes admises (3115) dans le service était de 2,8%.

2. Caractéristiques socio-démographiques

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

Tranche d'âge en (année)	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 19	6	6,9
[20-29]	38	43,7
[30-37[24	27,6
≥ 37	19	21,8
Total	87	100

L'âge moyen des patientes était de 29 ans avec des extrêmes de 17 et 43 ans.

L'écart-type est 1,5

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage(%)
Non scolarisées	72	82,8
Niveau primaire	7	8
Niveau secondaire	7	8
Niveau supérieur	1	1,2
Total	87	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage(%)
Grande multi geste	31	35,6
Multi geste	22	25,3
Paucigeste	22	25,3
Primigeste	12	13,8
Total	87	100

La gestité moyenne était de 5 avec des extrêmes de 1 et 10.

Tableau V : Répartition des patientes selon la parité à l'admission.

Parité	Effectif	Pourcentage(%)
Grande multipare	25	28,7
Paucipare	24	27,6
Multipare	19	21,8
Nullipare	13	15,0
Primipare	6	6,9
Total	87	100

La parité moyenne était de 4 avec des extrêmes de 0 et 9.

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage(%)
CSCOM	60	69
Csréf	13	14,9
Domicile	9	10,3
Structure privée	5	5,8
Total	87	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon la modalité d'admission à l'hôpital.

Modalité d'admission à l'hôpital	Effectif	Pourcentage(%)
Évacuées	50	72,4
Référées	15	17,3
Venues d'elles-mêmes	9	10,3
Total	87	100

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

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage(%)
Métrorragie	42	48,3
HRP	13	14,9
HTA sur grossesse	12	13,8
Travail d'accouchement	9	10,3
Hypertonie utérine	8	9,2
Autres	3	3,5
Total	87	100

Autres : Macrosomie, MFIU, BCF absents.

3. Aspects clinique

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de suivi prénatal.

Nombre de suivi prénatal	Effectif	Pourcentage(%)
0	61	70,1
1 à 3	19	21,8
4 et plus	7	8,1
Total	87	100

Tableau X : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

État général à l'admission	Effectif	Pourcentage(%)
Bon	76	87,3
Mauvais	11	12,7
Total	87	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel en SA	Effectif	Pourcentage(%)
[33SA-36SA+6]	52	59,8
Sup ou égal à 37SA	20	23
[28SA-32SA+6]	15	17,2
Total	87	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon les signes cliniques à l'admission.

Signes d'examen	Signes cliniques	
	Oui n(%)	Non n(%)
Métrorragie	78(89,7%)	9(10,3%)
BDF absents	66(75,9%)	21(24,1%)
Métrorragie+Hypertonie+BDF absent	66(75,9%)	21(24,1%)
Hypertonie	58(66,7%)	29(33,3%)
Douleur abdominale	31(35,6%)	56(64,4%)

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission.

Phase du travail	Effectif	Pourcentage(%)
Phase de latence	50	62,5
Phase active	30	37,5
Total	80	100

Les patientes non en travail était au nombre de 7.

Tableau XIV : Répartitions selon l'état des membranes à l'admission.

État de des membranes à l'admission	Effectif	Pourcentage(%)
Intacte	50	62,5%
Rompue	30	37,5%
Total	80	100%

Les patientes non en travail était au nombre de 7.

Tableau XV : Répartition des patientes selon la coloration du liquide amniotique à l'admission.

Coloration du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage(%)
Hématique	74	92,5
Meconiale	4	5
Clair	2	2,5
Total	80	100

Les patientes non en travail était au nombre de 7.

Tableau XVI : Répartition selon le type présentation du fœtus.

Présentation	Effectif	Pourcentage(%)
Céphalique	85	97,7
Siège	2	2,3
Total	87	100

Tableau XVII : Répartition selon le taux d'hémoglobine en gramme/décilitre (g /dl)

Taux d'hémoglobine en g/dl	Effectif	Pourcentage (%)
Inf à 8	65	74,7
De 9 à 10	12	13,8
Sup ou égal à 11	10	11,5
Total	87	100

Le taux d'hémoglobine moyen était de 9g/dl avec des extrêmes de 4 et 13g/dl.

4. Prise en charge

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage(%)
Voie haute	45	51,7
Voie basse	42	48,3
Total	87	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les indications de césarienne.

Indication de césarienne	Effectif	Pourcentage(%)
HRP grade IIIA ou IIIB de SHER	23	73,3
HRP grade II de SHER	12	26,7
Total	45	100

Tableau XX : Répartition selon la cause de l'HRP.

Cause	Effectif	Pourcentage(%)
Non connu	40	40,0
HTA	31	35,6
Cordon court	9	10,3
Chute de sa hauteur	6	6,9
AVP	1	1,2
Total	87	100

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la classification de SHER

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage(%)
HRP grade I	9	10,3
HRP grade II	12	13,8
HRP grade III A	60	69,0
HRP grade III B	6	6,9
Total	87	100

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du poids du nouveau-né à la naissance

Poids du nouveau-né en gamme	Effectif	Pourcentage(%)
<1400	3	3,5
[1400-2500[31	35,6
[2500-3500[51	58,6
≥ 3500	2	2,3
Total	87	100

Le poids moyen des nouveau nés est de 2500 g avec des extrêmes de 1300 et 3700 g.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'administration des produits sanguins.

Transfusées	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	68	78,2
Non	19	21,8
Total	87	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le nombre de poche transfusé.

Nombre de poche transfusée	Effectif	Pourcentage(%)
1	15	22,0
[2-3]	25	36,8
Sup à 3	8	11,8
Non précisé	20	29,4
Total	68	100

5.Pronostic

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal

Pronostic fœtal	Effectif	Pourcentage(%)
Mort-né frais	67	77
Vivant	20	23
Total	87	100

Tableau XXVI : Relation entre la taille de la cupule et le pronostic fœtal.

Taille de la cupule en cm	Pronostic fœtal		Total
	Vivant	Mort-né	
<6 cm	15	29	44
[6-11]	5	33	38
>11	0	5	5
Total	20	67	87

$\nu = 2$; $x^2_{seuil} = 5,99$; $x^2_{calculé} = 6,7$; $P = 0,05$; $6,7 > 5,99$

Tableau XXVII : Répartition des nouveaux nés vivants selon le score d'Apgar

Score d'Apgar	1 ^{ère} min	5 ^{ème} min
[1-3]	2(10%)	2(10%)
[4-7]	3(15%)	3(15%)
≥ 8	15(75%)	15(75%)
Total	20(100%)	20(100%)

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les types complications maternelles.

Type de complications	Effectif	Pourcentage (%)
Anémies	68	87,2
Insuffisance rénale	1	1,3
Trouble de coagulation	6	7,7
État de choc Hémorragique	3	3,8
Total	78	100

Tableau XXVII : Relation entre l'âge et la complication maternelle.

Age	Complication maternelle		Total
	Oui	Non	
≤ 19	2	4	6
[20-29]	36	2	38
[30-37[22	2	24
≥ 37	18	1	19
Total	78	9	87

$\nu=3$; $x^2_{seuil} = 7,81$; $x^2_{calculé} = 22,17$; $P=0,05$; $22,17 > 5,99$

Tableau XXX : Relation entre la parité et la complication maternelle.

Parité	Complication maternelle		Total
	Oui	Non	
Grande multipare	25	0	25
Multipare	18	1	19
Paucipare	22	2	24
Primipare	10	3	13
Nullipare	3	3	6
Total	78	9	87

$\nu=4$; $x^2_{seuil} = 9,94$; $x^2_{calculé} = 16,22$; $P=0,05$; $16,22 > 9,94$

Tableau XXVIII : Relation entre le nombre suivi prénatal et la complication maternelle.

Nombre de CPN	Complication maternelle		Total
	Oui	Non	
0	60	1	61
1 à 3	16	3	19
4 et plus	2	5	7
Total	78	9	87

$\nu = 2$; $x^2_{seuil} = 5,99$; $x^2_{calculé} = 34,03$; $P = 0,05$; $34,03 > 5,99$

Tableau XXIXII : Relation entre la voie d'accouchement et la complication maternelle.

Voie d'accouchement	Complication maternelle		Total
	Oui	Non	
Voie haute	45	0	45
Voie basse	33	9	42
Total	78	9	87

$V = 1$; $x^2_{seuil} = 3,84$; $x^2_{calculé} = 10,75$; $P = 0,05$; $10,75 > 3,84$

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage (%)
Vivantes	82	94,3
Décédées	5	5,7
Total	87	100

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le besoin de transfert au service réanimation.

Besoin de transfert	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	11	12,7
Non	76	87,3
Total	87	100

Nous avons pu transférer seulement deux patientes au service réanimation (2,3%)

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le contexte du décès maternel.

Cause décès maternel	Effectif	Pourcentage (%)
Troubles de la coagulation	4	80
Insuffisance rénale	1	20
Total	5	100

V

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Approche méthodologique :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur les cas d'HRP du 01 Avril 2019 à 31 Mars 2020, soit 12 mois à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Durant notre étude nous avons été confrontés à un certain nombre d'obstacles :

- La plupart des parturientes disposaient des fiches personnelles à l'admission et celles-ci ne contenaient que peu ou pas d'information.
- Difficulté de réalisation du bilan biologique en urgence au laboratoire.
- Mauvais archivage des dossiers.

Ces difficultés ont entraîné un manque d'information sur les ATCD obstétricaux et l'évaluation de la gravité de l'HRP.

Les résultats obtenus nous ont permis d'avoir un aperçu sur les HRP mais aussi de discuter avec les données de la littérature.

2. Fréquence

Durant les 12 mois de notre étude à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, nous avons recensé 1707 accouchements parmi lesquels 87 cas d'HRP ont été diagnostiqués soit une prévalence de 5,1%.

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. Ce taux de prévalence reste néanmoins élevé. Ceci pourrait s'expliquer par un grand nombre de grossesses non suivies 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 trouvé respectivement 6,05% et 6,44%.

Dans les séries européennes : la fréquence varie entre 0,25% et 1% [2,3] Granito-Martinez M au CHU de Grenoble[2] a trouvé 0,25%.

Aux USA ça varie entre 0,6 à 1%. [4]

Les différences relativement importantes entre les fréquences des différents travaux traduisent en réalité les variations d'appréciation de l'HRP selon les critères de diagnostic dont, le tableau complet, le diagnostic rétrospectif par l'examen du placenta, et les lésions microscopiques.

3. Circonstances de découverte (CDD)

- Facteurs de risque

Notre étude a montré que l'âge moyen des patientes est de 29 ans. Selon Kilani K [8] au Maroc l'HRP semble être plus fréquente au-delà de 30 ans et son taux augmente également avec la parité. Haidara A. [10], et Sanogo M. [9] ont relevé un pic entre 20 et 29 ans.

Nos résultats sont proches ceux de ces études car près de 50% des patientes avaient 30 ans au moins, 86,2% d'entre elles étaient paucigestes au moins, les multipares et les grandes multipares ont représenté 50,5% des cas. Les primigestes ont représenté 13,8%, ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette période correspond à la phase la plus active de la vie génitale de la femme.

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique et plus particulièrement la pré-éclampsie. En effet elle est retrouvée dans 40 à 50% des DPPNI. Dans notre étude le contexte toxémique a été retrouvé dans 35,6% des cas, ce taux est proche de la fourchette. Par contre ce taux est inférieur à ceux de Sylla N [24], et Haidara A [10] qui avaient retrouvés respectivement 48,5% et 63%. Et supérieur à celui de Maiga M [25], qui a trouvé 26,8%, cette différence pourrait être expliquée par la taille de notre échantillon.

Aucune patiente n'avait un antécédent d'HRP connue au cours de notre période d'étude. Par contre l'étude de Kilani K. [8], qui 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] trouvé 9,9% avaient un antécédent d'HRP dans sa série. Cela s'expliquerait par le fait que la fréquence de la consultation prénatale était basse dans cette zone, donc pas de document disponible pour des grossesses antérieures et aussi l'HRP serait méconnue par les patientes.

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 [12].

Les patientes qui n'ont fait aucune consultation prénatale ont représenté 70,1% et dans 21,8% des cas, le nombre de CPN était inférieur à la norme dans notre pays qui est de 4. Ce taux est largement supérieur à ceux de Seck K [12], Doubouya M. [11] et Sandjo O. [26] qui ont obtenu respectivement 44,2% ; 40,8% et 7,9% de parturientes non suivies pendant la grossesse. Ceci pourrait être expliquer par le faible niveau socio-économique et la non scolarisation des femmes dans notre milieu. 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.

Au total, le profil épidémiologique des patientes à risque d'HRP pourrait se définir dans notre étude comme étant le suivant :

- âge moyen 29 ans,
- multipare ou grande multipare,
- absence ou insuffisance de suivi prénatal,
- contexte toxémique,
- faible niveau socio-économique.

- **Aspects cliniques :**

Les patientes ont présenté dans 75,9% des cas la triade classique : Métrorragie, hypertonie utérine et absence de BCF. 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 [25] 63,9% des cas et Sylla N [24] 61,2% de cas.

Dans notre étude 89,7% des patientes ont présenté un tableau clinique de métrorragie.

Dans 92,5% des cas, le liquide amniotique était hématique et 5% des cas il était méconial. À l'arrivée plus du ¼ des patientes avaient les conjonctives pâles et 35,6% avaient une tension artérielle élevée, les membranes étaient intactes dans 62,5 % des cas. La phase de latence du travail d'accouchement était observée chez les patientes 62,5% des cas et la présentation était céphalique dans 97,7 % des cas. Les BCF ont été perçus dans 24,1 % des cas.

Dans notre série 10,3% des patientes n'ont présenté aucun signe clinique et le diagnostic n'a été posé que rétrospectivement par l'examen du délivre.

- **Complications**

Les complications étaient dominées par l'anémie, soit 87,2% des cas.

4. Prise en charge

La proportion des patientes qui ont accouché par la voie basse après amniotomie et/ou perfusion d'ocytocine (en l'absence de contre-indication) était de 48,3%. Thiam O et coll. [5] au Sénégal, Granito-Martinez M au CHU de Grenoble en France [2], Haidara A. [10] et Doubouya M. au Mali [11] ont trouvé respectivement dans leurs études 49% ; 23,8% ; 59,8% et 43,09% d'accouchement par voie basse dans un contexte d'HRP. Les patientes chez lesquelles l'accouchement par la voie basse a été accepté étaient le plus souvent

en 2^{ème} phase du travail et certaines en 1^{ère} phase avec fœtus mort et en absence de complications maternelles et un état hémodynamique stable. Le premier geste consistait à rompre les membranes lorsqu'elles étaient intactes et accessibles dès que le diagnostic d'HRP avec fœtus décédé est posé ensuite procéder à une perfusion d'ocytocine en dehors de toute contre-indication.

Nous avons procédé après l'accouchement à la prévention de l'hémorragie de la délivrance par une perfusion d'ocytocine et parfois l'utilisation de 3 comprimés de misoprostol 200ug en IR.

La césarienne a été réalisé dans 51,7% des cas dont les principales indications étaient les suivantes :

- HRP grade IIIA ou IIIB de SHER,
- reprise de saignement après amniotomie pour suspicion d'association à un placenta prævia.

Notre taux de césarienne est supérieur à celui de HaidaraA. [10] (40,2%), mais se rapproche de celui obtenu par Sanogo M. [9] (45,3%) ; il est inférieur à celui obtenu par Doubouya M. [11] qui est de 56,91% et de celui de Granito-Martinez M. [2] qui relève 76,2% de césarienne.

La lutte contre le choc hypo volémique est l'élément essentiel dans la prévention des complications liées à l'HRP. La patiente est déchoquée à l'aide de soluté de remplissage (sérum salé, ringer lactate, macromolécules) et surtout du sang frais. Nous avons utilisé des solutés de remplissage et du sang total lorsqu'il était disponible. La prise de la tension artérielle était le seul élément d'appréciation de la quantité du remplissage vasculaire. Le contrôle de la pression veineuse centrale permettant d'éviter les surcharges n'a pas été possible. Nous avons transfusé 68 patientes soient 87,2% des cas. C'était du sang total dans 100% des cas. La seule patiente ayant présenté une insuffisance rénale aigüe était hospitalisée dans le service de gynéco-obstétrique, mais suivie par le néphrologue.

Dans les cas de troubles de la coagulation nous avons procédé à l'injection de l'exacyl, mais deux patientes ont été transférées au service de la réanimation pour une continuité de la prise en charge.

La capacité d'accueil du service de la réanimation était insuffisante pour accueillir les patientes qui devraient bénéficier de transfert, car ce service recevait aussi des patients en provenance de toute la région de Mopti et aussi des autres services de l'hôpital Sominé DOLO.

5. Pronostic

L'évolution de l'état maternelle a été favorable dans la majorité des cas dans notre série. Nous avons déploré cinq cas de décès maternels, soit 5,7%. Dans ces cas : Il s'agissait de parturientes en mauvais état général au grade III de Scher avec anémie sévère et chez lesquelles, les troubles de la coagulation s'étaient installés et aussi un cas d'insuffisance rénale. Ce chiffre est supérieur à 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 un peu proche 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 :

- L'inefficacité de la référence/évacuation dans cette zone,
- L'insuffisance du plateau technique.

Le taux élevé d'anémie observée chez les patientes, met en évidence l'acuité du problème liée à la disponibilité du sang dans notre centre.

Le pronostic maternel étant lié à la fois, à la sévérité de l'HRP et à la durée de l'évolution de l'hémorragie. La transfusion l'améliore considérablement, d'autant plus que le diagnostic est précoce et l'évacuation de l'utérus rapide. Les complications relevées ont été :

- Coagulopathies : 7,7%
- Néphropathie : 1,3%

- Anémie : 87,2%
- État de choc hémorragique : 3,8%

Notre étude révèle que le pronostic fœtal est très réservé car nous avons enregistré 77% de mortalité fœtale. Ce taux est en rapport avec la sévérité du tableau clinique lui-même due au retard du diagnostic. À l'examen initial dans 75,9% des cas les BCF étaient absents. Ce taux est largement inférieur à celui de Granito-Martinez M [2] 24,64% en France, mais il est proche à 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 taux de mort fœtale est fonction du degré de décollement du placenta et du poids des caillots [27]. Les nouveau-nés des parturientes évacuées avaient en général un Apgar mauvais à leur naissance.

La césarienne apparaît comme l'acte fondamental de sauvetage du fœtus lorsque l'HRP survient à un âge gestationnel de viabilité et en cas de diagnostic précoce.

VI CONCLUSION

CONCLUSION

L'hématome rétro placentaire est une affection relativement fréquente à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. La grade IIIA de SHER était la plus fréquente. Le pronostic materno-fœtal était marqué par une grande morbidité et une létalité non négligeable. Le pronostic périnatal était marqué par une mortalité périnatale très élevée.

VII

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Nous formulons les recommandations suivantes au terme de cette étude :

Aux autorités :

- Augmenter la capacité d'hospitalisation du service de réanimation.
- Doter la salle d'accouchement du centre en appareil d'échographie et de cardiotocographe.
- Équiper le laboratoire en matériels pour la réalisation du bilan de crase sanguine et la centrifugation du sang total en fin d'obtenir du plasma sanguin pour une meilleure prise en charge de l'HRP.

Aux prestataires :

Référer à temps les grossesses à risque vers les centres spécialisés et dans les conditions de transfert optimales.

Aux parturientes :

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Se présenter sans délai dans les structures de santé devant la survenue de la douleur ou de saignement au troisième trimestre de la grossesse.

VIII

REFERENCES

REFERENCES

1. **Lansac J, Magnin G, Sentilhes L.** Obstétrique pour le praticien 6^e édition Paris MASSON : chapitre 1 et 15 :Hémorragie du 3^e 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
2. **Granito-Martinez M** hématome retro placentaire CHU de GENOBLÉ 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. **Tikkanen M.** Placental Abruptio: Epidemiology, Risk Factors, and Consequences Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140–9
5. **Thiam O, Mbaye M, Diouf A, Touré F, Gueye M, Niang Met 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 abruptio 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 Université 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 2010 88 Pages
10. **Haidara A.** Etude épidémiologie clinique et thérapeutique de l'HRP au csref CVI de Bamako thèse de médecine USTTB-FMOS 2012, 115 Pages
11. **Doubouya M.** étude épidémiologie clinique, thérapeutique et pronostique l'HRP au CHU POINT G 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. Thèse de médecine USTTB-FMOS 2014 Med 120 Pages

13. **SANOGO S.** hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti thèse de médecine USTTB-FMOS 2012 90 Pages
14. **Abbara A.** Hématome rétro placentaire ;597: 432-38. Avicenne.info www.mille-et-une-nuit.comconsulté le 27Mai 2017,
15. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6ème édit ; Masson, Hématome rétro placentaire, 2001; 597: 432-38.
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 EPapiernik. 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 2011129Pages
22. **Fournie A, Desprats R.** L'hématome rétro placentaire (HRP). Mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE). Collège Nationale de Gynécologie obstétrique Française1984 : 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. **Sylla N.** Etude épidémio-clinique thérapeutique et pronostic de l'HRP au csref CII du district de bamako. these de médecine USTTB-FMOS 2012 129Pages
25. **Maiga M.** hématome retro placentaire : les indications de césarienne au Csref commune V de Bamako, thèse de médecine USTTB-FMOS 2011 127Pages
26. **Sandjo O.** aspects épidémio-clinique et thérapeutique de l'hématome retro placentaire avec fœtus vivant au CHU Gabriel Touré, thèse de médecine USTTB-FMOS 2013 95pages
27. **Nhira N, Melhouf A.** Guide des urgences gynécologiques et obstétricales à la faculté de médecine de FES (MAROC), 2012 ; N° 048/12 : p155-170.

VIII ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro du dossier :.....

Q1 : Date:.....

Q2 : Age:..... ans

Q3 : Profession :

1-fonctionnaire :.....

2-Ménagère :.....

3-Etudiante /Elève :.....

4-Commerçante :.....

5-Autres :.....

Q4 : Ethnie:.....

1-Bambara 2-Soninké

3-Peulh

4-Dafing

5-Sonrhäi

6-Dogon

7-Sénoufo 8-kaloko

9-Bozo

Q5 : Résidence:.....

Q6 : Statut Matrimonial :

1-Mariée :.....

2-Célibataire :.....

3-Divorcée :.....

4-Autres :.....

Q7 : Niveau d'instruction :1-Non scolarisée :.....

2-Primaire :.....

3-Secondaire :.....

4-Medersa :.....

5-Supérieur :.....

Q8 : Profession du conjoint :

1-Fonctionnaire :.....

2-Etudiant :.....

3-Paysan :.....

5-Ouvrier :.....

6-Ménagère :.....

7-Autre.....

Q9 : Mode d'admission :

1-Venue d'elle-même :...

2-CSCOM :.....

3-Autres structures :.....

4-CSRef:.....

5-Privé :.....

Q11 :Motif d'admission :

1 -Douleur :.....

2-CUD:.....

3-Métrorragie :.....

4-HTA :.....

5-Choc hypovolemique :.....

6-Autres : (à préciser).....

Q11 : Antécédents médicaux :

1-HTA :.....

2-Diabète :.....

3-Hémoglobinopathie :.....

4-Asthme :.....

5-Autres :.....

Q12 : Antécédents chirurgicaux :

1-Césarienne (nombre) :.....

2-Myomectomie :.....

3-Autres à préciser :.....

4-Néant :.....

Q13 : Grossesse antérieure:

- Gestité:.....

- parité:.....

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

-Nombre d'avortement :.....

-Nombre d'enfant décédé :.....

-Intervalle inter génésique :.....

-Nombre d'HRP :.....

-Mort né :(1=macérée,2=frais).....

-HTA :(1=oui ;2=non).....

Q14 : Grossesse actuelle :

-Terme SA.....

-CPN :.....

-Prise de la TA (1=oui ;2=non).....

Q15 : Examen à l'admission :

Signes généraux=

-Etat général :(1=bon, 2=passable,3=mauvais) :.....

-Conjonctives :(1=colorée,2=moyennement colorée,3=pales) :.....

-HTA= (1=oui, 2=non)..... si oui chiffre..... mm Hg

-(Edème des MI= (1=oui,2=nom).....

-Température :..... °C

-Pouls :..... pul/mn

Q16 : Examen obstétrical :

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

-Autres :.....

-Poche des eaux (1=intactes, 2=rompues).....

-Contraction utérine :(1=oui, 2=nom).....

-BDCF (1=oui, 2=nom).....

-Si oui chiffres :..... Bat/mn

-Dilatation :..... .cm

-liquide amniotique :

1-Claire :.....

2-Teinté :.....

3-méconial :.....

4-Hématique :.....

-Métrorragie (1=oui,2=nom).....

-HU:.....cm

-Hypertonie utérine (1=oui,2=non).....

-Durée du travail :..... Heures

Q17 : Voie d'accouchement :

1-Basse :.....

2-Haute:.....

Q18 : Traitement médical :

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

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

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

-Macromolécule : (1=Oui ; 2=Non).....

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

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

-Exacyl.....

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

Q19 : Traitement chirurgical

1-Césarienne :.....

2-Hystérectomie :.....

3-Néant :.....

4-Autres.....

Q20 : Indication :

1-Enfant vivant :.....

2-Sauvetage maternel :.....

4-Autres à préciser.....

Q21 :Nouveau-né :

-Sexe (1=masculin ;2=féminin).....

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

-Apgar : 1mn=..... =.....

-Poids:..... g

-Taille:..... cm

-Prématuré (1=oui ,2=nom).....

-Réanimé (1=oui ,2=nom).....

Q22 : Grossesse multiple :

- Nombre :.....
- Sexe du 1er :(1=masculin ; 2=féminin).....
- Sexe du 2eme :(1=masculin ; 2=féminin).....
- Sexe du 3ème:(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)...
- Etat à la naissance du 3ème (1=vivant ;2=mort né frais ; 3=mort né macéré)..
- Apgar du 1er à la 1ère minute :..... et à la 5èmeminute :.....
- Apgar du 2èmeà la 1ère minute :..... et à la 5èmeminute :.....
- Apgar du 3èmeà la 1ère minute :..... et à la 5èmeminute :.....
- Poids du 1er:..... g
- Poids du 2ème:..... g
- Poids du 3ème:..... g
- Taille du 1er:..... cm
- Taille du 2ème:..... cm
- Taille du 3ème:..... cm
- Prématuré (1=oui ,2=nom).....
- Réanimé (1=oui, 2=nom).....

Q23 : Annexes=

- Placenta= .Poids du placenta=..... g
- Longueur du cordon=..... cm
- poids du caillot=..... g
- Petit coté des membranes=..... cm
- Cupule=..... cm
- Si problème funiculaire précisé.....

Q24: Pronostic maternel :

- 1-Vivante :.....
- 2-Décédée :.....

Q25 : Complications maternelles :

- 1-Anémie :.....
- 2-Hémorragie par atonie utérine :.....
- 3-Trouble de la coagulation :.....
- 4-Complications rénales :.....

Q26 : Examens complémentaires :

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

FICHE DE SURVEILLANCE

Nom et Prénom : Age : Motif d'admission :

Date et heure d'admission : Date et heure de Sortie :

Horaire	TA	Pouls	Diurèse	T°	Etat de conscience	Saignement	Globe utérin	Traitement	observation

Nom et Signature Nom et Signature

Médecin traitant (Interne ou infirmier responsable)

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KANTA

Prénom : Sory Ibrahim

Titre de la Thèse : Hématome rétro placentaire dans le service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Année : 2020-2021.

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'Origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et D'Odonto-Stomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive sur l'HRP à Sominé DOLO de Mopti.

Cette étude nous a permis de recenser sur une période d'une année 87 cas d'HRP sur un total de 1707 accouchements soit une fréquence de 5,1%.

Le principal motif d'admission a été les métrorragies 48,3%.

Les facteurs de risque identifiés dans la survenue de l'HRP ont été : l'âge moyen 29 ans ; la multiparité, le contexte toxémique (HTA chronique ou gravidique),

Ses facteurs sont de risque exagéré par un mauvais suivi prénatal (70,1% n'ont effectué aucune CPN et 21,8% ont fait un mauvais suivi prénatal). Sur le plan clinique la triade métrorragies, Hypertonie et BCF absents ont été retrouvés dans 75,9% des cas. La césarienne a été pratiquée dans 51,7% des cas. Le pronostic fœtal est mauvais avec 77% de mort-nés. Nous avons déploré 5,7% de décès maternel. Les complications maternelles ont été : 87,2% d'anémie, 3,8% de choc hypo volémique, 7,7% de trouble de coagulation et 1,3% d'atteinte rénale.

L'attitude thérapeutique principale reste la rupture artificielle des membranes

62,5% des cas.

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

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 !!!