

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DU MALI

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 1999-2000

N° 196

*HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2000
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

Mr : Moussa Abdoulaye OUARTARA

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

JURY

PRESIDENT :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

MEMBRES :

Docteur SY Aïda SOW

Professeur Toumani SIDIBE

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Bouraïma MAIGA

DEDICACES	
------------------	--

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Mon père :

En tant qu'éducateur, vous n'avez ménagé aucun effort pour que nous soyons des adultes responsable de demain.

Ce travail est l'expression de la profonde affection que je vous porte.

Que Dieu t'accorde une longue vie à nos côtés.

Ma mère :

Pour votre courage, votre souci constant quant à l'avenir de vos enfants que vous n'avez jamais su distinguer de celui d'autrui. c'est l'occasion pour moi « maman » de vous remercier et de vous renouveler tout mon attachement et ma reconnaissance.

Trouvez dans ce modeste travail l'expression de ma profonde affection.

Ma grand-mère : Constance DIARRA

Permettez moi de t'appeler « maman », durant neuf ans tu t'es substituée à ma mère quand elle était absente, tes bons conseils continuent toujours à me servir.

Ce travail est le tien, sois assurée de mon attachement.

Ma grand-mère : Feue Djénéba M. COULIBALY

O! mort cruelle que de nous avoir arraché un être bien, bon, plein d'enthousiasme, de savoir faire et de savoir être.

Dors en paix « Magniné » : Amen!.

Mes frères et sœurs :

- Djénéba,
- Amadou,
- Mamadou,

Je vous dédie également ce travail, qu'il puisse vous servir d'exemple à suivre. Soyons unis pour honorer papa et maman.

Mes cousins et cousines :

- Moussa DEMBELE,
- Mariam BAH,
- Korotoumou DEMBELE
- Assitan OUATTARA

Ce travail est le vôtre, soyez assurés de mon attachement.

Mes parents :

Mr Souleymane OUATTARA : Ingénieur vétérinaire,

Mr Cheickna OUATTARA : Ingénieur vétérinaire

Mr Issa OUATTARA : Menuisier métallique.

Votre soutien moral et matériel fut déterminant dans la réalisation de ce travail qui est d'ailleurs le vôtre.

Que Dieu vous accorde longue vie à nos côtés.

Mme SQUARE Astan DIAWARA

Tu es une sœur, une amie, une confidente, sans toi ce travail serait inachevé.

Les mots me manquent pour te témoigner mon profond attachement.

- Les familles OUATTARA (Bamako, Koutiala)
- La famille TOGOLA (Bamako-Sokorodji)
- La famille BOUARE (Bamako-Magnambougou)
- La famille MAIGA (Bamako-Magnambougou)
- La famille SAMAKE (Bamako-Magnambougou)

- Les familles KEITA (Ségou, Bamako, Kita)

Ce travail est le vôtre, soyez assurés de ma profonde affection.

Mes amis

Mamadou S TRAORE

Souleymane COULIBALY

Hervé DIARRA

Mamadou B. COULIBALY

Bréhima COULIBALY

Mahamadou DIASSANA

Mes amies

Fatoumata BARRY

Madina BAH

Fatoumata THIENTA

Mariam M. MAIGA

Zénabou BAH

Astan TRAORE

Aminata GUINDO

J'ai bénéficié du soutien de plusieurs parents et amis, je ne peux malheureusement les citer tous ici. Ce travail leur est dédié aussi.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je remercie Dieu Tout Puissant pour m'avoir assisté au cours de ces rudes épreuves.

- **Dr DIAGNE Binta KEITA**

Vous m'avez tendu les bras au moment où j'en avais le plus besoin. J'aimerais pouvoir vous remercier dignement.

Veillez accepter l'expression de mes sentiments distingués.

- **Dr KASSOGUE Mariétou**

Je vous dois ce travail, vous avez été mon guide durant tout le long de ce travail. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

- **Dr DIALLO Diakaridia**

Vous êtes à la fois un maître, un frère et un ami pour tous les internes. Grâce à vous nous sommes fiers de notre formation.

- Dr DAO Marie Claire : Médecin chef adjoint

- Dr DEMBELE M. Bakary : Clinique Médicale CID

- Dr DOUMBIA Moussa : Clinique Médicale CID

- Dr SAMAKE Mohamed : Délégué Médical

- Dr DIALLO Cheick Tidiany : Clinique Badala

- Dr DIABATE Joseph : Délégué Médical

- Tous le personnel du CFP (centre de formation professionnelle) et du CFI (centre de formation industrielle).

- Tous le personnel du centre de santé de référence de la commune V.

Mes aînés :

- Dr Chaka KOKAINA
- Dr TRAORE Zakaria
- Dr BAMBA Moussa
- Dr KEITA Habsatou THIAM
- Tous les internes du centre de santé de référence de la commune V.

Pour votre soutien et votre franche collaboration. Ce sont :

Brahima SANGARE

Brahima CISSE

Brahima DICKO

Mamadou SIMA

Mamadou L COULIBALY

Mamadou MAGUIRAGA

Boubacar DIALLO

Nouhoum DIARRA

Sitapha DEMBELE

Mamadou S TRAORE

Mariam KEITA

Maïmouna COULIBALY

Maxima KY

Halima CISSE

Mamadou B COULIBALY

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de Santé Publique

Chef du DER de Santé Publique

Chevalier du Mérite de la Santé

Cher maître et père de tous les étudiants en Médecine. C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

Notre maître et juge :

Docteur SY Aïda SOW

Maître de conférence de Gynécologie Obstétrique

Chef de service de Gynécologie de la PMI de Missira

Vous nous faites l'insigne honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur, vos qualités pédagogiques, la qualité de votre encadrement font de vous un maître et un encadreur admirable.

Recevez cher maître notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

Notre maître et juge

Professeur Toumani SIDIBE

Maître de conférence agrégé en Pédiatrie

Cher maître, nous avons trouvé en vous un maître disponible, ouvert aux étudiants, avec un raisonnement scientifique limpide. Des qualités telles que : la compétence, l'humilité et bien d'autres, mais toutes exprimées dans la plus grande simplicité.

Veillez recevoir, cher maître, nos sincères remerciements pour toutes les connaissances dont nous avons bénéficié.

Notre maître et Directeur de Thèse

Docteur Bouraïma MAIGA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V

Chevalier de l'Ordre National

Titulaire d'un Diplôme de reconnaissance pour son combat en faveur de la

Promotion de la Santé de la Femme et de l'Enfant

Responsable de la filière Sage-Femme à l'Ecole Secondaire de la Santé

Vous êtes pour nous une source inépuisable de connaissances, de savoir être et savoir faire. Votre courage, votre dévouement et surtout votre amour pour la nation, vous ont permis de placer la médecine malienne très haut, comme le témoigne le prix « Ciwara » décerné au centre de santé de référence de la commune V en 1997.

Veillez trouver cher maître en ce modeste travail que vous nous avez donné et dirigé avec confiance, l'expression de notre profonde gratitude et de toute la reconnaissance de votre humble disciple.

ABREVIATIONS

HRP : Hématome rétro-placentaire.

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré

HTA : Hypertension artérielle

PDE : Poche des eaux

RCF : Rythme cardiaque fœtal

BDCF : Bruit du cœur fœtal

PP : Placenta praevia

NFS : Numération formule sanguine

S.F : Souffrance fœtale

PVC : Pression veineuse centrale

ATCD : Antécédents

CSRCV : Centre de santé de référence de la commune V

CSCOM : Centre de santé communautaire

HDB : Hématome décidual basal

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	1
	OBJECTIFS	2
II-	GENERALITES	3
	1- Définition	3
	2- Historique	3
	3- Epidémiologie	4
	4- Etiologie et/ou facteurs de risque	9
	5- Anatomie pathologie	10
	6- Etude clinique	12
	7- Traitement	17
	8- Pronostic	19
III-	MATERIEL ET METHODE	20
	1- Cadre de l'étude	20
	2- Type d'étude	24
	3- Période d'étude	24
	4- Support pour la collecte des données	24
	5- Critères d'inclusion	24
	6- Critères de non inclusion	24
IV-	RESULTATS	25
V-	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	44
VI-	CONCLUSION – RECOMMANDATIONS	49
VII-	BIBLIOGRAPHIE	51
	ANNEXE	
	RESUME	

CHAPITRE I

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La séparation du placenta avec l'utérus survient après l'accouchement. Lorsque cette séparation a lieu avant ou pendant le travail, il s'agit d'un décollement prématuré du placenta.

L'attitude classique consistant à séparer les décollements prématurés du placenta normalement inséré (DPPNI) de ceux survenant sur un placenta bas inséré en deux entités anatomocliniques et physiopathologiques distinctes, mérite d'être nuancée devant la grande fréquence des formes intermédiaires (12).

Les décollements prématurés du placenta vont réduire de façon plus moins brutale et importante les échanges materno-fœtaux induisant une souffrance fœtale aiguë ou chronique, avec des retentissements hémodynamiques et des troubles de la coagulation maternelle.

L'hématome retro-placentaire est plus fréquent en Afrique qu'en Europe. Il reste un accident obstétrical dramatique de la fin de la grossesse d'autant plus que les conditions de réanimation nécessaires de temps à autre pour sauver la mère et l'enfant ne sont pas toujours suffisantes (6).

Malgré de nombreux progrès diagnostiques et thérapeutiques, il reste encore souvent un accident imprévisible ou de diagnostic difficile. Cependant il impose à l'obstétricien un diagnostic précoce afin que la prise en charge soit immédiate pour être efficace.

Nous nous sommes intéressés à cette affection afin de mieux cerner le profil épidémiologique, les aspects diagnostiques et thérapeutiques pouvant influencer sur le pronostic.

OBJECTIFS

Objectif général

Nous nous proposons de faire :

- analyser du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1999 les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'hématome rétro-placentaire au centre de santé de référence de la commune V.

Objectifs spécifiques

- Evaluer la fréquence de l'hématome rétro-placentaire ;
- Etudier les caractéristiques épidémiologiques des patientes à risque d'HRP : âge, parité, niveau socio-économique, antécédents, profession etc.
- Analyser les paramètres cliniques, diagnostics de l'HRP ;
- Préciser la fréquence de l'association hématome rétro-placentaire et placenta praevia ;
- Evaluer l'efficacité de la prise en charge thérapeutique ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal de l'HRP ;
- Proposer quelques recommandations.

CHAPITRE II

GENERALITES

II- GENERALITES

1- Définition

L'hématome rétro-placentaire est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser (37). Ce syndrome est encore appelé :

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) ;
- Abruptio placentae (arrachement du placenta) (9).

L'appellation maladie de Couvelaire ou apoplexie utéro-placentaire est en fait une forme grave de la maladie.

La lésion anatomique essentielle est constituée d'un hématome décidual basal, qui en interrompant la circulation materno-fœtale entraîne rapidement des troubles hémodynamiques associés à une souffrance fœtale et à des anomalies de la coagulation.

2- Historique

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois par BAUDELOQUE en 1802 en France et par RIGLET en Angleterre en 1811.

RIGLEY opposait les hémorragies « accidentelles » de l'hématome rétro-placentaire aux hémorragies « inévitable » du placenta praevia.

BAUDELOQUE décrit la cupule rétro-placentaire des hémorragies cachées.

WINTER (1889), PINART et VARNIER (1892) des pièces anatomiques d'hématomes inter-utéro-placentaires, qu'ils situèrent déjà dans la caduque.

DE LEE (19) en 1901 décrivait à l'occasion d'un HRP le syndrome des hémorragies par afibrinogenemie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée qu'en 1936 par DIEKERMANN.

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

3- Epidémiologie

Il est difficile de donner un chiffre exact, l'HRP passant inaperçu dans ses formes mineures et n'étant révélé que par examen attentif. Néanmoins les fréquences relevées dans les publications de 0,25 à 3,08%.

Le tableau ci-dessous illustre la fréquence de l'HRP selon les auteurs :

Tableau 1 : Fréquence de l'HRP selon les auteurs

AUTEURS	PAYS	FREQUENCE
MERGER (37)	France	0,25
THOULON (5)	France	0,26
DEVALERA (20)	USA	2,7
BOURDAIS (17)	Sénégal	0,73
ALLANGBA (2)	Côte d'Ivoire	2,44
ASSANI (3)	Côte d'Ivoire	3,08
HADDA (31)	Tunisie	0,25
BOUAOUDA (10)	Maroc	1,16
OMU (43)	Nigeria	0,42
HAMADOUN (32)	Mali	1,28

3-1- Rappel anatomique

Le placenta est l'organe d'échanges entre la mère et le fœtus. Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse discoïdale ou elliptique.

Il mesure 16 à 20 cm de diamètre ; son épaisseur 2 à 3 cm au centre ; 4 à 6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance à terme est en moyenne de 500 à 600 grammes, soit le 6^{ème} 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. Il comprend deux faces et un bord.

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

La face maternelle : est charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons polygonaux, séparés par des sillons plus ou moins profonds, creusés par les septas.

Le bord est circulaire. Il se continue avec les membranes de l'œuf.

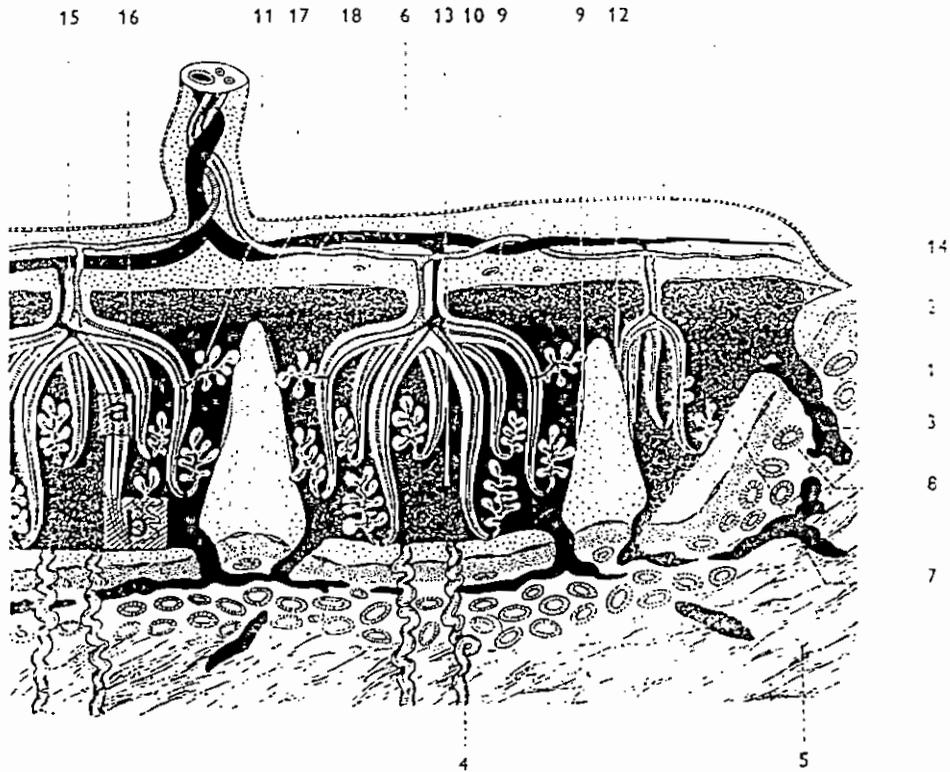


Figure 1 (37) Coupe schématique du placenta

1 : Caduque basale, couche spongieuse
 2 : Caduque basale, lame de Wincler
 3 : Veine utérine
 4 : Artériole utérine
 5 : Musculeuse utérine
 6 : Plaque choriale
 7 : Plaque basale
 8 : Couche de Nitabuch
 9 : Dépôts fibrinoides

10 : Amnios
 11 : Artères et veines funiculaires
 12 : Septum
 13 : Chambre intervillieuse
 14 : Anneau obturant de Wincler
 15 : Tronc villositaire de 1^{er} ordre
 16 : Tronc villositaire du 2^{ème} ordre
 17 : Tronc villositaire du 3^{ème} ordre
 18 : Lac subchorial

- **Les troubles de la coagulation :**

Ils existent pratiquement dès le début de l'affection, mais phénomène local. Ils vont devenir un phénomène général. Ils représentent en fait un « emballement » de ce qui se produit lors d'un accouchement normal.

Lors d'un accouchement normal, il existe un harmonieux équilibre entre le système coagulant et coagulolytique pour assurer la fluidité du sang sans hémorragie ni thrombose.

Lors d'un hématome rétro-placentaire, il y a exagération de la fibrination d'où baisse du fibrinogène dans le sang aboutissant à un véritable syndrome de défibrination encore appelée coagulation intra-vasculaire disséminé (CIVD) par réaction, une action fibrinolytique va se développer, plus ou moins intense avec une libération dans le sang des produits de dégradation du fibrinogène (PDF). Cela peut aboutir à un véritable syndrome de fibrinolyse mais c'est plus rare. L'élément majeur du trouble de coagulation d'un HRP est la CIVD, par excès de thromboplastine libérée dans la circulation générale du fait de l'hypertonie utérine.

- **L'atteinte rénale**

Conséquence de l'importance du choc, des troubles de la coagulation et du retard thérapeutique, elle est de gravité variable.

- *Les insuffisances rénales fonctionnelles*

Passagères et de bon pronostic, elles accompagnent tout état de choc au début. Elles sont caractérisées par une oligurie dans les jours qui suivent la délivrance, une myoglobinurie traduisant une certaine lyse du muscle utérin, mais également une protéinurie.

- *Les insuffisances rénales organiques*

La sévérité de l'atteinte rénale est marquée par une oligurie sévère et prolongée, conséquence d'une nécrose corticale des reins. Cette nécrose est en rapport avec

une ischémie prolongée par vasoconstriction réflexe due au choc et renforcée par les micro-coagulations locales du fait de la CIVD.

4- Etiologie et/ou facteurs de risque

4-1- Hypertension artérielle gravidique

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'hypertension artérielle gravidique et plus particulièrement la prééclampsie (15). En effet elle est retrouvée dans 40 à 50% des DPPNI (24, 52).

L'HRP représente une des complications imprévisibles de la toxémie gravidique. Ceci explique sa persistance malgré la prise en charge des femmes enceintes hypertendues.

4-2- Age – parité

Ils interviennent par le biais d'autres facteurs de risque, la primipare présentant plus volontiers les HRP qui compliquent une HTA gravidique pure, les HTA chroniques ou récidivantes s'associent avec l'âge plus avancé des femmes et la multiparité (1).

En effet la fréquence de l'HRP croît avec l'âge et la parité (21, 36, 48, 52).

4-3- Les traumatismes

Les traumatismes abdominaux : (accident de la voie publique, chute...) et les traumatismes obstétricaux (version par manœuvre interne, amniocentèse) sont susceptibles d'entraîner des HRP (9).

4-4- Les accidents finiculaires

La traction par le fœtus sur l'insertion placentaire (cordons courts, circulaires), pourrait entraîner un décollement placentaire (24).

4-5- Divers

- **Les causes toxiques**

Certains facteurs toxiques tels l'alcool et le tabac sont mis en cause. En effet NAYE cité par BRECHON (12) et CALAU (14) observe une diminution du flux placentaire 15 minutes après la consommation d'une cigarette. Cette ischémie entraînerait une hypoxie placentaire qui serait à l'origine des nécroses déciduales.

ZUGAIB (54) de Sao Paulo rapporte un cas d'HRP survenu après une morsure de serpent.

En fin d'autres facteurs plus difficile à mettre en évidence ont été évoqués. Ce sont notamment le célibat, les antécédents d'avortement, les infections à répétition, les rapports sexuels au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse (13) et l'influence des saisons.

- **Les causes idiopathiques**

5- Anatomie pathologie (24) :

La lésion anatomique de l'HRP est l'hématome décidal basal (HDB). Cet hématome est développé dans la zone de clivage du placenta et de l'utérus.

5-1- Hématome décidal basal

5-1-1-Etude macroscopique

L'hématome se traduit à l'examen de la face maternelle du placenta par un caillot arrondi, noirâtre, plus ou moins adhérent à la face maternelle, des cotyledons centraux ou marginaux. Ses dimensions sont très variables. Volumineux, il mesure plusieurs centimètres de diamètre, ou minime, seulement visible sous forme d'une dépression discrète à l'examen anatomique du placenta. Lorsque l'on coupe celui-ci en tranches sériées, le caillot déprime en effet sa face placentaire en une cupule plus ou moins profonde. Cette cupule est parfois visible sans que le caillot soit

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

individualisé. Cela est dû au fait que l'hématome s'est constitué depuis peu et le caillot peu adhérent, s'est détaché avant l'examen. Au dessus de l'hématome, la chambre intervilleuse est tassée et l'HRP est surmonté par un tissu terne, de couleur rouge sombre distinct du tissu voisin. Il s'agit d'un infarctus aigu.

Ailleurs dans le placenta, l'examen peut montrer des lésions d'infarcissement plus anciennes.

5-1-2-Etude microscopique

A la périphérie du caillot existent une infiltration leucocytaire et une réaction macrophagique.

Des pigments d'hémosidérine sont présents dans les cellules déciduales et éventuellement trophoblastiques de la plaque basale. Dans quelques cas, l'hématome se rompt et se trouve au contact de la chambre intervilleuse.

5-2- Les lésions à distance

Elles définissent l'apoplexie utéro-placentaire (ou maladie de COUVELAIRE), des lésions d'infarcissement atteignent l'utérus et les organes voisins pelviens, voire même débordent au foie, au pancréas, aux reins. L'utérus est le siège d'une infiltration échyмотique prédominant en regard de la zone d'insertion placentaire, ou plus étendue. Le myomètre est microscopiquement œdématié et infiltré. La séreuse peut être fissurée, et l'on retrouve assez souvent un suintement séro-hématique dans la cavité péritonéale.

5-3- Classification

On retrouve plusieurs formes de l'HRP, depuis les formes asymptomatiques découvertes à l'examen du délivre jusqu'aux formes graves.

Il existe plusieurs classifications de l'HRP :

5-3-1-Classification de PAGE (44, 52) :

Elle est plus ancienne et comprend quatre stades de 0 à 3.

- **Stade 0** : absence de symptomatologie clinique, le diagnostic est anatomo-pathologique.
- **Stade 1** : Hémorragie minime, symptomatologie dissociée avec enfant vivant
- **Stade 2** : forme moyenne sans collapsus mais avec début de trouble de la coagulation et souffrance ou mort fœtale.
- **Stade 3** : forme grave, avec troubles de la coagulation et mort fœtale

5-3-2-Classification de SHER (49)

Elle est la plus utilisée actuellement, car plus pratique. Elle distingue trois grades de gravité croissante :

- **Grade I** : Métrorragies simples, le diagnostic est rétrospectif.
- **Grade II** : il existe des signes cliniques mais l'enfant est vivant
- **Grade III** : il existe des signes cliniques et mort fœtale.
 - . **Grade IIIa** : pas de troubles de coagulation
 - . **Grade IIIb** : troubles de la coagulation.

6- Etude clinique

6-1- Forme complète

Le début, contrairement à celui de l'éclampsie est en général brutal.

Sans prodromes, parfois sans albuminurie, ni même hypertension préalable. La crise éclate avec soudaineté. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable, souvent vive, brusquement apparue. Tout de suite, l'état général cesse d'être bon, une certaine angoisse se manifeste.

La période d'état est très vite constituée :

6-2- Formes cliniques

6-2-1-Formes associées

- **HRP placenta praevia**

L'association est classique, mais la fréquence varie selon les critères de définition choisis. Pour certains 4,5% des placenta praevia se compliquent d'un HRP (14).

- **HRP plus rupture utérine**

C'est une forme très grave.

6-2-2-Formes récidivantes

Elles sont assez fréquentes. La récurrence tend à être plus grave que l'accident observé lors d'une grossesse précédente (27).

6-2-3-Formes traumatiques

Il réalise une forme moins grave, stabilisée pour laquelle la conduite obstétricale est difficile, en particulier en cas de prématurité (34).

6-3- Diagnostic différentiel

C'est le diagnostic différentiel des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse qui se pose avec le placenta praevia et la rupture utérine.

6-3-1-Placenta praevia

Les signes évocateurs sont :

- l'hémorragie faite de sang rouge vif, indolore de survenue nocturne inopinée,
- les bruits du cœur fœtal (BDCF) présents,
- l'utérus souple.

Lorsque le diagnostic est difficile, une échographie peut être utile.

6-3-2-Rupture utérine

Elle est en général spontanée et survient sur un utérus fragilisée, le plus souvent cicatriciel. On retrouve une notion de dystocie. Le tableau clinique associe le syndrome de prérupture avec douleur segmentaire, contracture localisée.

L'absence d'hypertonie, le fœtus sous la peau et l'hémorragie variable permettent le diagnostic.

6-3-3-Syndromes douloureux abdominaux

Coliques néphrétiques ; pancréatite ; appendicite aiguë.

6-4- Complications

Elles sont essentiellement de trois ordres :

- les troubles de la coagulation ;
- les accidents rénaux ;
- le choc.

6-4-1-Les troubles de la coagulation

L'hématome rétro-placentaire entraîne une irruption massive de thromboplastines placentaires dans la circulation maternelle. Ce passage va entraîner dans un premier temps un syndrome de coagulation vasculaire disséminée (CIVD) puis dans un second temps une fibronolyse. Ces deux processus vont à leur tour rendre le sang incoagulable. Il s'en suit une hémorragie utérine continue et incoercible. Le risque mortel est grand.

6-4-2-Les accidents rénaux

Les complications rénales relativement fréquentes se traduisent par une insuffisance rénale aiguë, avec oligurie intense ou anurie. Elles sont expliquées par les trois causes suivantes :

- **Le rein de choc :**

Il est lié au choc hypovolémique et à la vasoconstriction.

- **Nécrose tubulaire par CIVD**

Elle est assez grave et peut persister malgré la correction du choc ou l'utilisation des diurétiques. On peut alors avoir recours à une épuration extra-rénale et aboutir à une guérison sans séquelles au bout d'une à deux semaines.

- **Nécrose corticale**

Elle est grave mais ne survient que de manière exceptionnelle. Elle conduit à une insuffisance rénale chronique nécessitant une épuration extra-rénale.

6-4-3-Le choc

Le choc hypovolémique peut entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse. c'est le syndrome de SHEEHAN ou panhypopituitarisme.

6-5- Les examens complémentaires

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

6-5-1-Examen sanguin

Le bilan de la coagulation est indispensable pour faire le diagnostic de la coagulopathie de consommation, voire de la fibrinolyse secondaire.

La numération formule sanguine permet d'évaluer la spoliation sanguine.

On demandera :

- un taux de fibrinogène,
- un taux de prothrombine,
- un taux de plaquettes,
- un temps de quick avec dosage des facteurs V, VIII,
- les produits de dégradation de la fibrine (PDF),

- un temps de lyse du caillot,
- un test de Von KAULLA.

6-5-2-Echographie

Elle n'est utile que dans les formes discrètes ou modérées. Elle confirme le diagnostic d'HRP et permet la recherche de la vitalité fœtale.

Image caractéristique : zone anéchogène ou finement échogène située au niveau de la plaque basale, biconvexe refoulant le placenta dans la cavité amniotique.

6-5-3-Etude du rythme cardiaque fœtal (RCF) :

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

7- Traitement

Le traitement a pour but de restaurer les pertes sanguines et d'assurer l'hémostase. Ceci ne peut être atteint de façon durable que par une évacuation utérine rapide.

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

7-1- Traitement médical

• Conduite à tenir pratique

Le traitement est mis en œuvre en urgence, en salle de travail chez une patiente préparée à qui on a installé :

- de larges voies veineuses,
- une sonde urinaire à demeure,
- un cathéter de mesure de la pression veineuse centrale.

Le bilan sanguin initial comporte un groupage, une détermination de l'hématocrite et de la crase sanguine.

- **Compenser les pertes :**

La patiente est déchoquée à l'aide de solutés de remplissage et surtout du sang frais ; actuellement, on utilise essentiellement des concentrés globulaires. Le remplissage sera basé sur l'importance du choc et l'hématocrite plutôt que sur l'hémorragie extériorisée ; le contrôle de la pression veineuse centrale permet d'éviter les surcharges.

- **Assurer l'hémostase**

Les troubles de la coagulation sont principalement combattus en apportant les facteurs déficitaires :

- sang frais et surtout plasma frais congelé ;
- fibrinogène en perfusion lente.

Dans les cas gravissimes on peut également utiliser :

- des antifibrinolytiques (Iniprol ® 1million UI en IV) ;
- l'héparinothérapie à faible dose dans les cas de CIVD (thérapeutique peu utilisée).

L'évaluation des troubles de l'hémostase sera faite d'heure en heure, sont considérés comme grave :

- un taux de fibrinogène < 1 g ;
- une numération plaquettaire < à 60000.

7-2- Le traitement obstétrical :

7-2-1-Césarienne :

La césarienne sera pratiquée sous anesthésie générale.

Elle s'impose rapidement dans les cas suivants :

- fœtus vivant,
- accouchement non imminent,

- gravité de l'état maternel, que le fœtus soit mort ou vivant,
- coagulopathie maîtrisée ou absence de coagulopathie.

7-2-2-Accouchement par voie basse :

Il peut être accepté dans les cas suivants :

- pronostic maternel non mis en jeu à court terme,
- accouchement imminent,
- fœtus mort ou non viable.

La rupture artificielle des membranes permet de réduire l'hypertonie utérine. Les opiacées agissent sur la douleur et le tonus sympathique du col.

Les ocytociques en perfusion sont utilisés pour corriger la dynamique utérine. La révision utérine systématique après l'accouchement.

8- Pronostic :

Le pronostic de l'HRP reste mauvais.

- la mortalité fœtale est de 30 à 60% (24),
- la mortalité maternelle atteint 1% du fait des complications (51).

CHAPITRE III

MATERIEL ET METHODE

III- MATERIEL ET METHODE

1- Cadre de l'étude :

La commune V du district de Bamako couvre une superficie de 41km² avec une population de 194.135 habitants (c'est une commune urbaine).

Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest ; à l'est par la commune VI et au sud-ouest par le quartier Kalabankoro (cercle de Kati).

1-1- Centre de santé de référence de la commune V :

Création et mission :

Le centre de santé de référence de la commune V a été créé en 1982, avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Ce test ayant été très satisfaisant, le centre est érigé en centre pilote du district. Sur la base du succès de ce centre, le système de référence a été instauré dans les autres communes.

En 1997, le prix « CIWARA d'excellence » a été décerné au centre pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le centre reçoit le diplôme honorifique du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

Actuellement le centre jouit d'une très forte affluence et a une envergure nationale sur le plan de la référence.

1-2- Organisation du centre

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- Unité bloc opératoire
- Service gynécologie obstétrique

- Service médecine interne
- Unité dentisterie
- Unité ophtalmologique
- Unité dermatologique
- Unité imagerie médicale
- Unité pédiatrique
- Unité gynécologique / grossesse à risque
- Unité PEV (programme élargi de vaccination)
- Unité néonatalogie
- Unité CPN (consultation prénatale)
- Unité PF/postnatale (planning familial)
- Unité recherche et formation (bibliothèque, salle d'informatique, salle de staff)
- Unité consultation et soins
- Administration - Comptabilité
- Unité laboratoire d'analyse médicale
- Pharmacie
- Morgue

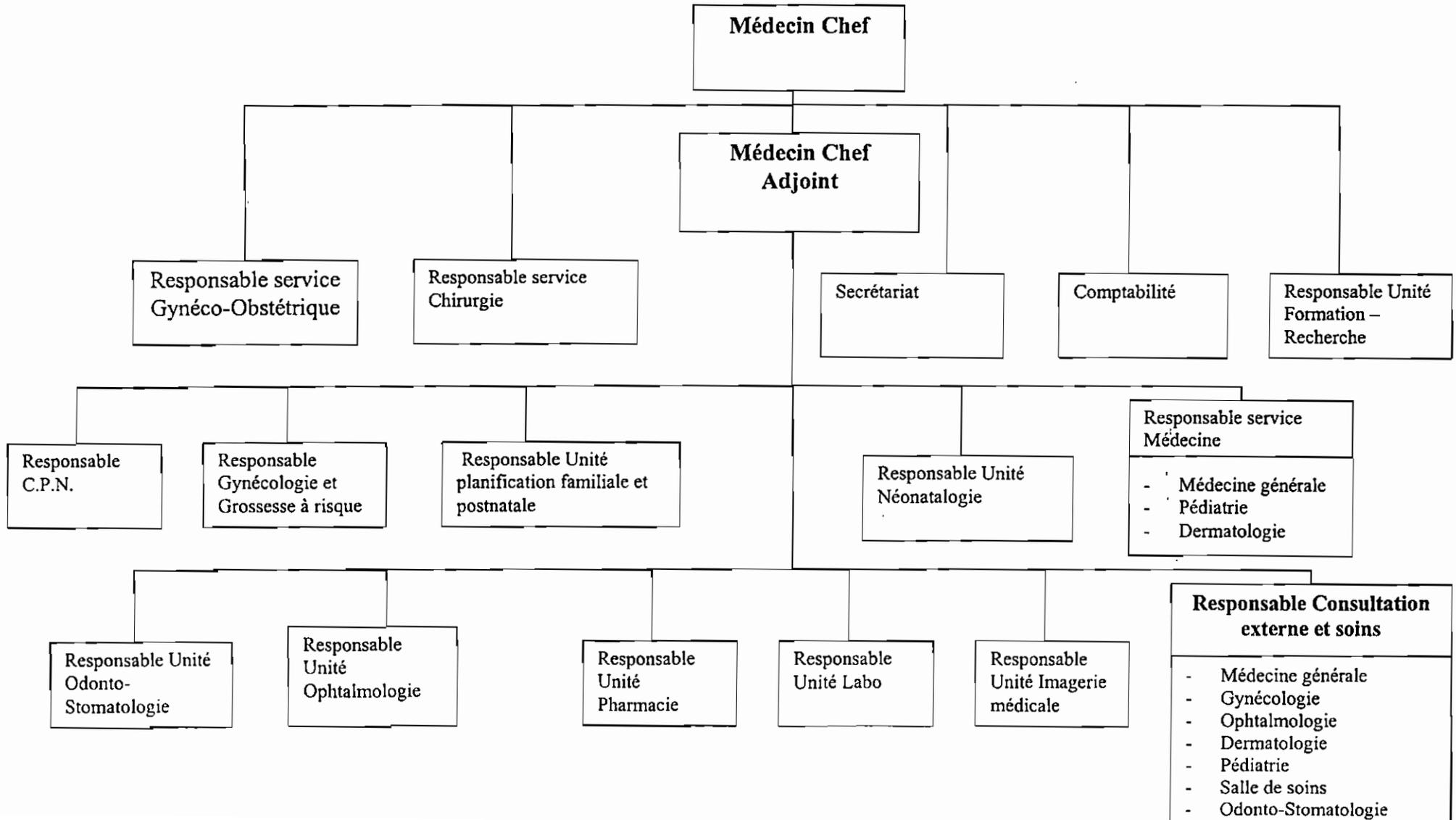
1-3- Personnel

Le centre de santé de référence compte 119 agents :

- 6 spécialistes :
 - 1 gynécologue obstétricien , chef de service ;
 - 1 odonto-stomatologue ;
 - 2 ophtalmologues ;
 - 1 pédiatre ;
 - 1 dermatologue ;
- 3 médecins généralistes ,
- 24 sages-femmes ;
- 25 aides soignantes ;

1-4- Organigramme du centre

ORGANIGRAMME DE FONCTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V



- 10 infirmiers d'Etat ;
- 11 infirmiers du 1^{er} cycle ;
- 4 techniciens supérieurs ; (2 ophtalmologues, 1 stomatologue, 1 anesthésiste)
- 3 chauffeurs ;
- 2 instrumentistes ; (2 aides-soignants)
- 10 manœuvres ;
- 7 gardiens ;
- 1 secrétaire ; (niveau CAP)
- 1 informaticien ; (IUG)
- 1 administrateur ; (ECICA)
- 1 contrôleur des finances ;
- 1 comptable ; (CAP)
- 3 lingères ;
- 2 caissières ; (aides-soignantes)
- 1 gérant de pharmacie ; (infirmier d'Etat)
- 1 manipulatrice de radio ; (aide-soignante)
- 2 techniciennes de laboratoire. (infirmières 1^{er} cycle)

Les travailleurs sont des fonctionnaires , des conventionnaires de l'Etat, des contractuels, des agents de la municipalité et des agents de l'INPS.

2- Type d'étude :

C'est une étude rétrospective portée sur 282 cas d'hématomes rétro-placentaires colligés au centre de santé de référence de la commune V (CSRCV) du district de Bamako.

3- Période d'étude :

L'étude s'est étendue sur une période allant du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1999 ; soit au total 6 ans.

4- Supports pour la collecte des données :

- les partogrammes,
- le registre des accouchements et des références,
- les protocoles opératoires,
- les fiches d'hospitalisation des malades.

5- Critères d'inclusion

- Tous les cas d'HRP diagnostiqués au CSRCV dont les parturientes ont accouché dans le service quelque soit leurs provenances.
- Cas d'HRP confirmés après la délivrance par la présence d'hématomes ou de cupules.

6- Critères de non inclusion

- Cas d'HRP ayant accouchés à domicile (même si délivrance faite au CSRCV ;
- Accouchements dans d'autres structures de santé ou le diagnostic a été posé.

Au total parmi les 33184 accouchements enregistrés dans notre service pendant la période d'étude, nous avons recruté 282 cas d'HRP.

Nous avons considéré pour chaque fiche d'enquête 24 paramètres (voire annexe)

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi-Info.

CHAPITRE IV

RESULTATS

IV- RESULTATS

Fréquence

- Fréquence de l'accouchement

Durant la période allant du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1999, sur un total de 33184 accouchements enregistrés au centre de santé de référence de la commune V, nous avons noté 282 cas d'HRP soit une fréquence de 0,85%.

Tableau 1: Répartition des cas d'HRP en fonction de années

Année	Nombre d'accouchements	Effectif absolu	Pourcentage
1993	4454	5	0,11
1994	4311	4	0,09
1995	4289	26	0,6
1996	4256	49	1,15
1997	4695	77	1,64
1998	5287	75	1,42
1999	5892	46	0,78

2- Type d'étude :

C'est une étude rétrospective portée sur 282 cas d'hématomes rétro-placentaires colligés au centre de santé de référence de la commune V (CSRCV) du district de Bamako.

3- Période d'étude :

L'étude s'est étendue sur une période allant du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1999 ; soit au total 6 ans.

4- Supports pour la collecte des données :

- les partogrammes,
- le registre des accouchements et des références,
- les protocoles opératoires,
- les fiches d'hospitalisation des malades.

5- Critères d'inclusion

- Tous les cas d'HRP diagnostiqués au CSRCV dont les parturientes ont accouché dans le service quelque soit leurs provenances.
- Cas d'HRP confirmés après la délivrance par la présence d'hématomes ou de cupules.

6- Critères de non inclusion

- Cas d'HRP ayant accouchés à domicile (même si délivrance faite au CSRCV ;
- Accouchements dans d'autres structures de santé ou le diagnostic a été posé.

Au total parmi les 33184 accouchements enregistrés dans notre service pendant la période d'étude, nous avons recruté 282 cas d'HRP.

Nous avons considéré pour chaque fiche d'enquête 24 paramètres (voire annexe)

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi-Info.

CHAPITRE IV

RESULTATS

IV- RESULTATS

Fréquence

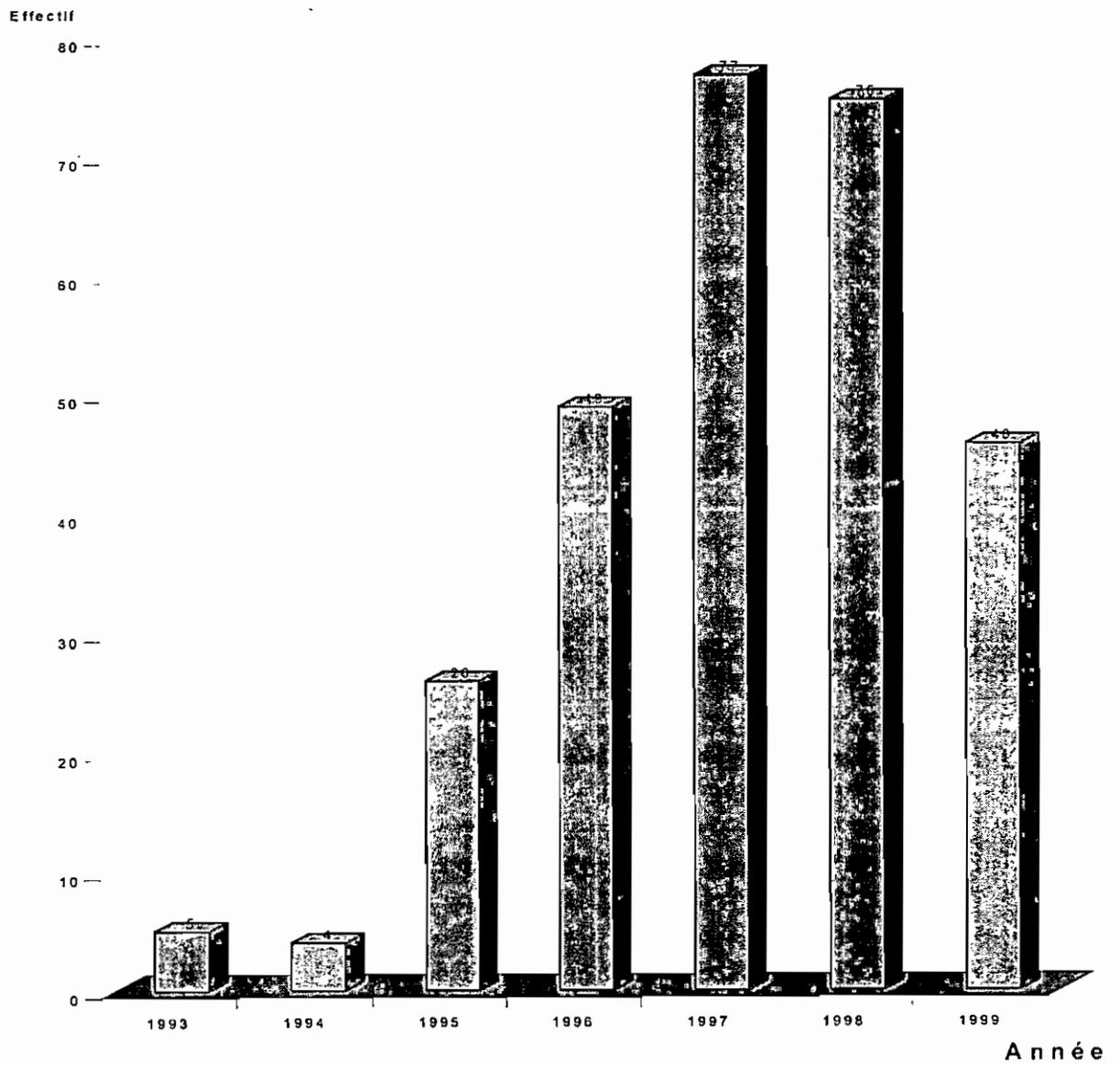
- Fréquence de l'accouchement

Durant la période allant du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1999, sur un total de 33184 accouchements enregistrés au centre de santé de référence de la commune V, nous avons noté 282 cas d'HRP soit une fréquence de 0,85%.

Tableau 1: Répartition des cas d'HRP en fonction de années

Année	Nombre d'accouchements	Effectif absolu	Pourcentage
1993	4454	5	0,11
1994	4311	4	0,09
1995	4289	26	0,6
1996	4256	49	1,15
1997	4695	77	1,64
1998	5287	75	1,42
1999	5892	46	0,78

Figure 1 : Répartition des cas d'HRP en fonction des années

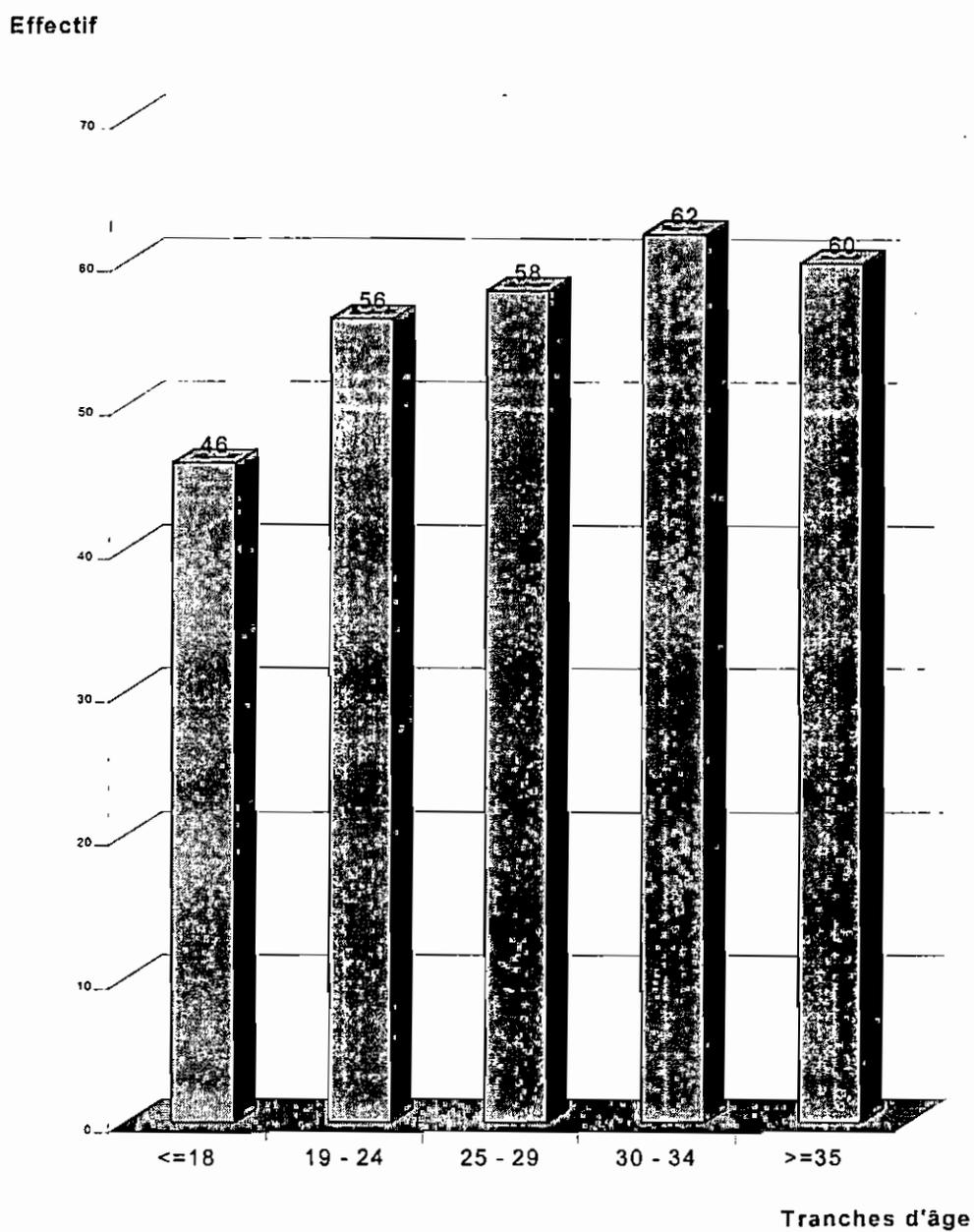


La fréquence de l'HRP 1,64% en 1997 a été la plus élevée.

Tableau 2 : Répartition des cas selon les tranches d'âge :

Tranches d'âge (année)	Effectif absolu	Pourcentage
≤18	46	16,31
19-24	56	19,86
25-29	58	20,56
30-34	62	21,99
≥35	60	21,28
Total	282	100

Figure 2 : Répartition des cas selon les tranches d'âge :



36,17% des patientes avaient au plus 24 ans et 43,27% des patientes avaient un âge ≥ 30 ans.

La moyenne d'âge était de 27,29 ans et l'écart type 7,45.

Tableau 3 : Répartition des cas selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	259	91,85
Célibataire	21	7,45
Veuve	2	0,70
Total	282	100

La majorité des patientes (91,84%) était mariée.

Tableau 4 : Répartition des cas en fonction des saisons

Saisons	Effectif absolu	Pourcentage
Saison froide	90	31,91
Saison chaude	78	27,66
Saison pluvieuse	114	40,43
Total	282	100

40,43% de cas d'HRP ont été retrouvés pendant la saison pluvieuse.

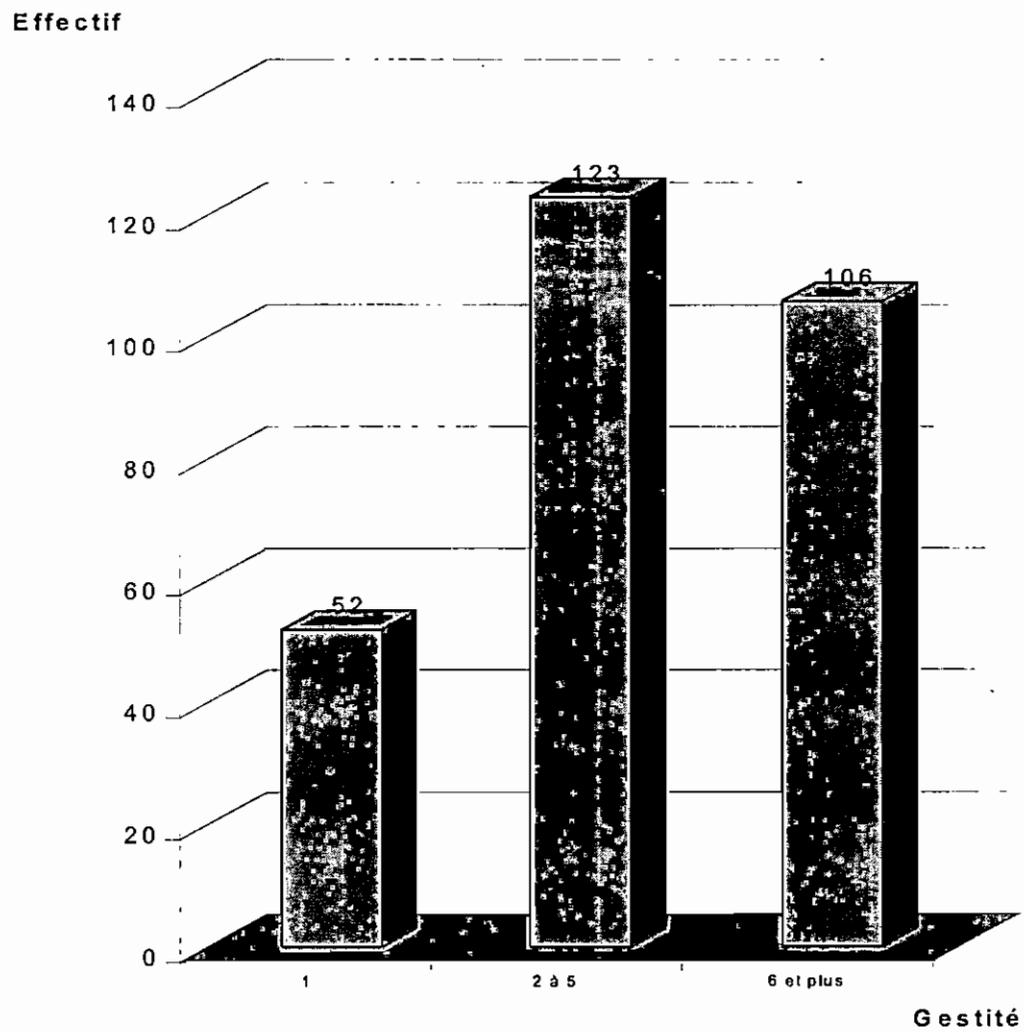
NB : saison froide (novembre-février), saison chaude (mars-mai), saison pluvieuse (juin-octobre).

Tableau 5 : Répartition des cas selon l'ethnie :

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bambara	91	32,27
Peulh	57	20,21
Sarakolé	44	15,6
Malinké	37	13,12
Sonrhaï	17	6,03
Dogon	13	4,61
Minianka	7	2,48
Bozo /somonon	4	1,42
Sénoufo	3	1,06
Bobo	2	0,71
Autres *	7	2,48
Total	282	100

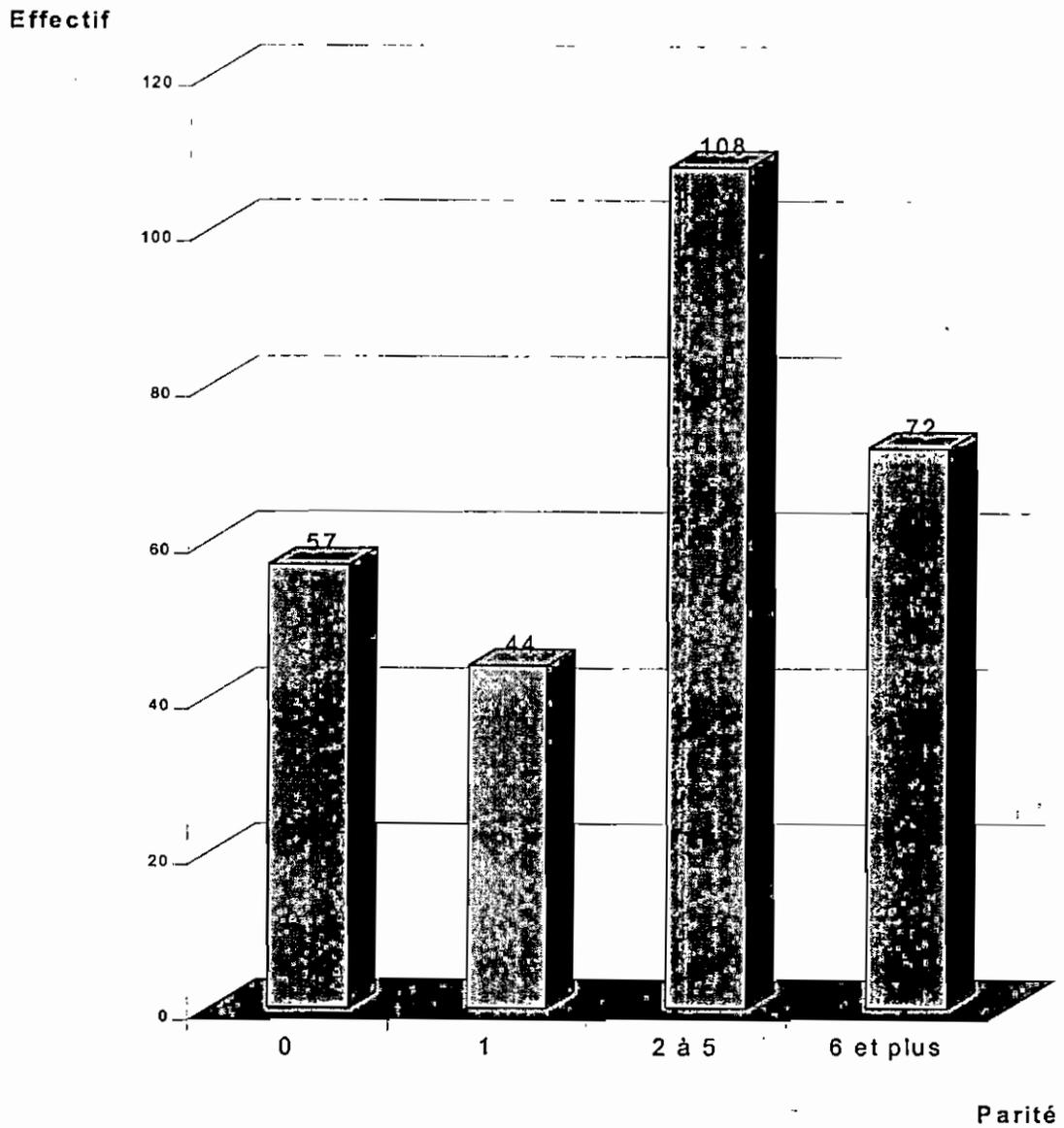
* = dafing, mossi, ouolof

Figure 3 : Répartition des cas selon la gestité



36,17% des patientes étaient multipares. Les primipares n'ont représenté que 18,44%.

Figure 4 : Répartition des cas selon la parité



25,53% des patientes étaient de grande multipare. Cependant les nullipares ont représenté 20,21%.

Tableau 6 : Répartition des cas selon la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Fonctionnaire	2	0,7
Ménagère	269	95,40
Elève/Étudiante	7	2,48
Commerçante	4	1,42
Total	282	100

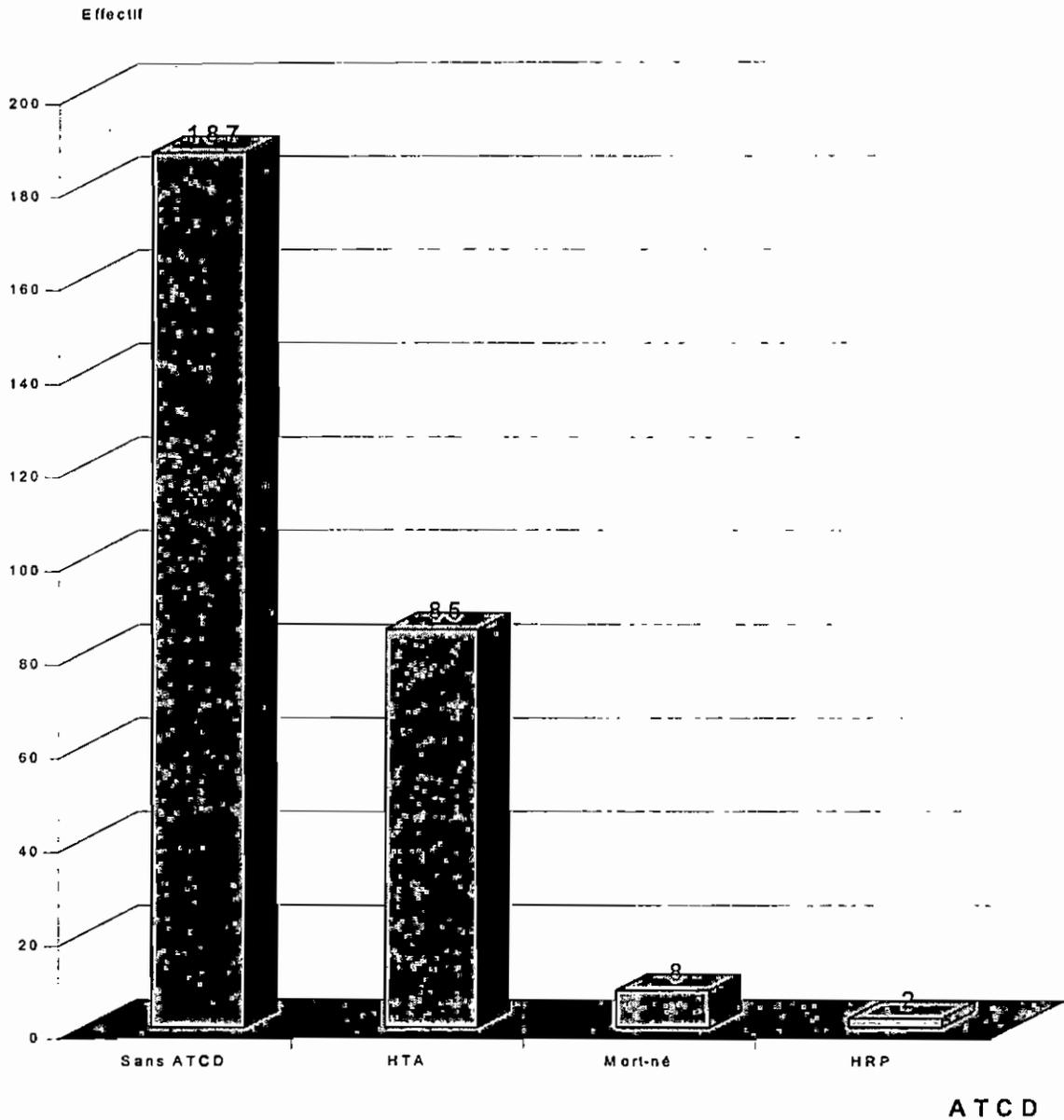
95,40% des patientes étaient des ménagères

Tableau 7 : Répartition des cas selon le suivi prénatal (CPN)

Nombre de CPN	Effectif absolu	Pourcentage
0	87	30,85
1	37	13,12
2	38	13,48
3	36	12,77
4	32	11,35
5	26	9,22
6	26	9,22
Total	282	100

La fréquence d'HRP décroissait avec le nombre de consultations prénatales, 57,45% des patientes ont fait moins de 2 consultations prénatales.

Figure 5 : Répartition selon les antécédents médicaux



La majorité (66,31%) de nos patientes n'a présenté aucun antécédent. On constate cependant 30,14% d'entre elles avaient un antécédent d'HTA.

Tableau 8 : Répartition des cas selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venue d'elle même	165	58,51
C.S.COM (CV)	33	11,70
Structures santé district	79	28,01
Hors district	5	1,78
Total	282	100

La plupart des patientes de notre étude, soit 58,51% était venue d'elle-même.

Tableau 9 : Répartition des cas selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Contraction utérine douloureuse	184	50,83
Métrorragie	144	39,78
Syndrome vasculo-rénal (HTA)	12	3,31
Mort in utéro	4	1,1
Autres	18	4,97
Total	362	100

39,78% des patientes sont venues pour métrorragie.

Tableau 10 : Répartition des cas selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif absolu	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	0	0
2 ^{ème} trimestre	23	8,16
3 ^{ème} trimestre	259	91,84
Total	282	100

Le 3^{ème} trimestre a été la période de prédilection de la survenue de l'HRP.

Tableau 11 : Répartition des cas selon les signes d'examen clinique

Signes cliniques	Effectif absolu	Pourcentage
Hypertonie	9	3,2
Métrorragies	37	13,12
BDCF absent	10	3,55
Métrorragie + BDCF absent	41	14,54
Métrorragie + hypertonie	22	7,8
Hypertonie + BDCF absent	16	5,67
Aucun	17	6,02
Métrorragie + hypertonie + BDCF absent	130	46,1
Total	282	100

46,1% des patientes ont présenté la triade classique de l'HRP et 47,88% des formes à symptomatologie incomplète.

6,02% des patientes n'ont présenté aucun élément de la triade.

Les BDCF étaient absents dans 197 cas soit 69,85%.

Tableau 12 : Répartition des cas selon la dilatation cervicale à l'arrivée :

Dilatation cervicale	Effectif absolu	Pourcentage
Dilatation \leq 3 cm	190	67,38
Dilatation $>$ 3 cm	92	32,62
Total	282	100

67,38% des patientes étaient au moins en 1^{ère} phase de dilatation cervicale.

Tableau 13 : Répartition des cas selon la présentation

Présentation	Effectif absolu	Pourcentage
Céphalique	269	95,39
Siège	9	3,20
Transverse	4	1,41
Total	282	100

La présentation était céphalique dans la plupart des cas : 95,39%.

Tableau 14 : Répartition des cas selon l'état de la poche des eaux à l'arrivée

Etat de la poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage
Intacte	204	72,34
Rompue	78	27,66
Total	282	100

La proportion de patients ayant une poche des eaux intacte était relativement importante dans notre série : 72,34%.

Tableau 15 : Association HRP – placenta praevia

Petit côté des membranes	Effectif absolu	Pourcentage
< 10 cm	69	24,47
≥ 10 cm	213	75,53
Total	282	100

L'association HRP – placenta praevia a été retrouvée dans 24,47% des cas.

Tableau 16 : Répartition des cas en fonction du diagnostic retenu :

Diagnostic retenu	Effectif absolu	Pourcentage
Diagnostic clinique	226	80,14
Diagnostic après l'accouchement	56	19,86
Total	282	100

Dans 80,14%, le diagnostic d'HRP a été posé après l'examen clinique. Dans les autres cas le diagnostic a été posé à posteriori.

Tableau 17 : Répartition des cas selon les examens complémentaires effectués

Examens complémentaires effectués	Effectif absolu	Pourcentage
Groupe rhésus	62	21,99
Groupe rhésus en urgence	201	71,28
Taux d'hémoglobine	82	29,08

Le groupage et la détermination du rhésus ont été effectués en urgence dans 71,28%. En dehors du groupage et la détermination rhésus et du taux d'hémoglobine aucun autre examen n'avait été fait au laboratoire.

Tableau 18 : Répartition des cas selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Voie basse	215	76,24
Voie haute	67	23,76
Total	282	100

Dans notre échantillon, la voie basse a été le mode d'accouchement le plus fréquent. Seulement 23,76% des patients ont subi un traitement chirurgical.

La césarienne a été effectuée dans 22,34% des cas.

Tableau 19 : Répartition des cas selon les indications de la voie haute :

Indication	Effectif absolu	Pourcentage
Sauvetage maternel	31	46,27
BDCF présent	26	38,81
Autre (diagnostic rétrospectif)	10	14,92
Total	67	100

* = SFA, présentation transverse, dilatation stationnaire

L'indication principale de la voie haute a été le sauvetage maternel.

Tableau 20 : Répartition des cas selon le type de traitement chirurgical par voie haute

Mode d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	63	94,03
Hystérectomie	4	5,97
Total	67	100

Le traitement chirurgical a consisté dans 94,03% des cas en une césarienne. 5,97% des patientes ont subi une hystérectomie pour incoagulabilité.

Tableau 21 : Répartition des cas en fonction du traitement médical

Médicaments utilisés	Effectif absolu	Pourcentage
Ocytocique	150	53,12
Antalgique (Péthidine)	9	31,91
Anti-hypertenseur	110	39
Transfusion sanguine	58	20,57
macromolécule	31	10,99

Le traitement médical venait en complément de l'attitude obstétricale.

Ainsi les ocytociques ont été utiles dans 53,12% surtout pour les cas où la voie basse a été préconisée. 20,57% des patientes ont été transfusées.

Les autres traitements ont été utilisés comme traitement adjuvant afin d'éviter les complications éventuelles.

Tableau 22 : Répartition des cas en fonction du pronostic fœtal (Apgar)

Pronostic fœtal (Apgar)	Effectif absolu	Pourcentage
Mort-né	198	70,21
< 7	38	13,47
7 et plus	46	16,32
Total	282	100

Le pronostic fœtal a été très sombre avec 70,21% de mort-nés.

Tableau 23 : Répartition selon l'importance de la spoliation sanguine par le poids de l'hématome

NB : dans 10 cas l'hématome n'a pas été retrouvé à sa place il y avait une cupule.

Poids de l'hématome (gr)	Effectif absolu	Pourcentage
< 500	199	73,16
500-900	58	21,32
> 900	15	5,51
Total	272	100

L'appréciation exacte de la spoliation sanguine s'avérait difficile.

Nous en avons fait une évaluation approximative à partir du poids de l'hématome.

Dans la plupart des cas, l'hématome pesait moins de 500 grammes, soit 73,16% ce qui témoignait d'une spoliation sanguine modérée.

Tableau 24 : Répartition des cas selon le type de complication :

NB : nous avons enregistré 51 complications sur 282 cas.

Pronostic maternel	Effectif absolu	Pourcentage
Choc	35	68,63
Complication rénale	3	5,88
Trouble de la coagulation	13	25,49
Total	51	100

Le choc et l'atteinte rénale ont représenté 35 cas soit 68,63%.

Tableau 25 : Répartition des cas selon l'évolution maternelle

Evolution	Effectif absolu	Pourcentage
Sans complication	231	81,91
Avec complication	51	18,09
Total	282	100

18,09% des patients ont présenté une complication

Tableau 26 : Répartition des cas selon les causes de la mort maternelle

NB : il y a eu 8 cas de décès maternel.

Causes mort maternelle	Effectif absolu	Pourcentage
Troubles de la coagulation + choc	7	87,5
Complication rénale	1	12,5
Total	8	100

Les troubles de la coagulation ainsi que le choc ont été les principales causes de mort maternelle. Nous avons déploré 8 décès qui ont représenté 2,83% de l'échantillon complet.

Parmi les cas de mort maternelle 2 cas sont survenus en postopératoire après hystérectomie (sur 4 hystérectomies effectuées).

Tableau 27 : Répartition des cas en fonction de l'apgar et du poids de l'hématome.

Apgar	Mort-nés		<7		≥ 7	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 500	121	61,11	35	92,11	43	93,48
500-900	56	28,28	0	0	2	4,35
> 900	14	7,07	1	2,63	0	0
Caillot non retrouvé	7	3,54	2	5,26	1	2,17
Total	198	100	38	100	46	100

Pour un poids de caillot inférieur à 500g nous avons obtenu 61,11% de mort-nés sur 198 cas. Cependant les enfants nés vivants pour le même poids de caillot ont représenté 92,11% sur 38 cas et 93,48% sur 46 cas.

CHAPITRE V

**COMMENTAIRES &
DISCUSSIONS**

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Fréquence

Notre étude rétrospective au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako nous a permis d'établir à 0,85% la fréquence de l'HRP sur une période de 6 ans.

La fréquence de l'HRP, diversement appréciée selon les auteurs se situait entre 0,25 et 3,08%.

Ainsi ALLANGBA (2) et ASSANI (3) dans les études similaires réalisées au CHU de Cocody à Abidjan notaient des fréquences respectives de 2,4% et 3,08%.

GARBA (32) dans une étude réalisée au CHU de Gabriel Touré relevait une fréquence d'HRP de 1,28%.

BOURDAIS (2) au Sénégal trouvait une fréquence de 0,73%.

La plupart des séries européennes notaient des taux situés entre 0,25% et 1%.

DE VALERA (20) aux Etats-Unis trouvait une fréquence de 2,7%. Ces différences relativement importantes traduisent en réalité des variations d'appréciation de l'HRP selon le mode de diagnostic :

- Tableau complet
- Simple constatation à l'examen du placenta
- Lésions microscopiques.

A la différence de la fréquence observée au CHU de Gabriel Touré notre taux paraît relativement bas. Ceci s'explique par notre nombre d'année d'étude plus étendue.

La fréquence de l'HRP a varié en fonction des années avec la plus faible fréquence en 1994 soit 0,09% et la plus élevée 1,64% en 1997 au centre de santé de référence de la commune V. Cette disparité en fonction des années traduit non seulement l'augmentation progressive du nombre d'accouchement mais également la qualité du service de référence du centre .

2- Caractéristiques épidémiologiques des patientes

2-1- Age et parité

selon GOLDITCH (27), l'HRP semble plus fréquent après 30 ans et à l'opposé chez les jeunes primigestes. Le taux d'HRP augmente avec la parité. La fréquence double à partir de la 4^{ème} grossesse et triple à partir de la 5^{ème}.

Nos résultats sont conformes aux données de la littérature (6, 9, 24) concernant ces deux paramètres. 36,17% des patientes étaient âgées de plus de 30 ans et 43,97% étaient multipares. La grande fréquence rapportée chez les jeunes patientes n'est pas retrouvé chez CORREA (17) à la différence de notre série 46,45%. Ceci pourrait s'expliquer par la tendance des coutumes maliennes à favoriser le mariage à partir d'un certain âge ce qui n'est pas toujours le cas en Europe.

2-2- Contexte toxémique

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique et plus particulièrement la prééclampsie.

Le contexte toxémique a été retrouvé dans notre série chez 30,14% de nos patientes.

Selon UZAN S (53) ce contexte toxémique est retrouvé avec une fréquence d'environ 25% chez la plupart des auteurs.

Pour le contexte toxémique nous avons considéré les antécédents d'HTA au cours des grossesses antérieures et en dehors de la grossesse.

2-3- Autres caractéristiques

Notre échantillon se singularise par les caractéristiques suivantes :

- le bas niveau socio-économique dans 95,39% ; l'appréciation du niveau socio-économique à partir de la profession des patientes est assez subjective ne permettant pas de connaître leurs revenus réels .
- un mauvais suivi prénatal 57,45% des patientes ont effectué moins de 2 consultations prénatales ;

- l'ethnie bambara était prédominante de façon relative à 32,27% ;
- la majorité des patientes étaient mariées 91,84%.

40,43% des cas d'HRP sont survenus pendant l'hivernage ; ce taux légèrement élevé par rapport aux autres saisons, est en rapport avec la fréquence élevée des accouchements pendant cette période.

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

- **âge moyen 27 ans ;**
- **nullipare ou grande multipare (≥ 6) ;**
- **l'insuffisance ou l'absence du suivi prénatal.**

3- Tableau clinique

Dans la majorité des cas, l'examen clinique seul nous a permis d'affirmer le diagnostic d'HRP devant un tableau clinique associant au 3^{ème} trimestre une métrorragie ; une hypertonie et l'absence des BDCF dans 46,1%. Nos résultats sont proches de ceux de FOURNIE A (24) et BRECHON J (12) qui ont trouvé cette triade dans 1/3 des cas.

THOULON (52) dans sa série retrouve également cette triade classique dans 80% des cas.

A partir de la fréquence élevée de la triade classique on peut déduire que la majorité de nos cas correspond au grade III de la classification de SHER, traduisant très souvent le retard à la consultation.

4- Association placenta praevia et HRP

L'association HRP placenta praevia a été retrouvée dans 24,47%. Ce taux est proche de celui de GOUFODJI (28) 20,26%.

La plupart des fréquences retrouvées dans la littérature variaient entre 3,75% et 10,9% (25, 47).

Cette disparité des fréquences s'explique par les critères de définition choisis.

5- Prise en charge thérapeutique

5-1- Attitude obstétricale

L'accouchement par les voies naturelles a été possible dans 76,24% des cas de notre série, aidé d'une amniotomie dans les cas où la poche des eaux était intacte et d'une perfusion d'oxytocine en l'absence de contre indication.

Ce taux d'accouchement par voie basse relativement élevé par rapport aux séries occidentales (35) pourrait s'expliquer par la conduite à tenir au centre de santé de référence d'où on favorise l'accouchement par voie basse.

Ainsi nous avons pratiqué une césarienne dans 22,34%.

Dans la plupart des cas les indications étaient les suivantes :

- sauvetage maternel,
- HRP sur fœtus vivant.

Dans 4 cas, nous avons été amené à réaliser une hystérectomie pour incoagulabilité chez des grandes multipares.

5-2- Réanimation

La lutte contre l'hypovolémie est l'élément essentiel dans la prévention des complications. Elle doit tenir compte du fait que le saignement extériorisé est toujours inférieur à la déperdition réelle.

Nous avons utilisés des solutés macromoléculaires (Haemacel) et du sang lorsque nous en disposions. Le contrôle de la pression veineuse centrale (PVC) n'a pas été possible ; le chiffre tensionnel était le seul élément d'appréciation de la qualité du remplissage vasculaire.

En cas de trouble de la coagulation, les patientes étaient transférées au bloc opératoire pour la réanimation (transfusions), dans les cas extrêmes une hystérectomie d'hémostase était effectuée.

6- Pronostic maternel

Nous avons noté 8 décès maternels, soit une fréquence de 2,83%. Ce chiffre est relativement inférieur à celui de ASSANI A (5) et de GARBA H. (32) qui ont relevé respectivement 4,16% et 4,23% mais elle est presque identique à celui de RAUDRAN et coll (48) 2,8% ; ALLANGBA (2) au CHU de Cocody a observé 7,63% de décès maternel dans sa série.

Notre taux bas s'explique par la disponibilité du sang et la rapidité de la prise en charge liée la disponibilité du Kit de laparotomie d'urgence.

Quant aux complications maternelles, elles sont relativement basses soit 16,64% comparativement à celle de GARBA H. (32) qui a observé 30%. Notre résultat est proche de celui de GOLDITCH qui a relevé 15%.

7- Pronostic fœtal

Avec un taux de mortalité fœtal de 70,21%, nous pouvons déduire que le pronostic fœtal de notre étude est très mauvais. Notre taux est conforme aux données de la littérature ; ALLANGBA (2) 87,71% et GARBA H (32) 62,5%. Cette mortalité fœtale était fonction de l'importance du décollement placentaire, objectivé par le poids du caillot, un décollement étendu était un facteur de mauvais pronostic fœtal. La mortalité fœtale élevée liée à l'HRP dans notre série s'explique non seulement par la physiopathologie de cette affection mais également au retard diagnostique lié le plus souvent au retard à la consultation ou à la référence.

Nous n'avons pas pu obtenir des renseignements sur le devenir des enfants qui ont survécu. COLIN (2) objective des séquelles à type de comitialité et de retard psychomoteur chez 14% des enfants.

2- RECOMMANDATIONS

- **Aux autorités (décideurs) :**

- Equiper les centres de santé de référence en plateau technique chirurgical fonctionnel pour la prise en charge rapide et efficace des complications de l'HRP ; ceci réduirait les encombrements au niveau du service ;
- Eviter en tant que possible les ruptures de sang ;
- Doter les centres de référence en :
 - . produits pharmaceutiques de premières nécessités,
 - . laboratoire d'analyse capable d'effectuer le bilan de la crase sanguine,
 - . matériel de réanimation.

- **Aux prestataires :**

- Renforcer l'éducation pour la santé sur l'importance des consultations prénatales régulières, afin de détecter à temps les facteurs de risque ;
- Recycler régulièrement le personnel médical relevant de son autorité, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes et de leurs nouveau-nés, un accent particulier sur le sauvetage fœtal chaque fois que le fœtus est encore vivant ;
- Entretenir des liaisons de collaboration avec les spécialistes en pédiatrie et en réanimation.

- **Aux parturientes :**

- Suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Espacer les naissances pour le meilleur état de santé de la mère et de l'enfant ;
- Se présenter sans délai aux structures de santé devant la survenue de douleur ou de saignement au troisième trimestre de la grossesse.

VI- CONCLUSION – RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude rétrospective et prospective sur une période de 6 ans, nous pouvons conclure que l'hématome rétro-placentaire est une affection relativement fréquente (0,85%) au centre de santé de référence de la commune V.

De notre étude, nous avons pu dégager le profil épidémiologique suivant :

- **âge moyen 27 ans**
- **nullipare ou grande multipare (≥ 6) ;**
- **l'insuffisance ou l'absence du suivi prénatal.**

En général, les signes cliniques ont suffi pour poser le diagnostic. Ces signes sont :

- les métrorragies ;
- l'hypertonie utérine ;
- l'absence du BDCF.

Il s'agit dans la majorité des cas de formes graves correspondant au grade III de la classification de SHER. Le retard de consultation amène ces patientes au stade de complications dont les principales sont :

- le choc,
- les troubles de la coagulation,
- l'oligo-anurie,
- la mort maternelle.

L'évacuation par les voies naturelles a été obtenue dans la majorité des cas (76,24%).

Seulement 22,34% des patientes ont eu à subir une césarienne dont l'indication principale a été le sauvetage maternel.

Nous avons eu à pratiquer 4 hystérectomies pour incoagulabilité chez des grandes multipares.

Le pronostic maternel est relativement bon avec un taux de mortalité de 2,83%.

Le pronostic fœtal est très mauvais 70,21% de mort-nés.

CHAPITRE VI

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

VII- BIBLIOGRAPHIE

1- ABDELLA T.N, SIBAI B.M, HAYS J.M, ANDERSON G.D.

Relationship of hypertensive disease to abruption placenta.

Obst Gynecol ; 1984, 63 : 365-70.

2- ALLANGBA E.L.

Contribution à l'étude des hématomes rétroplacentaires : à propos de 236 cas colligés au CHU de Cocody.

Thèse Méd ; Côte d'Ivoire, 1991, 1206.

3- ASSANI A, ANOMA M, BONI E.S, KONE N, BOHOUSSOU K.M.

Aspects épidémiologiques des hématomes rétro-placentaires à propos de 150 observations.

Communication à la Société de Gynecologie-Obstetrite de Côte d'Ivoire, juillet 1988.

4- ASSANI A, ANOMA M, TANO H L, KONE N, BOHOUSSOU K.M.

Formes anatomocliniques de l'hématome rétrplacentaire à propos de 150 cas.

Communication à la Société de Gynecologie-Obstetrite de Côte d'Ivoire, séance du 1^{er} juillet 1988.

5- ASSANI A, ANOMA M, TANO H L, KONE N, BOHOUSSOU K .M.

Aspects pronostiques et thérapeutiques de l'hématome rétroplacentaire à propos de 150 cas.

2^{ème} journées Soc Guinéenne Gyneco-Obstet ; 13-19 déc 1988.

6- BARNAUD R.H, CAZENAVE J., MACKOUM B, DIAGNE L.

L'hématome rétroplacentaire Outre Mer.

Méd Trop ; 1983, 43, 1.

7- BARNAUD P, CAZENAVE J.

Une complication hémorragique de la fin de la grossesse : l'hématome rétro-placentaire.

Pathol Trop ; 1984, 47 : 25-8.

8- BARAT J, DARBOIS V.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

ECM, (Paris, France), Obstét ; 1974 ; 5071.A10, 11.

9- BARRIE J, LEWIN D, VIGNERON N.

L'hématome rétro-placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI).

Traité Obstét, (2), chap IX, In VOKAER.

**10- BOUAOUDA L.H, KHARBACH A, MEHDOUI A, SENDID M,
OUKHOUIA B, OSSTOWAR K.**

La grossesse et l'accouchement chez la grande multipare au Maroc.

J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 1987, 16 : 919-24.

**11- BOULANGER J.C, VITSE M, De LOBEL J, HERMANT A,
MARQUIS P, VERHOEST P, LEULLET P.**

Traitement des coagulopathies compliquant le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Rev Fr Gynecol Obstet ; 1981, 76 : 511-7.

12- BRECHON J.M, DARBOI Y.

Décollements prématurés du placenta du 3^{ème} trimestre.

Obstét Rev Prat ; 1985, 35.

13- BRINK A.L, ODENDAAL H.J.

Risk factors for abruptio placentae.

S Afr Med J ; 1987, 72, 4 : 250-2.

14- COLAU J.C, UZAN S.

Hématome rétroplacentaire ou DPPNI.

EMC (Paris, France) ; Obstét ; 1985, 5071. A10, 6

15- COLIN A, PARENT P, ALIX D, CASTEL Y.

Mortalité et morbidité chez les enfants nés après hémorragie de la mère anté-partum.

Rev Pediat ; 1984, 20, 9 : 407-12.

16- CORREA P, BAH M.D, BERTHE M.A, DIA A.E.

L'hypertension artérielle au cours de la gravidopuerpéralité chez l'africaine.

Dakar Med ; 1982, 27 : 154-67.

17- CORREA P, BOURDAIS A, BAH D.

L'insuffisance rénale aiguë après hématome rétro-placentaire.

Bull Soc Med Afr Noire ; 1980, 25, 248.

18- COUVELAIRE A.

Am Gyneco Obstet ; 1912, 9, 486.

19- DE LEE J.B.

Abruptio placenta.

Am J Obstet Gynecol ; 1901, 14, 785.

20- DEVALERA E.

Abruptio placentae.

Am J Obstet Gynecol ; 1968, 10 : 599-606.

21- DREYFUS BURGER J.P, MIRKOVIC A.

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré. Considération sur 15 ans de statistiques.

Bull Fed Gynecol Obstet Fra ; 1961, 13 : 214-7.

22- DREYFUS M.

Métrorragies du 3^{ème} trimestre.

J Méd Strasbourg ; 1994, 25, 3-4 : 137-41.

23- ERIK SENG, WOHLERT M, ENSBAK V.

Placental abruption , a case control investigation.

Br J Obstet Gynecol ; 1991, 98 : 448-52.

24- FOURNIE A, DESPRATS R.

L'hématome rétro-placentaire (HRP).

In mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE).

Col Nat Gyneco Obstet Fr ; 1984 : 285-311.

25- FOUSEINI K.

Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas).

Thèse Méd ; Bamako, 1989. 48.

26- GETIN Y, HOULNE P, BUCAS J.P.

Les hématomes rétroplacentaire à symptomatologie incomplète.

Rev Fr Gynecol Obstet ; 1984, 79, 7-9 : 533-40.

27- GOLDITCH I.M, BOYCE N.E.

Management of abruptio placentae.

J Am A ; 1970, 212 : 288-93.

28- GOUFODJI S.S.

Contribution à l'étude de l'hématome rétroplacentaire à propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou.

Thèse Méd ; Bénin, 1986, 288.

29- GRIOT J.P.

Hématome rétroplacentaire.

Impact Intern ; 1992 : 81-85.

30- GUER N.J.M, THIBOURTINE, BUSSON P.

Coagulation intravasculaire disséminé et grossesse.

Vie Méd ; 1982, 6 : 409-14.

31- HADDA D.M, ZAYANI H.

Retro-placental hetaoma : A prpos of 114 cases.

Tunis Med ; 1979, 57, 2-3 : 133-5.

32- HAMADOUN G.

Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Bilan d'une année d'étude portant sur 70 cas recueillis à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd ; Bamako, 1988, 1.

33- KAREGGARD M, GENNSER G.

Incidence and recurrence rate of abruptio placenta in SWEDEN.

Obstet Gynecol ; 1986, 67 : 523.

34- KEHEL L.M, BRANCH W, SCOTT J.R.

Occult placental abruption after maternal traumat.

Obstet Gynecol ; 1988, 71, 3 : 449-53.

35- LEWIN D.

Les indications de l'opération césarienne en cas d'hématome rétroplacentaire.

Obstet Gynecol ; 1968 (spécial): 277-88.

36- Mc DONALD J.S, KRYC J.J.

Anesthesie considerations in the presence of intra partum emergencies.

Clin Perinatol ; 1981, 8, 1 : 145-54.

37- MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.

5^{ème} édit ; revue et augmenté, Masson ; 1993, 740p.

38- MONNIER J.C, LANCIAUX B, DOGNIN C, MARTINACHE J.P.

Aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques actuels dans les hématomes rétro-placentaires.

Rev Fr Gynecol Obstet ; 1982, 77, 3 : 167-73.

- 39- MOUNANGA M, KOUMBILA P, BOGUIKOUMA J.B, ZINSOU R.D.**
Complications maternelles et fœtales de l'HTA au cours de la grossesse : à propos d'une étude rétrospective de 78 cas.
Méd Afr noire ; 1985, 82 : 259-65.
- 40- NEGURA A.**
Considérations sur le traitement obstétrical de l'hématome rétro-placentaire (HRP) à partir de l'observation clinique de 12 cas.
Rev Fr Gynecol Obstet ; 1990, 85, 4 : 227-31.
- 41- NICOLOSO E, DERCOLE C, CASSEL N, AZOULAY P, CRAVELLO L, BOUBLI L, BLAN B.**
Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique.
Rean Soins Intens Méd Urg ; 1994, 19, 4 : 213-27.
- 42- OLAHK S, GEE H, NEEDHAM P.G.**
The management of severe disseminated intravascular coagulopathy complicating placental abruption in the second trimester of pregnancy.
Br J Obstet Gynecol ; 1988, 95 : 419-22.
- 43- OMU A.E, DIEJOMAOH F.M.**
Racials differences in the etiology of abruptio placentae.
Int J Gynecol Obstet ; 1981, 19, 3 : 205-10.
- 44- PAGE E.W, KING E.B, MERRILL J.A.**
Abruptio placentae : dangers of delay in delivery.
Obstet Gynecol ; 1954, 3 : 385-93.

**45- PRINTCHARD J.A, CUNNINOHAM F.G, PRINTCHARD S.A,
MASON R.A.**

On reducing the frequency of severe abruptio placentae.

Am J Obstet Gynecol ; 1991, 165 : 1345-51.

46- RAUDAN D, MUREAU C, THOULON J.M.

Etude de décollement du placenta normalement inséré sur deux séries consécutives de 10 ans chacune. Evolution du pronostic fœtal.

Xème journées Nationales Soc Fr Med Périnat ; Deauville ; 1980.

47- RIVIERA M, MAHON R, CHASTRUSSEL, DUBECO, MONDON H.

26 observations du décollement prématuré du placenta inséré bas : étude critique.

Bull Fed Soc Gynecol Obstet Fr ; 1958, 10 : 183.

48- ROUCHY R, GREZE J, LE DALL R, GROSSIEU P.

Diagnostic et traitement de l'hémorragie rétro-placentaire : étude de 150 observations.

Gyneco Obstet ; 1965, 64 : 37-44.

49- SHER G.

A rational basis for the management of abruptio placentae.

J Reprod Med ; 1978, 21 : 123-9.

50- SLIKE B, CARMODY M, O'DWYER N.F.

Acute renal failure in pregnancy.

Am J Obstet Gynecol ; 1987, 156 : 40.

51- SOFERMAN N, ROSENBERG M, HAIMOFF N.

Analyse de 108 cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Bull Fed Gynecol Obstet Fr ; 1963, 15 : 362-5.

52- THOULON J.M, STEINER H.G.

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves : à propos de 70 observations en série au cours d'une période de 9 ans.

Gynecol Obstet ; 1970, 69, 4 : 325-46.

53- UZAN S, UZAN M, BEAUFILS M, SFAR R.

Evolution comparée des paramètres cliniques, biologiques, échographiques et vélocimétriques en cas d'hématome rétro-placentaire.

Arch Mal Cœur ; 1989, 82 : 1063-8.

54- ZUGAIB M, BARROS A.C, BITTAR R.E, BURDMAN E.A, NEME B.

Abruptio placentae following make bite.

Am J Obstet Gynecol ; 1985, 151, 6 : 754-5.

CHAPITRE VII
BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :
HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO

N° Dossier: |||||

Année : //

1- Nom & prénom:

2- Age: ||

3- Profession: |

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

- Autre = préciser:

4- Ethnie: |

(1=bambara, 2=sarakolé, 3=peulh, 4=malinké, 5=sonraï, 6=dogon, 7=sénoufo,
8=bobo, 9=minianka, 10=bozo, 11=autres)

- Autre à préciser:

5- Résidence: |

(1à6=comuunelà 6, 7=hors commune)

6- Statut matrimonial: |

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

7- Niveau d'instruction: |

(1=aucun, 2=primaire, 3=secondaire, 4=supérieur)

8- Profession conjoint: |

(1=fonctionnaire, 2=commerçant, 3=paysan, 4=ouvrier,
5=élève/étudiant, 6=sans profession, 7=autres, 9=indéterminée)

- Autre à préciser:

9- Mode d'admission: |

(1=directe, 2=CSCOM CV, 3=autres structures santé District,
4=structures santé intérieure, 5=autre)

- Autre à précisé:

10- Motif: |

(1=douleur, 2=métrorragie, 3=choc, 4=HTA, 5=autres)

- Autre à préciser:

11- ATCD médicaux:

- HTA: | (1=oui, 2=non)

- Hémoglobinopathie: | (1=oui, 2=non)

- si oui préciser:

- Autres à préciser:

12- ATCD chirurgicaux:

- Césarienne: |__| (1=oui, 2=non)

- si oui nombre: |__|

- Myomectomie: |__| (1=oui, 2=non)

- Autres à préciser:

13- Grossesse antérieure

- Nombre gestité: |__| |__|

- Nombre parité: |__| |__|

- Nombre avortement: |__|

- Nombre HRP: |__|

- Mort-né : |__| (1=macéré, 2=frais, 3=absence)

- HTA: |__| (1=oui, 2=non)

14- grossesse actuelle:

- Terme en SA: |__| |__|

- CPN (nbre): |__| |__|

- Prise TA: |__| (1=oui, 2=non)

15- Examen à l'admission

- Signes généraux

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

- HTA: |__| (1=oui, 2=non)

. si oui chiffre: /__/_/ / /__/_/

- OMI: |__| (1=oui, 2=non)

- Température: |__| |__|, |__|

- Pouls: |__| |__| |__|

16- Examen obstétrical:

- Présentation: |__| (1=céphalique, 2=siège, 3=autres)

- autres à préciser:

- Poche des eaux: |__| (1=intactes, 2=rupture spontanée, 3=rupture artificielle)

- Dilatation : |__| (cm)

- Liquide amniotique: |__| (1=clair, 2=teinté, 3=méconial)

- Métorrhagie: |__| (1=oui, 2=non)

- Hauteur utérine: |__| |__| (cm)

- Hypertonie utérine: |__| (1=oui, 2=non)

- Rythme coeur foetal: |___| (nbre)
- Durée du travail: |__|__| (heures)

17- Voie d'accouchement: |__| (1=haute, 2=basse)

18- Traitement médical:

- Ocytociques: |__| (1=oui, 2=non)
- Anti HTA: |__| (1=oui, 2=non)
- Sang: |__| (1=oui, 2=non)
- macromolécules: |__| (1=oui, 2=non)
- Antalgiques: |__| (1=oui, 2=non)

. si antalgique préciser:

19- Traitement chirurgical: |__| (1=néant, 2=césarienne, 3=hystérectomie)

20- Indication: |__| (1=sauvetage maternel, 2=enfant vivant, 3=autres)

21- Etat de l'enfant:

- Apgar: |__| (1mn)
- poids: |__|__|__|__| (g)
- Evolution en 48H: |__| (1=vivant, 2=mort)

22- Annexes:

- Placenta:

- . Poids hématome: |___| (g)
- . Petit côté des membranes : |_____| (cm)
- . Cupule: |_____| (cm)

. Si problème funiculaire préciser:

23- Evolution de la mère: |__| (1=mort, 2=choc, 3=trouble de la coagulation, 4=sans complication, 5=complication rénale)

- Diurèse (cc/24H): |_____|

24- Examens complémentaires:

- Groupage rhésus: |__| (1=oui, 2=non)
- Taux d'hémoglobine: |_____| (g/100ml).

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : OUATTARA

Prénom : Moussa Abdoulaye

Titre de la thèse : Hématome rétro-placentaire : aspects épidémiologiques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Année : 1999-2000

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gyneco-Obstétrique.

RESUME

Sur une période de 6 ans au centre de santé de référence de la commune V, nous avons recensé 282 cas d'hématomes rétro-placentaires (HRP) sur 33184 accouchements, soit une fréquence de 0,85%.

L'HRP est un accident grave du 3^{ème} trimestre de la grossesse et une des causes de mortalité maternelle.

Un certain nombre de facteurs de risque a été évoqué :

- âge moyen 27 ans ;
- nullipare ou grande multipare (≥ 6) ;
- l'insuffisance ou l'absence du suivi prénatal.

L'évacuation rapide de l'utérus et la réanimation constitue la base du traitement.

Le pronostic maternel est relativement bon : 2,83% de décès.

Le pronostic fœtal est très mauvais : 70,21%.

Mots-clés : Hématome rétro-placentaire, épidémiologie, thérapeutique, pronostic.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.