

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de
la Recherche Scientifique

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple-Un but-Une foi



FAC FACULTE DE
PHARMACIE MEDICINE DE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE : 2010-2011

THESE

Thèse N°

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE :
INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue le/...../ 2011 par Monsieur

Maïga Mahamoudou Amir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Pr TRAORE Mamadou

Directeur: Pr DIARRA Issa

Co-Directeur : Dr TRAORE Soumana Oumar

Membre du jury : Dr THERA Augustin Tioukani

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- **Dieu tout puissant**, le Miséricordieux qui m'a permis par sa grâce de mener à terme ce travail.

- **Mon père Hamidou Maïga :**

Ce travail est le fruit de ton éducation, tes conseils, tes bénédictions permanentes et ta rigueur du travail bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois ici en remercié.

- **Ma mère Fadi Wadidié.**

Battez-vous ! Soyez toujours unis ! A toujours été Tes revendications. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut. Mère, nous voici arrivées à ce jour tant attendu par vous tous, que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles. Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès nous tes enfants.

Chers parents pour nous vous êtes des modèles. Puisse Dieu nous aide à conserver les valeurs que vous nous avez inculquées, nous accorde d'être ensemble longtemps afin que vous profitiez des fruits de votre labeur.

REMERCIEMENTS

A

Mon oncle :

- Dr Mahamane M Maïga et sa femme Dr Fatoumata Maïga

L'honneur de ce travail vous revient, vous avez toujours été un exemple pour moi, que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de forces pour nous accompagner. Amen !

Vous avez été pour nous tous un secours et une hospitalité. Votre soutien et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Soyez ici en remerciées.

Mes frères et sœurs

Hamma, Alpha, Oumou, Diahara, Kalil, Vieux-ber, Abdourhamane, Issa, pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garder dans l'union. Amen !

Mes maîtres médecins

Soumana Oumar Traoré, Moussokoro Oumar Traoré, Fanta Coulibaly, Mme Kamissoko, Mamadou Coulibaly, Mamadou Keïta, Hamidou Dicko, Hamady Sissoko, Adama Drabo, Abdrahamane Diabaté, Moctar Samaké, Nouhoum Diakité, Dabé Florent Diarra, Saleck Doumbia, Bekaye Traoré, Mariam Dolo, Badian Dembélé, Adama Dembélé, Karounga Camara, Aboudou Camara, Seydou Diabaté, Sory Keïta, Daniel Coulibaly, Dipa Touré, Cheick Traoré, Fatoumata Traoré, Mamadou Traoré, Sidi Boiré ...

A tous les internes du centre de santé de référence de la commune V et particulièrement mon équipe de garde

- Dr Ami Diarra
- Dr Gabriel Sangaré
- Nana Kadidia Haidara
- Mariam Diawara
- Madigata Doucara
- Dr Bana Cissé
- Dr Saleck Doumbia

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Soyez ici en remerciés.

A mes Amis

Naouma Cissé, Soumaïla Diallo, Dico Sow, Massaba Keïta, Azis Baby, Azis Maïga, Mountaga N'guette, Mahamadou Maïga, Halimatou Maïga ...

A la mémoire de tous ceux qui ont été arraché à notre affection

Puisse nos sacrifices vous apporter un bienfait. Nous vous garderons toujours dans nos mémoires. Reposez en paix.

A tous le personnel du C S Réf commune V du District de Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au C S Réf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien être de nos patients.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

A tous mes Maîtres qui m'ont appris les principes de la vie

Merci pour tous les enseignements reçus.

A notre maitre et président du jury :

Professeur TRAORE Mamadou

Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique

Secrétaire général de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Coordinateur national du programme GESTA Internationale.

Directeur de l'unité URFOSAME au C S Réf CV

Coordinateur de la JEAI-Mali/IRD

Point focal de la prise en charge du VIH chez les femmes enceintes

Détenteur du prix TARA BOIRE en Juillet 2011 à Bamako/Mali

Médecin chef du C S Réf CV du District de Bamako.

Cher Maître,

Merci de nous avoir accueillis dans votre service.

Ce travail est une fois de plus la preuve de votre attachement à la formation des étudiants en médecine.

Tout au long de votre enseignement nous avons été fascinés par votre sens élevé de la pédagogie mêlé à l'humour pour rendre plus digeste ce que vous transmettez.

Votre rigueur scientifique et vos qualités humaines font de vous un maître admiré.

Recevez ici cher maître notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur THERA Augustin Tioukani

Maître Assistant à la FMPOS

**Praticien au service de gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier
Universitaire du Point G.**

**Ancien chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro
Fomba de Ségou**

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de
siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de
vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

A notre maître et co-directeur :

Docteur TRAORE Soumana Oumar

Praticien en gynécologie obstétrique au C S Réf CV

**Leader d'opinion Local du Programme GESTA international
au C S Réf CV**

Point Focal de la Césarienne au C S Réf CV.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier au nom de tous les étudiants en stage au centre de santé de référence de la commune V pour votre courtoisie.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse :

Professeur DIARRA Issa

Maitre de conférences à la FMPOS

Praticien en Gynécologie obstétrique de la maternité de la Garnison de Kati

Médecin colonel dans l'armée malienne

Ancien directeur central des services de santé de l'armée malienne.

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de Thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions cher maitre d'accepter nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AAS : acide acétyl salicylique.

ATCD : Antécédent.

BDCF : Bruits du cœur foetal.

btts : Battements

C° : Degré Celsius.

CCC : Communication pour le changement de comportement.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée.

Coll : Collaborateur.

cm : Centimètre.

CPN : Consultation prénatale.

C.S.COM : Centre de santé communautaire.

C.S.Ref.CV : Centre de santé de référence de la commune V.

CUD : Contractions utérines douloureuses .

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement incéré.

EDS : Enquête Démographique et de Santé.

G : Gramme.

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement.

GEU : Grossesse Extra Utérine.

HTA : Hypertension artérielle.

HPP : Hémorragie du post partum.

HD : Hémorragie de la délivrance.

HDB : Hématome décidual basal.

HRP : Hématome rétro placentaire.

HU : Hauteur utérine.

J : Jour

l : Litre.

NFS : Numération formule sanguine.

MFIU : Mort fœtale in utéro.

ml : Millilitre.

mn : Minute.

mm : Millimètre.

mmhg : Millimètre de mercure.

OMI : Œdème des membres inférieurs.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PDF : Produit de dégradation de la fibrine.

PP : Placenta praevia.

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal.

TC : Temps de coagulation.

TCK : Taux de céphaline kaolin.

TP : Taux de prothrobine.

TS : Temps de saignement.

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétricale.

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique.

≥: Supérieur ou égale.

> : Supérieur.

<: Inférieur.

≤: Inférieur ou égale.

UI : Unité International

SOMMAIRE

A.

INTRODUCTION.....4

OBJECTIFS.....

.....7

B.

GENERALITES.....8

C. METHODOLOGIE.....

40

D.

RESULTATS.....52

E. COMMENTAIRES.....	
82	
F. CONCLUSION.....	93
G. RECOMMANDATIONS.....	94
H. REFERENCES.....	
96	
I.	
ANNEXES.....	100

A. INTRODUCTION

Le terme hématome rétro-placentaire (HRP) remplace celui d'apoplexie utéro-placentaire créée par Couvelaire, qui marquait mieux l'extension des lésions et leur apparition souvent brutale [28].

L'HRP est une hémorragie pure qui survient au troisième (3^{ème}) trimestre de la grossesse.

L'HRP est une complication des syndromes vasculo-rénaux ; il complique 3 à 5 % des pré-éclampsies sévères. C'est un accident qui survient de manière brutale et imprévisible le plus souvent. La symptomatologie clinique est trompeuse, pouvant être marquée par [26] :

- Des métrorragies isolées,
- Une souffrance fœtale,
- Une anomalie dynamique.

L'HRP est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI). Le pronostic est vital pour la mère (par choc hypovolémique ou par coagulation intra-vasculaire disséminée due à la libération de thromboplastines) et le fœtus (par hypoxie) car ce décollement occasionne la formation d'un hématome entre le placenta et la paroi utérine. Cet hématome interrompt rapidement la circulation materno-fœtale et entraîne des troubles hémodynamiques, une souffrance fœtale aiguë ou chronique, des troubles de la coagulation maternelle [26]. L'HRP reste un accident obstétrical dramatique de la fin de la grossesse d'autant plus que les conditions de réanimation nécessaires parfois pour sauver la vie de la mère et de l'enfant ne sont pas toujours suffisantes [7].

La mortalité et la morbidité fœtale demeurent élevées. Cependant il impose à l'obstétricien un diagnostic précoce afin que la prise en charge soit immédiate et efficace. L'HRP par sa brutalité et sa sévérité et ses conséquences représente l'une des urgences obstétricales les plus typiques [36].

En France la fréquence de l'HRP varie entre 0,25% [28, 33] et 0,5% [8, 35]. Dans les pays anglo-saxons, le taux observé est légèrement plus élevé se situant entre 1 et 2% [13, 34].

A Dakar, sur 141 cas étudiés BARNAUD et coll [6] ont trouvé une fréquence de 0,73% d'HRP.

Au Bénin, GOUFODJI [22] et GUIADEM [23] ont relevé respectivement en 1986 et en 1990 des fréquences de 0,48% et 0,49%.

Au Togo AKPAZADZA [3] dans une étude faite au CHU de Tokoin-Lomé de 1988 à 1992 trouvait sur 44 316 accouchements, 211 cas d'HRP soit une fréquence de 0,47%.

Au Mali : certaines études ont été consacré à l'HRP notamment celle de CISSE en 1988 à l'hôpital Gabriel Touré (HGT) qui a trouvé une fréquence de 1,28% [12]. En 2000 OUATTARA a trouvé une fréquence de 0,85% au centre de santé de référence de la commune V [29]. KONATE en 2005 trouva au CHU du point G et au CS.Ref C.V une fréquence d'HRP de 0,65% [26] et DIARRA en 2007 a rapporté au CSREF CV 1,25% [12].

En dépit des progrès réalisés sur le plan diagnostic et thérapeutique, l'HRP reste encore un accident imprévisible de diagnostic souvent difficile. La prise en charge nécessite une rapidité diagnostic et thérapeutique pouvant faire intervenir plusieurs spécialistes comme le réanimateur, le néphrologue, le gynécologue, le pédiatre.

La fréquence des formes frustes, le manque de couverture sanitaire, les grossesses insuffisamment suivies, les retard diagnostics et de prise en charge, la non disponibilité des produits sanguins font de ce syndrome hémorragique une priorité en salle de travail ; Pour ce faire, notre étude s'inscrit dans un cadre précis cherchant à cerner d'avantage toutes les questions liées aux indications de la césarienne de cette forme d'hémorragie dans notre contexte de travail.

Ainsi nous formulons les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

- Etudier les indications de la césarienne dans l'HRP au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V (CSREF CV).

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la part de la césarienne dans la prise en charge de l'HRP dans notre service,
- Déterminer le profil socioprofessionnel des patientes,
- Déterminer les indications opératoires de l'HRP dans le service,
- Rapporter le pronostic maternel et périnatal immédiat.

B. GENERALITES

I- Définition :

L'hématome rétro-placentaire est un accident aigu hémorragique survenant dans les dernières semaines de la grossesse ou pendant le travail. Il est caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine décollant prématurément le placenta normalement inséré.

Cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [28]. L'hématome ainsi constitué entre la paroi utérine et le placenta interrompt la circulation materno-fœtale, entraînant des troubles hémodynamiques, une souffrance fœtale aigue ou chronique, des troubles de l'hémostase.

Il s'agit donc d'une pathologie obstétricale d'une extrême urgence connue encore sous les noms suivants :

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI).
- Abruptio placenta (arrachement du placenta) [2].
- Apoplexie utéro-placentaire qui selon Couvelaire, est une forme grave de la maladie.

II- Historique :

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois par **BAUDELOQUE** en 1802 en France et par **RIGLEY** en Angleterre en 1811. **BAUDELOQUE** décrit la cupule rétro-placentaire des hémorragies cachées.

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

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

DELEE [15] en 1901 décrivait à l'occasion d'un HRP le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée qu'en 1936 par **DIEKERMAN** ;

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

III- Epidémiologie :

L'HRP passant inaperçu dans ses formes mineures et n'étant révélé que par un examen attentif il est difficile de donner une fréquence exacte. Néanmoins les fréquences révélées dans les publications sont de 0,25 à 3,08%.

Tableau I : Fréquence de l'HRP dans certains pays occidentaux, d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb selon la littérature.

HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO

Auteurs	Années	Pays	Fréquence en %
MERGER	1974	France	0,25
THOULON	1995	France	0,26
DEVALERA	-	USA	2,7
BOURDAIS	1980	Sénégal	0,73
ALLANGBA	1991	Côte d'Ivoire	2,44
ASSANI	1988	Côte d'Ivoire	3,08
HADDA	1979	Tunisie	0,25
BOUAOUDA	-	Maroc	1,16
OMU	1981	Nigéria	0,42
HAMADOUN	1988	Mali	1,28
Mme MAREGA FATOUMATA. C	2001	Mali	0,56
OUATTARA. M.A	2000	Mali	0,85
KONATE SAKOBA	2006	Mali	0,65
DIARRA. S	2007	Mali	1,25

IV RAPPELS

1 INTERET DE LA QUESTION

- Sauvetage du fœtus si BDC présent.
- Sauvetage maternel si fœtus mort avec coagulopathie maternelle ou trouble hémodynamique.

- Vérifier de visu la bonne rétraction utérine qui arrête le saignement et si tel n'est pas le cas, une hystérectomie peut être décidée.

A- Rappel sur l'utérus gravide :

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la nidation à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. L'utérus gravide comprend anatomiquement : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur. L'utérus gravide à terme pèse environ entre 900 et 1200 g et sa capacité varie entre 4 à 5 litres.

1- La vascularisation de l'utérus gravide

Elle est composée d'artères, de veines et de lymphatiques.

a- Les artères : Branches de l'artère utérine, elles augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Ces branches s'anastomosent entre elles de chaque côté. Mais sa zone médiane longitudinale est peu vascularisée et c'est pourquoi elle est le lieu de prédilection pour l'incision d'hystérotomie dans la césarienne corporéale.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur. Cette disposition permet la dilatation du col sans léser les vaisseaux.

b- Les veines : Elles forment de gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporéales réduites à l'endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme soumise ainsi à la rétroactivité des anneaux musculaires après la délivrance.

c-. Les lymphatiques : Nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux : réseau muqueux, réseau musculaire et réseau sous séreux, qui communiquent largement entre eux.

B- Rappels sur le placenta :

1-Définition :

Le placenta est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus. Il se greffe sur la muqueuse utérine et fixe l'embryon à l'organisme maternel par le cordon ombilical.

Après la nidation, tandis que l'embryogénèse se poursuit, se forment également les annexes embryonnaires qui sont: le placenta, le cordon ombilical, les membranes de l'œuf et le liquide amniotique ; ces dispositifs assurent la protection, la nutrition et l'oxygénation de l'embryon puis du fœtus pendant la vie intra-utérine.

2- Formation du placenta :

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5^e jour de la gestation. Il constitue la couche la plus superficielle du blastocyste appelé couronne trophoblastique. Cette couche comprend également deux assises de cellules différentes :

- la première assise plus profonde : le cytotrophoblaste,

- la deuxième assise plus superficielle : le syncytiotro- phoblaste.

Après de nombreuses transformations, c'est au 21^e jour post-gestationnel que le réseau vasculaire intravillositaire se raccorde aux vaisseaux allantoïdes et par leur intermédiaire au cœur fœtal. La circulation foeto-placentaire est ainsi établie.

Après d'autres modifications c'est à partir du 5^e mois que le placenta conserve la structure générale qu'il a désormais acquise. Son volume continue à s'accroître, les villosités se multiplient mais sans modifications structurales.

3- Anatomie macroscopique du placenta

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse discoïdale ou elliptique. Il mesure 16 à 20 cm de diamètre. Son épaisseur est de 2 à 3 cm au centre ; 4 à 6 mm sur les bords. Son poids est de 500 à 600 grammes soit le sixième de celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Il comprend 2 faces et un bord :

- la face fœtale : elle est lisse, luisante et 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 : elle est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septas,
- le bord : il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

4- Physiologie du placenta (échanges foeto-maternelle)

Le placenta est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa respiration et sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse.

Enfin il protège contre les agressions bactériennes et toxiques. A noter que les bactéries sont arrêtées par la barrière placentaire où ne passent que tardivement. En revanche, les virus la traversent facilement d'où le danger d'atteinte de l'œuf. Parmi les agents parasitaires le toxoplasme et l'hématozoaire du paludisme passent dans la circulation fœtale. Le placenta régit également le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges trans-placentaires se font par plusieurs mécanismes (au nombre de quatre) :

- Diffusion simple (dépendant des flux sanguins maternels et fœtaux),
- Diffusion facilitée : la substance est transférée, d'une concentration élevée vers une concentration basse, par une molécule porteuse spécifique,
- Transport actif : les petites molécules se lient à une protéine parfois contre un gradient de concentration. Les macromolécules et les particules utilisent l'endocytose (processus d'invagination et traversée de la cellule dans des vésicules qui sont excrétées de l'autre côté),
- Passage direct (très rarement).

Fonction endocrine du placenta : le placenta sécrète essentiellement quatre familles hormonales principales :

- deux sont des hormones protéiques

- La gonadotropine chorionique
- L'hormone lactogène placentaire (hormone de croissance)

- deux sont des hormones stéroïdes

- Les oestrogènes
- La progestérone.

C- Anatomie-pathologie

La lésion anatomique de l'HRP est l'hématome décidual basal (HDB).

Cet hématome est développé dans la zone de clivage du placenta et de l'utérus.

On distingue trois degrés.

1- l'hématome décidual basal (HDB)

- **Macroscopie** : cet hématome se traduit à l'examen de la face maternelle du placenta par la présence d'un caillot arrondi noirâtre plus ou moins adhérent à la face maternelle, des cotylédons 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 est une cupule plus ou moins profonde. Cette cupule est parfois visible sans que le caillot soit 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 intervillieuse 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'infarctissement plus anciennes.

- **Microscopie** : 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.

2 - L'apoplexie utéro-placentaire

Les lésions hémorragiques (rupture des capillaires) diffusent plus ou moins à tout l'appareil génital ; Aspect bigarré de l'utérus et des annexes.

3 - L'apoplexie viscérale diffuse

Le processus hémorragique dépasse la sphère génitale : Lésions viscérales étendues (foie, pancréas, reins).

L'utérus est le siège d'une infiltration ecchymotique prédominant en regard de la zone d'insertion placentaire ou plus étendue. Le myomètre est microscopiquement oedématié et infiltré. La séreuse peut être fissurée, et l'on retrouve assez souvent un suintement séro-hématique dans la cavité péritonéale.

V- Physiopathologie de l'HRP

Elle permet de comprendre la gravité de l'hématome rétro-placentaire. On peut apparenter l'HRP au choc d'intolérance ou phénomène de REILLY, parce qu'il frappe l'organe (placenta) au moment de sa plus grande activité fonctionnelle. Le système neuro-végétatif joue un rôle important dans l'éclosion de l'accident.

Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales, provenant des artères spirales qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois

vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisé à la zone utéro-placentaire. Ainsi se constitue l'hématome rétro-placentaire.

Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie. Il faut du temps pour arriver à la coagulation intra-vasculaire disséminée.

Cependant, un phénomène réactionnel survient, qui combat cette fibrination intravasculaire excessive. La fibrine est lysée par des fibrinolysines formés sous l'influence d'activateurs d'enzymes en provenance eux aussi du placenta. Cette fibrinolyse réactionnelle d'abord bienfaisante en ce qu'elle modère la fibrination intra-vasculaire, peut devenir dangereuse en créant un véritable cercle vicieux : Une défibrination au fur et à mesure de la production de fibrine, d'où un appel continu de fibrinogène jusqu'à son épuisement. L'afibrinogénémie est d'autant plus grave que les autres éléments de la coagulation (prothrombine, système des activateurs : convertine, accélélerine), se trouvent eux aussi détruits.

Cette chaîne d'effets nocifs ne sera rompue que par l'évacuation de l'utérus qui supprime la source des thromboplastines et fibrinolysines.

Du côté rénal : l'hémorragie entraîne un choc hypovolémique.

Le choc crée d'abord les lésions habituelles du « rein de choc » qui consistent en une nécrose tissulaire épithéliale dont la régression complète est possible et fréquente. Ces lésions du rein de choc ne s'opposent pas à celles de la nécrose corticale du rein, les lésions de nécrose glomérulaire qui sont définitives, donc mortelles.

Tous les intermédiaires existent depuis les lésions tubulaires aisément guérissables, jusqu'aux nécroses corticales totales, en passant par les lésions de nécrose corticale en foyer.

A la théorie pathogénique du spasme vasculaire prolongé engendrant vasoconstriction, ischémie et nécrose, on substitue celle de la libération des thromboplastines ovulaires qui conduit à la fibrination vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci provoque la vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. Ce processus de thrombose ne se produit pas si la fibrinolyse réactionnelle est assez puissante.

A l'inverse, si la fibrinolyse va trop loin, privée de frein de ses inhibiteurs, c'est l'incoagulabilité qui est à redouter. Sachant que les thromboplastines et les fibrinolytiques sont les unes et les autres d'origine ovulaire, on comprend l'intérêt préventif de l'évacuation de l'œuf et le danger de se fier trop longtemps au seul traitement médical.

Chez les fœtus : la désinsertion de la plus grande partie du placenta entraîne l'arrêt des échanges fœto-maternels d'où la mort inéluctable.

Dans certains cas, la désinsertion peut être limitée, l'enfant naît vivant sans aucun trouble, l'examen du délivre retrouve une petite déformation en cupule : cela caractérise les formes latentes.

Dans d'autres cas, la désinsertion est un peu plus importante, le fœtus présente alors des signes de souffrance fœtale.

VI- Classification des HRP

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

des formes anatomo-cliniques plusieurs classifications ont été proposées. Cependant nous nous contenterons des classifications suivantes. Il s'agit de celles de **SHER, SEXTON, PAGE, HAYNES**.

A- Tableau II : Classification de l'HRP selon SHER

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

Grades	Symptomatologies
❖ Grade I :	- métrorragie minime inexplicée, le diagnostic est rétrospectif
➤ Grade II :	- Il existe des signes cliniques mais le fœtus est vivant
❖ Grade III :	- il existe des signes cliniques et mort fœtale, subdivisé en :
• Grade III a :	- Sans troubles de la coagulation
• Grade III b :	- Avec troubles de la coagulation

B- Tableau III: Classification de l'HRP selon SEXTON

Stades	Symptomatologies
Stade I	- moins de 1/6 de la surface placentaire décollée - hémorragie < à 400 cm ³
Stade II	- 1/6 à 1/2 de la surface placentaire décollée - hémorragie > 400 cm ³
Stade III	- plus de la 1/2 de la surface placentaire décollée - utérus de bois

- état de choc

C- Tableau IV : Classification de l'HRP selon PAGE

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

Stades	Symptomatologie
Stade 0	- Forme asymptomatique
Stade I	- Hémorragie externe minime, - Contracture utérine discrète, - Fœtus vivant
Stade II	- Hémorragie externe minime, - Contracture utérine discrète, - Albuminurie massive
Stade III	- Choc maternel, - Contracture utérine, - Mort fœtale, - Troubles de la coagulation

D- Tableau V : Classification de l'HRP selon HAYNES

Groupes	Symptomatologie
Groupe I ou formes discrètes	- hémorragie + utérus tendu - trouble de la coagulation = 0
Groupes II ou formes moyenne	- hémorragie modérée - tension utérine - mort fœtale

- chute modérée du fibrinogène

Groupe III

- hémorragie

ou

- utérus de bois

formes graves

- choc maternel

- mort fœtal

- chute importante du fibrinogène

VII- Facteurs de risques de l'HRP

1- Antécédent d'HRP

L'HRP a tendance à se répéter dans un contexte d'HTA ou de troubles métaboliques. Les femmes ayant déjà fait un HRP auraient environ 10% de chance de voir reproduire l'accident. Cette constatation n'a toujours pas reçu d'explication.

2- Tabac

Par diminution du flux placentaire, le tabac entraîne une ischémie avec hypoxie placentaire qui serait à l'origine des nécroses déciduales.

3- Autres facteurs favorisants

Ce sont :

- Rupture prématurée des membranes,
- Terme dépassé,
- Niveau socio-économique bas [14],
- L'influence des saisons,
- célibat,
- antécédents d'avortement,
- les rapports sexuels au 3^{ème} trimestre de la grossesse [11].

Les trois derniers facteurs cités, plus difficiles à mettre en évidence, ont été évoqués par certains auteurs [11].

VIII – Etiologie :

A - Hypertension artérielle gravidique ou chronique :

C'est la circonstance la plus classique de survenue d'un HRP et plus particulièrement la prééclampsie [19]. L'HTA gravidique est retrouvée dans 40 à 50% des DPPNI.

L'HRP est l'une des complications paroxystiques et imprévisibles [19 ; 33] de la toxémie gravidique.

B - Age – parité

L'HRP semble plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primigestes [21].

La primipare jeune présente volontiers les HRP qui compliquent une HTA chroniques ou récidivantes.

Le taux d'HRP augmente également avec la parité. Selon certains auteurs, la fréquence double à partir de la 4^{ème} grossesse et triple à la 5^{ème} grossesse [1].

C- Traumatismes

Deux types de traumatismes sont en cause :

- Les traumatismes abdominaux : accident de la voie publique, chute etc.)
- Les traumatismes obstétricaux : amniocentèse, version par manœuvre externe sont susceptibles d'entraîner l'HRP [9].

D- Accidents funiculaires

La traction du fœtus sur le placenta (cordon court, circulaire du cordon) pourrait entraîner un décollement placentaire [1].

E- Autres causes

- Les hémorragies du 1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse, la menace de fausse couche [18].

- Certaines conditions de travail semblent constituer un terrain favorable : la station debout associée à de nombreux déplacements [18].
- L'évacuation rapide d'un utérus distendu : un hydramnios par (décompensation utérine brutale), grossesse gémellaire [32].
- L'expression utérine brutale (surtout dans un accouchement du siège)[32].
- L'accouchement de siège : le décollement survient par contracture utérine alors qu'il ne reste plus que la tête fœtale dans le segment inférieur (l'utérus se contractant en quelque sorte à «vide»)[32].
- L'amniocentèse : prélèvement de liquide amniotique par ponction transabdominale. Une bonne localisation devrait les éviter [35].
- La survenue d'HRP peut être favorisée par la présence d'un anticoagulant circulant ou d'un anticardiolipide.
- Le sexe masculin du fœtus favoriserait la survenue d'HRP [32].
- La race noire favoriserait la survenue d'un HRP.
- Les malformations fœtales.
- Causes idiopathiques : dans 30% des cas, aucune cause déclenchante de l'HRP n'est retrouvée.

IX - Clinique

A - Forme complète

L'HRP survient au troisième trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

EN DEHORS DU TRAVAIL

- Métrorragies -2/3 des cas : typiquement brunâtre, mais faite de couleur variable parfois sang frais.
- Douleurs utérines : typiquement à type de contracture utérine, parfois confondues avec des contractions. Dans certains cas anomalie de la contractilité utérine : mauvais relâchement ou hypertonie.
- Anomalies isolées du RCF : traduisant la réduction des échanges transplacentaires.
- Tableau de MAP : l'hématome collecté est un puissant irritant du muscle utérin responsable d'un travail prématuré peu accessible aux tocolytiques.
- MFIU inexplicquée : l'HRP serait la première cause de ce type d'accident et doit être systématiquement recherché en pareil cas.

PENDANT LE TRAVAIL :

- Anomalies de la dynamique utérine : hypertonie, mauvais relâchement, hypercinésie.
- Anomalies du RCF : tachycardies ou ralentissements tardifs.
- Liquide amniotique sanglant ; parfois l'évolution peut se faire vers une coloration verdâtre témoignant de l'issue de méconium.

1- Au début

Contrairement à celui de l'éclampsie il est brutal sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même d'hypertension préalable. La crise éclate avec soudaineté. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable (souvent vive et d'apparition brutale), de perte de sang noir. Il se produit un effondrement rapide de l'état général (tout de suite l'état général cesse d'être bon). La femme est angoissée.

2- Période d'état

Elle est très vite constituée.

a- Signes fonctionnels : la douleur abdominale persiste, sous forme de crampe continue, parfois très violente à coup de poignard, parfois modérée. Cette douleur de siège utérin avec des irradiations lombaires et crurales, diffuse rapidement dans l'ensemble de l'abdomen.

L'hémorragie externe est d'abondance variable, mais en général modérée ou quelque fois minime faite de caillots noirs. Sa quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

b - Signes généraux : ils sont ceux du choc :

- Pâleurs conjunctivo-plantaire, prostration et refroidissement des extrémités
- Faciès angoissé ; souvent une dyspnée « Sinématéria » s'installe
- Les traits sont tirés
- Le pouls est du moins au début lent, très vite il s'accélère et s'affaiblit
- La tension artérielle est élevée au début et chute brusquement traduisant le choc
- Les urines minimales et foncées avec protéinurie massive.

c- Signes physiques : l'examen obstétrical permet de confirmer le diagnostic. Il révèle :

- une hypertonie utérine permanente, L'utérus est dur «comme du bois » et douloureux au palper, pouvant aller jusqu'à la contracture utérine.
- une ascension du fond utérin difficile à apprécier. On peut noter une augmentation rapide de la hauteur utérine lors des examens successifs.

A l'auscultation : les bruits du cœur fœtal (BDCF) sont souvent absents.

Au toucher vaginal : le segment inférieur est dur, tendu spasmé en « Sébile de bois », le col est fermé, rigide, cerclé comme par du fil de fer. La poche des eaux est tendue si elle existe. Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtres. En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic de l'HRP.

B- Formes cliniques

1 - Forme avec hémorragie externe abondante

Lorsque le placenta est relativement bas inséré 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.

2 - Formes moyennes

L'état général est moins altéré, en particulier le choc est moins marqué.

3 - Formes frustes

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

4 - Formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra-génitale :

Le 1^{er} signe est soit, une hématurie, soit une hématomèse. Les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement.

5- Formes récidivantes à des grossesses successives

Elles ne sont pas rares. On les desserve surtout dans les HRP d'origine toxémique. La récurrence tend à être plus grave que l'accident observé lors de la grossesse précédente [21].

6- Formes associées :

1- HRP plus placenta prævia

L'association est classique, mais la fréquence varie selon les critères de définition choisis. Pour certains 4,5% des placenta prævia se compliquent d'un HRP [13].

2- HRP plus rupture utérine

C'est une forme très grave.

7- Formes d'origine traumatiques :

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

Elles réalisent une forme moins grave, stabilisée pour laquelle la conduite obstétricale est difficile, en particulier en cas de prématurité [25].

C- Diagnostic différentiel :

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

- Pour les métrorragies, on a :

1- Placenta prævia :

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.

2- Rupture utérine (surtout sur utérus cicatriciel) :

Elle est généralement spontanée et survient sur un utérus fragilisé, le plus souvent cicatriciel. On retrouve une notion de dystocie. Le tableau clinique associe le syndrome de pré-rupture avec douleur segmentaire, contracture localisée. L'absence d'hypertonie, le fœtus sous la peau et l'hémorragie variable permettent le diagnostic.

3- Hémorragie de Benkiser :

Rupture d'un vaisseau prævia liée à l'insertion vélamenteuse du cordon lors de la rupture spontanée des membranes (origine fœtale). Urgence extrême s'il y a des signes de souffrance fœtal en relation avec une hémorragie fœtale : (traitement en fonction des conditions locales : forceps ou césarienne immédiate).

4-L'hématome décidual marginal :

Il provient d'une déchirure des veines utéro-placentaires marginales. Il survient sur un placenta latéral bas situé et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement fœtal.

5- Saignements d'origine cervicale :

En cours du travail le plus souvent, pouvant témoigner aussi d'une cervicite, d'un polype cervicale, d'une lésion du col.

6- Eventuellement l'embolie amniotique :

Le pronostic est effroyable.

7- Une menace d'accouchement prématuré :

N'oubliez jamais qu'une MAP qui saigne ne doit pas être mise sous B-mimétique, éliminer d'abord un HRP ou un PP.

- Pour les douleurs, on a :

Toutes les causes de douleur abdominale et en particulier :

8-Hydramnios ou appendicite de la fin de la grossesse

(Diagnostic clinique et échographique).

A cause de la tension permanente de l'utérus.

9-Torsion d'un kyste de l'ovaire, hémorragie intrapéritonéale

A cause de l'importance des signes généraux

10- Les contractions utérines, dans le cadre d'une MAP par exemple. Mais attention car les contractions utérines peuvent tout à fait s'intégrer dans le diagnostic d'HRP.

D- Complications :

- **Fœtales :**

C'est la réduction voire l'interruption des échanges trans-placentaires pouvant entrainer une asphyxie voire une mort in utéro (mortalité périnatale 30-60%).

➤ **Maternelles :**

Elles sont essentiellement de trois ordres

- Les troubles de la coagulation
- Les accidents rénaux
- Le choc hypovolémique
- L'apoplexie utéroplacentaire de COUVELAIRE
- Les troubles métaboliques (HELLP syndrome)

1- 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 intravasculaire disséminée (CIVD) puis dans un second temps une fibrinolyse. Ces processus vont à leur tour rendre le sang incoagulable. Il s'en suit une hémorragie utérine continue et incœrcible. Le risque mortel est grand.

2- 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 recourir 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.

3- Le Choc hypovolémique : Le choc hypovolémique peut entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse. C'est le syndrome de SHEEHAN ou panhypopituitarisme.

4- L'apoplexie utéroplacentaire 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 nécessité 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.

E- Examens complémentaires :

Un bilan de la coagulation est indispensable pour faire le diagnostic de la coagulopathie de consommation, voire de la fibrinolyse secondaire. On demandera les examens suivants :

- Protéinurie à la bandelette, puis albuminurie sur échantillon ou sur la diurèse des 24h quand cela est possible.

- La numérotation formule sanguine peut montrer un taux d'hémoglobine abaissé témoignant de l'anémie maternelle ; cependant, une hémococoncentration due au début du choc

(qui pourra être appréciée par la protidémie ou la créatininémie) peut masquer cette anémie. Le taux de plaquettes peut être abaissé en rapport avec une CIVD, qui d'ailleurs peut rester uniquement biologique sans traduction clinique.

- Le bilan d'hémostase pourra montrer des signes de CIVD (TP bas, TCK allongé, baisse du fibrinogène, PDF et complexes solubles augmentés, temps de lyses des euglobulines allongé).

- Attention, car parfois le seul signe biologique est une baisse des plaquettes !

- Le bilan hépatique peut être perturbé montrant une cytolysse dans les formes intriquées avec un Hellp syndrome.

- L'uricémie en soit n'a aucun intérêt à la phase aiguë de cette pathologie qui rentre dans le cadre nosologique des syndromes vasculo-rénaux de la grossesse ; basse, elle n'exclue pas le diagnostic ; élevée, elle n'est pas un marqueur pronostique.

- L'échographie : Elle est utile dans les formes discrètes ou modérées. Elle confirme le diagnostic d'HRP et permet la recherche de la vitalité fœtale. Elle n'a de valeur que si elle montre un décollement placentaire ; négative, elle

n'élimine pas le diagnostic ; le plus souvent, elle met en évidence une augmentation de l'épaisseur placentaire.

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

- Le RCF (rythme cardiaque fœtal) peut être normal ou révéler la présence d'une souffrance fœtale, un rythme plat ou sinusoidal ou une tachycardie (plutôt en faveur de la chronicité) ou des décélérations avec une mauvaise récupération ou avec une bradycardie (plutôt en faveur d'une souffrance fœtale aiguë). Ces signes de souffrance fœtale ont une grande valeur pour le diagnostic d'HRP.

F- Traitement :

Il a deux buts :

- compenser les pertes sanguines
- arrêter l'hémorragie.

Cela n'est possible que par une évacuation utérine rapide.

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

1-Traitement médical :

a- Mise en condition de la patiente

Elle consiste à :

- prendre des voies veineuses sûres et efficaces,

- mettre en place une sonde urinaire à demeure.

Il faut entreprendre rapidement le bilan sanguin comportant :

- le groupage rhésus,

- le taux d'hématocrite, le taux d'hémoglobine.

- et la crase sanguine.

b- Compenser les pertes

Il faut procéder au remplissage de la patiente à l'aide de solutés de remplissage (sérum salé, ringer lactate, dextran, haemacel etc.) et surtout du sang frais.

Actuellement, on utilise essentiellement le sang total. Le remplissage sera basé sur l'importance du choc et le taux d'hématocrite plutôt que sur l'hémorragie extériorisée. Le contrôle de la pression veineuse centrale permet d'éviter les surcharges.

c- Arrêter l'hémorragie

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^R 1 million UI en IV)

-L'héparinothérapie à faible dose dans les cas de CIVD (thérapeutique peu utilisée).

L'évolution 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.

2- Le traitement obstétrical :

a - Césarienne

Quand elle est indiquée doit suivre immédiatement la mise en place des soins de réanimation.

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.

Elle sera pratiquée avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général. Le fœtus est presque toujours mort. Mais c'est la vie maternelle qu'il faut protéger. L'opération est accompagnée des soins de réanimation, du rétablissement de la masse sanguine et de la correction des troubles de la coagulation. La césarienne doit être conservatrice et l'hystérectomie n'a que d'exceptionnelles indications même lorsqu'ils ont cet aspect bigarré auquel on attachait jadis une mauvaise réputation, de leur totale valeur fonctionnelle.

b- Accouchement par voie basse

Il peut être accepté dans les cas suivants :

- Pronostic maternel non mis en jeux 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 sera systématique après l'accouchement.

G- Pronostic :

Le pronostic de l'HRP est mauvais, l'HRP reste une des complications les plus graves de l'obstétrique

➤ Le pronostic fœtal :

La mortalité fœtale est de 30 à 60% [24].

La mortalité périnatale est de 20 à 35%.

Le pronostic fœtal est fonction de l'étendue du décollement, des lésions utérines associées, de l'importance du choc. il est mauvais. La mort est fréquente, au point que la disparition de l'activité cardiaque était un des signes classiques du syndrome. Toutefois, le pronostic fœtal s'est amélioré, et lorsque les malades sont vues à la phase de début, avant la mort du fœtus, la césarienne peut en sauver certains, voués à l'anoxie et à la mort en l'absence d'intervention.

➤ Le pronostic maternel :

- La mortalité maternelle atteint 1% du fait des complications.

- Le risque de récurrence est élevé, supérieur à 10% et à 30% si la patiente a un ou deux antécédents d'HRP (Uzan, 1995) ;

- Si la nouvelle grossesse est souhaitée, il faut proposer l'arrêt du tabac, une supplémentation en acide folique, un repos strict avec hospitalisation au 3^{ème} trimestre, une surveillance des signes cliniques de la croissance fœtale et de la vélocimétrie doppler.

- Certaines études ont montré qu'il n'y avait pas d'augmentation du nombre d'HRP dans le groupe traité par aspirine (étude multicentrique clasp.1994).

* Chez une patiente hypertendue ayant un ou deux antécédents d'HRP on peut proposer 50 ou 100mg d'aspirine par jour en l'absence de contre indication. On débute vers la 14^{ème} semaine d'aménorrhée, le traitement qui sera arrêté vers la 34^{ème} semaine d'aménorrhée.

Cette prescription, si elle réduit le taux de prééclampsie (25 %) et le taux de retard intra utérin (12%), n'abaisse pas le taux de mortalité ni le taux d'HRP (NPI) (Hault,1995)

En fait la prévention par aspirine à raison de 150mg par jour a été surtout recommandée en cas d'antécédent de prééclampsie compliquée de retard de croissance intra utérin.

Le problème d'une extraction systématique avant la date à laquelle s'est produit l'accident à la grossesse précédente peut se poser.

La mort devrait devenir exceptionnelle. En effet, si l'on est aujourd'hui en mesure de surmonter les redoutables troubles de la coagulation et la plupart des anuries, le traitement doit aussi prévenir ces graves complications

C. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

1.1. Description du service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V

Le Centre de Santé de Référence de la commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé des structures de santé de premier niveau (9 CSCOM) qui y réfèrent les patients.

a. Le service de gynécologie obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V comprend :

- ✓ Une unité grossesses à risque.
- ✓ Une unité accouchement/suites de couche.
- ✓ Une unité de soins après avortement (SAA).
- ✓ Une unité de CPN (consultations prénatales).
- ✓ Une unité de PF (planning familial) et consultation post natale.
- ✓ Une unité bloc opératoire et post opérées.
- ✓ Une unité grossesses à risque et pathologies gynécologiques.
- ✓ Une unité des urgences gynécologiques et obstétricales.
- ✓ Une unité de vaccination.
- ✓ Une unité de consultation gynécologique.

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un professeur agrégé en gynécologie-obstétrique qui est le chef de service
- Deux gynécologues-obstétriciens.
- Un D.E.S en gynéco-obstétrique.
- Cinq étudiants en médecine faisant fonction interne (FFI).
- Deux sages femmes.
- Deux aides-soignantes.
- Un assistant médical en anesthésie.
- Un technicien de laboratoire.
- Un (e) caissier (e).
- Un chauffeur d’ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (CHU G.T, CHU P.G, CHU Kati) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- Trois techniciens de surface assurant la propreté du service.

b. Matériels et activités :

Au niveau de l’organisation matériel du service de garde, l’équipe dispose de :

- Quatre tables d’accouchement ;
- Une salle d’opération fonctionnelle ;
- Un dépôt de sang ;
- Des kits de césarienne ;
- Un kit de médicaments d’urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Un staff quotidien de 30mn a lieu tous les jours de la semaine à 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours

du staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés pendant les 24 heures écoulées.

Les consultations se déroulent du lundi au jeudi assurées par des spécialistes de gynécologie obstétrique, et 4 jours de programme opératoire.

Les urgences sont assurées tous les jours par une équipe de permanence et de garde.

Les malades hospitalisées bénéficient d'une visite journalière et une visite générale est assurée tous les mercredis avec l'ensemble des médecins et le reste de l'équipe.

Notre service dispose d'un laboratoire d'analyse équipé d'une mini banque de sang qui est ravitaillé de façon hebdomadaire a par du centre national de transfusion sanguine (CNTS) sise à quinzambougou.

Par ailleurs, les unités de sang commandées pour les interventions programmées qui n'ont pas été utilisé sont récupérées et utilisées pour les urgences comme l'HRP.

Néanmoins, vue le nombre élevé des urgences obstétricales avec au 1^{er} rang l'hémorragie, nous sommes très souvent confrontés à un problème de manque de sang et de dérivés sanguins.

Au sein de l'unité bloc opératoire, nous disposons d'une salle de réveil post opératoire équipé de 2 lits, 2 sources d'oxygène et d'une lampe chauffante pour les nouveau-nés. Un faisant fonction d'interne de garde assure une surveillance permanente des opérées dans la dite salle de réveil.

Cependant, nous ne disposons d'unité de réanimation.

Le responsable du CS Réf CV assure la formation théorique et pratique des étudiants en médecine et des médecins inscrits au D.E.S de Gynécologie-obstétrique.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive.

3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009, soit 12 mois.

4. Population d'étude :

La population cible de notre étude est constituée les femmes ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique durant la période d'étude et ayant présenté un hématome retroplacentaire.

5. Echantillonnage :

5.1. Méthode :

La méthode d'échantillonnage utilisée est non probabiliste.

5.2. Technique :

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif de tous les cas d'hématome retroplacentaire ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V au cours de la période d'étude.

5.3. Taille de l'échantillon :

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 117 cas d'hématome retroplacentaire.

6. Critères

6.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude :

- Toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne dans le service pour hématome retroplacentaire.

6.2. Critères de non inclusion

- Toute femme ayant présenté un hématome retroplacentaire et ayant accouché par voie basse dans notre service.

7. Variables étudiées:

Les variables suivant ont été étudiées :

- L'âge,
- Le statut matrimonial,
- Le niveau d'instruction,
- Le mode d'admission,
- La gestité,
- la parité,
- Les antécédents médico-chirurgicaux,
- Les pathologies maternelles,
- Le nombre de consultation prénatale,

- Le terme de la grossesse,
- Les données de l'examen obstétrical (HU, hypertonie, dilatation cervicale, métrorragie, BDCF, l'état des membranes) et paraclinique,
- La durée du travail d'accouchement,
- Les indications de la césarienne,
- La spoliation sanguine/ transfusion,
- Le pronostic maternel et périnatal,
- La durée d'hospitalisation,
- les complications maternelles et périnatales,
- Les annexes (diamètres de la cupule sur la face maternelle du placenta, poids du caillot, longueur du petit côté des membranes),
- Etat et paramètres du fœtus ou du nouveau-né (vivant, mort, score d'Apgar, poids, taille, sexe, prématurité, hypotrophie et normotrophie).

8. Collecte des données :

8.1. Technique de collecte des données

Elle a porté sur le recensement des patientes admises avec le diagnostic d'hématome retro placentaire, l'exploitation des dossiers d'hospitalisation de ces patientes.

8.2. Outils de collecte des données

Les outils suivants ont été utilisés :

- Les fiches d'exploitation des dossiers ;
- Les dossiers obstétricaux avec un partogramme ;
- Les dossiers d'hospitalisation ;
- Le registre d'accouchement ;
- Le registre de référence/évacuation ;
- Le registre de transfert des nouveau-nés ;
- Le registre de décès périnatal ;
- Le registre de compte- rendu opératoire ;
- Le registre de transfusion ;
- Le registre de décès maternel ;
- Le registre de transfert vers les CHU.

8.3. Équipe de collecte

L'équipe chargée de la collecte des données a été constituée d'un étudiant en Médecine faisant fonction d'interne et d'un gynécologue obstétricien superviseur.

Nous avons élaboré la fiche d'exploitation en se référant sur les dossiers obstétricaux des patientes.

8.4. Déroulement de la collecte

Les formalités administratives ont été remplies avec les différents contacts avant le démarrage de l'enquête pour l'obtention de l'autorisation par note de service du Médecin Chef du Centre de Santé de Référence.

Les femmes enceintes ayant eu un HRP dont les dossiers étaient disponibles ont été retenues et les données ont été relevées dans les fiches prévues à cet effet.

9. Traitement et analyse des données

Les données recueillies sur les fiches d'exploitations ont été saisies et traitées sur le logiciel EPI-INFO version 6 FR.

L'analyse de notre échantillon a été descriptive. La description a consisté à décrire la distribution de la population de l'échantillon. Les variables quantitatives ont été présentées selon leur moyenne et leur écart type si la distribution est normale. Par contre elles ont été décrites soit par la médiane et l'espace interquartile ou par le minimum et le maximum lorsque la distribution est asymétrique. Les variables qualitatives ont présentées par leur fréquence et leur proportion.

10. Définitions opératoires

- ❖ **Accouchement** : c'est l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir 28 SA révolues.
- ❖ **Gestité** : Nombre de grossesse
- ❖ **Nulligeste** : 0 grossesse.
- ❖ **Primigeste** : 1^{ère} grossesse.
- ❖ **Paucigeste** : 2 – 3 grossesses.
- ❖ **Multigeste** : 4 – 5 grossesses.
- ❖ **Grande multigeste** : ≥ 6 grossesses.
- ❖ **Parité** : Nombre d'accouchement.
- ❖ **Nullipare** : 0 accouchement.
- ❖ **Primipare** : 1^{er} accouchement.
- ❖ **Paucipare** : 2 – 3 accouchements.

- ❖ **Multipare** : 4 – 5 accouchements.
- ❖ **Grande multipare** : Nombre d'accouchement ≥ 6 .
- ❖ **Référence** : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée sans notion d'urgence.
- ❖ **Evacuation** : la référence dans un contexte d'urgence.
- ❖ **La rupture prématurée des membranes (RPM)** est l'ouverture de l'œuf avant le début du travail d'accouchement .
- ❖ **Césarienne** : La césarienne est une intervention permettant d'extraire le fœtus en incisant l'utérus par voie abdominale le plus souvent, exceptionnellement par voie vaginale, chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque materno-fœtal supérieur au risque inhérent à la césarienne.
- ❖ **Hématome rétroplacentaire** : c'est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) occasionnant la formation d'un hématome entre le placenta et la paroi utérine.

- ❖ **Classification de l'HRP selon SHER** :
 - **Grade I** : - métrorragie minime inexplicée, le diagnostic est rétrospectif
 - **Grade II** : - Il existe des signes cliniques mais le fœtus est vivant
 - **Grade III** : - il existe des signes cliniques et mort fœtale, subdivisé en :
 - **Grade III a** : - Sans troubles de la coagulation
 - **Grade III b** : - Avec troubles de la coagulation

11. Difficultés pratiques

Au cours de cette étude les difficultés rencontrés ont été les suivants :

- Le manque de suivie en dehors de la grossesse ;
- L'insuffisance des CPN ;
- La non disponibilité constante et suffisante des d »rivés sanguins dans le service ;
- L'absence de cardiotocographe pour mieux apprécier les bruits du cœur foetal ;
- L'insuffisance de la tenue de certains dossiers.

12. Considérations éthiques

Les données ont été collectées et traitées dans la confidentialité et l'anonymat a été garanti.

13. Déroulement pratique de l'étude :

Un questionnaire était rempli à partir des dossiers obstétricaux et des différents registres.

Le diagnostic était posé à partir d'un examen clinique dans la grande majorité des cas.

Un examen complémentaire était réalisé comprenant un taux d'hémoglobine, un groupage rhésus (si la patiente n'était pas groupée), une protéinurie.

La crase sanguine {Taux de prothrombine (TP), Taux de Céphaline Kaolin (TCK), Temps de saignement(TS), Temps de coagulation(TC), Fibrinémie} et une échographie obstétricale d'urgence étaient demandées dans certains cas.

La césarienne était indiquée en fonction de l'état clinique de la mère et ou du fœtus, les conditions obstétricales locales, la disponibilité des produits sanguins.

Un bon de sang était délivré aux parents de la patiente.

Les soins post opératoires sont administrés à la mère et au nouveau-né avec surveillance à l'aide d'une fiche de suivi post partum immédiat comportant : la TA, le pouls, la température, l'état des conjonctives, l'état du globe utérin, les saignements, la diurèse horaire (voir annexes).

Le bilan rénal, d'HTA et d'autres bilans étaient demandés en fonction de l'état clinique de la patiente, assorti d'une consultation spécialisée (Néphrologique, hématologique, cardiologiques ...).

Les patientes bénéficiaient d'une antibiothérapie, d'une supplémentation martiale, des antalgiques et surtout du lever précoce parfois anticoagulants à dose préventive, une alimentation liquide chaude d'abord (thé Lipton chaud), toilette vulvaire.

Nous procédions à l'ablation de la sonde urinaire (placée avant le début de l'intervention) en général 72 heures après l'intervention en vue d'apprécier l'état fonctionnel des reins.

Les patientes sont libérées à J3 ou J4 post opératoire si l'état clinique le permet.

Une complication prolongera anormalement la durée d'hospitalisation et changera l'attitude thérapeutique.

Le 1^{er} pansement de la plaie opératoire a lieu à J9 post opératoire sauf anomalie (Suppuration pariétale constatée avant J9, recherche étiologique d'une fièvre en post opératoire).

Les patientes sont revues en consultation post opératoire entre 6 et 8 semaines post natal.

Au cours de cette visite en plus de l'examen clinique nous mettons l'accent sur la communication à savoir :

- Expliquer à la patiente l'indication opératoire ;
- Eduquer et orienter la patiente vers un service de planning familial ;
- Donner des conseils d'hygiène de vie :
 - Respect de l'intervalle inter génésique (≥ 2 ans) ;
 - L'absolu nécessité de faire désormais les CPN en milieu obstétrico- chirurgical ;
 - Les avantages de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois ;
 - Mesures préventives contre le paludisme ;
 - L'entretien et la vaccination du nouveau-né.
 - Les inconvénients de l'excision.

Les patientes sont revues une dernière fois 6 mois après l'intervention.

D. RESULTATS

Les fréquences:

- Durant la période d'étude allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009, nous avons colligé **8142** accouchements dont **117** cas d'hématome retroplacentaire soit **1,44%**.
- Durant la même période, **1807** césariennes soit **22,19%** ont été pratiquées dont **97** pour hématome retroplacentaire ($97/1807 = 5,36\%$).
- La fréquence des césariennes pour HRP par rapport au nombre total des accouchements a été de **1,19%** (soit $97/8142$).
- Parmi les **117** cas d'hématome retroplacentaire, **97** ont bénéficié d'une césarienne soit **82,90%**.

Activités obstétricales

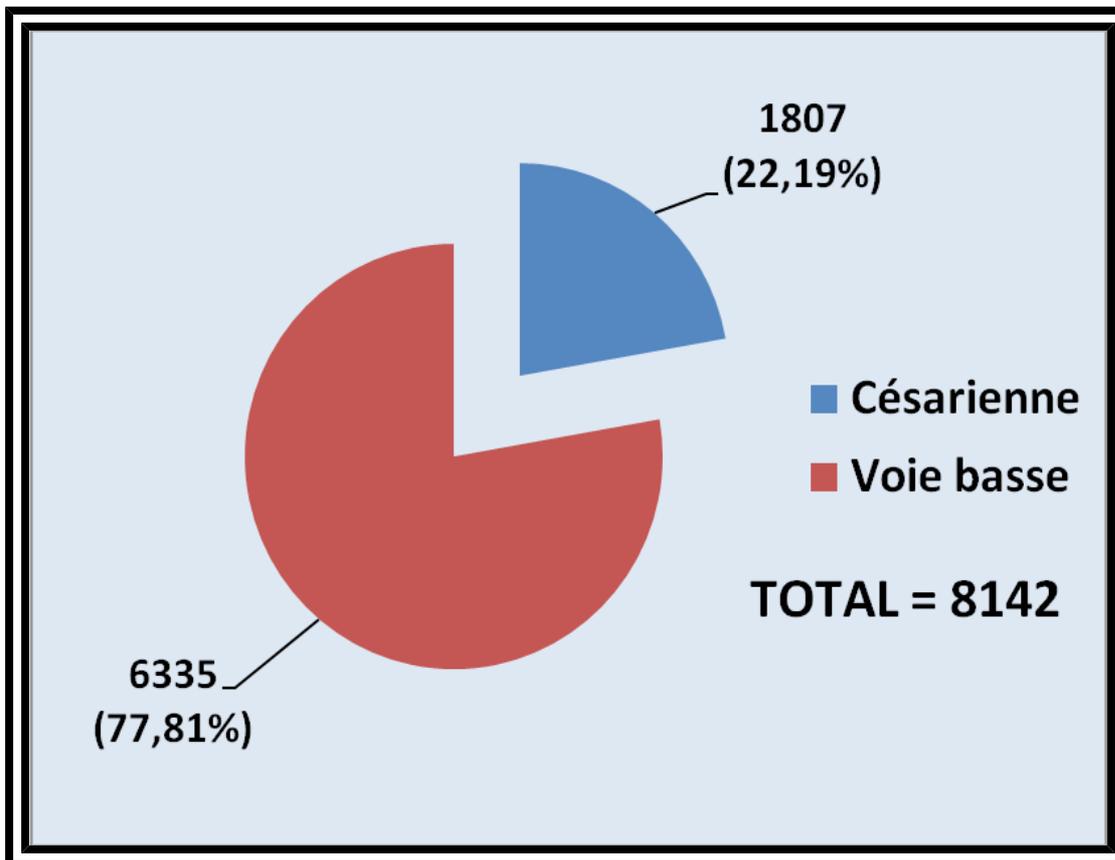


Figure 1 : Répartition des patientes selon les activités obstétricales durant la période d'étude.

Tableau VI : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
≤ 19 ans	8	8,3
20 -34 ans	74	76,3
≥ 35 ans	15	15,4
Total	97	100

* Les extrêmes = 15 et 43 ans, moyen = 28,01 ans + 6,30, médian = 28,00ans

Tableau VII : Répartition des patientes selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage %
Commune V	47	48,45
Kati	20	20,62
Commune I	5	5,15
Commune II	4	4,13
Commune III	6	6,18
Commune IV	12	12,34
Commune VI	3	3,10
Total	97	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage %
-------------------	-----------------	----------------------

Sans profession	86	88,7
Elève ou étudiante	3	3,1
Aides ménagères	5	5,2
Enseignantes	3	3,1
Total	97	100

Niveau d'instruction

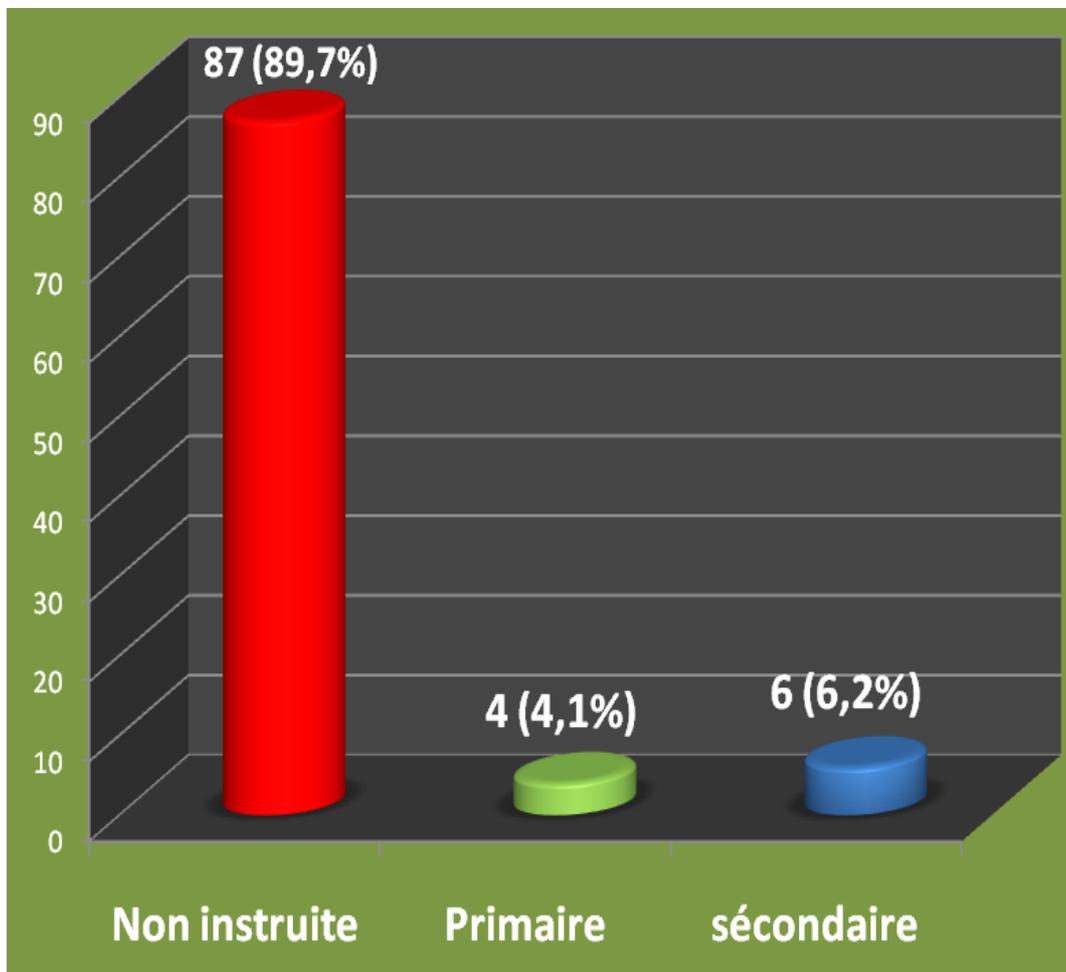
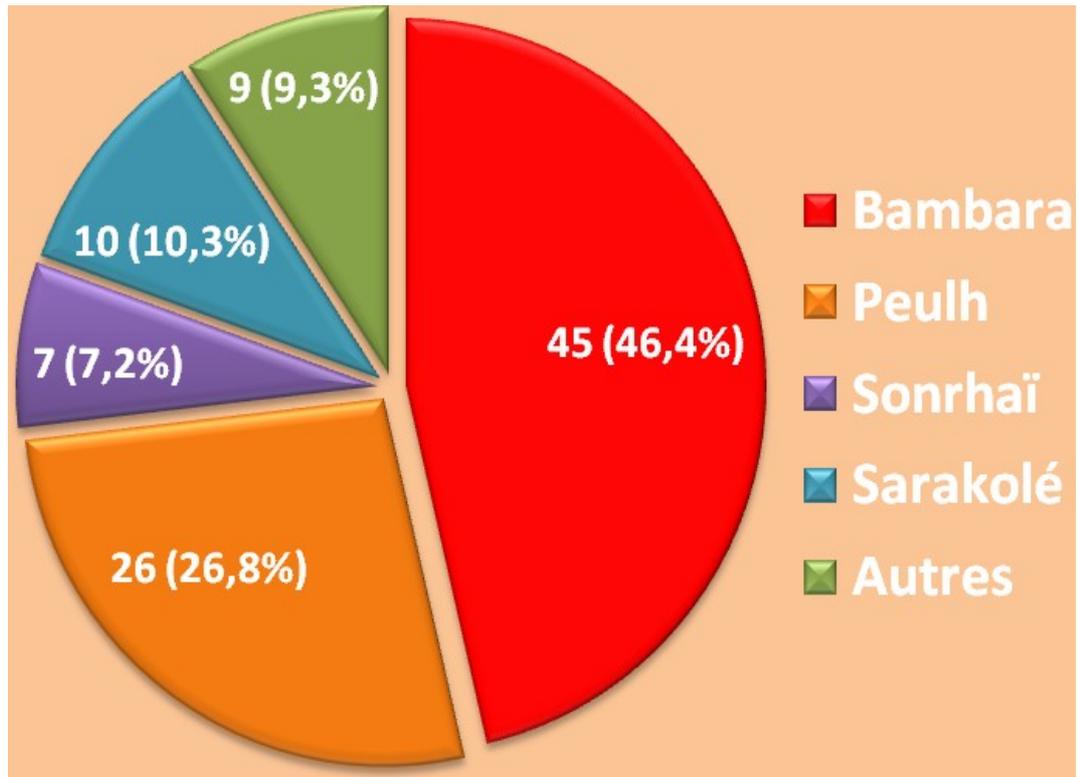


Figure 2 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Tableau IX: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

statut matrimonial	Effectif	Pourcentage %
Mariée	94	96,9
Célibataire	3	3,1
Total	97	100

L'ethnie



*Autres = Dafing, Malinké, Dogon, Samogo

Figure 3 : Répartition des patientes selon L'ethnie.

Mode d'admission

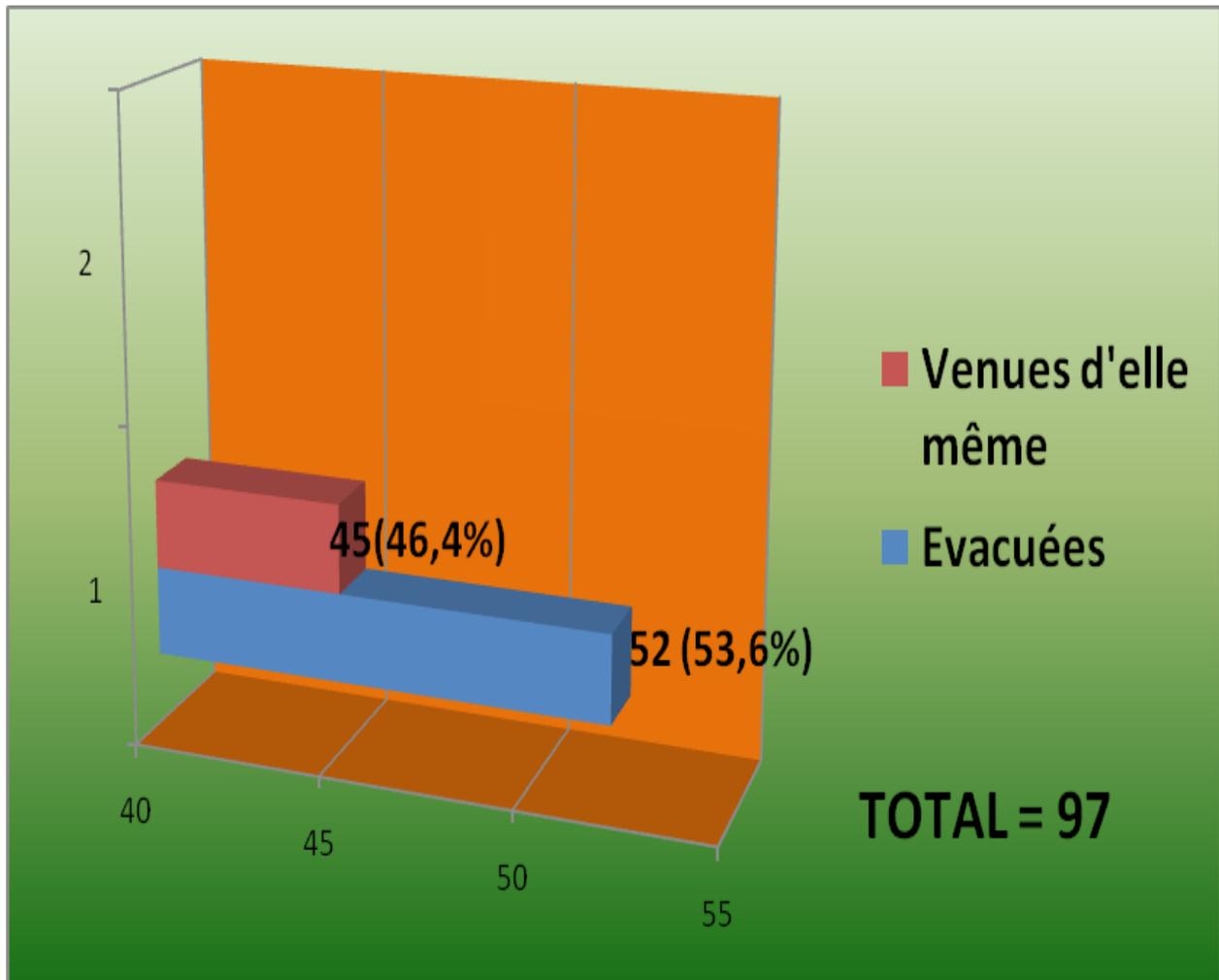


Figure 4 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Tableau X : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage %
Métrorragie	50	51,5

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

CUD	21	21,7
HRP	8	8,2
HTA	4	4,1
Perte liquidienne	5	5,2
Autres	9	9,3
Total	97	100

* Autres = Ancienne Césarienne (2), PP (2), Anémie (2), OMI (1), HU excessive (1), Hydramnios (1)

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux personnels

Antécédents familiaux	Fréquence	Pourcentage %
Aucun	60	61,9
HTA	37	38,1
Total	97	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux personnels.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césariennes	12	12,4
Aucun	85	87,6
Total	97	100

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques

ATCD gynécologiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	91	93,8

HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO

Hypofertilité	3	3,1
Contraception	3	3,1
Total	97	100

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage %
Primigeste	13	13,4
Paucigestes	20	20,6
Multigeste	20	20,6
Grande multigeste	37	38,1
Total	97	100

Tableau XV: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage %
Primipare	13	13,4
Paucipare	27	27,8
Multipare	20	20,6
Grande multipare	37	38,1
Total	97	100

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant

Enfant Vivant	Effectif	Pourcentage %
Aucun	10	10,3

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

1	23	23,7
2 – 3	24	24,7
4 – 5	18	18,6
≥ 6	22	22,7
Total	97	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé.

Enfant décédé	Effectif	Pourcentage %
Aucun	60	61,9
< 2	21	21,6
> 2	16	16,5
Total	97	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement spontané (fausses couches)

fausses couches	Effectif	Pourcentage %
OUI	11	11,3
NON	86	88,7
Total	97	100

L'antécédent de mort-nés

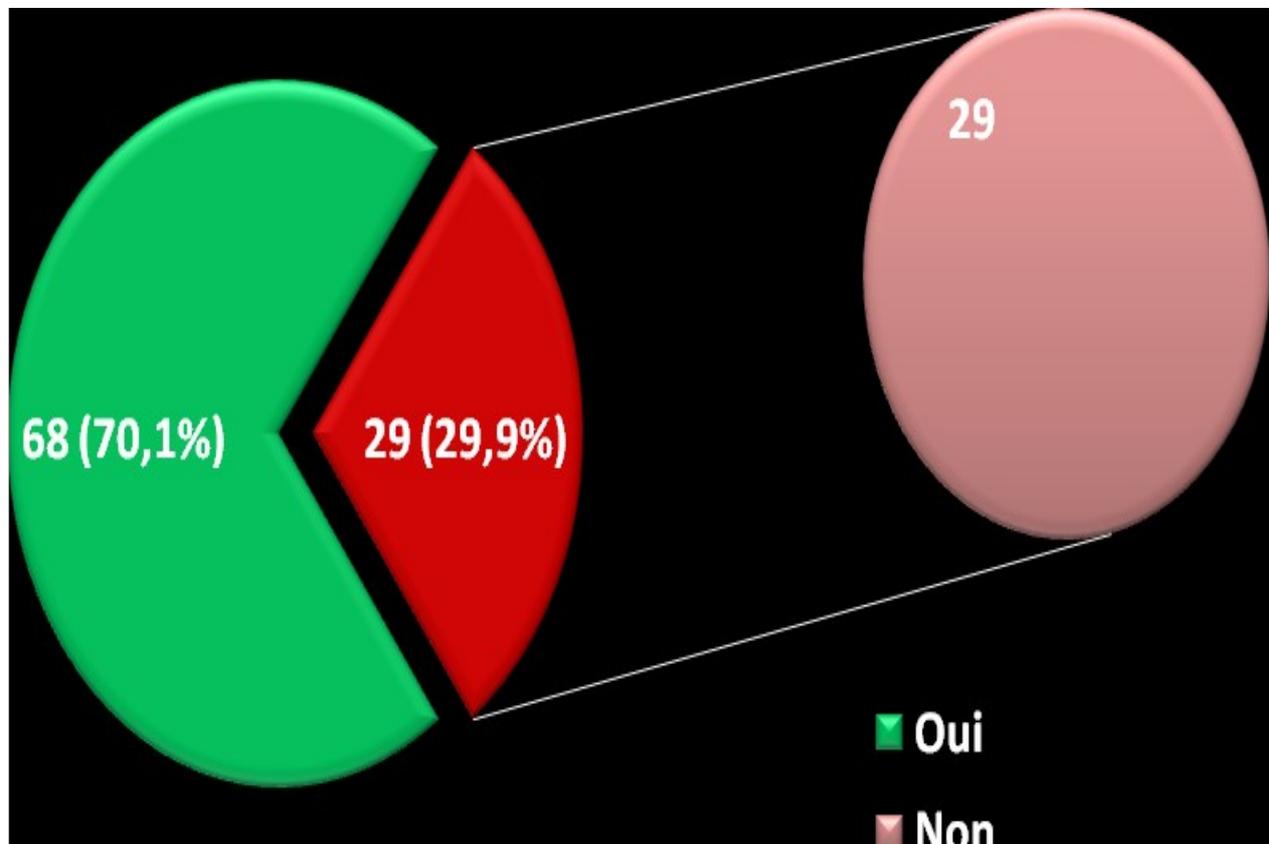


Figure 5 : Répartition des patientes selon l'antécédent de mort-nés.

L'antécédent d'HRP

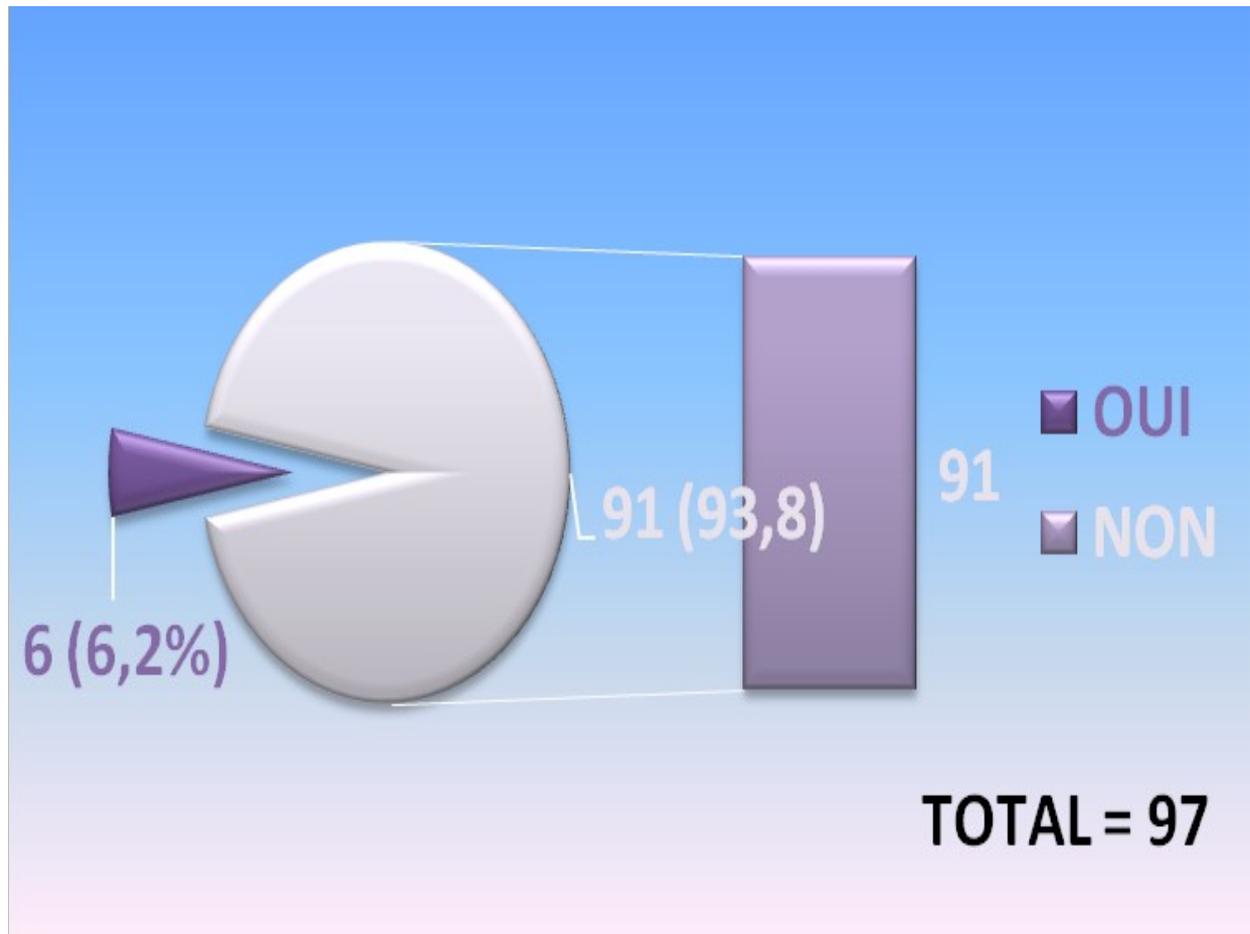


Figure 6 : Répartition des patientes selon l'antécédent d'HRP.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage %
Aucun	15	15,4

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

1 – 3	57	58,8
≥ 4	25	25,8
Total	97	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui a procédé aux CPN

Auteurs des CPN	Effectif	Pourcentage %
Médecin	26	31,7
Sage femme	30	36,6
Infirmière obstétricienne	22	26,8
Non spécifié	4	4,9
Total	82	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le terme échographique de la grossesse

Terme	Effectif	Pourcentage %
Non précisé	5	5,1
Prématuré (28 - 36+6 SA)	45	46,4
A terme (37 – 41+6 SA)	47	48,5
Total	97	100

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

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage %
13 – 15 (sans trouble de conscience)	92	94,8

HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO

8 – 12 (confusion/obnubilation)	5	5,2
≤ 8 (coma grave)	0	0
Total	97	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'admission

TA (mmhg)	Effectif	Pourcentage %
< 90/60	40	41,24
≥ 90/60 et < 140/90	32	32,99
≥ 140/90	25	25,77
Total	97	100

Etat de choc hémorragique à l'admission

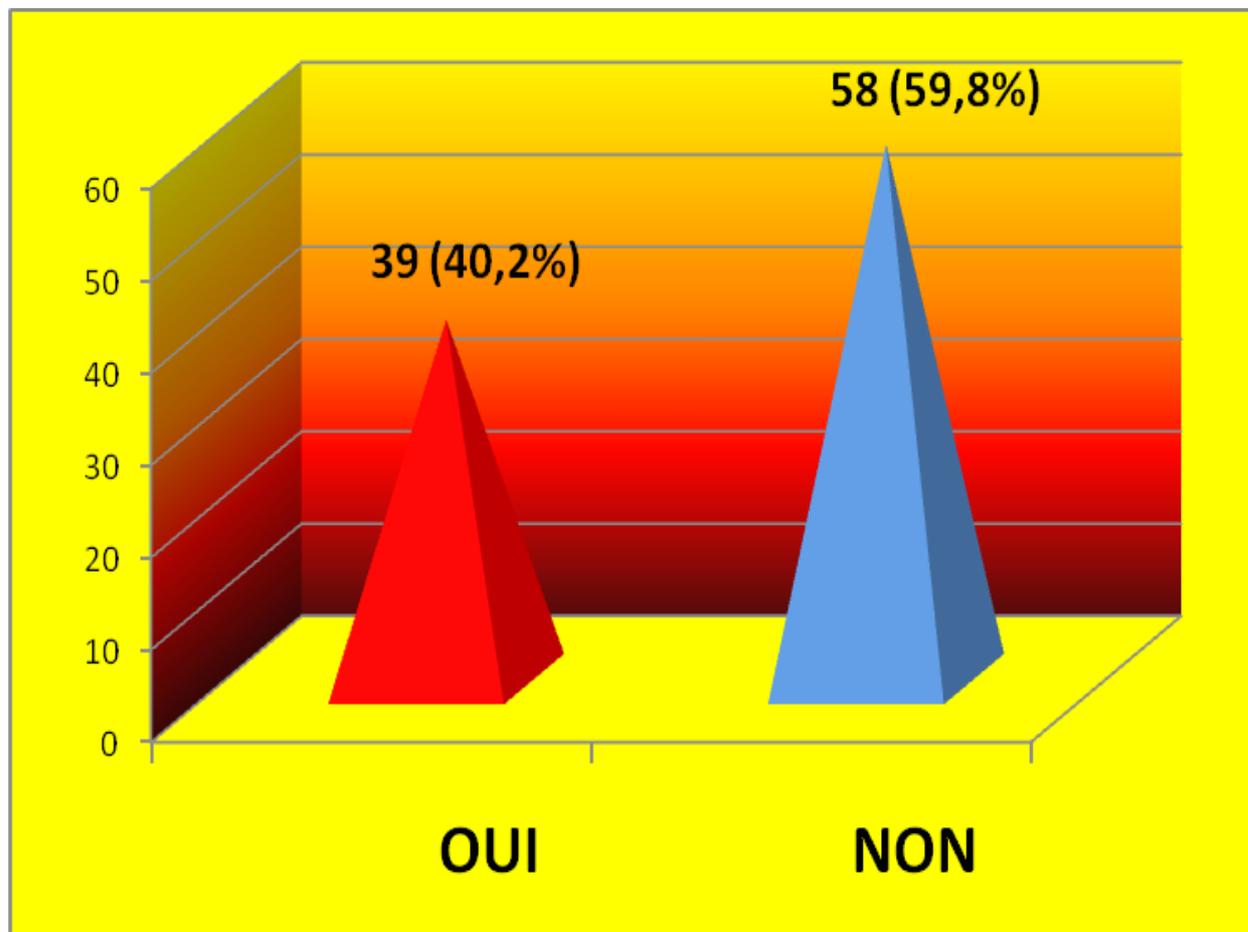


Figure 7 : Répartition des patientes selon l'état de choc hémorragique à l'admission

Phases du travail d'accouchement

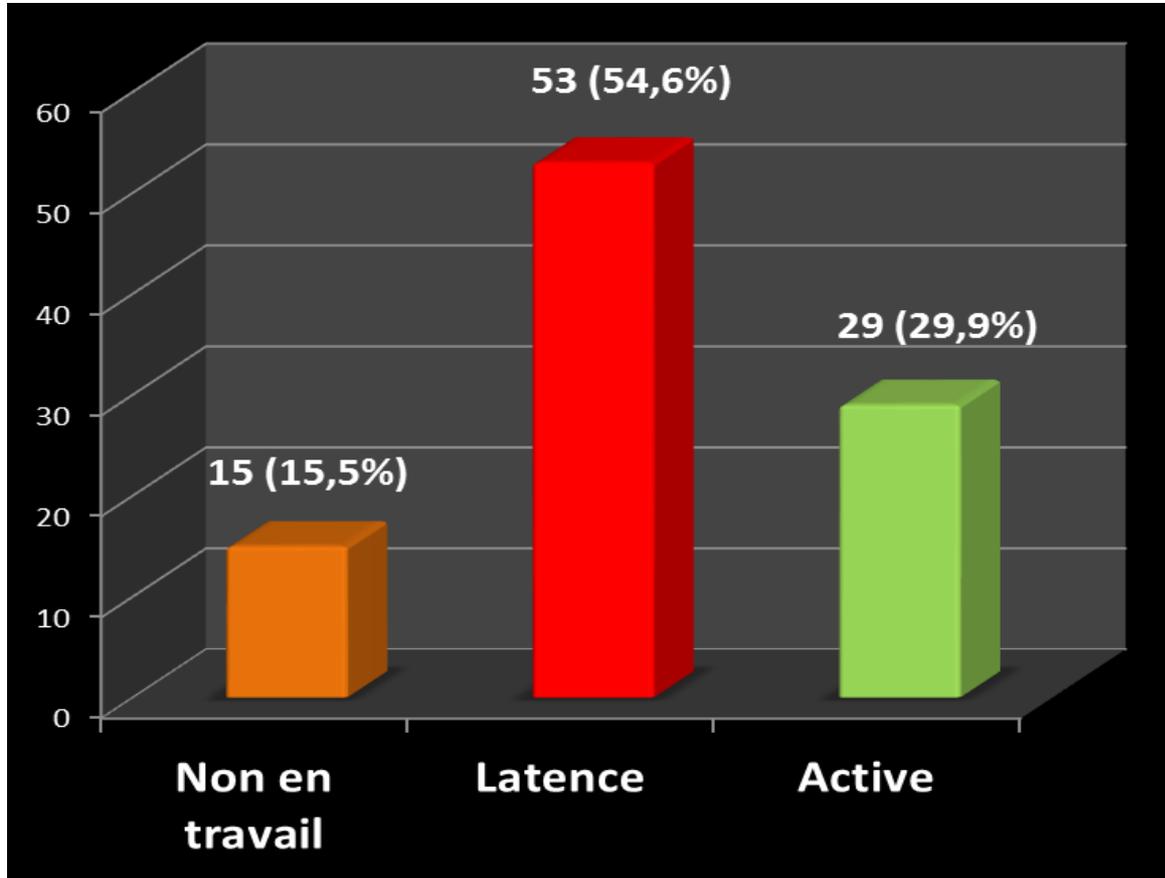


Figure 8 : Répartition des patientes selon la phase du travail d'accouchement

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la durée du travail à l'admission

Durée du travail	Effectif	Pourcentage %
------------------	----------	---------------

HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO

Non en travail	15	15,5
< 3 h	19	19,6
3 – 6 h	47	48,4
6 – 12 h	15	15,5
> 12 h	1	1
Total	97	100

LA PRESENCE OU NON D'ANEMIE CLINIQUE ET OU BIOLOGIQUE A L'ADMISSION

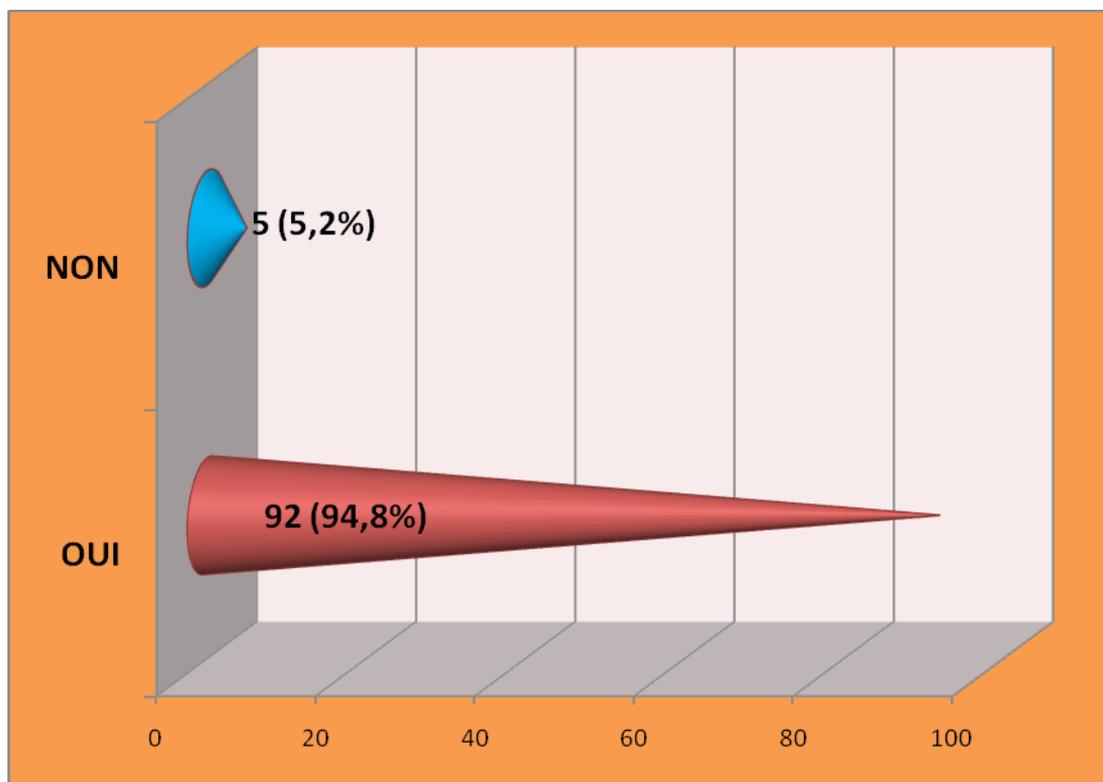


Figure 9 : Répartition des patientes selon la présence ou non d'anémie à l'admission

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le degré d'anémie à l'admission

Anémie décompensée	Effectif	Pourcentage %
---------------------------	-----------------	----------------------

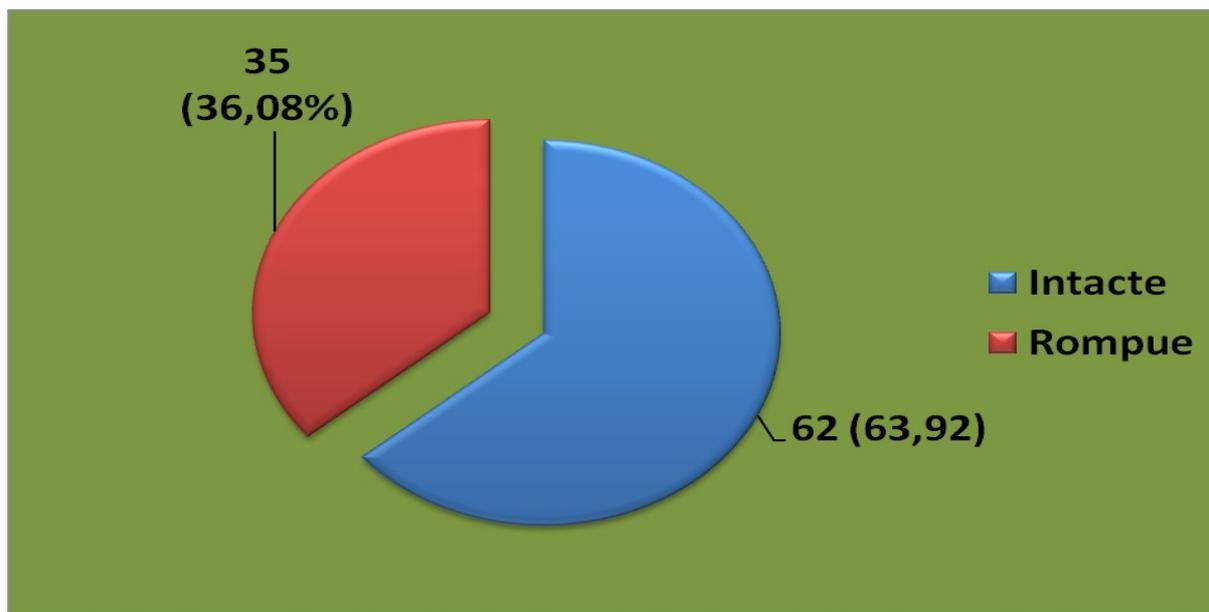
**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

OUI	40	41,2
NON	57	58,8
Total	97	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon l'albuminurie à la bandelette à l'admission

Albuminurie	Effectif	Pourcentage %
néant	39	40,2
minime	31	32,0
Significative	26	26,8
Total	97	100

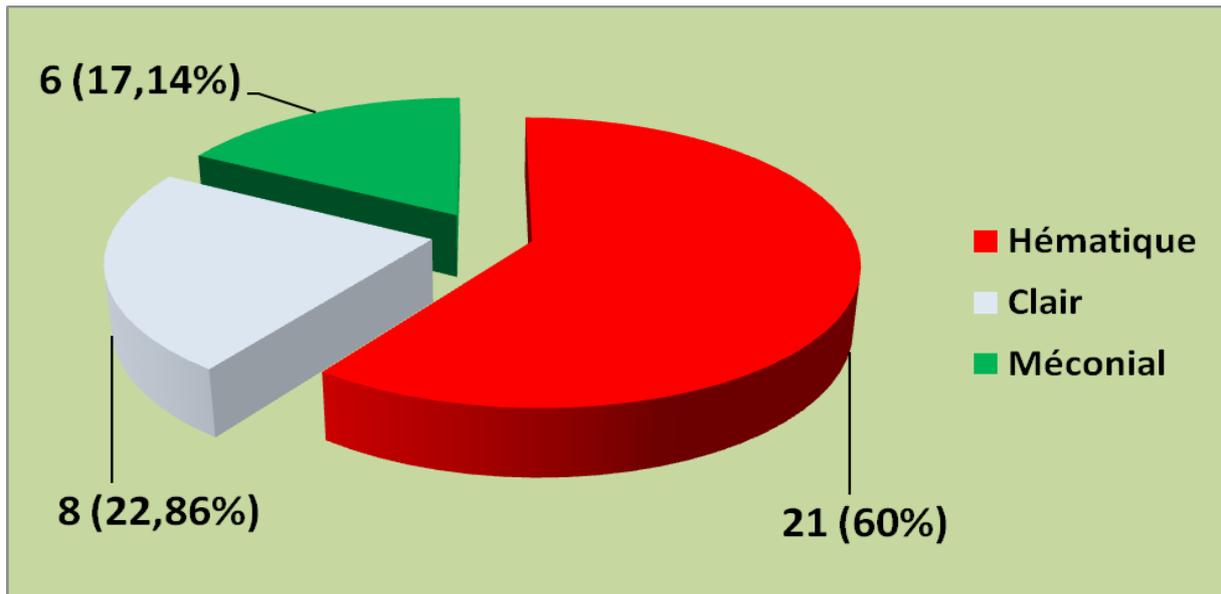
L'état de la membrane amniotique



* Membranes rompues : < 4h= 16, > 4h= 40, non précisée = 6

Figure 10 : Répartition des patientes selon l'état de la membrane amniotique à l'admission.

L'ASPECT du liquide amniotique



* Le délai entre rupture des membranes et accouchement \leq 3heures.

Figure 11 : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.

LA NATURE DE LA PRESENTATION FOETALE

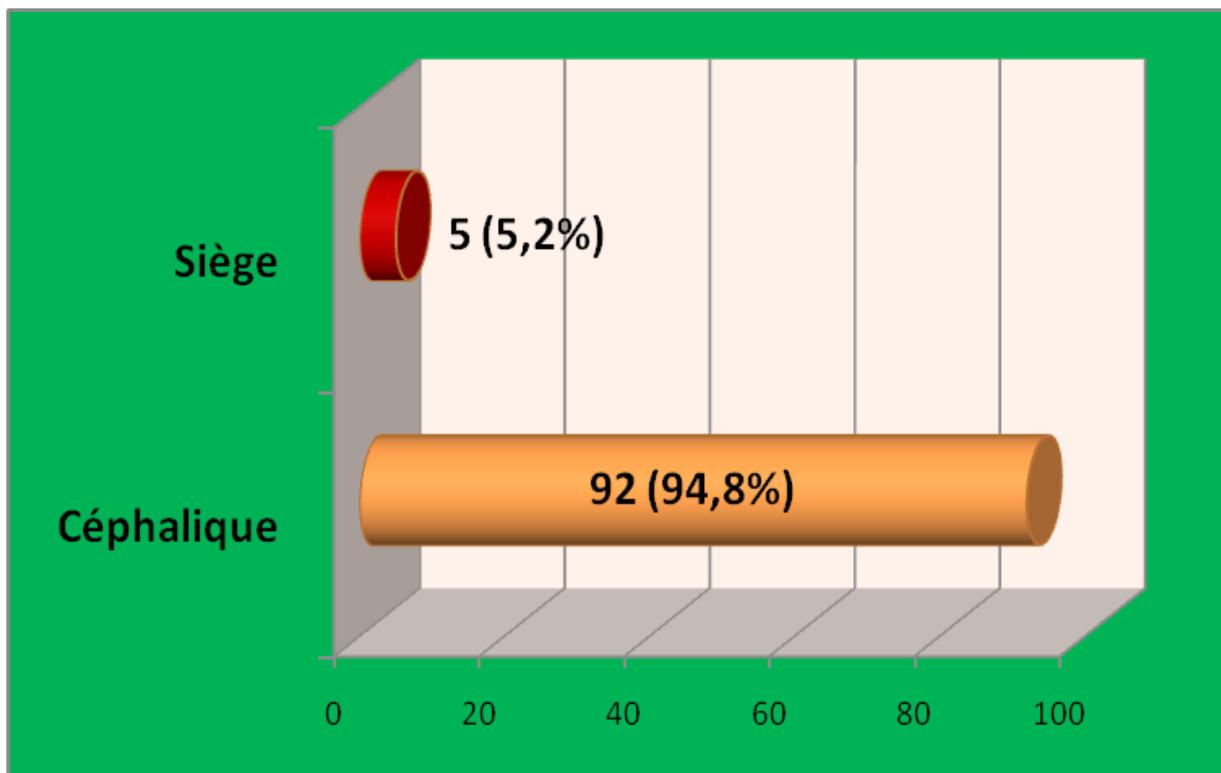


Figure 12 : Répartition des patientes selon la nature de la présentation fœtale

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les signes cliniques.

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Métrorragies seules	80	82,47
Hypertonie seule	60	61,85
BDCF absents seuls	63	64,94
Douleur abdominale seule	70	72,16
Métrorragie + hypertonie + BDCF absents + Douleur abdominale	62	63,91
Aucun	1	1,03

LES BRUITS DU CŒUR FŒTAL

(au stéthoscope obstétrical de Pinard)

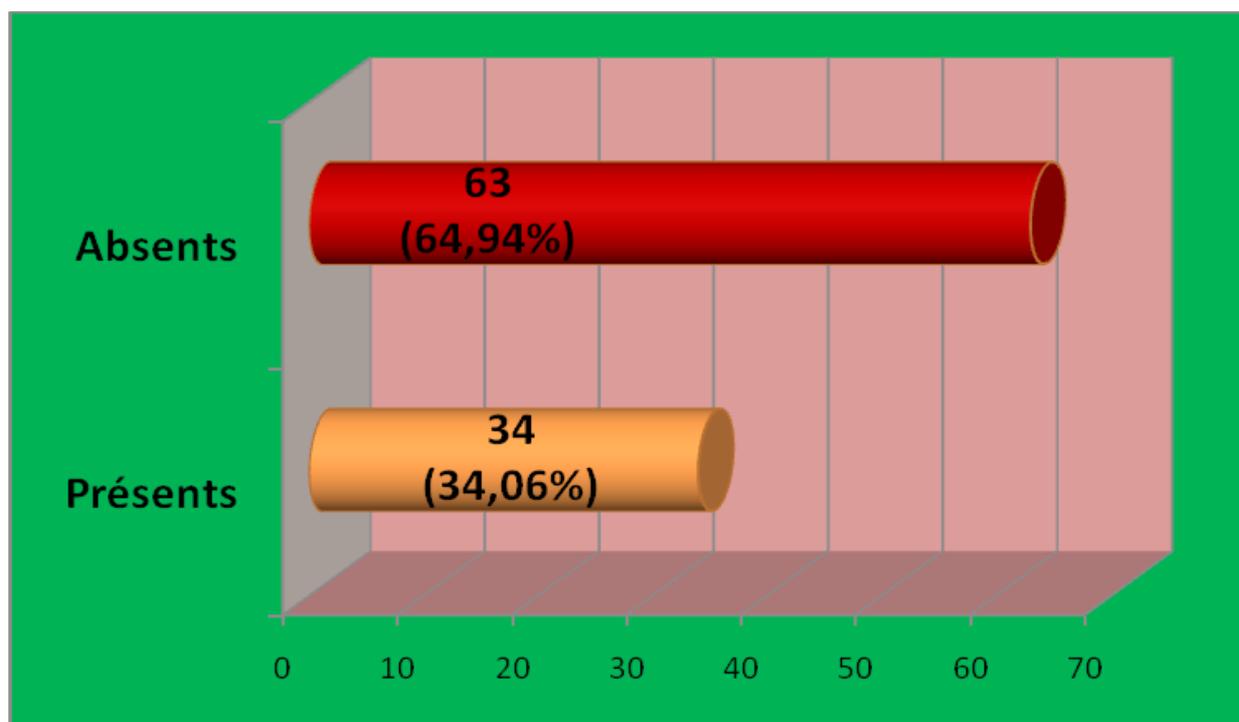


Figure 13 : Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal.

Association HRP et PP

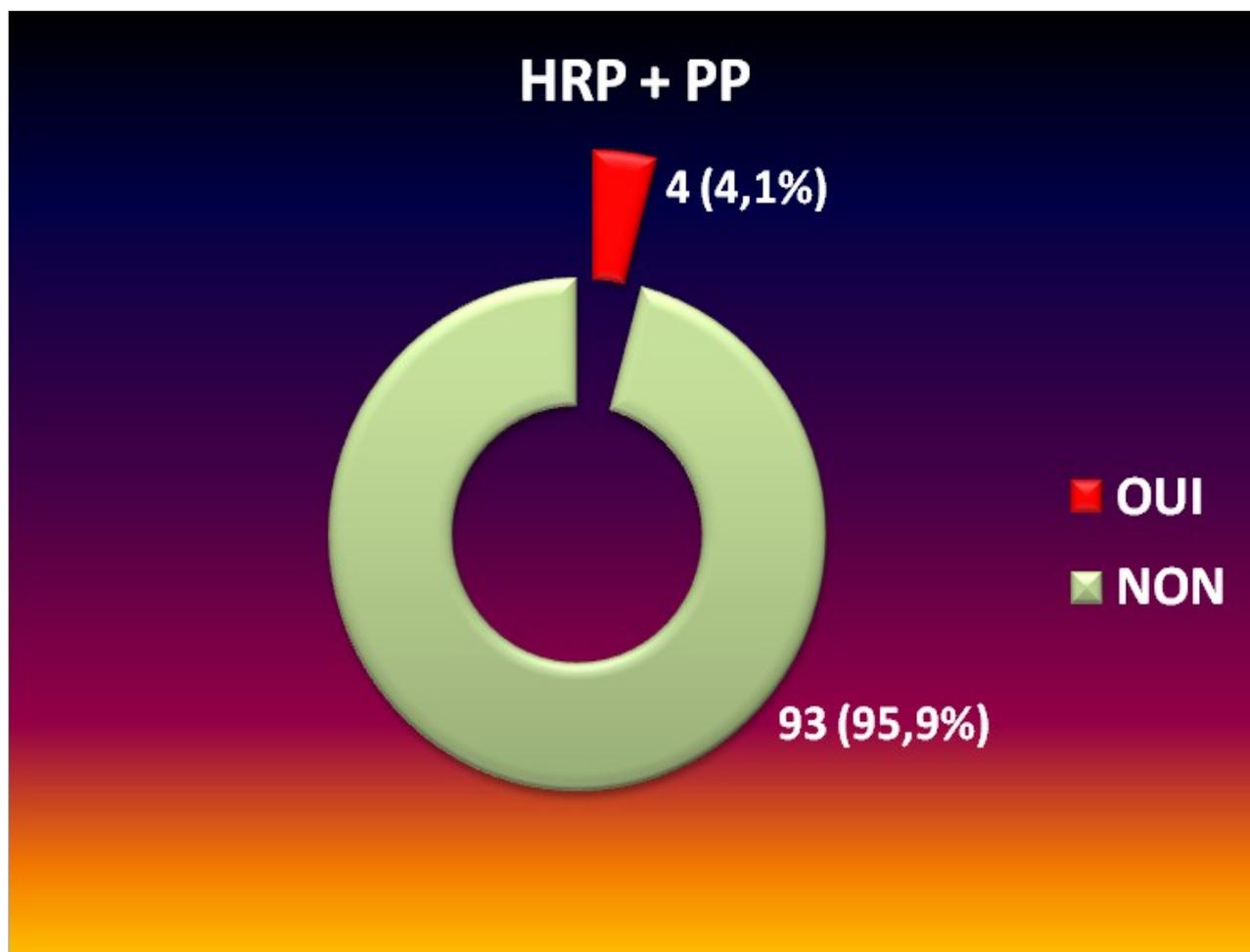
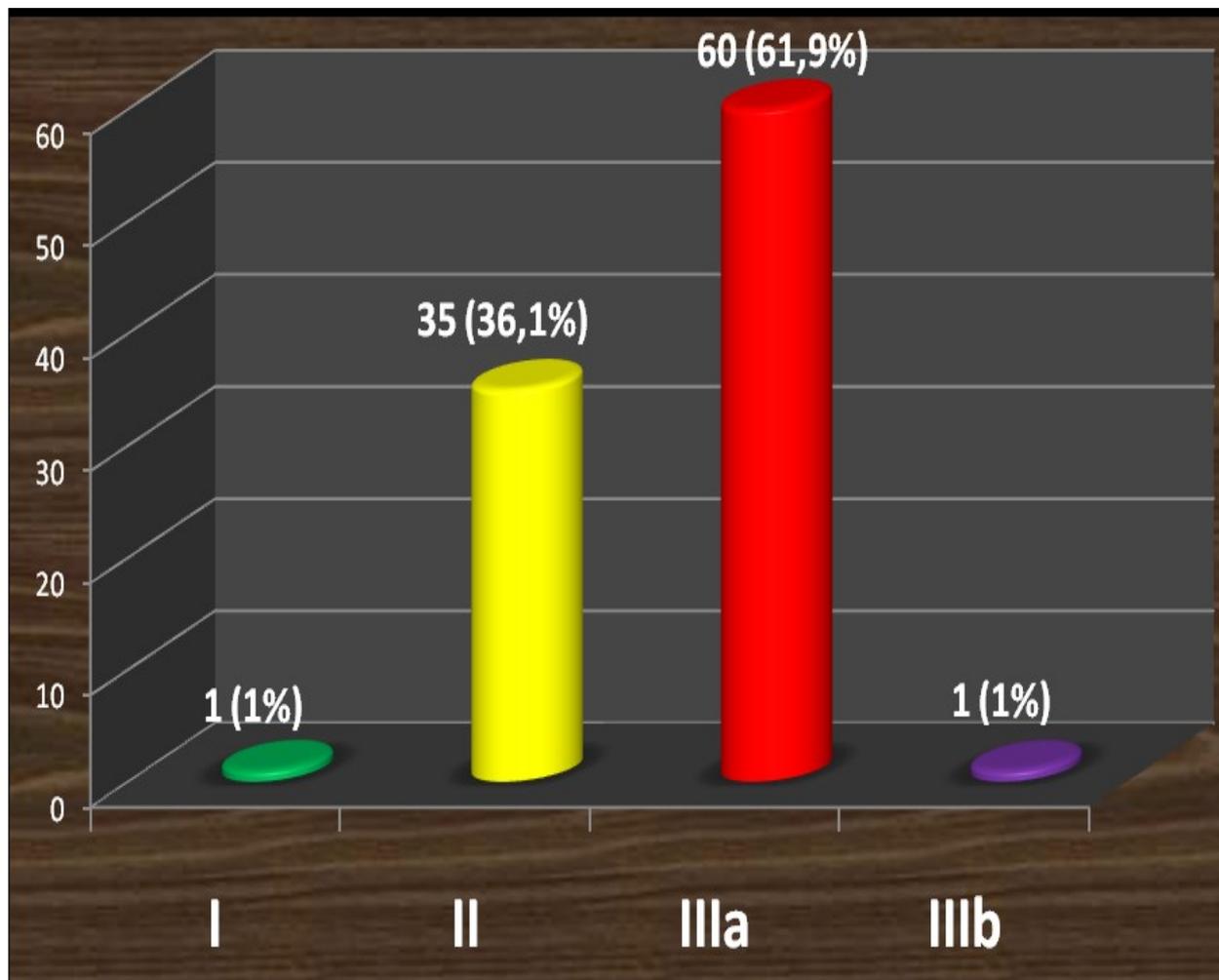


Figure 14 : Répartition des patientes selon l'association HRP et PP

Grade de l'HRP (classification de Sher)



**Figure 15 : Répartition des patientes selon le grade de l'HRP
(Classification de Sher).**

Indication de la césarienne

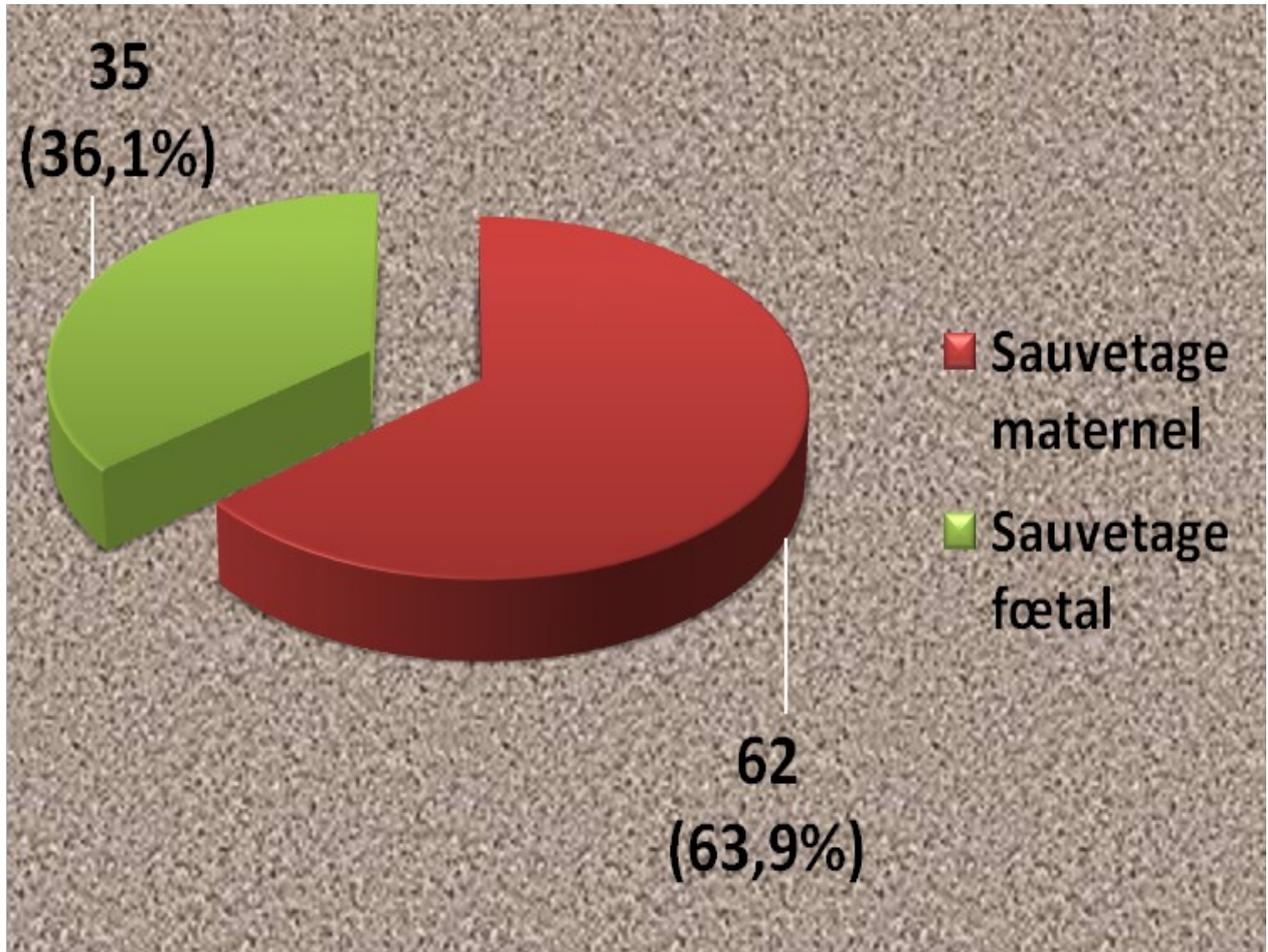


Figure 16 : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.

Tableau XXIIX : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement décidée à l'entrée

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Voie d'accouchement		Effectif	Pourcentage %
Césarienne d'emblée		89	76,06
Tentative	Réussite	20	17,01
voie basse	Echec	8	6,84
Total		117	100

* La tentative d'accouchement par voie basse a concerné les cas d'HRP avec fœtus morts et état hémodynamique maternel stable sans contre indication à la voie basse.

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'attitude obstétricale à l'entrée

Attitude obstétricale	Evolution	Voie d'accouchement
Rupture artificielle des membranes + syntocinon n= 28	Arrêt du saignement évolution rapide du travail n=20	Voie basse n= 20
	Persistance du saignement et ou travail trainant ou dégradation de l'état maternel n=8	Césarienne n= 8

* 20 patientes sur 117 soit 17,01% ont accouché par voie basse après rupture artificiel des membranes + perfusion de syntocinon dans un délai \leq 3heures.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon les indications opératoires de l'HRP

HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO

Indications opératoires	Effectif	Pourcentage %
Choc maternel	39	40,2
Non en travail	15	15,5
Fœtus vivant	35	36,1
HRP + utérus cicatriciel	12	12,4
Phase de latence + primipare sang indisponible	13	13,4
Durée du travail > 4h	47	48,4
après rupture des membranes		
Toute autre présentation que sommet	5	5,2

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal (score d'Apgar à la 5^{ème} minute).

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage %
Mort-nés frais	65	65
1 - 3	2	2
4 - 7	4	4
≥ 8	29	29
Total	100	100

Hémorragie du post partum immédiat (HPPI)

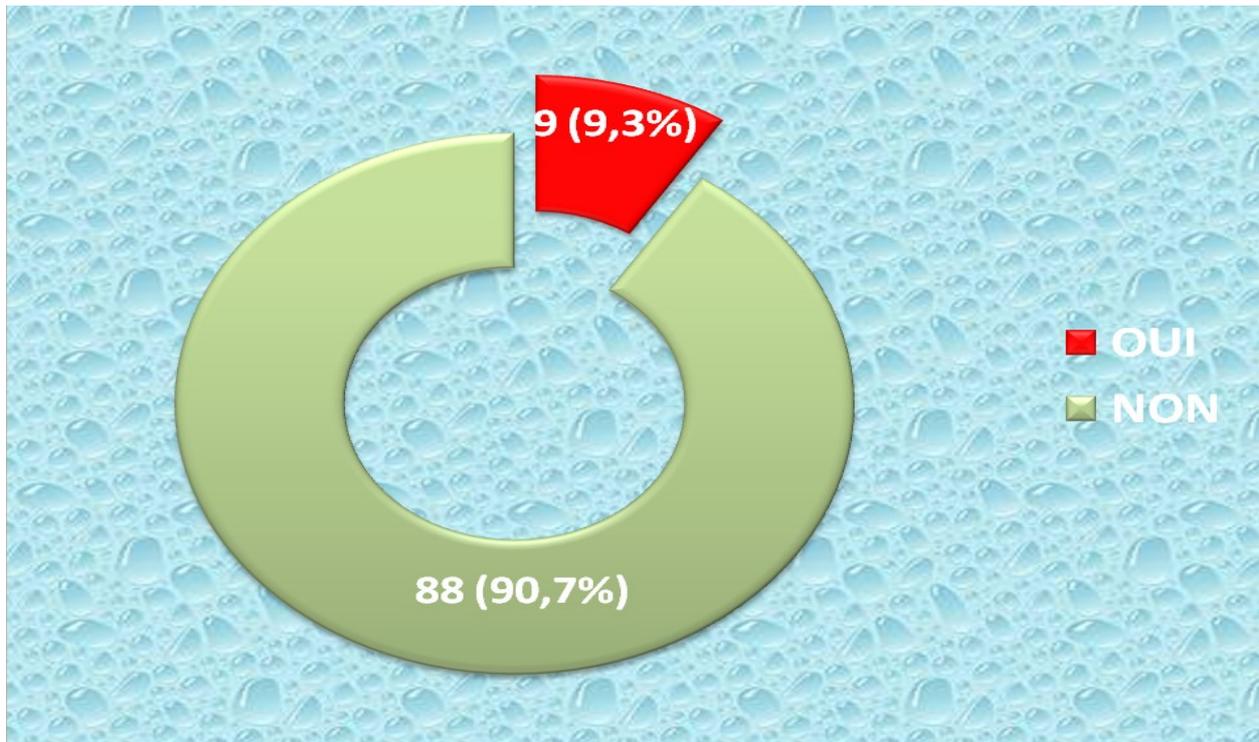


Figure 17 : Répartition des patientes selon la survenue d'hémorragie du post partum immédiat (HPPI).

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'utilisation de syntocinon dans le traitement de l'HPPI

Oxytocine	Effectif	Pourcentage %
OUI	9	9,3
NON	88	90,7
Total	97	100

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon l'utilisation systématique ou non d'oxytocine + cytotec cp (IR) dans la prévention de l'HPPI

Syntocinon	Effectif	Pourcentage %
OUI	35	36,1

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

NON	62	63,9
Total	97	100

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon le poids des caillots

Poids des caillots	Effectif	Pourcentage %
< 250 g	29	29,9
≥ 250 g	68	70,1
Total	97	100

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l’Apgar et du poids des caillots.

Apgar Caillots (g)	Mort-nés		≤ 7		> 7	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 250	7	10,7	0	0	31	100
≥ 250	58	89,3	4	100	0	0
Total	65	100	4	100	31	100

* Les extrêmes = 80 – 800g, La moyenne = 440 g

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon les diamètres de la cupule

Diamètres	Effectif	Pourcentage %
< 6/5 cm	17	17,5
≥ 6/5 cm	80	82,5
Total	97	100

* Les extrêmes = 5/3 – 20/16 cm, le diamètre moyen = 9/6cm

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon la spoliation sanguine

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Spoliation (ml)	Effectif	Pourcentage %
< 1000	25	25,8
1000 – 2000	62	63,9
> 2000	10	10,3
Total	97	100

* Les extrêmes = 400 – 2600 ml, la moyenne = 1500 ml

* La spoliation sanguine est en générale sous estimée.

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la nature de la transfusion

Transfusion	Effectif	Pourcentage %
Aucune	35	36,1
Sang total	44	45,3
PFC	9	9,3
Sang total + PFC	9	9,3
Total	97	100

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon les complications per-opératoires

Complications	Effectifs	Pourcentage %
----------------------	------------------	----------------------

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Hémorragie	Atonie utérine répondant au traitement médical	8	8,24
	Atonie utérine rebelle au traitement médical (Ligature artérielle)	1	1,03
	Décès maternel	0	0
	Aucune	88	90,73
	Total	97	100

* La patiente ayant développé une atonie utérine rebelle au traitement médical a bénéficié d'une ligature artérielle (utérines + lombo-ovariens).

Tableau XXXX : Répartition des patientes selon les complications post opératoires

Complications	Effectif	Pourcentage %
Anémie seule	79	81,4
Hémorragie	9	9,3

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Oligo-anurie	3	3,1
Anémie + endométrite	3	3,1
Anémie + suppuration	3	3,1
Anémie + Paludisme	3	3,1
Anémie + endométrite + suppuration	9	9,3
Endométrite+ suppuration	6	6,2
Décès maternel	0	0
Aucune	3	3,1

* 3 patientes ont été adressées au service de réanimation pour oligoanurie

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

Durée hospitalisation	Effectif	Pourcentage %
< 3 j	29	29,9
3 – 10 j	63	64,9
> 10	4	4,1
Total	97	100

* Les extrêmes = 2 et 17j, la moyenne = 4,3 j

Etat des nouveau-nés

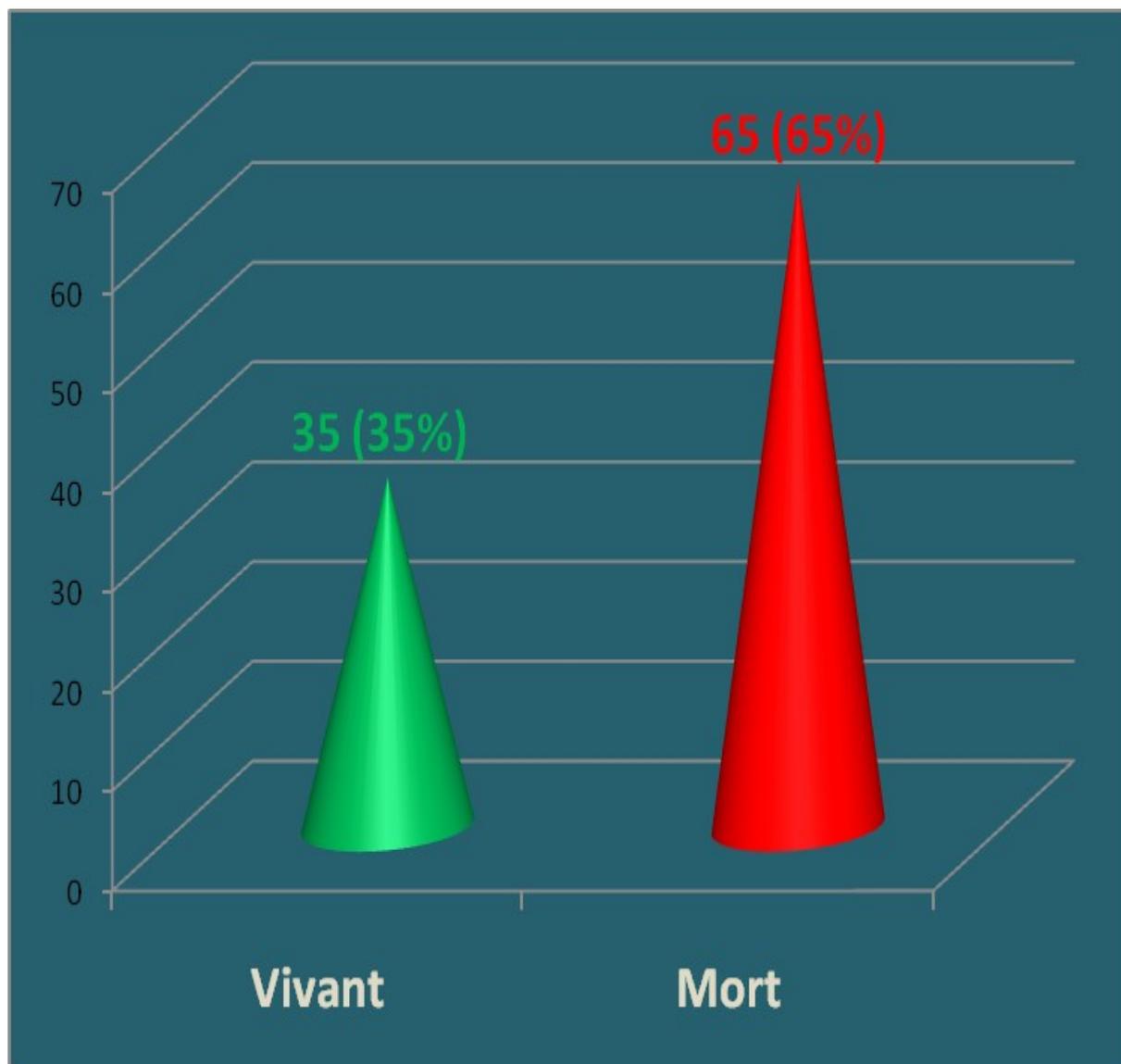


Figure 18 : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés.

E. COMMENTAIRES

1. FREQUENCES

Notre étude rétrospective descriptive, transversale menée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de référence de la commune V du district de Bamako a porté sur une période d'un an.

En effet durant la période d'étude, nous avons enregistré **8142** accouchements dont **117** cas d'HRP soit une fréquence de **1,44%**.

Parmi ces **117** cas d'HRP, **97** ont accouchées par césarienne soit **82,90%**.

Durant la période d'étude nous avons effectué **97** césariennes sur un total de **8142** accouchements soit une fréquence de **1,19%**.

Durant la même période, nous avons enregistré **1807** césariennes dont **97** pour HRP soit une fréquence de **5,36%**.

La fréquence de l'HRP est diversement appréciée selon les auteurs. Elle varie entre **0,25%** en France et **3,08%** en Côte d'Ivoire [16].

Tableau XXXX : Fréquence de l'HRP dans certains pays occidentaux, d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb selon la littérature.

Auteurs	Années	Pays	Fréquence en %
MERGER	1974	France	0,25
THOULON	1995	France	0,26
DEVALERA	-	USA	2,7
BOURDAIS	1980	Sénégal	0,73
ALLANGBA	1991	Côte d'Ivoire	2,44
ASSANI	1988	Côte d'Ivoire	3,08
HADDA	1979	Tunisie	0,25
BOUAOUDA	-	Maroc	1,16
OMU	1981	Nigéria	0,42
HAMADOUN	1988	Mali	1,28
Mme MAREGA FATOUMATA. C	2001	Mali	0,56
OUATTARA. M.A	2000	Mali	0,85
KONATE SAKOBA	2006	Mali	0,65
DIARRA. S	2007	Mali	1,25
Notre Etude	2009	Mali	1,44

La différence relative entre les fréquences traduit en réalité les variations d'appréciation de l'HRP suivant le tableau clinique, l'examen du placenta et/ou les lésions microscopiques et surtout du mode opératoire. Elle pourrait aussi s'expliquer par la sous médicalisation faisant des centres de références les principaux points de convergence des pathologies graves.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2 – 1. Age :

De nombreuses études de part le monde ont montré que l'âge avancé de la femme constituait un facteur de risque de l'HRP.

Notre étude a retrouvé un taux de 76,3% entre 20 – 34 ans avec un âge moyen de 28,01 ans \pm 6,30.

Selon Goldtich et Uzan.M [21;34] l'HRP semble plus fréquent au-delà de 30 ans.

Dreyfus [17], Thoulon [33] et Akpadza [3] ont trouvé respectivement 53,8%, 51% et 24,64% d'HRP après 30 ans.

Au Mali au CSRef CV, les taux étaient les suivants à partir de 30 ans:

- En 2000, Ouattara M.A [29]: 57,5%,
- En 2006, Konaté S [26]: 50%,
- En 2007, Diarra S [16]: 42,8%.

2 – 2. PARITE

L'HRP apparait comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune parité, mais le taux d'HRP augmente avec la parité. La fréquence double à partir de la 4^{ème} et triple à partir de la 5^{ème} grossesse [1].

Dans notre série les grandes multipares étaient les plus représentées avec 38,1% puis les paucipares (27,8%) des cas. Quant à Akpadza [3] au Togo, dans son étude la proportion de paucipares était de 28,9% et celle des multipares 29,7%.

Certains auteurs comme Thoulon [33], Dreyfus [17] en France et Cissé H G [12] au Mali ont noté des fréquences plus importantes chez les multipares avec respectivement de 70%, 79,5%, et 64,3%.

2 – 3. Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 96,9% dans notre série. Cette constatation a été également faite par Ouattara M.A [29], Diarra S [16] et Konaté S [26] qui ont respectivement trouvé 95,4%, 93,3% et 93,1% des cas.

Ceci s'explique par le fait que culturellement dans notre société procréer avant le mariage est socialement non tolérable.

2 – 4. Niveau socio-économique

La plupart des patientes (88,7%) n'avaient pas de profession et 89,7% n'étaient pas instruite. Par ailleurs l'appréciation du niveau socio-économique à travers la profession de celles-ci est subjective car elle ne permet pas d'évaluer le revenu mensuel réel de ces patientes.

2 – 5. Suivi-prénatal

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 [5].

Dans notre série, les patientes qui n'ont fait aucune consultation prénatale ont représenté 15,4 % et dans 58,8% des cas, le nombre de CPN était inférieur à la norme 4. Cissé H G [12], Ouattara M.A [29], Marega F C [27], Konaté S [26] et Diarra S [16] ont obtenu respectivement 60%, 30,85%, 48,27%, 48,28 et 23,6% de parturientes non suivies pendant la grossesse.

Une grossesse bien suivie pourrait réduire le risque de survenue d'une HRP, de permettre une prise en charge rapide avant toute complication dramatique, afin de réduire le taux de décès maternel.

3. ETIOLOGIE / FACTEURS DE RISQUE

3 – 1. Contexte d'hypertension artérielle

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique et plus particulièrement la prééclampsie [14]. Le contexte toxémique a été retrouvé dans notre série chez 26,8% de nos patientes et antécédent d'HTA chez 38,1%.

Marega F C [27] 26% et Hadda [24] 28,94% de toxémie gravidique.

Cissé H G [12], Diarra S [16] et Konaté S [26] ont rapporté respectivement 42,86%, 31,5% et 29,31% de toxémie gravidique.

Cissé H G [12], Abdella [1], et Marega F C [27] ont noté 20%, 6,4%, et 16,43% d'HTA chronique dans leurs séries.

Le taux révélé par notre étude est probablement sous-estimé car 15,4 % des patientes n'ont pas de CPN et dans la grande majorité des cas (58,8%) le nombre de CPN était inférieur à la norme 4.

Le caractère d'HTA en dehors de la grossesse a été souvent difficile à mettre en évidence car la grossesse offre la meilleure occasion de suivre les femmes dans notre pays et en dehors de celle-ci la plupart des femmes ignorent leur état sanitaire.

3 – 2. Antécédent d'HRP

BARRIER [9] trouve que l'HRP a une tendance à se répéter. Les femmes ayant déjà présenté un tableau d'HRP auraient 10% de chance de voir se reproduire l'accident.

Marega F C [27] a trouvé 3,45% dans sa série et Diarra S [16] 1,1%.

Nous avons retrouvé 6 cas d'antécédent d'HRP soit 6,2 % dans notre série.

4. TABLEAU CLINIQUE A L'ADMISSION

Dans la majorité des cas, l'examen clinique seul nous a permis d'affirmer le diagnostic d'HRP.

Les patientes ont présenté dans 63,9% des cas la triade classique : Métrorragie faite de sang noirâtre, hypertonie utérine et absence de BDCF. Cette triade correspond au grade III de SHER traduisant un retard à la consultation. Konaté S [26] et Diarra S [16] rapportaient des taux respectifs de 60,35% et 70,9%. Ouattara M A [29] avait retrouvé la triade classique dans 46,1% des cas et Thoulon [33] 80%. Goufodji [22] au Bénin 81%, Cissé H G [12], Marega FC

[27] et Diarra S [16] au Mali rapportent successivement 94,3%, 91,9% et 58,4% de métrorragies.

Dans 64,9% des cas les BDCF n'étaient pas perçus. Pour Saulieres [31] en France 60%, Ouattara M A [29], Konaté S [26] et Diarra S [16] au Mali respectivement 69,9%, 68,9% et 67,4%. Cependant Goufodji [22] au Bénin a retrouvé 88,1% et Marega F C [27] au Mali 73,6% de BDCF absents.

Nous avons eu une fréquence d'hypertonie utérine de l'ordre de 61,8%. Dans la littérature les auteurs comme Bourrey [10], Cissé H G [12], Marega F C [27] et Diarra S [16] ont rapporté respectivement 75%, 84,3%, 88,5% et 59,6% d'hypertonie utérine.

Dans 60 % des cas, le liquide amniotique était hématique et dans 17,1 % méconial. La plupart de nos patientes étaient anémiées à l'admission (94,8%) et dans près de la moitié des cas cette anémie était décompensée (41,2%). 41% de nos patientes avaient une TA basse (< 90/60 mmhg) et 25,7% une TA élevée (\geq 14/9 mmhg) à l'admission. L'albuminurie à la bandelette était significative (\geq 300mg) dans 26,8% des cas. 15% de nos patientes n'était pas entrées en travail et Plus de la moitié (54,6%) n'en était qu'à la phase de latence (dilatation cervicale \leq 3 cm). 48,4% de nos patientes avaient déjà fait 3 – 6 h en travail à leur admission et 41% de cas les membranes étaient rompues avec un délai >4h. La présentation était céphalique dans 92 % des cas. Dans notre série 1% des patientes n'a présenté aucun signe clinique et le diagnostic n'a été posé que rétrospectivement par l'examen du délivre. Dans 70% des cas les caillots ont pesés au moins 250g. Dans plus de 3/4 des cas (82,5%), les diamètres de la cupule ont mesuré au moins 6/5 cm. Environ 2/3 des patientes (63,9%) avaient une spoliation sanguine entre 1 et 2 litres.

- **ASSOCIATION PLACENTA PRAECIA – HRP**

Dans notre série, l'association HRP placenta praevia a été retrouvée dans 4,1%. Diarra S [16], Konaté S [26], Goufodji [22] et Ouattara M A [29] ont retrouvé respectivement 6,7% et 17,24%, 20,26% et 24,47% dans leurs séries.

La plupart des fréquences retrouvées dans la littérature variaient entre 3,75% et 10,9% [20;30]. Ces différences d'appréciations s'expliquent par les critères de définition choisis. Dans notre cas, nous avons adopté les critères suivants métrorragie abondante de sang rouge-vif et petit côté des membranes inférieur à 10 cm associés à l'hypertonie utérine en per-partum, le contexte d'HTA, la présence d'une cupule sur la face maternelle du placenta et un caillot de sang noirâtre.

5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- **Attitude obstétricale**

La césarienne a été décidée en urgence après un examen initial dans 76% des cas. Ceci étant dû au contexte clinique hémorragique avec effondrement des constantes hémodynamiques mais également la phase du travail d'accouchement car 54,6% des patientes étaient admises en phase de latence dont les primipares représentaient 13%.

Cette attitude est surtout motivée par le fait que nous ne disposons pas de produits sanguins et dérivés en quantité suffisante, et la crainte de l'installation des troubles de la coagulation.

Le diagnostic d'HRP et la césarienne furent réalisés chez 15,5% de nos patientes en dehors du travail.

Dans 12% des cas l'HRP a été retrouvé sur un utérus cicatriciel contexte dans lequel dirigé le travail d'accouchement n'est pas souhaitable en tout cas dans notre contexte.

La voie basse avait été décidée sous perfusion d'oxytocine dans 23,8% des cas, mais elle a échoué dans 6,8% des cas par la lenteur du travail et la persistance du saignement avec dégradation de l'état maternel.

Dans 17,01% des cas nous avons réussi à faire l'accouchement par voie basse.

- **Réanimation**

La lutte contre le choc hypovolémique est l'élément essentiel dans la prévention des complications liées à l'HRP. La patiente était déchoquée à l'aide de soluté de remplissage (Ringer, sérum salé 9% macromolécule) et surtout du sang total.

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

Nous avons transfusé 62 patientes soit 63,9% dont 40,2% des cas pour chocs hémorragiques.

Parmi les patientes transfusées : 44 (45,4%) ont reçu du sang total, 9 (9,3%) du PFC et 9 (9,3%) les deux combinés.

Nous avons procédé à une perfusion d'oxytocine dans du sérum physiologique après la GATPA en prévision d'une éventuelle hémorragie du post partum (HHPI) immédiat chez toute nos patientes.

Dans 36,1% cette prévention de l'HPPI par la perfusion d'oxytocine était associée à l'administration du misoprostol 200µg cp en intrarectal.

Diarra S [16] et Konaté S [26] ont recouru à la transfusion sanguine respectivement dans 65,52% et 36% des cas.

6. PRONOSTIC

- Le pronostic maternel

Dans notre série, le pronostic maternel était dominé par l'anémie sévère (41%). Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel par hématomes rétroplacentaires.

Par contre des auteurs comme Diarra S [16] au Mali, Ouattara M A [29] au Mali, Akpadza [3] au Togo, Colau et Uzan [13] en France et Assani [5] en Côte d'Ivoire et Allangba [4] ont rapporté des taux respectifs de décès maternels de 4,5% ; 2,83% ; 2,84% ; 4,28% ; 4,16% et 7,63%.

L'absence de décès maternel dans notre série pourrait s'expliquer par la rapidité de la prise en charge et de l'effet très bénéfique de la césarienne devant l'HRP. Le taux élevé d'anémie observée (81,4%) chez les patientes, met en évidence l'acuité du problème lié à la disponibilité du sang dans notre centre alors que la transfusion améliore considérablement le pronostic maternel.

En dehors de l'anémie, les autres complications observées dans notre étude ont été : l'HPPI (9,3%), l'atonie utérine (2,1%), l'anurie (3,1%), l'endométrite (3,1%), la suppuration pariétale (3,1%) et le paludisme (3,1%).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,3 jours avec des extrêmes de 2 à 17 jours.

- Le pronostic fœtal

Notre étude révèle que le pronostic fœtal est très réservé car avec 65 % de mortalité fœtale.

La mort fœtale a été notée dans diverses séries par des auteurs comme Allangba [4] en Côte d'Ivoire (87,7%), Akpadza [3] au Togo (75,45%), Konate. S [26], Diarra.S [16], Ouattara M.A [29] et Marega F C [27] au Mali (67,24% ; 67,4% ; 70,21% et 78,41%). Il y a eu 89,3% de mort-nés quand le poids du caillot dépassait 250 g avec des diamètres de la cupule $\geq 6/5$ cm.

Donc le pronostic fœtal est fonction du poids du caillot donc de l'étendu du décollement. Cependant dans notre étude, sur les 35% de nouveau-nés vivants 29% avaient un score d'Apgar ≥ 8 . Nous n'avons pas eu de renseignement sur le devenir des enfants qui ont survécu.

F. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

L'hématome retroplacentaire reste une urgence obstétricochirurgicale et une préoccupation pour l'obstétricien.

Le pronostic maternel immédiat est fonction de la rapidité de la prise en charge et des capacités de réanimation.

Le pronostic fœtal reste catastrophique du fait du caractère brutal de la pathologie et au retard dans le diagnostic.

La césarienne aux indications bien réfléchies pourrait contribuer à améliorer le pronostic obstétrical.

2. RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes s'adressent :

➤ **Aux autorités :**

- Recycler régulièrement le personnel médical relevant du centre, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des parturientes et leurs nouveau-nés.
- Recruter du personnel qualifié.
- Assurer la formation continue du personnel sanitaire, surtout des sages-femmes.
- Assurer l'approvisionnement constante en quantité de la mini banque de sang du CSRef CV.
- Créer un service de réanimation pour permettre la prise en charge immédiate et efficace des complications liées à l'HRP.

- Doter la salle d'accouchement du centre en appareil d'échographie et de cardiotocographie.
- Renforcer les capacités du laboratoire d'analyse par la faisabilité de la crase sanguine.

➤ **Aux prestataires**

- Promouvoir la CPN recentrée.
- Offrir des consultations prénatales de qualité.
- Renforcer l'éducation pour la santé sur l'importance des consultations prénatales régulières de qualité afin de détecter à temps les facteurs de risque et leur prise en charge adéquate.
- Mettre un accent particulier sur les séances de CCC lors des CPN.
- Maintenir la collaboration inter disciplinaire (car la prise en charge est pluridisciplinaire).

➤ **Aux parturientes :**

- Suivre régulièrement les consultations prénatales.
- Collaborer avec le personnel en acceptant et en respectant les conseils prodigués lors des séances de CCC.
- Considérer tout saignement sur grossesse comme signe de gravité et consulter immédiatement dès son apparition.

G. REFERENCES

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. **Abu., Heîja A., Al – Lhaladi H. ; El Moubani. N.** Abruptico
placentae : Rishk Factors and perinatal out –coure *journal of obst et*
Gynecol Reserch 1998 ; 24 ; 2 : 141-1.
3. **Akpadza K., Baeta S., Neglo Y., Tete V., Hodono A. K. S.**
Hématome rétroplacentaire à propos de 211 cas. *Clinique de Gynécol*
obstét du CHU-Tokoin-Lomé (Togo) 1988-1992. *Méd d’Afr Noire* 1996 ;
43 (6).
4. **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.
5. **Assani A., Anoma M., Boni E. S., Koné N., Bohoussou K. M.**
Aspects épidémiologique des hématomes rétroplacentaires à propos de
150 observations. *Communication à la Société de Gynécologie*
Obstétrique de Côte d’Ivoire, juillet 1988.
6. **Barnaud P., Cazenave J.** Une complication hémorragique de la fin de
la grossesse : l’hématome rétroplacentaire. *Pathol Trop* 1984 ; 25-8.

7. **Barnaud R. H., Cazenave J., Mackoum B., Diagne L.** L'hématome rétroplacentaire Outre Mer.Méd Trop 1983: 43-1.
8. **Barrat J., Darbois Y.** Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Encyl. Méd (Paris, France), Obstét 1974 ; 5071. A10-11.
9. **Barrier J., Lewin D., Vigneron N.** L'hématome rétroplacentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI). Traité Obstét, (2), chap IX, In VOKAER R. Edit Masson 1985, 187-197.
- 10.**Bourrey M. C.** DPPNI à propos de 51 observations. Thèse Méd Clermont 1973 ; 1.
- 11.**Brink A. L., Odendaal H. J.** Risk factors for abruptio placentae. S Afr Med J 1987; 72, 4: 250-2.
- 12.**Cisse H. G.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Bilan d'une année portant sur 70 cas recueillis à l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako 1988 ; 1.
- 13.**Colau J. C., Uzan S.** Hématome rétroplacentaire ou DPPNI. EMC (Paris, France) ; Obstét 1985 ; 5071. A10: 6.
- 14.**Colin A., Parent P., Alix D., Castel Y.** Mortalité et morbidité chez les enfants nés après hémorragie de la mère anté-partum. Rev Pédiat 1984 ; 20 : 9 : 407-12.
- 15.**De Lee J. B.** Abruptio placentae. Am J Obstét Gynécol 1901 ; 14 : 785.

- 16.Diarra S.** Hématome retroplacentaire dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako 2007 ; 261.
- 17.Dreyfus J., Berger 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.
- 18.Erksen G., Wohler M., Ensbak V.** Placental abruption. A case control investigation. Br J Obstet gynecol 1991; 98: 448-452.
- 19.Fournie A., Desprats R.** L'hématome rétroplacentaire (HRP). In mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE). Col Nat Gynécol obstét Fr 1984 ; 285-311.
- 20.Fousseini K.** Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'Hôpital Grabiél Touré (à propos de 56 cas). Thèse de Méd. Bamako 1989 ; 48.
- 21.Golditch I. M., Boyce N. E.** Management of abruption placentae. J.A.M.A 1970; 212: 288-293.
- 22.Goufodji S. S.** Contribution à l'étude de l'hématome rétroplacentaire à propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou. Thèse de Méd Benin 1986 ; 288.
- 23.Guidem A. F.** Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse et de l'accouchement.
- 24.Hadda D. M., Zayani H.** Hématome rétroplacentaire. Tunis Méd 1979 ; 57 : 2-3 : 133-5.

- 25. Kehel L. M., Branch W., Scott J. R.** Occult placental abruption after maternal traumat. *Obstet Gynecol* 1988; 71; 3: 449-53.
- 26. Konaté S.** Etude épidémio-clinique et thérapeutique de l'hématome retroplacentaire au CHU du Point G et au centre de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako 2006 ; 285.
- 27. Maréga F. C.** Hématome rétroplacentaire Thèse Méd Bamako 2001 ; 99 : 102p
- 28. Merger R., Levy J., Melchior J.** 5ème edit; revue et augmenté, Masson 1993; 740p.
- 29. Ouattara M. A.** Hématome rétroplacentaire au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, bilan de 6 ans d'étude. Thèse de Méd Bamako 2000 ; 126.
- 30. Riviera M., Mahon R., Chastrussel, Dubeco, Mondon H.** 26 observations du décollement prématuré du placenta inséré bas : étude critique. *Bull Fed Soc Gynécol Obstét Fr* 1958 ; 10 : 183.
- 31. Saulières H.** Hématome rétroplacentaire. Journées pyrénéennes Gynécol-Obstét Tarbes 2002 ; 4-5 octobre.
www.jpgtarbes.com/detail/archives/2002saulières.asp.
- 32. Seguy B., Jean H. B.** Révision accélérée en obstétrique Paris, Maloine, 1991 ; 230 : 6595.
- 33. Thoulon J. M., Puech F., Boog G.** Obstétrique. Paris ellipses 1995 ; 992 : 372-376.

34. Uzan S., Uzan M. Hématome rétroplacentaire. Précis d'obstet sous la direction de E Papiernik. Flammarion (Paris) 1995 ; 2-257 : 15045-7.

35. Vokaer R., Barat J., Dossart H., Lewin D., Renaud R. Traité d'obstétrique « Grossesse pathologique et accouchement dystocique » Edit Masson 1985 ; 187-197.

36. Zugaib M., Barros A. C., Bittar R. E., Burdman E. A., Neme B. Abruptio placentae following make bite. Am J Obstet Gyneco 1985; 151; 6: 754-5.

FICHE D'EXPLOITATION

LES INDICATIONS OPERATOIRES DE L'HRP AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

DATE :

I IDENTIFICATION DE LA PARTURIENTE

N° D'ORDRE :.....

Q1 Age:

Q 2 Adresse:

2.1 Quartier:

2.2 tel :

2.3 Rue:

2.4 N° Porte:

Q 3 Profession :

3.1 femme en foyer

3.3 Etudiante/E

3.2 Fonctionnaire

3.4 Autres à préciser

Q 4 : Niveau d'étude:

4.1 Analphabète

4.4 Niveau supérieur

4.2 Ecole primaire

4.5 Ecole collégiale

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

4.3 Niveau secondaire

4.6 Autres à préciser

Q 5 : Statut matrimonial

5.1 Mariée

5.3 Divorcée

5.2 Célibataire

5.4 Veuve

Q 6 : Ethnie

6.1 Peuhl

6.6 Bozo

6.2 senoufo

6.7 Soninké

6.3 Malinké

6.8 Sonrhail

6.4 Minianka

6.9 Bobo

6.5 Bamanan

6.10 Autres

II HABITUDES ALIMENTAIRES

Q 7 : Tabac

Q 8 : Alcool

Q 9 : Autres à préciser.....
.....

III MOTIF D'ADMISSION

Q10 : Venue d'elle-même

Q11 : Référée ou Ev

Motif:
.....
.....
.....

IV ANTECEDENTS (ATCD) DE LA PARTURIENTE

Q12 : ATCD médicaux:

12.1 Diabète 12.2 12.3

Drépanocytose

12.4 Autres à préciser.....
.....

Q13 : ATCD chirurgicaux :

13.1 Césarienne 13.2 Appendicectomie

13.3 Occlusion 13.4 Péritonite / Pelvipéri

13.5 Kystectomie 13.6 Salpingectomie

13.7 Autres à préciser :

.....

...

.....

.....

Q14 : ATCD Gynécologique:

14.1 Cycle régulier de.....jours

14.2 ATCD de Contraception:

14.3 Troubles menstruels:

14.4 Notion d'hypofertilité

Q 15 ATCD obstétricaux :

15.1 Gestité : 15.2 Parité..... 15.3
Vivant.....

15.4 Avortement : 15.6 Mort né.....

15.7 ATCD d'hémorragie au cours des
grossesses.....

15.8 Complications obstétricales antérieures à
préciser.....

.....

.....

V GROSSESSE ACTUELLE

Q16 : Date des dernières règles.....

Q17 : Terme inconnu.....

Q18 : Terme connu

Q19 : Grossesse avec pathologie associée

Q20 : MAF présents.....

Q21 : MAF absents.....

Q22 : Mode d'entrée en travail

- 22.1 Perte de liquide amniotique
- 22.2 Perte du bouchon muqueux
- 22.3 Contractures utérines régulières
- 22.4 Métrorragie
- 22.5 Déclenchement artificiel
- 22.6 Choc hypovolémique

Q24 Eléments lors du travail

PARAMETRES

OBSERVATIONS

MATERNELS :

- .Réaction psychologique
- .Tension artérielle
- .Pouls
- .Respiration
- .Température
- .Contractions utérines
- .Vérification de la vessie
- .Vérification de l'évolution du travail
- .Envie de pousser
- .Vérification de l'hydratation

FŒTAUX :

- .Rythme cardiaque foetal
- .Etat de la poche des eaux
- .Couleur du liquide amniotique

Q25 : Durée du travail.....

Q26 : Gestion active de la 3ème phase du travail (GATPA)

26.1 Palpation du fond utérin on

26.2 Injection de 10 UI d'ocytocine en IM

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

26.3 Traction modérée et contrôlée sur le cordon Oui Non
 26.4 Contre traction sur le pubis i n

26.5 Massage utérin à travers la paroi abdominale par l'agent +
 ocytocine en IV otec O Non

Q27 L'examen du placenta

27.1 Face fœtale

27.1.1 Les membranes
 · Petit coté déchiqueté
 · Petit coté inférieur à 10cm
 · Petit coté supérieur à 10 cm

27.2 Face maternelle

27.2.1 Caillots : Poids:.....
 27.2.2 Cupule : Diamètre.....

27.2.3 Les cotylédons
 · Cotylédons complets n
 · Cotylédons incomplets n

27.4 Examen du cordon
 27.4.1 Deux artères n
 27.4.2 Une veine n

28. Troubles de la coagulation

Q30 L'examen des parties molles

29.1 Déchirure des parties molles
 29.2 Déchirure du col n

Q31 Etat de l'utérus après la délivrance extemporanée

29.1 Inertie utérine n
 29.2 Rétraction utérine n

Q31 : Appréciation de la quantité de sang perdue.....

Q32 : Etat de la mère et du nouveau né après l'intervention

PARAMETRES

OBSERVATIONS

Tension artérielle

Température

Pouls

Globe de sécurité

Saignement

Vertiges

Conscience

Syndrome de SHEHAN

HELLP Syndrome

Troubles emboliques

Complications au cours de l'hospitalisation :

- Anémie O
- Infection O
- Paludisme O
- Transfert en réanimation O
- Décédée Oui Non

Q32 : La surveillance l' opérée jusqu'à la 6ème heure

Non

Q33 : Transfusion :

Oui Non

Sang total

Plasma frais congelé O

Concentré globulaire O

 Non

Nombre d'unité de sang.....

Q34 : Révision utérine Oui Non

Q35 : Injection ou perfusion d'ocytocines

36.1 Score d'Apgar à la 1ère minute.....

36.2 Score d'Apgar à la 5ème minute.....

36.3 Etat du nouveau né au cours de
l'hospitalisation.....

.....
.....

Fiche d'exploitation (adapté pour l'analyse sur Epi-info)

TITRE : HRP : INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREFCV

Q1.Nom :

Q2.Prénom :

Q3.Age :

Q4.Profession : 1=fem en foyer, 2=elev/etud , 3= fonctionnaire , 4= autre

Q5.Niveau d'étude : 1= analpha, 2= prim, 3= séc, 4=sup, 5=coraniq, 6= autre

Q6.Statut matrimonial : 1= celi, 2= mariée, 3=divorcé, 4= veuve

Q7.Ethnie : 1=bamb, 2= sarako, 3=sonrhai, 4=peulh , 5= autre

Q8.Mode d'amission : 1=elle-même, 2= évacuée

Q9.Motif : 1=hrp, 2=cud/g,3= metro/g, 4=HTA/g, 5=Perte liq/g, 6=autre

Q10.ATCD med: 0= néant ,1=HTA, 2=diab, 3=drepa, 4=asthma, 5= autre

Q11.ATCD chir : 0= néant, 1=césa, 2= salpin, 3= kystec, 4=append, 5= périto,
6=occlu, 7=autre

Q12.ATCD gyné : 0=néant, 1= contracep, 2=hypofert, 3=ttt de stérilit, 4= trble
cycle 5=autre

Q13.G : 0=nulli, 1= primi, 2= pauci, 3=multi, 4= grande multi

Q14.P : 0=nulli, 1= primi, 2= pauci, 3=multi, 4= grande multi

Q15.V : 0= néant, 1=1, 2=2-3,3=4-5, 4= ≥6

Q16.D : 0= néant, 1=<2, 2=>2

Q17.Mné : Y ou NON

Q18.AV : Y ou NON

Q19.ATCD d'HRP : Y ou NON

Q20.ATDC Metro/la g : Y ou NON

Q21.CPN : 0=néant, 1=1, 2=2, 3=3, 4= ≥4

Q22.Terme de la gross/echo : 1=préma, 2= A terme, 3= post terme

Q23.Etat de choc hem à l'entrée : Y ou NON

Q24.Phase du W : 1= latence , 2= active

Q25. Durée du W à l'entrée : 1=< 3h, 2= 3 à 6h, 3=6 à 12h, 4=>12h, 5=>24h

Q26.Anémie : Y ou NON

Q26a.Anémie décompensée :Y ou NON

Q27.PU à la bandelette : 0= néant, 1= minime, 2= significative

Q28.BDCF : Y ou NON

Q29.HPPI : Y ou NON

Q30. Usage de synto Y ou NON

Q31. Synto+cytotec en IR : Y ou NON

Q32. HRP +PP : Y ou NON

Q33. Grade de l'HRP selon SHER : 1= I, 2=II, 3= IIIa, 4=IIIb

Q34. Indication de la césa : 1= sauv fœtal, 2=sauv maternel

Q35. Poids du caillot sup 250g : Y ou NON

Q36. Diamètre Cupule sup 6/5 cm : Y ou NON

Q36a. spoliation sanguine :1=<1000ml,2=>1000ml

Q37. Transfusion : 0= néant, 1= sang total, 2= PFC, 3=cullot globulaire, 4= sang+PFC,

Q38. Complications : 0=néant, 1= Anémie, 2= Atonie, 3=CIVD, 4= Anurie, 5=Ligature VX cervicaux, 6=Hysterectomie, 7= endometrite, 8= supu parietale, 9=Thrombo phleb, 10=embolie, 11=mort

Q39. Duréé Hospi : 1= <3j, 2= 3à 10j, 3=>10j

Q40. Duréé moy d'hospi :..... J

Q41. Etat NNE : 1=préma, 2= hypotrophe, 3= à terme normal, 4= MMF, 5=MNM

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Maïga

Prénom : Mahamoudou Amir

Titre de thèse : Hématome retoplacentaire : Indications de la césarienne au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Année universitaire : 2010 – 2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé de thèse :

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée au de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Nous avons recensé **117** cas d'hématomes rétroplacentaires sur **8142** accouchements soit une fréquence de **1,44%**.

Le principal motif d'admission était les métrorragies **51,5%**.

Les facteurs de risques ont été :

- Age maternel **20 – 34** ans,
- La grande multiparité,
- Le contexte de toxémie gravidique **26,8%**,
- L'absence (**15,4%**) ou l'insuffisance (**58,8%**) de suivi prénatal,

La triade (métrorragie, hypertonie et absence des BDCF) était retrouvée dans **63,9%** des cas.

La césarienne a été réalisée dans **82,9%** des cas.

Le pronostic maternel était bon, aucun décès maternel n'a été enregistré.

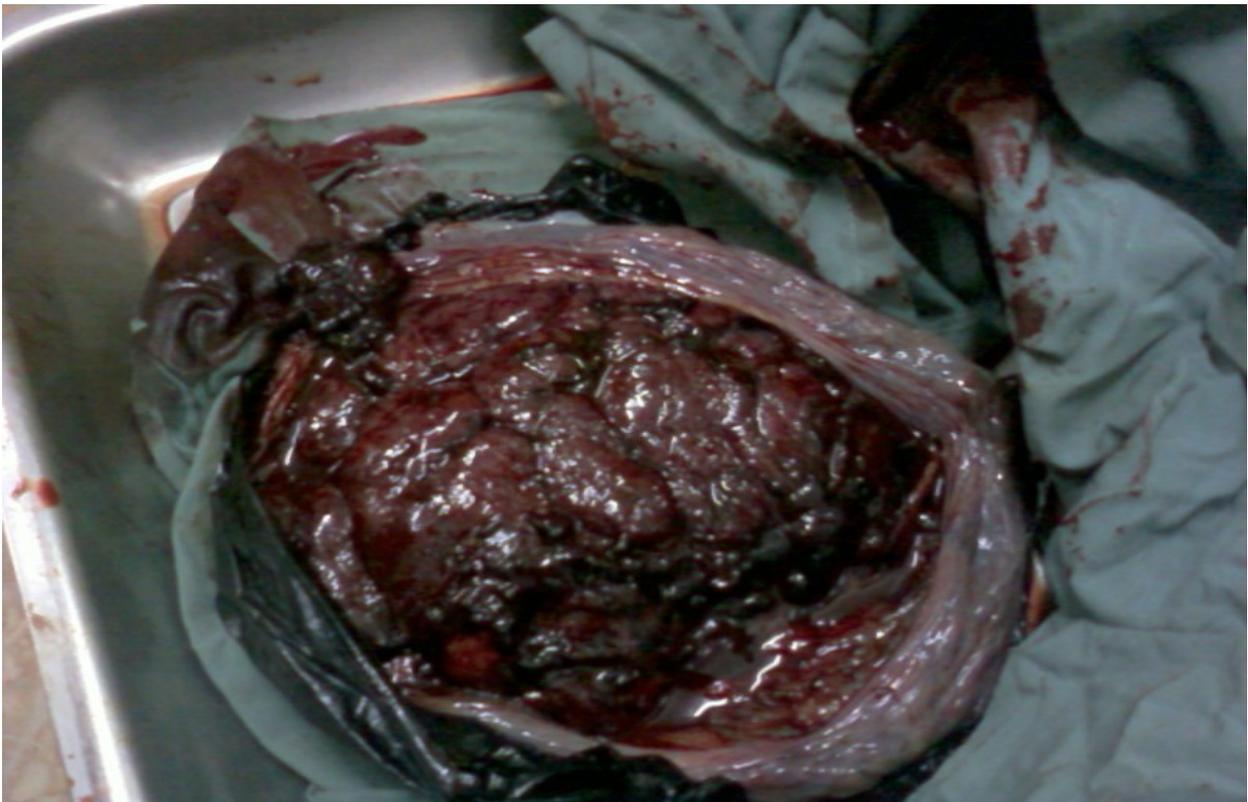
Le pronostic foetal était mauvais avec **65%** de mort-nés frais.

Mots clés : Grossesse, hématome rétroplacentaire, urgence, césarienne, facteurs de risque, pronostic.

HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO



* HRP avec utérus de Couvelaire au csref cv/Bamako en 2010.



* Placenta : face maternelle avec caillots noirâtres et cupule. csref cv/Bamako 2010.



* Caillots d'HRP : 500g avec mort-né frais, spoliation sanguine (Pds caillot x 3 + perte sanguine en ml)= 500 x 3+ 500ml = 2000 ml. Csref cv / Bamako2010.

LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE DE L'HRP

- C'est l'évacuation utérine qui doit être entreprise de façon rapide (d'où le recours fréquent à la césarienne) mais à discuter en fonction de la vitalité et de la viabilité fœtale.

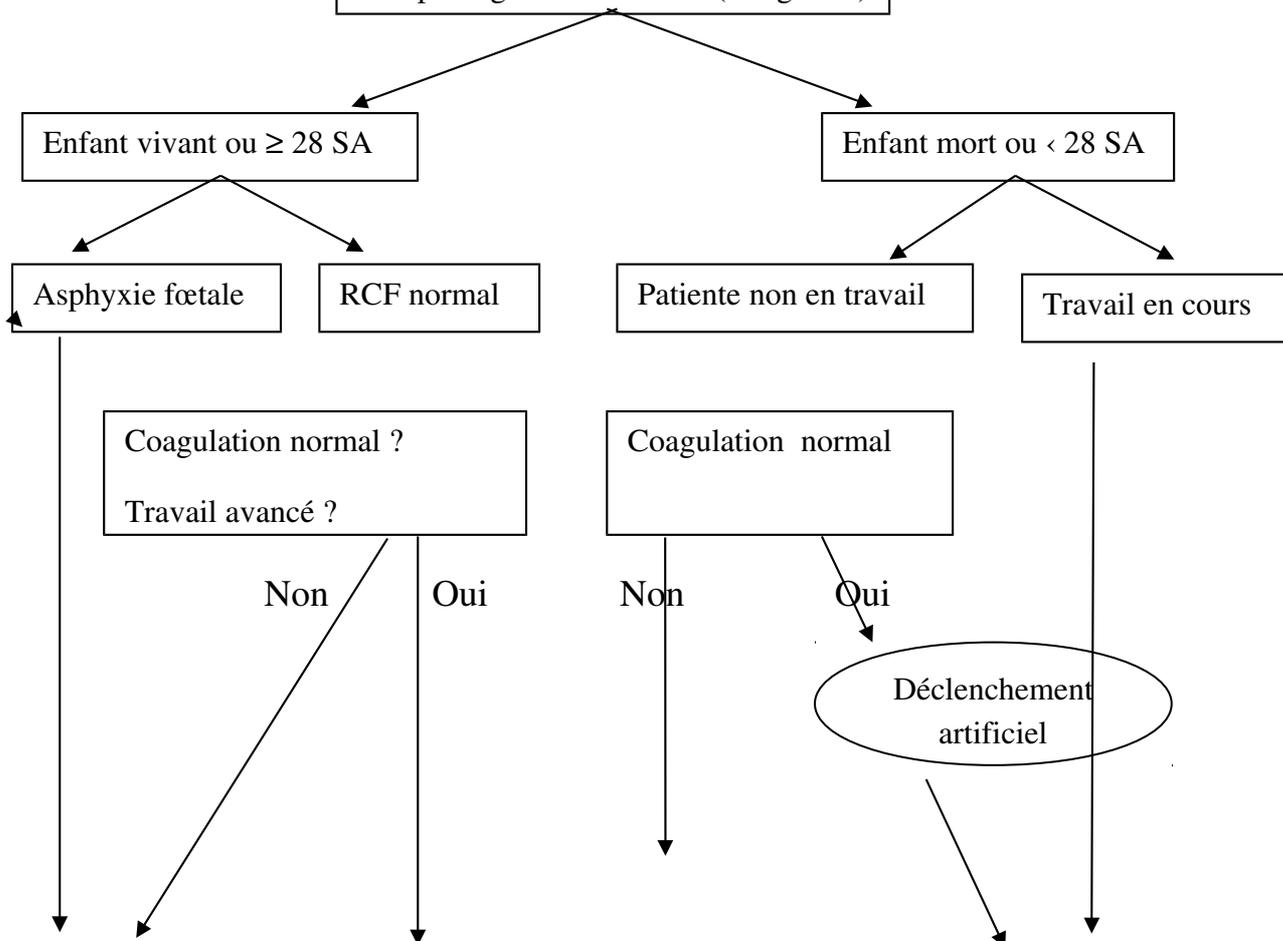
CONDUITE A TENIR

HRP SYMPTOMATIQUE

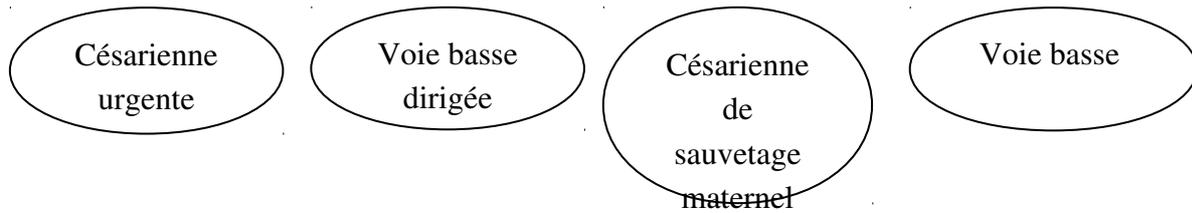
Mise en condition de la patiente (voie veineuse, sonde urinaire)

Bilan sanguin et urinaire : groupage/rhésus, NFS-PL, TP, TCA, fibrinogène, PDF, D-Dimères, dosage des facteurs de coagulation, ionogramme sanguin, transaminase, créatinémie, uricémie, protéinurie à la bandelette.

Remplissage – Transfusion (sang frais)



HEMATOME RETROPLACENTAIRE: INDICATIONS DE LA CESARIENNE AU CSREF CV DU
DISTRICT DE BAMAKO



*Evaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente .Si au bout de 7 minutes le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie .

*Maturation préalable par Mifégyne et déclenchement par misoprostol ou ocytocine.

REMARQUE :

• **Si le saignement est abondant** (apparent ou non), procéder à l'accouchement le plus vite possible :

- Si le col est complètement dilaté, extraire le fœtus par ventouse obstétricale
- Si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent, pratiquer une césarienne.

Note : Pour tous les cas d'hématome rétroplacentaire, se préparer à faire face à une hémorragie du post-partum.

• **Si le saignement est léger à modéré** (la patiente n'est pas en danger dans l'immédiat), la conduite à tenir dépend des bruits du cœur fœtal,

- Si le rythme cardiaque fœtal est normal ou absent, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher.
- Si les contractions sont de mauvaise qualité, administrer de l'ocytocine pour renforcer l'activité utérine ;
- Si le col est défavorable à l'accouchement (col ferme, épais, fermé), pratiquer une césarienne ;
- Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min) :
 - procéder rapidement à un accouchement par voie basse ;
 - Si l'accouchement par voie basse est impossible, pratiquer immédiatement une césarienne.

❖ **CAS PARTICULIER DE L'HRP ASYMPTOMATIQUE :**

Une conduite à tenir expectative peut être discutée en fonction du terme. Elle n'est plus licite au delà de 35SA si diagnostic d'HRP est certain et ne peut être envisagée que si :

- Il n'existe pas de trouble de la coagulation
- Il n'y a pas de retentissement fœtal
- Une surveillance attentive des paramètres maternels et fœtaux en hospitalisation peut être effectuée.

NB L'apparition d'anomalie met fin à la surveillance et fait poser l'indication d'un déclenchement ou d'une césarienne selon l'état du col.

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 leur père.

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

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

JE LE JURE.