

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPÉRIEUR

UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU

UNITÉ DE FORMATION ET DE  
RECHERCHE EN SCIENCES DE LA  
SANTÉ SECTION MÉDECINE

UFR/SDS



BURKINA FASO  
Unité- progrès- justice

Année académique 2011-2012

N° : 132

**THÈME :**

**HEMATOME RETROPLACENTAIRE AU SERVICE DE  
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE DU CHUYO  
DE 2002 À 2011 : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUES  
ET THÉRAPEUTIQUES (À PROPOS DE 463 CAS COLLIGES)**

THÈSE présentée et soutenue publiquement le 30 juillet 2012 à 9h00 par

**Micheline NINGOUE NGATCHAM**

Née le 14/06/1984 à BANKAMBE (Cameroun)

Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

**Directeur de Thèse**

**Pr. Blandine BONANE/THIEBA**

**Co-directeur**

**Dr Boubakar TOURE**

**Président du jury:**

**Pr. Jean LANKOANDE**

**Membres du jury:**

**Dr. Georges MILLOGO**

**Dr. André SIMPORE**

**Dr. Boubakar TOURE**

**Unité de Formation et de Recherche  
En Sciences de la santé (UFR/SDS)**

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**

---

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la section pharmacie	Pr Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Youssouf OUEDRAOGO
Chef de service administratif, financier et comptable	M. Brahim HEMA
Chef de service scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du directeur	Mme Adiara SOMDA/CONGO
Secrétaire du directeur adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2010

---

### LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS

---

#### 1. PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIGUEMDE	Parasitologie
2. Robert B. SOUDRE	Anatomie pathologique
3. Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et toxicology
4. Blaise K. SONDO	Santé publique
5. Joseph Y. DRABO	Médecine interne/endocrinologie
6. Jean LANKOANDE	Gynécologie-obstétrique
7. Daniel P. ILBOUDO	Hépatologie, gastro-entérologie
8. Adama TRAORE	Dermatologie-vénérologie
9. Kampadilemba OUOBA	Oto-rhino-laryngologue
10. Mamadou SAWADOGO	Biochimie
11. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
12. Patrice ZABSONRE	Cardiologie
13. Jean B. KABORE	Neurologie
14. Ludovic KAM	Pédiatrie
15. Rabiou CISSE	Radiodiagnostic et imagerie médicale
16. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-virologie
17. Si Simon TRAORE	Chirurgie viscérale
18. Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
19. Adama LENGANI	Néphrologie

---

20. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
21. Martial OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
22. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
23. Boubacar NACRO	Pédiatrie
24. Alain BOUGOUMA	Hépatologie, gastro-entérologie
25. Athanase MILLOGO	Neurologie
26. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie- reanimation
27. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
28. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
29. Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-obstétrique

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1 .Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
2. Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
3. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
4. Daman SANO	Chirurgie viscérale
5. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
6. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
7. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et imagerie médicale
8. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie
9. Issa T. SOME	Chimie analytique
10. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
11. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
12. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et imagerie médicale
13. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique

14. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
15. Abel Karim SERME	Hépatologie, gastro-entérologie
16. Jean SAKANDE	Biochimie
17. Kapouné KARFO	Psychiatrie
18. Timothée KAMBOU	Urologie
19. André k. SAMANDOULGOU	Cardiologie
20. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
21. Apollinaire SAWADOGO	Hépatogastro-entérologie
22. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
23. Idrissa SANOU	Bactériologie –virologie
24. Elie KABRE	Biochimie
25. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologie

### 3. MAITRES- ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Alain Z .ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
5. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
6. Arsène MD.DABOUE	Ophtalmologie
7. Nicole Marie KYELEM/ZAGRE	Maladies infectieuses
8. Robert O.ZOUNGRANA	Physiologie
9. Christophe S.DA	Orthopédie, traumatologie
10. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
11. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
12. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail

13. Barnabé ZANGO	Urologie
14. Théodore Z.OUEDRAOGO	Médecine du travail
15. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
16. Cheick Oumar COULYBALY	Parasitologie
17. Nicolas MEDA	Santé publique
18. Ahgbatouhababa ZABSONRE /AHNOUX	Ophtalmologie
19. Roger Arsène SOMBIE	Hépto gastroentérologie
20. Ousséini DIALLO	Radiodiagnostic et imagerie Médicale
21. Fla KOUETA	Pédiatrie
22. Dieu-donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
23. Assita Lamien/SANOU	Anatomie Pathologique
24. Moussa OURDRAOGO	Pharmacologie
25. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
26. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
27. Christian NAPON	Neurologie
28. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
29. Gilbert P.BONKOUNGOU	Chirurgie générale
30. Adama SANOU	Chirurgie générale
31. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
32. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
33. Hervé TIENO	Médecine interne
34. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation

#### 4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrian B.SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousseni DAO	Pédiatrie
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUN /OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
12. Oumar GUIRA	Médecine interne
13. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
14. Madina N .NAPON	Radiodiagnostic et imagerie Médicale
15. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive
16. Issou OUEDRAOGO	Chirurgie pédiatrique
17. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto-rhino laryngologie
18. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
19. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et traumatologie
20. Moustapha SEREME	Oto-rhino laryngologie
21. Mohamed TALL	Orthopédie et traumatologie
22. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
23. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
24. Estelle Noela HOLO YOUL	Pharmacologie

25. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie
26. Jérôme KOULIDIATI	Hématologie
27. KABORE F. Aristide	Urologie
28. KINDA Boureima	Anesthésie-réanimation
29. GOUMBRI Privat Patrice	Psychiatrie
30. Ouattara Boubakar	Radiodiagnostic et imagerie médicale
31. GUIGUIMDE W. L. Patrice	Chirurgie buccale



## **DEDICACES**

### **Au Dieu de grâce et père miséricordieux**

Comment pourrais-je compter les bienfaits que tu fais pour moi et pour ma famille. Père éternel dans ta bonté infinie, tu es toujours avec moi dans les moments de doute, de désespoir et de joie.

Seigneur permettes que par la grâce que tu m'accordes en ce jour, ma vie soit un témoignage de ton amour, chaque fois que j'aurais entre mes mains tes humbles créatures.

### **A feu mon père Antoine GATCHAM WAKO**

Papa, j'aurais tellement voulu que tu sois présent à ce moment. Mais Dieu en a décidé autrement. Tu as toujours cru en moi et m'a toujours soutenue dans cette longue aventure qu'est la médecine. Trouve dans ce travail l'expression de toute ma gratitude. Que la terre de nos ancêtres te soit légère.

### **A ma mère Sabine GATCHAM née DEUTCHA**

Comment mesurer l'amour de celle qui, par la grâce divine, nous a donné la vie. Dès notre enfance, tu nous as inculqué les valeurs de l'amour, du respect, le pardon, l'amour du travail bien fait et surtout la foi et l'espérance en Dieu.

Que de sacrifices tu as consenti pour voir tes enfants réussir et ne manquer de rien. Même dans les soucis, tu as toujours le sourire et les justes mots.

Maman en ce jour béni, je voudrais que tu sois fière de moi et que chacune des larmes que tu verseras soit des larmes de bonheur.

Que le seigneur t'accorde une longue vie et beaucoup de bénédictions afin que tu puisses goûter aux délices de tes efforts acharnés pour chacun de nous.

### **A mes frères et sœurs**

Eric, Caroline, Clarisse, Carine, Guy, Pulcherie, Georgette, Prosper, Orleanne, Sandrine, Wilfried . Merci à vous pour votre soutien pendant toutes ces années, vous avez pris le relais de papa Antoine après son décès pour que je puisse finir mes études merci infiniment. Ce travail est aussi le votre.

### **A mes beaux frères et belles sœurs**

Félix, Moussa, Jules Hervé, Emmanuel, Venise Stéphanie . Merci à vous pour avoir soutenue cette famille.

### **A mes neveux et nièces**

### **A maman Honorine NINGOUE**

Merci tata pour m'avoir soutenue dans cette dure bataille

### **A mes oncles et tantes, cousins et cousines**

## **REMERCIEMENTS**

### **Au Pr Blandine BONANE/THIEBA**

Notre maître et directrice de thèse

En dépit de vos multiples occupations vous avez su trouver le temps pour nous diriger dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre dévouement et votre grand esprit critique sans lesquels cette étude n'aurait pu se faire. Si ce travail à un quelconque mérite, c'est à vous que nous le devons. Nous vous remercions très sincèrement.

### **Au Docteur Boubakar TOURE**

Notre maître et co-directeur

Vous avez su trouver le temps de nous guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations. Merci pour votre disponibilité constante et votre esprit critique tout au long de ce travail. Nous avons appris beaucoup à vos côtés. Nous vous remercions très sincèrement.

### **A Gertrude BSADJO TCHAMBA**

GG je ne pourrais résumer ici en quelques lignes le soutien inconditionnel que tu m'as apporté, puisse être fier de ta contribution à mon travail merci.

### **A Oumarou BOLY**

Merci Omar pour ton soutien et ta compréhension durant toutes ces années. Trouve ici l'expression de toute ma gratitude.

### **A Mme Hafsatou NACANABO**

Ce travail en ce jour et ici présenté est avant tout ton œuvre sois en fier merci

### **A Mr Théophile YAMEOGO ET SA FAMILLE**

Tonton voila 8ans déjà que vous m'avez ouvert la porte de votre maison, de votre famille entière. Vous avez été un père pour moi dans ce pays et dans tous les moments vous étiez là. Cette réussite ce jour est aussi la vôtre. Trouvez ici l'expression de mon infinie reconnaissance.

### **A Mr Ambroise OUEDRAOGO ET SA FAMILLE**

Vous m'avez ouvert la porte de votre maison et vous m'avez soutenue durant toutes ces années au BURKINA. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

### **A Judith OUEDRAOGO**

Sans toi ma chérie les choses n'auraient pas été faciles merci du fond du cœur de m'avoir permis d'avoir une famille ici. Trouve dans ce travail l'expression de ma reconnaissance infinie

### **A Valérie SIMO ET SANDRINE AIDEGO**

Que ce travail raffermisse notre amitié merci les filles pour le soutien.

### **A Sika AHLIJAH**

Ma petite sœur que la médecine m'a donné tu m'as supportée pendant ces 8 années et tu as toujours été là quand j'avais besoin de toi. Ce travail est aussi le tien merci.

## **A Abel TCHIOMBIANO**

Mon ami de toujours. Merci de m'avoir supporté et accompagné pendant toutes ces années

## **A MES AMIS**

Sylvia, prudence, kadhee, Alain, Christelle, Audrey, Yannick, tsevi .....

## **A MON EQUIPE DE COLLECTE**

Ce jour est si vite arrivé grâce à votre aide. Merci à vous tous pour ce judicieux coup de main.

## **A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION**

Nous avons commencé cette aventure ensemble puisse chacun de nous connaître ce jour de gloire. Merci pour la bonne collaboration.

## **A TOUTES LES FEMMES ENCEINTES**

Vous qui avez choisies d'accomplir cet acte merveilleux qu'est celui de donner la vie. Courage à vous.

## **A TOUS CEUX ONT CONTRIBUES DE PRES OU DE LOIN A LA REALISATION DE CE TRAVAIL**

Merci infiniment.

## **HOMMAGES A NOS MAITRES ET JUGES**

**A notre Maître et président du jury,**

**Le professeur Jean LANKOANDE**

**Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS;**

**Coordonnateur du DES de gynéco-obstétrique ;**

**Chef du département de gynéco-obstétrique de l'UFR SDS;**

**Médecin chef du service de gynécologie obstétrique du CHUYO ;**

**Officier de l'ordre national.**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Homme de science aux connaissances immenses, nous admirons vos qualités d'enseignant et votre rigueur scientifique. Grande est cette chance que nous avons eue de bénéficier de vos enseignements précis et clair au cours de notre cursus universitaire. Votre simplicité, votre humanisme et vos connaissances scientifiques forcent l'admiration. Nous restons à court de mots pour vous témoigner toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Que le seigneur vous bénisse.

**A notre maître et directrice de thèse,  
Le professeur Blandine BONANE/THIEBA  
Professeur titulaire en gynéco-obstétrique de l'UFR/SDS;  
Gynécologue obstétricienne au CHUYO;  
Directrice exécutive de la SOGOB;  
Coordinatrice nationale de l'Alliance du Ruban Blanc (ARB);  
Chevalier de l'ordre national.**

Chère maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous avoir comme directrice de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques et de votre encadrement lors de notre stage pratique dans le service de gynéco-obstétrique du CHUYO. Votre abord facile, votre disponibilité, votre humilité, votre abnégation au travail associé à vos qualités de mère et de formatrice nous ont beaucoup séduits lors de notre passage dans le service. Sachez qu'au delà de toute louange, vous êtes pour nous un modèle.

Chère maître, c'est l'opportunité pour nous de vous rendre un hommage mérité et de vous signifier notre profonde gratitude.

Que le seigneur vous bénisse.

**A notre maître et codirecteur de thèse**  
**Le docteur Boubakar TOURE**  
**Maître assistant de gynéco- obstétrique à l'UFR/SDS;**  
**Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan;**  
**Gynécologue obstétricien au CHUYO;**  
**Médecin réanimateur.**

Cher maître

C'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de codiriger ce travail, malgré vos multiples occupations. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et de votre encadrement lors de notre passage dans le service de gynéco-obstétrique du CHU-YO. Vos connaissances scientifiques, votre disponibilité, et votre ardeur au travail forcent notre admiration.

Permettez nous de vous témoigner cher maître notre gratitude et notre profond respect. Que le seigneur vous bénisse.



**A notre maître et juge**

**Le docteur André SIMPORE**

**Médecin anesthésiste réanimateur au service de gynécologie obstétrique**

Cher maître

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faite en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitation.

Cher maître c'est l'occasion pour nous de vous témoigner notre profond respect et notre gratitude. Nous vous souhaitons du succès et de la prospérité dans votre carrière professionnelle. Que le seigneur vous bénisse.

**A notre maître et juge**

**Le docteur Georges MILLOGO**

**Assistant de cardiologie à l'UFR/SDS;**

**Cardiologue au CHUYO;**

Cher maître

C'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce modeste travail, malgré vos multiples occupations. Vos connaissances scientifiques, votre disponibilité, et votre ardeur au travail forcent notre admiration.

Permettez nous de vous témoigner cher maître notre gratitude et notre profond respect. Que le seigneur vous bénisse.

**« Par délibération, l'unité de formation et de recherche en science de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.»**

## LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : antécédent

BDCF : bruit du cœur fœtal

CGR : concentré de globules rouges

CHU : centre hospitalier universitaire

CHUYO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo

CIVD : coagulation intra-vasculaire disséminé

CMA : centre médical avec antenne chirurgicale

CNTS : centre national de transfusion sanguine

Coll : Collaborateur

CPN : consultation prénatal

CSRV : centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

DPPNI : décollement prématuré du placenta normalement inséré

HRP : hématome rétroplacentaire

HTA : hypertension artérielle

HU : hauteur utérine

IV : intraveineuse

NFS : numération formule sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFC : plasma frais congelé

---

PP : placenta prævia

ROM : rétention d'œuf mort

SONU : soins obstétricaux et néonataux d'urgence

TCA : temps de céphaline activée

TP : taux de prothrombine

TS : temps de saignement

UI : unité internationale

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Fréquence de l'HRP dans certains pays occidentaux, d'Afrique subsaharienne et du Maghreb selon la littérature. ....	<b>8</b>
<b>Tableau II</b> : Répartition des cas d'HRP.....	<b>39</b>
<b>Tableau III</b> : Répartition des cas d'HRP selon les mois de l'année allant du 01 janvier 2002 au 31 Décembre 2011.....	<b>40</b>
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patientes selon la provenance (N= 429).....	<b>41</b>
<b>Tableau V</b> : Répartition des patientes selon le statut matrimonial (N= 409).....	<b>44</b>
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patientes en fonction des antécédents d'HTA (N= 463) .....	<b>45</b>
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission (N= 447).....	<b>45</b>
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patientes en fonction du motif d'admission (N= 438).....	<b>47</b>
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux et obstétricaux (N= 463).....	<b>48</b>
<b>Tableau X</b> : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN effectuées (N= 349).....	<b>49</b>
<b>Tableau XI</b> : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'HRP (N= 431).....	<b>50</b>
<b>Tableau XII</b> : Signes cliniques des patientes à l'admission. (N= 374).....	<b>51</b>

<b>Tableau X III :</b> Répartition des patientes selon le diamètre de la cécupule ( N= 371).....	<b>51</b>
<b>Tableau X IV:</b> Répartition des patientes selon la classification de SHER.(N= 459).....	<b>52</b>
<b>Tableau X V :</b> Répartition des patientes selon le type de transfusion (N = 463).....	<b>53</b>
<b>Tableau XVI :</b> Les différents antihypertenseurs administrés (N= 463).....	<b>54</b>
<b>Tableau XVII :</b> Les principales complications maternelles (N =89).....	<b>55</b>
<b>Tableau XVIII :</b> Répartition de la morbidité et -mortalité maternelle.....	<b>56</b>
<b>Tableau XIX:</b> Répartition des nouveau-nés en fonction des facteurs pronostiques.....	<b>57</b>

## **LISTE DES SCHEMAS ET FIGURES**

Schéma 1 : organes génitaux externe de la femme (coupe frontale).....	<b>9</b>
Figure 1 : répartition des patientes selon l'âge .....	<b>42</b>
Figure 2 : répartition des patientes selon la profession.....	<b>43</b>
Figure 3 : répartition des patientes selon la parité.....	<b>44</b>



# Table des matières

<b>INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>5</b>
<b>2. GENERALITES.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. DEFINITION.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. EPIDEMIOLOGIE.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3. RAPPELS ANATOMIQUES .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3.1. L’utérus .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3.2. L’utérus gravide [40] .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.3. Le placenta [45] .....</b>	<b>15</b>
<b>2.4. ANATOMOPATHOLOGIE [45].....</b>	<b>18</b>
<b>2.4.1. L’hématome décidual basal (HDB) .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4.2. L’apoplexie utéro-placentaire.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4.3. L’apoplexie viscérale diffuse .....</b>	<b>19</b>
<b>2.5. PHYSIOPATHOLOGIE-FACTEURS DE RISQUE.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5.1. Physiopathologie.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5.2. Les facteurs de risque .....</b>	<b>22</b>
<b>2.6. ETUDE CLINIQUE.....</b>	<b>25</b>
<b>2.6.1. Type de description .....</b>	<b>25</b>
<b>2.6.2. Formes cliniques [31] .....</b>	<b>27</b>
<b>2.6.3. Diagnostic différentiel [31, 40] .....</b>	<b>29</b>
<b>2.7. PRONOSTIC.....</b>	<b>30</b>
<b>2.7.1. Le pronostic maternel.....</b>	<b>30</b>
<b>2.7.2 Le pronostic fœtal.....</b>	<b>30</b>

<b>2.8. TRAITEMENT.....</b>	<b>30</b>
<b>2.8.1. Le traitement médical [31, 40,55].....</b>	<b>30</b>
<b>2.8.2. Le traitement obstétrical.....</b>	<b>31</b>
<b>2.8.3. Les indications [55].....</b>	<b>32</b>
<b>3. NOTRE ETUDE.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.1. Objectif général.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.2. Objectifs spécifiques.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2. METHODOLOGIE.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2.1. Le cadre de l'étude.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2.2. Le Type et période d'étude.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.3. La Population d'étude.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.4. La collecte des données .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.5. Variables d'étude.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.6. Recrutement des patientes.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.7. Analyses des données.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.8. Les considérations éthiques.....</b>	<b>38</b>
<b>4- RESULTATS.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1. FREQUENCE DE L'HRP.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION     ETUDIEE.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2.1.La provenance des patientes.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2.2. L'âge.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2.3. La profession.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2.4. La parité.....</b>	<b>43</b>

4.2.5.Le statut matrimonial.....	44
4.2.6. Les antécédents vasculo-rénaux.....	45
4.2.7.Le mode d'admission.....	45
<b>4.3. ASPECTS CLINIQUES.....</b>	<b>46</b>
4.3.1. Les motifs d'admission.....	46
4.3.2. Les antécédents pathologiques.....	47
4.3.3. Le suivi prénatal.....	48
4.3.4. L' âge gestationnel.....	49
4.3.5. Les signes cliniques.....	50
4.3.6. Classification des HRP.....	52
<b>4.4. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....</b>	<b>52</b>
4.4.1. Oxygénothérapie.....	52
4.4.2. La voie d'accouchement.....	52
4.4.3.La transfusion.....	53
4.4.4. Les Antihypertenseurs.....	53
<b>4.5. EVOLUTION-PRONOSTIC.....</b>	<b>54</b>
4.5.1. Le pronostic maternel.....	54
4.5.2. Le pronostic foetal.....	56
<b>5. DISCUSSION.....</b>	<b>58</b>
5.1. LIMITES ET BIAIS.....	58
5.2. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	58
5.2.1. La fréquence de l'HRP.....	58
5.2.2. L'âge.....	59
5.2.3.La parité.....	59
5.2.4. Le statut socio professionnel.....	60
<u>5.2.5. Le terrain vasculo rénal.....</u>	<u>60</u>

<b>5.3.ASPECTS CLINIQUES.....</b>	<b>60</b>
<b>5.3.1Le mode d’admission.....</b>	<b>60</b>
<b>5.3.2. Le suivi prénatal.....</b>	<b>61</b>
<b>5.3.3. L’âge gestationnel.....</b>	<b>62</b>
<b>5.3.4.Les signes cliniques.....</b>	<b>62</b>
<b>5.3.5.Les facteurs de risque.....</b>	<b>63</b>
<b>5.4. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....</b>	<b>64</b>
<b>5.4.2. La transfusion sanguine.....</b>	<b>65</b>
<b>5.5. PRONOSTIC.....</b>	<b>65</b>
<b>5.5.1. Le pronostic maternel.....</b>	<b>65</b>
<b>5.5.2. Le pronostic fœtal.....</b>	<b>66</b>
<b>6. CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
<b>7. SUGGESTIONS.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERENCES BIBLOGRAPHIQUES.....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>77</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE.....</b>	<b>80</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>82</b>

## INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.

La grossesse et l'accouchement, phénomènes physiologiques sont normalement naturels, ce qui implique de toute évidence que le risque encouru doit être extrêmement faible. Mais malheureusement la réalité est tout autre car il existe des conditions non optimales pour la bonne marche de la grossesse et l'heureux déroulement de l'accouchement.

Dans les conditions normales, la séparation du placenta avec l'utérus survient après l'expulsion du fœtus qui est la 3<sup>ème</sup> période du travail d'accouchement [31]. Lorsque cette séparation a lieu avant ou pendant le travail, il s'agit d'un décollement prématuré du placenta. La désinsertion accidentelle d'une partie ou de la totalité du placenta de l'utérus avant l'accouchement, avec formation d'un hématome plus ou moins volumineux, réalise ainsi l'un des accidents les plus graves que l'obstétricien puisse rencontrer. Il en résulte la formation d'un hématome rétroplacentaire (HRP).

Ce syndrome compromet gravement les échanges materno-fœtaux et par conséquent le pronostic fœtal. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) ou hématome rétroplacentaire est une complication très grave de la grossesse. Cela met en jeu la vie de la mère et du fœtus en étant responsable d'une hémorragie parfois massive développée entre le placenta et l'utérus.

En France : la fréquence de l'HRP varie entre 0,25% et 0,5% [31,52, 57]. Dans les pays anglo-saxons, le taux observé est légèrement plus élevé se situant entre 1 et 2% [9, 55]. A Dakar : sur 141 cas étudiés BARNAUD P. et coll. [6] ont trouvé une fréquence de 0,73% d'HRP. Au Burkina THIEBA et coll. [51] ont trouvé un taux de 0,96%.

La santé des femmes fait partie depuis longtemps de ses préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et est devenue aujourd'hui une priorité internationale [ 37]. En 2005 la mortalité maternelle était estimée à 830 décès maternels pour 100000 naissances vivantes dans les pays en développement contre 24 pour 100000 dans les pays d'Europe et les hé morragies constituaient la principale cause de décès maternel (34%) suivies de infections (21%), des avortements à risques (18%), des états hypertensifs (16%).

Avec l'adoption en 2006 par le gouvernement Burkinabé d'une stratégie nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, des progrès ont été réalisés. L'HRP une des grandes urgences médico-obstétricales par excellence est une préoccupation au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire YA GALDO OUEDRAOGO (CHUYO) avec une particularité pronostique non négligeable.

La première étude sur cette pathologie gravissime a été réalisée en 1999 dans le service. Dans le cadre du bilan décennal effectué nous nous proposons d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques de l'HRP au service de gynécologie obstétrique du CHUYO de 2002 à 2011.

## **2. GENERALITES**

### **2.1. Définition**

L'hématome rétro placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) [31] est un accident brutal des derniers mois de la grossesse et du travail, caractérisé par un décollement prématuré du placenta normalement inséré par un hématome situé entre la paroi utérine et le placenta [1].

Durant la grossesse, le placenta risque de se décoller sur une partie plus ou moins étendue de son insertion sur la paroi de l'utérus provoquant un saignement entre les deux parties. La collection sanguine qui résulte de ce décollement est appelée hématome rétro placentaire.

### **2.2 Epidémiologie**

La fréquence de l'HRP est diversement appréciée selon les auteurs, se situant autour de 0,25% en Europe [28,31] et pouvant atteindre 1 à 4,7% dans les pays anglo-saxons [55].

Il est en fait difficile de disposer d'une évaluation précise de la fréquence de l'HRP car sa définition varie selon le mode de diagnostic.

**Tableau I** : Fré quence de l 'HRP da ns c ertains pa ys oc cidentaux, d'A frique subsaharienne et du Maghreb selon la littérature.

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Fréquence (%)</b>
MERGER	France	0,25
THOULON	France	0,26
DEVALERA	USA	2,7
BOURDAIS	Sénégal	0,73
ALLANGBA	Côte d'Ivoire	2,44
ASSANI	Côte d'Ivoire	3,08
HADDA	Tunisie	0,25
OMU	Nigéria	0,42
KYELEM	Burkina Faso	0,96
MAREGA	Mali	0,56
OUATTARA. M.A	Mali	0,85
BOUAOUDA	Maroc	1 ,16

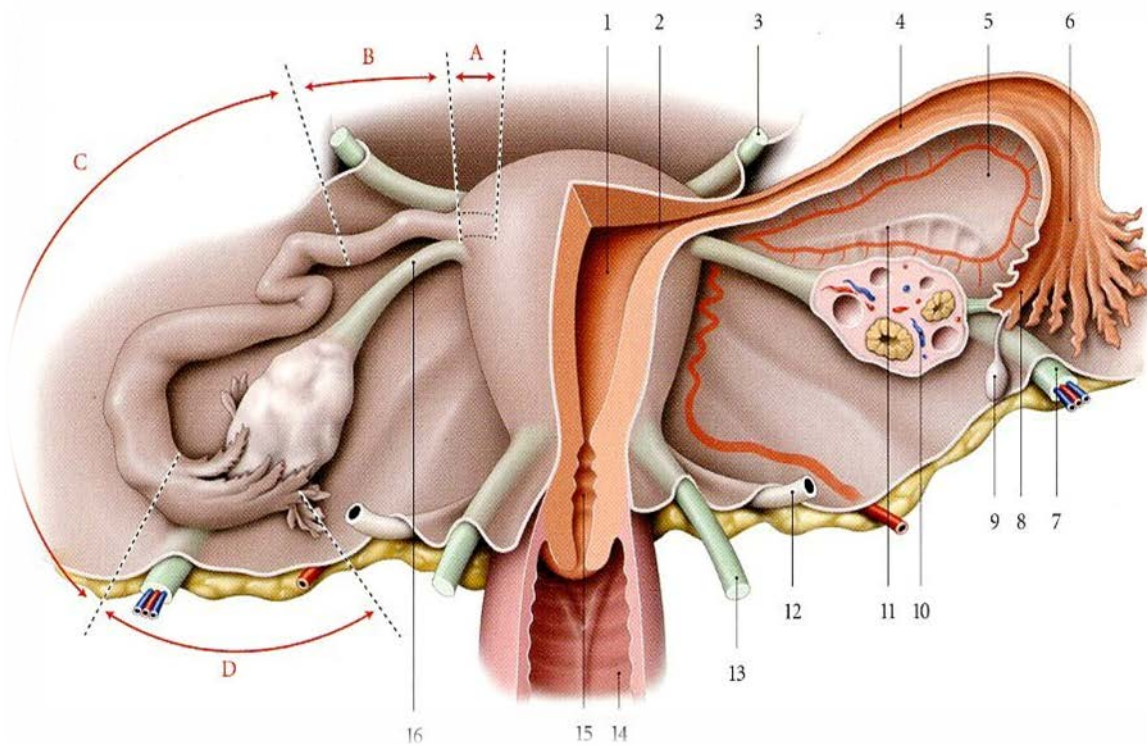
## **2.3. Rappels anatomiques**

### **2.3.1 L'utérus**

L'utérus fait pa rti de s org anes gé nitaux i nternes qui sont d estinés essentiellement à la reproduction.



Haut  
 ↑  
 Gauche  
 →



**Schéma 1** : Organes génitaux internes de la femme [19] (coupe frontale)

- |                                       |                               |                                |                             |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>A. Partie utérine de la trompe</b> | 2. Ostium utérin de la trompe | 7. Lig. suspenseur de l'ovaire | 12. Uretère                 |
| <b>B. Isthme de la trompe</b>         | 3. Lig. rond de l'utérus      | 8. Frange ovarique             | 13. Lig. utéro-sacral       |
| <b>C. Ampoule de la trompe</b>        | 4. Cavité tubaire             | 9. Appendice vesiculeux        | 14. Vagin                   |
| <b>D. Infundibulum de la trompe</b>   | 5. Mésosalpinx                | 10. Ovaire                     | 15. Canal cervical          |
| 1. Cavité utérine                     | 6. Ostium abdominal           | 11. Mésovarium                 | 16. Lig. propre de l'ovaire |

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à terme. Il est de consistance ferme et élastique à l'examen.

#### ✚ Mesures

Son poids est d'environ 50 g chez la nullipare et 70 g chez la multipare.  
 Sa capacité est d'environ 4 cm<sup>3</sup> chez la nullipare et de 5 cm<sup>3</sup> chez la multipare.

Les dimensions de la cavité utérine sont : chez la nullipare, de 55 mm en moyenne, dont 25 pour le corps 25 pour le col et 5 pour l'isthme ; chez la multipare, l'augmentation de la cavité est nette au niveau du corps qui atteint 35 mm.

#### Configuration extérieure

L'utérus présente dans sa partie moyenne un léger étranglement, l'isthme utérin, qui sépare le corps et le col.

##### ❖ Le corps utérin

Le corps utérin est de forme conoïde et aplati d'avant en arrière. Le fundus de l'utérus est fortement convexe dans le sens antéropostérieur, rectiligne transversalement chez la nullipare et convexe chez la multipare. Les cornes utérines prolongent le fundus et se continuent avec les trompes; elles donnent insertion aux ligaments ronds et propres de l'ovaire.

##### ❖ Le col utérin

Il est cylindrique et un peu renflé à sa partie moyenne. Il est divisé en deux portions par l'insertion vaginale : la portion supra-vaginale, prolongeant le corps, et la portion vaginale anciennement appelée portion intra-vaginale, visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal. Celle-ci est percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui donne accès au canal cervical. L'aspect de l'orifice externe est variable. Il est punctiforme chez la nullipare et s'allonge transversalement chez la primipare avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latérales.

#### Configuration interne

L'utérus est un organe creux comprenant la cavité utérine au niveau du corps, et le canal cervical.

##### ❖ La cavité utérine

Elle est de forme triangulaire et virtuelle. La base supérieure est convexe chez la nullipare, rectiligne ou concave chez la multipare.

Les angles latéraux se continuent avec les canaux tubaires par l'ostium uterinum.

#### ❖ Le canal cervical

Le canal cervical est fusiforme. Ses parois antérieures et postérieures sont marquées chacune par la présence du pli palmé formé d'une colonne longitudinale d'où partent des plis transversaux. Ce relief peut gêner l'introduction d'un hystéromètre ou d'un stérilet. L'extrémité supérieure se prolonge avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col.

#### ✚ Rapports

##### Partie supra-vaginale de l'utérus

Elle correspond au corps utérin et à la partie supra-vaginale du col.

Elle présente deux faces, vésicale et intestinale, et deux bords, droit et gauche.

Le péritoine recouvre les faces du corps et la face postérieure de la partie supra-vaginale du col. Il est d'autant plus adhérent que l'on approche du fundus utérin.

La face vésicale du corps utérin répond à la face utérine de la vessie par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico-utérin. La partie supra-vaginale du col et l'isthme sont séparés de la partie rétro-trigonale de la base vésicale par le septum vésico-utérin.

La face intestinale est séparée du rectum par le cul-de-sac recto-utérin de Douglas.

Les bords du corps répondent au mésomètre dans lequel cheminent l'artère utérine, les plexus veineux et lymphatiques utéro-vaginaux, le nerf latéral de l'utérus et parfois le canal longitudinal de l'époöphoron.

Les bords de la partie supra-vaginale du col répondent au paramètre dont l'élément important est représenté par le croisement uretère-artère utérine.

L'uretère descend médialement, au-dessus du fornix latéral du vagin, en direction de la base vésicale.

Le fundus répond aux anses grêles et souvent au grand omentum.

### Partie vaginale du col

Elle fait saillie dans le fornix vaginal et est séparée de la paroi vaginale par un cul-de-sac annulaire. Par les deux culs-de-sac latéraux, on explore l'état des paramètres et surtout des paracervix.

Par l'intermédiaire du vagin, elle est en rapport avec :

- En avant, le septum vésico-vaginal, le trigone vésical et la partie terminale de l'uretère ;
- Latéralement, le paracervix ;
- En arrière, le rectum par l'intermédiaire du cul-de-sac recto-utérin

## **2.3.2. Utérus gravide [40]**

L'utérus gravide à la fin de la gestation est un sac ovoïde dont les parois sont soumises à une tension permanente imposée par le liquide amniotique et la contraction utérine. Il est constitué de trois segments étiqués, différents morphologiquement et fonctionnellement le corps utérin, le segment inférieur et le col.

### **2.3.2.1. Le corps utérin**

Organe de gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

 Situation du fundus utérin

- En début de grossesse, il est pelvien

- A la fin du 2<sup>ème</sup> mois de grossesse il déborde le bord supérieur du pubis
- A la fin du 3<sup>ème</sup> mois, il est à environ 8cm, soit à 3 travers de doigt au dessus du pubis, il devient nettement palpable.
- A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm et à terme, il est à 32cm du pubis.

✚ Les dimensions sont en moyenne

Pour la longueur à terme 31cm

Pour la largeur à terme 23cm

✚ Forme

Après le 5<sup>ème</sup> mois, l'utérus est cylindrique puis ovoïde à grosse extrémité supérieure. En fait la forme n'est pas toujours régulière surtout en fin de grossesse, où elle dépend de la présentation et de la parité qui diminue la tonicité de la paroi utérine.

✚ Direction

Au début de la grossesse l'utérus est antéversé habituellement, et peut tomber en antéversion.

À terme sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale.

✚ Epaisseur de la paroi

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4<sup>ème</sup> mois est de 3cm.

Au voisinage du terme son épaisseur est d'environ 10mm sur les faces latérales et de 4mm au niveau du fundus.

✚ Consistance

Elle est élastique et souple.

✚ Poids

L'utérus pèse environ à 2mois et demi 200g; à 5mois 700g ;à terme 1000g .

### 2.3.2.2. Le segment inférieur

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, située entre le corps et le col de l'utérus. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse et disparaît avec elle.

#### Forme

Calotte sphérique dont la convexité donne insertion au col. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

#### Limites

La limite inférieure : correspond avant le travail, à l'orifice interne du col

La limite supérieure : correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2 cm au-dessus de la zone d'adhérence intime du péritoine.

#### Dimension

A terme le segment inférieur mesure environ :

7 à 10cm de hauteur

9 à 12cm de largeur

3 à 5mm d'épaisseur

#### Formation

Il se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col. Il acquiert une définition nette vers le 6<sup>ème</sup> mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

### 2.3.2.3 Le col utérin

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail.

✚ Situation-Direction : A partir du 3<sup>ème</sup> mois, le col se porte progressivement en haut et en arrière. Il est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

✚ Aspect-Dimensions

Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé avec, dans l'endocol, un bouchon muqueux dense.

Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater : par le phénomène d'effacement, l'orifice interne perd sa tonicité et le canal cervical, s'évasant progressivement, s'incorpore à la cavité utérine. La dilatation se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe comme le diaphragme d'un appareil photographique.

✚ Consistance

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre. Au cours des dernières semaines de grossesses le col devient mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il mûrit.

### **2.3.3 Le placenta [45]**

#### **2.3.3.1 Définition**

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

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.

### 2.3.3.2. Formation du placenta

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5<sup>ème</sup> 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 syncytiotrophoblaste.

Après de nombreuses transformations, c'est au 21<sup>ème</sup> jour post-gestationnel que le réseau vasculaire intra-villositaire se raccorde aux vaisseaux allantoïdes et par leur intermédiaire au cœur fœtal. La circulation fœto-placentaire est ainsi établie.

Après d'autres modifications c'est à partir du 5<sup>ème</sup> 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.

### 2.3.3.3. 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, tomenteuse. 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.

#### 2.3.3.4. Physiologie du placenta

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 régule 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 gonadotrophine chorionique
  - L'hormone lactogène placentaire (ou hormone de croissance),
- deux sont des hormones stéroïdes
  - Les œstrogènes
  - La progestérone.

## 2.4. Anatomopathologie [45]

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 :

### 2.4.1. L'hématome décidual basal (HDB)

 Macroscopie :

Cet hématome se traduit à l'examen de la face maternelle du placenta par un caillot arrondi noirâtre plus ou moins adhérent à la face maternelle, des 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 en une cupule plus ou moins profonde. Cette cupule est parfois visible sans que le caillot ne 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 intervillositaire 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'hemosidérine 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.

### **2.4.2. L'apoplexie utéro placentaire**

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

### **2.4.3. L'apoplexie viscérale diffuse**

Le processus hémorragique dépasse la sphère génitale : les 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 œdématié et infiltré. La séreuse peut être fissurée, et l'on retrouve assez souvent un suintement séro-hématique dans la cavité péritonéale.

## **2.5. Physiopathologie-Facteurs de risque**

### **2.5.1. Physiopathologie**

L'HRP est associé à des circonstances étologiques très diverses liées probablement à des mécanismes très différents dont beaucoup demeurent encore inconnus.

La théorie classique admet que l'HRP, dans sa forme la plus typique, survient dans le cadre d'une maladie vasculaire, incluant aussi bien l'HRP que la pré-éclampsie, l'éclampsie et certaines formes de retard de croissance intra-utérin [52,55].

Dans certains cas, les circonstances étiologiques semblent inclure :

- Un déterminisme génétique ;
- Une altération des phénomènes immunologiques qui font de la grossesse un phénomène paradoxal de tolérance de la greffe ;
- Et d'autres mécanismes initiaux encore inconnus.

Ces phénomènes seraient majorés par un certain nombre de circonstances favorisantes tels que la grossesse gémellaire, l'hydramnios, l'hypoplasie utérine, ou encore un terrain favorisant (obésité, hypercholestérolémie, hypertension artérielle chronique, diabète, maladie du système, athérome).

De nombreuses études ont démontré que l'un des mécanismes initiaux de l'anomalie de placentation est constitué par une altération de l'invasion trophoblastique des artères spiralées qui aboutira à une ischémie utéro-placentaire, d'autant plus importante qu'existe un terrain favorable. Peut-être par l'intermédiaire de la libération de certains facteurs cytotoxiques ou d'autres facteurs (anticorps, facteurs mécaniques, cytokine, lipides, peroxydes). Il va se constituer l'un des éléments caractéristiques de cette pathologie : une lésion de la cellule endothéliale. La lésion de la cellule endothéliale, par des mécanismes non encore élucidés, aura des conséquences néfastes dont la résultante est l'apparition conjointe d'une microangiopathie, d'une vasoconstriction et d'une microcoagulation intra-vasculaire disséminée.

Ces lésions vont atteindre plusieurs organes : le cœur, la circulation périphérique, le foie, le système nerveux central, les reins et les poumons. Le placenta est également intéressé : dans un premier temps il s'agit simplement

d'une augmentation de la résistance placentaire par l'apparition de micro thromboses placentaire. Mais dans un second temps les lésions deviennent beaucoup plus importantes avec de véritables infarctus placentaires, pouvant céder la place en partiel lors d'accidents hypertensifs à de véritables hé morragies rétro-placentaires, qui constituent de façon macroscopique l'hématome rétroplacentaire [55].

Une approche plus globale de la physiopathologie, exclut d'emblée l'HRP du chapitre de si nfarctus viscéraux auquel il pourra être rattaché de par la brutalité de son installation et sa topographie locale ou régionale. En effet, l'infarctus se définit comme un foyer circonscrit de nécrose ischémique, ce que n'est pas l'HRP. Les zones ecchymotiques, violacées ou noirâtres de l'utérus apoplectique ne correspondent pas à une nécrose telle qu'elle résulterait d'une oblitération vasculaire, mais au contraire à une infiltration sanguine interfasciculaire des muscles, sans thrombose, d'où l'intégrité fonctionnelle que l'utérus conservera dans l'avenir [31].

Les troubles de la coagulation représentent en fait une exacerbation de ce qui se passe lors d'un accouchement normal. Lors d'un accouchement normal, au moment de la délivrance, le décollement du placenta entraîne une effraction de la chambre inter villose, avec libération dans la circulation maternelle, d'une part de thromboplastines (contenue dans le placenta, le liquide amniotique et la caduque ) activant la fibrination pour assurer l'hémostase de la zone de décollement, d'autre part de plasmine, enzyme fibrinolytique, pour stopper la fibrination une fois qu'elle a rempli son rôle. Il existe alors un équilibre harmonieux entre les systèmes coagulant et coagulolytique pour assurer la fluidité du sang sans hémorragie ni thrombose. Lors d'un HRP il y a exagération de la fibrination d'où baisse du fibrinogène dans le sang, aboutissant à un véritable syndrome de défibrination et à une CIVD. Par réaction, une action fibrinolytique va se développer, plus ou moins


intense, avec une libération dans le sang de produits de dégradations de la fibrine [6]. L'afibrinogénémie est d'autant plus grave que les autres éléments de la coagulation (prothrombine système 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 de stromboplastines et fibrinolysines [6, 31,55].

Mais la fibrinolyse surajoutée à la coagulation intra-vasculaire disséminée reste rare dans l'HRP [6, 31,55].

Du côté rénal, le choc (conséquence de la CIVD et de l'hémorragie) crée d'abord les lésions habituelles du « rein de choc », qui consistent en une nécrose tubulaire épithéliale dont la régression complète est possible et fréquente. Or ces lésions de rein de choc ne s'opposent pas à celles de la nécrose corticale du rein, lésions de nécrose glomérulaires qui sont définitives, donc mortelles. Au contraire, tous les intermédiaires existent, depuis les lésions tubulaires aisément guérissables, jusqu'aux nécroses corticales totales, en passant par les lésions de nécrose corticale en foyer [31].

### **2.5.2. Facteurs de risque**

On retrouve une étiologie ou un facteur de risque que dans 50 à 70% des cas.

 Age et parité :

L'HRP semble plus fréquent entre 18 et 35ans. Ce taux augmente également avec la parité. Selon certains auteurs, la fréquence double à partir de la quatrième grossesse et triple à la cinquième [55].

#### ✚ Tableau d'hypertension artérielle gravidique ou chronique :

Si la circonstance la plus classique de survenue d'un HRP reste la maladie hypertensive, cette étiologie dans de nombreuses séries représente moins de 50% des cas. Elle varie selon les auteurs, de 12 à 64% [55].

Il faut également noter que si la prise en charge de plus en plus soignée de la grossesse en particulier lorsqu'elle est compliquée d'HTA, a permis de réduire de façon très significative la fréquence de l'éclampsie, elle n'a eu que peu ou pas d'effet sur la fréquence de l'HRP. C'est dire que, à côté de l'hypertension elle-même, existent en matière de survenue de l'HRP d'autres facteurs encore mal connus et mal contrôlés [28, 31, 52, 55].

#### ✚ Origine traumatique :

Il a été observé que quelques cas d'HRP surviennent assez tardivement après l'accident causal jusqu'à trois ou quatre jours après celui-ci. Le décollement est provoqué par un coup violent sur l'abdomen en regard de l'insertion placentaire, ou par les manœuvres obstétricales comme la version par manœuvre externe lorsqu'elle s'accompagne de traction sur le cordon et/ou sur son insertion placentaire. Au cours de l'accouchement une forme particulière de décollement traumatique peut se faire sous l'effet des efforts expulsifs lorsqu'à dilataction complète, la malade pousse alors que la poche des eaux est encore intacte l'œuf a alors tendance à être expulsé en bloc [31, 55].

#### ✚ Autres causes [55] :

La littérature fait état de :

- ❖ L'existence de malformations congénitales associées telles que les anomalies du système nerveux central ;
- ❖ Un taux plus élevé d'HRP relevé chez les patientes ayant présenté une hémorragie du premier ou du deuxième trimestre de la

grossesse, et plus généralement chez les patientes ayant présenté une menace de fausse couche ;

- ❖ Certaines conditions de travail : station debout prolongée associé à de nombreux déplacements ;
- ❖ Un niveau socio-économique bas [10] ;
- ❖ Une carence en acide folique [58] ;
- ❖ L'utilisation de cocaïne (par risque d'HTA qu'elle induit) [14] ;
- ❖ Tabagisme [10] et éthylisme ;
- ❖ L'association à une rupture prématurée de membranes surtout suite à un hydramnios ;
- ❖ Une anomalie funiculaire (cordon om bilical court, circulaire du cordon) ;
- ❖ Un risque d'HRP lors de l'évacuation d'un hydramnios par la décompression utérine brutale que celle-ci provoque ;
- ❖ L'HRP serait plus fréquent en cas de grossesse avec fœtus de sexe masculin ;
- ❖ La présence d'un anticoagulant circulant ou d'un anticorps anticardiolipide [56] ;
- ❖ Certaines anomalies de la coagulation, congénitales ou acquises (hypofibrinogénémie congénitale, déficit en protéine C, déficit en facteur XI) [27].



## 2.6. Etude clinique

### 2.6.1. Type de description

Le début brutal au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse ou du travail sans prodromes ni hypertension artérielle marquée par une douleur abdominale intense en coup de poignard permanent qui siège au niveau de l'utérus et irradie vers le dos les lombes, les régions crurales. La douleur est accompagnée par une hémorragie de sang noirâtre minime qui contraste avec la gravité du choc. Le sang est incoagulable.

La période d'état est très vite constituée.

✚ Les signes cliniques

❖ Signes fonctionnels :

La douleur abdominale persiste, sous forme de crampe continue, parfois très violente à coup de poignard, parfois modérée.

Cette douleur se situe utérin avec des irradiations lombaire et crurale, diffuse rapidement à 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.

❖ Signes généraux

Ils sont ceux du choc :

- Pâleurs conjunctivo-plantaire, prostration et refroidissement des extrémités
- Faciès angoissé ; souvent une dyspnée « sinémateria » 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 élevée au début chute brusquement traduisant le choc
- Les urines minimales et foncées avec protéinurie massive.

❖ 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 cette augmentation rapide 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.

✚ Signes paracliniques

Ils ne font que renforcer le diagnostic qui est évident.

- Biologie : une protéinurie massive pouvant aller à 4-5g /l
- NFS : évalue le degré d'anémie
- Le bilan de la crase sanguine : avec numération des plaquettes TS, TC, TP, et le dosage du fibrinogène pour évaluer le degré de la CIVD
- La cardiotocographie: permet de mettre en évidence une diminution voire abolition des B DCF, une hypercinésie de fréquence et une hypertonie utérine
- L'échographie va préciser le siège du placenta, l'importance du décollement et l'état du fœtus.

### ✚ Evolution-complications.

Un certain nombre d'HRP évoluent favorablement après un accouchement rapide. Des complications sont toujours à craindre, fonction de l'état général maternel au moment du diagnostic et de la rapidité de la prise en charge.

- choc hypovolémique : Il est disproportionné par rapport aux pertes sanguines, lié surtout au passage de facteurs trophoblastiques vasoplégiques dans la circulation maternelle et peut s'aggraver brutalement lors de la délivrance

- les troubles de la crase sanguine surviennent dans 20 à 30 % des cas, liés à une consommation des facteurs de la coagulation

- la CIVD: élévation des D-dimères, chute du fibrinogène et des plaquettes

- l'atonie utérine complique les HRP associés à des troubles de la coagulation

- l'oligo-anurie : liée à une insuffisance rénale, transitoire, secondaire à une nécrose tubulaire aiguë ou à une nécrose corticale

- l'apoplexie utéro placentaire de Couvelaire : l'utérus a un aspect noir et violacé, impressionnant (extravasation de sang dans le myomètre et la sous-séreuse de l'utérus)

- les complications fœtales : le pronostic fœtal est sombre de séquelles neurologiques, et des risques propres à la prématurité peuvent survenir

- la récurrence de l'HRP lors des grossesses suivantes.

### 2.6.2. Formes cliniques [31]

#### ✚ Formes symptomatiques :

##### ❖ Classification de Sheer

- Grade 1: métrorragies isolées
- Grade 2: symptomatologie complète avec enfant vivant
- Grade 3: symptomatologie complète avec mort fœtal

- 3A : sans trouble de la coagulation,
- 3B : avec trouble de la coagulation.

❖ Classification de Page, basée sur la gravité de l'accident, est très peu utilisée de nos jours. Elle comprend quatre stades.

- Stade 0 : diagnostic anatomo-pathologique sans symptomatologie
- Stade 1 : forme frustre avec enfant vivant
- Stade 2 : forme moyenne avec troubles de la coagulation débutants
- Stade 3 : forme grave avec troubles de la coagulation et mort in utéro.

#### ✚ Formes latentes :

Certains petits hématomes localisés peuvent passer inaperçus. Les signes cliniques sont discrets et 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.

#### ✚ Formes révélées par une hémorragie génitale abondante

Lorsque le placenta est relativement bas inséré à proximité du segment inférieur, l'hématome arrive à décoller les membranes, à fuir 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.

#### ✚ Formes découvertes après l'accouchement

#### ✚ Formes de Couvelaire

C'est la forme la plus grave réalisant une extension aux viscères, reins, foie et cavité péritonéale.

### **2.6.3. Diagnostic différentiel [31, 40]**

C'est le diagnostic différentiel des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse qui se pose avec le placenta prævia et la rupture utérine.

#### **2.6.3.1 Placenta prævia**

Les signes évocateurs sont :

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

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

#### **2.6.3.2 Rupture utérine**

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.

#### **2.6.3.3- 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 fœtale en relation avec une hémorragie fœtale : extraire fœtus par césarienne.

## 2.7. Pronostic

### 2.7.1. Pronostic maternel

Il reste marqué en Afrique par la mort par choc grave au moment de la délivrance. La mortalité maternelle atteint 4.5 % du fait des complications [47].

### 2.7.2 Pronostic fœtal

Il dépend de l'étendu du décollement des lésions utérines et de l'importance du choc. Dans 90% des cas en Afrique c'est la mort [15,40].

## 2.8. Traitement

### 2.8.1. Traitement médical [31, 40,55]

#### Mise en condition de la patiente

Elle consiste à :

- prendre deux voies veineuses sûres et efficaces avec une intranule G18 ;
- mettre en place une sonde urinaire à demeure ;

Il faut entreprendre rapidement le bilan sanguin comportant :

- le groupe sanguin + rhésus + phénotype C, c, E, e, K ;
- la numération formule sanguine ;
- et la crase sanguine (TP, fibrinogène).

#### Compenser les pertes

Il faut procéder au remplissage de la patiente à l'aide deringer, de sérum salé isotonique, et des colloïdes. Le remplissage se basera sur l'importance du choc plutôt que sur l'hémorragie extériorisée. Le contrôle de la pression veineuse centrale permet d'éviter les surcharges.

### Arrêter l'hémorragie

Le traitement dynamique est fonction du degré d'évolution. Jusqu'au stade 3A de SHEER il faut s'attacher à corriger l'anémie par des transfusions de culot globulaire rouge phénotypés plus ou moins du plasma frais congelé, et relancer la fonction rénale secondairement en faisant appel aux diurétiques de l'anse.

A partir du stade 3B les troubles de la coagulation se corrigent préférentiellement avec les produits sanguins labiles spécifiques comme le plasma frais congelé et surtout les concentrés plaquettaires. L'utilisation des médicaments anti fibrinolytiques et les héparines non fractionnés nécessite un contrôle biologique précis et plus complexe.

## **2.8. 2.Traitement obstétrical**

### Césarienne

La césarienne sera pratiquée sous anesthésie loco régionale ou anesthésie générale selon le tableau clinique.

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.

### Accouchement par voie basse

Il peut être accepté dans les cas suivants :

- Pronostic maternel non mis en jeu à court terme ;
- Accouchement imminent ;
- Fœtus mort ou non viable.

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

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

### 2.8.3. Indications [55]

Elles peuvent être schématisées de la façon suivante :

#### Lorsque le fœtus est mort

La voie basse est préférable. Dans la plupart des cas, l'amniotomie est réalisée précocement (ce qui permet à la fois de diminuer la pression intra-amniotique et de favoriser la marche du travail), à l'exception des cas où il existe un fœtus très petit ou une position transverse. Si le travail progresse mal, on peut y adjoindre la perfusion intraveineuse lente d'ocytociques (s'il n'y a pas de contre-indication à leur utilisation). L'hypercinésie utérine la rend souvent inutile. Classiquement les délais admis pour l'évacuation utérine ne doivent pas excéder quatre heures, voire douze heures pour certains. Le délai d'attente dépend en fait du bilan d'hémostase et de l'hémodynamique maternelle. La césarienne doit être pratiquée avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général, le but étant de protéger la vie maternelle.

#### Lorsque le fœtus est vivant

Ce sont le rythme cardiaque fœtal et l'état général maternel qui guideront la décision. Dans l'immense majorité des cas, une césarienne sera pratiquée. Cependant, dans quelques cas (en particulier si l'HRP ne paraît pas récent), si les conditions locales sont très favorables, l'accouchement par voie basse peut être accepté et déclenché à condition que le tracé du rythme cardiaque fœtal reste normal. La rupture artificielle des membranes est alors réalisée le plus précocement possible.



## ✚ La période du post partum

Elle est marquée par une élévation du risque infectieux et du risque thromboembolique qu'il faudra s'avoir prévenir. La prévention de la maladie thromboembolique fait recourir actuellement aux héparines de bas poids moléculaire (l'énoxaparine apparaît comme la plus accessible et la plus maniable dans notre contexte).

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

### **3. NOTRE ETUDE**

#### **3.1. Objectifs de l'étude**

##### **3.1.1. Objectif général**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'hématome rétroplacentaire (HRP) au service de gynécologie obstétrique du CHUYO de 2002 à 2011.

##### **3.1.2. Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la prévalence de l'HRP à la maternité du CHUYO.
2. Préciser les aspects épidémiologiques des patientes présentant un HRP.
3. Décrire les aspects cliniques des patientes présentant un HRP durant notre période d'étude.
4. Décrire les aspects thérapeutiques de l'HRP chez ces patientes.
5. Proposer des alternatives pour la prévention et la meilleure prise en charge de l'HRP à la maternité du CHUYO.

#### **3.2. Méthodologie**

##### **3.2.1. Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie obstétrique du CHUYO.

###### **3.2.1.1. Le CHUYO**

Il constitue avec le Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle les centres de références au Burkina Faso. Le CHUYO est situé à Ouagadougou

capitale administrative et politique du Burkina Faso. Il assure la formation de s étudiants en médecine, pharmacies, les élèves de l'école nationale des arts et de la culture publique et privée...etc.

Le CHUYO dispose de plusieurs services cliniques, de laboratoire et d'imagerie médicale dont le service de gynécologie obstétrique.

### **3.2.1.2. Le service de gynécologie-obstétrique**

Ce service reçoit les urgences gynécologiques et obstétricales de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes. Le service de gynécologie obstétrique comportait au moment de l'étude :

✚ Un plateau technique composé de :

- D'une salle d'accouchement ;
- D'une unité d'Aspiration Manuelle Intra Utérine ;
- D'un bloc opératoire avec trois salles ;

✚ Un service d'hospitalisation comprenant :

- Une unité de soins intensifs ;
- Une unité de grossesse pathologique ;
- Une unité de réanimation ;
- Une unité de post opéré ;
- Une unité de suite de couche et de pathologies gynécologiques ;

✚ Une unité de planification familiale,

- ✚ Une salle d'échographie,
- ✚ Une unité d'oncologie,
- ✚ Le service d'état civil,
- ✚ Un dépôt pharmaceutique SONU.

### **3.2.1.3. Le personnel**

Multidisciplinaire au moment de notre étude était composé de :

- Onze (11) gynécologues obstétriciens dont un (1) professeur titulaire, trois (3) professeurs agrégés, trois (3) maîtres assistants.
- Un (1) médecin anesthésiste réanimateur.
- Trente-quatre (34) attachés de santé (anesthésiste et aides opérateurs).
- Quarante-quatre (44) médecins stagiaires en spécialisation de gynécologie obstétrique.
- Trente-cinq (35) sages-femmes et maïeuticiens d'état.
- Quinze (15) infirmiers et infirmières.
- Vingt-trois (23) garçons de salles.

### **3.2.2. Type et période d'étude**

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de dix ans (10) allant du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2011.

### **3.2.3. La population d'étude**

Notre étude a porté sur les patientes reçues au service de gynécologie obstétrique du CHUYO et présentant un HRP durant notre période d'étude.

### **3.2.4. La collecte des données**

Les données ont été collectées à l'aide de fiche de collecte individuelle. Cette fiche comprenait plusieurs parties dont l'identité de la patiente, le mode d'admission, les antécédents, le motif d'hospitalisation, les données cliniques. Les registres d'admission, de compte rendu opératoire et anesthésique ont constitué la source de nos données.

### **3.2.5. Variable d'étude**

Les variables prises en compte ont été : l'état civil, la profession, le mode d'admission, la parité, les antécédents, les modalités thérapeutiques, le pronostic, l'évolution...

### **3.2.6. Recrutement des patientes**

#### **Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans notre étude, les patientes présentant des signes d'un HRP reçues à la maternité du CHUYO.

#### **Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans l'étude les patientes dont le dossier médical était inexploitable (dossier médical incomplet).

### **3.2.7. L'analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées par un microordinateur à l'aide du logiciel d'analyse statistique EPI info version 3.5.1. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du tableur EXCEL Version 2007.

### **3.2.8. Les considérations éthiques**

La considération éthique a été prise en compte par le respect de l'anonymat des patientes.

## 4. RESULTATS

### 4.1 FREQUENCE DE L'HRP

Au cours de la période d'étude, du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2011 nous avons enregistré 463 cas d'HRP sur un total de 47288 accouchements.

La fréquence de l' HRP est de 9,79 ‰ accouchements soit environ 46,3 cas d' HRP par an.

Le tableau II représente la fréquence de l' HRP.

**Tableau II : Répartition des cas d'HRP**

<b>Année</b>	<b>Nombre d'HRP</b>	<b>Nombre d'accouchements</b>	<b>Incidence de l'HRP‰</b>
<b>2002</b>	18	4627	3,89
<b>2003</b>	20	4474	4,47
<b>2004</b>	36	4665	7,71
<b>2005</b>	28	4280	8,06
<b>2006</b>	32	4666	6,54
<b>2007</b>	62	4603	13,56
<b>2008</b>	63	4492	12,73
<b>2009</b>	72	4896	14,02
<b>2010</b>	66	4687	14,08
<b>2011</b>	66	5898	11,19
<b>Total</b>	463	47288	11,25

L'incidence la plus élevée a été noté en 2009 (14,08 ‰) et la plus basse en 2002 (3,89 ‰). La répartition des cas d'HRP selon les mois de l'année est représentée par le tableau III.

**Tableau III : Répartition des cas d’HRP selon les mois de l’année (N=463)**

<b>Mois de l’année</b>	<b>Nbre d’HRP</b>
Janvier	35
Février	38
Mars	38
Avril	50
Mai	50
Juin	37
Juillet	25
Aout	52
Septembre	46
Octobre	34
Novembre	23
Décembre	35

Les fréquences les plus élevées ont été notées au cours des mois d’Aout, d’Avril, de Mai, de Septembre.

## **4.2. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE**

### **4.2.1 La provenance des patientes**

Dans notre étude, les patientes provenaient de la ville de Ouagadougou et de différentes provinces.



**Tableau IV : Répartition des patientes selon la provenance (N= 429)**

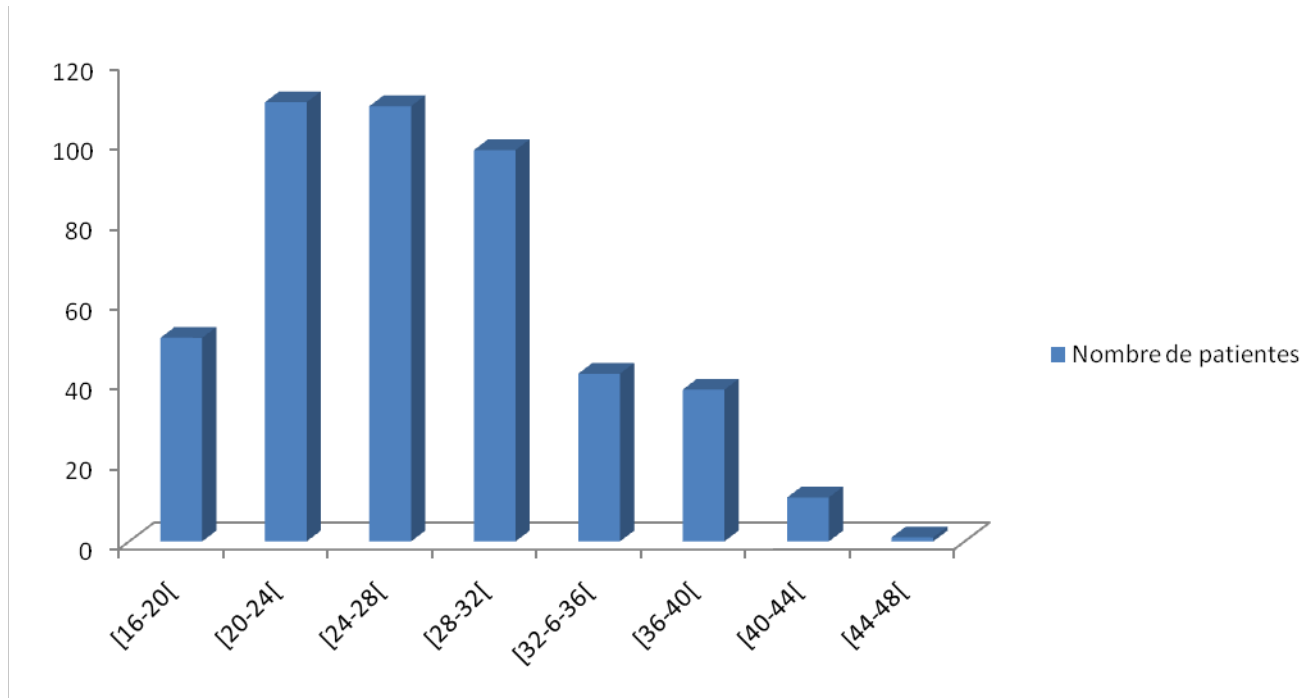
<b>Provenance</b>	<b>Fréquence</b>
Ouagadougou	373
Boulsa	1
Bousse	5
Dori	1
Kaya	1
Kombissiri	7
Kongoussi	2
Koudougou	5
Koupela	6
Manga	3
Pô	1
Sapouy	4
Tenkodogo	2
Yako	3
Ziniaré	5
Zorgho	10
Total	429

Trois cent soixante-treize patientes provenaient de la ville de Ouagadougou et représentaient 86.9 %.

### 4.2.2 L'âge

Dans notre étude l'âge des patientes variaient entre 16 et 44 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle de 20-24 ans suivit de celle de 24-28 ans.

La figure 1 montre la répartition du nombre de patientes en fonction de l'âge.



**Figure 1: répartition des patientes selon l'âge**

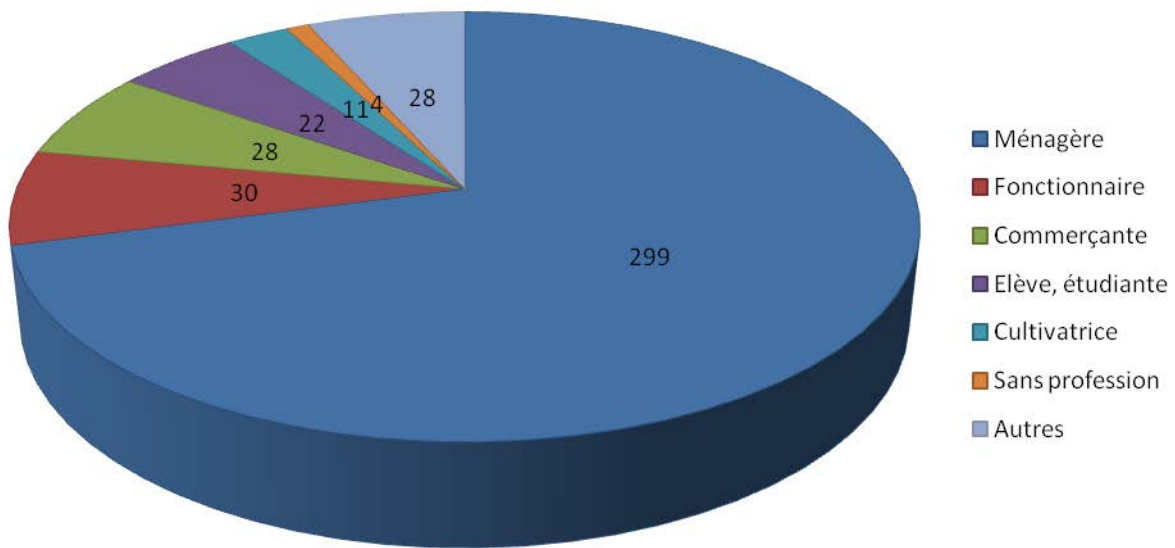
L'âge moyen dans notre étude était de  $26,75 \pm 6,12$  ans, avec une minimale à 16ans et un maximum à 44 ans.

### 4.2.3 La profession

Dans n otre étude 422 pa tientes a vaient une profession, les ménagères représentaient 70,9 % (299 patientes).

La figure 2 montre la répartition du nombre de patientes en fonction de la profession.

## Nombre de patientes



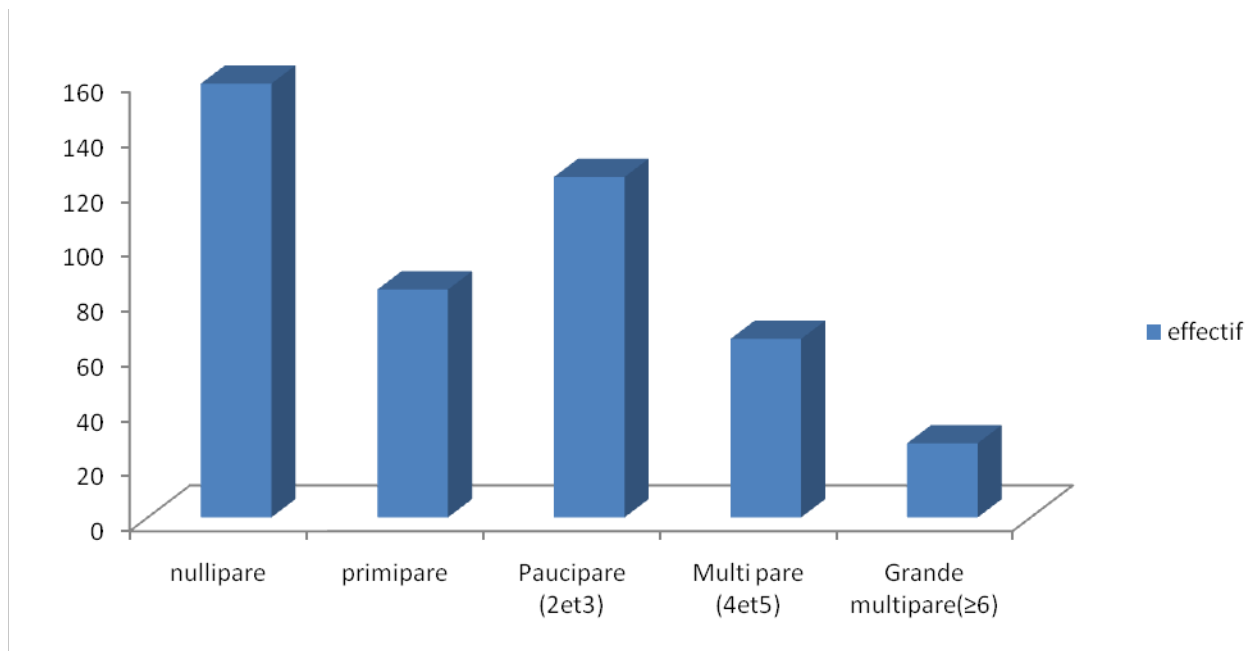
\*Autres r eprésentaient le s c outurières, le s c oiffeuses, le s s erveuses, les “techniciennes de surface”...

**Figure 2 : Répartition des patientes en fonction de la profession**

### 4.2.4 La parité

La parité moyenne était de 2 pour les patientes de notre étude. Les nullipares et les pauci pares représentaient respectivement 34,17 % et 27,13 %.

La figure 3 montre la répartition des patientes en fonction de la parité.



**Figure 3: répartition des patientes en fonction de la parité**

#### 4.2.5 Statut matrimonial

Le statut matrimonial a été précisé dans 409 cas au cours de notre étude. Les femmes mariées représentaient 60,63 % de l'échantillon.

**Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial (N= 409)**

Statut matrimonial	Célibataire	Concubine	Divorcée	Mariée	Veuve	Total
<b>Effectif</b>	65	94	1	248	1	409
<b>Pourcentage</b>	15,89	22,98	1,24	60,63	0,24	100,00

#### 4.2.6 Antécédents cardiovasculaire et rénaux

Ils sont représentés par les antécédents d'HTA relevés dans les dossiers cliniques des patientes qui précisait qu'il s'agissait d'une HTA antérieure à la grossesse. Une hypertension antérieure a ainsi été notée chez 7 patientes (1,51 %).

**Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de ses antécédents d'HTA (N= 463)**

HTA	Fréquence	Pourcentage
Oui	7	1,51
Non	456	98,48
Total	463	100,00

#### 4.2.7 Mode d'admission

Le mode d'admission de 447 patientes a été retrouvé, les évacuations sanitaires étaient le mode chez 388 patientes soit 86,80 %.

**Tableau VII : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission (N= 447)**

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Direct	59	13,19
Référé	388	86,80
Total	447	100,00

## **4.3 ASPECTS CLINIQUES**

### **4.3.1 Les motifs d'admission**

Les motifs d'admissions retrouvées dans notre étude ont été les métrorragies (104 cas soit 23,74 %), les douleurs pelviennes à type de contraction utérine (71 cas soit 16,21 %), les douleurs pelviennes + métrorragies (53 cas soit 12,10 %), la suspicion d'HRP (49 cas soit 11,20 %).

**Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction du motif d'admission (N= 438)**

<b>Motif de référence</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Absence de BDCF</b>	6	1,36
<b>Anémie</b>	10	2,30
<b>ATCD de césarienne</b>	5	1,14
<b>Autres</b>	10	2,30
<b>Crise convulsive</b>	11	2,51
<b>Dilatation stationnaire</b>	11	2,51
<b>Douleur pelvienne</b>	71	16,21
<b>Douleur+saignement</b>	53	12,10
<b>Etat de choc</b>	12	9,85
<b>HTA</b>	20	4,60
<b>HU excessive</b>	8	1,82
<b>Perte de connaissance</b>	8	1,82
<b>pp</b>	41	9,36
<b>Présentation vicieuse</b>	8	1,82
<b>ROM</b>	11	2,51
<b>métrorragies</b>	104	23,74
<b>Suspicion de HRP</b>	49	11,20
<b>Total</b>	438	100,0

### 4.3.2 Les antécédents pathologiques

Selon les résultats de notre étude, 90,28 % soit 418 patientes n'auraient pas d'antécédents tant médicaux qu'obstétricaux.

**Tableau IX: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux et obstétricaux (N= 463)**

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>HTA</b>	7	1,51
<b>Césarienne</b>	29	6,26
<b>Hémoglobinopathie</b>	8	1,72
<b>Myomectomie</b>	1	0,21
<b>Sans antécédents</b>	418	90,28
<b>Total</b>	463	100,00



### 4.3.3 Suivi prénatal

Sur les 349 patientes ou le nombre de CPN a été mentionné 56,8 % soit 198 patientes ont suivis moins de 3 CPN.

**Tableau X : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN effectuées (N= 349)**

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	36	10,3
1	48	13,8
2	114	32,7
3	99	28,4
4	45	12,9
5	5	1,4
5 et +	2	0,6
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>

### 4.3.4 Age gestationnel

L'âge gestationnel a été mentionné dans 431 cas et l'âge gestationnel moyen était de 8.9 mois. Cent quatre-vingt-six (186) patientes soit 43,14 % avaient un âge gestationnel inférieur à 9 mois. Trente-une patientes soit (7,19 %) avaient un âge gestationnel estimée à 6 mois.

**Tableau XI : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'HRP (N= 431)**

<b>Age gestationnel (en mois)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 6mois	31	7,19
7mois	74	17,16
8mois	81	18,79
≥9mois	245	56,84
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100,00</b>

### **4.3.5 Les signes cliniques**

#### **4.3.5.1 Les principaux signes cliniques**

La tension artérielle a été prise chez 374 patientes, 118 d'entre elles soit 31,55 % avaient une tension artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg. Le bruit du cœur fœtal était présent dans 151 cas à l'admission, soit 36,03 % de vitalité fœtal.

**Tableau XII : Signes cliniques des patientes à l'admission. (N= 374)**

<b>Signes cliniques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Métrorragies</b>	323	76,54
<b>Hypertonie utérine</b>	319	77,80
<b>HTA</b>	118	31,55
<b>BDCF absents</b>	268	64,01
<b>Etat de choc</b>	24	5,47

#### **4.3.5.2 Le diamètre de la cupule**

Le diamètre de la cupule a été mesuré dans 371 cas soit 80,12 %. Ce diamètre variait de 2 cm à toute la surface maternelle du placenta.

**Tableau XIII : Répartition des patientes selon le diamètre de la cupule (N= 371)**

<b>Diamètre cupule</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
[2 -8[	154	41,50
[8 -15[	176	47,43
[15 -22[	18	4,58
Toute la face maternelle	23	6,19
Total	371	100,00

### 4.3.6 Classification des HRP

Au moment de leur admission la classification en grade selon SHER a été faite seulement chez 459 patientes. Trois cent quarante une patientes soit 74,29 % présentaient un grade 3 de SHER.

**Tableau XIV: Répartition des patientes selon la classification de SHER. (N= 459)**

<b>Classification</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Grade 1</b>	64	13,94
<b>Grade 2</b>	54	11,76
<b>Grade 3a</b>	293	63,83
<b>Grade 3b</b>	48	10,45
<b>Total</b>	459	100,00

## 4.4 LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

### 4.4.1 Oxygénothérapie

Une oxygénothérapie a été administrée chez 22 patientes soit 7,4 % des 297 patientes dans les dossiers cliniques dans lesquelles une oxygénothérapie a été mentionnée.

### 4.4.2 La voie d'accouchement

La voie d'accouchement a été retrouvée dans 460 cas. L'accouchement par voie basse a été possible chez 129 patientes soit 28,04 % de l'ensemble des cas de HRP. La césarienne a été réalisée chez 331 patientes soit 71,95 % de l'ensemble des cas de HRP.

#### 4.4.3 La transfusion

La transfusion sanguine a été effectuée chez 219 patientes soit 47,30 % de l'ensemble des cas d'HRP. Dans 125 cas c'était une transfusion de CGR et dans 85 cas une transfusion de CGR associé à du PFC.

**Tableau XV : Répartition des patientes selon le type de transfusion (N= 463)**

<b>Transfusion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>CGR</b>	125	26,99
<b>CGR+PFC</b>	85	18,36
<b>PFC</b>	9	1,94
<b>Non transfusé</b>	244	52,69
<b>Total</b>	463	100,0

#### 4.4.4 Les Antihypertenseurs

Dans notre étude des antihypertenseurs ont été administrés chez 66 patientes soit 14,25 % de l'ensemble des cas de HRP.

**Tableau XVI : Les différents antihypertenseurs administrés (N= 463)**

<b>Anti-HTA</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Alpha méthyl dopa</b>	45	9,71
<b>Clonidine</b>	13	2,80
<b>Nicardipine</b>	7	1,51
<b>Nifedipine</b>	1	0,21
<b>Pas d'anti-HTA</b>	397	85,74
<b>Total</b>	463	100,00

**NB** : Dans ce cas de figure le traitement antihypertenseur ne fait pas recours aux diurétiques.

## **4.5 EVOLUTION-PRONOSTIC**

### **4.5.1 Le pronostic maternel**

#### **4.5.1.1 La morbidité maternelle**

Les complications maternelles ont été dominées par l'anémie aiguë (9,71 %) et par l'HTA (5,61 %). Les autres complications ont été les infections, le choc septique et l'insuffisance rénale.

**Tableau XVII : Les principales complications maternelles (N =89)**

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Anémie</b>	45	9,71
<b>Choc septique</b>	3	0,64
<b>HTA</b>	26	5,61
<b>Infection</b>	12	2,59
<b>Insuffisance rénale</b>	3	0,64

#### **4.5.1.2 Durée du séjour hospitalier**

La durée moyenne de séjour était de 4 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 30 jours.

### 4.5.2.3 Mortalité maternelle

Dans notre étude nous avons enregistré 21 cas de décès maternels, imputables à l'HRP ce qui représente un taux de létalité de 4,5 %. Au cours de la période d'étude 1117 décès maternels ont été enregistrés avec 1,88 % des décès imputable à l'HRP.

Le pronostic maternel a été apprécié en fonction du mode d'admission, de la voie d'accouchement, et du grade d'HRP.

**Tableau XVIII : Répartition du pronostic maternel**

Facteurs pronostiques	Pronostic maternel % (n=331)		X2	P
	bon	mauvais		
<b>Mode d'admission</b>				0.029
Direct	94,9	5,1		
Référé	85,6	14,4		
<b>Voie d'accouchement</b>			5.097	0.006
Voie basse	93	7		
Voie haute	84,6	15,4		
<b>Grade HRP</b>			0.046	0.423
I et II	87,3	12,7		
IIIa et IIIb	86,5	13,5		
<b>HTA gravidique</b>				0.041
Oui	71,4	28,6		
Non	87,9	12,1		

Les résultats de l'analyse univariée entre le pronostic maternel et les facteurs pronostiques montrent qu'il existe une association statistiquement

significative entre le mode d'admission, la voie d'accouchement et l'HTA gravidique. Le grade d' HRP n'était pas associé au pronostic maternel.

## 4.5.2 Pronostic fœtal

### 4.5.2.1 Mortalité fœtale

Nous avons enregistré au cours de notre étude 343 décès fœtaux soit un taux de mortinatalité de 74,1 %.

Nous a vons étudié les dé cès fœtaux e n fonc tion du nombre de CPN, du mode d'adm ission, de la voi e d'a ccouchement e t du gra de de l'HRP. (Tableau XIX).

**Tableau X IX: R épartition de s no uveaux-nés en f onction des f acteurs pronostiques**

Facteurs pronostiques	Pronostic fœtal %		X2	P
	bon	mauvais		
<b>Nombre de CPN</b>	(n=349)		7,7	0,001
0 - 2	16,7	83,3		
3 - 5 et +	29,8	70,2		
<b>Mode d'admission</b>	(n=447)		5,59	0.007
Direct	37,3	62,7		
Référé	22,2	77,8		
<b>Voie d'accouchement</b>	(n=460)		23,99	10 -7
Voie basse	7,8	92,2		
Voie haute	29,9	70,1		
<b>Grade HRP</b>	(n=459)		335,62	10-10
I et II	86,4	13,6		
III a et III b	2,3	97,7		
<b>HTA gravidique</b>	(n=384)			0.242
Oui	33,3	66,7		
Non	24,2	75,2		



Les résultats de l'analyse univariée entre le pronostic fœtal et les facteurs pronostiques montrent qu'il existe une association statistiquement significative entre le nombre de CPN, le mode d'admission, la voie d'accouchement, le grade HRP. Il n'y avait pas d'association entre le pronostic fœtal et l'HTA gravidique.

## **5. DISCUSSION**

### **5.1. Limites et biais**

Du fait de son caractère rétrospectif, l'insuffisance qualitative des dossiers a été une limite dans notre étude. Aussi nos cas ont été sélectionnés à partir de dossiers comportant l'examen du placenta. Il est certain que des cas d'HRP n'aient pas été pris en compte, d'où une sous-estimation de la fréquence de cet accident.

### **5.2. Aspects épidémiologiques.**

#### **5.2.1 La fréquence de l'HRP**

La fréquence de l'HRP dans notre étude 0,98 % est similaire à celle de Touré et coll. [53] en Côte d'Ivoire qui trouvaient également une fréquence de 0,93 % au CHU de Treichville et à celle de Thiéba et coll. [51] qui retrouvaient 0,96 % au CHUYO. Elle est supérieure à celles d'autres séries africaines comme au Togo où AKPADZA et coll. [2] trouvaient une fréquence de 0,47 % au CHU Tokoin de LOME, et à celle de KONATE [45] au Mali qui trouvaient une fréquence de 0,65 % au CHU du point G et au CSRCV. Par contre elle est deux ou quatre fois moins élevée que celles retrouvées dans les études camerounaise [59], gabonaise [35], sénégalaise [11,13] qui rapportaient, respectivement une fréquence de 3,84 %, 2,44 %, 4,7 %.

Ces taux relevés dans les pays africains restent supérieurs à ceux retrouvés dans la plupart des études européennes qui varient de 0,2 % à 2 % [31, 52,55].

La différence relativement importante 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. Elle pourra aussi s'expliquer par les caractéristiques socio-économiques et environnementales propres à chaque région relevée par certains auteurs [6, 39,55].

## 5.2 .2 L'âge

De nombreuses études dans le monde ont montré que l'âge avancé de la femme constituait un facteur de risque de l'HRP [11, 12, 13,34, 39, 51, 53 ,55]. C'est donc un accident de la troisième décennie. Mais cependant dans notre étude l'âge moyen des patientes était de  $26,7 \pm 6,1$  ans et la tranche d'âge la plus touchée était de 20-24 ans (24 %). Nos résultats se rapprochent de ceux de AKPADZA [2] au Togo où la tranche d'âge la plus intéressé par l'HRP était de 20 à 24 ans, de GUIADEM [16] au Benin et MONNIER [53] en France qui relevaient un pic entre 25 et 29 ans. Nos résultats pourraient s'expliquer par la forte représentativité de cette tranche d'âge dans la population et leur tendance à la fécondité.

## 5.2. 3 La parité

Dans notre série, les nullipares et les paucipares représentaient les plus grandes victimes de l'HRP soit 34,17 % et 27,13 % et les multipares 14,2 %. Notre série est comparable à celle de AKPADZA [2] au Togo qui dans son étude retrouvait une proportion de paucipares de 28,9 % et à celle de DIARRA [12] au Mali qui retrouvait 23,6 % de paucipares ainsi que celle de BA et coll. [5] au Sénégal qui mettait en évidence une fréquence élevée chez les primipares avec 33 %. Par contre THIEBA et coll. [51] au Burkina retrouvait une fréquence élevée chez les multipares 56,5 % ainsi que NAYAMA M [34] au Niger qui retrouvait un taux plus élevée chez les grandes multipares 38,2 %.

L'HRP apparait comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune parité.

## **5.2.4 Le statut socioprofessionnel**

Le statut socioprofessionnel des patientes comme dans le reste de la population est marqué par une prédominance des femmes ménagères 70,9% dans notre série. De même THIEBA et coll. [51] au Burkina et TOURE et coll. [45] en Côte d'Ivoire trouvait également un taux élevé respectivement de 84,5% et 71,9% chez les patientes sans activité rémunératrice. AKPADZA et coll. [2] au Togo avait noté une fréquence plus élevée chez les femmes ayant un faible revenu.

Cette situation reflète celle de nos pays en développement où le bas niveau socio-économique et sanitaire ne permet pas une prise en charge adéquate.

## **5.2.5 Le terrain vasculo rénal**

La survenue de l'HRP dans un contexte hypertensif est relevée par beaucoup d'auteurs [2, 9, 50, 51]. Dans notre série seulement 1,5 % des patientes avaient mentionné dans leurs antécédents une hypertension antérieure. Nos résultats sont inférieurs à ceux de BA et coll. [5] au Sénégal qui re trouvait 17,1 % d'hypertension artérielle antérieure et à ceux de KYELEM [24] au Burkina qui retrouvait 3,9 % d'HTA antérieure. Ceci pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité et /ou le nombre insuffisant de CPN.

## **5.3. Aspects cliniques**

### **5.3.1. Le mode d'admission**

Dans notre étude le mode d'admission des patientes était dominé par les références qui représentaient 86,8 % de l'effectif des HRP, ce taux est semblable à ceux de KYELEM [24] au Burkina et à ceux de NAYAMA et coll. [34] au Niger qui retrouvaient respectivement des taux de 85,9 % et 83,1 %. Notre taux est plus élevé que ceux observés par AKPADZA et coll. [2] au Togo et DUMONT et coll.

[13] qui retrouvaient 12 et 22,75 %. Cela correspond à la mise en place d'une politique de référence au Burkina également au fait que la maternité du CHUYO soit un grand centre de référence qui reçoit la majorité des grossesses à haut risque et les accouchements dystociques provenant de la région du centre et même d'autres régions du pays. Alors que dans les pays industrialisés, l'HRP est pris en charge le plus rapidement possible et même sur place si le fœtus est vivant, quel que soit le niveau de soins, au Burkina Faso, l'absence de transfert dans la maternité du CHUYO représentait une perte de chance pour les patientes en raison du sous-équipement, l'insuffisance du personnel soignant qualifié et la mauvaise répartition des maternités périphériques. Ces établissements n'ont pas les moyens de faire face à une grossesse compliquée, une hémorragie de la délivrance dans un contexte de troubles de la coagulation secondaire à un HRP entraînerait de façon presque certaine le décès de la patiente dans ces structures de proximité.

Aussi bien au Sénégal, au Niger ou au Togo il a été noté que le mode d'admission constituait un facteur de mauvais pronostic fœtal.

### **5.3.2. Le suivi prénatal**

L'OMS préconise au moins 4 CPN pour une femme enceinte au cours de la grossesse. La mauvaise qualité de la consultation prénatale est un facteur prédisposant l'HRP [8]. Dans notre étude 56,8 % des patientes ont suivi moins de 3 CPN prévues par la réglementation au Burkina Faso et 10,3 % des patientes n'avaient fait aucun suivi au cours de la grossesse.

Ce taux est relativement inférieur à ceux de CISSE [8] et MAREGA [30] au Mali qui ont obtenu respectivement 60 % et 48,27 % des parturientes non suivies pendant la grossesse. Une grossesse bien suivie pourrait améliorer le risque de survenue d'un HRP, de permettre une prise en charge rapide avant toute complication dramatique ; afin de réduire le taux de décès maternel.

### 5.3.3. L'âge gestationnel

Dans notre série 56,9 % des patientes avaient un âge gestationnel estimé à 9 mois, 7,2 % avaient un âge gestationnel estimé à 6 mois. Nos résultats sont comparables à ceux de KYELEM [24] au Burkina et de TOURE et coll. [53] en Côte d'Ivoire qui retrouvaient 58,8 % et 72,9 % des patientes avec un âge gestationnel de 9 mois. ANNE et coll. [3] en France retrouvent 10 % des cas d'HRP survenant au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que l'HRP est une pathologie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse.

### 5.3.4. Les signes cliniques

Dans notre étude, des métrorragies ont été retrouvées dans 76,5 % des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de SAULIERES [46] en France et de HURD et coll. [18] aux Etats Unis qui retrouvaient des métrorragies dans 78 % des cas. Notre taux est supérieur à ceux retrouvés par KYELEM [24] au Burkina dans 66,1 % des cas et DIARRA [12] au Mali dans 58,4 % des cas.

Dans 64,0 % des cas les BDCF n'étaient pas perçus. Notre fréquence est similaire à celles de SAULIERES [46] en France 60 % et de DIARRA [12] au Mali 67,4 %, mais il est inférieur aux données de GOUFODJI [17] au Benin 88,1 % et KYELEM [24] au Burkina 83,0 % de BDCF non perçus, dans tous les cas la mortalité néonatale est lourde.

Dans la littérature, des auteurs comme CISSE [8], MAREGA [30] avaient retrouvés respectivement 84,3 % et 88,5 % d'hypertonie utérine. Ces taux sont comparables à notre fréquence qui est de 77,8 % d'hypertonie utérine, mais paraît élevé que ceux relevés par THOULON [52] 38 % et SAULIERES [53] en France.

Cette forte proportion s'expliquerait par le diagnostic tardif de l'HRP dans nos pays.

L'état de choc a été retrouvé chez 5,5 % de nos patientes à l'admission. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par KYELEM [24] au Burkina 12,4 %.

L'hypertension artérielle, aussi facteur prédisposant a été retrouvée dans notre série avec 31,6 %. Cette fréquence est similaire à celle de KYELEM [24] au Burkina 31,1 % des cas et est supérieure à celle de AKPADZA et coll.[2] au Togo et BA et coll.[5] au Sénégal qui rapportaient respectivement 20,4 % et 20 % d'HTA chez les patientes présentant un HRP. En Côte d'Ivoire TOURE et coll. [53] trouvaient une fréquence plus élevée d'HTA de 48,5 %. Ceci s'expliquerait par le fait que l'HTA constitue le facteur prédisposant le plus rencontré chez les patientes présentant un HRP.

### **5.3.5 Les facteurs de risque**

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique. Cependant les facteurs étiologiques de l'HRP sont nombreux ; pour l'âge, la parité, les traumatismes abdominaux de nombreuses études ont permis de mettre en évidence leur relation avec l'HRP [55].

L'HRP complique 10 % des HTA chroniques et 2,5 % des pré éclampsies. L'HRP représente une des complications imprévisibles de la toxémie gravidique. La prise en charge soigneuse de la grossesse surtout si elle est compliquée d'hypertension artérielle, a permis de réduire de façon significative la fréquence de l'éclampsie.

L'âge et la parité interviennent par le biais d'autres facteurs de risque. La primipare présentant plus volontiers les HRP qui compliquent une toxémie gravidique ou une pré éclampsie, les HTA chroniques ou récidivantes s'associent avec l'âge plus avancé des femmes et la multiparité. L'HRP semble plus fréquent

après 30 ans [12]. En effet la fréquence de l'HRP croît avec l'âge et la parité. Selon certains auteurs elle double à partir de la 4<sup>ème</sup> grossesse et triple à la 5<sup>ème</sup> grossesse [2].

L'HRP est très exceptionnellement d'origine traumatique (à peine 1 % des cas dans les séries publiées), parfois tardif (3 jours). Les chocs directs sur l'abdomen semblent bien être parfois en cause (accident de circulation, ceinture de sécurité, chute d'une hauteur...). En cas de choc abdominal violent une surveillance de 48 heures s'impose. Les versions par manœuvres externes sont souvent suivies d'HRP. Il y a là une raison importante pour que ces manœuvres restent prudentes, excluant la force

Les accidents funiculaires sont non négligeables : Il peut s'agir d'un cordon court, d'une circulaire du cordon. Dans ces cas la traction du fœtus sur le placenta peut entraîner son décollement placentaire [2].

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

## **5.4 La prise en charge thérapeutique**

### **5.4.1 La voie d'accouchement**

Plusieurs auteurs ont tenté de définir une attitude thérapeutique face à l'HRP [2,33]. Si la réanimation et l'évacuation utérine font l'accord de tous, les modalités de cette dernière ne font pas toujours l'unanimité. Certains auteurs comme KRAUSS et coll. [25] préconisent la césarienne systématique quel que soit l'état du fœtus. En revanche, TWAALFHOVEN et VAN ROOSMALEN [54] préconisent une attitude expectative devant un HRP avec mort fœtale et trouble de



la coagulation. Dans notre série la voie d'accouchement a été dominée par la voie haute avec 72,0 % des cas. Ce taux est comparable à celui de DIARRA [12] au Mali qui relevait 66,3 % de césarienne et est nettement inférieur à ceux de SAULIERES [46] en France et de NAYAMA et coll. [34] au Niger qui trouvaient respectivement 95,5 % et 94,1 % de ces cas. Cependant, il convient de remarquer qu'à la maternité du CHUYO, la voie basse d'accouchement est de règle en cas d'HRP avec mort fœtale ; la césarienne est réservée aux cas où le fœtus est vivant, ou lorsque surviennent des complications maternelles notamment une coagulopathie de consommation ou toute autre complication obstétricale. Dans ce dernier cas la césarienne est alors réalisée pour sauvetage maternel.

#### **5.4.2. La transfusion sanguine**

Le problème de la disponibilité des produits sanguins représente un véritable défi dans certains pays africains dont le Burkina. Il est difficile de disposer du sang à transfuser. Cela est dû au fait que la demande est énorme et le stock de produits transfusionnels très limité. Dans notre étude, la transfusion sanguine a été possible dans 47,0 % des cas. Ce taux est supérieur à ceux relevés par KYELEM [24] au Burkina (33 %) et par KEITA [23] au Mali (19,3 %). La diminution de la mortalité maternelle passe aussi par la meilleure gestion du stock de produits sanguins.

### **5.5. Pronostic**

#### **5.5.1 Le Pronostic maternel**

Le pronostic maternel n'est pas bon [2, 7, 31, 52,57]. Il est souvent dominé par l'anémie, le décès maternel. Nous avons enregistré malheureusement durant la période d'étude 21 décès maternels soit une fréquence de 4,5 %. Ce taux comparable à ceux de DIARRA [12] au Mali et NAYAMA et coll. [34] au Niger

qui retrouvaient chacun 4,5 % et 5,1 % de décès maternels, et supérieur à ceux de OUATTARA [38] au Mali et A KPADZA [2] au Togo qui ont relevé respectivement 2,83 % et 2,84 % de décès maternels. Par contre des taux plus importants ont été rapportés par ALLANGBA [3] en Côte d'Ivoire qui a relevé 7,63 % de décès maternels dans sa série. La quasi-totalité de ces décès est rattachée à des problèmes thérapeutiques : insuffisance de moyens de réanimation, notamment de difficultés à compenser les saignements importants et prolongés, liées principalement à la pénurie des produits sanguins et dérivés.

La morbidité maternelle est dominée par l'anémie aiguë 9,7 % dans notre série et aussi par l'anémie chronique.

### 5.5.2 Le pronostic fœtal

Il a été catastrophique, le fœtus a payé le plus lourd tribut à l'HRP avec un taux de mortalité fœtale de 74,1 % de cas. Ce taux est comparable à ceux retrouvés par DIARRA au Mali 67,4 % [12] et par KONATE au Mali 67,2 % [45].

Il est inférieur à celui retrouvé par KYELEM [24] au Burkina et au Sénégal [33] qui rapportent respectivement, 85,9 % et 87,1 % de mort fœtale dans leur série. Dans les pays d'Europe et d'Amérique, la mortalité néonatale est moins importante se traduisant par des taux de mortalité néonatale compris entre 30 et 50 % [36,55].

Le taux de décès fœtal est fonction de la sévérité du tableau clinique et du transfert de la parturiente. La césarienne apparaît comme l'acte fondamental de sauvetage du fœtus lorsque l'HRP survient à un âge gestationnel de sa viabilité avec une vitalité et un diagnostic précoce [9, 36, 54]. Cependant la surveillance brutale de la maladie rend difficile l'amélioration du pronostic fœtal [7].

## 6. CONCLUSION

Au terme de cette étude rétrospective qui a porté sur les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques de l'HRP sur une période de 10 ans au service de gynécologie et d'obstétrique du CHUYO. Il en ressort que la fréquence de l'HRP est restée identique. Mais avec un taux de morbidité et de létalité aussi bien maternelle que fœtale moindre par rapport à ceux retrouvés en 1999. Cette morbidité et mortalité fœtale est liée à la sévérité du tableau clinique, de la voie d'accouchement et le transfert de la parturiente.

L'HRP par sa brutalité **d'installation**, son caractère imprévisible et la sévérité de ses conséquences maternelles et fœtales représente l'urgence médico-obstétricale typique. Un meilleur dépistage (**CPN recentrée+++**) des populations à risque, le diagnostic précoce et une prise en charge dans une structure médico-chirurgicale organisée permettront certainement d'améliorer le pronostic de cette affection.

## 7. SUGGESTIONS

### ● **Au Ministre de la santé**

√ Augmenter le nombre de centres chirurgicaux pour faciliter l'accessibilité de ceux-ci par les populations.

√ Renforcer les CMA en équipements (blocs opératoires fonctionnels, ambulances, banques de sang) et en personnels qualifiés.

√ promouvoir la formation du personnel qualifié (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, sages femmes).

√ Doter les structures sanitaires de moyens de transfert rapide et fonctionnel et subventionner les coûts du transport.

√ Travailler avec le ministère des infrastructures et celui du transport pour faciliter les évacuations sanitaires.

√ Accroître l'accessibilité et le paquet d'activité des SONU.

√ Renforcer la formation/supervision du personnel de santé sur la CPN recentrée et les SONU.

### ● **Au Directeur du CHUYO**

√ Renforcer le personnel soignant et le plateau technique de la maternité.

### ● **Au Directeur du CNTS**

√ Assurer à tout moment la disponibilité de produits sanguins.

- **Au chef de service de la maternité**

- √ Renforcer la formation et le recyclage du personnel sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et sur l'intérêt de la surveillance du travail d'accouchement par le partogramme et du post partum.

- √ Concevoir une base de données informatisée à partir de renseignements cliniques des patientes.

- **Au personnel de la maternité du CHUYO et Aux étudiants en médecine.**

- √ Remplir correctement les dossiers médicaux et les registres.

- **A la communauté**

- √ Recourir systématiquement aux services de santé pendant la grossesse pour le suivi et la prise en charge de cas de maladies.

- √ Respecter le calendrier des CPN.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Abu HA, Al-Lhaladi H, El Moubani N.** Abruptico placentae: Risk factors and perinatal and perinatal outcome. Journal of Obst & Gynecol Reserch 1998; 24(2): 141-1.
- 2- Akpadza K , Bae ta S, N eglo Y , T ele V, H odonou A KS.** L'hématome rétroplacentaire (HRP) à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU Tokoin-Lomé (Togo) de 1988 à 1992. Méd. Afr. Noire, 1996, 43(6): 342-347.
- 3-Allangba E.** Contribution à l'étude des hématomes rétroplacentaires : à propos de 236 cas colligés au CHU de Cocody. Thèse Méd Côte d'Ivoire, 1991; 1206.
- 4-Anne L , F ournis H , R osenau L , D enis A , G rosieux P .** L'hémorragie rétroplacentaire au cours du second trimestre de la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1990 ; 19 : 114-115.
- 5- Ba MG, Faye EO, Kpekpede F, Drave A, Manikasse P, Fotso A, DiadhiouF.** Morbidité maternelle et modalités thérapeutiques dans la prise en charge de l'hématome rétroplacentaire au CHU Dakar. Mali Médical 2005 T XX N° 1&2
- 6-Barnaud P , C azenave J , M ackoumbou A, D iagne L .** L'Hématome Rétroplacentaire Outre-mer. Med Trop 1983 ; 43 : 53-60.
- 7-Barrat J, Darbois Y.** Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Encycl. Méd (Paris, France), Obstét 1974; 5071. A10-11.
- 8-Cissé H.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Bilan d'une année portant sur 70 cas recueillis à l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako 1988; 1.

**9-Colau JC, Uzan S.** Hématome rétroplacentaire ou DPPNI. *Encycl. Med. Chir.* Paris, Obstétrique, 1985, 6, 5071, A10.

**10-De Jong G , Pattinson R C, OdendaalHJ.** Influence of perinatal care on stillbirths in patients of low socio-economic class. *S Afr Med J* 1988; 74: 53-54.

**11-Diallo D, Ndiaye PA, Diouf A, Faye EO, Traoré B, Diadhiou F.** L'hématome rétroplacentaire au CHU de Dakar. *Méd* 1997; 42: 59–62.

**12-Diarra S.** L'hématome rétroplacentaire dans le service de gynécologie obstétrique du CRCV du district de Bamako. Thèse de médecine 2008, 112p.

**13-Dumont A, De Bernis L , Decam C, Ba M , Pollet X.** Indicateurs de coagulation intravasculaire disséminée (civd) dans les hématomes rétroplacentaires *Méd. Afr. Noire*, 1996, 43 (6): 332-339.

**14-Finnel RH, Toloyan S, Van Waes M, KalivasPW.** Preliminary evidence for a cocaine-induced embryopathy in mice. *Toxicol Appl Pharmacol* 1990; 103: 228-237.

**15- Fournie A ; Desprats R.** L'hématome rétro-placentaire (HRP). In mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE). *Col Nat. Gyneco-obstet FR* ; 1984 : 285 –311.

**16-Guiadem A.** Contribution à l'étude des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse et de l'accouchement. *Epidémiologie et Thérapeutique.* Thèse Méd. Cotonou 1990.

**17-Goufodji S.** Contribution à l'étude de l'hématome rétroplacentaire à propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou. Thèse de Méd Benin 1986; 288.

**18-Hurd WW, Miodovnik M, Hertzberg V, Lavin JP.** Selective management of abruptio placentae: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 467–73.

**19- Kamina P .** Anatomie clinique, 2è édition Tome 3 : Thorax et abdomen, Maloine, Paris, 2007.

**20- Kamina P .** Anatomie gynécologique et obstétricale 3è édition, Ed Maloine, Paris, 1979 ; 509.

**21- Kamina P.** Anatomie clinique Tome 4 Organes urinaires et génitaux, pelvis et coupes du tronc 2è édition, Ed Maloine, Paris, 2009 ; 383.

**22- Kamina P , Demondion X, Richer JP , Scépi M et Faure JP .** Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. *EncyclMédChir*, Elsevier SAS, Paris, 2003. 10-A-10.

**23-Keita I,** Etude clinique, épidémiologique et prise en charge des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse dans le service de gynéco - obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako Thèse de médecine 2008. 82p

**24-Kyelem C ,** L'hématome rétroplacentaire dans le service de gynécologie obstétrique du CH N-YO DE O UAGADOUGOU ; aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. A propos de 177 cas colligés Thèse de médecine 1997

**25-Krauss T, Rath W, Kuhn W.** Maternal and fetal morbidity and mortality in premature abruption placentae. A retrospective analysis. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1993; 53 (3): 194–7.

**26- Lansac J, Lecomte P, Marret H,** Gynécologie pour le praticien 6è édition, Ed Masson, Paris, 2002. 592.



**27-Lemaire B, Michaud P, Tescher M.** Hématome rétroplacentaire et déficit en facteur XI. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85 :706-708

**28-Magnin P, Garnier R, Dargent D.** Grossesse Normale et pathologique. Paris Baillière Editeurs, 1970 : 602

**29- Malaret JM.** Hystérectomie totale percoéloscopique pour pathologie bénigne. Thèse M éd. Université Paris Descartes ( Paris V ) ; Faculté de médecine René Descartes (France). Année 2008 :103.

**30-Maréga F C.** Hématome rétroplacentaire Thèse Méd Bamako 2001; 99: 102p.

**31-Merger R , Levy J, Melchior J .** Précis d'Obstétrique. 5<sup>ème</sup> édition. Paris Masson, 1993 : 755.

**32-Milliez J .** Hemorragies du troisième trimestre de la grossesse. Orientation diagnostique. Rev Prat 1991 ; 41 : 835-838.

**33-Monnier J, Lanciaux B, Dognin C , Martinache J.** Aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques actuels dans les hématomes rétroplacentaires. Rev Fr Gynecol Obstet 1982; 77(3): 167-73.

**34-M. Nayama, D. Tamakloé-Azamesu, M . Garba, N . Idi, B . Djibril, M . Kamayé, A. Marafa, A. Touré, F.Z. Diallo, V. Houfflin-Debarge.** L'hématome rétroplacentaire prise en charge dans la maternité de référence du Niger. Etude prospective a propos de 118 cas. Gynécologie Obstétrique et fertilité 2007 ; 35 : 975-981.

**35-Mounangan N , Kombilia P , Boguekouma JB , Zinsou R D.** Complications maternelles et fœtales de l'HTA au cours de la grossesse. À propos d'une étude rétrospective de 78 cas. Méd trop 1989; 36: 576-9.

**36-Nicoloso E, Dercole C, Cassel N, Azoulay P, Cravello L, Boubli L, Blanc B.** Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique. Réan Soins Intens Méd Urg 1994; 19 (4): 213-27.

**37- OMS** Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain. Rapport d'information ; 2009. 94p.

**38-Ouattara M.** Hématome rétroplacentaire au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, bilan de 6 ans d'étude. Thèse de Méd Bamako 2000; 126p.

**39-Ozumba B C.** Abruptio placentae at the University of Teaching Hospital, Enugu: a 3-year study. Austr NZJ Obstet Gynecol 1989; 75: 50-53.

**40- Polycopié National de Gynécologie** cours D CEM2, Université Paris-VI Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris 2003 ; 394p.

**41-Rai L , Du vvi H, Ra o UR, Vaidehi N, N alini V .** Severe placenta. Still unpreventable. Int J Gynaecol Obstet 1989; 29 (2): 117-20.

**42- Richard L. D .** Gray's anatomie pour les étudiants ; adaptation française dirigée par Jacques Duparc ; Elsevier-Masson, Paris ; 2006. 809p.

**43- Rouviere H, Delmas A.** Anatomie Humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle. Treizième édition. Paris : Masson ; 1992.

**44- Sanou Z. P.** Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du CHN-YO : Aspects épidémiologiques, cliniques et coût de leur prise en charge. Thèse Méd Université de Ouagadougou (UFR/SDS), 2001 N°39 : 87p.

**45-Sakoba Konate.** Etude Epidémio-clinique et thérapeutique de l'HRP au CHU du point G et au centre de référence de la commune V du district de Bamako. 2006 99p.

**46-Saulières H .** Hématome rétroplacentaire. Journées périnéennes Gynécologie-Obstétrique Tarbes 2002; 4-5 octobre

**47- Soferman N ; Rosenbery M ; Haimofl N.** Analyse de 108 cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Bull fedgynecolobstet FR ; 1963 ; 15 : 362 – 5.

**48- Solofomalala G. D , Randriamalalaarijoana R. T, Rasendramino M. II , Ratsivalaka R, Canonne F.** Les urgences gynéco-obstétricales dans une maternité de district Malgache. Revue tropicale de chirurgie 1 (AMC) 2007 : 67-70.

**49- Tapsoba O.** Les urgences gynécologiques et obstétricales au bloc opératoire du service de gynécologie et obstétrique du CHU-YO : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Mémoire d'attaché de santé en chirurgie. ENSP 2008 : 86p.

**50-Thiam D, Diop S, Ba Gueye M, Fall K, Toure AO, Diadhiou F, Diakhate L.** Protein C, Protein S and Antithrombin III at normal delivery and during abruptio placentae. Dakar Med 1999; 44(1): 54–7.

**51-Thieba B, Lankoande J, Akotiong M , Kyelem C, Ouedraogo A , Ouedraogo C M , e t al .** L'hématome rétroplacentaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier national Yalgado-Ouedraogo de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostique. Gynecol Obstet Fertil 2003; 31 (5): 429–33.

**52- Thoulon JM , Puech F, Boog G .** Les néphropathies, syndromes vasculorénaux et leurs complications, *Obstétrique*. Paris : AUPELF-UREF Ellipses, 357-37

**53-Touré Coulibaly K, Aissi GA, Tano N, Kouyaté S, Guie P, Roubia Y.** Le décollement prématuré du placenta normalement inséré, pronostic fœto-maternel. À propos de 1062 cas colligés à la clinique obstétricale du CHU de Treichville. *Méd Afr Noire* 1995; 42: 540–7

**54-Twaalfhoven F C, J. Van Roosmalen F C.** Conservation management of placental abruption complicated by severe clotting disorders. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 22(46): 25–30 (1).

**55-Uzan M, Haddad B, Uzan S.** Hématome rétroplacentaire. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), *Obstétrique* 5071-A-10, 1995, 8p.

**56-Van Der Spuy Z M , Bird AR , Lindow SW, Bruce C .** The prevalence of antiphospholipid antibodies in women with reproductive failure or major abruption placentae. *S Afr Med J* 1993; 83: 319-321.

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

**58-Wegger I, Palludan B .** Vitamin C deficiency causes hematological and skeletal abnormalities during foetal development in swine. *J Nutr* 1994; 124:241-248.

**59-Younbessi TJ, Kenmogne F, Fomulu N.** Complications fœto-maternelles liées aux maladies hypertensives de la grossesse chez la femme camerounaise. *Méd Afr Noire* 1987; 47: 621–8.

# ANNEXES

## FICHE DE COLLECTE

### HEMATOME RETROPLACENTAIRE A LA MATERNITE DU CHU-YO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.

Fiche n°

Numéro du dossier...

Année...

#### **I. ETAT CIVIL**

Age..... Situation matrimoniale.....

Provenance : Ouaga [ ] Secteur... Province [ ] Nom.....

Profession..... Profession du mari.....

#### **II. MODE D'ADMISSION**

Venue d'elle-même [ ]

Motif d'admission.....

Référée [ ]

Motif de référence.....

Lieu de référence.....

#### **III. ANTECEDANTS**

##### **1. Gynécologiques :**

Cycle : Régulier [ ] Irrégulier [ ] Durée [ ]

Contraception : Oui [ ] Non [ ]

Type.....

## 2. Obstétricaux :

Geste [ ] Parité [ ] Vivant [ ] Décédé [ ] Mort-né [ ]

Avortement : Provoqué [ ] Spontané [ ] Nombre [ ]

Accouchement prématuré Oui [ ] Non [ ] Nombre [ ]

## 3. Médicaux :

HTA Oui [ ] Non [ ]

Diabète Oui [ ] Non [ ]

Asthme Oui [ ] Non [ ]

## 4. Chirurgicaux

Césarienne Oui [ ] Non [ ]

Myomectomie Oui [ ] Non [ ]

GEU Oui [ ] Non [ ]

## IV Suivi de la grossesse

Nombre de CPN :.....

VAT : Oui [ ] Non [ ]

Anémie Oui [ ] Non [ ]

Nombre de dose.....

HTA Oui [ ] Non [ ]

Chimio. Anti-anémi. Oui [ ] Non [ ]

OMI Oui [ ] Non [ ]

Autre.....

Hémoglobinopathie Oui [ ] Non [ ]

Risque.....

## V. Données de l'examen clinique

### • Général :

EG.....

Conscience.....

TA..... Pouls..... Conjonctives.....

Diurèse Horaire.....

### • Bilan P aracliniques : NF S ..... G S/RH ..... C réat.....

TP ..... Fibrinogène .....



## Serment d'Hippocrate

« EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE MES CHERS  
CONDISCIPLES, JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS  
DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA  
MEDECINE. JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET  
N'EXIGERAI JAMAIS DE SALAIRE AU -DESSUS DE MON TRAVAIL.  
ADMISE A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT  
PAS CE QUI S'Y PASSE, MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME  
SERONT CONFIES ET MON ETAT NE SERVIRA PAS A CORRUMPRE  
LES MŒURS NI A FAVORISER LES CRIMES.  
RESPECTUEUSE ET RECONNAISSANTE ENVERS MES MAITRES, JE  
RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI REÇUE DE  
LEURS PERES. QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI  
JE SUIS RESTEE FIDELE A MES PROMESSES. QUE JE SOIS  
COUVERTE D'OPPROBRE ET MEPRISEE DE MES CONFRERES SI J'Y  
MANQUE. »



## **2011-2012 academic year**

### **Summary:**

**Title:** placental abruption in the maternity ward of University Hospital Yalgado Ouedraogo of Ouagadougou: epidemiological aspects, clinical and therapeutic aspects about 463 cases collected from 2002 to 2011

### **Methodology:**

This is a retrospective study of the HRP in the maternity of the CHU-YO. Over a period of 1 January 2002 to 31 December 2011.

### **Results:**

We recorded 463 cases out of 47,288 births with a frequency of 9.78 ‰ deliveries. The most affected patients were women aged 20-24 years (24%), nulliparous (34.2%) and paucipares (27.1%), married (60.6%) and having poor monitoring prenatal (56.8%).

The clinical picture was usually full, 74.3% of patients who experienced a grade 3 SHER. The natural vaginal delivery was possible in 28.0%, cesarean section was performed in 72.0% of cases.

The maternal prognosis is bad, we deplored 21 maternal deaths or 4.5%. The fetal prognosis is catastrophic with 74.1% of fetal deaths.

The HRP in stallation by its brutality, its unpredictability and severity of these consequences is the maternal-fetal medical emergency obstetric typical. Better screening of populations at risk, early diagnosis and treatment in a medical-surgical organized structure can certainly improve the prognosis of this disease.

### **Keywords:**

Pregnancy, HRP, risk factors, prognosis, Ouagadougou

**Author:** NINGOUE NGATCHAM Micheline

**Phone number:** 76 69 80 82

**Email:** [michou842002@yahoo.fr](mailto:michou842002@yahoo.fr)

## **Année universitaire 2011-2012**

### **Résumé :**

**Titre :** l'hématome rétroplacentaire au service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques a propos de 463 cas colligés de 2002 à 2011

### **Méthodologie :**

Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'HRP à la maternité du CHU-YO. Sur une période allant du 01 janvier 2002 au 31 décembre 2011.

### **Résultats :**

Nous avons enregistré 463 cas sur un total de 47288 accouchements soit une fréquence de 9,78‰ accouchements.

Les patientes les plus touchées étaient les femmes âgées de 20-24 ans (24%), les nullipares (34,2%) et les pauci pares (27,1%), mariées (60,6%) et celle ayant un mauvais suivi prénatal (56,8%).

Le tableau clinique était le plus souvent complet, 74,3% des patientes ayant présenté un grade 3 de SHER. L'accouchement par les voies naturelles a été possible dans 28,0%, la césarienne a été effectuée dans 72,0% des cas.

Le pronostic maternel est mauvais, nous avons déploré 21 décès maternels soit 4,5%.le pronostic foetal est catastrophique avec 74,1% de décès foetaux.

L'HRP par sa brutalité d'installation, son caractère imprévisible et la sévérité de ces conséquences materno-foetale représente l'urgence médico-obstétricale typique. Un meilleur dépistage des populations à risque, un diagnostic précoce et une prise en charge dans une structure médico-chirurgicale organisée permettent certainement d'améliorer le pronostic de cette affection.

**Mots clés :** Grossesse, HRP, facteurs de risque, pronostic, Ouagadougou

**Auteur :** ~~Micheline NINGOUE NGATCHAM Tel 76 69 80 82 Email :~~

Micheline NINGOUE NGATCHAM  
~~842002@yahoo.fr~~  
michou842002@yahoo.fr