



ASPECTS CLINIQUES, PRONOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DE L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE (HRP) DANS UNE MATERNITE DE REFERENCE NATIONALE DU BENIN

Djima Patrice DANGBEMEY¹, Roger KLIKPEZO², Nicole ENIANLOKO TCHIAKPE¹, Etienne GBOYOU¹, Moufalilou ABOUBAKAR¹, Mathieu OGOUDJOB¹, Simon AZONBAKIN¹, Salifou K², Benjamin HOUNKPATIN¹, Josiane TONATO-BAGNAN JA¹

¹Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi, Bénin

²Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, Bénin.

Auteur correspondant : Dr DANGBEMEY Djima Patrice Tél : +229 66 25 75 24, Mail : ddpatous78@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'hématome rétro-placentaire (HRP) est fréquent et revêt des aspects variés parfois trompeurs sources de retard et de mauvais pronostic.

L'objectif était de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et le pronostiques de l'hématome rétro-placentaire pris en charge au CHU-MEL de Cotonou entre 2015 et 2020.

Cadre et méthodes d'étude : La maternité du CHU-MEL de Cotonou a servi de cadre pour cette étude transversale et descriptive avec collecte rétrospective exhaustive des données relatives à l'HRP pris en charge entre juin 2015 et juin 2020. **Résultats :** L'HRP était diagnostiqué au cours du travail de l'accouchement chez 31,7%(n=94) des patientes. Les métrorragies, l'anomalie des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal étaient les signes classiques observés respectivement dans 31,4%(n=93), 34,4%(n=102) et 23,4%(n=69) des cas. Le diagnostic positif d'HRP était classique donc facile dans 69,3%(n=205) et difficile donc méconnu dans 30,7%(n=91) des cas. L'HRP était de grade III de Sher dans 51,1%(n=151) des cas. La transfusion sanguine était réalisée dans 65,2%(n=194) des cas, l'accouchement était par voie basse et par césarienne respectueusement dans 39%(n=116) et 61%(n=180) des cas. La létalité maternelle par HRP était de 6,5%(n=19) et celle périnatale était de 82,9%(n=252) des cas. **Conclusion :** Le diagnostic de l'HRP n'est pas



toujours évident. Le traitement associe la réanimation et l'accouchement rapide. Le pronostic est mauvais pour la mère et le fœtus.

Mots clés : *hématome, placenta, diagnostic, traitement, pronostic*

ABSTRACT

Introduction: Retroplacental hematoma (HRP) is common and has various aspects that are sometimes misleading sources of delay and poor prognosis.

The objective was to describe the clinical, therapeutic and prognostic aspects of retroplacental hematoma treated at the CHU-MEL of Cotonou between 2015 and 2020.

Framework and study methods: The maternity ward of the CHU-MEL of Cotonou served as a framework for this cross-sectional and descriptive study with exhaustive retrospective collection of data on HRP treated between June 2015 and June 2020. **Results:** HRP was diagnosed during labour in 31.7% (n=94) of patients. Bleeding, abnormal uterine contractions and foetal heart rate were the classic signs observed in 31.4% (n=93), 34.4% (n=102) and 23.4% (n=69) of cases, respectively. The positive diagnosis of HRP was classic and therefore easy in 69.3% (n=205) and difficult and therefore unknown in 30.7% (n=91) of cases. HRP was Sher grade III in 51.1% (n=151) of cases. Blood transfusion was performed in 65.2% (n=194) of cases, delivery was vaginal and caesarean section respectfully in 39% (n=116) and 61% (n=180) of cases. Maternal case fatality by HRP was 6.5% (n=19) and perinatal case fatality was 82.9% (n=252) of cases. **Conclusion:** The diagnosis of HRP is not always obvious. Treatment combines resuscitation and rapid delivery. The prognosis is poor for both mother and fetus.

Keywords: *hematoma, placenta, diagnosis, treatment, prognosis*

INTRODUCTION

Selon les dernières estimations de l'OMS, à l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle est tombé de près de 44 % au cours des 25 dernières années, passant à environ 385 décès maternels pour 100.000 naissances



vivantes en 1990 à 216 décès maternels en 2015. Le nombre annuel de décès maternels a reculé de 43 %, passant d'environ 532 000 en 1990 à environ 303 000 en 2015. Environ 99% des décès maternels sont survenus dans les pays en développement. Au Bénin de 1990 à 2015 le nombre annuel de décès maternels a varié de 576 à 405 témoignant d'une insuffisance de progrès comme le témoigne le rapport OMS 2015 [1]. Parmi les principales causes de décès maternels, les hémorragies occupent une place de choix. Il s'agit notamment des hémorragies de la délivrance, l'hématome rétro-placentaire, le placenta prævia et la rupture utérine [2-3]. L'hématome rétro-placentaire (HRP) est un accident paroxystique de la grossesse dû au décollement prématuré du placenta normalement inséré (D.P.P.N.I) avec constitution d'un hématome entre la paroi utérine et le placenta. Il occupe le deuxième rang parmi les causes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. [4, 5, 6]. C'est l'un des motifs fréquents de consultation parmi les urgences obstétricales. Dans le monde, la fréquence de l'HRP est estimée entre 0,5 et 1.8% des grossesses [1]. Au Bénin, au CHU-MEL en 2018, la fréquence hospitalière était de 1,6% [7]. La létalité liée à l'HRP peut atteindre 7,4% [1] dans le monde. En Afrique, la létalité maternelle de l'HRP varie entre 2 et 10%. Au Bénin, l'HRP représente 3,5% des causes de décès maternels selon Adam Assa en 2006 au CHU-MEL [8]. Le diagnostic est parfois difficile, impactant négativement le pronostic maternel, fœtal et néonatal précoce. La prise en charge est multidisciplinaire avec une place de choix pour la réanimation. Cette étude a été initiée dans le but de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'HRP au CHU-MEL.

1. METHODES D'ETUDE

Il s'agissait d'une transversale descriptive à collecte rétrospective des données relatives à l'HRP pris en charge à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou sur la période allant du 1er juin 2015 au 30 juin 2020. La population d'étude était composée des patientes qui ont développé de l'HRP dans la période de l'étude au CHU-MEL de Cotonou. Les critères d'inclusion étaient : gestantes au 3^{ème} trimestre, présence de deux (2) des quatre (4) signes suivants : hémorragie, douleur (utérine ou du dos), anomalies de la contraction utérine, anomalie de la fréquence cardiaque



fœtale [37] et des cupules à l'examen du placenta. Les autres causes d'hémorragie du troisième trimestre telles que le placenta prævia et la rupture utérine n'ont pas été incluses. Les dossiers non retrouvés ou non exploitables ont été exclus. L'échantillonnage était non probabiliste avec le recensement exhaustif de tous les dossiers répondant aux critères de sélection. La variable dépendante était l'HRP. Les variables indépendantes étaient relatives aux caractéristiques sociodémographiques des victimes de l'HRP, aux données cliniques et thérapeutiques et au pronostic maternel, fœtal et néonatal de l'HRP.

Ces variables avaient permis d'établir une fiche de dépouillement bien codé. Les sources de données étaient les registres d'admission, de l'accouchement, du compte rendu opératoire, d'hospitalisation, les dossiers obstétricaux et néonataux. Les dossiers exploitables ont été sélectionnés. Un prétexte bien conduit a permis de valider la fiche de dépouillement. L'enquête a été conduit par deux (02) étudiants en année de thèse. Elle avait consisté à dépouiller les dossiers et transcrire les données sur les fiches de dépouillement validées. Toutes les données collectées étaient traitées, saisies et analysées par les logiciels SPSS 26 et le Microsoft Excel 2016. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et médiane, minimum et maximum avec leur écart-type. Les données qualitatives étaient exprimées en pourcentage ou en proportion et leur intervalle de confiance à 95%. Le test de khi-2 était pour les variables catégorielles. Pour ces tests un $p < 0,05$ sera considéré comme statistiquement significatif par rapport au risque résiduel de survenue de l'HRP.

Les règles éthiques et de déontologie en matière de recherche ont été respectées.

2. RESULTATS

Prévalence de l'HRP au CHU-MEL de Cotonou

Sur 25.795 grossesses prises en charge pendant la période de l'étude, 347 cas d'HRP étaient enregistrés soit une prévalence de 1,3%.

Suivant les critères d'inclusion 296 dossiers étaient retenus pour l'analyse dans le cadre de cette étude.



Caractéristiques sociodémographiques des victimes de l'HRP

Age

L'âge moyen était de 30±12,91 ans. La médiane était de 29 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était 25-34 ans (51,4% soit n=152). Les adolescentes et jeunes représentaient 31,4%(n=93), les 30 à 34 ans représentaient 26,4%(n=78) et les plus de 35 ans représentaient 17,3% (n= 51). L'HRP semblait être de tous les âges dans notre série. (Tableau1)

Profession et niveau d'instruction (Tableau 1)

On note 32,1% de commerçante et 30,1% non scolarisée. De surcroît, 30,4% des gestantes avaient le niveau secondaire et 30,1%, était non scolarisée

Diagnostic de l'HRP

Examen clinique (Tableau 2)

Les circonstances de découverte de l'HRP étaient : référées pour HRP ou hémorragie du 3^{ème} trimestre dans 39,6%(n=117), au cours du travail de l'accouchement dans 31,7%(n=94) et fortuitement à l'examen du placenta dans 28,7%(n=85). Les signes cliniques d'alerte étaient observés chez 89,2%(n=264) des patientes et à l'échographie réalisée en salle de naissance en cas de signe d'alerte dans 10,8%(n=32). Dans leur majorité (93,2%), les victimes d'HRP n'avaient aucun antécédent personnel médical à risque d'HRP.

Diagnostic de l'HRP (Figure 1)

Le diagnostic positif d'HRP était facile et sans ambiguïté dans 69,3% et confondu à un autre tableau clinique dans 30,7% à l'admission.

Diagnostic des complications de l'HRP (Tableau 3)

Le diagnostic de l'HRP avec fœtus vivant (grade 1 et 2 selon Sher) était posé chez 48,9%(n=145) des cas et le diagnostic de l'HRP avec fœtus mort (grade 3 selon Sher) était posé dans 51,1% des cas dont 16,7% de trouble de coagulation (grade 3b selon Sher). Toutes les patientes étaient anémiées avec une anémie sévère à modérée dans 60,1%(n=178). Le test de



coagulation et le taux de plaquettes étaient anormaux respectivement dans 46,9% et 48,2% parmi celles qui ont réalisé ces différents tests.

Traitement de l'HRP

La prise en charge était multidisciplinaire avec surtout la réanimation et l'accouchement. La transfusion sanguine était réalisée chez 65,2% (n=193) des HRP. Les troubles hématologiques étaient les indications les plus fréquentes de la transfusion dans 54,4%(n=105). La réanimation à base des produits sanguins a été notée chez obstétrical. Au total 193(65,2%) accouchement avaient eu lieu par voie basse (39%) et par la césarienne (61%).

Conduite de l'accouchement de l'HRP (Tableau 5)

Le délai d'expulsion en cas d'accouchement par voie basse était au-delà de 4 heures dans 59,6% (n=68). La césarienne de sauvetage fœtal était réalisée dans 33,8%(n=100) des cas et dans les délais (moins de 15min) chez une (n=1) seule patiente (1%). La majorité (75%) des césariennes sur fœtus vivant était réalisée dans un délai de plus de 30min après l'indication. La césarienne de sauvetage maternel était réalisée dans 27,7%(n=82) et dans la majorité (74,4%) dans un délai de plus de 30min après indication. Le poids des caillots de sang était supérieur à 500g chez 29,0%(n=86) des patientes HRP quelle que soit la voie de l'accouchement. Les cupules occupaient plus de 3/4 de la face maternelle dans 31,4%(n=93).

Pronostic de l'HRP (Tableau 6)

La morbidité maternelle était représentée par les troubles hématologiques (anémie, choc hémorragique et troubles de la coagulation) dans 85,8% (n=254) des cas suivis de l'insuffisance rénale dans 7,4%(n=22), des infections puerpérales dans 3,7%(n=11). La létalité maternelle par HRP était de 6,5%(n=19). La morbidité fœtale était représentée par la réanimation du nouveau-né à la naissance (74,6%), la prématurité (33,5%). La létalité périnatale liée à l'HRP est de 82,8% et la létalité néonatale précoce était de 30,7%.



3. DISCUSSION

Prévalence de l'HRP

La prévalence de l'HRP au CHU-MEL de Cotonou était de 1,3%. Elle est comparable à celle retrouvée par MENSAH et coll [6] en 2017 à la CUGO et faible par rapport à celles observée par AGBANDA en 2016 au CHUD BORGOU [7] qui a retrouvé 3,5%. La population qui fréquente la CUGO n'était pas différente de celle du CHU-MEL d'où cette similitude. Le taux élevé de l'HRP dans le Borgou peut s'expliquer par le fait que cet hôpital est le seul dans la région à prendre en charge des cas d'HRP d'où une forte concentration de cas.

Age maternel

Dans la littérature l'âge avancé de la femme constitue un facteur de risque de l'HRP et survient surtout autour de 30 ans [5, 6]. Ainsi, Coulibaly au Mali dans son étude a trouvé que les patientes de plus de 30 ans couraient 4 fois plus de risque de faire un HRP que les patientes de moins de 30 ans [8]. Dans notre étude, l'âge moyen était de 30 ans avec un écart-type de 12,91. La médiane était de 29 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était 25-34 ans avec respectivement (51,4% soit n=152). Cet âge moyen trouvé dans notre étude se rapproche de celui trouvé par Mensah en 2017 à la CUGO qui était de 29 ans [6]. Lejeune en 2003 a rapporté dans son étude que l'HRP semble plus être fréquent après 35 ans avec un risque relatif de 1,3% [9]. De ce qui précède, il ressort que l'HRP est une pathologie qui n'épargne aucune tranche d'âges.

Niveau d'instruction

Les parturientes non scolarisées ou de niveau d'instruction faible ont rarement recours aux soins prénataux. Elles se présentent le plus souvent en situation d'extrême urgence car elles méconnaissent le plus souvent les avantages des soins préventifs. C'est ce qui explique les 45,3% des parturientes ayant eu l'HRP et qui avaient à peine le niveau primaire dans notre série. Par ailleurs, il a été constaté dans notre étude que 54,7% des



parturientes avaient au moins le niveau secondaire. L'HRP peut donc toucher toute gestante quel que soit le niveau d'instruction.

Mode d'admission des patientes

Près de 80% des cas d'HRP étaient des référées. Thieba et al. Au Burkina Faso en 2003 avaient retrouvé un taux de 85,9% [10]. La fréquence élevée des gestantes référées au CHU-MEL est due à son statut d'hôpital de troisième niveau dans la pyramide sanitaire mais aussi témoigne de l'insuffisance de plateau technique adéquat et de ressources qualifiées au niveau des formations sanitaires périphériques.

Circonstances de découverte de l'HRP

Les circonstances de découverte les plus fréquentes dans notre étude étaient des patientes référées pour hémorragie du troisième trimestre dans 39,6% des cas suivi du travail d'accouchement dans 31,7% des cas et fortuitement à l'examen du placenta dans 28,7%(n=85). Les signes à l'entrée étaient l'anomalie des contractions dans 34,4%, les hémorragies dans 31,4% et l'anomalie du RCF dans 23,4%. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'HRP est l'une des causes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et se manifeste par des métrorragies, l'anomalie des contractions et le plus souvent une absence du BDCF. Ce constat confirme la démarche diagnostique de l'HRP selon HURS qui stipule qu'une patiente qui présente deux des quatre signes suivants : Hémorragie, douleur (utérine ou du dos), anomalies de la contraction utérine, anomalie de la fréquence cardiaque fœtale doit être considérée comme ayant un HRP [5]

Diagnostic

Dans notre étude, le diagnostic d'HRP était méconnu à l'entrée dans 30,7% des cas. Il était confondu soit au placenta prævia soit à une rupture utérine. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces trois pathologies se manifestent par la métrorragie et elles sont toutes des diagnostics différentiels l'un pour l'autre.

Diagnostic des complications de l'HRP



Le diagnostic de l'HRP avec fœtus vivant (grade I et 2 selon Sher) était posé chez 48,9% (n=145) des cas et le diagnostic de l'HRP avec fœtus mort (grade 3 selon Sher) était posé dans 51,1% des cas dont 16,7% de trouble de coagulation (grade 3b selon Sher). Thiam et col en 2014 au Sénégal ont rapporté une prédominance du grade III de Sher à 63,3% [11]. Par contre, Zhrini en 2008 au CHU HASSAN de FES remarque dans son étude que le grade II de Sher domine avec un taux de 42,4% [12]. La prédominance du grade III de Sher dans notre série s'expliquerait par le retard à la consultation et au diagnostic de l'HRP. Tout ceci alourdit le pronostic maternel et fœtal de l'HRP.

Traitement de l'HRP

La transfusion sanguine

La quasi-totalité des victimes de l'HRP était anémiée. La transfusion sanguine était réalisée chez 65,2% (n=193) des HRP. Les troubles hématologiques étaient les indications les plus fréquentes de la transfusion dans 54,4% (n=105). L'HRP est une pathologie de spoliation sanguine importante engageant le plus souvent le pronostic maternel et fœtal. La disponibilité des produits sanguins labiles reste la clé du sauvetage. Dans de nombreux pays africains en particulier au Bénin, beaucoup de parturientes meurent en raison de la non disponibilité des produits sanguins. Mais la sécurisation de ces produits à travers la bonne indication de la transfusion sanguine, la bonne documentation à l'aide de la fiche nominative et la mise en place d'un processus de l'hémovigilance assurent la disponibilité. C'est d'ailleurs ce qui explique les 65,2% de transfusions faites dans notre étude. Le taux de transfusion dans notre série est largement supérieur aux 33,3% trouvés en 2003 au Burkina Faso par Thieba et al. [10]. Il faut dans l'avenir une bonne politique impliquant la population pour que nos banques de sang soient fournies en produits sanguins.

Voie d'accouchement

Une fois le diagnostic de l'HRP posé, l'évacuation utérine doit être le plus rapidement possible réalisée. L'accouchement peut se faire par voie basse ou par voie haute (césarienne) en fonction de l'état materno-fœtal et des



complications. Le délai d'expulsion en cas d'accouchement par voie basse était au-delà de 4 heures dans 59,6% (n=68). Dans notre série, la césarienne était réalisée dans 61% des cas parce que le pronostic maternel était engagé dans la majorité des cas avec des complications. L'indication de la césarienne était le sauvetage maternel dans 67,1% des cas. Ces taux se rapprochent de ceux trouvés par MAGALAITOU en 2018 soit 68,2% pour le taux de la césarienne et 57,0% pour le sauvetage maternel [4]. Pour MENSAH en 2017, la césarienne a été faite dans 49% avec pour indication le sauvetage maternel. La fréquence du césarienne de sauvetage dans notre série est moins importante que celle observée dans les séries de Bibi (100%) [2] au Pakistan en 2006, 78% rapporté par SAQUIB [14] en 2020 aux Emirats Arabes Unis, 87% obtenu par DIAKITE [15] en 2019 au Mali.

Pronostic maternel et fœtal

Mortalité maternelle

Malheureusement 19 décès maternels sont enregistrés sur les 296 cas d'HRP ; le taux de létalité maternelle lié à l'HRP est de 6,5%. Ce taux est inférieur au 7,1% rapporté par MAGALAITOU en 2018 et se rapproche des 6,4% retrouvé par MENSAH en 2017 [4,6]. Cette fréquence est proche de celle rapportée par BIAYE et al. qui est de 7% au Sénégal en 2019 [16]. Par contre dans les pays occidentaux, la létalité maternelle liée à l'HRP est devenue exceptionnelle : Boisramé et al. 0% en 2014 à strasbourg et Gueneuc 1,17% en 2016 [17,18]. Le non suivi de la grossesse, le retard au diagnostic associé à la prise en charge tardive ainsi que l'insuffisance du plateau technique pourraient expliquer cette différence.

Mortalité fœtale

Le fœtus continue de payer le lourd tribut à l'HRP. Sur 304 naissances enregistrées, nous avons noté 252 cas de décès périnatal soit un taux de létalité de 82,8%. Ce taux est supérieur au 71,7% rapporté par MAGALAITOU en 2018 au CHU-MEL et au 73% trouvé par MENSAH en 2017 à la CUGO [4,6]. Faton à l'HOMEL (Cotonou) en 2010 et Thieba au Burkina Faso en 2003 ont rapportés des taux supérieurs respectivement 83,3% et 85,9% [2,10]. Pour DIAKITE en 2019, ce taux était de 54,8% [15]. Par contre dans les pays développés ce taux de létalité est faible. En France les auteurs tels que Boisramé en 2014 et Gueneuc en 2016 ont



trouvé respectivement 19% et 25,15% comme taux de létalité fœtale [17,18]. SAQUIB en 2020 aux Emirats Arabes Unis a enregistré un seul décès néonatal [14]. Cette situation s'explique par le retard à la consultation et le manque de suivi prénatal auxquels s'ajoute la sévérité du tableau clinique à l'admission qui rendent difficile l'amélioration du pronostic fœtal au Bénin.

CONCLUSION

L'HRP est un accident paroxystique de la grossesse dont le diagnostic n'est pas toujours évident. Sa prise en charge est multidisciplinaire et associe la réanimation avec une transfusion importante et l'accouchement le plus souvent par la césarienne dans un but de sauvetage maternel. Le pronostic de l'HRP est mauvais au CHU-MEL de Cotonou avec un fort taux de létalité maternelle, fœtale et néonatale.

CONFLIT D'INTERET

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque Mondiale, division de la population des Nations Unies. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. OMS éditeur; Genève : 2015 p. 12.
2. Bibi S, Ghaffar S, Pir MA, Yousfani S. Risk factors and clinical outcome of placental abruption: a retrospective analysis. *Jpma j pak med assoc.* 2009; 59(10): 672-4.
3. Toivonen S, Heinonen S, Anttila M, Kosma VM, Saarikoski S. Reproductive risk factors, doppler findings, and outcome of affected births in placental abruption : a population-based analysis. *Am j perinatol.* 2002; 19(5): 451-60
4. Magalaitou M.B. Hématome rétro placentaire : prise en charge materno-fœtal et pronostic materno-fœtal au CHU-MEL. [thèse méd]. [FSS Cotonou Bénin]: Université d'Abomey Calavi; 2018; n°2073 : 150-1.
5. Hibbard B, Jeffcat TNA. Abruptio placentae. *obstet gynecol.* 1966; 27:155.



6. Mensah CCA. Hématome rétro-placentaire : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques materno-fœtal à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU-HKM [Thèse Méd]. [Bénin]: UAC.FSS; 2017; n°1908.
7. Agbanda ML. Hématome retro-placentaire : facteurs corrélés, pronostic maternel et fœtal Thèse Méd]. [Bénin]: UP.FM; 2016, n°406.
8. Coulibaly F. Hématome rétro-placentaire : facteurs de risque, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G[Thèse de Médecine]. Bamako : Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie; 2001. 99p
9. Lejeune V. Epidémiologie de la pathologie vasculaire placentaire. Ann med interne. 2003;154(5): 310-315.
10. Thieba B, Lankoande J, Akotionga M, Kyelem C, Ouedraogo A, Ouedraogo C, et al. hématome-rétroplacentaire : aspects épidémiocliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. Gynécologie obstétrique fertil. 2003;31:429-33.
11. Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, Touré FB, Gueye M. et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'hématome retro placentaire (HRP) dans une maternité de référence en zone rurale. Pan African medical journal. 2014 ; 17 : 11
12. Zrihni Y. Hématome rétro-placentaire aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques et pronostiques (à propos de 92 cas) [thèse de médecine n° 71]. FÈS: Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2008. 162p
13. Ousmane T, Magatte M, Abdou AD, Fode BT, Mamour G, Mansour N, et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'hématome retro placentaire (HRP) dans une maternité de référence en zone rurale. Pan Afr Med j. 2014;17.
14. Saquib S, Hamza IK, alsayed A, Saeed F, Abbas M. prévalence et son résultat fœto-maternel dans l'abrasion placentaire: une étude rétrospective sur 5 ans de l'hôpital de dubaï. Dubaï med j 2020; 3: 26–31.
15. Diakité Sékou. Le pronostic materno-foetal de l'hématome retro placentaire. 2019; 3: 18-23
16. Biaye B, Gassama O, Gueye M, Diallo M, Niass, A, Cisse M, Diouf A, Moreau J. Epidemiology and prognosis of retroplacental hematoma in a



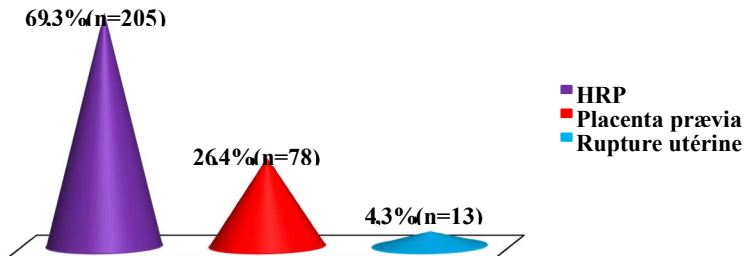
- salle de maternité dans un centre hospitalier régional du sud du Sénégal. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie. 2019 ; 1 :149-157.
17. Boisramé T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Viville B, Aissi G, et al. Hématome rétroplacentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic maternofoetal : étude rétrospective de 100 cas. Gynécologie obstétrique fertil. 2014;(42):78–83.
 18. Gueneuc A, Carlesb G, Lemonniera M, Dallahb F, Jolivet A, Dreyfusa M. Hématome rétroplacentaire : terrain et facteurs pronostiques revisités à propos d'une série de 171 cas en Guyane Française. J gynécologie obstétrique biolreprod. 2016;(45):300-6.
 19. Rasmussen S, Irgens L, Albrechtsen S, Dalaker K. Women with a history of placental abruption: when in a subsequent pregnancy should special surveillance for a recurrent placental abruption be initiated? Acta obstet gynecol scand. 2001; 80: 708-12.

Tableau I : Répartition des gestantes en fonction de la profession et du niveau d'instruction

Age	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 19	22	7,4
20-24	71	24,0
25-29	74	25,0
30-34	78	26,4
35-39	39	13,2
≥ 40	12	4,1
Profession		
Fonctionnaire	49	16,6
Ménagère	65	22,0
Étudiant/Élève	27	9,1
Commerçante	95	32,1
Ouvrière/Apprentie	56	18,9
Cultivatrice	4	1,4
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	89	30,1
Primaire	45	15,2
Secondaire	90	30,4
Supérieur	72	24,3

**Tableau II : Répartition des gestantes en fonction des signes cliniques de l'HRP**

Circonstances de découverte d'HRP	Effectif	Pourcentage (%)
Référée pour HRP	77	26,1
Référée pour hémorragie	40	13,5
Fortuite à l'examen du placenta	85	28,7
Au cours du travail d'accouchement	94	31,7
Signes d'alerte		
Métrorragies	93	31,4
Anomalie du RCF	69	23,4
Anomalie des contractions utérines	102	34,4
Décollement placentaire à échographie en salle de naissance	32	10,8
Antécédents personnels		
Diabète	2	0,7
HTA	13	4,4
Hémoglobinopathie	3	1,0
Asthme	2	0,7
Pas d'antécédent	276	93,2
Gestité		
Primigeste	77	26,0
Paucigeste	103	34,8
Multigeste	95	32,1
Grande multigeste	21	7,1
Autres antécédents obstétricaux		
Fausse couche	42	14,2
Mort fœtal in utero	16	5,4
HRP	5	1,7
Placenta prævia	3	1,0
Césarienne	39	13,2
Espace inter-génésique court	50	16,9
Pas d'antécédent	141	47,6
Âge gestationnel		
<28 SA	24	8,1
[28 – 37[184	62,2
≥ 37 SA	88	29,7



uFigure 1 : Répartition des gestantes en fonction du diagnostic à l'entrée

Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de la classification selon Sher et des signes hématologiques

	Effectif	Pourcentage (%)
Grade de l'HRP selon Sher		
HRP grade 1	85	28,7
HRP grade 2	60	20,2
HRP grade 3a	102	34,4
HRP grade 3b	49	16,7
Taux d'hémoglobine		
< 7	88	29,7
7-9	90	30,4
9-11	65	21,9
≥ 11	53	18,0
Plaquettes en G/L		
> 150	71	23,9
150 -100	37	12,5
100 -75	19	6,4
75 -50	5	1,6
< 50	5	1,6
Non dosés	159	54
Test de coagulation		
< 7 min	113	53,1
7-10 min	64	30,1



> 10min	36	16,8
Non précisé	83	28,0

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction des dérivés sanguins transfusés

Indication de la transfusion	Effectif	Pourcentage (%)
Anémie décompensée	88	45,6
Test de coagulabilité > 7min	100	51,8
Thrombopénie sévère < 50	5	2,6
Pas de transfusion	103	34,8
Qualité du produit sanguin	Nombre de poches	
CG +PFC	332	32,9
CG +ST	183	18,2
ST + PFC	155	15,4
ST + CP	4	0,4
CG + CP	181	18,0
PFC + CP	153	15,1

CG : Culot Globulaire ; PFC : Plasma Frais Congelé ; ST : Sang Total ; CP : Concentré Plaquettaire

Tableau V : conduite de l'accouchement chez les patientes HRP au CHU-MEL en 2020

Conduite de l'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)	
Voie basse	114	38,5	
Césarienne	182	61,5	
Délais accouchement par voie basse (h)		n = 114	
0-2	22	19,3	
2-4	24	21,1	
4-6	18	15,8	
6-8	30	26,3	
8-10	20	17,5	
Césarienne		Durée (min)	
		n=182	
Fœtus vivant	< 15	1	0,5
(Sauvetage fœtal)	15-30	24	13,2



	>30	75	41,2
Fœtus maternel) décédés (sauvetage	< 15	0	0,0
	15-30	21	11,5
	>30	61	33,5
Poids du caillot (g)		n =296	
500	210	70,9	
500-1000	69	23,3	
>1000	17	5,8	
Diamètre des cupules	n=296		
<1/3 face maternelle	116	39,1	
1/2 face maternelle	23	7,7	
2/3 face maternelle	64	21,6	
3/4 face maternelle	15	5,1	
Toute la face maternelle	78	26,5	

Tableau VI : Aspect pronostic de l'HRP au CHU-MEL en 2020

	Effectif	Pourcentage %
Maternel		
Anémie	191	64,5
Etat de choc hémorragique	34	11,4
Troubles de la coagulation	29	9,7
Insuffisance rénale	22	7,4
Prééclampsie	8	2,7
Suppurations post-opératoires	5	1,6
Infection puerpérale	6	2,1
Psychose puerpérale	1	0,6
Décès maternel	19	6,5
Fœtal et néonatal		
Apgar	N=52	
< 7	38	74,6



≥ 7	14	25,4
Age gestationnel (SA)	N=52	
28-37	17	33,5
≥ 37	35	66,5
Poids à la naissance (g)	N=52	
< 2500	31	33,5
2500-4000	21	66,5
Mortinaissance	N=252	
Mort-né frais	170	67,4
Mort-né macéré	66	26,2
Décès néonataux précoces	16	6,4
