

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, ÉVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES DE L'HÉMATOME RÉTRO PLACENTAIRE À HÔPITAL DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT LAGUNE (HOMEL) DE COTONOU

LOKOSSOU A¹, TONATO- BAGNAN J¹, DENAKPO J¹, ADAM ASSA R¹ et PERRIN R.-X¹

¹ Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), 01 B.P.107.

Correspondance: Pr. Ag. A. LOKOSSOU, Unité de Gynécologie Obstétrique-FSS, Cotonou

RÉSUMÉ

Le pronostic de l'hématome rétro placentaire (HRP) est très sévère. Le but de l'étude était d'analyser les facteurs influençant la morbidité et la mortalité due à l'HRP à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive comparant deux périodes successives: P1 (janvier 1999 à juin 2002) et P2 (juillet 2002 à décembre 2005). Les tests statistiques étaient faits sur les logiciels Epi Info 6.2 et SPSS 12.01.

La fréquence de l'HRP était de 491 cas sur 44045 accouchements (1,1%) ; l'âge moyen était de 27,6 ans. Dans 307 cas (62,6%), le pronostic vital maternel était engagé. L'échographie en salle de naissance contribuait à améliorer le pronostic fœtal dans 60 cas (12,6%) en termes d'extraction rapide du fœtus vivant et la césarienne améliorait davantage le pronostic néonatal avec 54,7% d'enfants extraits vivants versus 10,9% par voie basse ($Chi^2= 69,91$, $p < 0,00001$). Les facteurs défavorables étaient dominés par la surveillance prénatale inadéquate qui multipliait par 16 le risque de décès périnatal. Le retard à la référence ($Chi^2= 349,43$, $p < 0,000001$) et la non disponibilité de produits sanguins étaient jugés responsables d'une létalité maternelle de 0,39p.1000. Les CPN de qualité, l'exploration échographique en salle de naissance et la césarienne précoce devaient bien améliorer le pronostic fœtal et maternel de l'HRP à l'HOMEL.

Mots clés : Hématome rétro placentaire – Epidémiologie – Evolution – Pronostic.

SUMMARY

The prognosis of the abruption placenta is very stern. The goal of the survey was to analyze the influencing factors of the prognosis at the HOMEL of Cotonou. The authors led a retrospective, descriptive cohort survey comparing two successive periods: P1 (January 1999 to June 2002) and P2 (July 2002 to December 2005). The statistical tests were made on the software Epi Info 6.2 and SPSS 12.01. The frequency of the abruption placenta was of 491 cases for 44045 childbirths (1,1%); the middle age was of 27,6 years. In 307 cases (62,6%), the vital maternal prognosis was hired. The scan in room of birth contributed to improve the fetal prognosis in 60 cases (12,6%) in terms of fast extraction of the living fetus and the caesarean section improved more the neonate prognosis with 54,7% of children living versus 10,9% by vaginal deliver ($Chi^2= 69,91$, $p < 0,00001$). The unfavorable factors were dominated by the inadequate prenatal care that multiplied by 16 the prenatal death risk, the delay to the reference ($Chi^2= 349,43$, $p < 0,000001$) and the blood product availability, all factors responsible for a maternal lethality of 0,39p.1000. The prenatal care of quality, the scan exploration in the room of birth and the precocious caesarean section improved as well the fetal as the maternal prognosis of the abruption placenta at the HOMEL.

Key words: Abruption placenta – Epidemiology – Evolution – Prognosis

INTRODUCTION

L'hématome rétro placentaire (HRP) ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DDPNI) est une cause d'hémorragie obstétricale grave du 3^{ème} trimestre de la grossesse [1]; il met en jeu le pronostic vital maternel et il est grevé d'un taux élevé de mortalité. L'HRP pose en outre le problème de la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans nos hôpitaux de référence. En effet les grandes villes du Bénin comme Cotonou sont peuplées de populations issues de l'exode rural se regroupant au sein d'une urbanisation spontanée très insalubre ; leur accès au système sanitaire reste très limité faute de moyens et plus du tiers vit au-dessous du seuil de pauvreté [2].

Le diagnostic des formes complètes de l'HRP est facile en présence des signes fonctionnels, physiques et généraux caractéristiques. Avec l'exploration ultrasonore

il est aisé de faire le diagnostic des formes discrètes et modérées et de porter un pronostic en fonction de la progression de l'hématome. Plusieurs auteurs [1,3] ont proposé une classification selon la gravité du tableau clinique (volume de l'hémorragie, état de choc, tension abdominale ou utérus de bois, présence ou absence des bruits du cœur du fœtus) et la surface placentaire décollée.

En effet un décollement supérieur à 30% de la surface du placenta est péjoratif pour le fœtus [1, 4].

Le but de notre étude était d'analyser les facteurs influençant le pronostic de l'HRP à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou.

Objectifs. Etudier les aspects épidémiologiques, les formes évolutives et le pronostic de l'HRP.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective et descriptive menée de 1999 à 2005 à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou, Espace CHU.

Nous avons comparé deux périodes successives, P1 (janvier 1999 à juin 2002) où l'échographie n'était pas disponible en salle de dilatation et P2 (juillet 2002 à décembre 2005) où l'exploration échographique était possible en salle de naissance.

- Les critères d'inclusion/non inclusion étaient basés sur les images échographiques d'HRP, la présence de cupule(s) et/ou de caillot (s) à l'examen du délivre ou une apoplexie utérine noté au cours d'une césarienne.
- Les variables étudiées étaient sociodémographiques, les résultats des analyses biologiques (taux d'hémoglobine, numération des plaquettes) et de l'exploration échographique (surface placentaire décollé, hématome, vitalité fœtale), la disponibilité de sang et de plasma frais, la létalité par HRP, la part de la mortalité de l'HRP, la mortinatalité et la mortalité maternelle brutes.
- Les tests statistiques étaient réalisés sur le logiciel Epi Info 6.2 et SPSS 12.01 pour calculer les moyennes, l'odds ratio et son intervalle de confiance (IC), les risques inter périodes en acceptant une probabilité $p \leq 0,05$.

1.1 Problèmes éthiques

La prise en charge des grands prématurés (terme ≤ 32 SA) posaient le problème de la disponibilité de paquet minimum de soins néonataux d'urgence.

II. Résultats

2.1 Aspects épidémiologiques

De 1999 à 2005, 44045 accouchements avaient été effectués à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou ; il y a eu 3504 mort-nés et 40541 naissances vivantes.

- Fréquence de l'hématome rétro placentaire (HRP)

Nous avons colligé 491 cas d'HRP sur 44045 accouchements (1,1%). La prévalence annuelle est mentionnée sur la figure n°1.

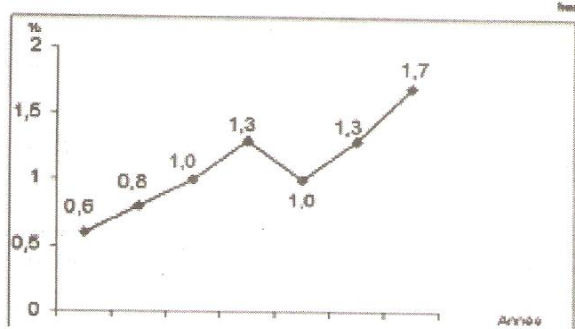


Figure n° 1 : Prévalence (%) de l'HRP au cours de la période d'étude

- Age (Figure n°2)

L'âge moyen des gestantes était de 27,6 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans.

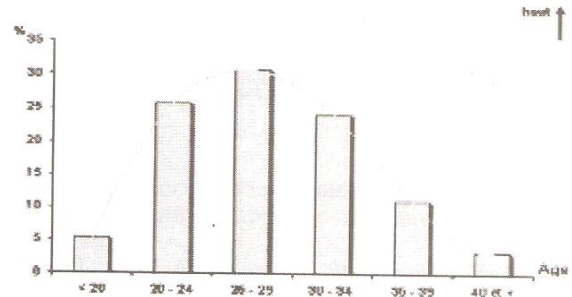


Figure n°2 : Age des gestantes

- Parité

Il y avait 34% de multipares ou de grandes multipares, 34 et 32% respectivement de primipare et de pauci pare. L'exercice d'un emploi précaire était noté dans 45,8% des cas.

Les antécédents pathologiques étaient marqués par les avortements, les complications de l'HTA gravidique (HRP et l'éclampsie) et les mort-nés dans 139(29%), 35(7%) et 31(6%) cas respectivement.

2.2 Aspects évolutifs - Complications

• 15(3%) avaient des crises d'éclampsie, 84, 29 et 43 (17, 6 et 9%) respectivement une hypertension artérielle (HTA), une protéinurie et un tableau de choc ; 77,0% étaient transférés en urgence des centres de santé périphériques de Cotonou,

2.3 Mode de surveillance de la grossesse-Voies d'accouchement

- L'âge gestationnel était compris entre 20-27 et 28-37SA chez 06 et 164 cas respectivement et à 37SA ou plus chez 123 cas. Quinze (15) avaient fait au moins quatre consultations prénatales (CPN) et 476 entre 0-1 CPN. Les bruits du cœur du fœtus (BDCF) étaient absents à l'admission dans 280 cas (57%) au stéthoscope de Pinard ou au Doppler.
- L'échographie obstétricale était réalisée dans 246 cas (17% à la première période (P1) versus 65% à P2 ($\chi^2 = 90,60$; $p=0,00$) ; l'image de décollement et d'hématome était identifiée dans 62% des cas et non observée dans 38% ($\chi^2=0,87$; $p=0,34$) ; le fœtus était mort dans 175 cas (71%), vivant dans 71 (29%) dont 16 en bradycardie et 55 avec un rythme normal.
- Le Groupe sanguin et facteur Rhésus, le taux d'hémoglobine (tableau n°1) et d'hématocrite étaient réalisés dans 84,7 ; 50,7 et 43,4% des cas respectivement. Dans 48% des cas l'anémie était sévère avec un taux d'hémoglobine inférieur à 7g.

Tableau I : Taux d'hémoglobine. (n=269)

Hémoglobine (g/dl)	n(%)
< 7	140(48,2)
7 – 10	92(37,0)
> 10	37(14,8)
Total	269(100,0)

L'accouchement était effectué respectivement par les voies naturelles et l'opération césarienne dans 332 et 159 cas (67,6 et 32,4%).

A l'examen du délivre la cupule était supérieure ou égale à un tiers de la surface maternelle du placenta dans 63% des cas ($Chi^2=10,06$, $p=0,001$, $Or=2,46$) et le poids du caillot était compris entre 500 -1000g grammes dans 20% des cas, $\geq 1000g$ et $<500g$ dans 3,7 et 40% des cas respectivement.

- La gravité du décollement placentaire figure au tableau n°2 ; 63% des DPPNI étaient de grade III de la classification de SHER et il était noté 6% de placenta prævia associé.

Tableau II : Gravité du décollement placentaire selon la classification de SHER [3]. (n=448)

Grades	n(%)
Grade I	88(19,6)
Grade II	79(17,8)
Grade III _A	244(54,4)
Grade III _B	37(8,2)
Total	448(100,0)

- Les complications du post-partum étaient l'atonie utérine dans 383 cas (78%), l'anémie aiguë 314(64,0%), le rein de choc 83(17,6%) et les troubles de l'hémostase 54(11,4%).

2.4 Aspects pronostiques

- Pronostic maternel

Le transfert de la mère en réanimation/ soins intensifs était nécessaire dans 50% des cas. La mortalité brute de l'HRP était de 20/44045 (0,45p.1000) et la part de mortalité due à l'HRP de 20/491 (4,07%).

Les causes des décès maternels étaient dominées par les troubles de la coagulation et l'anémie aiguë non compensée à eux seuls : 10/20 cas de décès maternels (50%), le choc persistant 3 cas (15%), l'éclampsie, l'œdème aigu des poumons, l'insuffisance rénale aiguë et la rupture utérine dans 1, 1, 1 et 2 cas (5, 5,5 et 10%) respectivement.

Dans 2 cas de décès maternels (11,8%) l'étiologie n'a pu être déterminée. Influençaient le pronostic : le mode de transfert : 1 décès (0,9%) en cas d'autoréférence

versus 16 (4,2%) en cas de transfert (non médicalisés) des centres de santé périphériques ($Chi^2= 349,43$, $p< 0,000001$), l'âge maternel : 15 décès (88,2%) entre 20-34ans versus 1 décès à 35 ans ou plus ($p=0,545$; $Or=1,86$, $IC=0,40-11,96$).

- Pronostic foetal

Nous avons colligé 508 naissances dont 380 mort-nés (75%) et 128 nouveau-nés vivants (25%) ; parmi les nouveau-nés vivants, 39 étaient prématurés et 9 hypotrophes. La mortalité brute était de 380/44045 (8,6p. 1000) ; 3504 mort-nés étaient enregistrés pendant la durée de notre étude et la part de mortalité foetale liée à l'HRP de 380/ 3504 (10,84%).

Le pronostic néonatal était influencé par la qualité des CPN : 123 décès périnataux sur 133 en cas de suivi irrégulier des CPN versus 10 /133 si CPN régulières ($p < 0,0000$, $Chi^2 = 69,84$, $Or = 16,23$; $IC = 7,31 - 36,93$), le retard à la référence: 231 décès périnataux constatés chez les patientes transférées en urgence des centres périphériques versus 37 dans les cas d'autoréférence à la première alerte ($p < 0,0001$, $Chi^2 = 94,46$, $Or = 10,10$, $IC = 5,93-17,26$) ; la voie d'accouchement : 54,7% d'extraction d'enfants vivants par césarienne vs 10,9% par voie basse ($Chi^2= 69,91$, $p < 0,00001$), le faible poids de naissance : 287 décès périnataux enregistrés lorsque le poids de naissance était $< 2500g$ et 81 avec un poids ≥ 2500 ($p < 0,0001$, $Chi^2 = 172,41$, $Or = 27,59$, $IC = 14,51 - 53,29$) et le statut socioprofessionnel précaire notamment les emplois éprouvants : risque multiplié par 2.

III. DISCUSSION

3.1 Profil épidémiologique

La fréquence de l'hématome rétro placentaire (1,1% dans notre étude) avait presque triplé de 1999 à 2005. Cette augmentation serait expliquée par l'amélioration des moyens diagnostiques notamment l'échographie associée à la croissance démographique et l'accès très limité des populations au système sanitaire à Cotonou du fait de la pauvreté [2]. En comparant les fréquences rapportées dans la littérature, les plus élevées (2,15 et 2,97%) étaient enregistrées dans notre sous région Ouest Africaine [3,5] et la plus basse (0,89 et 0,42%) en Europe [6,7].

Le profil épidémiologique type dans notre étude était celui d'une pauci pare de 27,6 ans d'âge moyen, ayant des antécédents de mort du fœtus in utero et de complications de syndromes vasculo rénaux, vivant dans la précarité. Ailleurs, il est noté une plus grande fréquence chez les multipares de 30 à 34 ans d'âge [8,9]; mais pour d'autres [10], la parité n'a aucune influence sur la survenue de l'HRP.

3.2 Aspects cliniques et évolutifs

Plus des trois quarts de nos gestantes étaient référées en situation d'urgence ; ce fait était rapporté dans la littérature [3, 5,11]. Seul un tiers avait fait au moins quatre CPN et la triade symptomatique classique

(métorrhagies de sang noirâtre, contracture utérine avec l'utérus dur comme du bois et disparition des bruits du cœur du fœtus) était notée dans trois cinquièmes des cas; ces formes sévères de l'HRP correspondant au grade III de la classification de SHER [3] sont fréquents en Afrique au Sud du Sahara [3, 5, 12] et s'accompagnent très rapidement d'une coagulation intra vasculaire disséminée [13, 14]. L'hémogramme réalisée en urgence révélait une hémoglobémie inférieure à 7 g/dl dans près de la moitié des cas et entre 7 et 10 g/dl dans un tiers ; cette anémie aiguë serait probablement liée à la gravité du DPPNI responsable des troubles de la coagulation sanguine comme l'a souligné MASLOW [15].

L'échographie en salle de dilatation était très contributive au diagnostic avec une concordance à l'examen du délivre dans la moitié des cas de notre série ; cependant un auteur n'a identifié le décollement du placenta que dans un peu plus d'un dixième de cas à l'échographie [16].

3.3 Aspects pronostiques

3.3.1 Pronostic maternel

Dans le post-partum immédiat la moitié de nos accouchées était transférée en soins intensifs/réanimation. Pour un auteur [3] la disponibilité du bilan de la crase sanguine dès l'admission, réduisait de moitié la létalité maternelle. Dans les formes graves d'HRP, la morbidité par coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) et insuffisance rénale était équivalente dans notre étude et la part de mortalité liée à l'HRP de 3,4%. La létalité varie de 0 à 7,4% dans les séries rapportées en Afrique subsaharienne [3, 5, 8, 9].

Les causes des décès sont bien documentées dans la littérature [14, 17] : il s'agissait d'anémie aiguë mal compensée faute de sang disponible, du choc persistant dans notre série et de l'insuffisance rénale. Pour certains auteurs [18], la CIVD (un dixième des cas dans notre série) multiplierait par 2 à 3 le risque de décès maternel. Mais nous avons constaté que la référence tardive multipliait par 5 le risque de décès maternel avec une différence statistique significative ($p < 0,000001$).

3.3.2 Pronostic fœtal

La césarienne avait influencé favorablement le pronostic périnatal avec une différence statistique significative dans notre étude.

Le taux de mortinatalité (trois quarts des nouveaux dans notre série) était inférieur aux taux de 85 à 90% rapportés dans certaines études [18, 19, 20, 21]. En éliminant les facteurs de confusion, les variables qui avaient une puissance suffisante sur les risques de décès périnataux étaient par ordre de fréquence la surveillance prénatale inadéquate ou absente, le faible poids de naissance, les transferts tardifs et le statut socio- professionnel précaire notamment les emplois

physiquement éprouvants. Mais DIOUF [3] avait noté que le risque de décès périnatal était multiplié par près de 4 avec un poids de caillot ≥ 450 g. Pour plusieurs auteurs [3, 5, 11] l'amélioration du pronostic maternel et fœtal passe par la qualité et le nombre des CPN et l'évacuation rapide de la cavité utérine en privilégiant la césarienne.

CONCLUSION

L'hématome rétro placentaire est responsable d'un taux élevé de mortinatalité et de complications maternelles engageant le pronostic vital. L'échographie en salle de naissance à l'HOMEL avait contribué à augmenter le nombre de fœtus extraits vivants sans préjuger de la qualité de prise en charge en néonatalogie. Mais le problème crucial demeure, en amont de nos hôpitaux CHU à Cotonou les retards au transfert et la disponibilité de sang et de dérivés sanguins dans les CHU. Il est alors fondamental et moins coûteux tant au plan individuel que collectif de mener des campagnes d'information sur l'importance des consultations prénatales régulières, la connaissance des signes de danger comme les saignements au cours de la grossesse (qui doivent motiver une consultation immédiate dans un centre de santé) et le don de sang.

RÉFÉRENCES

1. LANSAC L, BERGER C, MAGNIN G. Causes des saignements du 3ème trimestre. In: Obstétrique pour le praticien. Masson édit. Paris 1990; 275-86.
2. PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD) & L'INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE ET D'ANALYSE ECONOMIQUE. Etude des conditions de vie en milieu urbain: profil de la pauvreté urbaine et caractéristiques socio-économiques des ménages urbains. Document PNUD, Cotonou, Bénin 1996 ; 2:5-64.
3. DIOUF A, THIAM A, GAYE A, MOREAU JC. Prise en charge et pronostic de l'hématome rétro placentaire dans une maternité de district à Dakar, Sénégal. Journal de la SAGO 2004; 5(1): 29-35.
4. COLLIN D, DREYFUS M, ZILLIOX L. Métorrhagies du troisième trimestre. In : Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique de Tournai. CNGOF, Edition Vigot, Paris 1990 ; 15:285-311.
5. SARR F, DIOUF A, CISSÉ ML, FAYE EO, MOREAU JC. Prise en charge de l'hématome rétro placentaire dans un Centre Hospitalier Universitaire à Dakar, Sénégal. Journal de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) 2003; 4 (2):6-11.

6. **PROCHAZKA M, LUBUSKY M, VETR M, HRACHOVEC P, ZIELINA P.**
Premature separation of the placenta : aetiology and risk factors. *Ceska Gynekol* 2005 ; 70(3) :175-9.
7. **TIKKANEN M, NUUTILA M, HULESMA V, PAAVONEN J, YLIKORKALA O.**
Pre pregnancy risk factors for placental abruption ; *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2006 ; 85(1): 40-4.
8. **BOHOUSSOU MK, DJANHANY, KONÉ N, WELFENS -EKRA C, TOURÉ CK.**
La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. *Médecine d'Afrique Noire* 1992 ; 39(7):48-4.
9. **LANKOANDÉ J, OUÉDRAOGO CH, TOURÉ B, OUÉDRAOGO A, KONÉ B.**
La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (BF) : à propos de 123 cas colligés en 1998. *Médecine d'Afrique Noire* 1998;45(3):187-90.
10. **KRAMER MS, USHER RH, POLLACK R, BOYD M, USHER S.**
Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1997;89 (2):221- 6.
11. **THIEBA B, LANKOANDÉ J, AKOTIONGA M, KYELEM C, OUEDRAOGO CMR, KONÉ B.**
Hématome rétroplacentaire: aspects épidémiologiques et pronostiques à propos de 177 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(5):429-33.
12. **TAKPARA I,**
Prise en charge des hémorragies graves en obstétrique à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU de Cotonou. *Le Bénin Médical* 1998;10: 23-9.
13. **KRAMER J, OTTEN HM, LEVI M, TENCATE H.**
The association of disseminated intra vascular coagulation with specific diseases. *Reanim (Paris)* 2002; 11(8) : 575- 83.
14. **KRAMER MS, USHER RH, POLLACK R, BOYD M, USHER S.**
Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1997; 89(2):221-6.
15. **MASLOW AD, BREEN TW, SARNA MC, SONI AK, WATKINS J, ORIOL NE.**
Prevalence of coagulation abnormalities associated with intra uterine fetal death. *Can J Anesth* 1996; 43(12):1237- 43.
16. **TIKKANEN M, NUUTILA M, HULESMA V, PAAVONEN J, YLIKORKALA O.**
Pregnancy risk factors for abruptio placentae. *Acta Obstet Gynaecol Sca* 2006; 85(1): 40- 4
17. **BARRAT J, DARBOIS Y.**
D décollement prématuré du placenta normalement inséré. *Encycl Médic Chir, Paris, Obstétrique, 5071-A10-11-1974, 43-50.*
18. **MOUNIER-VEHIER C, VALAT-RIGOT AS, CARRÉ A.**
Hypertension artérielle gravidique : données actuelles. *Sang Thrombose Vaisseaux* 1996;8(3):161- 9.
19. **BARRIER J, LEWIN D ET VIGNERON N.**
L'hématome rétroplacentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré. In : *Traité d'obstétrique de Vokaer R. & coll.* Masson édit., Paris 1985 ; 187- 97.
20. **MOUNIER-VEHIER C, VALAT-RIGOT AS, DEVOS P, EQUINE O, CARRÉ A.**
Syndromes hypertensifs de la femme enceinte : prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Presse Méd.* 1999;28(16):886- 91.
21. **UZAN S, BEAUFILS M, UZAN M.**
HTA et grossesse. In : *Traité d'obstétrique de Papiernike N, Cabrol D, Pons J.* Flammarion 1995; 793- 824.