

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature	
RAPPELS SUR LE PLACENTA	2
I.1 DEFINITION	2
I.2 FORMATION DU PLACENTA	2
I.3 DESCRIPTION ANATOMIQUE DU PLACENTA	2
I.4 PHYSIOLOGIE	3
I.5 EXAMEN DU PLACENTA	5
L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE	6
II.1 DEFINITION	6
II.2 HISTORIQUE	6
II.3 FREQUENCE	8
II.4 ANATOMOPATHOLOGIE	8
II.5 ETIOPATHOGENIE	9
II.6 PHYSIOPATHOLOGIE	13
II.7 ETUDE CLINIQUE	14
II.8 EVOLUTION ET COMPLICATIONS	15
II.9 FORMES CLINIQUES	17
II.10 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	18
II.11 LE PRONOSTIC	22
II.12 TRAITEMENT	22
DEUXIEME PARTIE : notre étude	
I. OBJECTIFS	27
II. CADRE DE L'ETUDE	27
II.1 PRESENTATION	27
II.2 LES UNITES DE SERVICE	27
III. METHODOLOGIE	29
III.1 METHODE	29
III.2 MATERIELS D'ETUDE	30

IV. RESULTATS	31
IV.1 CARACTERISTIQUES MATERNELLES	31
IV.2 CARACTERISTIQUES FETALES	46
IV.3 PRONOSTIC MATERNO-FETAL	50
TROISIEME PARTIE : Commentaires et suggestions	52
I. COMMENTAIRES	55
II. SUGGESTIONS	57
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année Universitaire 2002-2003**

I.- DIRECTION

A-DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

B-VICE-DOYENS

- Administration et Finances	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Appui à la Recherche et Formation continue Fahafahantsoa	M. RAPELANORO RABENJA
- Relations Internationales	M. RAKOTOBE Pascal
- Relations avec les Institutions et Partenariat	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Ressources Humaines et Pédagogie	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Scolarité et Appui à la Pédagogie Roland	M. RAKOTOARIMANANA Denis M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Troisième Cycle long, Enseignement post- Rakotomanantsoa	M. RABENANTOANDRO
Universitaire, CAMES et Titularisation Fahafahantsoa	M. RAPELANORO RABENJA

C-CHEF DE DEPARTEMENT

- Biologie	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Chirurgie	M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Médecine Rakotomanantsoa	M. RABENANTOANDRO
- Mère et Enfant	Mme RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noeline
- Santé Publique Justin	M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
- Sciences Fondamentales et Mixtes	Mme RAMIALIHARISOA Angeline
- Tête et Cou	Mme ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

II- PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE :

M. RAJAONARIVELO Paul

III - COLLEGE DES ENSEIGNANTS :

A- PRESIDENT :

Pr RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie

Pr RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Thoracique

Pr RANAIVOZANANY Andrianady

- Clinique Chirurgicale et disciplines apparentées

Pr RAMONJA Jean Marie

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| - Endocrinologie et Métabolisme | Pr RAMAHANDRIDONA Georges |
| - Médecine Légale | Pr SOAVELO Pascal |
| - Néphrologie | Pr RAJAONARIVELO Paul |
| | Pr.RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |
| - Neuropsychiatrie | Pr ANDRIAMBAO Damasy Seth |
| - Neurologie | Pr. TEHINDRAZANARIVELO Alain Djacoba |
| - Pneumologie-Phtisiologie | Pr ANDRIANARISOA Ange |

DEPARTEMENT MERE- ENFANT

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| - Pédiatrie néonatale | Pr RANDRIANASOLO Olivier |
|-----------------------|--------------------------|

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- | | |
|---------------------------------------|---|
| - Administration et Gestion Sanitaire | Pr RATSIMBAZAFIMAHEFA
RAHANTALALAO Henriette |
| - Education pour la Santé | Pr ANDRIAMANALINA Nirina |
| - Médecine du Travail | Pr.RAHARIJAONA Vincent Marie |
| - Santé Communautaire | Pr RANDRIANARIMANANA Dieudonné |
| - Santé Familiale | Pr RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin |
| - Santé Publique et Recherche | Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson |
| - Statistiques et Epidémiologie | Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie |

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|--------------------------|--|
| - Anatomie Pathologique | Pr GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Anesthésie-Réanimation | Pr FIDISON Augustin
Pr RANDRIAMIARANA Joël
Pr RAMIALIHARISOA Angeline |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|---|--|
| - Ophtalmologie | Pr ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette |
| | Pr BERNARDIN Prisca |
| - ORL et Chirurgie Cervico-Faciale | Pr RABENANTOANDRO Casimir |
| - Stomatologie | Pr RAKOTOVAO Joseph Dieudonné |
| - Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale | Pr RAKOTOBÉ Pascal |

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|-------------|-------------------------|
| - Biochimie | Pr RANAIVO HARISOA Lala |
|-------------|-------------------------|

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie
Fahafahantsoa

Pr RAPELANORO RABENJA

- Radiothérapie-Oncologie Médicale
Florine

Pr.RAFARAMINO RAZAKANDRAINA

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie

Pr RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline
Pr RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation

Pr ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie
- Ophtalmologie

Pr.ANDRIAMAMONJY Clément
Pr RASIKINDRAHONA Erline

3) MAITRES DE CONFERENCES :

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

. Pr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
. Pr ANDRIANAIVO Paul Armand
. Pr ANDRIANANDRASANA Arthur
. Pr ANDRIANJATOVO Joseph
. Pr AUBRY Pierre
. Pr KAPISY Jules Flaubert
. Pr MANAMBELONA Justin
Blaise
. Pr RABARIOELINA Lala
. Pr RABETALIANA Désiré
. Pr RADESA François de Sales
. Pr RAHAROLAHY Dhels
. Pr RAJAONA Hyacinthe
. Pr RAKOTOARIMANANA Denis Roland
. Pr RAKOTOMANGA Robert
Marthe

. Pr RAKOTO-RATSIMAMANGA S.U
. Pr RAKOTOZAFY Georges
. Pr RAMAKAVELO Maurice Philippe
. Pr RANDRIAMAMPANDRY
. Pr RANDRIAMBOLOLONA Aimée
. Pr RANDRIANARIVO
. Pr RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré
. Pr RASOLOFONDRAIBE Aimé
. Pr RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
. Pr RATOVO Fortunat
. Pr RATSIVALAKA Razafy
. Pr RAZAKASOA Armand Emile
. Pr RAZANAMPARANY Marcel
. Pr SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA

. Pr RAKOTOMANGA Samuel

. Pr ZAFY Albert

D- IN MEMORIAM

. Pr ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
. Pr ANDRIAMASOMANANA Velson
. Pr ANDRIAMIANDRA Aristide
. Pr ANDRIANJATOVO Jeannette
. Pr ANDRIANTSEHENO Raphaël
. Pr MAHAZOASY Ernest
. Dr RABEDASY Henri
. Pr RAJAONERA Frédéric
. Pr RAJAONERA Richard
. Pr RAKOTOBÉ Alfred
. Dr RAKOTONANAHARY
. Pr RAKOTONIAINA Patrice
. Pr RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert

. Pr RAKOTOSON Lucette
. Pr RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
. Pr RALANTOARITSIMBA Zhouder
. Pr RAMAHANDRIARIVELO Johnson
. Pr RAMANANIRINA Clarisse
. Dr RAMAROKOTO Razafindramboa
. Pr RANAIVOARISON Milson Jérôme
. Pr RANDRIAMBOLOLONA Robin
. Pr RANDRIANARISOLO Raymond
. Pr RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
. Pr RANIVOALISON Denys
. Pr RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
. Pr RAVELOJAONA Hubert
. Pr RAZAFINTSALAMA Charles

Rapport-Gratuit.com

IV- ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL

. Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

B - CHEFS DE SERVICES :

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ADMINISTRATION ET FINANCES | . M. RANDRIARIMANGA Henri |
| 2. APPUI A LA RECHERCHE ET
FORMATION CONTINUE | . M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin |
| 3. RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS | . M. RAMARISON ELysée |
| 4. RESSOURCES HUMAINES | . Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F. |
| 5. SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE | . Mme RAZANAJAONA Mariette |
| 6. TROISIEME CYCLE LONG
Bruno | M RANDRIANJAFIARIMANANA Charles |

DEDICACES

JE DEDIE CETTE THESE

- A l'Eternel Dieu:

« Je veux dire merci au Seigneur ; de tout mon cœur, je veux remercier l'Unique vrai Dieu. Oui, je veux remercier le Seigneur sans oublier un seul de ses bienfaits ».

Psaumes 103 : 1-2

- A mon mari :

Je sais que je peux toujours compter sur toi et je serai toujours à tes côtés.

- A mes enfants :

Malgré mes absences fréquentes, sachez que je vous aime et je lutterai fort pour que vous ayez un avenir meilleur.

- A mes parents et beaux parents.

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez donné.

Vos sacrifices et vos efforts nous ont permis d'atteindre nos objectifs.

Je vous souhaite à tous une longue vie et une bonne santé.

- A ma marraine

Qui m'a toujours considéré comme sa propre fille.

- A toute ma famille et belle famille

Pour leur encouragement.

- A mes amis proches

Pour leur appui et soutien. En souvenir de ce que nous avons vécu.

- A vous tous

Croyez à ma profonde reconnaissance et que Dieu vous bénisse.

Rapport-gratuit.com

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MEMOIRE



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

- Professeur Émérite d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Chirurgie Gynécologique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.et de Mahajanga
- Chirurgien des Hôpitaux

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous faites de présider notre thèse.

A NOS MAITRES ET JUGES DE THESE

Monsieur le Docteur RASOLOFONDRAIBE Aimé

- Professeur Emérite d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Chirurgie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Chirurgien.

Monsieur le Docteur RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique, Statistique et Epidémiologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Directeur de la Formation et de la Recherche à l'Institut National de Santé Publique et Communautaire.

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger notre modeste travail.

Veillez bien agréer le témoignage de nos sentiments les plus respectueux.

« Que la grâce de Dieu soit avec nous »

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Madame le Docteur RAVELOSOA Elyane.

- Gynécologue Obstétricienne à la Maternité de Befelatanana Antananarivo

Dont les directives et les conseils nous ont permis de mener à bien ce travail.

Qu'elle trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance !

« Que Dieu vous bénisse ! »

A NOTRE MAITRE ET LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

Notre profond respect.

***A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA
FACULTE***

Nos vifs remerciements pour l'enseignement que vous nous avez prodigé.

***A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE A NOTRE
FORMATION MEDICALE***

A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO

**A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A
L'ELABORATION DE CE TRAVAIL.**

Grands remerciements !

LISTE DES TABLEAUX	Pages
• Tableau n°1 : Physiopathologie de l'hématome rétroplacentaire	13
• Tableau n°2 : Diagnostic différentiel entre HRP et placenta praevia	19
• Tableau n°3 : Diagnostic différentiel entre HRP et rupture utérine	20
• Tableau n°4 : Conduite à tenir devant une hématome rétroplacentaire (selon l'état fœtal)	26
• Tableau n°5 : Répartition des causes d'hémorragie du 3 ^{ème} trimestre de la grossesse	32
• Tableau n°6 : Répartition selon l'âge	33
• Tableau n°7 : Répartition selon la gestité	34
• Tableau n°8 : Répartition selon la parité	35
• Tableau n°9 : Répartition selon l'état marital	36
• Tableau n°10 : Répartition selon la profession	37
• Tableau n°11 : Répartition des patientes suivant l'assiduité aux consultations prénatales	38
• Tableau n°12 : Répartition selon le niveau d'instruction	39
• Tableau n°13 : Répartition selon les antécédents	40
• Tableau n°14 : Répartition selon l'âge gestationnel	41
• Tableau n°15 : Répartition selon les facteurs étiologiques	42
• Tableau n°16 : Répartition selon le mode d'admission	43
• Tableau n°17 : Répartition selon la provenance	44
• Tableau n°18 : Répartition selon le mode d'accouchement	45
• Tableau n°19 : Répartition des nouveau-nés selon le sexe	46
• Tableau n°20 : Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance (Indice d'Apgar)	47
• Tableau n°21 : Répartition des nouveau-nés suivant le poids à la naissance	48
• Tableau n°22 : Répartition des bébés selon l'âge gestationnel	49
• Tableau n°23 : Répartition des bébés selon l'accouchement et les suites des couches	50

LISTE DES FIGURES

	<i>Pages</i>
▪ Figure n°1 : Effectif mensuel des cas d'hématome rétroplacentaire	31
▪ Figure n°2 : Les différentes causes d'hémorragie de la grossesse du 3 ^{ème} trimestre	32 33
▪ Figure n°3 : Age des patientes	34
▪ Figure n°4 : Gestité des patientes	35
▪ Figure n°5 : Parité des gestantes	36
▪ Figure n°6 : Etat marital des parturientes	37
▪ Figure n°7 : Profession des gestantes	38
▪ Figure n°8 : Consultation prénatale des parturientes	39
▪ Figure n°9 : Niveau d'instruction des gestantes	40
▪ Figure n°10 : Antécédents des parturientes	41
▪ Figure n°11 : Age gestationnel des parturientes	42
▪ Figure n°12 : Facteurs étiologiques rencontrés chez les patientes	43
▪ Figure n°13 : Mode d'admission des patientes	44
▪ Figure n°14 : Provenance des gestantes	45
▪ Figure n°15 : Modalités d'accouchement des gestantes	46
▪ Figure n°16 : Le sexe des bébés	47
▪ Figure n°17 : Etat à la naissance des bébés	48
▪ Figure n°18 : Poids à la naissance des bébés	49
▪ Figure n°19 : Les bébés et l'âge gestationnel	50
▪ Figure n°20 : Répartition des bébés selon l'accouchement et les suites de couches	51

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
▪ Schéma n°1 : Face fœtale du placenta	7
▪ Schéma n°2 : Face maternelle du placenta	7
▪ Schéma n°3 : Hématome rétroplacentaire	11
▪ Schéma n°4 : Hématome rétroplacentaire non extériorisé	12
▪ Schéma n°5 : Hématome rétroplacentaire extériorisé	12
▪ Schéma n°6 : Hématome rétroplacentaire avec saignement partiellement extériorisé	12
▪ Schéma n°7 : Aspect échographique d'un hématome rétroplacentaire	15
▪ Schéma n°8 : Insertion vélamenteuse du cordon sur le placenta avec rupture d'un vaisseau praevia (syndrome de Ben Kiser)	21

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- **O₂** : oxygène
- **CO₂** : gaz carbonique
- **CO** : oxyde de carbone
- **CPN** : consultation prénatale
- **DPPNI** : décollement prématuré du placenta normalement inséré
- **HRP** : hématome rétroplacentaire
- **CHUA** : centre hospitalier universitaire d'Antananarivo
- **HTA** : hypertension artérielle
- **SA** : semaines d'aménorrhée
- **ONG** : organisme non gouvernemental

INTRODUCTION

Le décollement du placenta avant le moment normal de la délivrance peut s'observer au cours de la grossesse ou du travail. L'hématome rétroplacentaire réalise un décollement prématuré du placenta alors que le fœtus est encore dans l'utérus (1). C'est une complication très grave de la grossesse ou de l'accouchement mettant en jeu la vie de la mère et de l'enfant. A l'hémorragie liée au décollement se surajoutent souvent des troubles de la coagulation. L'hématome rétroplacentaire est responsable d'une coagulopathie de consommation patente dans 10% des cas environ ; et dans 20% des cas, il faut redouter une inertie utérine résistant au traitement par l'ocytocine (2). Il entraîne une anoxie fœtale et la mort du fœtus in-utéro survient si la zone décollée dépasse le tiers de la surface d'insertion placentaire. Il représente l'urgence médico-obstétricale par excellence (3). En effet, cette hémorragie du 3^{ème} trimestre nécessite toujours une consultation d'urgence et une attitude stéréotypée car c'est une affection obstétricale à la fois redoutable et redoutée.

Une étude sur les cas d'hématome rétroplacentaire observés au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo gynécologie obstétrique de Befelatanana a été réalisée en l'an 2002.

Le travail est subdivisé en trois parties distinctes :

- dans une première partie, la revue de la littérature
- la deuxième concerne l'étude proprement dite
- la troisième est axée sur les commentaires et les suggestions

Une conclusion terminera l'étude.

PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature

I. RAPPELS SUR LE PLACENTA

Définition (4)

Le placenta est un organe fœtal permettant les échanges entre la mère et son fœtus.

Formation du placenta (5) (6)

- Au tout premier stade du développement de l'œuf, cet œuf est entouré par des villosités qui ne sont que des évaginations du chorion d'abord avasculaires mais plus tard se vascularisant. Au moment de la nidation, l'œuf est entouré par ces villosités ; c'est le stade de villosités : « chorion barbu ».

- Après l'implantation, l'œuf grossit, va faire une saillie plus importante dans la cavité utérine.

Au bout de 8 semaines, le chorion comporte 2 zones :

- l'une correspond à la partie de l'œuf faisant saillie dans la cavité. A ce niveau, les villosités ont disparu : l'œuf est dit au stade de « chorion lisse » ou « chorion chauve »,
- l'autre zone qui s'est implantée dans la muqueuse utérine voit les villosités se développer et s'hypertrophier, à ce niveau, l'aire de persistance de ces villosités prend une forme discoïdale, c'est le placenta.

Ainsi, le placenta va se poursuivre par la pénétration de trophoblastes, des villosités dans la caduque. Ces trophoblastes vont éroder les vaisseaux de la caduque qui se rompt. Le sang va s'épancher et s'accumuler dans des espaces appelés : « lacs sanguins ». Ces lacs se communiquent entre eux aux extrémités.

Description anatomique du placenta (7) (8)

Masse charnue de forme discoïdale

Diamètre : 16 à 20 cm

Epaisseur :

- centre : plus épais 2 à 3cm
- périphérie : 4 à 6 mm

Poids : 500 à 600 g rapport : 1/6 du poids du fœtus

Insertion :

Normalement, elle se fait au fond utérin et sur les faces latérales.

➤ **Faces :**

a)- Face fœtale :

Lisse, luisante tapissée par l'amnios. On y voit par transparence des vaisseaux placentaires superficiels. Le cordon ombilical s'y insère soit le plus souvent au milieu, soit à la périphérie.

b)- Face maternelle :

Charnue, tortueuse parce que formée de cotylédons ayant une forme polygonale. Ces cotylédons sont délimités par des sillons plus ou moins profonds et sont au nombre de 15.

➤ **Bords**

Circulaires, se continuent avec les membranes de l'œuf

Physiologie

a)- Fonction respiratoire (9)

Echanges gazeux entre mère et fœtus. Les circulations maternelle et fœtale ne communiquent pas entre elles.

- Circulation maternelle : lacs sanguins
- Circulation fœtale : villosités.

Il y a un simple contact par l'épithélium des villosités intermédiaires. Cette surface de contact est de 14 mm².

La circulation de l'O₂ et de CO₂ se règle par la tension de ces gaz dissous dans les 2 circulations, maternelle et fœtale. Les gaz toxiques CO passent par simple dissolution.

b)- Fonction de nutrition (10) (11)

Elle concerne les éléments nutritifs :

- H₂O : par les 2 sens : fœtus-mère et mère fœtus par osmose.
- Sels minéraux : passent par osmose. Cependant, les villosités ont des pouvoirs de sélection
- Protides :

Le fœtus a des protides propres différents des protides maternels. Cependant, il semble que le placenta dégrade les protides de la mère pour en faire des protides assimilables par le fœtus.

- Glucides : diffusent facilement à travers le placenta
- Lipides : ne traversent pas le placenta
Le fœtus fabrique les lipides à partir des glucides
- Vitamines : passent facilement sauf la vitamine A
- Hormones : passage assez mal connu

c)- Fonction filtre : barrière (11) (12) (13)

Le placenta constitue une barrière entre le fœtus et la mère.

Exemples :

- L'iode, le plomb, le phosphore passent facilement
- Le bismuth et l'arsenic sont arrêtés.
- Les substances organiques : leur passage de leur poids moléculaire (PM) PM<600 traverse facilement
 - L'alcool passe facilement et rapidement.
 - Les opiacés : passage facile ainsi que les anesthésiques gazeux.
 - Les sulfamides et antibiotiques : passage facile
 - Les microbes en principe arrêtés.

Le bacille de Koch passe exceptionnellement

Le tréponème passe dans les derniers mois de la grossesse ainsi que les pneumocoques, le streptocoque et le bacille d'Eberth.

Les virus passent facilement d'où danger des affections virales pendant la grossesse.

d)- Fonction endocrine (14)

Le placenta excrète 3 types d'hormones :

- *sécrétion de l'hormone chorionique gonadotrophinique (HCG)*

Cette hormone d'activité identique à la LH hypophysaire, est surtout sécrétée pendant les trois premiers mois de la grossesse. Elle contribue au maintien du corps jaune gravidique et à l'activité sécrétoire de celui-ci. Cette sécrétion est la base du diagnostic biologique et immunologique de la grossesse.

- *sécrétion des stéroïdes*

Cette sécrétion est double, faite d'œstrogène et de progestérone. A partir du 3^{ème} mois, elle prend le relais de la sécrétion ovarienne et s'accroîtra jusqu'au voisinage du terme.

- *sécrétion d'hormone chorionique somato-mammotrophique (HCS)*

Cette hormone d'activité voisine de la somato-hormone et de la prolactine hypophysaire est sécrétée par le placenta d'une manière croissante au cours de la grossesse.

En conclusion, le placenta est un organe directeur de la gestation parce que :

1. Il assure les besoins respiratoires du fœtus
2. Il assure la nutrition en transformant ou choisissant en distribuant les éléments nécessaires aux besoins du fœtus
3. Il constitue une barrière vis-à-vis de certaines substances toxiques et certains microbes.
4. Il provoque grâce à ses sécrétions hormonales des modifications de l'organisme maternel pour permettre à la mère d'assurer la grossesse et le développement du fœtus.

Examen du placenta (15) (16)

Il a pour but de s'assurer :

- a) de l'intégrité de l'ensemble de cotylédons (face maternelle)
- b) de l'aspect de la face fœtale : lisse, bleutée, recouverte par l'amnios
- c) de l'expulsion en totalité des membranes (amnios et chorion)

Donc, il permet

- d'expliquer en quelques minutes
- de prévoir certaines pathologies fœtales
- d'en prendre des mesures nécessaires
- de dépister et de traiter certaines affections maternelles.

L'hématome rétroplacentaire

II.1 Définition (17)

L'hématome rétroplacentaire (HRP) est la formation d'un hématome entre la face maternelle du placenta et de la paroi utérine due à un décollement prématuré du placenta avant le moment normal de la délivrance. Ceci survenant généralement à partir de la 20^{ème} SA. Le placenta peut être normalement inséré : décollement prématuré du placenta normalement inséré DPPNI ou anormalement inséré (HRP avec placenta praevia

II.2 Historique (18)

Louise Bourgeoise : sage femme de Marie de Médicis aurait reconnu pour la première fois l'hématome rétroplacentaire. Jusqu'en 1664, toutes les hémorragies de fin de grossesse étaient attribuées à un décollement prématuré du placenta.

Rigley, en 1811, en Angleterre individualise les « hémorragies accidentelles dues à la séparation prématurée du placenta normalement inséré » par opposition aux hémorragies inévitables du placenta praevia.

JL Baudelocque en France en 1832 décrit les hématomes rétroplacentaires et définit la lésion anatomique.

Pinard localise l'hématome dans la caduque et décrit l'hématome décidual basal.

Couvellaire, en 1912 décrit l'apoplexie utéroplacentaire : forme grave de l'HRP et introduit la théorie pathogénique et une conduite thérapeutique mutilante : c'est le « Couvellaire disease » des Anglosaxons.

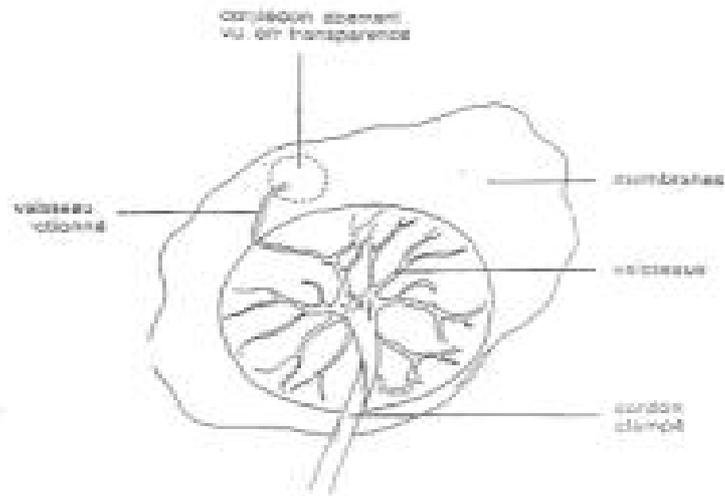


Schéma n°1 : Face fœtale du placenta

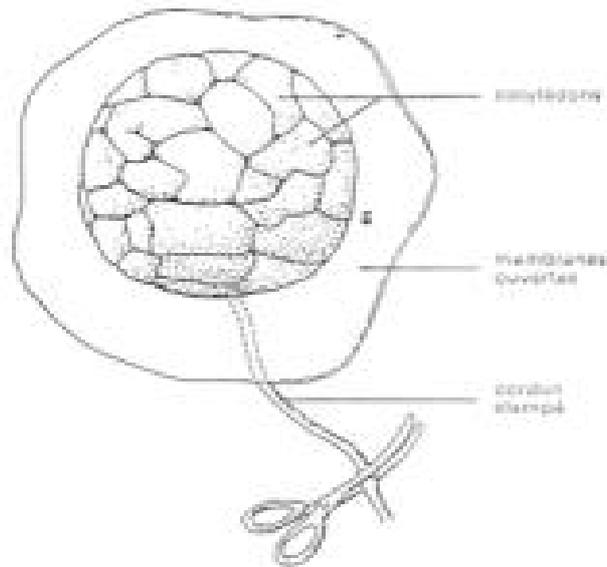


Schéma n°2 : Face maternelle du placenta

Schéma n° 2 : Face maternelle du placenta

Source : Cahier de l'infirmière : J.P. Lemoine. Obstétrique n°3 J.P. Lemoine

II.3 Fréquence (19)

L'HRP survient généralement chez les femmes âgées de plus de 30 ans. L'incidence est d'environ de 1% des accouchements. Elle est variable selon les auteurs :

- Thoulon : 0,26% des accouchements
- Hurd : 1,3% sur 4545 accouchements
- Valera : 2,7%

II.4 Anatomopathologie

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

On distingue 3 degrés selon la diffusion des lésions et leur gravité :

a) L'hématome rétroplacentaire (20)

On trouve sur la face utérine ou maternelle du placenta un caillot plus ou moins volumineux qui déprime en cupule la surface placentaire. A ce niveau, le tissu placentaire est tassé, dense, comme splénisé. Dans les grandes hémorragies, tout le placenta peut être décollé ; la quantité de sang peut alors atteindre jusqu'à 1500 grammes. Ce sang provient des sinus placentaires.

b) Apoplexie utéroplacentaire de Couvelaire (21) (22)

Les ruptures capillaires entraînent des hémorragies qui peuvent diffuser à tout l'appareil génital. Le muscle utérin est lui-même le siège d'hémorragies interstitielles. C'est un véritable infarctus utérin. Des coulées hémorragiques dissocient les fibres myométriales. Les coulées hémorragiques peuvent s'étendre sous le péritoine, gagner les ligaments utérins, les trompes, les ovaires, et peuvent même fuser sous le péritoine jusque dans la région rénale. Les tissus sont extrêmement friables et le péritoine peut se fissurer. Dans la grande apoplexie, l'utérus est considérablement augmenté de volume et forme une énorme tumeur couleur aubergine. On observe un aspect bigarré de l'utérus et des annexes. Au microscope, on trouve des hémorragies interstitielles, de l'œdème des tissus et des nécroses des fibres musculaires.

c) Apoplexie viscérale diffuse.

Le processus hémorragique dépasse la sphère génitale et entraîne des lésions viscérales étendues : atteinte rénale, pancréatique, hépatique.

II.5 Etiopathogénie (22) (23) (24)

Plusieurs théories ont essayé d'expliquer l'hémorragie rétroplacentaire.

a) Le traumatisme :

Choc violent, chute de la femme, brièveté accidentelle du cordon dans la version par manœuvres externes (VME), piqûre du placenta lors d'une ponction amniotique mal dirigée, après rapports sexuels.

b) HTA et grossesse (syndromes vasculo-rénaux) :

- Pré-éclampsie : l'HTA est liée spécifiquement à la grossesse, sans antécédents vasculo-rénaux, apparaît au 3^{ème} trimestre, est associée à une protéinurie, disparaît généralement après l'accouchement.

- HTA chronique : l'HTA est préexistante à la grossesse mais peut avoir été méconnue, se révèle dès les premiers mois de grossesse. Si elle est associée à une protéinurie, on parle de pré-éclampsie surajoutée.

c) Théorie vasculaire

On pense qu'un « à coup » hypertensif serait capable de rompre les capillaires et d'être ainsi la cause de l'hémorragie. Couvelaire a montré que l'hémorragie rétroplacentaire s'apparentait aux autres apoplexies : apoplexies viscérales, pancréatite hémorragique, infarctus intestinal et qu'elle est due à une irritation du sympathique abdominal.

d) Anomalies trophoblastiques et carence en acide folique

On insiste sur le rôle d'une carence en acide folique au début de la grossesse, carence absolue ou plus souvent carence relative par défaut d'utilisation ou épuisement des réserves. Elle conduirait à une insuffisance de développement du trophoblaste et à une insertion défectueuse de celui-ci sur la caduque. Cette carence est attestée par l'élévation du taux de l'acide forminino-glutamique (Test Figlu positif) chez les femmes atteintes d'hématome rétroplacentaire .

e) des autres facteurs favorisant de l'hématome rétroplacentaire

Ils sont représentés par :

- le tabagisme
- l'abus d'alcool
- le terme dépassé et les malformations fœtales
- l'âge et la parité
- les grossesses gémellaires
- l'hydramnios
- la carence en fer

f) Cause inconnue : 25% des cas

II.6 Physiopathologie (voir tableau p.13) (24) (25)

Les conséquences de l'hématome rétroplacentaire affectent l'enfant et la mère. Elles sont graves :

- pour le fœtus : environ 75% de mortalité
- pour la mère : risque de choc, de défibrination aigüe, d'anurie

a) Chez le fœtus s'installe une anoxie brutale, massive, et souvent mortelle due :

- à l'interruption plus ou moins complète des échanges gazeux, directement lié au décollement ;
- à l'hypertrophie utérine et à la chute de la tension artérielle maternelle qui réduisent le flux sanguin utéroplacentaire.

b) Chez la mère, on peut voir apparaître :

➤ une hémorragie incoercible par afibrinogénémie.

L'afibrinogénémie est liée à :

- une consommation locale massive de fibrinogène dans la zone d'hématome.
- une coagulation intravasculaire et à une fibrinolyse secondaire.

➤ une ischémie rénale conduisant à l'anurie par « tubulopathie de choc » ou nécrose corticale

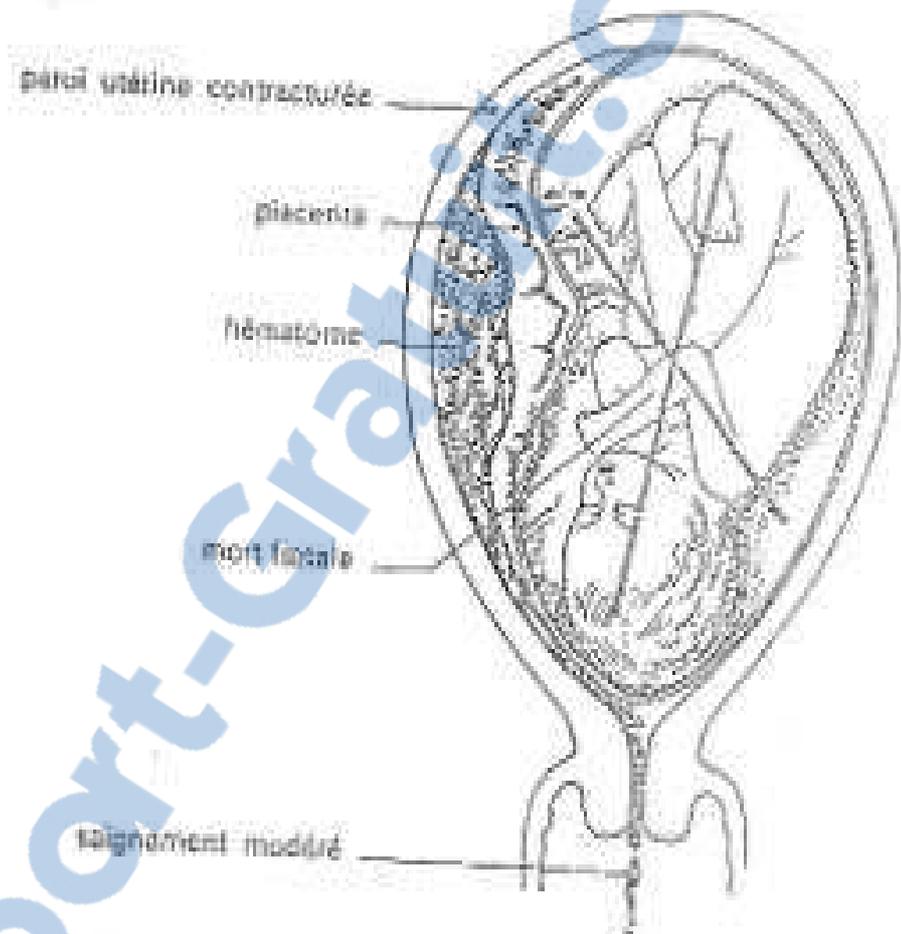


Schéma n°3 : Hématome rétroplacentaire

Source : Cahier de l'infirmière : J.P. Lemoine. Obstétrique n°13 J.P. Lemoine

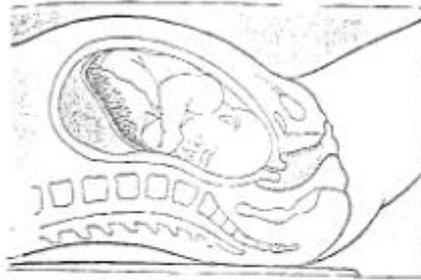


Schéma n°4 : Hématome rétroplacentaire non extériorisé

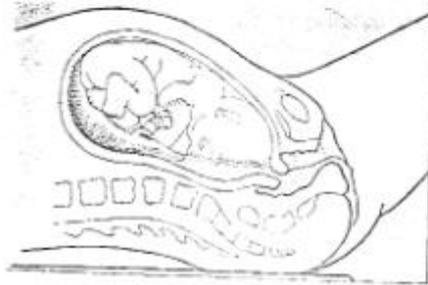


Schéma n°5 : Hématome rétroplacentaire extériorisé

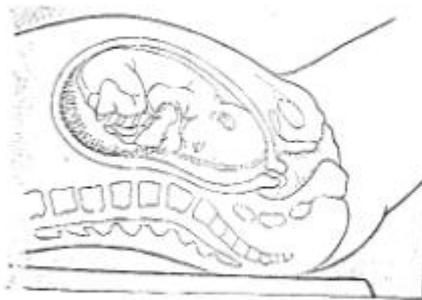


Schéma n°6 : Hématome rétroplacentaire avec saignement partiellement extériorisé

Source : Obstétrique pour le praticien. J. Lansac. Edition Masson. Paris : 1997

Elévation de la
pression artérielle

Tableau n°1 : Physiopathologie de l'hématome rétroplacentaire

II.7 Etude clinique (26) (27) (28) (29)

L'hématome rétroplacentaire est un accident brutal survenant en fin de grossesse. Son diagnostic est facile dans la forme typique complète.

a) Signes fonctionnels :

- la douleur :

Elle est constante, apparaissant brutalement, comparée à un coup de couteau. Elle siège au niveau de l'utérus ou de la région lombaire. Contrairement aux contractions utérines douloureuses, elle est permanente et va persister jusqu'à l'évacuation utérine.

- les métrorragies :

L'hémorragie peut manquer dans 15 à 25% des cas.

En retard par rapport à la douleur, elle est peu abondante faite de sang noirâtres.

Un état de malaise avec tendance lipothymique est possible.

b) Signes généraux :

- il n'y a pas de fièvre
- un état de choc s'installe rapidement et contraste avec la faible

quantité des métrorragies, pâleur, prostration et refroidissement, une tension artérielle variable. Le pouls est parfois paradoxalement ralenti, véritable « cache-misère ».

c) Signes physiques :

L'examen abdominal révèle une hypertonie utérine permanente et douloureuse pouvant aller jusqu'à la contraction utérine moulant le fœtus.

La contracture utérine est un signe essentiel : la paroi utérine est dure, contracturée en permanence sans relâchement ne permettant pas de palper le fœtus. L'activité cardiaque fœtale est le plus souvent absente.

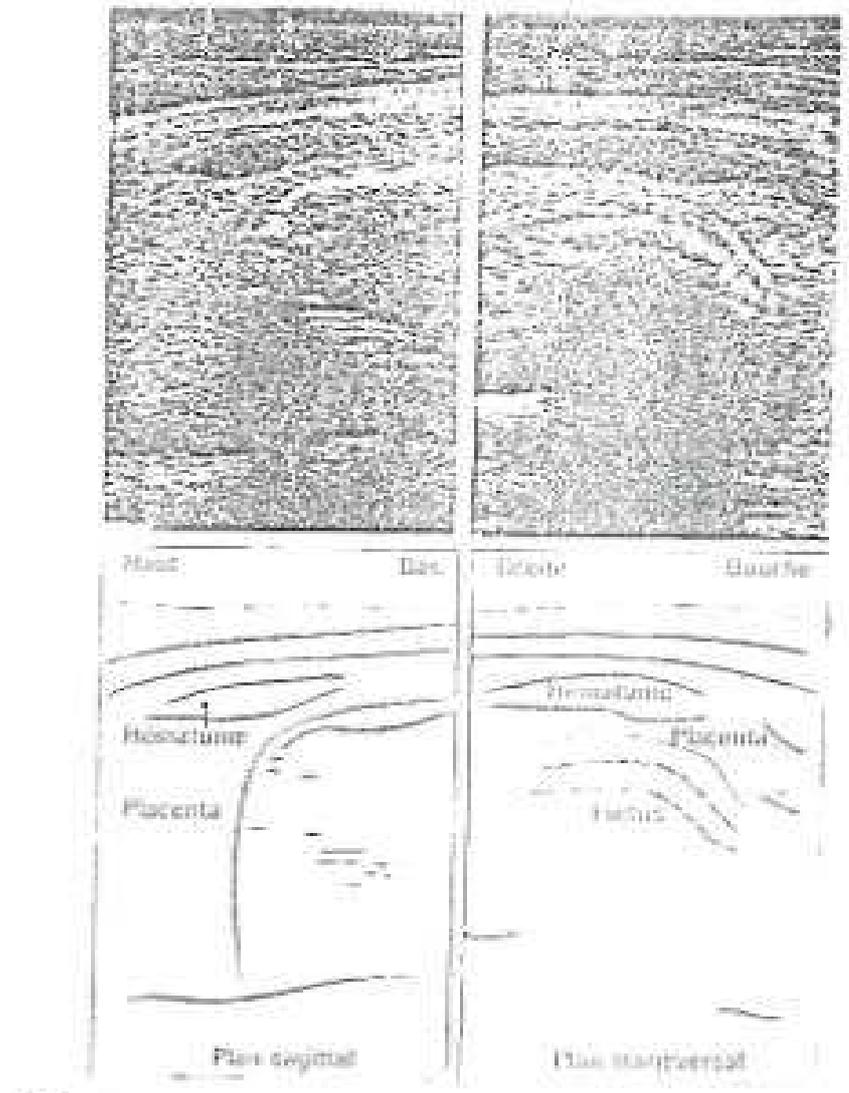


Schéma n°7 : Aspect échographique d'un hématome retroplacentaire

Source : Obstétrique pour le praticien J. Lansac. Edition Masson. Paris 1997

d) Examens complémentaires :

- le bilan hématologique apprécie les troubles de la coagulation.
- l'examen des urines :

On note une albuminurie massive

Le sondage révèle également l'oligurie dont la surveillance est un élément de pronostic.

- l'échographie :

L'hématome rétroplacentaire se manifeste par :

- la présence d'une zone anéchogène ou finement échogène située au niveau de la plaque basale.
- cette zone est étalée, souvent biconvexe, lui conférant un aspect lenticulaire.
- lorsque l'hématome est suffisamment important, il refoule le placenta qui bombe alors la cavité amniotique.

II.8 Evolution et complications (30) (31) (32) (33)**II.8.1 Evolution :**

En général, le travail se déclenche et malgré la contracture, évolue rapidement, aboutissant à la naissance d'un enfant mort.

Parfois, l'accouchement ne se déclenche pas, l'évolution se prolonge plusieurs heures, le choc s'aggrave, les complications sont plus particulièrement à craindre dans ces formes prolongées.

II.8.2 Complications :**a) la mort :**

Elle peut survenir suite à l'état de choc.

b) l'hémorragie par incoagulabilité sanguine :

C'est un accident grave presque toujours retardé qui s'observe après la délivrance d'autant plus fréquemment que l'évolution a été prolongée.

L'hémorragie n'a aucune tendance spontanée à s'arrêter : la coagulation du sang est devenue impossible par disparition du fibrinogène (afibrinogénémie).

c) l'anurie

Sa survenue dans les suites de l'HRP nécessitera une réanimation spéciale et des séances de rein artificiel en milieu spécialisé.

d) infection puerpérale :

Elle reste un danger non aboli par les antibiotiques

e) les complications thrombo-emboliques :

Elles sont à craindre si la femme a beaucoup saigné et notamment si elle a eu une hémorragie par afibrinogénémie.

II.9 Formes cliniques :

II.9.1 Formes selon la gravité (34) (35) (22)

a) Classification de Page

Elle remonte à 1954. Elle distingue 4 stades :

- Stade 0 : absence de symptomatologie clinique

Le diagnostic est anatomo-pathologique.

- Stade 1 : forme fruste, sans collapsus, sans trouble de la coagulation avec enfant vivant.

- Stade II : forme moyenne, sans collapsus mais avec un début de troubles de la coagulation (lyse partielle du caillot après une heure).

- Stade III : forme grave, avec troubles de la coagulation et mort foetale.

Cette classification repose surtout sur le dépistage des troubles de la coagulation.

Les progrès faits depuis 1954 dans leur diagnostic la rendent historique.

b) Formes suraiguës : Apoplexie utéroplacentaire de Couvelaire

Le tableau clinique est très grave avec :

- un état de choc hypovolémique
- des métrorragies noirâtres
- des troubles de la coagulation
- une anurie

L'évolution est très rapide vers la mort

II.9.2 Formes évolutives :

a) selon la date (36) (37)

- Hématome rétroplacentaire du premier trimestre :

Il peut réaliser soit un tableau classique soit un tableau de menace d'avortement fœtal.

- Accouchement :

La survenue d'HRP en cours d'accouchement peut être possible. Cependant, il est bien difficile de dire si l'hématome est survenu peu avant le travail ou n'a pas déclenché celui-ci.

b) selon l'évolutivité (38)

Il existe des formes chroniques ou subaiguës d'hématomes décidaux marginaux.

II.9.3 Formes récidivantes à des grossesses successives (39) (40)

Elles sont assez fréquentes et la fréquence va de 11% à 17% voire 25%.

La récurrence tend à être plus grave que l'accident observé lors d'une grossesse précédente. Elle est plus fréquente dans les formes ayant une toxémie.

II.9.4 Formes associées à un placenta praevia :

L'association est classique mais la fréquence est variable

- 6,5% des HRP sont associés à un placenta praevia

- 4,5% des placentas praevia se compliquent d'HRP

II.10 Diagnostic différentiel (41) (42)

Il faut éliminer les autres causes des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

a) le placenta praevia :

Les éléments différentiels importants

- absence de douleur, pas d'hypertonie utérine
- pas d'HTA ni de protéinurie
- intérêt de l'échographie pour la localisation du placenta

Tableau n°2 : Diagnostic différentiel entre HRP et placenta praevia (41)

Hématome rétroplacentaire	Placenta praevia
<ul style="list-style-type: none"> - saignement accompagné de douleurs abdominales importantes - c'est la première fois que la femme saigne au cours de cette grossesse - saignement subit sans signes prémonitoires - sang noir - souvent associé à une HTA ou une toxémie - état de choc sans rapport avec le sang extériorisé - difficulté d'appréciation de la tête fœtale - utérus tendu, hypertonique, « de bois » - bruits du cœur absents ou difficile à entendre 	<ul style="list-style-type: none"> - saignement indolore - antécédents de saignements au cours de la grossesse - saignement après un rapport sexuel ou un toucher vaginal - sang rouge rutilant - état clinique en rapport avec le saignement extériorisé - tête haute ou présentation anormale - utérus souple - bruits du cœur très clairement perçus

b) Rupture utérine :

Elle peut se voir après césarienne surtout après hystérotomie corporeale de chirurgie réparatrice d'une malformation utérine. Cliniquement, il apparaît une douleur hypogastrique plus ou moins importante ; une petite hémorragie et une palpation facile du fœtus qui est mort, ou qui souffre. Elle impose de toute façon la césarienne d'urgence qui fait le diagnostic

Tableau n°3 : Diagnostic différentiel entre l'HRP et la rupture utérine (42)

Hématome rétroplacentaire	Rupture utérine
<ul style="list-style-type: none"> - utérus tendu contenant le fœtus - utérus contracturé avec parfois des contractions utérines - présentation perceptible au toucher vaginal - déchirure parfois perceptible 	<ul style="list-style-type: none"> - utérus petit, rejeté sur le côté, fœtus sous la peau - pas ou disparition des contractions utérines - pas de présentation perceptible au toucher - pas de déchirure

c) Syndrome de Benkiser ou hémorragie de Benkiser : rupture d'un vaisseau praevia

Elle peut se voir lors de la rupture spontanée des membranes s'il existe une insertion vélamenteuse du cordon. Le liquide amniotique est sanglant, teinté de sang veineux. L'urgence est extrême, il apparaît des signes de souffrance fœtale. Il faut extraire le fœtus par césarienne. A l'examen du délivre, on trouve le vaisseau rompu sur les membranes. En cas de doute sur l'origine du saignement, l'examen d'une goutte de sang au microscope permet de voir s'il s'agit d'hématies ponctuées d'origine fœtale.

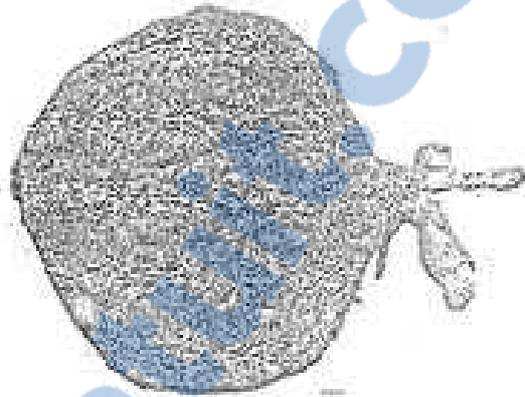


Schéma n°8 : Insertion vélamenteuse du cordon sur le placenta avec rupture d'un vaisseau prœvia (syndrome de Ben Kiser)

Source : Obstétrique pour le praticien J. Lansac. Edition Masson. Paris 1997

d) Les autres causes :

Il faut éliminer :

- les causes cervicales :
 - polype accouché par le col
 - le cancer du col
 - la cervicite
- devant un utérus tendu :
 - un hydramnios
 - une appendicite (contracture de la corne utérine droite)
 - une contracture utérine (ocytociques)

II.11 Le pronostic :**a) Le pronostic maternel (43) (44)**

- La mortalité maternelle est de 7% pour Lacomme et 10% pour Merger.
- Risque d'hémorragie par afibrinogénémie
- En général, le travail se déclenche et évolue en une ou deux heures. Il est facilité par un geste essentiel : la rupture des membranes. L'accouchement rapide aboutissant à la naissance d'un enfant souvent mort.
- Si l'accouchement ne se produit pas rapidement, il y a lieu de craindre une forme grave : l'apoplexie utéro-placentaire.
- 2/3 des décès maternels surviennent lors de la délivrance.

b) Le pronostic fœtal (43) (45)

Il est grave et déplorable. Dans la plupart des cas, la mort du fœtus survient dès la constitution de l'hématome. Dans près de trois quart des cas, l'enfant succombe. Dans les cas où on perçoit des bruits du cœur, une césarienne rapide pourra sauver parfois l'enfant.

II.12 Traitement :**II.12.1 Traitement préventif (46) (47)**

- a) dépister la dysgravidie par le contrôle régulier de la tension artérielle, de la protéinurie et du poids

b) traiter et surveiller toute femme enceinte atteinte de néphropathie par : le repos, les anticonvulsivants (diazépam), les utéro-relaxants et éventuellement les hypotenseurs.

c) il faut éviter en fin de grossesse tout traumatisme direct ou indirect (secousses, voyage, travail sur machine, effort de toux, coït très répété).

d) traiter les infections vaginales et urinaires

II.12.2 Traitement curatif (41) (46) (48) (49)

Il est médico-obstétrical

Cinq objectifs doivent être atteints :

- Traitement du choc
- Arrêt de l'hémorragie
- Evacuation de l'utérus
- Correction de l'anémie
- Correction des éventuels troubles de la coagulation

Il faut savoir regrouper les 3 éléments décisionnels suivants :

a) l'état maternel :

- Importance de l'hémorragie jugée sur le retentissement général, l'augmentation de la hauteur utérine plus que l'extériorisation.
- Le retentissement sur l'hémostase : temps écoulé depuis le début de l'accident.
- Le retentissement rénal : diurèse rénal, créatinémie, ionogramme.

b) l'état fœtal

- Bonne vitalité, souffrance, mort fœtale appréciées sur l'auscultation, l'échographie
- Le terme apprécié sur la date des dernières règles et l'échographie précoce.
- La maturité :

- si l'âge gestationnel ≤ 36 SA : pas de problème

- si de 34 à 36 SA : prématurité acceptable
- si de 32 à 34 SA : incertitude pronostique
- si 32 SA : prématurité majeure.

c) L'état obstétrical :

- dynamique : contracture utérine ou simple hypercontractilité
- état local : dilatation, longueur du col, accessibilité des membranes
- type de présentation
- facteurs de risque associés : cicatrice utérine, bassin rétréci

A. Traitement médical :

- lutter contre l'hypovolémie : réanimation d'un choc hypovolémique : transfusion
- prévention de l'immunisation foeto-maternelle Rhésus
- traitement de la douleur et de la contracture
- l'anesthésie péridurale est à priori contre-indiquée en raison des troubles de l'hémostase potentiels et de l'hypovolémie.

B. Traitement obstétrical :

Sur le plan obstétrical, le traitement repose sur l'évacuation du fœtus.

C. Schémas thérapeutiques :

- Selon l'OMS :
 - Evaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente. Si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie
 - Transfuser selon les besoins de préférence du sang frais
 - Si le saignement est abondant (apparent ou non), procéder à l'accouchement le plus vite possible :
 - si le col est complètement dilaté, extraire le fœtus par ventouse obstétricale

- si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent, pratiquer une césarienne.
- Si le saignement est léger à modéré (la patiente n'est pas en danger dans l'immédiat), la conduite à tenir dépend des bruits du cœur fœtal :
 - si le rythme cardiaque fœtal est normal ou absent, rompre les membranes
 - si les contractions sont de mauvaise qualité, administrer de l'ocytocine pour renforcer l'activité utérine
 - si le col est défavorable à l'accouchement (col fermé, épais, ferme), pratiquer une césarienne
 - si le rythme cardiaque fœtal est anormal (< 100 battements/minute ou > 180 battements/minute), procéder rapidement à un accouchement par voie basse. Si l'accouchement par voie basse est impossible, pratiquer immédiatement une césarienne
- Selon l'état fœtal (voir tableau p.26)

Une hystérectomie d'hémostase peut être nécessaire en cas d'hémorragie persistante après la délivrance (accouchement par voie basse ou césarienne)

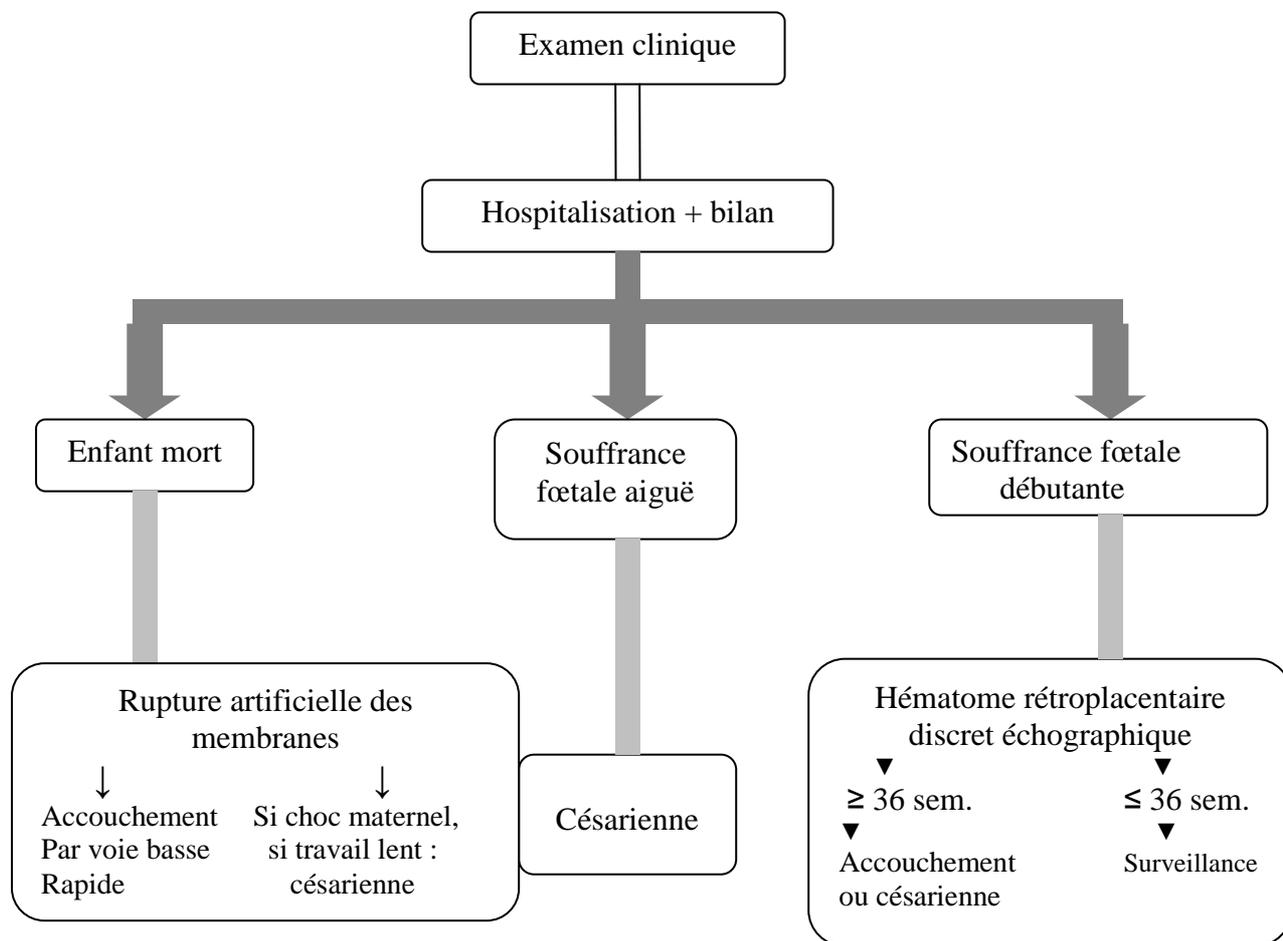
D. les suites de couches :

La surveillance est axée sur :

- le problème hémorragique : la survenue d'une hémorragie secondaire par troubles de la coagulation
- la courbe de diurèse, la surveillance de la tension artérielle
- le dépistage et prévention des complications thromboemboliques.

Quels que soient le mode d'accouchement et la gravité de la situation, la malade qui a présenté un HRP est une patiente à risque infectieux et thromboembolique. Une antibiothérapie est raisonnable. Une héparinothérapie dans les suites de couches limitera les risques liés à l'hypercoagulabilité réactionnelle.

Tableau n°4 : Conduite à tenir devant un hématome rétroplacentaire (selon l'état fœtal)



Source : Obstétrique pour le praticien Lansac, Edition Masson, 1997

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I OBJECTIFS DE L'ETUDE

En effectuant cette étude, les objectifs fixés sont de :

- déterminer le profil épidémioclinique des femmes victimes de l'HRP
- analyser les conditions des survenues et les facteurs favorisant de l'HRP en vue de dépister les grossesses à risque
- décrire et apprécier la gravité de cette affection obstétricale
- améliorer la prise en charge des malades pour réduire les taux de mortalité maternelle et périnatale
- établir une stratégie de prévention chez les femmes enceintes à risque

II. CADRE DE L'ETUDE

Présentation

Notre étude concerne « la prise en charge des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse durant l'année 2002 » au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Maternité de Befelatàna. Celle-ci a été construite en 1957 (59). Etant parmi les plus grandes maternités d'Afrique, on peut la prendre comme centre de référence en matière gynécologie et d'obstétrique car outre les patientes entrantes directes, elle reçoit aussi les évacuations sanitaires des districts périphériques et même celles des autres provinces.

II.2 Les unités de service

Pour essayer de satisfaire les besoins des parturientes en matière de gynéco-obstétrique, le CHUA Maternité de Befelatàna est composé de sept unités de service.

II.2.1 L'unité technique :

qui est composé de :

- deux salles d'accouchement (le 1^{er} accouchement et 4^{ème} accouchement)
- deux blocs opératoires (le 1^{er} bloc opératoire et 4^{ème} bloc opératoire)
- une salle d'exploration fonctionnelle (au rez-de-chaussée) pour

l'échographie et la pratique de l'insufflation tubaire.

II.2.3 L'unité de Physiologie obstétricale :

Ce qu'on appelle communément les premier et deuxième pansements se trouvant respectivement au premier et deuxième étage. Elle reçoit les femmes qui viennent d'accoucher et prend soin de la mère et de l'enfant jusqu'à leur sortie de la maternité.

II.2.4 L'unité de Pathologie obstétricale :

Appelée communément le troisième pansement se trouve au troisième étage. Elle s'occupe des grossesses « pathologiques » et reçoit également les suites de couches et de naissances dites pathologiques (accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérine, suite d'avortement).

L'unité de pathologie obstétricale et l'unité de physiologie obstétricale reçoivent les opérés après leur séjour en réanimation.

L'unité de gynécologie interne et de Réanimation adulte :

Elle s'occupe essentiellement :

- des problèmes purement gynécologiques (médical ou chirurgical). La salle d'hospitalisation se trouve au quatrième étage.
- des malades en post-opératoire ou des femmes en état d'exténuation nécessitant une réanimation médicale comme les éclampsiques et les asthmatiques. Elle se trouve au troisième étage.

II.2.5 L'unité de Néonatalogie :

Elle s'occupe des bébés prématurés et ceux qui ont besoin de soins particuliers. Elle se trouve au deuxième étage.

II.2.6 L'unité de soins externes :

Elle comprend :

- les salles de consultation prénatale et postnatale (CPPN) chargées de la surveillance de la grossesse, du suivi postnatal et de la vaccination
- la salle de triage : qui a pour rôle d'effectuer les examens des parturientes ou des malades avant l'admission et la répartition dans les différents services de la maternité,
- la pharmacie, la buanderie et la lingerie

- le service de la statistique

Cette unité se trouve au rez-de-chaussée.

II.2.7 *Le Centre de Santé de la Reproduction :*

C'est un service nouvellement créé en 1997. Il assure la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) des femmes sorties de la maternité et oriente le choix des méthodes contraceptives.

En résumé, la Maternité de Befelatànana compte 15 services qui dispensent des activités spécifiques des établissements de soins, un service administratif et une cantine.

D'après une source provenant du service de la statistique de la matière en 2000, la Maternité de Befelatànana compte 187 travailleurs. Les étudiants en médecine, les élèves de l'Ecole Médico-sociale, et les stagiaires internes ne sont pas pris en compte. Ils se répartissent comme suit :

- Médecins : 18
- Sages-femmes : 99
- Employés de service : 54
- Personnels administratifs : 16

Les services d'hospitalisation de la Maternité de Befelatànana comptent :

- 194 lits
- 24 berceaux
- 8 couveuses

III. METHODOLOGIE

Méthode

C'est une étude rétrospective dont la durée est de 12 mois dans une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2002. A été procédée par consultation des dossiers

d'observation des malades, des protocoles d'accouchement, des protocoles opératoires, des cahiers de décès maternels et néonataux.

Matériels d'étude

III.2.1 Critères d'inclusion : les femmes ayant présenté de l'HRP, diagnostiquées cliniquement et paracliniquement ont été incluses dans l'étude.

III.2.2 Critères d'exclusion : les femmes présentant des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse autres que l'HRP ont été exclues de l'étude.

III.2.3 Méthodes d'échantillonnage : nous avons utilisé la méthode par stratification sur notre population d'étude. Les critères de stratification sont les variables épidémiologiques, variables liés à l'individu, cliniques et thérapeutiques socio-économiques et géographiques. A partir desquels, nous avons tenu compte des paramètres d'étude suivants : la fréquence, l'âge, la gestité, la parité, l'état marital, la profession, la surveillance de la grossesse, le niveau d'instruction, les antécédents gynéco-obstétricaux, l'âge gestationnel, les facteurs étiologiques, la provenance, les modalités d'accouchement, les caractéristiques fœtales (le sexe, l'état à la naissance, le poids à la naissance, l'âge gestationnel), le pronostic materno-fœtal.

III.2.4 Echelles de classification : sont collectivement exhaustives car chaque observation se retrouve dans une même classe et que la somme de ces observations est égale à la population d'étude. On a utilisé deux types d'échelle :

- échelles par intervalle pour l'âge des gestantes, l'âge gestationnel, l'état à la naissance des bébés et le poids à la naissance des bébés.
- échelles ordinales pour les autres paramètres restants

Les tableaux ont été réalisés sur Microsoft Word 2000 (9.0.2812), divisé chacun en 3 colonnes :

- 1^{ère} colonne : le paramètre d'étude
- 2^{ème} colonne : l'effectif
- 3^{ème} colonne : le taux exprimé en pourcentage.

Pour les figures, nous avons utilisé : une courbe à deux axes pour la fréquence annuelle de l'HRP, des histogrammes horizontales et verticales à deux axes croissantes et décroissantes, des diagrammes en disque et des secteurs. Ces figures ont été réalisées sur Microsoft Excel 2000 (9.0.2812).

IV. RESULTATS

IV.1 Caractéristiques maternelles

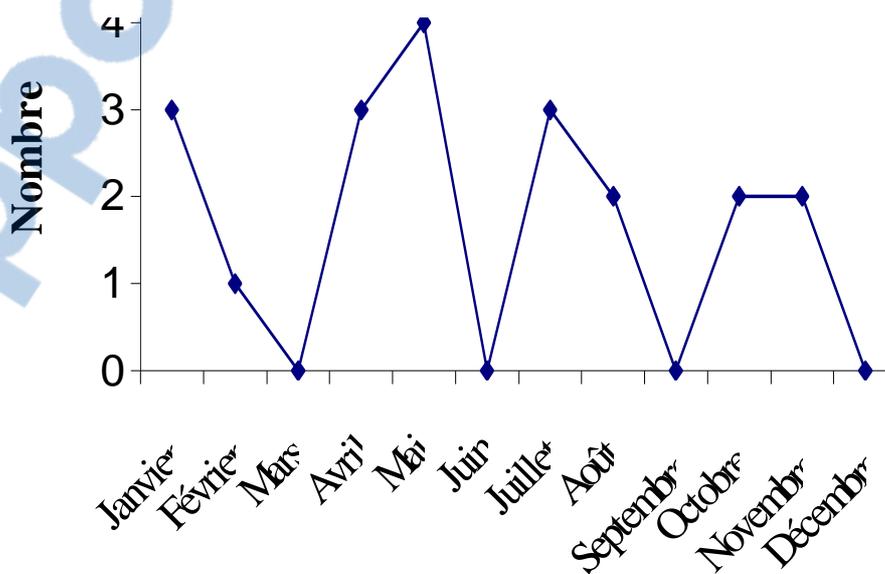
IV.1.1 Fréquences

- Effectif total d'accouchements: 5890
- Effectif total des cas d'hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse: 141
- Effectif global des cas d'HRP: 20 soit 0,33% des accouchements

Fréquence mensuelle:

La répartition mensuelle des cas d'HRP

MOIS	NOMBRE
Janvier	3
Février	1
Mars	0
Avril	3
Mai	4
Juin	0
Juillet	3
Août	2
Septembre	0
Octobre	2
Novembre	2
Décembre	0



Place de l'HRP parmi les autres causes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse

Tableau n°5 : Répartition des causes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse

Etiologie	Effectif	Taux
Placenta praevia	105	74,46%
Rupture utérine	16	11,36%
HRP	20	14,18%
Affections cervicales	0	0%
Total	141	100%

L'HRP représente les 14,8% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grosse

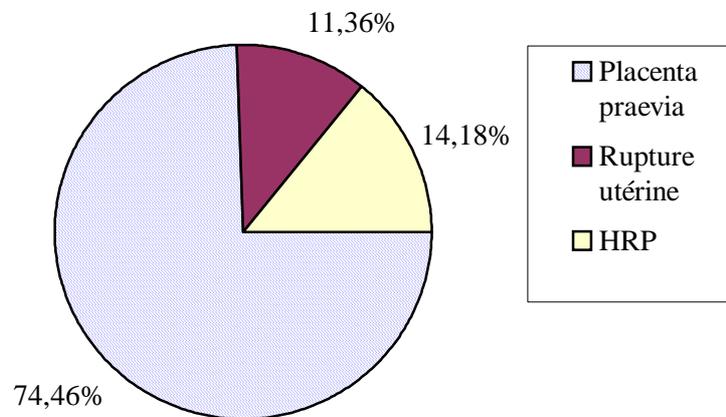


Figure n°2 : Les différentes causes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse



IV.1.2 Age

Tableau n°6: Répartition selon l'âge

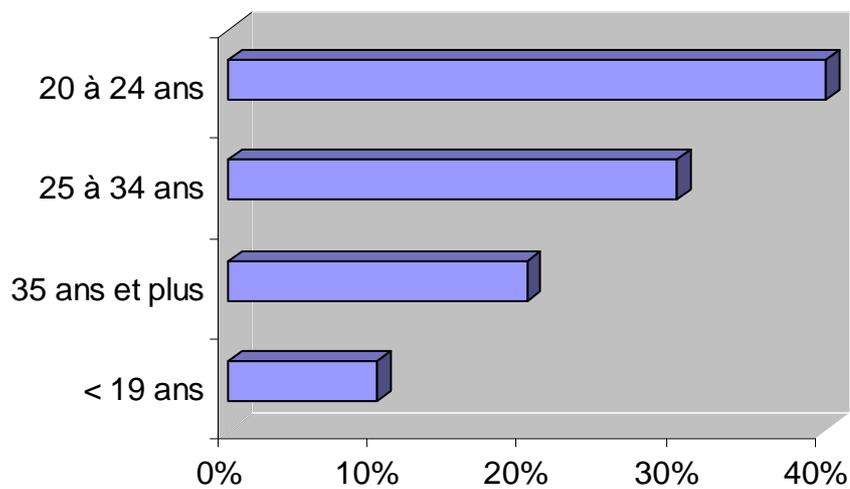
Age	Effectif	Taux
< 19 ans	2	10%
20 à 24 ans	8	40%
25 à 34 ans	6	30%
35 ans et plus	4	20%
Total	20	100%

Les femmes âgées de 20 à 34 ans sont les plus touchées par l'HRP

Age minimal des parturientes : 17 ans

Age maximal : 39 ans

Age moyen : $(\text{âge minimal} + \text{âge maximal})/2 : (17+39)/2 :$

**Figure n°3: Age des patientes**

IV.1.3 Gestité

Tableau n°7 : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Nombre	Pourcentage
G1	1	5%
G2	4	20%
G3	10	50%
G4	2	10%
G5 et plus	3	15%
Total	20	100%

Les gestantes de 2ème et 3ème gestes prédominent avec un taux de 70%

Gestité minimale : 1

Gestité aximale : 9

Gestité moyenne : $(\text{gestité minimale} + \text{gestité maximale})/2 : (1+9)/2 : 5$ gestes

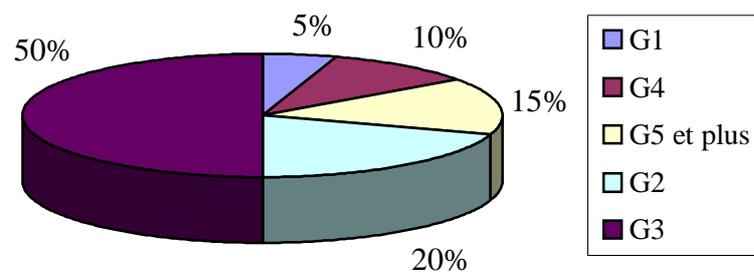


Figure n°4: Gestité des patientes

IV. 1.4 Parité

Tableau n°8 : Répartition selon la parité

Parité	Nombre	Pourcentage
Primipare I	1	5%
Paucipare II, III	5	25%
Multipare IV, V	11	55%
Grande multiparité VI et plus	3	15%
Total	20	100%

L'HRP atteint surtout les paucipares et les multipares

Parité minimale : 1

Parité maximale : 8

Parité moyenne : $(\text{parité minimale} + \text{parité maximale})/2 : (1+8)/2 : 4 \text{ à } 5 \text{ pares}$

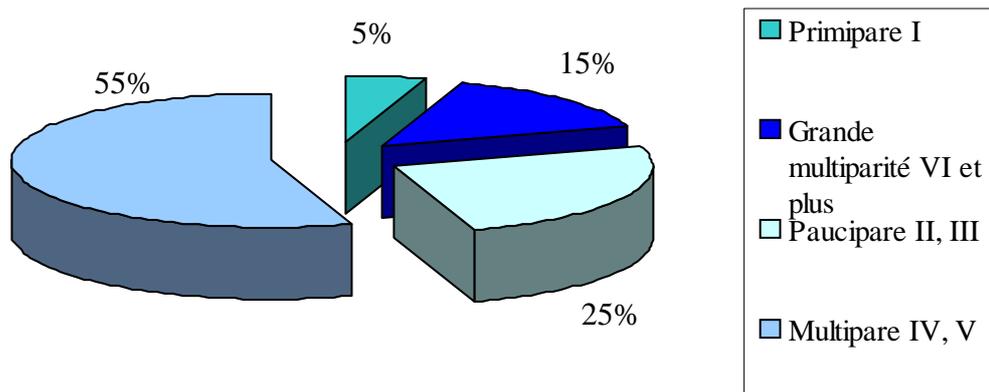


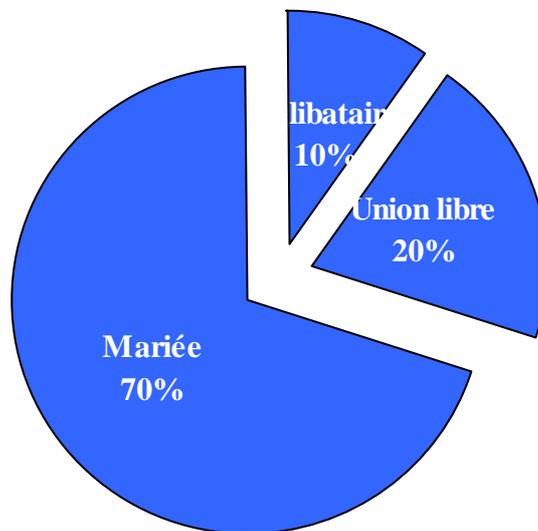
Figure n°5 : Parité des gestantes

IV.1.5 Etat marital

Tableau n°9 : Répartition selon l'état marital

Etat marital	Nombre	Pourcentage
Mariée	14	70%
Union libre	4	20%
Célibataire	2	10%
Total	20	100%

Les femmes mariées représentent 70% des cas suivis par rapport à celles vivant en union libre

**Figure n°6: Etat marital des parturientes**

IV.1.6 Profession

Tableau n°10 : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	10	50%
Cultivatrice	6	30%
Fonctionnaire	1	5%
Ouvrière dans une zone franche	3	15%
Total	20	100%

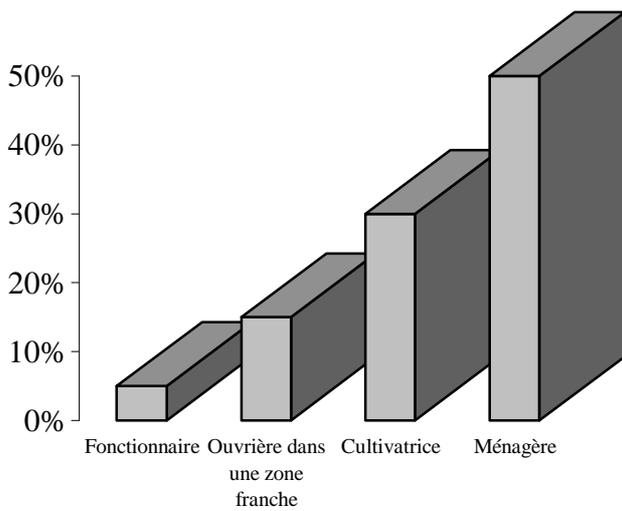


Figure n°7: Profession des gestantes

IV.1.7 La surveillance de la grossesse

Tableau n°11 : Répartition des parturientes suivant l'assiduité aux consultations prénatales

Rythme des CPN	Nombre	Taux
Aucune	5	25%
Suivi régulier	7	35%
Suivi irrégulier	8	40%
Total	20	100%

35% des gestantes seulement ont suivi une surveillance prénatale régulière.

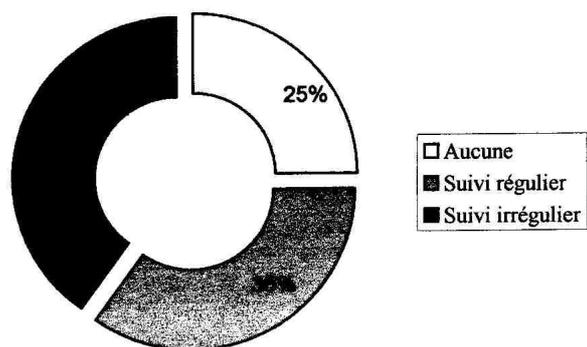


Figure n°8 : Consultations prénatales des parturientes

IV.1.8 Niveau d'instruction

Tableau n°12 : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre	Taux
illettrée	2	10%
primaire	12	60%
secondaire	4	20%
universitaire	2	10%
Total	20	100%



Les patientes ayant suivi un niveau d'étude primaire sont les plus nombreuses

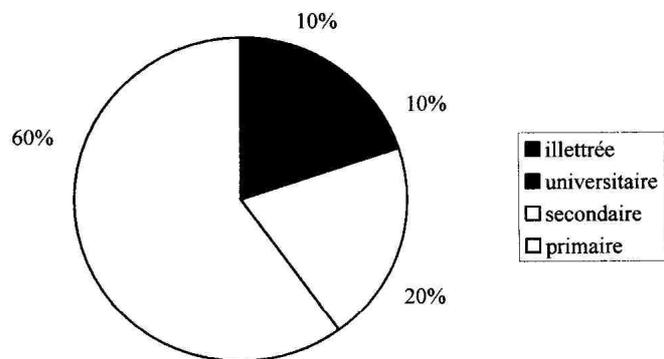


Figure n°9: Niveau d'instruction des gestantes

IV.1.9 Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau n°13 : Répartition des parturientes selon les antécédents

Antécédents	Nombre	Taux
Avortements spontanés	4	20%
Accouchements prématurés	9	45%
Traumatisme par chute	2	10%
Aucun	5	25%
Total	20	100%

Le traumatisme par chute, un des facteurs favorisants de l'HRP représente 10% des antécédents

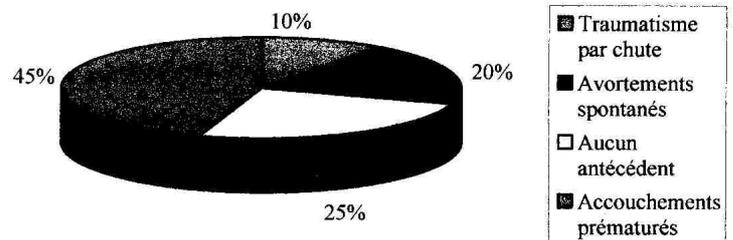


Figure n°10: Antécédents gynéco-obstétricaux des parturientes

IV.1.10 Age gestationnel

Tableau n°14 : Répartition selon l'age gestationnel

Age gestationnel SA	Nombre	Taux
28 - 32 SA	1	5%
33 - 36 SA	4	20%
37 SA et plus	15	75%
Total	20	100%

Les 3/4 des gestantes ont une grossesse dont le terme est de 37 SA et plus.

Age gestationnel minimal : 28 SA

Age gestationnel maximal : 40 SA

Age gestationnel moyen : (âge gestationnel minimal + âge gestationnel maximal) / 2

$$: (28+40) / 2 = 34 \text{ SA}$$

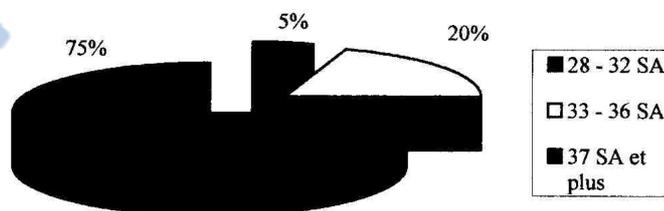


Figure n°11: Age gestationnel des parturientes

IV.1.11 Facteurs étiologiques

Tableau n°15 : Répartition des gestantes selon les facteurs étiologiques

Facteurs étiologiques	Nombre	Taux
Syndrome vasculo-rénaux	10	50%
Massage abdominal	1	5%
Traumatisme	2	10%
Non précisé	7	35%
Total	20	100%

Les syndromes vasculo-rénaux sont les principaux facteurs étiologiques

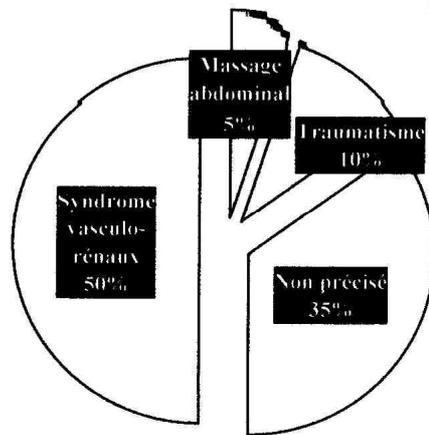
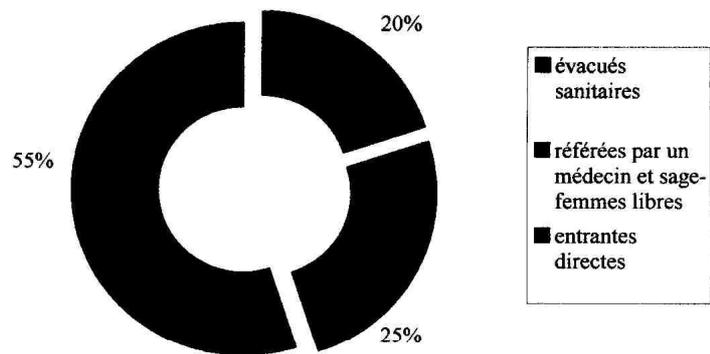


Figure n°12: Facteurs étiologiques rencontrés chez les patientes

IV.1.12 Mode d'admission**Tableau n°16 : Répartition selon le mode d'admission**

Mode d'admission	Nombre	Taux
entrantes directes	11	55%
référéées par un médecin et sage-femmes libres	5	25%
évacués sanitaires	4	20%
Total	20	100%

Les entrantes directes représentent le mode d'admission le plus fréquent

**Figure n°13: Mode d'admission des patientes**

IV.1.13 Provenance

Tableau n°17 : Répartition des parturientes selon leur provenance

Provenance	Nombre	Taux
urbaine	12	60%
suburbaine	3	15%
rurale	5	25%
Total	20	100%

60% des parturientes viennent de la zone urbaine

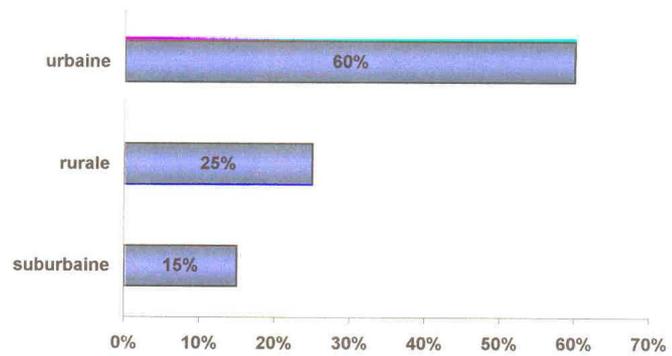


Figure n°14: Provenance des gestantes

IV.1.14 Modalités d'accouchement

Tableau n°18 : Répartition des gestantes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Nombre	Taux	
Accouchement par voie basse	10	50%	
Accouchement par voie haute	- césarienne	9	45%
	- hystérectomie	1	5%
Total	20	100%	

Les accouchements par voie basse et par voie haute sont dans une même proportion

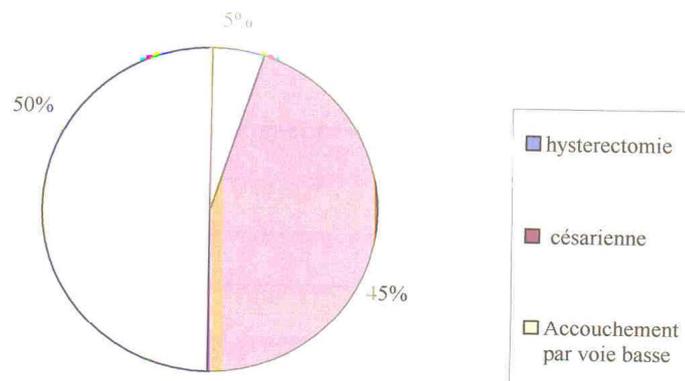


Figure n°15: Modalités d'accouchement des gestantes

IV.2 Caractéristiques fœtales

IV.2.1 Le sexe

Tableau n°19 : Répartition selon le sexe des nouveau-nés

Sexe	Nombre	Taux
masculin	11	55%
féminin	9	45%
Total	20	100%

Le sexe masculin domine légèrement avec un taux de 55%

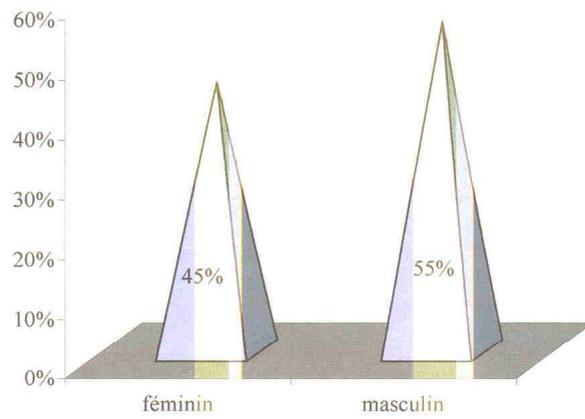


Figure n°16: Le sexe des bébés

IV.2.2 Etat à la naissance

Tableau n°19 : Répartition selon l'état à la naissance des nouveau-nés
(Indice d'Apgar IA)

Indice d'Apgar	Nombre	Taux
0 - 3	6	30%
4 - 6	9	45%
7 et plus	5	25%
Total	20	100%

75% des nouveau-nés ont une indice d'Apgar de 0 à 6

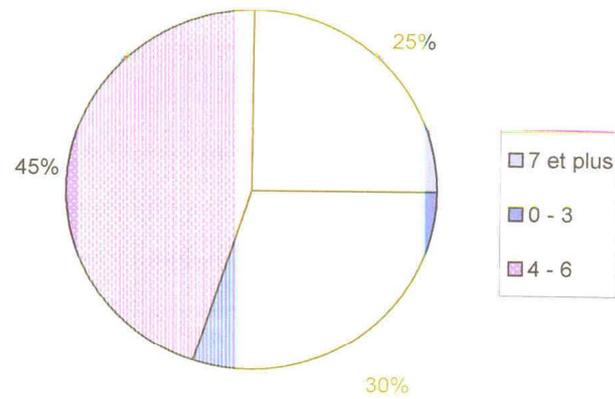


Figure n°17: Etat à la naissance des bébés

IV.2.3 Poids à la naissance

Tableau n°21 : Répartition suivant le poids à la naissance des nouveau-nés

Poids à la naissance en grammes (g)	Nombre	Taux
inférieur à 1500g	3	15%
1501 - 2500g	4	20%
2501 - 3000g	10	50%
plus de 3000g	3	15%
Total	20	100%

La plupart des nouveau-nés pesent entre 1501 et 3000g

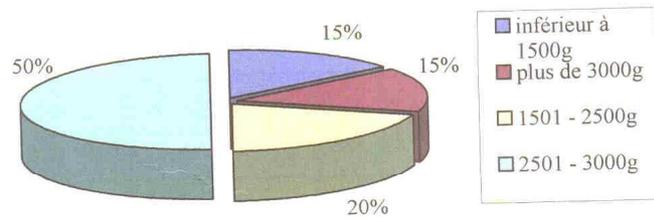


Figure n°18: Poids à la naissance des bébés

IV.2.4 Age gestationnel

Tableau n°22 : Répartition selon l'âge gestationnel des bébés

Age gestationnel	Nombre	Taux
à terme	15	75%
prématuré	5	25%
Total	20	100%

75% des nouveau-nés sont nés à terme

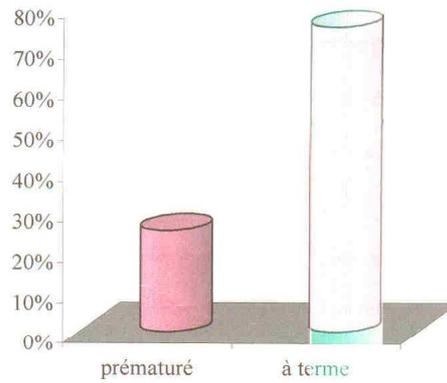


Figure n°19: Les bébés et l'âge gestationnel

IV.3 Pronostic materno-fœtal

IV.3.1 Pronostic fœtal

Tableau n°23: Répartition des bébés selon l'accouchement et les suites de couches

Caractéristiques fœtales	Nombre	Taux
enfants vivants	8	40%
enfants morts in-utéro	4	20%
enfants non réanimés	6	30%
enfants décédés dans le post-partum	2	10%
Total	20	100%

On note 60% de décès fœtaux.

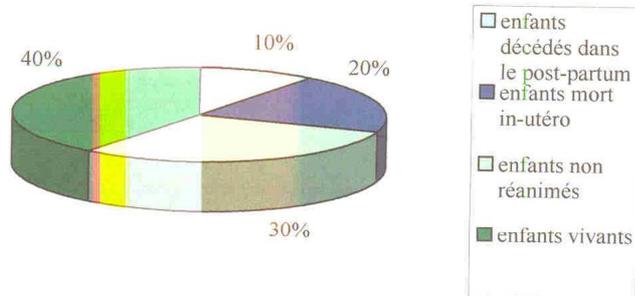


Figure n°20: Répartition des bébés selon l'accouchement et les suites de couches

IV.3.1 Pronostic maternel

*suites opératoires des opérées normales

*décès maternel: 1 soit un taux de 5%, une femme de 32 ans est décédée d'une apoplexie utéro-placentaire. L'enfant est mort in-utero

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I. COMMENTAIRES

I.1 Fréquence

Dans le service de Maternité de Befelatàna, l'HRP représente un taux de 14,18% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse et 0,33% des accouchements. Ce chiffre est sensiblement identique à celui trouvé en France (0,25% des accouchements).

Notre pourcentage est relativement plus faible par rapport aux pays anglo-saxons dont la fréquence varie de 0,80 à 1,30% environ (50).

I.2 L'âge et la parité

L'étude de la répartition de l'HRP montre que la tranche d'âge allant de 20 à 34 ans accapare les 70% des malades.

L'âge et la parité interviennent par le biais d'autres facteurs de risque (25). La primipare présente plus volontiers les HRP qui compliquent une hypertension artérielle gravidique pure, les HTA chroniques et récidivantes s'associent avec l'âge plus avancé des femmes et la multiparité. Cependant, l'HRP semble plus fréquent après 30 ans comme l'atteste notre étude. La plus grande fréquence apportée chez les très jeunes primigestes par Green Thomson n'est pas retrouvée. La fréquence de l'HRP est deux fois plus importante à 40 ans qu'à 30 ans et le facteur âge semble plus important à 40 ans qu'à 30 ans (51).

Cependant, Golditch affirme que la fréquence double à la 3^{ème} et à la 4^{ème} grossesse et triple à la 5^{ème}.

I.3 Etat marital

Les femmes mariées sont majoritaires par rapport aux célibataires et à celles vivant en union libre. Cette situation surtout si la femme ne pratique pas de contraception, peut être source de nombreuses et de grandes multiparités, un des facteurs favorisant de l'HRP.

I.4 Profession

La profession joue un rôle important contrairement à ce qu'on peut lire dans la littérature.

La fréquence de l'HRP serait proportionnelle à la dureté du travail effectué : la ménagère est la plus souvent touchée que l'ouvrière de Zone Franche et la fonctionnaire.

1.5 Consultations prénatales

Si 35% des gestantes ont suivi régulièrement les consultations prénatales, 25% c'est-à-dire le quart l'a tout simplement omis et 40% ont négligé les suivis prénataux.

Tout cela témoigne de l'insuffisance de l'éducation pour la santé, de l'insouciance des femmes vis-à-vis de leur santé. Beaucoup de femmes semblent ignorer les bénéfices apportés par les consultations prénatales.

1.6 Niveau d'instruction

Les femmes de bas niveaux d'étude représentent une énorme tranche des parturientes. Seules 10% d'entre elles ont suivi des études universitaires.

1.7 Facteurs étiologiques

On peut relever les facteurs étiologiques suivant :

- les syndromes vasculo-rénaux : 50%
- le massage abdominal : 5%
- les traumatismes : 10%

Ce chiffre de 50% est identique à celui de Sheehan et légèrement supérieur à celui de Pritchard (45%). Un traumatisme abdominal peut induire un décollement placentaire mais cela est rare. On peut rapprocher de ces causes traumatiques les cas d'HRP liés à un traumatisme obstétrical : décompression utérine brutale de l'HRP, HRP lié à une brièveté excessive du cordon.

1.8 Mode d'admission

55% des patientes sont des entrantes directes tandis que les 45% des malades étaient des référées et des évacuées sanitaires. L'insuffisance des moyens financiers et la difficulté des moyens de transport retardent souvent la prise en charge des femmes atteintes d'HRP.

L'étude de ces paramètres nous ont permis de constater le bas niveau socio-économique des parturientes atteintes d'HRP.

I.9 Modalités d'accouchement

Le choix du mode de terminaison de l'accouchement chez les gestantes présentant un HRP dépend de la nature du décollement, de la gravité de ses complications et du pronostic vital foeto-maternel. Ainsi, la césarienne s'impose lorsque le fœtus est vivant. Elle est pratiquée quand on a déjà mis en route et observé les premiers effets de la réanimation.

10 femmes sur 20 ont accouché par voie basse.

I.10 Caractéristiques fœtales

I.10.1 Le sexe

Le pourcentage des garçons est légèrement supérieur à celui du sexe féminin. La plus grande fréquence d'HRP lorsque l'enfant est de sexe masculin, notée par Naeye (52) n'a pas d'explication.

I.10.2 Pronostic fœtal et poids à la naissance

60% de décès fœtaux ont été notés. Le décès fœtal est en relation avec la durée de l'évolution de la souffrance fœtale selon Touré de Treichville Côte d'Ivoire. Le poids du fœtus inférieur à 2500g est un élément de mauvais pronostic. Dans notre série, 35% des fœtus ont un poids inférieur à 2500g.

Le décollement placentaire entraîne une perturbation des fonctions du placenta et par voie de conséquence une souffrance fœtale voire la mort du fœtus.

I.11 Pronostic maternel

Un décès est survenu chez une femme de 32 ans, G2P2A0, attribué à une apoplexie utéroplacentaire. Le taux de mortalité maternelle est de 5%.

En 1997, Razafiarisoa a trouvé un pourcentage sensiblement égal (5,56%).

Pour les auteurs suivant, le taux est de :

- Diallo de Dakar : 2,24%
- Touré K de Treichville Côte d'Ivoire : 3,39%

Donc, le taux de mortalité maternelle à Madagascar est plus élevé par rapport aux pays africains.

A Madagascar, les femmes décédées sont presque toujours des évacuées sanitaires. L'évacuation sanitaire est un élément de mauvais pronostic pour la mère car elle entraîne un retard de prise en charge de la malade.

II. SUGGESTIONS

Face aux problèmes posés par la gravité de l'HRP, des suggestions sont exprimées portant sur :

- les mesures préventives sur la santé de la mère et de l'enfant
- l'appui aux services de santé
- l'amélioration des infrastructures sanitaires et routières

II.1 Les mesures préventives sur la santé de la mère et de l'enfant

L'HRP menace la vie de la mère et de l'enfant au cours de l'accouchement. Les mesures suivantes sont primordiales :

- encourager les femmes enceintes à être assidues aux CPN qui permettent de :
 - dépister les pathologies susceptibles d'être rencontrées au cours de la grossesse et de l'accouchement.
 - faire l'éducation des gestantes
 - calmer leurs inquiétudes
 - identifier tôt les problèmes
 - catégoriser les grossesses en normales et anormales
 - diriger les femmes enceintes vers un milieu capable de les prendre en charge.
- convaincre les femmes enceintes des bienfaits des CPN qu'elles doivent suivre obligatoirement et régulièrement.

Quatre consultations prénatales sont nécessaires pendant la grossesse.

Rien ne peut être fait sans la mobilisation sociale.

Doivent être impliqués à tous les niveaux :

- les volontaires des communautés
- les écoles
- les églises et ONG
- les élus des localités

- les médias

Les matrones doivent recevoir aussi une formation. Une collaboration étroite entre le personnel de santé et les « Renin-jaza » (matrones) est vivement souhaitée.

- Améliorer les conditions socio-économiques qui devraient commencer au niveau familial puis communautaire et national. Ceci s'adresse aux différentes entités :
 - politiques : autorités locales et communales puis départementales, si nécessaire ministérielles et gouvernementales
 - religieuses
 - ONG

II.2 Appui aux services de santé :

La formation et le recyclage périodiques du personnel de santé travaillant dans une maternité sur l'Obstétrique et la Gynécologie permettront à moyen et à long terme de diminuer les morbidité et mortalité materno-fœtales dues aux hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse comme l'HRP.

Ils permettent :

- de renforcer la capacité technique du personnel
- d'améliorer la prise en charge des accouchements par un dépistage rapide des anomalies du travail par l'utilisation du partogramme et la mise en œuvre d'une référence rapide.

La dotation en matériels modernes comme l'échographie, la réhabilitation des locaux permet aux services de santé de travailler dans de meilleures conditions.

II.3 Amélioration des infrastructures sanitaires et routières :

L'accès aux services de santé doit être facilité par :

- l'amélioration des infrastructures routières permettant une évacuation sanitaire rapide des patientes. En effet, le retard à l'évacuation sanitaire retarde la prise en charge des malades atteintes d'HRP. Cette prise en charge est une course contre la montre car il y va de la survie de la femme et de l'enfant qu'elle porte.
- la multiplication des Centre de recours obstétricaux
- l'allègement du système de recouvrement des coûts.

CONCLUSION

L'hématome rétroplacentaire est un accident hémorragique survenant dans les dernières semaines de la grossesse ou pendant le travail et caractérisé par la formation d'un hématome décollant prématurément le placenta. Les facteurs déclenchants sont inconnus mais on sait que son apparition est favorisée par l'hypertension artérielle, la multiparité, des antécédents d'hématome rétroplacentaire. Le signe constant est une douleur abdominale violente accompagnée d'une hémorragie d'abondance variable noirâtre. Cette discordance entre une perte de sang faible ou modérée et l'état de choc amène à rechercher deux signes fondamentaux : la contracture utérine (utérus de bois), la disparition des bruits du cœur fœtaux. Il existe aussi une oligurie et une albuminurie massive. L'évolution est le plus souvent favorable pour la mère après rupture large des membranes et réanimation intensive. L'utérus se relâche, le travail se déclenche et se termine rapidement par l'expulsion d'un fœtus le plus souvent mort. Une masse de caillots le suit qu'il faut évaluer.

Une étude rétrospective sur l'HRP a été effectuée au CHUA gynécologie obstétrique de Befelatàna en l'an 2002.

Les résultats de l'étude ont dégagé les faits suivants :

- 20 (vingt) femmes ont présenté un hématome rétroplacentaire soit les 14,18% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

- fréquence mensuelle

Les mois de janvier, avril, mai et juin présentent une fréquence plus marquante que les autres mois.

- âge de la mère :

La tranche d'âge de 20 à 24 ans représente 40% des cas, suivie de celle de 25 à 34 ans avec 30%, avec une âge moyenne de 28 ans.

- gestité :

Elle varie de 1 à 6, les femmes de 3^{ème} geste représentent les 50% des victimes du DPPNI, avec une gestité moyenne de 4 à 5 gestes.

- *parité* :

Les paucipares et les multipares sont prédominantes, avec une moyenne de 4 à 5 pares

- *état marital* :

Les femmes mariées prédominent avec 14 cas soit 70% contre 10% seulement des célibataires.

- *profession* :

Les ménagères et les cultivatrices sont largement majoritaires avec 16 cas soit un taux de 80%

- *surveillance prénatale* :

7 femmes seulement sur 20 ont suivi une consultation prénatale régulière, c'est-à-dire 4 consultations et plus, 5 gestantes n'ont fait aucune surveillance de la grossesse

- *antécédents gynéco-obstétricaux* :

Le facteur favorisant le traumatisme par chute occupe les 10% des antécédents.

- *niveau d'instruction* :

Les patientes ayant un niveau d'étude primaire sont les plus vulnérables avec un taux de 60%.

- *âge gestationnel* :

Les parturientes ayant une grossesse de 37 SA et plus sont majoritaires

- *facteurs étiologiques* :

Ils sont dominés par les syndromes vasculo-rénaux avec un taux de 50%

- *mode d'admission* :

55% des parturientes sont des entrantes directes, 20% sont des évacuées sanitaires.

- *provenance :*

Plus de la moitié des femmes habitent en ville

- *modalités d'accouchement :*

L'opération césarienne et l'hystérectomie ont été pratiquées respectivement chez 5% et 45% des femmes

- *caractéristiques fœtales :*

- les nouveau-nés de sexe masculin sont prédominants
- 25% des enfants ont un indice d'Apgar supérieur à 7
- la plupart des enfants nés ont un poids de naissance entre 1500

et 3000g soit 70%.

- *Pronostic materno-fœtal :*

On a relevé un cas de décès maternel dû à une apoplexie utéro-placentaire.

8 nouveau-nés sur 20 seulement sont vivants.

Comme suggestions, ont été proposées :

- les mesures préventives sur la santé de la mère et de l'enfant.
- l'appui aux services de santé

- l'amélioration des infrastructures sanitaires et routières

Puisse notre travail apporter une amélioration tangible de la prise en charge des patientes présentant un hématome rétroplacentaire.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Pr. RAKOTOMANGA Samuel

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo

Signé : Pr. RAJAONARIVELO Paul

VELIRANO

« Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo Mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy miniana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo haboraka amiko, ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza ary tsy hahazo hampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalànan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranaka ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany. »

BIBLIOGRAPHIE

1. http://www.doctissimo.fr/html/santé/encyclopédie/sa_582_hémat-rétroplacentaire.htm. Agenor. L'hématome rétroplacentaire. 2001
2. Sher G, *Pathogenesis and management of uterine inertia complicating abruptio placenta with consumption coagulopathy*. An J.obstet.gynecol. Sanders Co. London, 1977: 125, 164, 170.
3. Fournié A, Desprats P, *L'hématome rétroplacentaire – Mises à jour en Gynécologie Obstétrique*. Vigot diffusion. Paris, 1984 : 285.
4. Walter P, *Le placenta, EMC obstétrique*. Lamarre . Paris, 1995 ; 5070C2 : 2-7.
5. Lansac J, Body G, *Précis d'accouchement. Formation du placenta*. Masson. Paris, 1997 : 104.
6. Richon J, *Clinique obstétricale. Le placenta*. Imprimerie Nancy, 1968 : 59-62.
7. Magnin P Dargent, *Accouchement normal et pathologique*. Baillière, 1970 ; I: 137-138.
8. Boyd J, Hamilton W, *The human placenta*. Heffer. Cambridge, 1970: 35.
9. Croussignani P, *Fetal nutrition and endocrine placenta function*. Br. Med. J. Edimburgh, 1978; 15 ; 6117 : 756-757.
10. Nessmann Emmanuéli, Anigel M, *Physiologie de la grossesse : Etude expérimentale du placenta et sur les échanges placentaires au cours du développement embryonnaire et de la vie fœtale*. Masson. Paris, 1983 : 47-48.
11. Yves Dumez, *Physiologie de la grossesse : échanges placentaires*. Masson. Paris, 1983 : 135-138.

12. Tindall V, *Tests de diagnostic en gynécologie obstétrique*. Maloine. Paris, 1988 : 70-72.
13. Tesdale F, *Gestational changes in the functional structure of the human placenta in relation to fetal growth : a morphometric study*. An J. Obstet. Gynec. Sanders Co London, 1980; 137: 5: 560-568.
14. Beard R, Nathaliacsiz P, *Fetal Placenta physiology*. Sanders Co. London, 1989: 18.
15. Dubrisay J, Jeannin C, *Précis d'obstétrique. Examen du placenta*. Lamarre. Poinat, 1989 : 59.
16. Tarnier H, Vernous H, *Examen pratique du placenta et du fœtus*. EMC Obstétrique. Maloine SA. Paris, 1959 : 4-9.
17. http://www.femiveb.com/gynecologie/pathologie/hta/_diag_ttt.htm. Colette. *Décollement prématuré du placenta. 2001*
18. Colan J, Uzan S, *Hématome rétroplacentaire ou DPPNI*. Encycl. Méd. Chir. Obstétrique . Lamarre. Paris, 1985 ; 5071A ; 6 :10
19. Merger R, Levy J, Melchior J, *L'hématome rétroplacentaire. Précis d'obstétrique*. Masson. Paris, 6^{ème} édition, 1994 : 484-485.
20. Gompel C, *Anatomie pathologique gynécologique et obstétricale*. Maloine. Paris, 1983 : 67.
21. Baudet S, *Apoplémie utéroplacentaire. Nouveau manuel d'obstétrique*. Masson. Paris, 2^{ème} édition, 1974 ; 4 : 60-64.

22. Brault P, *Le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI ou IIRP) : Apopléxie utéroplacentaire*. Gazette médicale de France et des pays de langue française. Lamarre. Paris, 1997 ; 104 :8-4.
23. Burchell R, Menger W, *Etiology of premature separation of the normally implanted placenta*. AM.J Obstet. Gynecol. Edinburgh. London, 1995: 28-36.
24. www.paris-ouest.univ-paris5.fr/hébergement/ecc-mw/17.pdf. McAumont. *Hypertension artérielle et grossesse*. 2002
25. Abdella T, Sibai M, Anderson G, *Relationship of hypertensive disease to abruptio placenta*. Obst. Gynecol. Sanders Co. London, 1984; 63: 365-370.
26. Sheehan H, Lynch, *Pathology of toxemia of pregnancy*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1993: 89-90.
27. Bourdais A, Le Bris H, Barnaud, *L'état de choc au cours de l'hématome rétroplacentaire Anésth, Réan*. Maloine SA. Paris, 1979 ; 36 : 207-214.
28. Razanadrasoa D, *Contribution à l'étude de l'hématome rétroplacentaire à la Maternité de l'HMC Antsirabe 1988-1991*. Thèse de Médecine . Antananarivo, 1993 ; 2882 : 22-23
29. Kamina P, *Explorations fonctionnelles en obstétrique*. Maloine, 1977 : 132-133.
30. Barbarino, Bonnefort M, *Hémorragies graves au cours de la grossesse*. EMC obstétrique. Lamarre. Paris, 1998 ; 5-1082 : A10 : 1-6.
31. Guérin J, Tibourtine O, *Coagulation intravasculaire disséminée et grossesse. La vie médicale*. Vigot. Paris, 1982; 6 : 409-414.

32. Bonnar J, Douglas A.S , *The behaviour of the coagulation and fibrinolytic mechanisms in abruptio placentae*. J. Obstet. Gynecol. Brit.Culth. Sanders Co. London, 1989 ; 76 : 799-805.
33. Bourvier H, Varnoux N, *Facteurs inévitables de la mortalité maternelle*. Vigot. Paris, 1993 : 327-328.
34. Barrat J, Darbois Y, *Décollement prématuré du placenta normalement inséré*. EMC obstétrique. Masson. Paris, 1974; 5071.
35. Sher G, *A rational basis for the management of abruptio placenta*. *Reprod. Med. Edimburgh*. London, 1978 ; 21: 123-129.
36. Palliez R, Delecour M, *Les décollements prématurés du placenta normalement inséré*. *Rev. Franc. gynéc. obstét* . Maloine. Paris, 1966; 61 : 851-860.
37. Naor S, Rikova M, *Abruptio placenta early in pregnancy*. Sanders Co London. 1988; 31: 505-507.
38. Kuchn W, Ulrich R, *Changes of the clinical presentation of abruptio placenta*. *Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. Edimburgh*. London, 1984 ; 17: 131-140.
39. Notter A, Cattin, *Accidents obstétricaux à répétition par DPPNI et sclérose vasculaire de l'endomètre*. *Bull. Fed. Gyneco.Obst. Lamarre*. Paris, 1982 : 14-29.
40. Knab D R, *Abruptio placenta. An assessment of the time and method of delivery*. *Obst.Gynecol. Sanders Co London*, 1978; 52: 625-629.
41. Lansac J, Body G, *Obstétrique pour le praticien. Hématome rétroplacentaire*. Masson. Paris, 1997 : 293-294.

42. Vokaer R, Renaud R, *L'hématome rétroplacentaire. Traité d'obstétrique.* Masson. Paris, 2^{ème} édition, 1989 : 187-195.
43. De Tourris H, Henrion R, *L'hématome rétroplacentaire. Abrégé de Gynécologie et obstétrique.* Masson. Paris, 6^{ème} édition, 1994 : 452-462.
44. Diallo D, Ndiaye P, Diouf A, *L'hématome rétroplacentaire. Aspects épidémiologiques et pronostics à la clinique de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Dakar.* Quatorzième journée médicale et pharmaceutique de Dakar. R. MAO. Imprimerie de Dakar. 1994 : 18.
45. Malinas, *Le pronostic maternel et le pronostic fœtal dans les HRP.* Rev. Franc. Gynecol. Obst. Vigot. Paris, 1989 ; 548 : 503-513.
46. Delecour M, *L'hématome rétroplacentaire. La conduite à tenir.* Encycl. Méd. Chir. Masson. Paris, 1993 ; 242 ; 11. A20 : 1-4.
47. OMS, *La prévention de la morbidité et mortalité maternofoétales.* Cahier de Santé Publique. Varse. Genève, 1991 : 42-74.
48. Fournié A, *Hématome rétroplacentaire. Diagnostic et principe du traitement.* Revue du praticien. Maloine. Paris, 1992 : 39 : 15,16,18,1620.
49. http://www.who.int/reproductive.health/mcpcfr/symptomes/s19_s27_saignement_fin_html. OMS. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. 2002*
50. Gruenwald P, Levin H, *Abruptio and premature separation of the placenta.* Am. J. Obstet. Gynecol. Edimburgh. London, 1992; 102: 604-610.
51. Golditch, Boyce, *Management abruptio placenta.* JAMA. London, 1990; 212: 288-293.
52. Naye R, Harkness W L, *Abruptio placenta and perinatal death. A prospective study.* Am. J. Obstet. Gynecol. Sanders Co London, 1977; 128: 740-746.

Nom : BARITSIALONINA RAJERARISAONA
Prénoms : Voahangy Holimalala
Titre : « **Hématome rétroplacentaire : aspects épidémiocliniques des cas observés au CHUA Maternité Befelatanana en l'an 2002** »
Rubrique : obstétrique **Nombre de tableaux** : 23
Nombre de pages : 59 **Nombre de figures** : 20
Nombre de schémas : 8 **Nombres de références bibliographiques** : 52

RESUME

L'hématome rétroplacentaire est une complication précoce du décollement prématuré du placenta par ses complications hémorragiques. C'est une source de mortalité et de morbidité materno-fœtales. Une étude rétrospective sur cette affection obstétricale a été effectuée sur une période de un an à la Maternité de Befelatanana en l'an 2002. L'effectif global de l'HRP est de 20 cas sur 141 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse. L'HRP atteint surtout les femmes enceintes dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, multipares, mariées légitimement, ayant suivi irrégulièrement les consultations prénatales. 50% d'entre elles ont accouché par voie basse, 50% ont subi une intervention chirurgicale. Un décès maternel est déplorable. Pour les caractéristiques fœtales : le sexe masculin, le poids de naissance entre 1500 à 3000 grammes prédominant, le taux de mortalité fœtale s'élève à 60%. Les suggestions concernent les mesures préventives sur la santé de la mère et de l'enfant, l'appui aux services de santé, l'amélioration des infrastructures sanitaires et routières.

Mots clés : placenta - décollement prématuré - Hématome - troubles de la coagulation - mort foetale

Directeur de thèse : Docteur RAVELOSOA Elyane

Rapporteur de thèse : Docteur RAVELOSOA Elyane

Adresse de l'auteur : Lot A 53 Ter Ambohitrahaha Antananarivo 103



Name : BARITSIALONINA RAJERIRISAONA
First names : Voahangy Holimalala
Title : “The retroplacental haematoma: epidemioclinical aspects about cases seeing at CHUA Maternity of Befelatanana in 2002”
Classification : obstetric **Number of tables** : 23
Number of pages : 59 **Number of figure** : 20
Number of schemas : 8 **Number of bibliographical references**: 52

SUMMARY

The retroplacental haematoma (abruptio placenta): premature separation of placenta by its hemorrhagical complications is source of materno fetal mortality and morbidity. A retrospective study about this obstetrical affection was be effected during one year at the Maternity of Befelatanana in 2002.

The global effective of abruptio placenta was 20 cases out of 141 cases of third quarter of pregnancy hemorrhage. The most concerned were the pregnant women in age bracket between 20 and 34 years old, multiparous, legitimately married, who have irregularly followed the prenatal consultations. 50 percent have be confined by low way, 50 percent have passed a chirurgical intervention. One maternal death was deplorable. About the fetal characteristics: the male sex, the weight birth between 1500 and 3000 grams predominate. The rate of fetal mortality rise to 60 percent. The suggestions are: the preventive measures on the mother and child health, the support of the health services, the amelioration of the sanitary and road infrastructures.

Key words: placenta – premature separation – haematoma - coagulation troubles - fetal death

Director of thesis: Doctor RAVELOSOA Elyane

Assisted by: Doctor RAVELOSOA Elyane

Correspondence: Lot A 53 Ter Ambohitrahaha Antananarivo 103