



Article original

Hématome retro placentaire : Etude sociodémographique, clinique et pronostic materno-fœtal à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

Retro placental hematoma: Sociodemographic, clinical and maternal-fetal prognosis study at the maternity ward of the Ignace Deen national hospital, University Hospital of Conakry

F Bamba Diallo*¹, EM Bah¹, M Keita², A Sow², F D Sow², AA Baldé², IS Baldé², T Sy²

Résumé

Introduction : Décrire le profil sociodémographique des patientes, décrire la prise en charge et évaluer le pronostic materno-fœtal chez les patientes présentant un hématome retro placentaire.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, longitudinale de type descriptif d'une durée de 12 mois allant du 1er Décembre 2020 au 30 Novembre 2021 réalisée à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen.

Résultats : L'hématome retro placentaire représentait 4,30% des accouchements. Le profil sociodémographique était celui d'une patiente dont l'âge moyen était de 27,05 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans, de profession libérale (41%), mariée (91,20%), non scolarisée (44,6%) et paucipare (37,05%). L'aspect clinique était dominé par les motifs de consultation qui sont plus fréquemment représentés par les métrorragies (88,84%), et la contracture utérine (68,53%) chez des patientes évacuées (72,11%), sans antécédent d'HRP (97,20%), présentant une grossesse unique (97,20%), avec un âge gestationnel \leq 36 SA (58,5%) et dont la plupart avait effectué au moins 3 CPN (61,35%). La forme

clinique la plus grave d'HRP (grade III de SHER) était la plus représentée (68,13%). La prise en charge était médicale, obstétricale et chirurgicale, avec l'administration de cristaalloïdes (100%), d'ocytociques (99,20%), et les produits sanguins (37,40%). La plupart des patientes avaient accouché par césarienne (90,69%), avec une prédominance du décollement complet du placenta (65,33%). Nous avons réalisé deux (2) cas d'hémostase chirurgicale selon la technique de B-LYNCH (0,89%). Les suites de couches étaient simples dans 72,51% contre 27,49% de complications. Les taux de létalité maternelle et fœtale étaient de 2,79% et 66,28%.

Conclusion : L'amélioration du pronostic materno-fœtal passerait par l'offre des consultations prénatale de qualité, le dépistage précoce des facteurs de risque, l'évacuation rapide des patientes vers les structures de référence, l'évacuation utérine avant la survenue d'une coagulopathie et un accès facile aux produits sanguins.

Mots-clés : Hématome retro placentaire, étude sociodémographique, pronostic materno-fœtal, Ignace Deen.

Abstract

Introduction: To describe the sociodemographic profile of the patients, to describe the management and to evaluate the maternal-fetal prognosis in patients presenting with a retroplacental hematoma.

Methodology: This was a prospective, longitudinal study of the descriptive type lasting 12 months from December 1, 2020 to November 30, 2021 carried out at the maternity ward of the Ignace Deen National Hospital.

Results: Retro placental hematoma represented 4.30% of deliveries. The socio-demographic profile was that of a patient whose average age was 27.05 years with extremes of 17 and 45 years, liberal profession (41%), married (91.20%), no schooling (44, 6%) and pauciparous (37.05%). The clinical aspect was dominated by the reasons for consultation which are more frequently represented by metrorrhagia (88.84%), and uterine contracture (68.53%) in evacuated patients (72.11%), with no history of 'HRP (97.20%), presenting a single pregnancy (97.20%), with a gestational age \leq 36 SA (58.5%) and most of whom had performed at least 3 CPN (61.35%). The most severe clinical form of HRP (SHER grade III) was the most represented (68.13%). Management was medical, obstetrical and surgical, with the administration of crystalloids (100%), oxytocics (99.20%), and blood products (37.40%). Most of the patients had delivered by caesarean section (90.69%), with a predominance of complete abruption of the placenta (65.33%). We performed two (2) cases of surgical hemostasis using the B-LYNCH technique (0.89%). Postpartum was simple in 72.51% against 27.49% complications. The maternal and fetal lethality rates were 2.79% and 66.28%.

Conclusion: The improvement of the maternal-fetal prognosis would go through the offer of quality prenatal consultations, the early detection of risk factors, the rapid evacuation of patients to the reference structures, the uterine evacuation before the occurrence of coagulopathy and easy access to blood products.

Keywords: Retro placental hematoma,

sociodemographic study, maternal-fetal prognosis, Ignace Deen.

Introduction

L'hématome retro placentaire (HRP) est défini comme le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) [1]. Il survient dans environ 0,4 à 1% des grossesses [2, 3]. C'est un accident obstétrical imprévisible et grave qui engage le pronostic vital maternel et fœtal [4]. Au moins 50 facteurs de risque différents pour l'abruption placentaire ont été rapportés dont les plus forts sont : le tabagisme, la pré éclampsie et les antécédents de décollement placentaire. Bien que de nombreux facteurs de risque soient connus, la cause du décollement placentaire reste souvent inexpliquée [5].

La clinique associe classiquement des métrorragies noirâtres de faible abondance, des douleurs abdominales intenses et une hypertonie utérine allant jusqu'à l'utérus dit « de bois ». Un état fœtal non rassurant est souvent associé [1]. Il nécessite une prise en charge obstétricale doublée d'une réanimation médicale précoce [4].

L'hématome retro placentaire est l'une des urgences obstétricales les plus redoutées de par sa survenue brutale et la sévérité de ses complications [1, 6]. Il est responsable d'une morbi-mortalité périnatale et maternelle importante [7]. Les complications maternelles les plus fréquentes sont le choc hémorragique, et les troubles de l'hémostase et quant aux complications fœtales elles sont représentées par le retard de croissance intra utérin (RCIU), la prématurité induite et ses complications (décès ou séquelles neurologiques graves) ainsi que la mort fœtale in utero [2]. Sa fréquence est variable d'un pays à un autre avec une incidence de 0,5 à 1,8% des grossesses dans le monde [8]. Aux Etats Unie 0,6 à 1% en 2010 [5], en Europe 0,25% [6, 9, 10] et plus précisément en France avec 0,78% au centre hospitalier de l'ouest Guyanais en 2015 [11]. En Afrique, des études menées au Sénégal et au Burkina

Faso ont trouvés respectivement 1,97% et 9,6% [12, 13]. En Guinée une étude réalisée dans le même service avait rapporté en 2013 une fréquence de 1,64% [14].

La fréquence de l'hématome retro placentaire, la gravité des complications, la multidisciplinarité de la prise en charge et la nécessité de réactualiser les données dans notre service ont motivé la réalisation de cette étude.

Le but de ce travail était de contribuer à l'étude de l'hématome retro placentaire à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen. Les objectifs spécifiques étaient de calculer la fréquence de l'hématome retro placentaire, de décrire le profil sociodémographique des patientes, de décrire la prise en charge et d'évaluer le pronostic materno-fœtal.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective, longitudinale de type descriptif d'une durée de 12 mois allant du 1er Décembre 2020 au 30 Novembre 2021 réalisée à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry portant sur une série continue de 251 cas d'hématome retro placentaire. Etaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises dans le service pour hématome retro placentaire dont l'âge gestationnel est ≥ 22 SA et qui ont accepté de participer à l'étude, ainsi que les nouveau-nés issus de ces grossesses. N'étaient pas incluses dans l'étude, les patientes ayant refusé de participer à l'étude. Ont été exclus de l'étude, toutes les patientes admises dans le service en suites de couches pour des complications d'hématome retro placentaire. L'échantillonnage était exhaustif. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Les données ont été recueillies de façon prospective sur une fiche de collecte préétablie à partir des données issues de l'examen clinique des patientes, des observations médicales, de l'interview directe des patientes et la vérification des carnets de CPN. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 21.0. Les tableaux et le traitement de

texte ont été effectués sur les logiciels Excel et Word 2013. Cependant pour une meilleure compréhension de nos résultats, nous avons dû les comparer avec les données de la littérature. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité national d'éthique avec un consentement éclairé. Lors de la réalisation de ce travail nous avons rencontré quelques difficultés à savoir : l'accès difficile aux produits sanguins, le refus de coopérer de certaines patientes à cause de l'urgence et l'absence d'ambulance médicalisée pour le transfert des nouveau-nés.

Résultats

Fréquence : Nous avons enregistré au cours de la période d'étude 251 cas d'hématome retro placentaire sur un total de 5827 accouchements réalisés à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen soit une fréquence de 4,30 %.

Caractéristiques sociodémographiques : Le profil sociodémographique était celui d'une patiente dont l'âge moyen était de 27,05 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans, de profession libérale (41%), mariée (91,20%), non scolarisée (44,6%) et paucipare (37,05%).

• Aspect clinique

Mode d'admission : La majorité des patientes était évacuée dans notre échantillon (72,11%) contre 27,9% qui étaient venue du domicile.

Antécédent (ATCD) d'hématome retro placentaire : Dans notre étude nous avons enregistré une proportion minime de patientes qui ont présenté un ATCD d'hématome retro placentaire (3,18%) sur les 251 cas d'HRP.

Type de grossesse : La grossesse unique était la plus fréquemment représentée (97,20%). Seulement 2,84% de grossesses gémellaires ont été enregistrées.

Age gestationnel : L'âge gestationnel moyen était de 34 semaines d'aménorrhée (SA) avec des extrêmes de 24 et 41 SA. La prématurité représentait 58,5%.

Nombre de consultation prénatale : Plus de 6 patientes sur 10 avaient effectué au moins 3 CPN et près de 3 patientes sur 10 ayant égalé un nombre de CPN

compris entre 4 et 8.

Etat général et coloration des conjonctives : Nous avons constaté que près de 4 patientes sur 10 (39,04%) étaient admises avec une altération de l'état général et 8 patientes sur 10 (84,07%) présentaient une hypochloration des conjonctives.

Dilatation cervicale et état des membranes : La majorité des patientes avaient une dilatation cervicale comprise entre 0 et 4 cm soit 95,56% et l'intégrité des membranes était notée chez 60,96% des patientes à l'admission.

- Aspect thérapeutique :

Le traitement médical et obstétrical était dominé par l'administration : de cristaalloïdes (100%), d'une perfusion d'ocytocine (99,20%), d'une transfusion sanguine (37,45%) et d'une révision utérine (31,87%). Le traitement chirurgical était essentiellement représenté par la césarienne (90,69%) contre 9,31% d'accouchement par voie basse. Au cours de la césarienne nous avons réalisé deux (2) cas d'hémostase chirurgicale selon la technique de B-LYNCH (0,89%).

- Aspect pronostique

Pronostic maternel : Nous avons enregistré sept (7) cas de décès maternel avec un taux de létalité qui était de 2,78% et la cause de ces décès était principalement due à l'hémorragie avec des troubles de la coagulation (42,86%) et à l'anémie sévère (28,57%). Un seul cas d'insuffisance rénale aigüe et de coma éclamptique avaient été enregistrés avec une proportion de 14,28%.

Pronostic fœtal : Nous avons enregistré 258 nouveaux dans notre série et parmi eux 87 (33,72%) étaient vivants bien portants avec un score d'APGAR ≥ 7 à la première et cinquième minute de vie dans des proportions respectives de 22,48% et 32,95%. Deux (2) cas de souffrance fœtale aigüe étaient enregistrés. Le faible poids de naissance était plus fréquemment représenté dans notre échantillon (61,24%) contre 38,76% de nouveau-nés ayant un poids de naissance supérieur à 2500gr. Le taux de mort-né était de 66,28% dans notre série.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs	Pourcentages
Age		
≤ 19	23	9,2
20 – 24	61	24,3
25 – 29	75	29,9
30 – 34	59	23,5
≥ 35	33	13,1
Extrêmes : 17 et 45 ans		Moyenne : 27,05 ans
Profession		
Élève / Etudiante	27	10,7
Libérale	103	41,0
Ménagère	86	34,3
Salariée	35	13,9
Niveau de scolarisation		
Non scolarisée	112	44,6
Scolarisée	139	55,37
Situation matrimoniale		
Mariée	229	91,23
Célibataire	22	8,76
Parité		
Nullipare	36	14,34
Primipare	63	25,10
Paucipare	93	37,05
Multipare	44	17,53
Grande multipare	15	5,98

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

Motif d'admission	Effectifs	Pourcentages
Métrorragie	223	88,84
Contracture utérine	172	68,53
Céphalée	14	5,57
Perte de connaissance	15	5,98
Autres	6	2,39

Tableau III : Répartition des patientes selon la classification de SHER

Grade de SHER	Effectifs	Pourcentages
Grade I	5	1,99
Grade II	75	29,88
Grade IIIa	165	65,74
Grade IIIb	6	2,39

Morbidité maternelle

Tableau IV : Répartition selon les complications maternelles du post-partum

Complications maternelles	Effectifs	Pourcentages
Etat de choc	8	3,19
Oligurie	13	5,18
Trouble de la coagulation	6	2,40
Anémie	56	22,31
Suppuration pariétale	1	0,40

Discussion

• Fréquence :

Notre fréquence d'hématome retro placentaire (4,30%) était plus élevée que ceux observés dans la plupart des études avec une incidence comprise entre 0,5 à 1,8% dans le monde et 0,25% à 0,5% en France [8]. En Afrique, plus précisément au Sénégal et à Madagascar, des études ont trouvé respectivement 1,97% et 0,59% [12, 15]. Toutefois elle reste inférieure à celles de Thiam O et Thieba B qui avaient rapporté des fréquences respectives de 6,05% et 9,6 % [4, 13]. La différence entre ces fréquences hospitalières dépend sûrement des structures elles-mêmes, de leurs activités, mais aussi de leurs zones de couverture. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la fréquence élevée de l'HRP dans notre série. De nombreux facteurs de risque sont associés à la survenue d'un HRP : âge maternel élevé, multiparité, tabac, race noire, mauvaises conditions socio-économiques, hypertension artérielle, malnutrition [16, 17], et notre population présente plusieurs de ces facteurs de risque. Nous avons constaté une nette augmentation de la fréquence de l'HRP dans notre service qui était de 1,64% en 2013 [14]. Cette augmentation pourrait s'expliquer par le fait que notre service est le seul centre de référence de niveau 3 recevant toutes les urgences obstétricales provenant des structures sanitaires de niveau 2 de la ville de Conakry et celles des préfectures limitrophes, depuis la fermeture de la maternité sœur de Donka pour des raisons de rénovation.

• Caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge de 20-34 ans était la plus touchée avec un âge moyen de 27,05 ans. Notre résultat corrobore avec ceux rapportés en Guyane française et à Madagascar avec respectivement 28 et 28,7 ans [11, 15]. Ce constat pourrait s'expliquer par le reflet du jeune âge de la population guinéenne et cette tranche d'âge correspond à la période la plus active de la vie génitale. Les patientes qui exerçaient une profession libérale étaient les plus nombreuses (41%). Résultat contraire à celui de Nayama M et al au Niger qui avait trouvé dans leur étude que la plupart des patientes étaient sans profession (88,2%) [6]. La majorité des patientes étaient mariée (91,2%) dans notre série. Notre résultat rejoint celui de Thieba B au Burkina Faso rapportant 99,4% de femmes mariées [13]. Cette fréquence élevée des femmes mariées s'expliquerait par des raisons socio-culturelles et religieuses dans notre société ne permettant pas de procréer en dehors d'un foyer conjugal. La plupart des patientes était non scolarisé (44,6%) dans notre échantillon. Ce résultat pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation de la population guinéenne qui compte 57% d'analphabète dont 69% dans la population féminine [18]. L'HRP apparaît comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune parité, les paucipares étaient les plus fréquemment représentées dans notre étude (37,05%). Dans la littérature la grande multiparité est considérée comme un facteur de risque connu d'HRP [19]. Des résultats différents aux nôtres ont été rapportés par Nayama M et Thieba B avec des fréquences respectives de 38,2% et 56,5% chez les grandes multipares et multipares [6, 13].

• Aspect clinique

L'antécédent d'HRP était retrouvé chez 8 patientes soit 3,18%. Des taux 3 fois supérieur aux nôtres ont été rapportés dans la littérature avec 11% au Sénégal et 10% en Guyane française [4, 11].

S'agissant du mode d'admission, dans notre série 72,11% des patientes étaient évacués. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Biaye B et al au Sénégal avec 85% d'évacuée [12]. Ce mode d'admission était retrouvé dans notre service comme un facteur de

mauvais pronostique maternel et fœtal ou la plupart des patientes étaient admises dans un mauvais état clinique sans mesure d'accompagnement (transport non médicalisé, le plus souvent sans prise de voie veineuse).

Les métrorragies (88,84%) et les douleurs abdominales à type de contracture utérine (68,53%) étaient les principaux motifs de consultation. A Ouagadougou Thiéba B et al avait trouvé les mêmes résultats avec 66,10% et 77,40% [13]. La fréquence élevée de ces signes fonctionnels pourrait s'expliquer par le fait qu'ils constituent les principaux signes d'appels de l'HRP.

Nous avons enregistré 2,84% de grossesses gémellaires. Une fréquence d'environ 2 fois supérieures à cette dernière a été rapportée au CHU de Strasbourg en 2013 (5%) [1]. Beaucoup d'études excluent les grossesses multiples, mais les grossesses gémellaires constituent un facteur de risque connu d'HRP [1] à cause de son association fréquente avec le syndrome vasculo-rénal.

S'agissant du nombre de CPN, l'OMS préconise au moins 4 CPN au cours de la grossesse, nombre revu à la hausse à 8 CPN. Le suivi prénatal des patientes dans notre série ne cadrerait pas avec les recommandations de l'OMS (nombre insuffisant de CPN). Une mauvaise CPN est un facteur favorisant dans la survenue d'un HRP et une grossesse bien suivie pourrait diminuer le risque de survenue de l'HRP. Elle permet aussi une prise en charge rapide avant toutes complications dramatiques, afin de réduire le taux de décès materno-fœtal et de donner des conseils en matière de planification familiale [13]

L'âge gestationnel moyen de survenue de l'HRP était de 34 SA avec une prédominance de l'âge gestationnel ≤ 36 SA (58,50%). Notre résultat est identique à celui de Gueneuc A et al qui avait trouvé un terme moyen de survenue de l'HRP à 34 SA et 5 jours avec une prédominance des grossesses qui sont comprises entre 24 et 37 SA (62%) [11]. Notre résultat pourrait s'expliquer par le risque élevé de survenue de cette pathologie hypertensive et ses complications au cours des deux derniers trimestres de la grossesse.

L'état général était altéré chez 4 patientes sur 10. L'HRP étant l'une des causes d'hémorragie des deux derniers trimestres de la grossesse et l'arrivée tardive des patientes dans le service après avoir parcouru plusieurs structures de niveau 2 avant d'être évacuées dans le service pourrait expliquer cet état de fait.

La majorité des patientes avait une dilatation cervicale comprise entre 0 et 4 cm (95,56%). Une observation identique au nôtre était enregistrée au Niger avec 69,5% [6].

L'intégrité des membranes était notée chez 60,96% des patientes à l'admission. Résultat identique à celui de Thiam O au Sénégal rapportant que 73% des patientes avaient des membranes intactes [4]. Il s'agissait des patientes dont la plupart avaient bénéficié d'une rupture artificielle des membranes permettant de diminuer la pression intra-utérine et redynamiser les contractions utérines en vue d'un accouchement par voie basse.

La forme clinique (grade III de SHER) la plus grave d'HRP qui engage le plus souvent le pronostic maternel était la plus fréquemment retrouvée avec 68,13%. Des résultats similaires ont été trouvés au Sénégal et au Burkina Faso avec des fréquences respectives de 63,3% et 83,1% [4, 13]. La fréquence élevée de cette forme clinique pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité du suivi prénatal et le retard à l'évacuation obstétricale.

Prise en charge : Elle est médicale, obstétricale et chirurgicale. Le traitement médical était dominé par l'administration de cristalloïdes (100%) qui était systématique pour les gestes de réanimation, la perfusion d'ocytocine (99,20%) pour assurer une bonne rétraction utérine afin de réduire au maximum le risque d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine, la transfusion sanguine (37,45%) qui témoigne la gravité de la forme clinique d'une part, et d'autre part l'absence des facteurs de coagulation. Des taux de transfusion sanguine de 68,7% et 66,7% ont été rapportés au Niger et à Madagascar [6, 15]. Le traitement obstétrical était représenté par la révision utérine avec 31,87% chez les patientes qui ont accouchés par voie basse (9,31%). L'évacuation

précoce et rapide de la cavité utérine représente le traitement obstétrical de base de l'HRP. Ce mode d'évacuation varie selon les auteurs. La césarienne était le mode d'accouchement le plus fréquent dans notre série (90,69%). Ce taux est comparable à celui de Nayama M au Niger (94,1%) [6] et largement supérieur à ceux de Biaye B au Sénégal (51,1%) et Rakotozanany B à Madagascar (79,2%) [12, 15]. Par contre dans l'étude de Thieba B le mode d'accouchement par voie basse était le plus fréquent soit 64,4% [13]. Le choix de cette voie d'accouchement pourrait s'expliquer par diverses raisons à savoir : l'état clinique très altéré des patientes à l'admission qui sont pour la plupart évacuées, l'insuffisance des moyens de réanimation et le taux élevé d'HRP grade II de SHER motivant une extraction fœtale rapide pour préserver son pronostic vital.

Deux (2) cas d'hémostase chirurgicale ont été réalisés au cours de la césarienne avec la technique de B-LYNCH (0,89%). Ce résultat est nettement inférieur au 10,50% d'utilisation de la technique de B-LYNCH rapporté à Madagascar [15]. L'utilisation de cette technique pourrait s'expliquer par son efficacité sur l'arrêt du saignement qui est de l'ordre de 75% [20]. Le placenta était complètement décollé dans notre série avec une fréquence de 65,33%. Dans l'étude de Nayama M et al une cupule était présente dans 87,3% des cas [6]. Nous avons constaté qu'à partir de 12 cm de surface placentaire décollé, un mauvais pronostic maternel est associé à la mort fœtale in utero.

- **Pronostic materno-fœtal**

Pronostic maternel : La morbidité maternelle était de 27,49% dans notre échantillon. L'anémie était la complication la plus fréquente soit 22,31%. Notre fréquence est nettement inférieure à celle de Nayama M qui avait rapporté 76,3% d'anémie [6]. Ce taux élevé d'anémie pourrait s'expliquer par rapport à la spoliation sanguine due au décollement placentaire et à l'hémorragie du post-partum par atonie utérine très fréquente dans les formes graves d'HRP.

Nous avons enregistré un taux de décès maternel de 2,78% dans notre série. Il s'agissait principalement de 2 cas d'anémie sévère décompensé du post-partum

(2,57%), trois cas d'hémorragie avec trouble de la coagulation (42,86%) et un cas d'insuffisance rénale et de coma éclamptique (14,28%). Des taux de létalité maternelle plus élevés ont été rapportés dans la littérature avec respectivement 5,1% et 7% [6, 12]. La quasi-totalité de nos décès sont liée aux difficultés de compenser les spoliations sanguines importantes par pénurie des produits sanguins et dérivés, mais aussi les conditions et le délai d'admission des patientes, et le retard de la prise en charge avec une insuffisance du plateau technique.

Pronostic fœtal : Il reste sombre et le taux de décès fœtal varie en fonction du degré de décollement du placenta. Nous avons enregistré 66,28% de mort-nés dans notre série. Ce taux est inférieur par rapport à ceux retrouvés au Niger (71,3%), au Burkina Faso (85,9%) et à Madagascar (91,7%) [6, 13, 15].

Les nouveau-nés de faible poids de naissance étaient plus fréquemment représentés dans notre série avec 61,24%. Rakotozanany B avait trouvé dans son étude que 43,70% des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 1500 et 2500gr [15].

Le score d'APGAR à la première et cinquième minute de vie était nul (enfant mort-né) dans une proportion de 66,28%, seulement deux (2) nouveau-nés avaient un score d'APGAR ≤ 6 à la cinquième minute soit 0,77%. Dans l'étude de Boisramé T et al 26,7% des nouveau-nés avaient un score d'APGAR < 5 à la cinquième minute et 12,4% étaient des morts fœtales in utero [1].

S'agissant du devenir des nouveau-nés, 76 (87,36%) étaient vivants au 6ème jour de naissance contre 11 (12,64%) décès néonatal précoce. Il s'agissait pour la plupart des cas de souffrance fœtale aigue, de détresse respiratoire, de faible poids de naissance et de prématurité qui ont été évacués à l'institut de nutrition de la santé et de l'enfant (INSE) pour une prise en charge. Boisramé T avait rapporté dans son étude trois (3) décès néonataux au 2ème, 6ème et 11ème jours avec une proportion de 2,8% [1].

Conclusion

L'hématome rétro placentaire demeure une urgence obstétricale majeure dans notre pratique. C'est une pathologie préoccupante dans les pays en voie de développement avec une fréquence de 4,30% dans notre étude. Malgré une meilleure connaissance des facteurs de risque et une nette amélioration de la prise en charge qui est médicale, obstétricale et chirurgicale ; l'hématome rétro placentaire constitue une cause importante de mortalité périnéale et de morbidité maternelle. L'amélioration du pronostic materno-fœtal passerait par l'offre des consultations prénatale de qualité, le dépistage précoce des facteurs de risque, l'évacuation rapide des patientes vers les structures de référence, l'évacuation utérine avant la survenue d'une coagulopathie et un accès facile aux produits sanguins.

*Correspondance

Diallo Fatoumata Bamba

fabambadiallo@gmail.com

Disponible en ligne : 11 Avril 2022

1 : Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

2 : Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] [1] Boisramé T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Viville. B, Aissi G, Favre R, Langer B. Hématome rétro placentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic materno-fœtal : étude rétrospective de 100 cas CHU de Strasbourg. France

Elsevier Masson Gynécologie Obstétrique & fertilité 2014, 42 : 78-83.

[2] [2] Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 1005-16.

[3] [3] Tikkanen M, Riihimäki O, Gissler M, Luukkaala T, Metsaranta M, Andersson S, et al. Decreasing incidence of placental abruption in Finland during 1980-2005. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 1046-52.

[4] [4] Ousmane Thiam, Maguette Mbaye, Abdoul Aziz Diouf, Fodé Baba Touré, Mamour Gueye, Mansour Niang et al. Aspect épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'hématome rétro placentaire (HRP) dans une maternité de référence en zone rurale. *Pan African Medical Journal* 2014, 17 : 1937-8688.

[5] Tikkanen M. Décollement placentaire : épidémiologie, facteurs de risque et conséquences. Département d'obstétrique et de gynécologie. Hôpital central universitaire, Helsinki Finlande. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2010. Fédération nordique des sociétés d'obstétrique et de gynécologie 2011, 90 : 140-149.

[6] Nayama M, Tamakloé-Azamesu D, Garba M, Idi N, Djibril B, Kamayé M, et al. Hématome rétro placentaire. Prise en charge dans une maternité de référence du Niger. Etude prospective à propos de 118 cas sur un an. Elsevier Masson, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2007, 35 : 975-981.

[7] Matsuda Y, Maeda T, Kouno S. Comparison of neonatal outcome including cerebral palsy between abruptio placenta and placenta previa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003, 106 :129-9.

[8] Bohec C, Collet M. Hématome rétroplacentaire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2015 ; 29 : 115-9.

[9] Cissé L. Evolution de la prise en charge et pronostic de l'hématome rétro placentaire au centre de santé Roi Baudouin de Guédiawaye. Thèse Médecine, Dakar 2001 ; 34 :105. PubMed/Google Scholar.

[10] Sarr F R, Diouf A, Cissé M L, Faye E O, Moreau J C. Prise en charge et pronostic de l'hématome rétro placentaire dans un centre hospitalier universitaire à Dakar, Sénégal. *Journal de la SAGO*. 2003 ; 4 (1) : 6-11.

[11] Gueneuc A, Carles G, Lemonnier M, Dallah F, Jolivet A, Dreyfus M. Hématome rétro placentaire : terrain et facteurs pronostiques revisités à propos d'une série de 171 cas en Guyane française. *Journal de Gynécologie obstétrique et*

Biologie de la Reproduction 2015, xxx, xxx-xxx.

- [12] Babacar Biaye, Omar Gassama, Mame Diarra Ndiaye Gueye, Moussa Diallo, et al. Epidémiologie et pronostic du rétro placentaire hématome dans une maternité dans une région Centre hospitalier du sud du Sénégal. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie. 2019, 9 : 149-157.
- [13] Thieba B, Lankoande J, Akotonga M, Keylem C, Ouedraogo A, Ouedraogo C M R, Koné B. Hématome rétro placentaire : aspects épidémiocliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. Burkina Faso. Elsevier Masson ; Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2003, 31 : 429-433.
- [14] Camara D T. Hématome retro placentaire : aspect épidémiologique, clinique et pronostic au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen. Thèse de doctorat en médecine. FMPOS/ Université Gamal Abdel Nasser de Conakry 2013 ; N0 25, p 27.
- [15] Rakotozanant B, Rafanomezantsoa T A, Johannes R J, Rasolonjatovo J D C, Randrlambelomanana J R. Place du traitement chirurgical et pronostic materno-foetal de l'hématome rétro placentaire à la maternité de Befelatanana, Madagascar. Rev Anesth-Réanim. Med. Urg. Toxicol 2017, 9 (1): 10-12.
- [16] Ananth CV, Oyelese Y, Yeo L, Pradhan A, Vintzileos AM. Placental abruption in the United States, 1979 through 2001: temporal trends and potential determinants. Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (1): 191-8.
- [17] Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hadar A, et al. Placental abruption in term pregnancies: clinical significance and obstetric risk factors. J Matern Fetal Neonatal Med 2003; 13 (1): 45-9.
- [18] Enquête Démographique et de Santé (EDS V) Guinée 2018. Institut national de la statistique. The DHS program, ICF-Rockville, Mariland, USA. Juillet 2019 :39-68
- [19] Wandabwa J, Doyle P, Paul K, Wandabwa MA, Aziga F. Risk factors for severe abruptio placenta in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. Afr Health Sci 2005 ; 5 (4): 285-90.
- [20] Haumonté JB, Sentilhe L, Macé P, Cravellol L, Boubli L, d'Ercole C. Prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014 ; 43(10) :1083-1103.

Pour citer cet article :

F Bamba Diallo, EM Bah, M Keita, A Sow, FD Sow, AA Baldé et al. Hématome retro placentaire : Etude sociodémographique, clinique et pronostic materno-foetal à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. Jaccr Africa 2022; 6(2): 105-113