



UNIVERSITE KANKOU MOUSSA  
U.K.M

*Faculté des Sciences de la Santé*  
(Médecine et Pharmacie)



Année universitaire : 2024 - 2025

Thèse N° :

THESE

## Hématome Retro placentaire chez les Primipares : Facteurs de risque et Pronostic materno-fœtal

Présenté le / / 2025  
Faculté Mixte de Médecine et de pharmacie.

Par Mme. Joyce Lorine Kitsoukou McCabe

Pour obtenir le grade de docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

### JURY

Président : M. Abdoul Aziz DIAKITÉ, Professeur Titulaire

Membre : M. Moustapha Issa MANGANE, MCA

Co-Directeur : M. Amadou BOCOUM, MCA

Directeur : M. Youssouf TRAORE, Professeur Titulaire

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

**Administration :**

**RECTEUR : Pr Siné BAYO**

**DOYEN : Pr Dapa A DIALLO**

**PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE : Pr Hamar**

**Alassane Traoré**

**SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Amougnon DOLO**

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE**

**D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1- PROFESSEURS**

<b>Mr. Alhousseini Ag Mohamed</b>	<b>ORL</b>
<b>Mr. Sambou SOUMARE</b>	<b>Chirurgie Générale</b>
<b>Mr. Amadou DOLO</b>	<b>Gynéco-Obstétrique</b>
<b>Mr. Aly Dourou Tembely</b>	<b>Urologie</b>
<b>Mr. Nouhoun ONGOIBA</b>	<b>Anatomie et Chirurgie Générale</b>
<b>Mr. Youssouf COULIBALY</b>	<b>Anesthésie et Réanimation</b>
<b>Mr. Djibo Mahamane DJANGO</b>	<b>Anesthésie et Réanimation</b>
<b>Mr. Sadio YENA</b>	<b>Chirurgie Cardio-Thoracique</b>
<b>Mr. Zimogo Zié SANOGO</b>	<b>Chirurgie Générale</b>
<b>Mr Drissa KANIKOMO</b>	<b>Neurochirurgie</b>
<b>Mr Adégne Pierre TOGO</b>	<b>Chirurgie Générale</b>
<b>Mr Allassane TRAORE</b>	<b>Chirurgie Générale</b>
<b>Mr Bakary Tientigui DEMBELE</b>	<b>Chirurgie Générale</b>
<b>Mr Youssouf TRAORE</b>	<b>Gynéco-Obstétrique</b>

**Mr. Niani MOUNKORO** Gynéco-Obstétrique

**Mme DOUMBIA Kadiatou** ORL

**SINGARE**

**Mr. Ibrahima TEGUETE** Gynéco-Obstétrique

## **2-MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

**Mr. Madiassa KONATE** Chirurgie Générale

## **3-MAITRES DE CONFERENCES**

**Mr Sanoussi BAMANI** Ophtalmologie

**Mr Souleymane TOGORA** Stomatologie

**Mr Birama TOGOLA** Chirurgie Générale

**Mr Seydou TOGO** Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

## **4-MAITRES ASSISTANTS**

**Mr Abdoulaye DIARRA** Chirurgie Générale

**Mr Amadou TRAORE** Chirurgie Générale

**Mr Madiassa KONATE** Chirurgie Générale

**Mr Abdoul Kadri MOUSSA** Traumatologie

**Mr Hamady COULIBALY** Stomatologie

**Mr Mamadou N'DIAYE** Radiologie

**Mr Sékou KOUMARE** Chirurgie Générale

**5-ASSISTANT :**

**Mr Zakary SAYE**

**Oncologie chirurgicale**

**D.E.R SCIENCES FONDAMENTALES**

**1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES**

**Mr Siné BAYO**

**Anatomie Pathologie - Histo-  
Embryologie**

**Mr Bakary CISSE**

**Biochimie**

**Mr Cheick Bougadari TRAORE**

**Anatomie Pathologie**

**Mr Lassine SIDIBE**

**Chimie Organique**

**Mr Mahamadou TRAORE**

**Génétique**

**Mr Mahamadou Ali THERA**

**Parasitologie - Mycologie**

**Mr Bakarou KAMATE**

**Anatomie Pathologie**

**Mr Abdoulaye DJIMDE**

**Parasitologie - Mycologie**

**2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

**Mr Boureïma KOURIBA**

**Immunologie**

**Mme DOUMBO Safiatou NIARE**

**Parasitologie**

**Mr Abdoulaye K KONE**

**Parasitologie**

**3-MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES**

**Mr Amadou KONE**

**Biologie Moléculaire**

**Mr Mahamadou Z SISSOKO**

**Méthodologie de la Recherche**

**Mr Karim TRAORE**

**Méthodologie de la Recherche**

**Mr Issiaka SAGARA**

**Math - Bio - Statistique**

#### **4-MAITRES ASSISTANTS**

**Mr Bourama COULIBALY**

**Anatomie Pathologie - Histo-  
Embryologie**

**Mr Souleymane SANOGO**

**Physique**

**Mr Charles ARAMA**

**Immunologie**

**Mr Souleymane DAMA**

**Parasitologie - Mycologie**

**Mr Mohamed M'BAYE**

**Physiologie**

**Mr Laurent DEMBELE**

**Parasitologie - Mycologie**

**Mr Amadou NIANGALY**

**Parasitologie - Mycologie**

**Mr Koniba DIABATE**

**Biophysique**

#### **5-ASSISTANTS**

**Mr Abdoulaye FAROTA**

**Chimie Physique - Chimie Générale**

**Mr Aboudou DOUMBIA**

**Chimie Générale**

#### **D.E.R MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

##### **1-PROFESSEURS**

**Mr Toumani SIDIBE**

**Pédiatrie**

<b>Mr Mamadou Marouf KEITA</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>Mr Saharé FONGORO</b>	<b>Néphrologie</b>
<b>Mr Baba KOUMARE</b>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Mr Dapa Aly DIALLO</b>	<b>Hématologie</b>
<b>Mr Hamar Allassane TRAORE</b>	<b>Médecine Interne</b>
<b>Mme SIDIBE Assa TRAORE</b>	<b>Endocrinologie</b>
<b>Mr Siaka SIDIBE</b>	<b>Imagerie Médicale</b>
<b>Mr Moussa Y. MAIGA</b>	<b>Gastro-Entérologie</b>
<b>Mr Boubacar DIALLO</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>Mr Boubacar TOGO</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>Mr Daouda K MINTA</b>	<b>Maladie Infectieuse</b>
<b>Mr Youssoufa M MAIGA</b>	<b>Neurologie</b>
<b>Mr Yacouba TOLOBA</b>	<b>Pneumologie</b>
<b>Mme Mariam SYLLA</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>Mme Fatoumata DICKO</b>	<b>Pédiatrie et Génétique Médicale</b>
<b>Mr Souleymane COULIBALY</b>	<b>Psychologie</b>
<b>Mme Kaya Assétou SOUCKO</b>	<b>Médecine Interne</b>
<b>Mr Abdoul Aziz DIAKITE</b>	<b>Pédiatrie</b>

## **2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

<b>Mr Adama DICKO</b>	<b>Dermatologie</b>
<b>Mme Menta Djénébou TRAORE</b>	<b>Médecine Interne</b>

**Mr Djibril SY**

**Médecine Interne**

**Mme SOW Djénébou SYLLA**

**Endocrinologie**

### **3-MAITRES DE CONFERENCES**

**Mr Mody CAMARA**

**Imagerie Médicale**

### **4- MAITRES ASSISTANTS**

**Mr Mamadou N'DIAYE**

**Imagerie Médicale**

**Mr Koniba DIABATE**

**Biophysique**

### **5-ASSISTANTS**

**Mme DEMBELE Mamounia**

**Rhumatologie**

**SIDIBE**

**Mr Bah TRAORE**

**Endocrinologie**

**Mr Modibo MARIKO**

**Endocrinologie**

### **6-CHARGES DE COURS**

**Mr Madani LY**

**Oncologie Médicale**

### **D.E.R SANTE PUBLIQUE**

#### **1- PROFESSEURS**

**Mr Hammadoun SANGHO**

**Santé Publique**

#### **2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

**Mr Cheick Oumar BAGAYOKO**      **Informatique Médicale**

**Mr Oumar SANGHO**

**Santé Communautaire**

**Mr Cheick Abou COULIBALY**

**Santé Publique**

**3- MAITRES ASSISTANTS**

**Mr Abdramane COULIBALY**

**Anthropologie Médicale**

**Mr Seydou DIARRA**

**Anthropologie Médicale**

**4- CHARGES DE COURS :**

**Mr Birama DIAKITE**

**Économie de la Santé**

**Mr Mahamane KONE**

**Santé au travail**

**Mr Ali WELE**

**Management**

**Mr Issiaka DIARRA**

**Anglais**

**Mr Cheick Tidiane TANDIA**

**Santé Publique**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

Je dédie ce travail

- A mon père **NICAISE KITSOUKOU NGOMA**, mon papa d'amour tu es pour moi un exemple de courage, de persévérance, d'honnêteté et d'abnégation dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as inculqué le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi et aussi le fruit de tes conseils, de ton amour et ta confiance. Puisse DIEU t'accorder une longue vie dans la santé afin que tu jouisses du fruit de ton investissement.
- A ma mère **Mme KITSOUKOU FABIENNE N'KALA MBOMBI**, maman chérie tu es bien plus qu'une mère. Tu nous as toujours protégé mes cadets et moi. Femme dynamique, généreuse, joviale, sociable, infatigable, craignant DIEU et dévouée pour son service. Tes encouragements, tes conseils, et ton amour ne m'ont jamais fait défaut. Tu m'as enseigné l'humilité, le respect des ainés, l'amour de mes semblables et surtout la voie du salut. Ce travail est le fruit de ton amour, tes prières et tes sacrifices. Que DIEU te garde longtemps auprès de nous.
- A mes cadets : **DEBORA WAME KITSOUKOU, NICANOR KITSOUKOU NGOMA, SHARON SIMANGUELE KITSOUKOU** ; l'union, la solidarité et l'amour sont la plus grande richesse de la famille. Vous avez tous été d'un soutien inestimable tout au long de mes années d'étude. L'occasion m'est donnée de vous rappeler que les liens de sang sont sacrés. Je vous aime de tout mon cœur, merci pour les bénédictions que vous êtes pour moi. Je suis fière d'être votre sœur ainée, que DIEU nous maintienne ensemble dans ce lien d'amour.
- A mon oncle **Dr JEAN CLAUDE KALA**, gynécologue obstétricien au CHU de Brazzaville, depuis le jour où j'ai porté mon intérêt à l'obstétrique tu m'as toujours soutenu. Tes conseils et tes orientations ont été d'une grande valeur dans l'élaboration de ce travail. Homme de principe, travaillant avec ardeur et rigueur, tu es un, modèle de réussite. Puisse ce travail te rendre encore plus fière de moi.

- A mon oncle **STEVY BAKALA**, bien plus qu'un oncle tu as été un père pour moi. De nuit comme de jour tu as été un soutien moral et financier tout au long de ce cursus. Grande est ma joie aujourd'hui de te dédier ce travail pour lequel tu as tant œuvré. DIEU te bénisse et t'accorde une longue vie.
- A tous les autres membres de ma famille, votre soutien, votre affection et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort. Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon affection indéfectible. Que DIEU vous accorde santé, bonheur et prospérité.
- A toutes les femmes qui n'ont pas pu porter leur bébé dans leurs bras et à tous les nouveau-nés qui n'ont pas pu pousser leur premier cri.

## REMERCIEMENTS

- A DIEU le père créateur tout puissant, pour le souffle de vie, l'intelligence et la santé qu'il m'a accordé durant tout mon parcours ; à JESUS CHRIST mon sauveur et seigneur ; au SAINT ESPRIT mon allié et compagnon de tous les jours.  
A DIEU seul soit la gloire au siècle des siècles, Amen.
  
- A AKOBI NABIL, mon meilleur ami et compagnon, tu es la personne avec qui je peux dire j'ai tout vécu, même contre vents et marées nous avons continué à progresser. Dans la santé et la maladie, dans les rires et les pleurs, dans les épreuves et les réussites, tu as été une force pour m'aider à tenir bon. Tu es une motivation et un exemple de persévérance, merci d'avoir été là du début jusqu'à présent. Ce travail est aussi le fruit de tes multiples encouragements. Que DIEU nous accorde la grâce d'exceller dans nos différents domaines. ‘Plus que trois fois mille, AVIE.
  
- Au Dr GARBA MADANI BEN SAID, tu es mon promotionnaire mais le destin a décidé de faire de toi mon frère. Tu as été d'un soutien inestimable dans les bons et les mauvais moments, merci beaucoup et que DIEU nous accorde la grâce de réaliser nos rêves.
  
- A mes maîtres encadreurs gynécologues et obstétriciens du service : Pr NIANI MOUNKORO, Pr YOUSSEOUF TRAORE, Pr IBRAHIMA TEGUETE, Pr AMADOU BOCOUM, Pr SEYDOU FANE, Dr SIAKA SANOGO, Dr CHEIKNE SYLLA, Dr ADANE ADIAWIAKOYE, merci pour l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait preuve tout au long de mon séjour au service. Que DIEU vous donne longue vie.
  
- A la Famille des chantres du Mali, particulièrement À NOÉ DEMBÉLÉ, HENOC ADJEODAH, DAVID TESSOUGUE, TOM DEMBÉLÉ, ANNE-MARIE TESSOUGUE, LUCIE TOSSOU, ANGELINE DIARRA, ENOCK TERRA, MICHEL COULIBALY, SEWESSE DEMBÉLÉ , DR LUCRESSE MAGNE ... ; vous avez été une bénédiction pour moi durant tout ce parcours universitaire, dans la santé et la maladie vous m'avez soutenu, dans mes faiblesses vous avez été des piliers, dans le besoin vous m'avez tendu les mains et par-dessus tout vous m'avez aidé à grandir spirituellement, je vous en suis reconnaissante et que DIEU vous bénisse.

- A la Jeunesse Pour Christ particulièrement à **EPIPHANIE, GLORIA, MONICE, RACHELLE, RUTH, MARTHE, ROSE, LOUISE, ESTHER** votre amour et vos multiples prières ont été pour moi un vrai booste vous m'avez rendu fière de moi et ce travail est aussi le fruit de vos efforts, Merci beaucoup.
- **Aux missionnaires de la CMA (Christian missionary alliance) précisément aux pasteurs JAY et BEVERLY BELAMY**, vous avez été d'un soutien infaillible depuis le début de mes études, vos prières et vos soutiens multiformes m'ont permis de tenir bon. Que DIEU continue de vous bénir et de vous combler de ses grâces.
- A ma famille congolaise au Mali particulièrement à maman **PRINCIA KENGUE, YA RAIS BAHOUNGAMA, GLOIRE LOUZOLO, KADI SISSOKO ET DR BÉNIS KIAKOUAMA**, merci infiniment pour l'amour et la fraternité à mon égard, bien plus qu'une communauté nous sommes réellement une famille et nous avons traversé ensemble des jours heureux comme difficile, vous avez su combler le vide émotionnel et affectif que je pouvais ressentir parfois.
- **Au Mali et à son peuple**, Merci pour l'accueil et pour tous les bons moments vécus. J'ai passé des beaux moments, rencontrés de belles personnes en plus je me suis senti chez moi. La simplicité est le caractère indéfectible que je garde de toi. Puisse le Tout-Puissant t'accorder la paix.
- **Aux Familles :**
  - **POUDIOUGOU, tonton ELIE et tantine JOSÉPHINE**, merci pour l'accueil et pour tout le temps où vous avez pris soin de moi, vous avez été mes premiers repères. Que Dieu vous bénisse.
  - **TRAORE, tonton VAN et tantine BAYE**, merci pour votre hospitalité et pour tout ce que vous avez fait pour moi durant ce parcours
  - **AMEDEDJISSO, feu papa YAO et maman SUZANNE**, merci pour tout l'amour et la considération envers ma personne, vous êtes pour moi une bénédiction que je chérirai toute ma vie.

- **SOUDRAMIN, papa ALAIN et maman CHRISTIANE**, merci chers parents pour votre présence continuent dans ma vie avec tant d'attention et d'affection, grâce à vous j'ai ressenti cette chaleur familiale et cet amour inconditionnel à chaque fois que nous étions ensemble.
  
- **A Maman EUGÉNIE DOSSOU, maman ADELINE OUAMBO, maman RACHELLE DIBOU** merci pour la chaleur maternelle avec laquelle vous m'avez comblée je vous aime énormément
- **Aux collègues internes**, c'est avec joie que j'ai eue à apprendre avec vous, je souhaite beaucoup de courage à chacun.
- **A AMANI VIANNEY**, mon 'Asso' comme j'ai pour habitude de t'appeler ta présence dans le service a été une bénédiction pour moi car à chaque fois que c'était difficile tu étais là pour me fortifier et me soutenir, merci pour tout.
- **A GAIUS TATFO**, merci pour ta patience et ton investissement dans l'élaboration de ce travail, puisses tu trouver ici ma reconnaissance. Que DIEU nous montre ton tour
- **Aux DES** qui étaient en rotation durant toute ma durée dans le service, c'était un plaisir de travailler avec vous, merci pour les conseils et les encouragements.
- **Aux sages-femmes, IBODE et infirmières** vous avez été de beaucoup dans ma formation.
- **Au corps professoral de l'UKM**, merci pour la qualité des enseignements reçus
- **A la 9ieme promotion de médecine à l'UKM**, nous avons eu un parcours de guerrier et cela nous a uni a jamais, bonne suite à chacun de nous.
- **Aux amis et connaissances** qui ont œuvré de prêt ou de loin à l'élaboration de ce document, participé à ma réussite, intentionnellement ou pas je vous dis un grand-merci.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**À notre Maitre et Président du jury**

**Professeur ABDOUL AZIZ DIAKITÉ**

- Professeur titulaire de pédiatrie a la FMOS,
- Chef de service de la pédiatrie général au CHU Gabriel Touré,
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose dans le service de pédiatrie,
- Spécialiste en hématologie pédiatrique,
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales,
- Président de la commission médicale des établissements

**Honorable maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant généreusement de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre savoir-faire, votre rigueur pédagogique et vos qualités humaines font de vous l'un des meilleurs maîtres. Grande est notre chance de pouvoir profiter en ce jour de vos enseignements. C'est l'occasion pour nous de vous remercier cher maître et de prier afin que DIEU vous accorde santé et longévité. Amen !

**A notre maître et juge**

**Professeur MOUSTAPHA ISSA MANGANE**

- Maître de Conférences agrégé d’Anesthésie Réanimation à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Ancien Interne des hôpitaux
- Chef de service de la réanimation du CHU Gabriel Touré
- Titulaire d’un diplôme inter universitaire en Neuro-Réanimation à Nancy
- Membre de la SARMU-Mali
- Membre de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d’Anesthésie et Réanimation (WSFA)
- Membre de la SFAR

**Cher maître,**

Nous vous sommes reconnaissants de l’honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Votre patience, douceur et votre amour du travail bien fait force au respect. Vos critiques et suggestions ont été des apports capitaux pour l’amélioration de notre travail. Nous profitons de cette opportunité pour vous exprimer notre profonde admiration et gratitude.

Que Dieu vous bénisse.

**A notre Maitre et Co-directeur de thèse**

**Professeur AMADOU BOCOUM**

- Maitre de conférences agrégé en gynécologie obstétrique,
- Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Titulaire d'un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique en France,
- Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en gynécologie en France,
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'Université de Paris Descartes,
- Secrétaire général Adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),

**Cher Maitre,**

Nous sommes reconnaissants d'avoir reçu de vous un encadrement tant scientifique que social. Plus qu'un co-directeur, vous avez été pour nous un mentor et un père. Compréhension, don de soi et dévouement sont vos qualités, pour ne citer que celles-ci. Votre courage, votre engagement et votre humilité ont forcé notre admiration et notre respect. Retrouvez ici l'expression de notre grande estime et de la fierté que nous éprouvons d'être comptés parmi vos élèves. Puisse DIEU vous combler de bénédiction et vous accorder santé et longévité.

**À notre Maitre et Directeur de thèse**

**Professeur YOUSOUF TRAORÉ**

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS,
- Chef de département de la gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Modérateur nationale et expert sur la PTME au Mali,
- Titulaire de diplômes universitaires « Méthode de recherche clinique » et « Epidémiologique » de Bordeaux I,
- Vice-président de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Chef de la filière Sage-femme de l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS),
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)
- Enseignant chercheur

**Honorable maitre,**

Nous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faîte en nous confiant ce travail ; d'y avoir consacré une partie de votre temps précieux et de nous avoir guidé avec rigueur. Nous garderons de vous, l'image d'un maître généreux de son savoir, d'un médecin humaniste, d'un scientifique assoiffé de savoir. Soyez rassuré de notre estime, notre profonde gratitude et notre entière confiance. Que DIEU vous garde longtemps à nos côtés afin que nous bénéficiions de votre grand savoir.

## **Liste des abréviations**

**ADN** : Acide Désoxyribonucléique

**ARN** : Acide Ribonucléique

**BCF** : Bruits du Cœur Foetal

**BGR** : Bassin Généralement Rétréci

**CDD** : Circonstances De Découverte

**CIVD** : Coagulation Intravasculaire Disséminée

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CPN** : Consultation Pré Natale

**CUD** : Contractions Utérines Douloureuses

**DFP** : Disproportion Foeto Pelvienne

**DPPNI** : Décollement Prématuré du Placenta Normalement Inséré

**HDM** : histoire de la maladie

**HRP** : Hématome Rétro Placentaire

**HTA** : Hypertension Artérielle

**LA** : Liquide Amniotique

**MAP** : Menace d'accouchement Prématuré

**RCF** : Rythme du cœur foetal

**RPM** : Rupture prématuroe des membranes

**SA** : Semaine D'aménorrhée

**SAA** : Soins après avortement

**SFA** : Souffrance foetale aiguë

**Liste des figures**

Figure 1 : Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme [17] .....	9
Figure 2 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à terme [17] .....	10
Figure 3 : Coupe longitudinale du placenta et de l'utérus montrant un HRP à 33SA.[9].....	13
Figure 4 : Aspect tomodensitométrique de la nécrose de tout le foie gauche au cours du Hellp syndrome [17] .....	19

**Liste des tableaux**

<b>Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge .....</b>	<b>30</b>
<b>Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction .....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau IV : Répartition des patientes selon le mode d'admission .....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....</b>	<b>32</b>
<b>Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre de consultations pré-natales réalisées .....</b>	<b>32</b>
<b>Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admission.....</b>	<b>33</b>
<b>Tableau VIII: Répartition des patientes selon le nombre de gestité</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Tableau IX : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel .....</b>	<b>33</b>
<b>Tableau X : Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission .....</b>	<b>34</b>
<b>Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état du BCF à l'admission .....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau XII : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine avant l'accouchement .....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau XIII : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine après l'accouchement .....</b>	<b>36</b>
<b>Tableau XIV : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu.....</b>	<b>36</b>
<b>Tableau XV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....</b>	<b>37</b>
<b>Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'administration de produit sanguin .....</b>	<b>37</b>
<b>Tableau XVII : Répartition des patientes selon le transfert en réanimation.....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.....</b>	<b>39</b>
<b>Tableau XIX : Répartition des patientes selon les complications maternelles dans le post partum .....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau XX : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés.....</b>	<b>39</b>
<b>Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'Apgar à la 1<sup>re</sup> minute du nouveau-né.</b>	<b>40</b>
<b>Tableau XXII : Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né à la naissance..</b>	<b>41</b>
<b>Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le transfert en néonatalogie du nouveau-né .....</b>	<b>41</b>
<b>Tableau XXIV:Récapitulatifs des Facteurs de risque de l'HRP chez les primipares.....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau XXV:Récapitulatifs des facteurs pronostiques maternels .....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau XXVI:Récapitulatif des facteurs pronostiques périnatals.....</b>	<b>43</b>

**Table des matières**

I.	INTRODUCTION .....	1
	OBJECTIFS.....	3
II.	GENERALITES.....	5
III.	METHODOLOGIE.....	26
IV.	RESULTATS .....	30
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	45
VI.	CONCLUSION.....	50
VII.	RECOMMANDATIONS .....	51
VIII.	REFERENCES .....	53
	ANNEXE.....	58

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

L'hématome rétro-placentaire (HRP), ou décollement prématûr du placenta normalement inséré (DPPNI), survient lorsque le placenta se détache de la paroi utérine avant la naissance, interrompant ainsi les échanges materno-fœtaux [1,3]. Son incidence mondiale varie entre 0,5 % et 1,8 % des grossesses [4].

Bien que des facteurs de risque bien établis existent, tels que les âges extrêmes de la maternité, les femmes de descendance mélanodermique, les antécédents de césarienne ou d'HRP, les thrombophilies, l'usage de toxiques, l'hypertension artérielle (HTA), la rupture prématûrée des membranes (RPM) et les traumatismes abdominaux [5,8], l'HRP demeure une pathologie difficile à prévoir. La parité a également été identifiée comme un facteur de risque important [9]. En effet, plusieurs études menées en Afrique, telles que celles de Mian D et al. en 2014 en Côte d'Ivoire [9] et Thiam O et al [10] au Sénégal la même année ont montré que la primiparité est associée à une fréquence élevée de l'HRP, atteignant respectivement 54,2 % et 36,7 %.

L'HRP chez les femmes primipares pourrait être en partie dû à un suivi prénatal insuffisant, ce qui empêche la dépistage précoce et la prise en charge des facteurs de risque associés [11]. Cliniquement, l'HRP se manifeste souvent de manière imprévisible, avec des symptômes caractéristiques tels que des métrorragies faites de sang noir, une contracture utérine permanente accompagnée de douleurs abdominales brusques, et une réduction ou absence des mouvements actifs fœtaux. Sur le plan paraclinique, il peut être confirmé par des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) et la mise en évidence d'un hématome à l'échographie [5, 6]. Survenant généralement au cours de la seconde moitié de la grossesse, l'HRP est cause de complications graves pour la mère et le fœtus, en faisant une urgence vitale. La mortalité maternelle est d'environ 1,1 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays industrialisés [6], mais peut atteindre 6 % dans les pays en développement [10].

Malgré les avancées en matière de diagnostic et de traitement, l'HRP demeure une complication obstétricale sévère et souvent difficile à diagnostiquer, en raison de ses formes atypiques fréquentes. Peu d'études ont été menées spécifiquement sur l'HRP chez les primipares dans le département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako. Cette étude vise à analyser les facteurs de risque et le pronostic de l'HRP chez les femmes primipares dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré, un établissement de référence du Mali, en raison de l'important du nombre d'évacuations vers cet hôpital.

**Hypothèses de recherche :**

- Les femmes primipares présentant un HRP ont un pronostic materno fœtal moins favorable par rapport à celles qui n'ont pas de complication, en raison de la fréquence de formes graves et de complications associées à l'HRP.
- Une prise en charge précoce et un diagnostic rapide de l'HRP réduisent le taux de mortalité et de morbidité chez les primipares.

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Étudier les facteurs de risque et le pronostic materno-fœtal de l'hématome retro-placentaire chez les primipares.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence de l'HRP chez les primipares
- Identifier les différents facteurs de risques entraînant l'HRP chez les primipares
- Décrire la prise en charge
- Établir le pronostic materno-fœtal.

# **GENERALITES**

## II. GENERALITES

### 1. Définition :

L'hématome rétro placentaire (HRP) est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomicquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine [12].

### 2. Épidémiologie

#### a- Prévalence

Il est délicat d'établir un chiffre précis concernant la fréquence de l'hémorragie du post-partum (HRP). En effet, ses formes mineures passent souvent inaperçues et ne sont révélées qu'à travers un examen approfondi. Néanmoins, les études publiées indiquent une prévalence allant de 0,25% [13] à 6% [14]. On observe des variations significatives dans différentes régions comme : la France où la fréquence de l'HRP se situe entre 0,25% et 1% [12] ; aux États-Unis les estimations varient de 0,6% à 1% ; dans les pays en développement la prévalence est plus élevée oscillant entre 4,5% et 6% [10 , 14] ; en Côte d'Ivoire une étude menée en 2014 a rapporté une fréquence particulièrement élevée de 54,2% [9] ; et au Sénégal des travaux menés ont mis en évidence une association entre la primiparité et la survenue de l'HRP, avec des fréquences rapportées de 36,7% [10].

#### b- Facteurs de risque

La survenue de l'hématome rétro-placentaire est souvent imprévisible c'est pour cela que la présence de facteurs de risque justifie une surveillance particulière de la grossesse [15].

#### Hypertension artérielle gravidique

La circonstance la plus classique de survenue d'un hématome rétro- placentaire est celle de l'hypertension artérielle gravidique et plus particulièrement la pré éclampsie. Au cours de la pré-éclampsie, des lésions vasculaires du placenta provoquent la rupture artérielle au niveau de la caduque et la constitution de l'hématome.

#### Antécédents d'HRP

L'hématome rétro-placentaire a tendance à se répéter ; les femmes ayant déjà fait un hématome rétro-placentaire auraient environ 10% de chance de voir se reproduire l'accident ; cette constatation statistique n'a toujours pas reçu d'explication.

#### Âge / parité

Ils interviennent par le biais d'autres facteurs de risque, la primipare présentant plus volontiers les hématome rétro-placentaire qui compliquent une toxémie gravidique ou une pré éclampsie, les HTA chroniques ou récidivantes s'associent avec l'âge plus avancé des femmes et la

multiparité. L'hématome rétro-placentaire semble plus fréquent après 30 ans. En effet la fréquence de l'hématome rétro-placentaire croît avec l'âge et la parité. Selon certains auteurs elle double à partir de la 4ème grossesse et triple à la 5ème grossesse.

### Traumatismes

L'hématome rétro-placentaire est très exceptionnellement d'origine traumatique (à peine 1% des cas dans les séries publiées), parfois tardif (3 jours). Les chocs directs sur l'abdomen semblent bien être parfois en cause (accident de circulation, ceinture de sécurité, chute d'une hauteur...). En cas de choc abdominal violent, une surveillance de 48 heures s'impose. Les versions par manœuvres externes sont souvent suivies d'hématome rétro-placentaire. Il y a là une raison importante pour que ces manœuvres restent prudentes, excluant la force excessive et que l'anesthésie générale soit évitée dans la mesure où elle pourrait conduire à une version forcée [16].

### Défaut de placentation, rôle du déficit en acide folique

Certains veulent voir à l'origine de l'hématome rétro-placentaire un défaut de placentation lors des premières semaines de la grossesse. Pour eux, la carence en acide folique serait responsable de ce défaut de placentation ; la dépression de la synthèse de l'ARN et de l'ADN conduit à une multiplication cellulaire défectiveuse.

### Les causes toxiques

Certains facteurs toxiques tels l'alcool, le tabac et la cocaïne ont été mis en cause.

### Rupture prématurée des membranes et Chorioamniotite

Les liens entre chorioamniotite, rupture prématurée des membranes et hématome rétro-placentaire ont fait l'objet de plusieurs mises au point à l'issue desquelles il demeure difficile de déterminer dans quel sens se fait une éventuelle relation de causalité. La physiopathologie avancée explique le développement de l'hématome rétro-placentaire en cas d'infection amniotique ou de rupture prématurée des membranes par, l'activation des cellules macrophagiques par des cytokines telles que l'IL-1 ou le TNF-alpha. Ces cellules immunitaires libèrent des matrix métalloprotéinases (MMP) ce qui induit un clivage entre placenta et la membrane déciduale.

### 3. Rappels sur la grossesse, le placenta, et le l'accouchement [12 ; 17]

#### 3.1. Grossesse

Le développement de l'oeuf s'effectue de façon continue, de la fécondation à la naissance.

Deux périodes doivent cependant être distinguées : la période embryonnaire et la période fœtale.

### Période embryonnaire

Elle couvre les soixante premiers jours de la vie :

- Pendant les quatre premières semaines, l'embryon s'individualise au sein de l'œuf;
- Au cours du 2ème mois, les principaux organes se mettent en place et le modelage extérieur s'effectue.

Une agression de l'œuf à cette période peut entraîner la mort embryonnaire, ou une malformation congénitale, qui sera fonction de la nature et de la date de l'agression.

La période embryonnaire se déroule selon l'ordre chronologique suivant en fonction de la semaine de grossesse : - la 1ère semaine correspond au transit tubaire, l'entrée utérine en J5, et l'implantation de l'œuf en J7, cette période correspond à la segmentation de l'œuf en 2 blastomères, stade de morula en J4, stade de blastocyte en J5, puis le bouton embryonnaire.

- 2ème semaine, cette période correspond à la nidation, en ce moment il y aura formation des éléments suivants : l'entoblaste, l'ectoblaste, l'embryon didermique et la cavité amniotique.
- 3ème semaine, cette période correspond à la gastrulation.
- de la 4ème semaine jusqu'à la fin du 2ème mois on assiste à la formation des éléments selon l'ordre suivant : l'épiderme + tissu nerveux, les glandes digestives, l'épithélium digestif et respiratoire, le tube cardiaque (bat à J23), séparation de la trachée et l'intestin, le foie, le pronéphros, 3 vésicules cérébrales , le mésonéphros, le Pancréas, 5 vésicules cérébrales, 42 - 44 paires de somites, une hernie ombilicale physiologique, le diverticule urétéral, l'ébauche gonadique indifférenciée , le métanéphros , le cœur à 4 cavités , le testicule ou ovaire, la division cloacale, et le diaphragme membraneux.

Seul l'appareil génital poursuit sa différenciation pendant le 3ème mois.

### Période fœtale

Au début du 3ème mois, l'embryon devient fœtus. Jusqu'à la naissance ne vont se dérouler que des phénomènes de croissance et de maturation. La croissance fœtale se fait par multiplication cellulaire jusqu'à la 30ème semaine, puis par augmentation de la taille des cellules après cette date.

À partir du 4ème mois, cette croissance est faite grâce au placenta.

La maturation intéresse les différents organes à une date et une période qui diffèrent suivant l'organe considéré.

Après le 6ème mois, croissance et maturation peuvent se faire hors de l'utérus. Une agression sévère du fœtus peut se traduire par une perturbation de la croissance fœtale, ou hypotrophie fœtale, ou par une lésion tissulaire, par exemple du système nerveux.

### **3.2. Placenta**

Le placenta fait partie des annexes du fœtus, qui sont des formations temporaires destinées à protéger, à nourrir et à oxygénier l'embryon, puis le fœtus durant la vie intra-utérine.

#### **3.2.1. Formation du placenta**

La formation du placenta est induite par le blastocyste logé dans l'endomètre qui provoque la réaction déciduale de la paroi utérine.

Le trophoblaste qui va constituer le placenta, apparaît dès le 5ème jour de la gestation, qui est la couche la plus superficielle du blastocyste appelée couronne trophoblastique et qui comprend dans la profondeur le cytotrophoblaste et l'assise superficielle ou syncytiotrophoblaste, qui assure la lyse des éléments maternels et l'absorption des produits nutritifs.

C'est vers le 21ème jour de gestation que le réseau intravillositaire se raccorde aux vaisseaux allantoïdes et par leur intermédiaire au cœur fœtal pour établir la circulation fœtale. Les villosités sont devenues les villosités tertiaires. Elles occupent toute la surface de l'œuf.

Le placenta est totalement constitué à partir du 5ème mois de la grossesse. Dès lors, son augmentation de volume se fera sans modification de sa structure. En cas de dépassement du terme de la grossesse le placenta non seulement ne joue plus son rôle, de plus constitue un obstacle à la bonne alimentation et à la bonne oxygénéation du fœtus.

#### **3.2.2. La circulation placentaire**

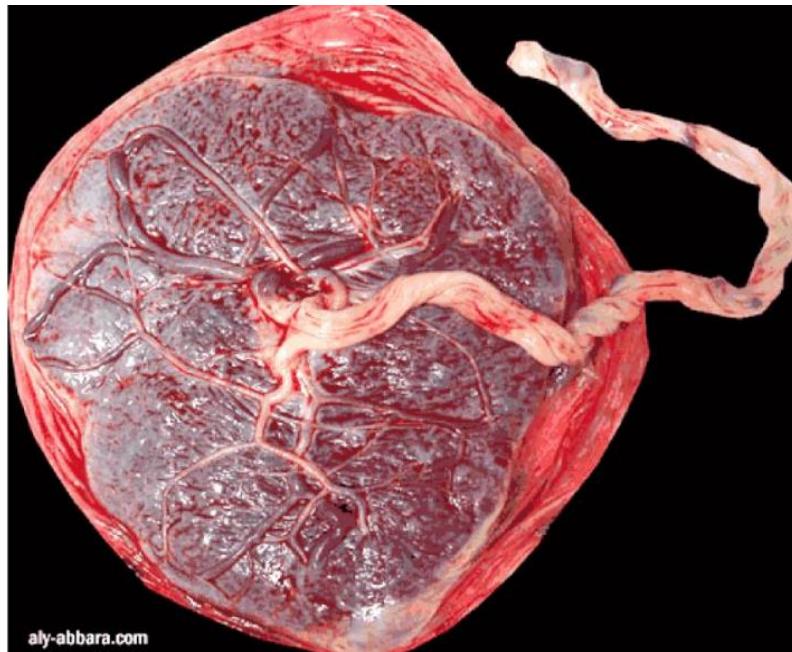
Elle se divise en deux circulations distinctes : la circulation maternelle et la circulation fœtale, qui sont séparées par la barrière placentaire.

#### **3.2.3. Anatomie macroscopique du placenta**

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue discoïde ou elliptique. Il mesure 16 à 20 cm de diamètre : son épaisseur est de 2 à 3 cm au centre et de 4 à 6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance à terme est en moyenne de 500 à 600 g soit le sixième du poids du fœtus. Mais au début de la grossesse le volume du placenta est supérieur à celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend deux faces et un bord.

**Face fœtale :**

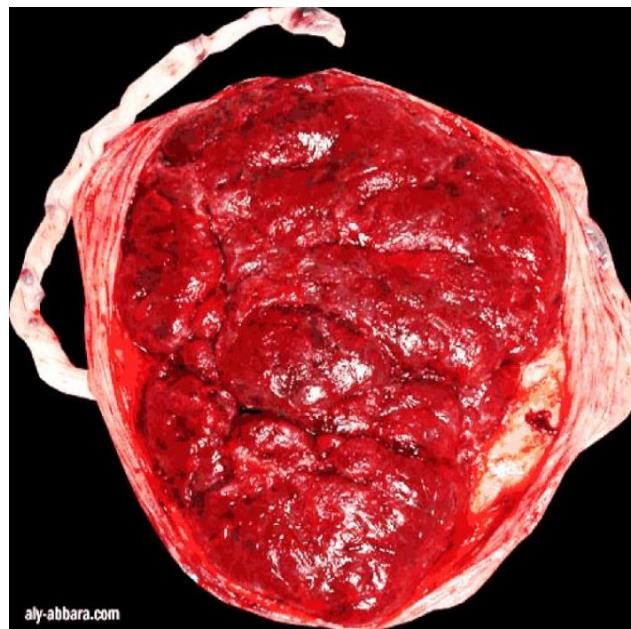
Elle est lisse, luisante, tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent, et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical, tantôt près du centre, tantôt à la périphérie, plus ou moins près du bord.



**Figure 1 : Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme [17]**

### **Face maternelle :**

Charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds creusés par les septa.



**Figure 2 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à terme [17]**

**Bord circulaire** : il se continue avec les membranes de l'œuf (chorion et amnios).

### 3.2.4. Physiologie du placenta [18]

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité foeto-placentaire » une complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure la fonction hormonale de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses.

Les échanges trans-placentaires se font par plusieurs mécanismes :

- Par simple diffusion ,
- Par les molécules porteuses,
- Par intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire,

Les échanges sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

### 3.3. Accouchement normal

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminins à partir de 28 SA.

Il comprend trois étapes : le travail d'accouchement, la période expulsive, et la délivrance.

#### a- Le travail d'accouchement

C'est les contractions utérines régulières associées à une modification du col utérin. Il comprend deux phases :

- Phase de latence, qui correspond à la dilation du col utérin de 1 à 4 cm.
- Phase active, qui correspond à la dilation du col utérin de 5 à 10 cm.

#### b- La période expulsive

Comprend trois étapes :

- Engagement : C'est lorsque le plus grand diamètre de la présentation a franchi le détroit supérieur.
- Descente et rotation : la descente va se faire dans un axe non plus oblique mais antéro-postérieur, le plus souvent en occipito-pubien (le fœtus regardant vers le bas quand la mère est en position gynécologique).
- Dégagement de la tête et l'extraction du reste du corps par l'opérateur.

#### c- La délivrance :

C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital.

Elle comporte trois phénomènes :

- Décollement du placenta entre les caduques compacte et spongieuse par constitution d'un hématome rétro placentaire physiologique,
- Expulsion du placenta sous l'influence des contractions et de son propre poids, elle est généralement aidée par l'accoucheur.
- Hémostase qui n'est possible que si l'utérus est vide et est assurée en premier lieu par la rétraction utérine : les fibres musculaires collabent les vaisseaux. L'hémostase biologique est plus tardive. Un retard à l'expulsion du placenta (rétention placentaire complète), la persistance de débris (rétention partielle) ou une défaillance du muscle utérin (atonie utérine) sont responsables d'hémorragies de la délivrance.

### 4. Physiopathologie de l'HRP [12 , 20]

Sur une lésion initiale de thrombose ou d'infarctus complet par interruption du flux sanguin vers la caduque, la restauration temporaire, parfois brutale, de ce flux sanguin va entraîner un hématome au sein de ces tissus lésés.

On assiste, dans un 1er temps, à une forte coagulation du sang suite à la fibrination, liée à la libération des thromboplastines contenues en abondance dans le placenta, le LA et la caduque. Il s'ensuit une transformation excessive du fibrinogène en fibrine.

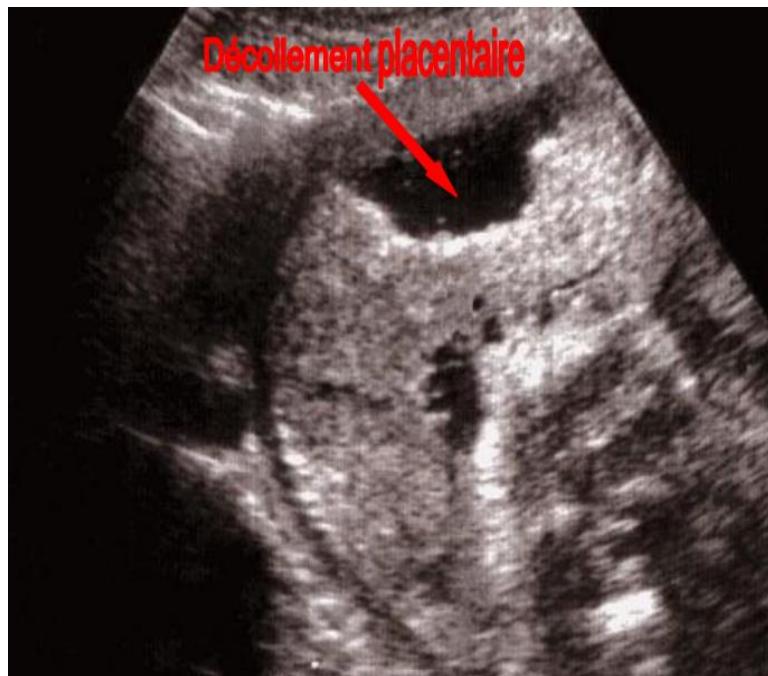
En réaction, la fibrine est lysée par des fibrinolysines formées sous l'influence d'activateurs d'enzymes en provenance eux aussi du placenta.

Cette fibrinolyse réactionnelle, d'abord bienfaisante car elle modère la fibrination intravasculaire, peut devenir dangereuse en créant un véritable cercle vicieux : destruction de la fibrine au fur et à mesure de sa production. D'où appel continu du fibrinogène jusqu'à son épuisement.

On comprend dès lors que cette lésion se constitue d'autant plus facilement qu'il existe une fragilité capillaire liée à une micro angiopathie (pré-éclampsie) ou lorsqu'il existe une gêne au retour veineux utéroplacentaire (Grossesse Gémellaire, hydramnios). On ne retrouve un facteur de risque que dans 50 à 70% des cas d'HRP.

### 5. Anatomo-pathologie de l'HRP [12]

**Étude macroscopique :** La lésion constante consiste en un décollement du placenta par un hématome décidual basal. Comme le placenta est en général normalement inséré, l'hématome reste endigué et creuse une cupule sur la face utérine de l'organe. La cupule, plus ou moins importante, occupe une zone allant des dimensions de 3 cm de diamètre à la totalité de la surface placentaire. Le tissu villeux y est tassé et aplati. Les bords montent en pente douce vers la surface placentaire intacte. Le caillot, dont le poids est en rapport avec les dimensions du décollement, adhère lâchement au fond de la cupule. Si le placenta est entièrement décollé, la cupule fait place à un aplatissement total de l'organe. Les lésions de l'utérus consistent en une infiltration sanguine du myomètre, dont l'intensité est très variable. Dans les formes moyennes, de larges ecchymoses occupent les deux faces, dont la teinte va du rouge cuivre au bleu foncé et au noir (utérus bigarré). Punctiformes dans les formes discrètes, ces taches ecchymotiques peuvent provoquer, dans les formes graves, de petites fissures irrégulières du péritoine utérin et un petit épanchement intra-abdominal de liquide séro-sanguinolent.



**Figure 3 : Coupe longitudinale du placenta et de l'utérus montrant un HRP à 33SA [9].**

**Étude microscopique :** Du sang extravasé occupe les espaces conjonctifs inter fasciculaires, mais on ne trouve pas de vascularité. La lésion essentielle est l'éclatement des capillaires.

Annexes : (trompe, ovaires), ligaments larges et ligaments ronds peuvent participer au processus apoplectique.

Les lésions hémorragiques peuvent, dans les formes graves, frapper des viscères non génitaux, surtout le foie et les reins peuvent aussi être le siège des lésions du « rein de choc » et à l'extrême, des lésions de nécrose corticale, dont on trouvera l'explication à l'étude de la pathogénie. La mort du fœtus est la conséquence des bouleversements utéro-placentaires et l'extrême hypertonie utérine.

## 6. Classification de l'HRP [18 , 19]

Il en existe plusieurs types, elles prétendent toutes déterminer des degrés de gravité croissante. Elles reposent sur la présentation clinique, l'état du fœtus, l'existence de troubles de la coagulation et parfois sur l'étendue anatomopathologique du décollement. Nous allons nous intéresser à la classification de SHER.

### Classification de l'HRP selon SHER

Grade I - Métrorragie minime inexpliquée, - Diagnostic rétrospectif post-partum d'un petit hématome.

Grade II - Hypertonie utérine - Fœtus vivant.

Grade III Avec mort fœtale in-utéro, subdivisée-en :

\* Grade IIIa : sans troubles de la coagulation

\* Grade IIIb : avec troubles de la coagulation.

### 7. Facteurs de risque

#### 7.1. Hypertension artérielle gravidique [17]

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'hypertension artérielle gravidique et plus particulièrement la pré-éclampsie. La prise en charge soigneuse de la grossesse surtout si elle est compliquée d'hypertension artérielle, a permis de réduire de façon significative la fréquence de l'éclampsie.

#### 7.2. Age – parité [20 ,21,22]

L'HRP semble plus fréquent après 30 ans. En effet la fréquence de l'HRP croît avec l'âge et la parité. Selon certains auteurs elle double à partir de la 4ème grossesse et triple à la 5ème grossesse.

#### 7.3. Traumatismes [23]

L'HRP est exceptionnellement d'origine traumatique, parfois tardif (3 jours). En cas de choc abdominal violent une surveillance de 48 heures s'impose.

#### 7.4. Les accidents funiculaires [24]

Il peut s'agir d'un cordon court ou d'un circulaire du cordon. Dans ces cas la traction du fœtus sur le placenta peut entraîner son décollement placentaire.

#### 7.5. HRP récidivants [25]

Les femmes ayant déjà fait un HRP auraient environ 10% de chance de voir se reproduire l'accident ; cette constatation statistique n'a toujours pas reçu d'explication.

#### 7.6. Défaut de placentation, rôle déficit en acide folique : [17]

Pour certains, la carence en acide folique serait responsable de ce défaut de placentation ; la dépression de la synthèse de l'ARN et de l'ADN conduirait à une multiplication cellulaire défectiveuse.

#### 7.7. Les facteurs toxiques [17]

Certains facteurs toxiques tels que l'alcool, le tabac et la cocaïne ont été mis en cause. D'autres facteurs plus difficiles à mettre en évidence : ce sont notamment le célibat, les antécédents d'avortement, les infections à répétition, les rapports sexuels au cours du 3ème trimestre de la grossesse et l'influence des saisons.

#### 7.8. Autres facteurs de risques [25 ; 26 ; 27]

Ce sont : la menace de fausse couche, la station debout associée à de nombreux déplacements pendant le travail d'accouchement, le bas niveau socioéconomique, l'hydramnios (par

décompression utérine brutale), la grossesse gémellaire, l'expression utérine faite brutalement, l'accouchement de siège ,l'amniocentèse, l'anticoagulant circulant ou de l'anti-cardiolipide, le sexe masculin du fœtus, le terme dépassé de la grossesse, la race noire, les malformations fœtales, et les causes idiopathiques .

### 8. Diagnostic

#### 8.1. Diagnostic positif

##### Circonstances de découverte(CDD)

L'HRP est découvert par l'échographie, par l'examen du placenta après l'accouchement, devant une métrorragie pendant le 3ème trimestre de la grossesse, devant une douleur abdominale pendant le 3ème trimestre de la grossesse, et devant la triade « douleur abdominale aigue en coup de poignard, d'apparition brutale, de siège diffus (douleur utérine), accompagnée de métrorragies et d'une diminution, voire d'une disparition des mouvements actifs fœtaux. »

##### 8.1.1 Forme complète

**Début :** En général il est brutal. Sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension préalable, précédée ou non d'une des causes occasionnelles déjà citées, la crise éclate avec soudaineté. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable, souvent vive, brusquement apparue. Elle perd un peu de sang noir. Tout de suite, l'état général cesse d'être bon, une certaine angoisse se manifeste.

**Période d'état :** Elle est très vite constituée :

##### Signes fonctionnels :

- La douleur abdominale : brutale, en coup de poignard, ou sous forme de crampe continue, très violente, parfois modérée. Le siège est médian mais parfois aussi latéral, diffusant rapidement vers les fosses lombaires, la région dorsale ou crurale. Contrairement aux contractions utérines douloureuses, elle est permanente.
- Les métrorragies noirâtres : sont d'abondance variable, mais en général modérées, ou quelques fois minimes, faites de caillots noirs. Sa quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

##### Signes généraux :

- Faciès angoissé ; les traits tirés ; souvent une dyspnée « sine materia» s'installe.
- Pâleur, prostration, refroidissement des extrémités.
- Le pouls est du moins au début lent, dur, tendu. Très vite il s'accélère et s'affaiblit.
- La tension artérielle s'élève toujours au début du décollement

- Le coup hypertensif survient sur une hypertension préalable, ou bien c'est la hausse brusque d'une pression antérieurement normale. Les chiffres tensionnels au moment de l'accident peuvent être trompeurs car l'hypertension est vite suivie d'une chute traduisant le choc.
- L'état de choc est plus ou moins intense.
- Signes inconstants et évocateurs : nausées, vomissements, tendance syncopale.
- La diurèse est réduite (oligo-anurie). La protéinurie, lorsqu'elle existe est soudaine et massive. C'est l'ictus albuminurique.

### Signes physiques :

-L'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dur, c'est là le signe essentiel. Dur comme du bois « utérus de bois », partout et tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Certains hématomes de petits volumes ne s'accompagnent pas de contractures, mais d'une hypercontractilité utérine (hypercinésie de fréquence, mauvais relâchement utérin entre les contractions utérines).

- Il augmente de volume, souvent décelable d'un examen à l'autre et est d'autant plus dur, que l'hémorragie externe est moins abondante. Il traduit l'évolutivité de l'HRP.
- Une ascension du fond utérin difficile à apprécier. On peut noter cette augmentation rapide lors des examens successifs.
- A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont absents ; cependant, surtout si l'on s'aide d'appareils à enregistrer, il arrive que l'on perçoive les battements cardiaques au début de l'accident.

L'enregistrement montrera presque toujours des signes de souffrance fœtale grave.

- Au toucher vaginal, le segment inférieur, dur, ligneux et tendu, «en sébile de bois» témoignant de la contracture utérine (hypertonie utérine). Le col est parfois déjà modifié, ce qui confirme le début du travail, la poche des eaux est elle-même tendue.
- Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtre.
- L'examen au spéculum permet de s'assurer de l'origine utérine de l'hémorragie dans les cas douteux.

En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic de l'HRP.

En résumé l'association :

- Début brutal,
- Douleur et contracture utérine (hypertonie),
- Métrorragies noirâtres,

- Souffrance fœtale grave ou mort fœtale est très souvent évocatrice du diagnostic clinique de l'HRP. Il convient alors d'apprécier son retentissement sur l'état général, autrement dit d'apprécier l'intensité du choc.

### 8.1.2. Autres formes cliniques

#### Formes avec hémorragie externe abondante

Lorsque le placenta se trouve inséré relativement bas, à proximité du segment inférieur, l'hématome arrive à décoller les membranes, à fuser vers le bas, et à s'évacuer par le vagin. L'hémorragie externe est alors abondante, la douleur est moindre, l'utérus reste plus souple et son volume augmente moins. Aussi cette forme clinique simule-telle l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

#### Formes frustes

Certains petits hématomes localisés peuvent passer inaperçus. Les signes cliniques sont discrets ou absents. Mais la femme accouche d'un mort-né, et sur le placenta, l'hématome dans sa cupule donne rétrospectivement la preuve de cet accident.

#### Formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra génitale

Le premier signe est soit une hématurie, soit une hématémèse. Les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement.

#### Formes récidivantes à des grossesses successives

Elles ne sont pas rares et s'observent surtout dans les HRP d'origine toxémique. La récidive tend à être plus grave que l'incident observé lors de la grossesse précédente.

#### Formes d'origine traumatique

Leur étiologie relève, soit de la version par manœuvres externes, soit d'un accident, le plus souvent de la voie publique.

### 8.1.3. Formes associées

#### Formes associées à un placenta prævia.

Elles s'observent parfois. La situation anormale du placenta est souvent connue par la surveillance échographique. Mais la fréquence varie selon les critères de définition choisis. Pour certains auteurs 4,5% des placentas prævia se compliquent d'un HRP.

#### Forme associée à une rupture utérine : c'est une forme grave.

## 8.2. Diagnostic différentiel

C'est essentiellement le diagnostic différentiel des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse.

**a- Placenta prævia :** Le diagnostic peut être difficile lorsque l'hématome rétro placentaire s'accompagne d'une hémorragie externe abondante par la vulve.

**Les signes évocateurs sont :**

- L'hémorragie faite de sang rouge vif liquide, indolore survenant en dehors de toute contraction utérine ;
- L'utérus souple ;
- Les bruits du cœur foetal présents. En cas de diagnostic difficile, une échographie peut être utile. Elle permet de visualiser le placenta à la partie basse de l'utérus, d'en voir les limites.

### **b- L'hématome décidual marginal (HDM)**

L'HDM est une complication de la grossesse survenant lorsqu'une portion marginale du placenta se décolle, ce qui entraîne un saignement entre le placenta et l'utérus. Les douleurs abdominales sont classiquement absentes.

### **c- Hémorragies d'origine cervico-vaginale**

Ces hémorragies sont souvent bénignes et surviennent après un examen gynécologique ou un rapport sexuel. L'examen au spéculum confirme l'origine cervico-vaginale de l'hémorragie. Elles sont sans conséquence sur le bien-être foetal.

### **d- Hémorragie de BENCKISER**

C'est une hémorragie survenant uniquement au cours de l'accouchement lors de la rupture des membranes.

### **e- Rupture utérine**

L'absence d'hypertonie, la palpation de l'abdomen mettent en évidence une défense exquise, dans certains cas la palpation du fœtus sous la peau, l'hémorragie vaginale faite de sang rouge d'abondance variable, permettent de faire le diagnostic. Le fœtus meurt habituellement.

**f- Syndromes douleurs abdominaux :** - Coliques néphrétiques, - Pancréatite aiguë, - Appendicite aiguë.

**g- Autres :** - Hydramnios, - Torsion du kyste, - Hémorragie intra-péritonéale, vu l'importance des signes généraux.

## **9. Évolution En absence de traitement, ou du traitement non convenable**

L'aggravation peut être rapide. L'état général s'altère de plus en plus. Le choc s'accentue, la tension artérielle s'effondre et le pouls s'accélère. La mort peut survenir.

### 10. Complications

L'évolution spontanée du DPPNI se fait vers l'apparition de complications dans un délai parfois très bref. Elles sont essentiellement :

- Les troubles de la coagulation ;
- Les accidents rénaux ;
- L'état de choc hypovolémique ;
- L'apoplexie utéro-placentaire de COUVELAIRE.

#### 10.1. Les troubles de la coagulation

L'HRP est la principale cause des coagulopathies d'origines obstétricales. Il peut s'agir d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), qui entraîne une défibrillation. Et le HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet) qui est une complication pouvant être isolée ou associée à l'HRP ; Qui à son tour peut se compliquer de l'hématome sous-capsulaire du foie avec son risque de rupture hépatique.



**Figure 4 : Aspect tomodensitométrique de la nécrose de tout le foie gauche au cours du Hellp syndrome [17]**

#### 10.2. Les accidents rénaux

Les complications rénales sont relativement fréquentes ; elles se traduisent par une insuffisance rénale aiguë avec une oligurie intense ou une anurie.

Le rein de choc est lié au choc hypovolémique et à la vasoconstriction. Les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Il est beaucoup plus fréquent et est responsable d'une anurie transitoire. Il guérit généralement spontanément et sans séquelles en 1 à 2 semaines.

La nécrose corticale

Elle est exceptionnelle mais mortelle et survient dans les suites de couches.

C'est une complication redoutable, car elle conduit à l'anurie définitive et puis la mort. L'HRP en est la cause la plus fréquente. Elle conduit à une insuffisance rénale chronique nécessitant une épuration extra rénale.

### **10.3. L'état de choc hypovolémique**

Le choc hypovolémique est constant, et peut entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse. C'est le syndrome de SHEEHAN ou panhypopituitarisme. L'état de choc est longtemps compensé et ne se complète souvent qu'au décours de la délivrance. Le risque est majoré par les troubles de la coagulation, l'inertie utérine et les lésions des parties molles.

### **10.4. Apoplexie utéro-placentaire de COUVELAIRE**

Dans les formes graves l'hématome s'étend au myomètre disséquant les fibres musculaires. L'utérus conserve, pour un temps au moins, sa contractilité. Une extraction à ce stade permet d'éviter les séquelles, sans nécessiter une hystérectomie d'hémostase. Par contre, si le phénomène se poursuit, la séreuse puis les paramètres et l'ensemble du pelvis peuvent se disséquer posant alors de réelles difficultés d'hémostase. L'utérus a un aspect noir et violacé (extravasation de sang dans le myomètre et la sous-séreuse). Ce tableau peut conduire à la rupture utérine.

## **11. Examens complémentaires**

Ils permettent surtout d'apprecier le degré de la gravité. Ce sont :

- Le bilan sanguin ;
- L'étude du rythme cardiaque fœtal ;
- L'échographie ; met en évidence l'hématome rétro placentaire. Mais ce diagnostic n'est pas toujours facile et l'absence d'image évocatrice n'exclut pas le diagnostic, d'où l'importance de la clinique et du contexte.

Elle permet d'apporter également des précisions sur la taille du fœtus, sa présentation, particulièrement difficile à évaluer cliniquement en cas hypertonie utérine.

## **12. Traitement**

### **12.1. Traitement curatif**

#### **12.1.1. But :**

- Évacuer l'utérus, arrêter le saignement et sauver la vie du fœtus si possible.
- Lutter contre le choc et corriger l'hypovolémie.
- Lutter contre d'éventuels troubles de la coagulation.

### 12.1.2 Les moyens du traitement

#### 12.1.2.1. Moyens médicaux

Certaines précautions doivent être prises dès l'admission, car la prise en charge de l'HRP est une urgence obstétricale :

- installation de la patiente en salle de travail ;
- mise en place d'un cathéter intraveineux ;
- mise en place d'une sonde vésicale à demeure ;
- si possible, un cathéter de mesure de la pression veineuse centrale ;
- avoir à sa disposition du sang, du plasma frais, et de l'oxygène.

On utilisera des macromolécules, cristalloïdes, sérum-albumine de remplissage et surtout du sang frais si nécessaire pour le remplissage vasculaire. Actuellement, on utilise essentiellement des concentrés globulaires.

Le remplissage sera basé sur l'importance du choc et de l'hématocrite, et non sur la quantité d'hémorragie extériorisée. Le contrôle de la pression veineuse centrale est souvent nécessaire pour permettre d'éviter les surcharges.

La Lutte contre les troubles de la coagulation consiste à apporter les facteurs déficitaires : la transfusion de sang surtout du plasma frais congelé, et la perfusion lente de fibrinogène. Transfusion de concentrés de plaquettes, nécessaire si le taux de plaquettes est inférieur à 50000/ mm<sup>3</sup> et surtout s'il existe des anomalies du temps de saignement.

#### 12.1.2.2. Traitement obstétrical

Il dépend de l'âge gestationnel, de l'état du foetus et de celui de la mère.

##### Accouchement par voie basse

L'évacuation par voie basse est possible, sous certaines conditions. Le col utérin doit être mur, le contrôle de la situation maternelle assuré, et les délais respectés. Il est indiqué dans les cas suivants :

##### \* Si le fœtus est vivant :

- si l'hématome est modéré ;
- s'il n'y a pas de souffrance fœtale ;
- si l'accouchement évolue rapidement après la rupture des membranes ;
- si le pronostic maternel n'est pas en jeu à court terme.

**\*Si le fœtus est mort ou non viable :** Habituellement le travail d'accouchement a commencé, l'état général reste bon. Il faut diminuer la pression intra-amniotique par la rupture artificielle

des membranes, permettant de favoriser la marche du travail. En même temps on peut utiliser les spasmolytiques en raison de leur action calmante sur la douleur.

En cas de mauvaise dynamique utérine, on utilise les ocytociques en perfusion de façon très prudente. L'accouchement doit être le moins traumatisant possible, et aboutir en un temps court et prédéterminé à la naissance d'un fœtus mort le plus souvent, suivie par l'expulsion rapide du délivre.

Le risque hémorragique diminue si l'utérus se rétracte bien.

La révision utérine est systématique de même qu'une vérification des parties molles (col, vagin) sous valves après l'accouchement, de même que l'utilisation des ocytociques (prévenant l'atonie utérine). Si l'épisiotomie est nécessaire sa suture doit être rapide.

En cas d'échec de la voie basse on passe à la césarienne.

### \*Césarienne

La césarienne quand elle est indiquée, se fait sous anesthésie générale. La péridurale est formellement contre indiquée en présence de troubles de la coagulation. Il faut éviter les plans de décollement (préférer un Stark ou une médiane à un Pfannenstiel) et faire une hémostase soigneuse.

La césarienne s'impose rapidement dans les cas suivants :

- si le fœtus est vivant, de viabilité certaine ;
- si l'accouchement n'est pas imminent, - si l'état maternel est grave (fœtus mort ou vivant).

### 12.1.2.3. Traitement chirurgical

S'il y a échec des mesures classiques de prévention de l'hémorragie (ocytociques, prostaglandines) on fait recours aux moyens chirurgicaux à savoir :

- Embolisation de l'artère hypogastrique qui est la première intention, si échec
- Ligature des artères hypogastriques ; si persistance de l'hémorragie
- Hystérectomie d'hémostase

Elle est d'indication exceptionnelle, car le myomètre, malgré son aspect souvent alarmant, récupère bien. Elle est indiquée en cas d'état hémodynamique difficilement contrôlable, avec échec des autres traitements sus-cités.

### 12.1.3 Indication du traitement

Elles peuvent être schématisées de la façon suivante :

**Si le fœtus est mort :** La voie basse est préférable. Dans la plupart des cas, l'amniotomie est réalisée précocement (ce qui permet à la fois de diminuer la pression intra-amniotique et de

favoriser la marche du travail), à l'exception des cas où il existe un fœtus très petit ou une position transverse.

Si le travail progresse mal, on peut y adjoindre la perfusion intraveineuse lente d'ocytociques (s'il n'y a pas de contre-indication à leur utilisation).

L'hypercinésie utérine la rend souvent inutile.

Classiquement les délais admis pour l'évacuation utérine ne doivent pas excéder trois heures, voire douze heures pour certains. Le délai d'attente dépend en fait du bilan d'hémostase et de l'hémodynamique maternelle.

La césarienne doit être pratiquée avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général, le but étant de protéger la vie maternelle.

**Si le fœtus est vivant :** Ce sont le rythme cardiaque fœtal et l'état général maternel qui guideront la décision. Dans l'immense majorité des cas, une césarienne sera pratiquée.

Cependant, dans quelques cas (en particulier si l'HRP ne paraît pas récent), si les conditions locales sont très favorables, l'accouchement par voie basse peut être accepté et déclenché à condition que le tracé du rythme cardiaque fœtal reste normal.

La rupture artificielle des membranes est alors réalisée le plus précocement possible.

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

### 12.2. Traitement préventif des récidives

Dans la majorité des cas, l'HRP survient de manière totalement imprévisible. Si des facteurs de risque (âge, tabagisme, cocaïne, contexte vasculaire, thrombophilie...) sont identifiés, une surveillance particulière s'impose. Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétro placentaire ou de complication grave responsable d'une HTA gravidique, prévoir un traitement par Aspégic\* à 80 mg/jour entre la 14ème et la 35ème semaine d'aménorrhée.

Hospitalisation définitive à 37SA et déclenchement.

### 12.3. Surveillance

En urgence :

- Apprécier le retentissement fœtal avec la recherche des BCF ;
- Apprécier le retentissement maternel : tension artérielle (TA), pouls (monitorage), état de conscience (agitation ou torpeur), pâleur cutanéomuqueuse, la saturation en oxygène, diurèse, tension utérine, évaluation de l'importance de l'hémorragie.
- Faire un bilan sanguin initial comportant : groupage-rhésus, NFS, taux de plaquettes, détermination de la crase sanguine.

La période du post partum :

Elle est marquée par une élévation du risque infectieux et du risque thromboembolique qu'il faudra savoir prévenir.

La prévention de l'infection se fait par l'anti-bio prophylaxie.

La prévention de la maladie thromboembolique fait recours actuellement aux héparines de bas poids moléculaire (l'enoxaparine apparaît comme la plus accessible et la plus maniable dans notre contexte).

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

Bilan à distance : Bilan vasculo-rénal complet 3 mois après l'accouchement et bilan complet de thrombophilie.

### **13. Pronostic**

#### **Pronostic maternel [17]**

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré au cours de ces dernières années, grâce à une meilleure compréhension du mécanisme physio-pathogénique des complications de l'HRP. Le traitement doit prévenir les complications qui sont redoutables. La mortalité maternelle atteint 0,5 % à 1% du fait des complications dues à la coagulopathie de consommation, à la nécrose ischémique, en particulier rénale.

#### **Pronostic fœtal [17]**

Le pronostic fœtal est fonction de l'étendue du décollement placentaire, des lésions utérines associées et de l'importance du choc. La mort fœtale est fréquente dans 30 à 60 % des cas, au point que la disparition de l'activité cardiaque était un des signes classiques du syndrome. Lorsque les malades sont vues à la phase de début, avant la mort du fœtus, la césarienne peut sauver certains fœtus voués à l'anoxie et à la mort en absence d'intervention.

# **METHODOLOGIE**

### **III. METHODOLOGIE**

#### **1. Cadre d'étude**

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré du district de Bamako.

Le service de gynécologie- obstétrique est situé à l'aile nord de l'hôpital et fait partie du pavillon Benitieni Fofana. Il comporte :

- Le bureau du Professeur, Chef du service et de la secrétaire ;
- Des salles d'hospitalisation ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle d'accouchement comportant 3 lits et un cardiotocographe
- Un bloc opératoire d'urgence
- Une salle de réanimation des nouveau-nés

**Son personnel comprend :**

- Deux Professeurs titulaires ;
- Deux Maitres de conférences ;
- Deux Maitres de recherche ;
- Un spécialiste en gynécologie obstétrique ;
- Des Médecins en spécialisation ;
- Trente-huit sages-femmes ; des infirmiers d'Etat ; des aides de bloc ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne.

Ainsi, cette unité reçoit des cas de grossesses et accouchements compliqués en l'occurrence des cas d'HRP.

#### **2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude cas témoin.

#### **3. Période d'étude**

L'étude a concerné les données de la période allant d'Aout 2023 à Juillet 2024 soit une période de 12 mois.

#### **4. Population d'étude**

La population d'étude était constituée de l'ensemble des gestantes et parturientes admises dans le service durant la période de collecte concernée.

#### **5. Echantillonnage**

Nous avons fait un échantillonnage des femmes ayant développé un HRP admis au service durant notre période d'étude.

- **Critères d'inclusion :**

**Cas** : Toutes les patientes primipares ayant présenté un HRP

**Témoins** : Toutes les patientes primipares n'ayant pas présenté un HRP.

- **Critères de non inclusion :**

**Cas** : Toutes les patientes ayant un HRP et n'étant pas primipares

**Témoins** : Toutes les patientes non primipares et n'ayant pas un HRP

**Le critère d'appariement des cas et des témoins était l'âge avec un cas pour deux témoins.**

### 6. Collecte et analyse des données

#### 6.1. Collecte et support des données

Les données de la période allant du 1<sup>er</sup> Aout 2023 au 31 Juillet 2024 ont été collectées sur des fiches d'enquête de façon rétrospective. (Voir annexe)

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, du partogramme, le registre d'accouchement, le registre d'hospitalisation, le registre de compte rendu opératoire et les fiches de référence - évacuation des patientes.

#### 6.2 Saisie et analyse des données

Les données ont été traitées et analysées sur le logiciel SPSS version 22.0

Nous avons utilisé les paramètres suivants : les moyennes, les fréquences, les écarts types.

Le test de Khi carré de Pearson et le test de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des variables d'intérêts avec un seuil de significativité à 5% soit ( $p < 0,05$ )

NB : Le test de Fisher a été utilisé pour les tableaux de contingence ayant au moins 1 effectifs inférieurs à 5

L'Odds Ratio a été utilisé pour déterminer le degré de relation entre les variables d'intérêts avec un indice de confiance IC à 95%.

#### **6.4 Variables étudiées :**

<b>Variables quantitatives</b>	<b>Variables qualitatives</b>
Age maternel	Caractéristiques sociodémographiques des mères
Gestité	Antécédents maternels
Nombre de CPN	Mode d'admission
Score d'APGAR	Motif d'admission
Pression artérielle	Etat général
Terme de la grossesse en SA	Diagnostic
Hauteur utérine en cm	Modalité d'accouchement
Bruit du Cœur fœtal	Prise en charge
Dilatation en cm	Pronostic maternel et périnatal
Poids fœtal en g	
Taux d'hémoglobine	

**Le terme de la grossesse (âge gestationnel) a été calculé à partir de la date des dernières règles pour certaines et pour d'autres à partir de la première échographie .**

#### **7. Aspects éthiques**

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude.

#### **8. Définition opérationnelle**

**Bon état général** : Stade OMS 0 et 1

**Etat général Passable** : Stade OMS 2 et 3

**Mauvais état général** : Stade OMS 4

**Apgar Bon** : Nouveau-né ayant un score entre 8 et 10

**Apgar Morbide** : Nouveau-né ayant un score entre 4 et 7

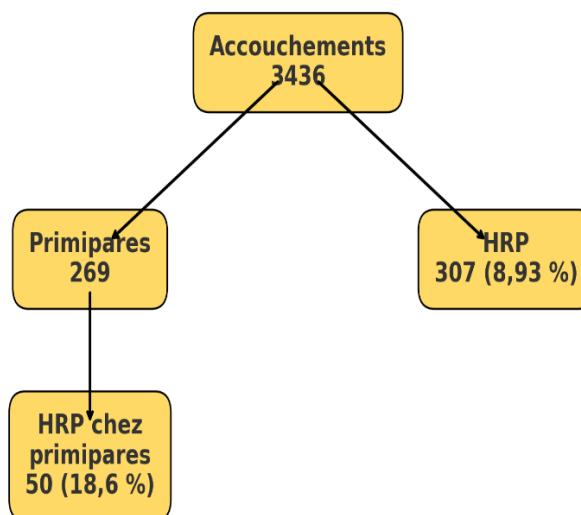
**Apgar Mauvais** : Nouveau-né ayant un score < 4

# **RESULTATS**

## **IV. RESULTATS**

### **1- Fréquence globale**

Nous avons recensé 3436 accouchements durant la période de collecte dont 307 cas d'hématome retro placentaire soit une fréquence de l'hématome retro placentaire à **8,93%**. Parmi ces accouchements, il y avait 269 primipares avec 50 patientes admises pour hématome retro placentaire, soit une fréquence de l'hématome retro placentaire chez la primipare de **18,6%**.



### **2- Caractéristiques socio démographiques**

**Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
≤ 19 ans	<b>29 (58,0)</b>	<b>58 (58,0)</b>	<b>87 (58,0)</b>
20 – 25 ans	19 (38,0)	38 (38,0)	57 (38,0)
> 25 ans	2 (2,0)	4 (4,0)	6 (4,0)
<b>Total</b>	<b>50 (100,0)</b>	<b>100 (100,0)</b>	<b>150 (100,0)</b>

pv=0,999

La tranche d'âge de 19 ans et moins était représenté avec 58% chez les cas et les témoins sans différence statistiquement significative (pv=0,999). L'âge moyen était de  $18,98 \pm 2,89$  ans avec des extrêmes de 15 et 26 ans.

**Tableau II :** Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs		Total (%)	OR [IC à 95%]
	Cas (%)	Témoins (%)		
<b>Non Scolarisée</b>	<b>29 (58,0)</b>	<b>51 (51,0)</b>	<b>80 (53,3)</b>	<b>1,32 [0,66-2,63]</b>
Scolarisée	21 (42,0)	49 (49,0)	70 (46,7)	
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)	

pv=0,418

Les patientes non scolarisées étaient représentées chez les cas et chez les témoins avec respectivement 64,7% et 50% sans une différence statistiquement significative (pv=0,418). Les patientes non scolarisées avaient 1,32 fois plus de risque de développer un HRP.

**Tableau III :** Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs		Total (%)	OR [IC à 95%]
	Cas (%)	Témoins (%)		
Venue d'elle même	4 (8,0)	46 (46,0)	50 (33,3)	-
<b>Référée / Evacuée</b>	<b>46 (92,0)</b>	<b>54 (54,0)</b>	<b>100 (66,7)</b>	<b>9,79 [3,27-29,27]</b>
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)	

pv=0,000

Les patientes référées étaient représentées chez les cas avec 92% tandis que chez les témoins, elles étaient représentées dans 54% des cas avec une différence statiquement significative (pv=0,000). Les patientes référées avaient 9,79 fois plus de risque de développer un HRP.

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs		Total (%)	OR [IC à 95%]
	Cas (%)	Témoins (%)		
HTA	1 (16,7)	1 (50,0)	2 (25,0)	<b>2,02 [0,12-32,98]</b>
<b>Hémoglobinopathie</b>	<b>5 (83,3)</b>	<b>1 (50,0)</b>	<b>6 (75,0)</b>	<b>11 [1,24- 96,89]</b>
Total	6 (100,0)	2 (100,0)	8 (100,0)	

Pv (HTA)=0,999 ; pv (Hémoglobinopathie)=0,016

L'Hémoglobinopathie était présente chez les cas (83,3%) et chez les témoins (50%) avec une différence statistiquement significative (pv=0,016). Les patientes ayant une hémoglobinopathie avaient 11 fois plus de risque de développer un HRP.

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales réalisées

Nombre de CPN réalisées	Effectifs		Total (%)	OR [IC à 95%]
	Cas (%)	Témoins (%)		
<b>0</b>	<b>26 (52,0)</b>	<b>14 (14,0)</b>	<b>40 (26,7)</b>	<b>0,05 [0,01-0,17]</b>
1-3	19 (38,0)	38 (38,0)	57 (38,0)	0,20 [0,07-0,60]
$\geq 4$	5 (10,0)	48 (48,0)	53 (35,3)	-
<b>Total</b>	<b>50 (100,0)</b>	<b>100 (100,0)</b>	<b>150 (100,0)</b>	

Pv=0,000

Cinquante-deux pourcent (52%) des patientes n'avaient pas réalisées de CPN chez les cas contrairement à quatorze pourcent (14%) des témoins avec une différence statistiquement significative (pv=0,000). Le nombre de CPN moyen était de  $2,51 \pm 2,05$ .

### **3- Données clinique à l'admission**

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
CUD	0 (0,0)	41 (41,0)	41 (27,3)
Métrorragie	9 (18,0)	17 (17,0)	26 (17,3)
HTA	2 (4,0)	36 (36,0)	38 (25,3)
<b>HRP</b>	<b>39 (78,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>39 (26,0)</b>
DFP	0 (0,0)	2 (2,0)	2 (1,3)
SFA	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,7)
BGR	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,7)
MAP	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,7)
Anémie	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,7)
<b>Total</b>	<b>50 (100,0)</b>	<b>100 (100,0)</b>	<b>150 (100,0)</b>

pv=0,000

L'HRP représentait 78% des motifs d'admission chez les cas tandis que chez les témoins, les CUD représentaient 41% avec une différence statiquement significative (pv=0,000).

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
≤ 28 SA	2 (4,0)	1 (1,0)	3 (2,0)
29 - 33 SA	13 (26,0)	15 (15,0)	28 (18,7)
<b>34 – 36 SA</b>	<b>27 (54,0)</b>	<b>29 (29,0)</b>	<b>56 (37,3)</b>
≥ 37 SA	8 (8,0)	55 (55,0)	63 (42,0)
<b>Total</b>	<b>50 (100,0)</b>	<b>100 (100,0)</b>	<b>150 (100,0)</b>

pv=0,000

L'âge gestationnel moyen était  $35,45 \pm 2,96$  pour les cas avec les extrêmes de 24 SA et 39 SA

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>Bon</b>	<b>27 (54,0)</b>	<b>82 (82,0)</b>	<b>109 (72,7)</b>
Passable	22 (44,0)	16 (16,0)	38 (25,3)
Mauvais	1 (2,0)	2 (2,0)	3 (2,0)
Total	50 (100)	100 (100)	150 (100)

pv=0,000

L'état général était bon chez les cas (54%) et chez les témoins (82%) des cas avec une différence statiquement significative (pv=0,000).

**Tableau IX :** Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission

Phase du travail à l'admission	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>Phase de latence</b>	<b>37 (90,2)</b>	<b>70 (94,6)</b>	<b>107 (93,0)</b>
Phase active	4 (9,8)	4 (5,4)	8 (7,0)
Total	41 (100)	74 (100)	115 (100)

pv=0,380

Les patientes en phase de latence étaient représentées chez les cas (90,2%) et chez les témoins (94,6%) sans différence statistiquement significative (pv=0,380).

**Tableau X :** Répartition des patientes selon l'état du BCF à l'admission

Etat du BCF à l'admission	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>0</b>	38 (76,0)	4 (4,0)	42 (28,0)
<b>110</b>	2 (4,0)	1 (1,0)	3 (2,0)
120-160	10 (20,0)	95 (95,0)	105 (70,0)
Total	50 (100)	100 (100)	150 (100)

Pv=0,000

Les BCF étaient absents chez les cas dans 76% et chez les témoins dans 4% avec une différence statistiquement significative (pv=0,000).

**Tableau XI :** Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine avant l'accouchement

Taux d'hémoglobine avant l'accouchement	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>Non disponible</b>	<b>9 (18,0)</b>	<b>50 (50,0)</b>	<b>59 (39,3)</b>
<8	3 (6,0)	1 (1,0)	4 (2,7)
<b>8-10,9</b>	<b>34 (68,0)</b>	<b>4 (4,0)</b>	<b>38 (25,3)</b>
>11	4 (8,0)	45 (45,0)	49 (32,7)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

Pv=0,001.

Le taux d'hémoglobine 8-10,9 g/dl était prédominant chez les cas avec 68%, contre une prédominance du taux >11 g/dl chez les témoins avec 45% et une différence statistiquement significative (pv=0,001).

Le taux d'hémoglobine moyen chez les cas était de  $10,74 \pm 1,46$  g/dl.

**Tableau XII :** Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine après l'accouchement

Taux d'hémoglobine après l'accouchement	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
< 8	<b>37 (74,0)</b>	<b>2 (2,0)</b>	<b>39 (26,0)</b>
8-10,9	13 (26,0)	58 (58,0)	71 (47,3)
≥ 11	0 (0,0)	40 (40,0)	40 (26,7)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

Pv=0,000

Le taux d'hémoglobine <8 g/dl était prédominant chez les cas avec 74%, contre une prédominance du taux compris entre 8-10,9 g/dl chez les témoins avec 58% et une différence statistiquement significative (pv=0,000).

Le taux d'hémoglobine moyen chez les cas était de  $9,95 \pm 2,201$

**Tableau XIII :** Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu			Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Travail d'accouchement normal	0 (0,0)	41 (41,0)	41 (27,3)
<b>HRP grade IIIa</b>	<b>29 (58,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>29 (19,3)</b>
Pré éclampsie	0 (0,0)	24 (24,0)	24 (16,0)
MAP	0 (0,0)	13 (13,0)	13 (88,7)
HRP grade II	12 (24,0)	0 (0,0)	12 (8,0)
Eclampsie	0 (0,0)	12 (12,0)	12 (8,0)
HRP grade IIIb	9 (18,0)	0 (0,0)	9 (6,0)
Placenta prævia	0 (0,0)	5 (5,0)	5 (3,3)
SFA	0 (0,0)	3 (3,0)	3 (2,0)
BGR	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,7)
Anémie	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,7)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

Pv=0,000

Le diagnostic prédominant chez les cas était l'HRP IIIa dans 58% des cas tandis que Le diagnostic prédominant chez les témoins était le travail d'accouchement normal dans 41 % des cas avec une différence statiquement significative ( $p=0,000$ ).

#### **4- Prise en charge clinique**

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Basse	<b>3 (6,0)</b>	<b>63 (63,0)</b>	<b>66 (44,0)</b>
Césarienne	<b>47 (94,0)</b>	<b>37 (37,0)</b>	<b>84 (66,0)</b>
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

$p=0,000$

La voie basse représentait chez les témoins (63%) tandis que la voie césarienne représentait chez les cas (94%) avec une différence statistiquement significative ( $p=0,000$ ).

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon l'administration de produit sanguin

Administration de produit sanguin			Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Oui	<b>32 (64,0)</b>	<b>2 (2,0)</b>	<b>34 (22,7)</b>
Non	18 (36,0)	98 (98,0)	116 (77,3)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

Pv=0,000

La transfusion était réalisée chez 64% des cas contre 2% des témoins avec une différence statistiquement significative ( $p=0,000$ ). Chez les cas (32) et les témoins (2) toutes les patientes avaient reçu au moins une unité de concentré de globule rouge (CGR). Treize (13) patientes parmi les cas avaient également reçu au minimum une unité de plasma frais congelé (PFC).

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon le transfert en réanimation

Transfert en Réanimation	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>Oui</b>	<b>8 (17,4)</b>	<b>8 (8,0)</b>	<b>16 (8,1)</b>
Non	38 (82,6)	92 (92,0)	134 (91,9)
Total	46 (100,0)	100 (100,0)	146 (100,0)

pv=0,135

Le transfert en réanimation était effectué chez 17,4% des cas contre 8% des témoins sans différence statiquement significative (pv=0,135)

Chez les témoins, les motifs de transfert en réanimation étaient l'état de mal éclamptique (7/8) et du choc hémorragique (1/8).

Chez les cas, les motifs de transfert en réanimation étaient le choc hémorragique (7/8) et une insuffisance rénale fonctionnelle (1/8).

## 5- Pronostic

**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon les complications maternelles dans le post partum

Complications maternelles dans le post partum	Effectifs		Pv
	Cas (n=50)	Témoins (n=100)	
<b>Anémie sévère</b>	<b>50 (100,0)</b>	<b>5 (5,0)</b>	<b>55 (36,7)</b>
<b>Hémorragie du post partum</b>	<b>11 (22,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>11 (7,3)</b>
Troubles de la coagulation	9 (18,0)	0 (0,0)	9 (6,0)
Insuffisance rénale fonctionnelle	9 (18,0)	1 (1,0)	10 (6,7)

L'anémie était la complication fréquente chez les cas (100%) et chez les témoins (5%) respectivement.

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>Vivantes</b>	<b>46 (92,0)</b>	<b>100 (100,0)</b>	<b>146 (97,3)</b>
Décédées	4 (8,0)	0 (0,0)	4 (2,7)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

pv=0,004

Les patientes sont vivantes dans respectivement 92% et 100%, chez les cas et chez les témoins avec une différence statistiquement significative (pv=0,004).

La cause du décès chez les cas était un choc hémorragique (4/4).

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés

Etat des nouveau-nés à la naissance	Effectifs		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
<b>Vivants</b>	<b>12 (24,0)</b>	<b>95 (95,0)</b>	<b>107 (71,3)</b>
<b>Mort-nés frais</b>	<b>38 (76,0)</b>	<b>2 (2,0)</b>	<b>40 (26,7)</b>
Mort nés macérés	0 ((0,0)	3 (3,0)	3 (2,0)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

pv=0,000

L'état de mort-né frais prédominait chez les cas dans 76% des cas tandis que le nouveau-né vivant prédominait chez les témoins dans 95% des cas avec une différence statistiquement significative (pv=0,000).

**Tableau XX : Répartition des patientes selon l’Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute du nouveau-né**

Apgar 1 <sup>ère</sup> minute	Effectifs		
	Cas (%)	Témoins (%)	Total (%)
<b>0</b>	<b>38 (76,0)</b>	<b>5 (5,0)</b>	<b>43 (42,0)</b>
3-7	10 (20,0)	28 (28,0)	38 (25,3)
8-10	2 (2,0)	67 (67,0)	69 (46,0)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

Le score d’Apgar 0 à la 1<sup>ère</sup> minute était chez les cas de 76% contre 5% chez les témoins.

Le score d’Apgar minimal pour les nouveau-nés vivants était 5.

**Tableau XXI : Répartition des patientes selon l’Apgar à la 5<sup>eme</sup> minute du nouveau-né**

Apgar 5 <sup>e</sup> minute	Effectifs		
	Cas (%)	Témoins (%)	Total (%)
5-7	4 (33,3)	0 (0,0)	4(3,7)
<b>8-10</b>	<b>8 (66,7)</b>	<b>95 (100,0)</b>	<b>103 (96,3)</b>
Total	12(100,0)	95 (100,0)	107 (100,0)

Le score d’Apgar à la 5<sup>e</sup> minute de 8 à 10 chez les cas dans 66,7% des cas contre 100% chez les témoins. Le score d’Apgar minimal était 6.

**Tableau XXII :** Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né à la naissance

Poids du nouveau-né à la naissance	Effectifs		
	Cas (%)	Témoins (%)	Total (%)
< 2000	23 (46,0)	18 (18,0)	41 (27,3)
<b>2000-3000</b>	<b>27 (54,0)</b>	<b>69 (69,0)</b>	<b>96 (64,0)</b>
> 3000	0 (0,0)	13 (13,0)	13 (8,7)
Total	50 (100,0)	100 (100,0)	150 (100,0)

pv=0,031

Le poids des nouveau-nés compris entre 2000-3000g était de 54% chez les cas et de 69% chez les témoins avec une différence statistiquement significative (pv=0,031) Le poids moyen était  $2536,3 \pm 509,68$  g.

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes selon le transfert en néonatalogie du nouveau-né

Transfert en néonatalogie	Effectifs		
	Cas (%)	Témoins (%)	Total (%)
<b>Oui</b>	<b>8 (66,7)</b>	<b>26 (27,4)</b>	<b>34 (37,6)</b>
Non	4 (33,3)	69 (72,6)	73 (62,4)
Total	12 (100,0)	95 (100,0)	117 (100,0)

pv=0,168

Le transfert en néonatalogie a concerné 66,7% des nouveau-nés issu des cas soit 8/12 contre 27,4% des nouveau-nés issu des témoins.

Chez les cas, les motifs de transfert en néonatalogie étaient la prématurité (7/8) et l'hypotrophie (1/8).

Chez les témoins, les motifs de transfert en néonatalogie étaient la prématurité (21/26), l'hypotrophie (3/26) ; l'asphyxie (1/26) et la malformation (1/26).

**Tableau XXIV :** Récapitulatifs des Facteurs de risque de l'HRP chez les primipares

Facteurs de Risque	Effectifs		OR [IC à 95%]
	Cas (%)	Témoins (%)	
Non Scolarisées	29 (58,0%)	51 (51,0%)	1,32[0,66-2,63]
Hémoglobinopathie	5 (8,33%)	1 (50,0%)	11[1,24-96,89]
HTA	1 (16,7%)	1 (50,0%)	2,02[0,12-32,98]
CPN non réalisée	26 (52,0%)	14 (14,0%)	0,05[0,01-0,17]

**Tableau XXV :** Récapitulatifs des facteurs pronostiques maternels

Facteurs pronostiques maternels	Effectifs		
	Cas (%)	Témoins (%)	Total (%)
Patientes référencées	46 (92,0)	54 (54,0)	100 (66,7)
HRP grade IIIa	29 (58,0)	0 (0,0)	29 (19,3)
Taux d'hémoglobine < 8	37 (74,0)	2 (2,0)	39 (26,0)
HRP grade IIIb	9 (18,0)	0 (0,0)	9 (6,0)
Hémorragie du post partum	11 (22,0)	0 (0,0)	11 (7,3)
Patientes transférées en réanimation	8 (17,4)	8 (8,0)	16 (8,1)

**Tableau XXVI:** Récapitulatif des facteurs pronostiques périnatals

Facteurs pronostiques maternels	Effectifs		
	Cas (%)	Témoins (%)	Total (%)
HRP grade IIIa	29 (58,0)	0 (0,0)	29 (19,3)
HRP grade IIIb	9 (18,0)	0 (0,0)	9 (6,0)
Mort-nés frais	38 (76,0)	2 (2,0)	40 (26,7)

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

- **Limites de l'étude :**

L'analyse rétrospective des dossiers médicaux non informatisés a présenté une difficulté majeure due à la présence significative de données manquantes ou insuffisamment renseignées. Cette lacune a inévitablement affecté les résultats de l'étude, réduisant ainsi la puissance statistique et augmentant le risque de biais, notamment si les données manquantes ne sont pas réparties de manière aléatoire. Cette perte d'informations a pu limiter la précision des estimations, masquer des associations potentielles et restreindre les analyses statistiques réalisables, rendant l'interprétation des résultats plus complexe et la généralisation des conclusions plus prudente. Ces insuffisances ont été prises en compte dans l'interprétation des résultats.

- **Fréquence globale :**

Au cours de la période d'étude, nous avons recensé 3 436 accouchements, parmi lesquels 307 cas d'hématome rétro-placentaire, soit une fréquence de 8,93 %. Ce taux est supérieur à celui rapporté par Bonkoungou et al. [28] en 2014 au Burkina Faso (1,55 %), Ali Z et al. [29] en 2024 au Niger (5,20 %), et Yaya S et al. [30] en 2024 en Côte d'Ivoire (0,96 %). Bien que ces fréquences soient relativement élevées, elles peuvent s'expliquer par le cadre spécifique de l'étude, la taille de la population étudiée, ainsi que les critères de sélection de l'échantillon.

Durant la période d'étude, nous avons admis 269 patientes primipares. Parmi elles, 50 ont présenté un hématome rétro-placentaire, soit une fréquence de 18,6 %. Ce résultat est comparable à celui d'Ali Z et al. [29] en 2024 au Niger, qui ont rapporté une fréquence de 15,4 % chez les primipares, avec une association statistiquement significative entre la parité et l'hématome rétro-placentaire ( $p = 0,001$ ).

- **Caractéristiques sociodémographiques :**

La tranche d'âge des moins de 19 ans était la plus représentée, avec 58 % dans les groupes de cas et de témoins ( $Pv = 0,999$ ). L'âge moyen était de  $18,98 \pm 2,89$  ans, avec des extrêmes de 15 et 26 ans. Ce résultat est en accord avec celui rapporté par Ali Z et al. [29] en 2024 au Niger, où le groupe d'âge des 25-34 ans était prédominant, représentant 43,5 % dans le groupe de cas et 37,6 % dans le groupe témoin, sans association statistiquement significative entre l'âge et la présence d'hématome rétro-placentaire.

Les patientes non scolarisées étaient également plus fréquentes chez les cas (58 %) par rapport aux témoins (51 %) ( $Pv = 0,418$ ). Les patientes non scolarisées présentaient un risque 1,3 fois

plus élevé de développer un hématome rétro-placentaire, ce qui pourrait s'expliquer par une méconnaissance des bonnes pratiques en matière de suivi de grossesse.

Les patientes référencées étaient plus fréquentes parmi les cas (92 %) que chez les témoins (54 %) avec une différence statistiquement significative ( $Pv = 0,000$ ). Les patientes référencées avaient un risque 9,79 fois plus élevé de développer un hématome rétro-placentaire. Ce résultat est similaire à celui de Sidibé B [31] au Mali en 2024, qui a rapporté un risque de 1,9 chez les patientes référencées. Cela peut s'expliquer par le fait que les patientes référencées sont souvent celles qui n'ont pas pu bénéficier d'une prise en charge adéquate au départ et arrivent dans un état critique.

Notre étude révèle que l'hémoglobinopathie était l'antécédent prédominant chez les cas (83,3 %) et chez les témoins (50 %), avec une différence statistiquement significative ( $Pv = 0,016$ ). Ce résultat est comparable à ceux rapportés par Ali Z et al. [29] en 2024 au Niger, qui a observé une association statistiquement significative entre l'hypertension artérielle et l'hématome rétro-placentaire ( $Pv = 0,02$ ). L'hypertension artérielle chronique est un facteur de risque bien documenté pour le décollement prématuré du placenta, comme le montrent plusieurs études. En effet, les femmes souffrant d'hypertension chronique présentent un risque 2,4 fois plus élevé d'HRP, et ce risque augmente encore avec la pré-éclampsie.

Par rapport aux consultations prénatales, 52 % des cas n'ont pas bénéficié de consultations prénatales, contre 14 % chez les témoins, avec une différence statistiquement significative ( $Pv = 0,000$ ). Le nombre moyen de consultations prénatales était de  $2,51 \pm 2,05$ . Ce résultat est similaire à celui rapporté par Sidibé B au Mali en 2024, qui a observé que les femmes n'ayant pas effectué de consultation prénatale avaient 3,2 fois plus de risque de développer un hématome rétro-placentaire. Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, un nombre accru de consultations prénatales (de quatre à huit) est associé à une probabilité plus faible de mortalité fœtale, en permettant un dépistage précoce de complications telles que l'hypertension artérielle.

- **Données cliniques :**

L'hématome rétro-placentaire était le motif d'admission prédominant chez les cas (78 %) tandis que chez les témoins, les CUD prédominaient (41 %) avec une différence statistiquement significative ( $Pv = 0,000$ ). Notre résultat diffère de celui rapporté par Thiam O et al. [10] en 2014 au Sénégal, qui a observé que les métrorragies étaient les plus fréquentes (41,7 %), suivies des contractures utérines (27,2 %) et de l'absence d'activité cardiaque fœtale (21,1 %). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patientes ont été référencées avec un diagnostic déjà établi.

L'âge gestationnel compris entre 34 et 36 semaines d'aménorrhée (SA) était prédominant chez les cas (54 %) et chez les témoins (29 %), avec une différence statistiquement significative ( $P_v = 0,000$ ). L'âge gestationnel moyen était de  $35,45 \pm 2,96$  semaines. Ce résultat diffère de celui rapporté par Ali Z et al. [29] en 2024 au Niger, qui a constaté un lien statistiquement significatif entre la survenue de l'hématome rétro-placentaire et un âge gestationnel supérieur à 37 SA.

L'anémie sévère (taux d'hémoglobine < 8 g/dl) était plus fréquente chez les cas (74 %) que chez les témoins (2 %), avec une différence statistiquement significative ( $P_v = 0,000$ ). Le taux moyen d'hémoglobine était de  $9,95 \pm 2,20$  g/dl. Ce résultat est similaire à celui rapporté par Sidibé B [31] au Mali en 2024, où un taux moyen d'hémoglobine de  $11,56 \pm 3,5$  g/dl a été observé.

- **Prise en charge :**

La césarienne était le mode d'accouchement prédominant chez les cas (94 %) contre 37 % chez les témoins, avec une différence statistiquement significative ( $P_v = 0,000$ ). Ce résultat est similaire à celui rapporté par Ali Z et al. [29] en 2024 au Niger, où la césarienne a été réalisée dans 99,6 % des cas d'hématome rétro-placentaire, contre 10,3 % des témoins. En revanche, l'accouchement par voie basse a été réalisé chez 6 % des primipares. Ces données montrent l'importance de la césarienne dans la prise en charge des hématomes rétro-placentaires, un événement obstétrical grave nécessitant souvent une intervention rapide.

Les transfusions sanguines étaient significativement plus fréquentes chez les patientes présentant un hématome rétro-placentaire (64 %) que chez les témoins (2 %), avec une différence statistiquement significative ( $P_v = 0,000$ ). Des études similaires menées par Ali Z et al. [29] au Niger en 2024 (68,7 % des patientes avec hématome rétro-placentaire ont été transfusées) et Sidibé B [31] au Mali en 2024 (43,1 % des cas contre 2 % des témoins) corroborent cette observation. Ces données soulignent la gravité de l'hématome rétro-placentaire en tant qu'urgence obstétricale majeure entraînant une perte sanguine significative nécessitant des transfusions.

- **Pronostic**

Les patientes étaient vivantes dans 92 % des cas et dans 100 % des témoins, avec une différence statistiquement significative ( $P_v = 0,004$ ). L'anémie était la complication secondaire prédominante dans 100 % des cas d'hématome rétro-placentaire, contre 5 % chez les témoins. Comme dans la plupart des études africaines, la morbidité maternelle était dominée par

l'anémie (75,4 %) dans l'étude de Biaye et al. [40] en 2019 au Sénégal, dans un contexte fragilisé par des conditions sociales précaires.

L'état des nouveau-nés était également significativement différent entre les groupes. Les mort-nés frais prédominaient chez les cas (76 %), tandis que les nouveau-nés vivants prédominaient chez les témoins (95 %) avec une différence statistiquement significative ( $Pv = 0,000$ ). Le poids moyen à la naissance était de  $2536,3 \pm 509,68$  g. Ce résultat est similaire à celui rapporté par Thiam O et al. [10] en 2014 au Sénégal, où 60 % des nouveau-nés pesaient moins de 2 500 g. Dans 66,7% des cas les nouveaux nés des cas ont été transféré en néonatalogie contre 27,4% pour les nouveaux nés des témoins. Chez les cas, le motif de transfert en néonatalogie était dominé par la prématurité (7/8) et de l'hypotrophie (1/8). Chez les témoins, le motif de transfert en néonatalogie était dominé par la prématurité (22/26) ; l'hypotrophie (2/26) ; une asphyxie (1/26) et une malformation (1/26).

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

**VI. CONCLUSION**

L'hématome rétro-placentaire (HRP) demeure une urgence obstétricale majeure, particulièrement chez les primipares, et nécessite une surveillance étroite des facteurs de risque identifiables. Cette étude met en évidence que l'absence de suivi prénatal et la non-prise en charge adéquate des facteurs de risque augmentent considérablement la probabilité de survenue de cette pathologie. Le pronostic materno-fœtal dépend directement de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge. Il est essentiel de renforcer la surveillance prénatale pour prévenir les complications associées à l'HRP et améliorer les résultats pour les mères et les nouveau-nés.

## **VII. RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités hospitalières**

- Prévoir une salle des nouveau-nés équipés en matériel de réanimation adapté à la prise en charge des grands prématurés
- Approvisionner régulièrement la banque de sang de l'hôpital

### **Aux prestataires de santé**

- Référer à temps les cas de grossesses à risque vers les centres spécialisés et dans les conditions de transfert optimales
- Remplir correctement les supports des données pour une meilleure utilisation future
- Sensibiliser les patientes sur les bonnes pratiques en matière de suivi de la grossesse

### **Aux patientes**

- Suivre régulièrement les CPN

# **REFERENCES**

**VIII. REFERENCES**

1. Audrey F.S, David R.O, Kani K.A, Roger R. National trends in the Incidence of abruptio placentae 1979-1987. *Obstet Gynecol.* 1991;78(6):1081–6.
2. Cisse L. Evolution de la prise en charge et pronostic de l'hématome retro placentaire au centre de santé Roi Baudouin de Guédiawaye. Thèse Médecine. Dakar. 2001;34:105.
3. Dumont A, De Bernis L, Decame C, Ba M, Pollet X. Indicateurs de la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) dans les HRP. Médecine Afrique Noire. 1996;43(6):6–11.#
4. Bohec C, Collet M. Hématome rétroplacentaire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010; 29: e115—9.
5. Ducloy-Bouthors A.S, Jessenne E, Dedet B, Deruelle P, Tournoys A, Sicot J et al. Hémorragies du troisième trimestre. 51E congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2009
6. N. Sananes, T. Boisrame, B. Langer. Hématome rétroplacentaire. *EMC – Obstétrique* 2012;7(3):1-11 .
7. Macheku G.S, Philemon R.N, Oneko O, Mlay P.S, Masenga G, Obure J et al. Frequency, risk factors and feto-maternal outcomes of abruptio placentae in Northern Tanzania: a registry- based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 ; 15, pp 1-10
8. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 140-9
9. Mian D.B, Angoi V, N'guessan K.L.P, Abauleth Y.R, Kouakou F, Boni S. Hématome rétro-placentaire (HRP) et mort foetale in utero (MFIU) : à propos de 70 cas et revue de la littérature *Saraf* 2014 ; 1 : 1-5.
10. Thiam O, Mbaye M, Diouf A.A, et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'hématome retro placentaire (HRP) dans une maternité de référence en zone rurale [Epidemiological, prognostic and therapeutic aspects of retro placental hematoma (HRP) in a referral maternity in rural area]. *Pan Afr Med J.* 2014;17:11
11. Mezane S, Achnani M, Ziyadi M, Babahabib A, Hafidi R, Moussaoui D et Dehayni M. Hématome retro-placentaire et mort foetale in utero: A propos de 49 Cas et revue de la littérature. *IJIAS* ; 2023 : 3, 570-578.
12. Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. *Obstétrique pour le praticien* 6eédition Paris MASSON : chapitre 1 et 15 :Hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre, Hématome retro placentaire

- (HRP) ou décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI), et histoire naturelle de la grossesse. 2013 : 13-14 , 280-285
13. Granito-Martinez M. Hématome retro placentaire CHU de GENOBLE, thèse de médecine université de Grenoble Alpes à UFR de médecine 2016, 41 Pages
  14. Mukherjee S, Bawa A.K, Sharma S, Nandanwar Y.S, Gadam M. Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patientes with abruption placentae. J Nat Sc Biol Med 2014; 5: 425-8
  15. Ngthiam M. Aspects épidémiologique clinique et thérapeutique de l'hématome retroplacentaire de 2002 à 2011 au service de gynécologie-obstétrique du CHU YO Burkina-faso (à propos de 463 CAS) [Thèse de médecine] Université Ouagadougou/unité de formation et de recherche en science de la santé 2012 ,106 p.
  16. Kanta S.I. Hématome retroplacentaire dans le service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [Thèse de médecine] USTTB-FMOS 74p.
  17. Abbara A. Hématome rétro placentaire ;597: 432-38. [Internet] [Consulté le 30 Janvier 2024] disponible sur : [www.mille-etune-nuit](http://www.mille-etune-nuit).
  18. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique 6ème édit ; Masson, Hématome rétro placentaire, 2001; 597: 432-38.
  19. Sher G.A. Rational basis for the management of abruptio placentae. J Reprod Med 1978: 21: 123-9.
  20. Thoulon J, Puech F, Boog G. Obstétrique. Paris ellipses 1995; chapitre13: Néphropathies, syndrome vasculo-rénaux et leurs complication, HRP, P. 372-376.
  21. Barrat J, Darbois Y. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Encyl. Méd (Paris, France), Obstét 1974 : 5071. A10-11.
  22. Kilani K. Hématome rétro placentaire : Étude rétrospective au service de gynécologie obstétrique B sur 5 ans au CHU Mohamed VI de Marrakech, [Thèse de médecine] Université CADI AYYAD de Marrakech, Faculté de médecine et de pharmacie 2012 ;132p.
  23. Couvelaire A. Deux nouvelles observations d'apoplexie utéro-placentaire. Ann Gynéco Obstet 1912; 9: 486.
  24. Uzan S, Uzan M. Hématome rétro placentaire. Précis d'obstétrique sous la direction de EPapiernik. Flammarion (Paris) 19 95 : 2-257 : 15045-7.
  25. Fomba A. Etude des aspects épidémiologiques clinique et thérapeutique de l'hématome retro placentaire au service de gynéco-obstétrique du CHU point-G [Thèse de médecine] USTTB-FMOS 2011 ; 129p.

26. Fournie A, Desprats R. L'hématome rétro placentaire (HRP). Mise à jour en gynécologie obstétrique (TOURNAIRE). Collège Nationale de Gynécologie obstétrique Française1984 : 350 : 285-311.
27. Brechon J, Darbois Y. Décollement prématué du placenta du 3ème trimestre. Obstétrique Revue pour le patricien 1985 ; 20 : 9 : 407-12
28. Bonkoungou P, Bako Y, Simporé A, Savadogo S, Kinda B, Kaboré R. L'éclampsie en Réanimation: épidémiologie et pronostic au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Rev Afr Anesth Med Urgence. 2014;19:28-32.
29. Ali Z, Issoufou H.B, Idé A.H, Sayo D.A. Determinants of retroplacental hematoma at the Maradi mother and child health center, Niger: a case–control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):724.
30. Yaya S, Estelle D.L, Michele M.M.B, Narcisse K.K, Alamun A.I, Elysee B.D.D, et al. Retro Placental Hematoma: Maternal and Fetal Prognosis at the Maternity of the University Hospital of Bouake. Open J Obstet Gynecol. 2024;14(1):44-56.
31. Sidibé B. Hématome retro placentaire études cas-témoins sur les aspects épidémiologiques et thérapeutiques au centre de santé de référence de Sikasso [Thèse de médecine]. USTTB-FMOS 2024 ; 84p
32. Fatimetou A, Nessiba A, Marieme V. Retro placental hematoma, epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic aspects at the National Hospital Center approximately 97 cases. Int J Adv Res. 2019;7(12):785-9.
33. Mezane S, Achnani M, Ziyadi M, Babahabib A, Hafidi R, Moussaoui D, et al. Hématome retro-placentaire et mort fœtale in utero: A propos de 49 Cas et revue de la littérature. IJIAS. 2013;3:570-8.
34. Ananth C.V, Peltier M.R, Kinzler W.L, Smulian J.C, Vintzileos A.M. Chronic hypertension and risk of placental abruption: is the association modified by ischemic placental disease? Am J Obstet Gynecol. 2007;197(3):273-e1.
35. Tikkkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140-9.
36. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment [Internet]. [cité 22 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

37. Zahra L.F, Mouimen S, Badsi S, Benaouicha N, Zraidi N, Lakhdar A, et al. Retroplacental Hematoma at the Souissi Maternity Hospital in Rabat (About 60 Cases). Sch Int J Obstet Gynecol. 2022;5(4):155-61.
38. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 142. Obstet Gynecol. 2014;123(2):372-9.
39. Ngasa N.C, Ngasa S.N, Tchouda L.A.S, Tannisso E, Abanda C, Dingana T.N. Spirituality and other factors associated with COVID-19 Vaccine Acceptance amongst Healthcare Workers in Cameroon. 2021;
40. Biaye B, Gassama O, Gueye M.D.N, Diallo M, Niass A, Cisse M, et al. Epidemiology and Prognosis of Retroplacental Hematoma in a Maternity Ward at a Regional Hospital Center in Southern Senegal. Open J Obstet Gynecol. 2019;9(2):149-57.

# **ANNEXES**

**ANNEXE**

**FICHE D'ENQUETE**

Numéro du dossier :.....

Q1 : Date:.....

Q2 : Age:..... ans

Q3 : Profession :

1-fonctionnaire :.....

2-Ménagère :.....

3-Etudiante /Elève :.....

4-Commerçante :.....

5-Autres :.....

Q4: Statut Matrimonial :

1-Mariée :.....

2-Célibataire :.....

3-Divorcée :.....

4-Autres :.....

Q5: Niveau d'instruction :

1-Non scolarisée :.....

2-Primaire :.....

3-Secondaire :.....

4-Medersa :.....

5-Supérieur :.....

Q6: Profession du conjoint :

1-Fonctionnaire :.....

2-Etudiant :.....

3-Paysan :.....

4-Ouvrier :.....

5-Autre.....

Q7: Mode d'admission :

- 1-Venue d'elle-même :....
- 2-CSCOM :.....
- 3-Autres structures :.....
- 4-CSRef:.....
- 5-Privé :.....

Q8 :Motif d'admission :

- 1 -Douleur :.....
- 2-CUD:.....
- 3-Métrrorarragie :.....
- 4-HTA :.....
- 5-Choc hypovolemique :.....
- 6-Autres : (à preciser).....

Q9 : Antécédents medicaux :

- HTA (1=oui ; 2=non) :.....
- Diabète (1=oui ; 2=non) :.....
- Hémoglobinopathie(1=oui ; 2=non) :.....
- Asthme (1=oui ; 2=non) :.....
- 5-Autres :.....

Q10 : Antécédents chirurgicaux :

- 1-Césarienne (nombre) :.....
- 2-Myomectomie :.....
- 3-Autres à préciser :.....
- 4-Néant :.....

Q11 : Grossesse antérieure:

- Gestité: .....
- Nombre d'avortement : .....

Q12 : Grossesse actuelle :

- Terme SA : .....
- CPN : .....

-Prise de la TA (1=oui ;2=non) : .....

Q13 : Examen à l'admission :

Signes généraux=

-Etat général :(1=bon, 2=passable,3=mauvais) :.....

-Conjonctives :(1=colorée,2=moyennement colorée,3=pales ) :.....

-HTA= (1=oui, 2=non) : .....si oui chiffre.....mm Hg

-Œdème des MI= (1=oui,2=non) : .....

-Température : .....°C

-Pouls : ..... pul/mn

-mode d'entrée en travail (1=spontané,2=déclenchement actif,3=non en travail) : .....

Q14 : Examen obstétrical :

-Présentation (1=céphalique, 2=siège,3=autres).....

-Poche des eaux (1=intactes, 2=rompues).....

-Contraction utérine :(1=oui, 2=non).....

-BDCF (1=oui, 2=non).....

-Si oui chiffres :..... Bat/mn

-Dilatation :.....cm

-liquide amniotique : 1-Claire .....2-Teinté:..... 3-méconial .....4-Hématoïque .....  
.....

-Métrorragie (1=oui,2=non).....

-HU:.....cm

-Hypertonie utérine (1=oui,2=non).....

-Durée du travail :..... Heures

-Utilisation d'utero tonique pendant le travail (1=oui,2=non) : .....

Q15 : Voie d'accouchement :

1-Basse :.....

2-Haute:.....

Q16 : Traitement médical :

-Ocytocique : (1=Oui ; 2=non) : .....

-Anti HTA : (1=Oui ; 2=non) : .....

- Transfusion : (1=Oui ; 2=non) : .....
- Si oui : (type de produit sanguin) : PFC..... CGR.....
- Macromolécule : (1=Oui ; 2=non) : .....
- Antalgique : (1=Oui ; 2=non) : .....
- Cytotec 2OOug (1=oui ; 2=non) : .....
- Exacyl (1=oui ; 2=non) : .....
- Voie d'administration et dose si oui :.....

### Q17: Traitement chirurgical

- 1-Césarienne :.....
- 2-Hystérectomie :.....
- 3-Néant :.....
- 4-Autres.....

### Q18 : Indication :

- 1-Enfant vivant :.....
- 2-Sauvetage maternel :.....
- 4-Autres à préciser.....

### Q19 :Nouveau-né :

- Sexe (1=masculin ;2=féminin) : .....
- Etat à la naissance (1=vivant ;2=mort-né frais 3=mort-né macéré) : .....
- Apgar : 1mn=.....; 5mn=.....
- Poids:..... g
- Taille:..... cm
- Prématuré (1=oui ,2=non) : .....
- Réanimé (1=oui ,2=non) : .....

### Q20: Annexes

-Placenta :

Poids=..... g

Longueur du cordon=..... cm

poids du caillot=..... g

Petit côté des membranes=..... cm

Cupule=..... Cm

-Si problème funiculaire précisé : .....

Q21 : Pronostic maternel :

1-Vivante : ..... 2-Décédée : .....

-si décès, énumérer la cause : .....

Q22 : Complications maternelles

1-Anémie : .....

2-Hémorragie par atonie utérine : .....

3-Trouble de la coagulation : .....

4-Complications rénales : .....

Q23 : Examens complémentaires :

-Groupage : .....

-Rhésus : .....

-Taux d'hémoglobine avant l'accouchement : ..... g /dl

-Taux d'hémoglobine après l'accouchement : ..... g /dl

-Diurèse : ..... cc/horaires

-créatininémie : .....

-Uricémie : .....

-Autres : .....

Q24 : Patiente transférée en réanimation :

1-OUI      2- NON

Si oui, Motif du transfert : .....

Q25 : Nouveau-né transféré en néonatalogie :

1-OUI      2-NON

Si oui, Motif du transfert : .....

**FICHE SIGNALITIQUE**

**Noms :** Kistoukou McCabe

**Prénoms :** Joyce lorine

**Titre de la thèse :** Hématome rétro placentaire : facteurs de risque et pronostic

**Année :** 2023-2024

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** République du Congo

**Lieu de dépôt :** UKM

**Secteur d'intérêt :** gynécologie obstétrique

**Résumé :**

**Introduction :** L'hématome rétroplacentaire (HRP), ou décollement prématûr du placenta normalement inséré (DPPNI), est une complication obstétricale grave associée à une interruption des échanges materno-fœtaux. Cette étude vise à évaluer les facteurs de risque et le pronostic de l'HRP chez les primipares au CHU Gabriel Touré de Bamako, centre de référence au Mali.

**Méthodologie :** Une étude cas-témoins rétrospective à collecte de données rétro-prospective a été menée au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako sur une période de 12 mois (1er août 2023 au 31 juillet 2024). La population d'étude comprenait toutes les gestantes et parturientes admises durant cette période. Un échantillonnage exhaustif a été réalisé, incluant toutes les primipares ayant présenté un HRP (cas) et un nombre égal de primipares n'ayant pas présenté d'HRP (témoins), appariées sur l'âge. Les données ont été collectées rétrospectivement à partir des dossiers obstétricaux, partogrammes, registres d'accouchement et d'hospitalisation, comptes rendus opératoires et fiches d'évacuation, à l'aide de fiches d'enquête. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 22.0, utilisant des statistiques descriptives (moyennes, fréquences, écarts types) et analytiques (Odds Ratio) pour comparer les groupes. La confidentialité des données a été garantie.

**Résultats :** Sur 3436 accouchements, la fréquence globale de l'HRP était de 8,93%, et chez les primipares, elle atteignait 18,6% (50 cas sur 269 primipares). L'âge  $\leq 19$  ans était prédominant dans les deux groupes. La profession de ménagère était significativement associée au groupe cas ( $p=0,042$ ). L'absence de CPN était significativement plus fréquente chez les cas (52%) que chez les témoins (14%) ( $p=0,000$ ). L'admission par référence/évacuation était également significativement plus élevée chez les cas (92%) ( $p=0,000$ ). L'HRP était le principal motif d'admission chez les cas (78%). L'âge gestationnel entre 34 et 36 SA était le plus fréquent chez les cas. L'anémie ( $< 8$  g/dl) était significativement plus fréquente chez les cas ( $p=0,000$ ). La césarienne était la voie d'accouchement prédominante chez les cas (94%) et la transfusion sanguine a été plus fréquente ( $p=0,000$ ). Le pronostic maternel était moins favorable chez les cas, avec une mortalité de 8% due au choc hémorragique ( $p=0,004$ ). Les complications maternelles (anémie, HPP, troubles de la coagulation, insuffisance rénale) étaient

significativement plus fréquentes chez les cas. Le pronostic foetal était sombre, avec un taux de naissance plus faible ( $p=0,031$ ).

**Conclusion :** Cette étude met en évidence une fréquence élevée de l'HRP chez les primipares au CHU Gabriel Touré. La tranche d'âge inférieure à 19 ans et l'absence de CPN sont des facteurs augmentant le risque de survenue de l'HRP. Le pronostic périnatal est sévère avec une mortalité périnatale très importante.

**Mots-clés :** Hématome Rétro placentaire, Primipares, Facteurs de Risque, Pronostic Maternel, Pronostic Foetal, Mali.

**DATA SHEET**

**Names:** Kistoukou McCabe

**First Names:** Joyce lorine

**Thesis Title:** Hématome rétro placentaire: facteurs de risque et pronostic (Retroplacental Hematoma: Risk Factors and Prognosis)

**Year:** 2023-2024

**City of Defense:** Bamako

**Country of Origin:** Republic of the Congo

**Place of Deposit:** UKM

**Area of Interest:** Gynecology and Obstetrics

**Abstract:**

**Introduction:** Retroplacental hematoma (RPH), or abruptio placentae, is a severe obstetrical complication associated with the disruption of maternal-fetal exchanges. This study aims to evaluate the risk factors and prognosis of RPH in primiparous women at the CHU Gabriel Touré in Bamako, a referral center in Mali.

**Methodology:** A retrospective case-control study with retro-prospective data collection was conducted in the gynecology and obstetrics department of the CHU Gabriel Touré in Bamako over a 12-month period (August 1, 2023, to July 31, 2024). The study population included all pregnant and postpartum women admitted during this period. An exhaustive sampling was carried out, including all primiparous women who presented with RPH (cases) and an equal number of primiparous women who did not present with RPH (controls), matched for age. Data were collected retrospectively from obstetrical records, partograms, delivery and hospitalization registers, surgical reports, and patient referral forms using survey sheets. The data were entered and analyzed using SPSS version 22.0, employing descriptive statistics (means, frequencies, standard deviations) and analytical statistics (Odds Ratio) to compare the groups. Data confidentiality was guaranteed.

**Results:** Out of 3436 deliveries, the overall frequency of RPH was 8.93%, and in primiparous women, it reached 18.6% (50 cases out of 269 primiparous women). The age  $\leq$  19 years was predominant in both groups. The occupation of housewife was significantly associated with the case group ( $p=0.042$ ). Absence of ANC was significantly more frequent in cases (52%) than in controls (14%) ( $p=0.000$ ). Admission by referral/evacuation was also significantly higher in cases (92%) ( $p=0.000$ ). RPH was the main reason for admission in cases (78%). Gestational

age between 34 and 36 weeks was the most frequent in cases. Anemia ( $< 8$  g/dL) was significantly more frequent in cases ( $p=0.000$ ). Cesarean section was the predominant mode of delivery in cases (94%), and blood transfusion was more frequent ( $p=0.000$ ). Maternal prognosis was less favorable in cases, with a mortality rate of 8% due to hemorrhagic shock ( $p=0.004$ ). Maternal complications (anemia, postpartum hemorrhage, coagulation disorders, renal insufficiency) were significantly more frequent in cases. Fetal prognosis was poor, with a high rate of fresh stillbirths (76%) and low Apgar scores in cases ( $p=0.000$ ), as well as lower birth weight ( $p=0.031$ ).

**Conclusion:** This study highlights a high frequency of RPH in primiparous women at the CHU Gabriel Touré. Age under 19 and lack of PNC are factors that increase the risk of RPH. The perinatal prognosis is severe, with a very high perinatal mortality rate.

**Keywords:** Retroplacental Hematoma, Abruptio Placentae, Primiparous, Risk Factors, Maternal Prognosis, Fetal Prognosis, Mali.

**SERMENT D'HYPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**