

II. CARACTERISTIQUES MATERNELLES

II.1. L'âge

De nombreuses études ont montré que l'âge avancé de la femme constituait un facteur de risque de l'hématome rétro placentaire. Les patientes de plus de 30 ans courent quatre fois plus de risque de faire HRP que celles de moins de 30 ans ($p=0,00000$; $OR=4,55$) [3].

Par contre, dans notre travail, la tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 34 ans qui représentait 72,71% de cas. Ce constat a été révélé par *Nayama et de Bohec* (73,74%) [49,50]. Et *Gueneuc* avec une fréquence maximale d'hématome rétroplacentaire entre 20 à 34 ans (58%) en Guyane française [2].

C'est la période qui correspond à la période de gestation de la femme dans les Pays Africains et de certains Pays européens comme la France dans une étude menée par *Geuneuc*.

Cette situation nous incite à renforcer les campagnes d'éducation sanitaires en faveur des populations cibles pour mieux faire connaître les facteurs de risque de l'HRP et l'intérêt de la consultation précoce et régulière pendant la grossesse. Car le suivi périodique de la grossesse tient une place prépondérante dans la prise en charge de l'HRP.

II.2. Gestité et parité

La parité est citée parmi le facteur de risque de la survenue d'HRP dans la plupart des études [51].

L'HRP n'épargne aucune parité, les paucipares sont les plus touchées et les grandes multipares dans une proportion relativement faible. Tels étaient les statistiques de *Guiadem* [52].

Par contre, certaine étude a montré que le taux d'HRP est augmenté avec la parité. La fréquence est doublée à partir de la quatrième geste et triplée à partir de la cinquième geste [53].

Selon la littérature, au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, les multipares représentaient 56,7 % [47].

Dans notre série les paucigestes représentent 35,15% des cas et les multigestes 47,22% ;

Par rapport à la parité l'HRP peut toucher les paucipares (21,45%) et les multipares (62,07%).

La multiparité est le principal facteur favorisant de la survenue d'HRP à la maternité Befelatanana, d'où l'intérêt de l'application de la planification familiale à tous le niveau de Santé.

L'HRP affecte aussi les paucipares avec une fréquence non négligeable après les multipares. Cette situation est expliquée par la présence d'un antécédent d'avortement antérieure pour certaines paucipares (dans notre étude nous avons enregistré 15,35% des avortements spontanés).

Chaque séance de CPN devrait faire l'objet d'IEC/CCC comportant des messages spécifiques adaptés aux cibles comme la planification familiale pour limiter le nombre d'accouchement afin de réduire la survenue de L'HRP pour les multipares, la régularité aux CPN pour les nullipares. A Madagascar, tout le système de la santé exige au moins la réalisation de quatre CPN obligatoire avant l'accouchement pour diagnostiquer précocement les complications liées à la grossesse.

II.3. Etat matrimonial

Dans notre série 70,78% des cas sont des femmes mariées, ceux d'union libre sont à 20,11% des cas. Seulement 9,11% sont célibataires.

Cette situation peut être due à des grandes et nombreuses multiparités des femmes mariées, un des grandes facteurs favorisant de l'HRP surtout si elles ne pratiquent pas de contraception [54].

La réalisation d'une autre étude sera nécessaire pour étudier l'existence ou non d'une liaison entre état matrimonial et celle de la gestité.

Pour tous les femmes en âge de procréation, quelque soit leur état matrimonial, il est nécessaire de limité le nombre de grossesse et de faire un suivit régulier dès la conception jusque à la suite des couches, pour informer le couple sur les conseils et les consignes à suivre au cours de la grossesse pour le bien être foetal et maternel.

II.4. Profession

Les ménagères et les cultivatrices arrivent en tête avec un taux de 83,34%, résultat semblable à celui trouvé dans le pays en développement africain.

Dans son étude *Taurel R et al* a trouvé que les femmes qui effectuent des efforts physiques considérables durant le travail, comme les ménagères et les cultivatrices présentent souvent un hématome rétroplacentaire [55].

Dans les pays en développement les personnes travaillantes dans les secteurs tertiaires font souvent parties des personnes à faibles revenus.

Le niveau socio économique bas rime avec une insécurité sanitaire.

D'où l'intérêt d'une amélioration de la qualité de vie de chaque ménage et d'une mise en place du système de suivi de la grossesse par l'Etat dans tout le système de la santé (examens paracliniques...) pour contribuer à la réduction du taux de survenue de l'HRP à Madagascar.

II.5. Niveau d'instruction

La fréquence de l'HRP a évolué en raison inverse du niveau d'instruction de nos parturientes.

Les parturientes de niveau primaire sont majoritaires, elles représentent 53,13% des cas. En général, le niveau scolaire bas, constitue un facteur indéniable car ces femmes sont moins sensibles aux informations comme en témoigne l'insuffisance de la nécessité de CPN dans cette catégorie de patientes.

L'information l'éducation et la communication sur l'importance de la CPN en vue de changement de comportement par les agents communautaires ou les personnels de santé, lorsque celles-ci sont réalisées dans les Centres de Santé de Base et les Fokontany de la ville peut améliorer cette recrudescence.

En effet, un niveau d'instruction élevé aide à la bonne utilisation des services de Santé et à la prise en considération des présentations prénatales.

II.6. Surveillance prénatale

Des études ont montré que la fréquence de l'HRP tend à diminuer au fur et à mesure que le nombre de CPN croît [56].

Dans notre série, un quart des patientes n'a pas suivi de consultation prénatale. Le 52,35% des femmes la suivent irrégulièrement. L'insuffisance palpable de la CPN constitue un facteur de risque majeur à la survenue de l'HRP.

Alors il faut sensibiliser les femmes dès le premier signe de la grossesse à commencer la CPN selon la recommandation de l'OMS;

Selon la politique nationale de santé à Madagascar, la femme enceinte doit effectuer au moins quatre suivis prénataux pendant la grossesse mais ce nombre devrait être plus de quatre si la grossesse est à risque afin de dépister les éventuels facteurs de risque [57].

Cependant, le nombre de CPN n'influençait pas la survenue de l'HRP lors de notre étude. Ceci pourrait entre autres être dû à la façon dont certains professionnels de santé réalisent la CPN, à savoir la maîtrise et la gestion des paramètres à surveiller, le contenu des messages à transmettre, les types de conseils à donner, les soins à offrir, les examens paracliniques à demander, les éventuelles références.

Il faut intégrer dans la politique nationale de la Santé Publique la mise en place d'un plateau technique nécessaire pour les suivis de la grossesse dans tout le niveau de santé

II.7. Antécédents gynéco obstétricaux

Pour les antécédents nous constatons une proportion de :

- Avortements spontanés : 15,35%
- Accouchements prématurés : 47,25%
- Traumatisme par chute : 6,62%
- Et parmi 66 cas d'HRP, 30,78% n'ont pas d'antécédents

Faute de moyen et des résultats paracliniques antérieurs, les étiologies de ces accouchements prématurés sont méconnues.

Nos résultats ne concordent pas avec les données de la littérature d'où l'intérêt de rendre gratuit les examens complémentaires systématiques pendant la grossesse.

II.8. Age gestationnel

Durant notre étude 82,11% des gestantes ont un âge gestationnel de 37 SA et plus.

En effet, le début est brutal et l'affection survient surtout à la fin de la grossesse, se caractérisant par une douleur abdominale très intense souvent accompagnée de nausées, voire des vomissements et de tendance syncopale. Le résultat correspond à celui de la littérature qui stipule que l'hématome rétroplacentaire survient au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse [58].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que l'HRP est une pathologie du troisième trimestre de grossesse.

Conscientiser les gestantes à venir consulter dès une apparition des signes anormaux au cours du troisième trimestre de grossesse

Encourager la réalisation d'une échographie obstétricale systématique au cours du troisième trimestre de la grossesse.

II.9. Facteurs étiologiques

Les syndromes vasculo rénaux constituent les principaux facteurs étiologiques de l'HRP [59] ; dans notre étude 44,27% des parturientes présentent les syndromes vasculo rénaux, suivis par le massage abdominal (13,50%) et le traumatisme (8,12%)

La détection de cette pathologie figure parmi les objectifs de la CPN obligatoires durant la grossesse. Il faut renforcer la sensibilisation des femmes en âge de procréer sur les intérêts de cet examen systématique effectué pendant la grossesse.

Un suivi non rigoureux des certaines grossesse chez les femmes ayant un antécédent d'HTA ou l'une de ses complications qui est probablement lié à la négligence d'une CPN antérieur.

La multiplicité des CPN, mais surtout l'observance de celle-ci peut permettre le diagnostic précoce de l'HRP et les complications qu'elle entraîne.

Informers les gestantes sur l'impact du massage abdominal dans l'évolution de la grossesse et les cotés néfastes de cette pratique.

II.10. Mode d'admission

Une étude Africaine en 2014 a montré que le mode d'admission des patientes était dominé par les références dans des nombreuses [44].

Par contre, les entrantes directes prédominent (67,68%) dans notre étude, suivie par les références des sages-femmes ou médecin libre sûrement après tentative d'accouchement à domicile dans 10% de cas. Et que 22,32% d'entre elle sont des évacuations sanitaires. Cette fréquence 67,68% s'explique par l'accès facile des femmes présentant d'HRP et qui habitent non loin du Centre Hospitalier de référence bien équipé.

II.11. Modalités d'accouchement

Dans notre étude :

- 29 femmes soit un taux de 43,37% ont accouché par voie basse ;
- 4,47% (3) des parturientes ont subi une hystérectomie d'hémostase ;
- et 52,16% (34) des parturientes sont césarisées.

L'évacuation utérine rapide représente le traitement de base de l'HRP. Elle permet de réduire les risques des complications materno-fœtales [3].

L'accouchement par voie basse peut être autorisé si l'hématome rétroplacentaire est modéré, s'il n'y a pas de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes.

On peut indiquer la voie basse si le fœtus est mort ou non viable, mieux vaut si possible tenter de conserver un utérus indemne de cicatrice [60].

Encore une fois, si la femme est en fin de travail, dilatée à plus de 6cm et qu'il s'agit d'une multipare, on peut tenter l'accouchement par voie basse en aidant l'expulsion.

Dans tous les autres cas la césarienne a été indiquée en tenant compte des facteurs suivants :

- Terme
- Souffrance fœtale aiguë

La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un enfant vivant et viable avec accouchement non imminent.

III. CARACTERISTIQUES FŒTALES

- On note une légère prédominance du sexe masculin ;
- 75,25% des nouveau-nés ont un mauvais indice d'Apgar compris entre 4 et 6 ;
- 76,93% des nouveau-nés sont nés à terme ;
- La plupart des nouveau-nés pèsent entre 1501 et 3000g.
- On a enregistré au total 24 décès fœtaux ; ce qui est énorme

Cette mortalité est liée à la souffrance fœtale aiguë et à la prématurité du fœtus

L'HRP est fœticide car elle empêche les échanges fœto-placentaire qui entraîne par la suite une souffrance fœtale chronique puis aiguë à cause de l'anoxie et aboutit à une mort fœtal in utero (qui dépend de l'impotence de l'HRP et l'AG de survenue de l'HRP)

IV. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

IV.1 Pronostic maternel

Le taux de mortalité maternelle dans notre étude est de 4,54%. Sur les 03 cas de décès maternel retrouvé un est survenue en post opératoire et deux suite à des troubles de coagulation.

Par contre les trois suites opératoires d'hystérectomie sont normales.

Le pronostic maternel reste bon dans la majorité des cas, 1,25% des cas de décès maternel suite à un choc hypovolémique [3].

Selon la littérature, dans les pays développés, la mortalité maternelle est devenue exceptionnelle, passant de 8% en 1919 à moins de 1% en 1995 [58]. En revanche, dans une série nigérienne de 118 cas d'HRP survenus au cours de l'année 2003, elle était de 5,1% [61].

La mère peut décéder par choc hypovolémique ou par complications qui sont de deux ordres :

- 1) Les troubles de coagulations : fibrinogenolyse ou coagulation intravasculaire disséminée, dues à une libération de divers facteurs dont des thromboplastines par le placenta en voie de nécrose. Ils se manifestent par des hémorragies utérines de sang incoagulable survenant avant, pendant ou après accouchement.
- 2) Les complications rénales : également redoutables, elles se traduisent par une anurie faisant suite à une phase d'oligurie.

Deux lésions rénales sont possibles :

- Tubulonéphrite interstitielle par choc hypovolémique pouvant récupérer,
- Nécrose corticale bilatérale massive, irréversible

Donc les décès maternels rapportés sont liés à un retard de la prise en charge de l'HRP.

Les troubles de coagulations ont eu le temps de s'installer.

Alors que les produits adéquats pour traiter ces dernières sont difficiles à trouver à Tana. (Fibrinogène, PFC...)

IV.2. Pronostic fœtal

Dans notre étude nous avons observé un taux de 32,36% des décédés ; dont 15,15% des cas de fœtus mort in utero, 13,64% non réanimé et 7,57% des nouveau-nés décédés dans le post-partum.

Selon la littérature, le caractère fœticide de l'HRP a été retrouvé par des nombreux auteurs 85,9% au Burkina, 87,1% au Sénégal, 82,8% en Côte-d'Ivoire, 58% au Nigeria [62,63].

Nous avons recensé 42 cas de nouveau-né vivant soit un taux de 63,64%.

Le pronostic fœtal dépend essentiellement de la surface de décollement placentaire, du poids fœtal conditionné par le degré de prématurité et d'hypotrophie et du délai écoulé entre le diagnostic et l'extraction fœtale.

Les problèmes posés par l'HRP sont les complications qui affectent à la fois la mère et l'enfant.

La promotion d'une collaboration multidisciplinaire entre les Obstétriciens, les Pédiatres, l'Anesthésiste Réanimateur, les Hématologues et les Cardiologues afin de réduire efficacement la mortalité maternelle et périnatale liée à l'HRP est primordiale. Aussi des efforts doivent être entrepris pour améliorer la prise en charge de cette pathologie.

A cet effet, des suggestions ont été avancées portant sur :

- Les mesures préventives ;
- Le renforcement de la compétence du personnel soignant ;
- L'amélioration des infrastructures sanitaires.

➤ **Les mesures préventives**

Le traitement prophylactique de l'hématome rétroplacentaire est malheureusement décevant. Le décollement peut survenir chez une femme enceinte saine apparemment, aussi en cas de néphropathie gravidique correctement traité.

La prévention passe par :

☞ une sensibilisation des femmes enceintes à être assidues aux consultations prénatales où on peut détecter des facteurs de risque de cette pathologie. Le suivi prénatal permet :

- à la gestante d'aborder l'accouchement dans les meilleures conditions possibles,
- le dépistage des pathologies de la grossesse qui seront soignées à temps,

- le dépistage des facteurs de l'hématome rétroplacentaire : HTA, malnutrition, les habitudes toxiques (tabac, alcool),
 - la réduction des risques par un régime sain, un apport suffisant de vitamine B, C, PP, E.
 - éduquer les gestantes à éviter tous traumatismes en fin de grossesse : voyage, coït fréquent et violent, travail, long marche
 - traiter les infections génitales et urinaires,
 - promouvoir la planification familiale,
 - faire l'échographie obstétricale, en consultation prénatale et en salle d'accouchement,
 - demander le bilan biologique d'albuminurie et d'uricémie en consultation prénatale,
 - traiter correctement toute HTA chez la femme enceinte.
- ☞ une amélioration des conditions financière de la famille : lutter contre le chômage,
 - ☞ l'hospitalisation de toutes les femmes enceintes possédant un hématome rétroplacentaire quelle que soit la forme clinique,
 - ☞ une sensibilisation des jeunes femmes en âge de procréer sur l'acceptation de grossesse survenue à un âge plus précoce.

➤ **Le renforcement de la compétence du personnel soignant.**

La formation périodique des agents de santé travaillant surtout dans les formations sanitaires où l'on pratique des accouchements doit être primordiale.

En effet, elle améliore la prise en charge de l'HRP en renforçant la capacité technique du personnel.

L'évacuation rapide de l'utérus signifie la pratique de la césarienne.

Les complications graves se voient surtout dans les apoplexies utéro-placentaire qu'on a laissé évoluer ou qui sont vues tardivement.

Ces règles doivent être connues des agents de santé lors de la formation à privilégier dans toutes les formations sanitaires.

➤ **Les améliorations des infrastructures sanitaires.**

Si on veut promouvoir au maximum la notion de maternité sans risque, il faut améliorer les conditions de travail. « Un bon rendement rime avec les bonnes conditions de travail ».