

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHUA	:	Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo
CIVD	:	Coagulation intra vasculaire disséminée
DPPNI	:	<i>Décollement prématuré placentaire normalement inséré</i>
HRP	:	Hématome rétroplacentaire
HTA	:	Hypertension artérielle
CPN	:	Consultation prénatale
SA	:	<i>Semaine d'aménorrhée</i>
LA	:	Liquide amniotique
VME	:	Version par manœuvre externe

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau n°1 : Répartition selon la fréquence mensuelle.....	22
Tableau n°2 : Répartition des cas d'HRP	23
Tableau n°3 : Répartition selon l'âge	24
Tableau n°4 : Répartition selon la parité	25
Tableau n°5 : Répartition selon la profession.....	26
Tableau n°6 : Répartition selon la situation matrimoniale	27
Tableau n°7 : Répartition selon la provenance.....	28
Tableau n°8 : Répartition selon le niveau d'instruction	29
Tableau n°9 : Répartition selon le mode d'admission.....	30
Tableau n°10 : Répartition selon les consultations prénatales.....	31
Tableau n°11 : Répartition selon les antécédents	32
Tableau n°12 : Répartition selon l'âge gestationnel.....	33
Tableau n°13 : Répartition selon les modalités d'accouchements	34
Tableau n°14 : Répartition selon le sexe	36
Tableau n°15 : Répartition selon le poids à la naissance.....	37
Tableau n°16 : Répartition des enfants selon le terme de la grossesse	38
Tableau n°17 : Répartition selon l'état à la naissance	39
Tableau n°18 : Répartition selon l'aspect du liquide amniotique.....	40



LISTE DES FIGURES

	age
Figure n°1 : Fréquence mensuelle	22
Figure n°2 : Effectif des HRP durant les 5 dernières années	23
Figure n°3 : Ages des gestantes	24
Figure n°4 : Parité des gestantes	25
Figure n°5 : Profession des parturientes	26
Figure n°6 : Situation matrimoniale des gestantes.....	27
Figure n°7 : Provenance des parturientes.....	28
Figure n°8 : Niveau d’instruction des parturientes	29
Figure n°9 : Mode d’admission des gestantes.....	30
Figure n°10 : Consultation prénatale des gestantes	31
Figure n°11 : Antécédents des parturientes.....	32
Figure n°12 : Age gestationnel des parturientes	33
Figure n°13 : Mode d’accouchement des gestantes	34
Figure n°14 : Sexe des bébés	36
Figure n°15 : Poids des bébés à la naissance	37
Figure n°16 : Effectif des enfants selon le terme de la grossesse	38
Figure n°17 : Etat à la naissance des bébés.....	39
Figure n°18 : Aspect des liquides amniotiques.....	40

LISTE DES SCHEMAS

<i>Page</i>	
Schéma n°1 : Formation du placenta.....	2
Schéma n°2 : Schéma du placenta et système tambour	4
Schéma n°3 : Le placenta à terme	6

SOMMAIRE

Page

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1- RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LE PLACENTA.....	1
1.1- Embryologie	1
1.2- Anatomie.....	1
1.3- Physiologie	3
2- GENERALITES SUR L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE	7
2.1 Définition.....	7
2.2- Historique	7
2.3- Epidémiologie.....	8
2.4- Anatomie pathologique	9
2.5- Signes cliniques	10
2.6- Evolution et complications	11
2.7- Diagnostic différentiel	12
2.8- Formes cliniques	13
2.9- Traitement	14

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

1- OBJECTIFS	18
2- CADRE D'ETUDE	18
2.1- Présentation.....	18
2.2- Personnel technique et administratif	19
3- METHODOLOGIE	20
4- RESULTATS	21
4.1- Fréquence	21
4.2- Morbidité.....	35
4.3- Mortalité	35

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1- COMMENTAIRES.....	41
-----------------------------	-----------

1.1- Fréquence	41
1.2- Aspects épidémiologiques maternels	41
1.3- Caractéristiques fœtales	44
2- SUGGESTIONS	45
2.1- Volet préventif.....	45
2.2- Volet curatif.....	45
2.3- Volet didactique	46
2.4- Volet socio-sanitaire	46
CONCLUSION	47

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Très particulières et d'origines diverses, les métrorragies, en rapport avec la grossesse, doivent éveiller des réflexes de diagnostic en tenant compte du moment de l'hémorragie par rapport à la grossesse.

Apparaissant au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse, le décollement prématuré du placenta normalement inséré est une complication très grave caractérisée par la séparation du placenta au niveau de sa surface d'insertion normale (1).

Il se constitue rapidement une collection sanguine entre la face postérieure du placenta et la paroi utérine.

Cette désunion accidentelle du placenta d'avec une partie de l'utérus compromet les échanges foeto-maternels.

Cet hématome rétroplacentaire constitue un élément commun à des tableaux cliniques les plus variés et représente une manifestation vasculaire d'une maladie générale « couvelaire's disease » (2).

Les conséquences sont graves (3) :

- pour la mère : risque de choc, de défibrination aiguë (coagulation intravasculaire disséminée diffuse), d'anurie,
- pour l'enfant : 70 à 80 % de mortalité.

Une étude sur l'hématome rétroplacentaire a été effectuée au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (CHUA) Maternité de Befelatanana en l'an 2001.

Ce travail comporte 3 parties :

- la première partie est consacrée à la revue de la littérature,
- la deuxième partie est destinée à l'étude proprement dite,
- la troisième est réservée aux commentaires et aux suggestions.

Une conclusion générale terminera l'étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LE PLACENTA

1.1. Embryologie (4) (5)

Le placenta est un organe foeto-maternel car il est constitué de 2 parties :

- une partie qui dérive de l'œuf
- une partie maternelle formée par les transformations subies par la zone d'implantation utérine.

Le placenta est de type hémochorial, les villosités étant au contact direct du sang maternel.

Cependant les 2 circulations restent anatomiquement sans communication directe.

Dans les premiers stades de développement de l'œuf, les villosités émanées du chorion occupent toute la surface de l'œuf.

Après la nidation, l'œuf grossit et fait de plus en plus saillie dans la cavité utérine.

A sa surface, les villosités disparaissent. Elles ne persistent qu'au pôle utérin. Elles sont restées en contact avec la muqueuse utérine. La surface où persistent les villosités a la forme d'un disque et son ensemble constitue le placenta. Il est nettement différencié vers la fin du 3^{ème} mois de la grossesse.

1.2. Anatomie (6) (7)

C'est une masse charnue essentiellement vasculaire destinée aux échanges qui se font entre la mère et le fœtus.

- Sa forme est celle d'un disque souvent plus ou moins ovale, mesurant 16 cm de diamètre.

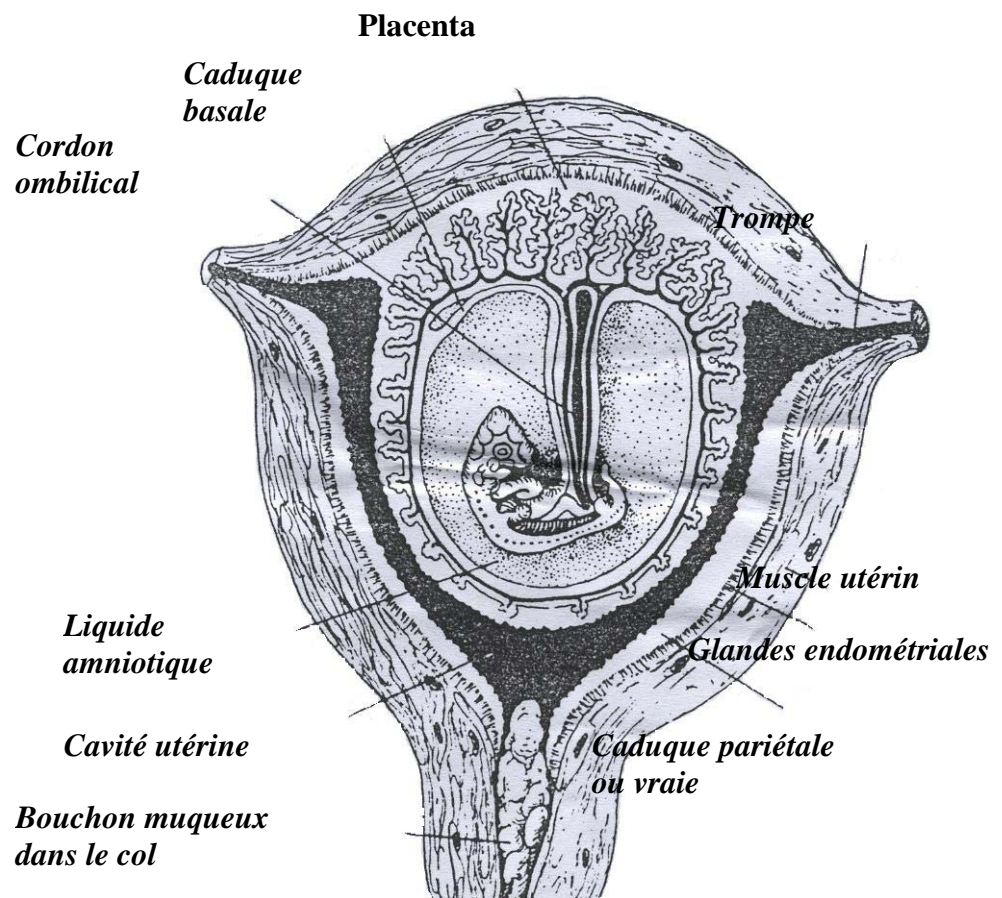


Schéma n°1 : Formation du placenta (4)

- L'épaisseur mesure 1 cm, 5 à 3 cm vers le centre se réduisant à 6 et 4 mm sur les bords,

- Il pèse à terme 500 à 600 g (1/6 du poids du fœtus).

Ses bords se continuent par les membranes.

La face « maternelle » au contact de l'utérus est charnue et formée de « cotylédons » séparés par des sillons.

La face fœtale « donnant sur la cavité de l'œuf est lisse, luisante et revêtue par l'amnios au-dessous duquel on voit serpenter les vaisseaux qui vont du placenta au cordon ombilical s'insérant sur cette face.

Le bord ou circonférence mesure en moyenne 55 cm.

Au total, le placenta est constitué de 2 portions :

- une portion maternelle utérine : la plaque basale,
- une portion fœtale : la plaque chorale.
- entre les 2 : la chambre intervillieuse limitée par l'union des 2 plaques à la périphérie du placenta formant l'anneau obturant de Winkler. La caduque basale est la portion du placenta maternelle directement au contact du myomètre.

1.3. Physiologie (8) (9) (10)

La fonction du placenta est double :

- il régit les échanges foeto-maternels : il tient sous sa dépendance la vie du fœtus qui meurt lorsque le placenta est fortement alerté ou se décolle prématurément,
- il a une fonction hormonale endocrine qui concourt au maintien de la gestation.

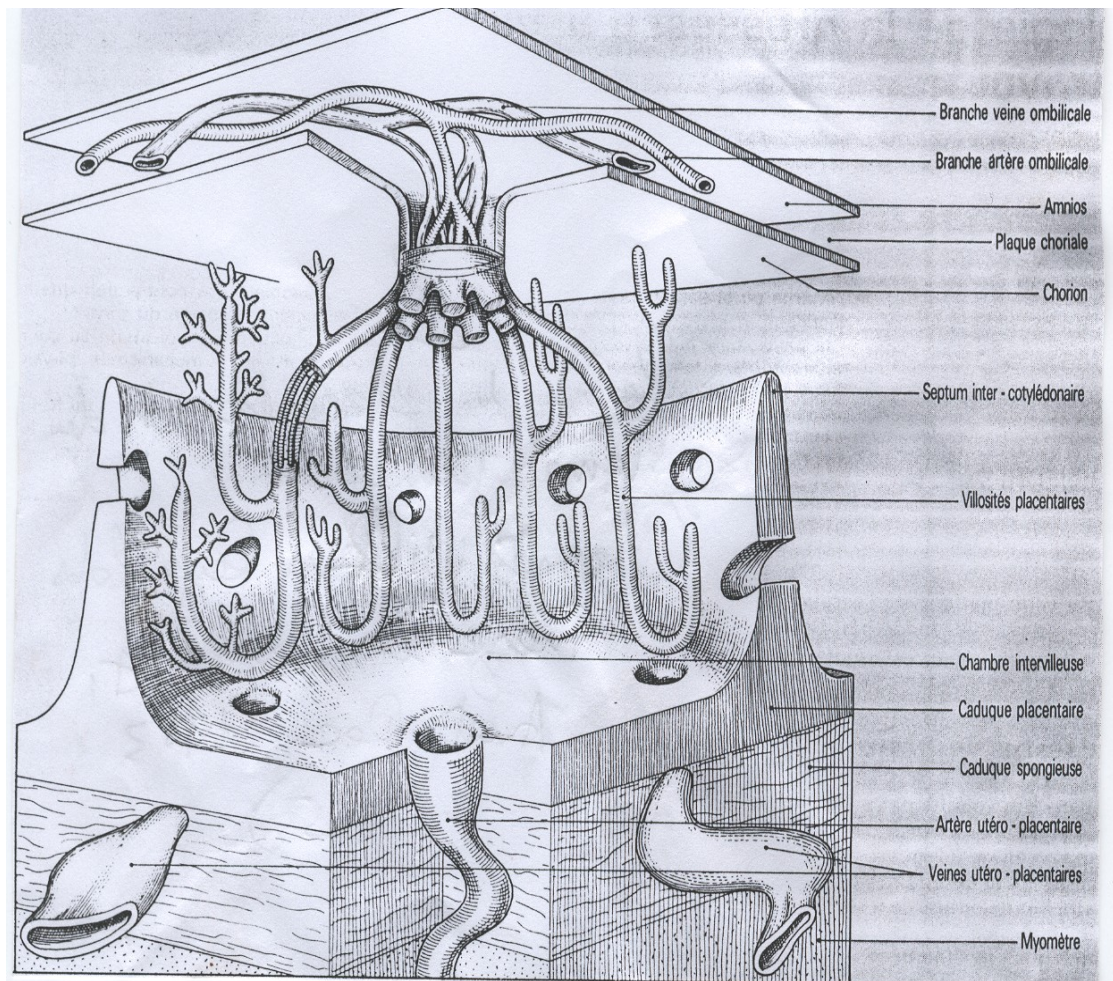


Schéma n° 2 : Schéma du placenta et du système tambour.
 (D'après Wilkin Reynolds Foeze et Ramsey, *Anat Rec* 1963) (5)

a) Fonction dans les échanges foeto-maternels

La superficie d'échange entre les sangs maternel et fœtal atteint 13 à 14 m²

- Echanges vitaux :

- l'oxygène et le gaz carbonique passent par simple diffusion grâce aux différences de leur pression partielle dans le sang maternel et dans le sang fœtal (fonction respiratoire du placenta).

- l'eau, les électrolytes, les protides, les glucides, les lipides sont fournis également à la circulation fœtale,

- les hormones sexuelles maternelles traversent également la paroi villositaire.

- Echanges accidentels :

- les anesthésiques et bon nombre de toxiques passent facilement de la mère au fœtus. Au cours des interventions obstétricales pratiquées sous anesthésie générale profonde, l'enfant est souvent lui-même sous l'effet de la narcose,

- la nicotine, l'alcool absorbés par l'organisme fœtal peuvent intoxiquer l'enfant,

- le passage des bactéries est certain pour certains germes communs : pneumocoque, bacille de Kock, tréponème de la syphilis, bacille d'Eberth ainsi que tous les virus,

- les hématies fœtales peuvent passer.

b) Fonction endocrine

Le placenta produit des hormones glycoprotéiques (gonadotrophines chorioniques et hormones lactogènes) et des stéroïdes (œstrogènes et substances progestatives).

Le placenta forme une barrière dépourvue du pouvoir antigénique isolant le fœtus, corps étranger, au sein de l'organisme maternel et permettent la tolérance de cette greffe tout au long des neuf mois de la grossesse.

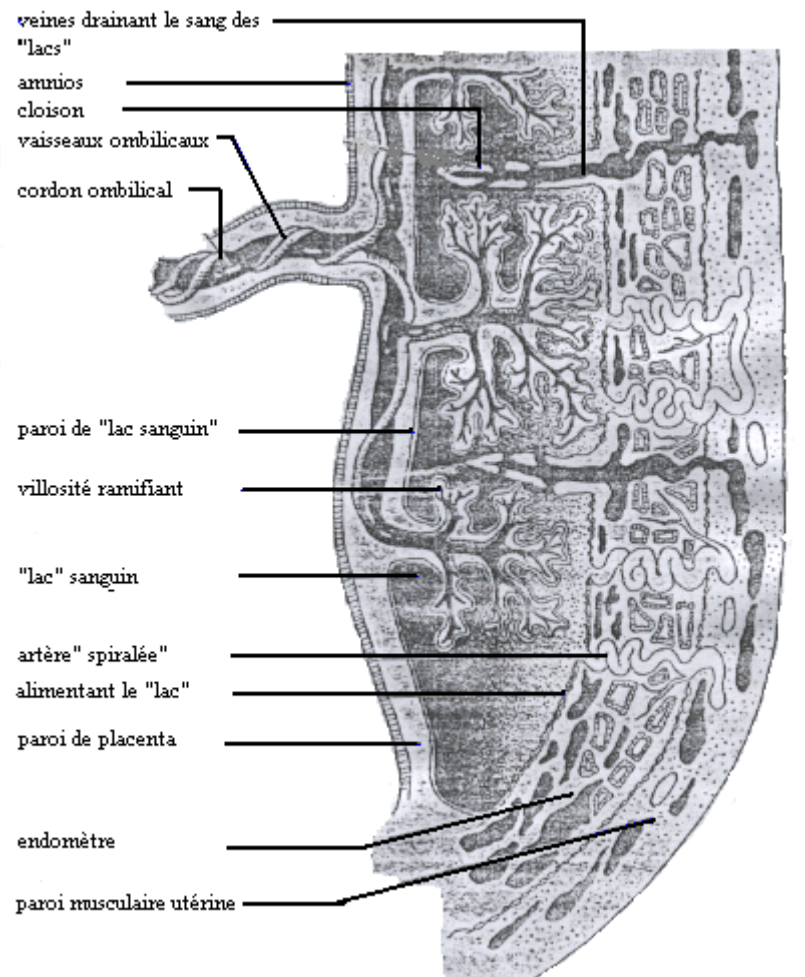


Schéma n° 3 : Placenta à terme (11)

2. GENERALITES SUR L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE

2.1. Définition (12)

L'hématome rétroplacentaire est un "décollement prématuré du placenta normalement inséré" par un hématome situé entre celui-ci et la paroi utérine.

2.2. Historique (13) (14)

Louise BOURGEOIS, sage-femme de Marie de Médecis aurait reconnu pour la première fois l'hématome rétroplacentaire.

Toutes les hémorragies de fin de grossesse étaient jusqu'en 1664 attribuées à un décollement prématuré du placenta.

En 1811, REGLEY, en Angleterre, individualise les "hémorragies accidentelles dues à la séparation prématurée du placenta normalement inséré par opposition aux hémorragies inévitables" du placenta praevia.

En 1832, en France, BAUDELOCQUE décrit les hématomes rétroplacentaires et définit la lésion anatomiquement.

WINTER en 1989, PINARD et WARNES en 1892 localisent l'hématome dans la caduque et décrivent l'hématome décidual basal.

COUVELAIRE en 1912 décrit l'apoplexie utéro-placentaire comme une forme grave de l'HRP et introduit une théorie pathogénique et une conduite thérapeutique mutilante.

L'apoplexie utéro-placentaire, "couvelaire's disease" n'est pas un accident local mais la manifestation vasculaire d'une maladie générale.

De 1935 à 1937, GREGOIRE, COUVELAIRE, LAPORTE et Pham REILLY confirment la place prépondérante du système neurovégétatif dans l'apoplexie utéro-placentaire.

A partir de 1937, les progrès ont porté sur la compréhension des mécanismes physiopathologiques de l'HTA gravidique et des troubles de l'hémostase qui s'y associent ainsi que sur les moyens de la réanimation materno-fœtale. L'hystérectomie devient exceptionnelle.

2.3. Epidémiologie

2.3.1. Fréquence (15)

L'incidence se situe aux environs de 0,25 % à 0,5 %.

2.3.2. Etiologie (16) (17)

a) Traumatisme

Il est en cause dans 3 % des cas.

- choc direct sur l'abdomen et ou l'utérus (accident de la circulation)
- choc à distance : chute sur les fesses, secousses répétées, coït violent
- au cours du travail : brièveté du cordon ou expression intempestives sur le fond utérin
- décollement placentaire lors d'une tentative brutale de version par manœuvres externes
- piqûre du placenta lors d'une ponction amniotique mal dirigée.

b) Facteurs de risque

- L'hypertension artérielle gravidique

C'est le premier facteur de risque qui représente 50 % des cas d'HRP pour SCHEHAM et 45 % pour PRITCHARD. Cependant, les mesures hygiénodiététiques et la surveillance ont réduit la fréquence de la toxémie et de ses complications (éclampsie) mais sont restées sans effet sur la fréquence de l'hématome rétroplacentaire.

- Carence nutritionnelle en acide folique

Elle conduirait à une insuffisance du développement du trophoblaste et à une insertion défectueuse de celui-ci sur la caduque.

- Tabagisme
- Abus d'alcool
- Age et parité.
 - âge avancé : l'HRP se voit avant 16 ans et après 30 ans
 - multiparité
- hypotension de décubus dorsal
- diabète
- dépassement de ternie

2.4. Anatomie pathologique (18) (19)

Elle conditionne le pronostic :

a) Hématome rétroplacentaire isolé

Il est formé par un ou plusieurs caillots enchâssés dans le placenta, mais pouvant atteindre un à 2 kg.

Cet hématome peut être endigué et constitue une hémorragie cachée. Par contre, il peut décoller les membranes et s'extérioriser au col.

b) Dépression en « cupule »

Le placenta est déprimé en cupule. Il présente des anomalies microscopiques (nécrose et distension des capillaires souvent éclatés)

c) Utérus

Parfois intact, il est le plus souvent siège d'ecchymoses sur le fond ou le long des bords : taches rouges sombres ou bleues noires (aspect bigarré de l'infarctus)

Si la séreuse utérine est fissurée, il existe un hémopéritoine.

d) L'infarctissement peut se propager aux organes voisins sous le péritoine, aux annexes, au ligament large et même parfois en dehors de la sphère génitale à la fosse lombaire (nécrose corticale du rein unique ou bilatérale et surrénalienne), au foie, à l'estomac, au pancréas et même à distance sur l'hypophyse (syndrome de Sheehan)

2.5. Signes cliniques (20) (21) (22)

La clinique est très variable :

- Degré 0 :

Hématome rétroplacentaire sans traduction clinique.

Découverte d'une cupule placentaire avec caillots organisés après accouchement normal.

- Degré 1 :

Saignement externe discret, tétanisation utérine moyenne.

Pas de choc maternel évident.

- Degré 2 :

Tétanisation utérine nette, détresse fœtale.

Pas de choc maternel.

- Degré 3 :

Choc maternel, troubles de coagulation, tétanisation utérine, décès fœtal.

Le tableau de la forme commune classique est le suivant :

➤ Multipare le plus souvent ou primipare âgée de plus de 30 ans au terme de 7 à 8 mois ou plus.

La gestante est quelquefois comme touchée par la toxémie gravidique (albumine, œdème ou HTA au cours de la grossesse actuelle ou des grossesses précédentes)

L'état général est inquiétant : le faciès est pâle, les lèvres sont décolorées. Un certain état spécial se déclare : la femme est agitée, inquiète, les soins dont on l'entoure sont mal accueillis et il ne faut pas se méprendre sur les causes de ces accès de mauvaise humeur.

➤ Début brutal des douleurs abdominales ou lombo-abdominales d'emblée ou progressives à type de torsion, de crampe à point de départ utérin, parfois localisées mais souvent irradiées aux lombes, au dos et aux cuisses.

➤ Hémorragie interne, externe peu abondante faite de sang noirâtre. Sa quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

➤ L'état de choc s'installe très vite accompagné d'angoisse

La TA normale ou augmentée au début s'effondre.

Le pouls est lent, vibrant et vite misérable.

Les urines sont peu abondantes avec une protéinurie massive. Une dyspnée sine materia s'installe.

➤ A l'examen obstétrical : triade symptomatique

- élévation brusque de la hauteur utérine
- l'utérus est dur dans son ensemble « comme du bois » : c'est la contracture utérine sentie au palper et au toucher.

Dureté ligneuse de l'utérus, le segment inférieur est semblable à une sèbille de buis. La palpation du fœtus est impossible.

- Disparition des bruits de cœur fœtaux à l'auscultation répétée

Il n'y a pas d'examen complémentaire à demander.

2.6. Evolution et complications (23) (24) (25)

Les formes frustes ou moyennes sont abondantes.

Beaucoup de DPPNI peuvent évoluer favorablement après un accouchement rapide aidé par la rupture spontanée ou artificielle des membranes.

L'expulsion d'un enfant le plus souvent mort se produit, précédant de gros caillots et un placenta altéré à faire examiner de près. La délivrance est à surveiller vu les risques d'hémorragie grave avec ou sans troubles de coagulation.

En l'absence de traitement convenable, l'aggravation peut être rapide. La dureté utérine s'intensifie encore de sorte que le travail est bloqué.

L'état général s'altère, le choc s'accroît, la TA s'effondre, la mort peut survenir.

Trois complications sont possibles :

- hémorragie par troubles de la coagulation : CIVD ou afibrinogénémie
- nécrose corticale du rein et mort par anurie
- apoplexie utéroplacentaire : trouble circulatoire entraînant par éclatement des capillaires un infarctus du placenta et de l'utérus.

Quant au pronostic :

➤ maternel : il est souvent réservé. La mort devrait devenir exceptionnelle.

Les récurrences sont possibles mais rares, favorisées par une atteinte rénale ou vasculaire.

L'avenir obstétrical est peu modifié sauf dans les grands infarctus utérins qui parfois entraînent à l'hystérectomie.

➤ fœtal : il est très variable entre 30 et 80 % de décès suivant les statistiques. Lorsque la prise en charge des malades est prise dès le début, la césarienne peut sauver quelques enfants. Toutefois, certains d'entre eux présentent une morbidité élevée.

2.7. Diagnostic différentiel (26) (27)

Le plus souvent le diagnostic ne se discute pas. Cependant, il faut envisager un diagnostic différentiel dans les cas suivants :

a) Placenta praevia

Tous les signes sont à l'opposé : pas de douleur, sang rouge, fœtus vivant, utérus souple, pas de protéinurie.

b) Rupture utérine au cours de la grossesse par désunion d'une cicatrice utérine

Il peut y avoir, quand la désunion est minime, une contracture utérine. L'auscultation est négative. Il y a un état de choc mais pas d'hypertension, pas d'albuminurie.

Autres diagnostics différentiels (28) :

➤ Hydramnios aigu très tendu,

- Contracture utérine réflexe dans l'appendicite aiguë de la femme enceinte,
- Rupture d'un vaisseau praevia : syndrome de Benkiser.

2.8. Formes cliniques (29) (30) (31)

a) Formes mineures

Elles correspondent à de petits décollements survenant surtout pendant le travail et se manifestant par une hypertonie utérine et des signes de souffrance fœtale.

L'enfant est souvent épargné et naît vivant.

A l'examen systématique du placenta, on reconnaît l'existence d'un décollement très limité. Cet examen donne l'explication des accidents : caillots, cupule, parfois simple infarctissement d'un cotylédon sans signes cliniques.

b) Formes moyennes

Elles représentent la majorité des cas cliniquement observés. Quatre fois sur cinq environ, sous l'influence d'une thérapeutique simple, l'accouchement progresse,

la dilatation se poursuit avec un tableau clinique peu alarmant de symptomatologie locale : tension utérine permanente laissant percevoir une certaine contractilité intermittente, hémorragie modérée, état général peu atteint.

L'accouchement ne tarde pas à se faire car cet utérus tétanisé est encore capable de contractions puissantes. Les examens sanguins ne mettent pas en évidence de troubles de l'hémostase.

La tension artérielle est normale, non effondrée.

L'enfant meurt néanmoins une fois sur deux.

Au moment de la délivrance, on assiste à une expulsion rapide sinon immédiate du placenta, décollement suivi d'une quantité importante de caillots. Cette expulsion peut être accompagnée d'une courte hémorragie et d'un léger état de choc mais tout rentre rapidement dans l'ordre.

c) Formes graves

On les rencontre une fois sur cinq suivant les statistiques. C'est l'apoplexie utéroplacentaire de Couvelaire caractérisée cliniquement par l'intensité des phénomènes généraux, sa gravité externe, ses complications.

- grande anxiété de la mère avec agitation

L'état général devient de plus en plus inquiétant, sans rapport avec l'abondance parfois minime de l'hémorragie externe.

- signes de choc : lipothymie, oppression, soif d'air, polypnée, crampes dans les jambes, relâchement des sphincters, pâleur livide, sueur glacée. Le pouls au début rapide devient misérable, filant.

- disparition des bruits cardiaques du fœtus.

- l'utérus est tétanisé sans qu'il se produise une dilatation du col.

Le travail se prolonge de façon dangereuse.

- signes de toxicose gravidique : céphalées, œdèmes, hypertension, albuminurie massive.

- choquée, anémiée, la malade non convenablement soignée risque de mourir soit immédiatement, soit après un délai de quelques heures ou de quelques jours où l'on aura vu s'installer l'oligurie et l'anurie du rein de choc ou les signes d'une atteinte anoxique du système nerveux central.

Traitée à temps, elle guérira soit sans séquelles (c'est le cas le plus fréquent), soit au prix d'une insuffisance rénale.

2.9. Traitement

2.9.1. *Traitement préventif* (32) (33)

Il est décevant. Le DPPN peut survenir chez une femme saine apparemment aussi bien qu'en cas de néphropathie gravidique correctement traitée.

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

On ne poussera pas brutalement sur la paroi utérine pendant le travail sous prétexte d'aider la femme.

➤ traiter les infections vaginales et urinaires
➤ surveillance des hypertensions
➤ prévenir la maladie gravidique tardive : repos, régime normosodé, riche en potassium, cure de diurèse prudente.

2.9.2. *Traitement curatif*

- Certaines précautions doivent être prises (34)
 - mise en place d'une sonde vésicale à demeure pour contrôler la diurèse,
 - étude des éléments biologiques de la coagulation du sang,
 - mise en place d'un cathéter intraveineux laissé à demeure permettant le contrôle périodique de la coagulation de la perfusion de toute thérapeutique jugée utile
 - avoir à sa disposition du sang, du plasma, du fibrinogène, de l'oxygène.
- Trois objectifs doivent être atteints (35) :
 - traiter le choc et lutter contre l'hypovolémie
 - évacuer l'utérus

- corriger les éventuels troubles de la coagulation.

Trois facteurs doivent entrer en ligne de compte : l'état cardiovasculaire et rénal de la mère, la vitalité et la maturité fœtales.

a) Hématome modéré (36) (37)

- Le fœtus est mort :

- diminuer la pression intra-amniotique et favoriser la marche du travail par la rupture artificielle des membranes
- si le travail progresse mal, perfusion prudente et lente d'ocytocine
- antispasmodiques
- une fois l'utérus évacué, une révision utérine soigneuse est effectuée ainsi qu'un examen minutieux de la filière génitale pour repérer toute déchirure cervicale ou vaginale.

L'anesthésie péridurale est formellement contre-indiquée en cas de césarienne devant la gravité de l'état maternel.

- Le fœtus est vivant :

Il faut le naître le plus rapidement possible :

- par voie basse si l'accouchement est imminent
- par voie haute césarienne si l'accouchement n'est pas imminent ou s'il y a une souffrance fœtale.

- Assurer une surveillance avec contrôle du pouls et de la TA tous les quarts d'heure.

Après un hématome rétroplacentaire, la femme est à haut risque infectieux et thrombo-embolique. Il est raisonnable d'installer une antibiothérapie préventive et une héparinothérapie pour lutter contre l'hypercoagulabilité réactionnelle.

b) Formes graves

- Traitement médical (38) (39)

C'est par lui que l'on doit commencer.

Deux buts :

- combattre l'hypertension utérine et la douleur
- combattre le choc.

Transfusion de sang frais de préférence pour rétablir la masse sanguine sous contrôle de la pression veineuse centrale.

Oxygène position déclinée.

Cette réanimation intense entreprise est poursuivie pendant plusieurs heures.

- Traitement obstétrico-chirurgical (39) (40)

Si, le traitement médical ayant été fait, le travail ne progresse pas, l'état général ne s'améliore pas ou bien dans certains cas, il y a hémorragie externe importante (décollement très étendu ou association avec un placenta praevia), il faut faire une césarienne.

En présence de l'infarcissement important de l'utérus, peut se poser le problème d'une hystérectomie.

Tout dépendra de la valeur fonctionnelle (contractilité) et anatomique (fiabilité) de l'utérus : s'il se contracte bien (compresses chaudes, test de trophicité avec ocytocine en intramurale) si les sutures ne coupent pas, il pourra être conservé.

Après la délivrance, il faut donner une double dose d'hémostatique, sonder la vessie et contrôler la femme de près et assez longtemps (plusieurs heures).

La période après la délivrance est dangereuse parce que les hémorragies peuvent brusquement se reproduire (surveillance de pouls, TA, pertes, hémoglobine, plaquettes sanguines).

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

1. OBJECTIFS

En effectuant cette étude les objectifs fixés sont de :

- faire acquérir des connaissances cliniques et biologique sur l'hématome rétro placentaire,
- permettre aux agents de santé de mieux gérer la prise en charge des femmes présentant un décollement prématuré placentaire normalement inséré,
- aider les personnels médical et paramédical à améliorer leurs aptitudes de communication pour qu'ils puissent encourager les gestantes à être assidues aux consultations prénatales.

2. CADRE DE L'ETUDE

2.1. Présentation

La Maternité de Befelatanana est un Centre Hospitalier Universitaire construit en 1957 et sise au centre ville de la province d'Antananarivo où nous avons effectué nos travaux.

Elle assure tous les cas obstétricaux et gynécologiques des femmes de la Capitale ainsi que l'évacuation de la périphérie et même des provinces autres qu'Antananarivo.

Elle a sept unités fonctionnelles pour assurer sa mission.

a) Unité technique

Elle comprend :

- deux salles d'accouchements
- deux blocs opératoires
- une salle d'exploration fonctionnelle pour échographie et insufflation tubaire

b) Unité de physiologie obstétricale

Pour surveillance post-partum

c) Unité de pathologie obstétricale

Elle traite les maladies associées ou propres à la grossesse ainsi que la suite des couches et naissance pathologique.

d) Unité de Gynécologie et de réanimation

Elle comprend deux salles, l'un pour une hospitalisation et l'autre pour réanimation.

e) Unité des soins externes

Elle prend en charge toutes les consultations externes, Triage, services statistiques et la pharmacie ainsi que les consultations pré, post-natale. Ce service remplit quatre fonctions : accueil - prévention - orientation - éducation.

f) Unité de néonatalogie

Elle est créée pour donner assistances aux autres unités et la réanimation des nouveau-nés, des opérés ou une réanimation.

Elle s'occupe aussi des surveillances de tous les nouveau-nés à l'hôpital.

g) Unité de santé de reproduction

Cette unité assure la C.C.C (Communication pour le Changement de Comportement) pour les femmes sortantes de la Maternité (accouchée, post-opératoire ou malade).

C'est un service nouvellement créé en 1997.

2.2. Personnel technique et administratif

Un médecin chef supervise le bon fonctionnement de cette Maternité qui emploie 187 personnes travaillant en permanence. La répartition est la suivante :

- 1 chirurgien
- 2 médecins titulaires de diplôme en gynéco-obstétrique
- 2 médecins titulaires de CES gynéco-obstétrique
- 10 médecins généralistes
- 99 paramédicaux : infirmiers, sage-femmes, anesthésistes
- 73 agents administratifs
- des stagiaires (étudiants en médecine, élèves infirmières, élèves sage-femmes et anesthésistes) dont le séjour et l'effectif sont variables.

3- METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée au CHUA Maternité de Befelatanana.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur un an allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2001.

Les données ont été obtenues à partir des registres d'accouchement du protocole opératoire et des dossiers des patientes.

Ont été recensés tous les cas d'hématome rétroplacentaire sur la période sus indiquée.

Les paramètres études comprennent :

a) Les caractéristiques maternelles

- âge
- parité
- profession
- situation matrimoniale
- provenance
- âge gestationnel
- niveau d'instruction
- suivi de la grossesse (PN)
- mode d'admission
- antécédents gynéco-obstétriciens
- modalités d'accouchements

b) Caractéristiques fœtales

- sexe
- poids à la naissance
- liquide amniotique
- état à la naissance

4. RESULTATS

4.1. Fréquence

- Nombre total d'accouchements : 5422
- Effectif total des hémorragies du 3^{ème} trimestre : 127
- Nombre total des cas d'hématome rétroplacentaire 21 soit un taux de 16,53%, soit 0,38% des accouchements.

a) Fréquence mensuelle

Tableau n°1 : Répartition selon la fréquence mensuelle

Mois	Fréquence mensuelle
Janvier	2
Février	2
Mars	0
Avril	2
Mai	7
Juin	0
Juillet	0
Août	1
Septembre	1
Octobre	2
Novembre	3
Décembre	1

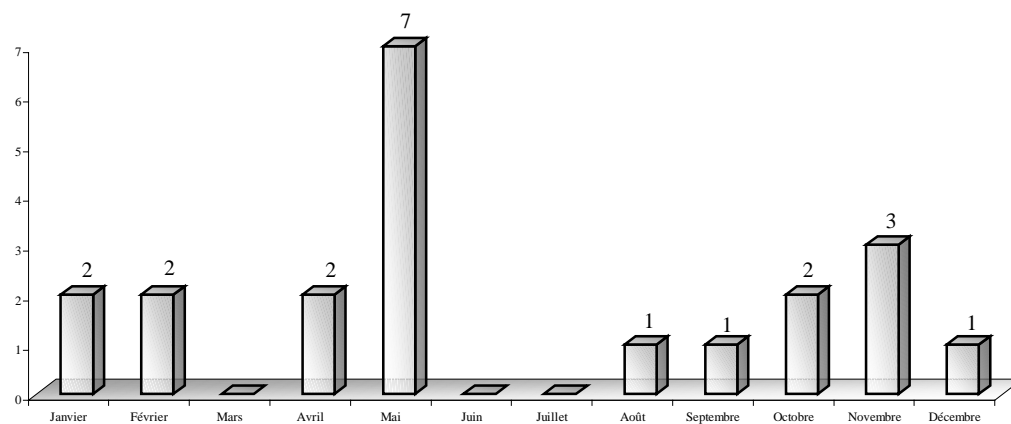


Figure n°1 : Fréquence mensuelle

b) Effectif des cas d'hématome rétroplacentaire durant les 5 dernières années

Tableau n°2 : Répartition des cas d'HRP

Année	Nombre
1997	49
1998	36
1999	36
2000	10
2001	21

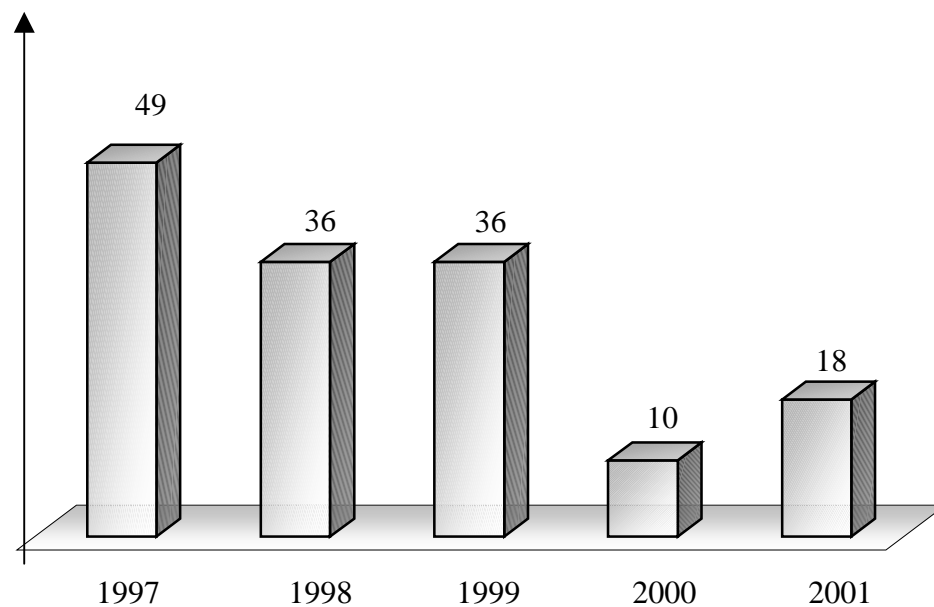


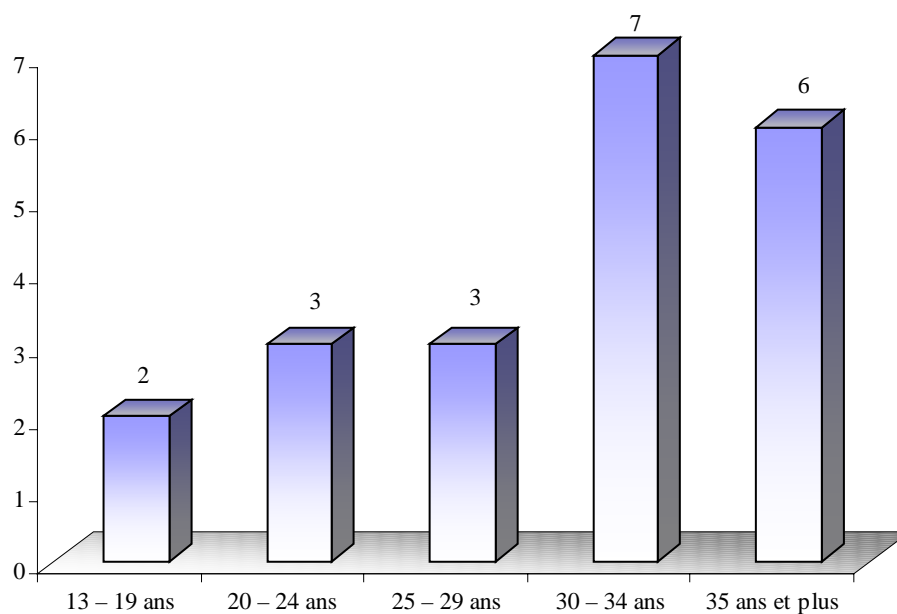
Figure n°2 : Effectif des HRP durant les 5 dernières années

c) Aspects épidémiologiques maternels

➤ **Age**

Tableau n°3 : Répartition selon l'âge

Age	Effectif	Taux
13 – 19 ans	2	9,52
20 – 24 ans	3	14,28
25 – 29 ans	3	14,28
30 – 34 ans	7	33,35
35 ans et plus	6	28,57
Total	21	100



L'âge de nos patientes se situe entre 13 et 42 ans.

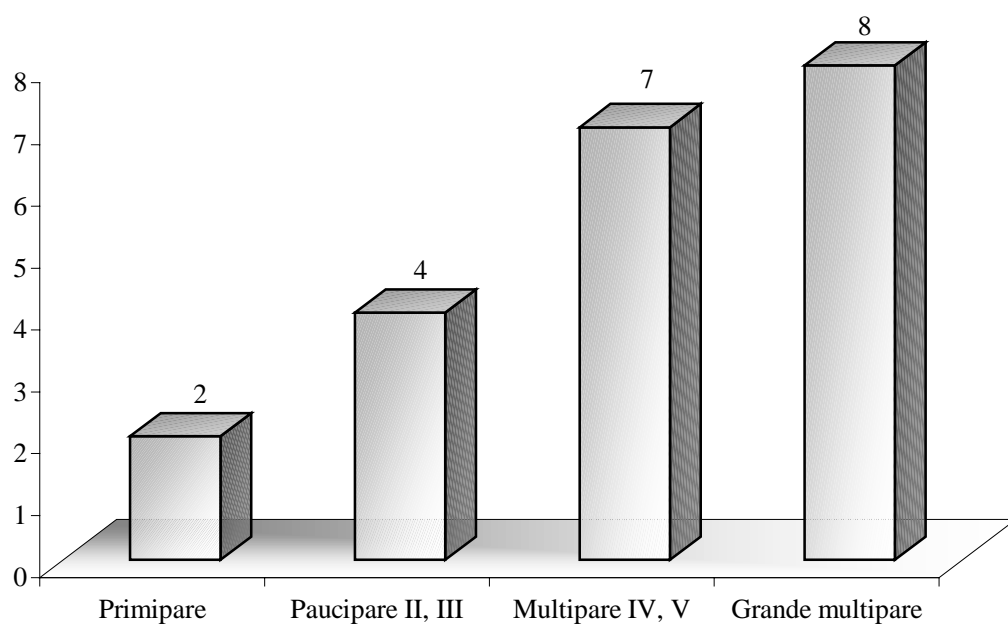
Le maximum se situant entre 30 et 45 ans soit 13 cas.

Figure n°3 : Age des gestantes

➤ **Parité**

Tableau n°4 : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Taux
Primipare	2	9,52
Paucipare II, III	4	19,04
Multipare IV, V	7	33,35
Grande multipare	8	39,09
Total	21	100



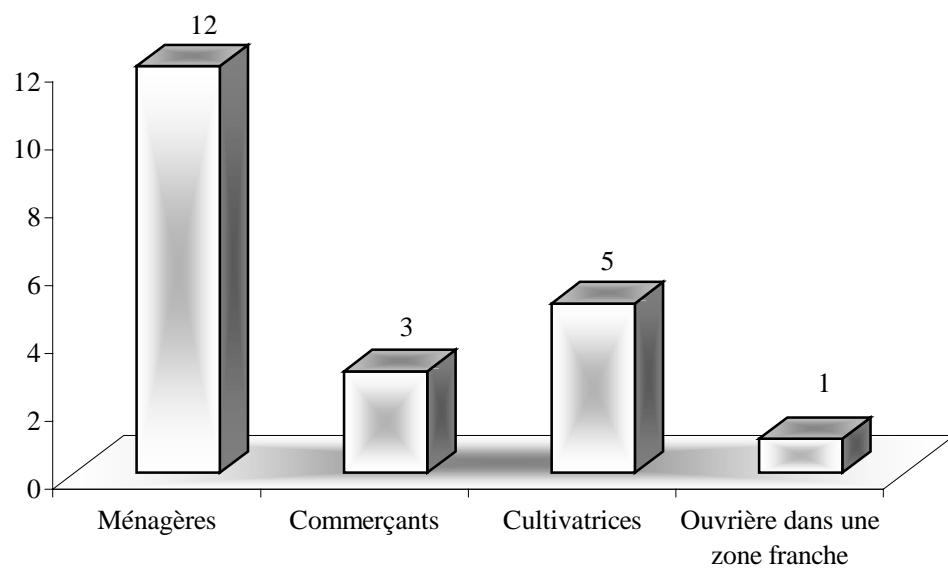
Les multipares et les grandes multipares sont les plus nombreuses

Figure n°4 : Parité des gestantes

➤ **Profession**

Tableau n°5 : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagères	12	57,15
Commerçants	3	14,28
Cultivatrices	5	23,80
Ouvrière dans une zone franche	1	4,77
Total	21	100



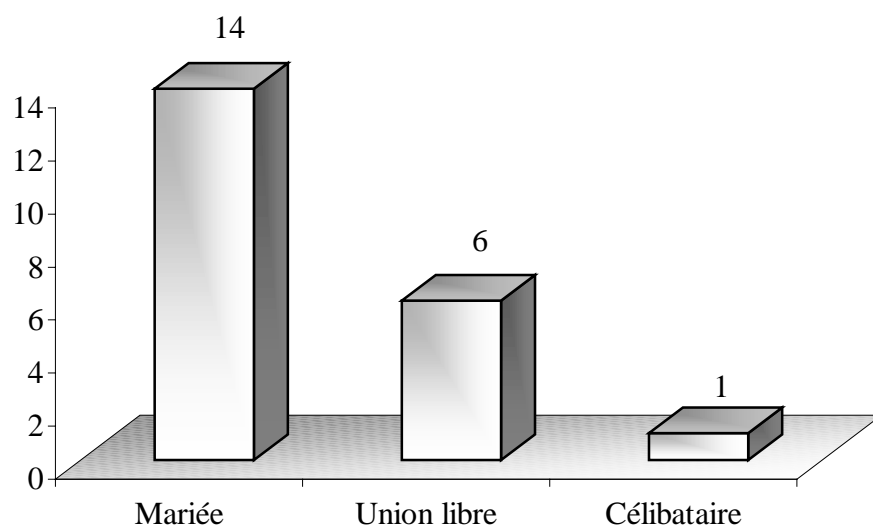
Les ménagères et les cultivatrices prédominent avec un taux de 80,95%

Figure n°5 : Profession des parturientes

➤ **Situation matrimoniale**

Tableau n°6 : Répartition selon la situation matrimoniale

Etat matrimonial	Effectif	Taux %
Mariée	14	66,65
Union libre	6	28,57
Célibataire	1	4,78
Total	21	100



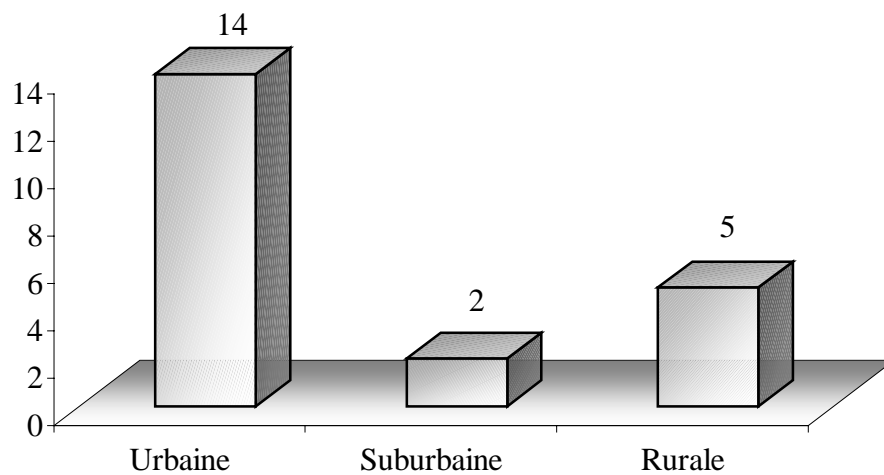
Les femmes mariées sont les plus touchées par l'hématome rétro placentaire

Figure n°6 : Situation matrimoniale des gestantes

➤ **Provenance**

Tableau n°7 : Répartition selon la provenance

Provenance	Effectif	Taux
Urbaine	14	66,68
Suburbaine	2	9,52
Rurale	5	23,80
Total	21	100



Les femmes habitant en ville sont majoritaires

Figure n°7 : Provenance des parturientes

➤ **Niveau d’instruction**

Tableau n°8 : Répartition selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Effectif	Taux %
Non scolarisée	5	23,80
Primaire	11	52,35
Secondaire	4	19,04
Universitaire	1	4,77
Total	21	100

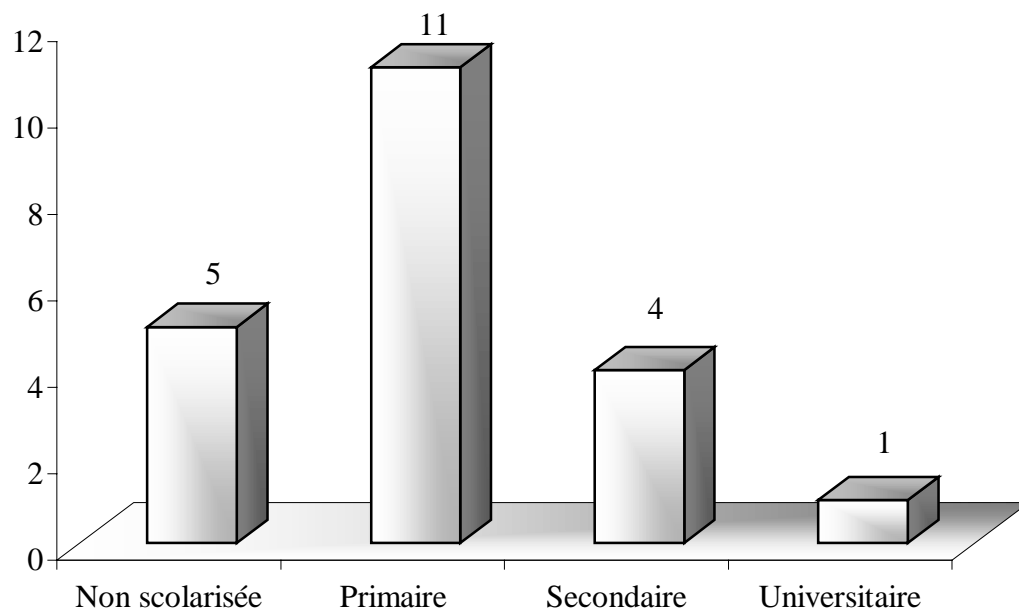


Figure n°8 : Niveau d'instruction des parturientes

➤ **Modes d'admission**

Tableau n°9 : Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Nombre	Taux %
Entrantes directes	12	57,15
Evacuées sanitaires	6	28,57
Référées par une sage femme et médecin libre	3	14,28
Total	21	100

Les entrantes directes sont les plus touchées par l'hématome rétroplacentaire.

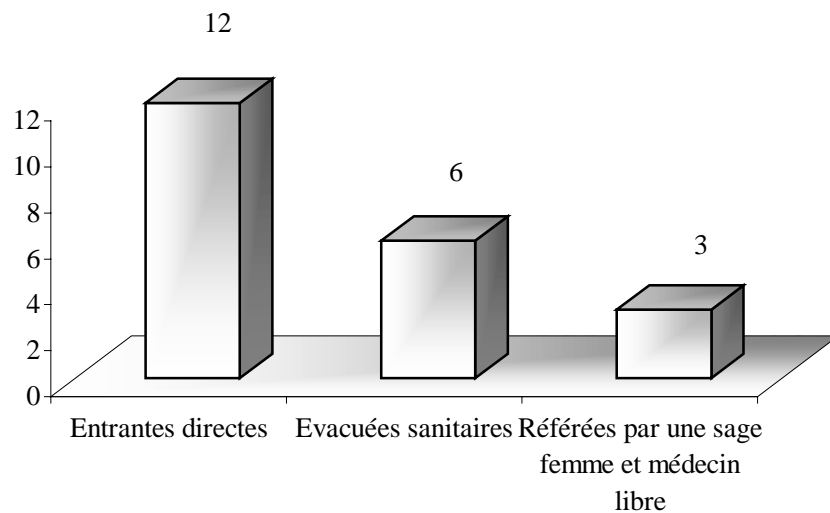


Figure n°9 : Mode d'admission des gestantes

➤ **Suivi de la grossesse**

Tableau n°10 : Répartition selon les consultations prénatales (CPN)

Consultations prénatales	Effectifs	Taux %
CPN régulière	14	66,68
CPN irrégulière	4	19,04
Aucune consultation faite	3	14,28
Total	21	100

57,15% des gestantes seulement ont suivi des consultations prénatales.

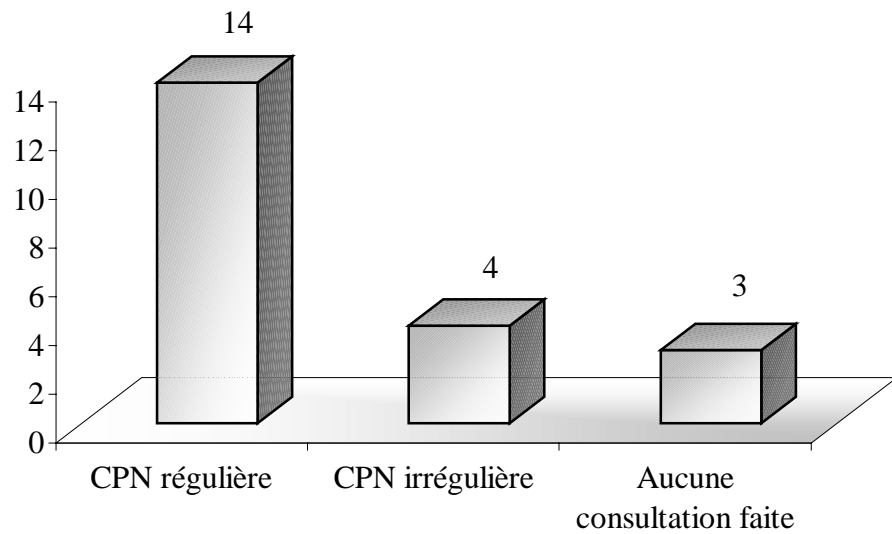


Figure n°10 : Consultation prénatale des gestantes

➤ **Antécédents**

Tableau n°11 : Répartition selon les antécédents

Antécédent	Effectifs	Taux %
Aucun	10	47,64
Traumatisme par chute	2	9,52
Avortement avec ou sans curetage	5	23,80
HTA	4	19,04
Total	21	100

Plus de la moitié des gestantes ont des facteurs favorisant traumatisme par chute, avortement, HTA.

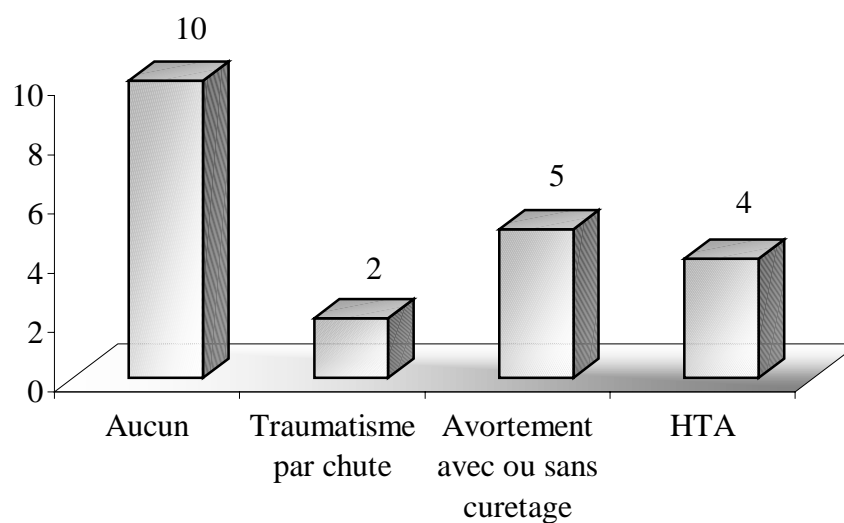


Figure n°11 : Antécédents des parturientes

➤ **Age gestationnel**

Tableau n°12 : Répartition selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Nombre	Taux %
22 à 28 SA	3	14,28
29 à 37 SA	2	9,52
38 SA et plus	16	76,20
Total	21	100

On rencontre l'hématome rétroplacentaire chez les femmes gestantes près du terme.

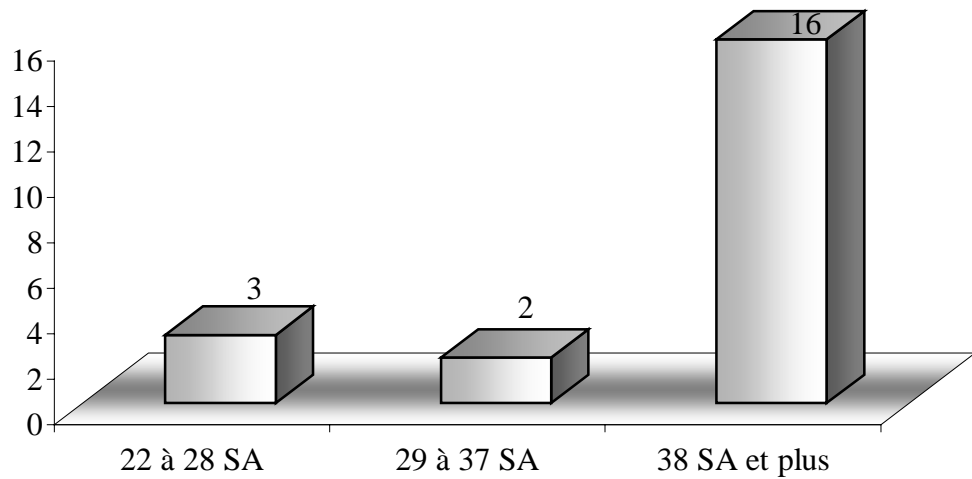


Figure n°12 : Age gestationnel des parturientes

➤ **Modalités d'accouchements**

Tableau n°13 : Répartition selon les modalités d'accouchement

Modalité d'accouchement	Effectif	Taux %
Voie basse	15	71,43
Voie haute	6	28,57
Total	21	100

La plupart des gestantes ont accouché par voie basse avec un taux de 71,43%.

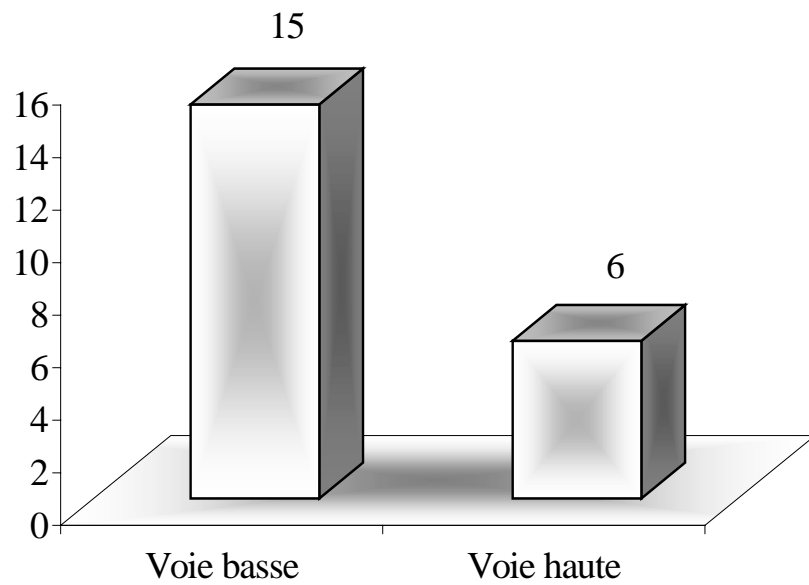


Figure n°13 : Mode d'accouchements des gestantes

➤ **Pronostic maternel**

4.2. Morbidité

- 3 cas d'endométrite
- anémie des suites de couches 2

4.3. Mortalité

Elle n'est pas nulle

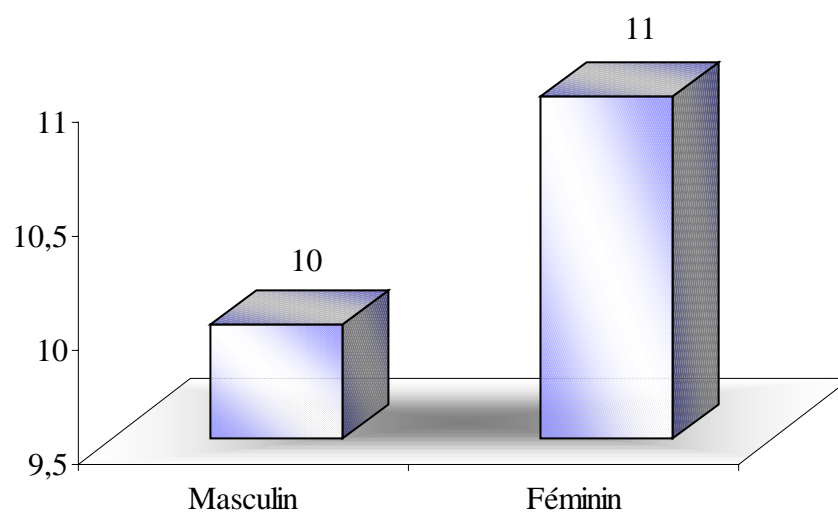
Une femme de 28 ans second geste est décédée des suites d'une fibrinolyse soit un taux de mortalité de 4,78%.

d) Caractéristiques fœtales

➤ **Sexe**

Tableau n°14 : Répartition selon le sexe

Sexe	Effectif	Taux
Masculin	10	47,64
Féminin	11	52,36
Total	21	100



Les bébés de sexe féminin prédominent.

Figure n°14 : Sexe des bébés

➤ **Poids à la naissance**

Tableau n°15 : Répartition selon le poids à la naissance

Poids en Kg	Nombre	Pourcentage
2000 à 2500 g	2	9,52
2501 à 3000 g	9	43,84
3001 à 4000 g	10	47,64
Total	21	100

Les enfants pesant 2501g à 4000g sont majoritaires avec un taux de

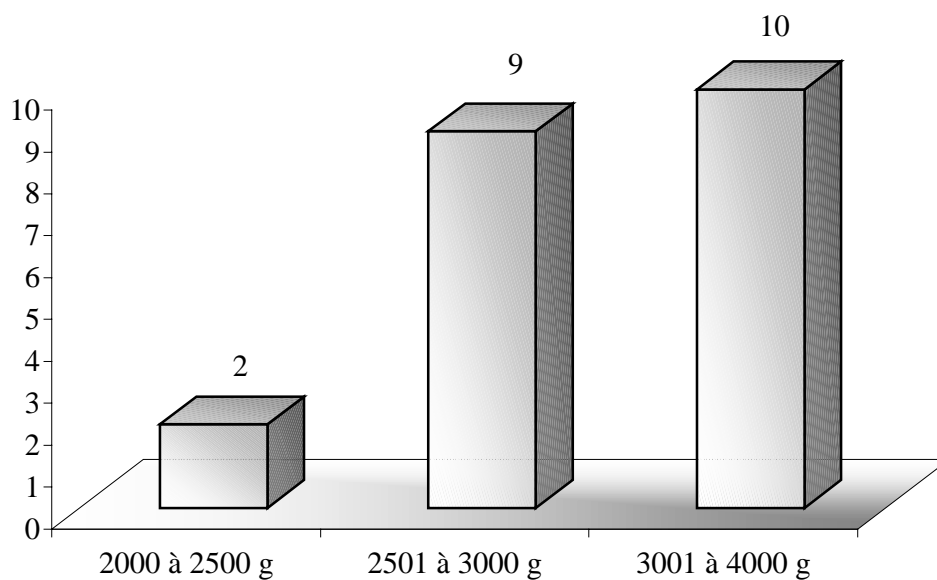


Figure n°15 : Poids des bébés à la naissance

➤ Terme de la grossesse

Tableau n°16 : Répartition des enfants selon le terme de la grossesse

Age gestationnel	Nombre	Pourcentage
A terme	16	76,20
Prématuré	5	23,80
Total	21	100

Les enfants nés prématurés représentent 23,80% des cas.

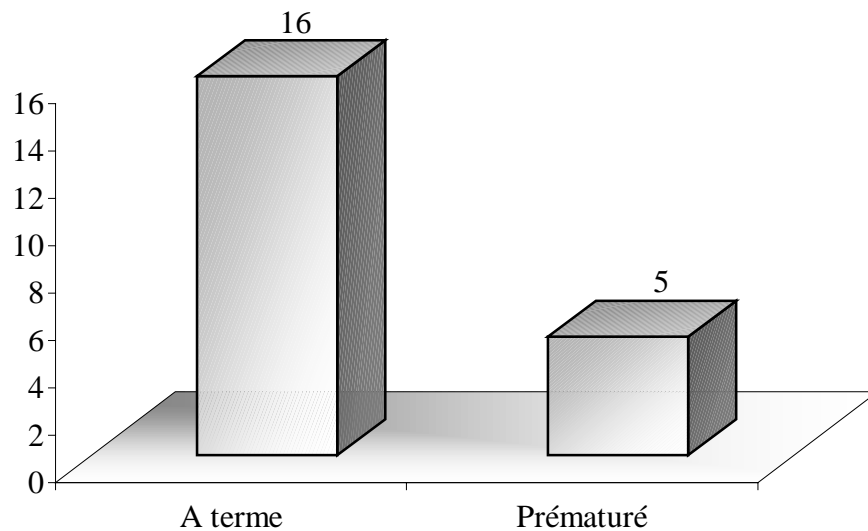


Figure n°16 : Effectif des enfants selon le terme de la grossesse

➤ Etat à la naissance

Tableau n°17 : Répartition selon l'état à la naissance

Etat à la naissance	Nombre	Pourcentage
Enfant vivant	9	43,84
Enfant mort in utéro	6	28,60
Enfant non réassuré	4	19,04
Enfant décédées après 5 jours	2	9,52
Total	21	100

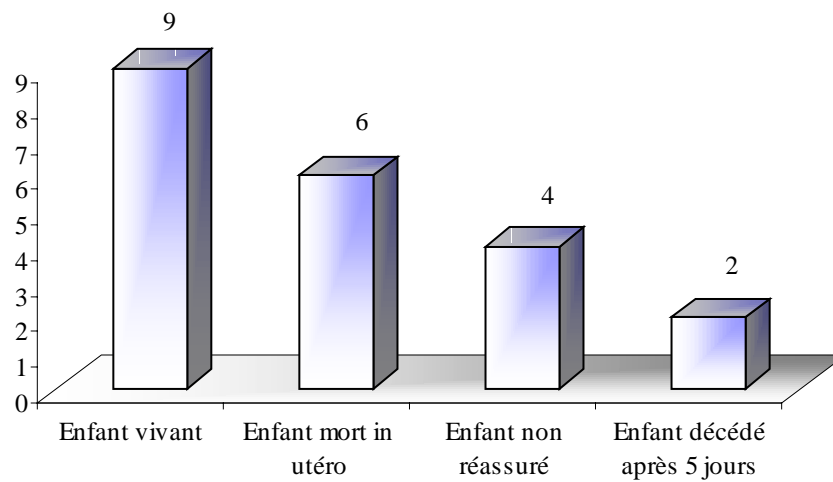


Figure n°17 : Etat à la naissance des bébés

➤ **Liquide amniotique**

Tableau n°18 : Répartition selon l'aspect de liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique (LA)	Nombre	Pourcentage
Clair	4	19,04
Teinté	8	38,09
Méconial	2	9,52
Pinée de poids	7	33,35
Total	21	100

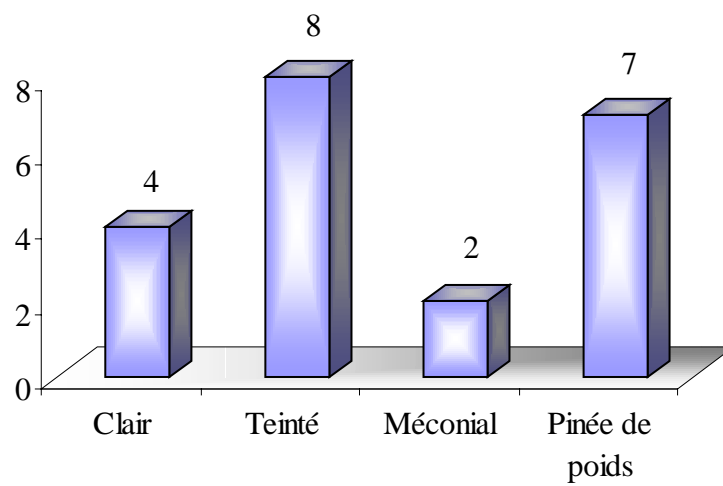


Figure n°18 : Aspect du liquide amniotique

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES

1.1. Fréquence

21 femmes sur les 127 qui ont eu des hémorragies au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse sont concernées par l'hématome rétroplacentaire soit un taux de 16,53%.

L'hématome rétroplacentaire vient au 2^{ème} rang après le placenta praevia, sa fréquence est de 0,38% des accouchements à la Maternité de Befelatanana.

Lambotte et collaborateurs ont trouvé un taux de 0,25%

1.2. Aspects épidémiologiques maternels

a) Age

La tranche d'âge de 30 à 45 ans est majoritaire, ce résultat est confirmé par des données de la littérature qui dit que l'hématome rétroplacentaire se voit surtout après 30 ans.

b) Parité

Les gestantes ayant 2 à 5 enfants sont les plus touchées avec un total de 11 cas soit un taux de 52,39%.

Les grossesses nombreuses favorisent la relation significative entre le suivi prénatal et le niveau d'instruction des femmes.

c) Age gestationnel

L'hématome rétroplacentaire est rencontré chez les femmes enceintes près du terme : 16 cas soit un taux de 76,20%. 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.

Toutes les données de la littérature sont conformes à ce résultat.

d) Mode d'admission

Les entrantes directes prédominent(57,15%). Les 28,57% des gestantes sont des évacuées sanitaires et les 14,28% sont des référées par une sage-femme ou Médecin libre sûrement après tentative d'accouchement à domicile.

Cette domination urbaine s'explique par la facilité d'accès au Centre Hospitalier à référence bien équipé en matière de locomotion et de communications survenue de l'hématome rétroplacentaire. Rakotomalala J.P. a trouvé une fréquence élevée d'hématome rétroplacentaire entre la 2^{ème} et la 5^{ème} grossesse (41).

e) Profession

Les parturientes ménagères et cultivatrices sont les plus nombreuses. Cette catégorie comprend des femmes à faible revenu et à niveau culturel assez bas.

Ces femmes sont en général fatiguées, malnutries, indisciplinées ne suivant pas régulièrement les consultations prénatales.

Ces états peuvent favoriser la survenue de l'hématome rétroplacentaire. Les malnutritions sont rapportées par Naeye comme un facteur de risque non négligeable (42).

f) Niveau d'instruction

La moitié des gestantes ont bénéficié de l'enseignement primaire (52,39%)

- 23,80% sont des illettrées
- 19,04% des femmes ont suivi des études secondaires
- 47,7% ont un niveau universitaire.

En général, le niveau scolaire est bas. Il constitue un facteur de risque indéniable car ces femmes sont moins sensibles aux informations comme en témoigne

g) Suivi de la grossesse

66,68% des gestantes ont suivi des consultations prénatales régulières. Ce résultat peut refléter l'efficacité de la sensibilisation par le personnel de santé chez certaines femmes à être assidues aux consultations prénatales.

h) Antécédents

Pour les antécédents nous constatons une proportion de :

- traumatisme par chute : 9,52%
- avortement ou sans curetage : 23,80%
- HTA : 19,04%.

47,64% des femmes n'ont pas d'antécédents. Ces résultats ne concordent pas avec les données de la littérature.

L'HTA représente 50% des cas d'HRP pour Sheehan et 45% pour Pritchard

i) Modalités d'accouchement

L'accouchement par voie basse (71,43%) a été le plus pratiqué contre 28,5% par voie haute. L'accouchement par voie basse doit être envisagé en premier lieu.

L'évacuation interne demeure le seul moyen de contrôler la situation tant au plan maternel que fœtal. L'évacuation par voie naturelle est toujours aidée par une rupture précoce des membranes. Si la dynamique est insuffisante la prescription d'ocytociques est profitée. La césarienne sur enfant mort a son indication exceptionnelle, le sauvetage maternel devant une évolution rapidement défavorable : stagnation de la dilatation, aggravation de l'hémorragie avant que ne s'aggravent les troubles de l'hémostase qui aggraveraient gravement l'intervention et les suites opérées.

En cas d'enfant vivant avant de pratiquer la césarienne , il faut tenir compte des facteurs suivants :

- terme
- souffrance fœtale aiguë

j) Pronostic maternel

Une femme est décédée des suites d'un trouble de la coagulation ce qui représente un taux de mortalité évalué à 4,77% des cas.

- Le pronostic maternel est variable selon les auteurs
- KANTHAMANI à Madras rapporte un taux de 0,6 % de DPPNI (810 cas) et note 4,28 % de morts maternelles.
- PRAVASH (Calcutta) note 1,66 % de morts maternelles.

Une thérapeutique efficace doit pouvoir diminuer la mortalité; on sait que 80 % des morts maternelles analysées auraient pu être "évitables" (42).

C'est dire l'importance de :

- l'urgence
- et de la qualité de la réanimation et du traitement obstétrical.

1.3. Caractéristiques fœtales

Les 2 sexes masculin et féminin sont dans des proportions presque identiques.

- 47,64 % des bébés avaient un poids compris entre 3001 et 4000 g et que 9,52 % un poids entre 2000 et 2500 g.
- les enfants nés à terme sont à un taux de 76,20 %
- 43,84 % des nouveau-nés seulement sont vivants
- le liquide amniotique est clair dans 19,04 % des cas.

On a enregistré au total 12 décès fœtaux.

Cette mortalité est due au retard de la prise en charge de la mère.

2. SUGGESTIONS

Elles comprennent 3 volets : préventif, curatif didactique et social.

2.1. Volet préventif

➤ renforcement de la communication pour le changement de comportement des femmes à être assidues aux consultations prénatales.

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)
 - éduquer les parturientes à éviter tout traumatisme en fin de grossesse : voyage, coït fréquent, travail ou marche
 - traiter les infections génitales et urinaires
 - promouvoir la planification familiale.

2.2. Volet curatif

- faire un diagnostic précoce de l'hématome rétroplacentaire
- hospitaliser toute femme enceinte possédant un hématome rétroplacentaire quelle que soit la forme clinique
 - traiter correctement toute HTA chez la femme enceinte
 - évacuation rapide de l'utérus.

2.3. Volet didactique

- formation continue et recyclage périodique des agents de santé sur les pathologies obstétricales afin d'améliorer leur capacité technique.

2.4. Volet socio-sanitaire

- meilleure répartition des personnels qualifiés (gynécologues, sages-femmes)
- amélioration de l'infrastructure sanitaire : réhabilitation des formations sanitaires, approvisionnement en matériels médico-chirurgicaux et en matériels d'investigation (échographie)
- établissement d'une meilleure gestion de l'évacuation sanitaire.

Nous espérons que les propositions avancées dans le présent ouvrage puissent apporter une amélioration de la prise en charge des femmes présentant un hématome rétroplacentaire pour aboutir à une "maternité sans risque".

CONCLUSION

La désunion accidentelle d'une partie du placenta d'avec l'utérus est l'un des accidents les plus graves rencontrés en obstétrique au cours des trois derniers mois de la grossesse.

Le décollement prématuré se produit sur un placenta normalement inséré (DPPNI). Il entraîne la formation d'un hématome souvent volumineux et extensif qui interrompt les échanges foeto-maternels et retentit rapidement sur l'hémodynamique et la coagulation maternelles.

Du point de vue étiologique, il existe 2 groupes de faits distincts :

- décollements traumatiques : VME, brièveté au cordon, chute ou traumatisme sur l'abdomen
- décollements spontanés, conséquence d'une maladie générale comme la néphropathie gravidique

Le traitement repose sur une évacuation interne rapide pour éviter les complications

Une étude rétrospective sur l'hématome retroplacentaire observé au CHUA Maternité de Befelatanana a été effectuée en l'an 2001 avec comme objectif d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de cette affection.

Les résultats de l'examen permettent de faire saillir les points suivants :

- 21 cas d'hématome retroplacentaire ont été relevés représentant 16,53 % des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse et 0,38% des accouchements.
- La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 30 et 45 ans
- Les multipares représentent 73,44% des cas
- Les femmes mariées légitimement sont les plus nombreuses avec un taux de 66,65%
- La majorité des parturientes sont des ménagères avec un taux de 57,15% les cultivatrices représentent 23,80% des cas
- Les femmes ayant un niveau d'étude primaire sont prédominantes

➤ 66,68% des parturientes viennent du milieu urbain entre 33,32% venant des milieux suburbain et rural

➤ 76,20% des femmes ont un âge gestationnel entre 38 et 40 semaines d'aménorrhée

➤ 57,15% des femmes sont des entrantes directes

➤ quant aux consultations prénatales ou une prédominance de parturientes ayant fait des consultations régulières

➤ les principaux antécédents maternels sont le traumatisme par chute, l'avortement et l'HTA

➤ 15 femmes soit 71,43% ont été accouchées par voie basse et 6 soit 28,57% par voie haute (césarienne)

➤ le pronostic maternel est en général bon, un seul décès maternel dû à une fibrinolyse

➤ quant aux caractéristiques fœtales

- 47,64% des nouveau-nés pèsent entre 3001 g et 4000 g

- 12 décès soit 10 mortalités néonatales (47,64%) et 2 mortinatalités (9,52%)

Des propositions ont été avancées :

➤ renforcement de la communication pour le changement de comportement des femmes à être assidues aux consultations prénatales

➤ formation continue et recyclage périodique du personnel de santé

➤ une amélioration de l'infrastructure sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Richon J.** Cliniques obstétricales. Imprimerie Georges Thomas, Nancy .1988 ; 758 : 149 – 150
2. **De Tourris H, Henrion R.** Abrégé de gynécologie et d'obstétrique. Edition Masson, 1994 : 504
3. **Lambotte R.** Néphropathies syndromes vasculo-rénaux et leurs complications. Edition Marketting/Ellipses. 1995 ; 1 : 372 – 373
4. **Razavi E.F. Escudier E.** Embryologie clinique. Paris : Masson, 4^{ème} édition. 1995 : 8 – 35
5. **Langman J.** Embryologie médicale. Edition Masson. 1976 : 190 – 191
6. **Nessman Emmanuelli C.** et collaborateurs. Développement histologique et anatomique du placenta. Edition Masson. 1982 : 56 – 57
7. **Boyd J. et Hamilton W.** The human placenta . Edition W Helfer et Sons. Cambridge. 1970 : 35
8. **Teasdale F.** Gestational changes in the functional structure of the huamn placenta in relation to fetal growth or morphometric study. AM J Obst Gynéc. 1980 ; 137 ; 5 : 560 – 568
9. **Aron M.** Physiologie du placenta. Encycl Méd Chir Obst. 5005 A ¹⁰ ; 1989 : 10 – 12

10. **Talamentes F., Owens.** Fonction placentaire et nutrition fœtale. Vervay Suisse. 1997 ; 5 : 9 –14
11. **Uzan M.,Haddad B., Uzan S.** Examen du placenta. Encycl Méd Chir Obstet, Paris . 1976 ; 5070 C20 : 175 – 176
12. **Houlné P., Bédine H.** Obstétrique pratique. 6^{ème} Edition Librairie le François. Paris. 1984 : 17 –18
13. **Razanadrasoa D.** Contribution à l'étude de l'hématome retroplacentaire à la Maternité HMC d'Antsirabe. 1998 à 1991. Thèse de Médecine Antananarivo. 1993 ; 2882 : 15
14. **Colan J.C., Uzan S. HRP ou DPPNI.** Encycl Méd Chir Obstét.paris . 198 ; 50714 A ¹⁰ : 1011
15. **Bodiagina V.** Précis d'obstétrique. Edition MIR. Moscou. 1986 : 63
16. **DelecourH., Honnier J.L.** Les HRP par traumatismes de l'utérus gravidés. J. Gynécol. Obst. 1973 ; 2 ; 7 : 534 – 535
17. **Lavin P., Polsky S.** Abdominal trauma during the pregnancy. Clin. Périmatol.1983 ; 243 ; 10 : 34 –38
18. **Brayte.** Pathogénie de l'HRP. Thèse de Médecine Nancy 1957 ; 62 : 16
19. **Paterson M.E.** The oetiology and outcome of abruptio placentae. Acta Obst. Gynécol . Scand. 1989 ; 1 , 58 : 31 –33
20. **Govindjee.** Contribution à l'étude du DPPNI vue à la Maternité de Befelatanana de 1977 à 1979. Thèse de Médecine Antananarivo. 1980 ; 106 : 18 – 19

21. **Lansac J., Berger C., Magnin G.** Obstétrique pour le Praticien 1997 : 181
22. **Magnin G.** Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Revue du Praticien. 1997 ; 47 ; 13 : 1465 – 1472
23. **Mc Gahan JP. Philips H.C.** Sonographic spectrum of retroplacental hemorrhage. Radiology . 1982 ; 142 ; 02 : 481 – 482
24. **Barbarivo P.M., Judhin P.** Hémorragies graves au cours de la grossesse. Encycl Méd Chir Obstétrique Paris. 1998 ; 5 ; 1082 A¹⁰ : 196
25. **Bourdais A., Le Bris, Wery M.A.** L'état de choc au cours de l'HRP . Anesth Analg 1979 ; 5 – 6 ; 36 : 207 – 208
26. **Lansac J., Body G.** L'hématome rétroplacentaire, Pratique de l'accouchement Paris. 1988 : 211 – 218
27. **Fournié A.** Hématome rétroplacentaire. Diagnostic. Principes du traitement. Revue du praticien. 1985 ; 39 ; 18 : 1618 – 1620
28. **Barnaud P., Cazenarc J., Hackoumbu A.** L'hématome rétroplacentaire. Outre-mer, Méd Trop, 1983 ; 1 : 53 – 60
29. **Ruf H., Blanc B., Papahadji M.** A propos de 30 observations du décollement prématuré du placenta. Méditerranée Méd, 1977 ; 132 : 33 – 42
30. **Merger R., Levy, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 1994 : 245 – 246
31. **Magnin P., Dargent D.** Précis d'obstétrique grossesse normale et pathologique. 1970 ; 1 : 35 – 39

32. **Giraud J.R., Tournaire M.** Surveillance et thérapeutique obstétricale. Edition Masson. 1990 : 12 – 13
33. **Négura A.** Considérations sur le traitement de l'HRP à partir de l'observation clinique de 12 cas. Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique. 1990 ; 85 ; 5 : 227 – 231
34. **yonnet R., Vernière P.** Décollement traumatique du placenta en fin de grossesse. Développement ultérieur d'un syndrome anurique. Fed. Soc. Gyn. Obst. . 1966 ; 8 ; 15 : 622 – 624
35. **Berland M.** Le choc en obstétrique Encycl. Med. Chir. Obst. Paris. 1992 ; 5082 A 10 : 16
36. **Sankale M., Mazek A.** Guide de Médecine en Afrique et Océan Indien. Edicef . 1988 : 323
37. **Baudet J.M., Seguy B.** Révision accélérée en Obstétrique Maloine. Sce Edi Paris. 1992 : 44 – 46
38. **Dubrisay L., Jeannine C.** Précis de l'accouchement. Edition Lamarre. Poinat , 1980 : 142
39. **Countejoie J., Rotsart de Hertaing.** Maternité et Santé. Notions d'obstétrique. 1988 : 156 – 157
40. **Rakotomalala J.P.** Nouvelles de l'ordre national des Sage- femmes de Madagascar. 1997 : 8
41. **Nae Ye R.L.** Abruptio placentae and placenta previa : frequency perinatal mortality and cigarette smoking. Obstet Gynecol, 1980 ; 6 ; 55 : 701 – 704
42. **Barnier G., Desparts R.** L'hématome retroplacentaire. Mises à jour en gynécologie Obstétrique. Vigot Paris. 1983 : 218



PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

**Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo**

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

VELIRANO

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

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandroana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panantontosana ny raharaham-pitsaboana.

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

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

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

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

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

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

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

Nom et Prénoms : **FRANCK Honoré**
Titre de la thèse : **HEMATOME RETROPLACENTAIRE AU CHUA**
MATERNITE DE BEFELATANANA EN L'AN 2001

Rubrique : **Santé Publique**

Nombre de pages : 48 Nombre de tableaux : 18 Nombre de figures : 1
Nombre de schémas : 03 Nombre de références bibliographiques : 43

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas d'hématome rétroplacentaire observés au CHUA Maternité de Befelatanana en l'an 2001.

L'objet du travail est d'améliorer la prise en charge de cette affection. Celle-ci est représentée par 21 cas soit 0,38% des accouchements et 16,53% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse. La tranche d'âge entre 30 et 45 ans est la plus concernée. Les femmes multipares sont les plus touchées avec un taux de 73,44%. 66,65% des parturientes sont mariées. La plupart des gestantes ont une scolarisation de niveau primaire.

Quant à l'attitude thérapeutique la voie naturelle a été la plus pratiquée avec un pourcentage de 71,43% contre 28,57% par voie haute. Un décès maternel est à déplorer. La mortalité fœtale avoisine le taux de 47,64%.

Ces suggestions consistent en un renforcement de la communication pour le changement de comportement des parturientes à être assidues aux consultations prénatales, une formation continue et recyclage des agents de santé et une amélioration de l'infrastructure sanitaire.

Mots-clés : **Placenta – Décollement – Hématome – Métrorragie**
Pronostic maternofoetal réservé

Président de thèse : Professeur **RATOVO Fortunat Cadet**

Rapporteur : Docteur **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Adresse de l'auteur : II P 48 Bis Besarety – ANTANANARIVO – 101

Name and Christian name : **FRANCK Honoré**

Title of thesis : **PREPLACENTA BRUISE IN THE CHUA – MATERNITY**
HOSPITAL OF BEFELATANANA IN 2001

Classification : **Public Health**

SUMMARY

Number of pages : 48 Number of tables : 18 Number of figures : 18

Number of schematics : 3 Number of references : 43

It's a retrospective study about preplacenta bruise cases observed in the CHUA Maternity Hospital of Befelatanana in 2001.

The objective of the work is to improve the taking in charge of this affection.

It is represented by 21 cases very well 0,38% of the deliveries and 16,53 of hemorrhages of the 3th term of the pragnonmcy.

The age bracket between 30 and 45 years old is the most affected. Multipare women are the most concerned with a level of 73,44%

66,65% of partureantes are married. The most of gestantes have a primary level schooling.

About therapeutic attitude, the natural way has been the most used with a percentage of 71,43% against 28,57% by the high way. A maternal death is to deplore. Fœtal mortality borders on 47,64%.

Suggestions consist in a recess of the communication for behaviors alteration of the partureantes to be assiduous to antenatal consultations, a continuous formation and retraining of health agents and improving of the health infrastructure.

Key-words : Placenta – Unstickement – Bruise – Metrorrage –
Reserved materno-fœtal pronostic.

Director of thesis : Professor **RATOVO Fortunat Cadet**

Assisted by : Doctor **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Address of the author : II P 48 Bis Besarety – ANTANANARIVO – 101

