



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/10211
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10211>



INTERNATIONAL JOURNAL OF
ADVANCED RESEARCH (IJAR)
ISSN 2320-5407
Journal Homepage: <http://www.journalijar.com>
Journal DOI: 10.21474/IJAR01

RESEARCH ARTICLE

HEMATOME RETRO PLACENTAIRE ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL A PROPOS DE 97 CAS

Fatimetou Abdelkader¹, Nessiba Abdelkader² and Marieme Vall Malek³

1. Ass. Hospitalo - Universitaire Fac de Médecine de Nouakchott Chef service de la maternité de l'hôpital National de NKT Mauritanie.
2. Residente en gynécologie CHU Hassan II Fes Maroc.
3. Centre Hospitalier nationale de Nouakchott.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 October 2019

Final Accepted: 12 November 2019

Published: December 2019

Key words:-

Hrp, Toxémie Gravidique, Troubles De L'hémostase, Mortalité Maternelle Et Périnatale

Abstract

L'hématome rétro-placentaire constitue une urgence médico-obstétricale majeure, de survenue imprévisible, mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel fœto-maternel. Notre étude prospective a porté sur 97 cas d'HRP survenus à la maternité du Centre Hospitalier National entre le 01 janvier 2015 et le 31 Décembre 2016. Cette étude avait pour objectif, d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, pronostiques et d'évaluer la qualité de prise en charge de l'HRP. Ces cas ont été identifiés à partir d'un ensemble de 6965 accouchements, ce qui représente une fréquence de 1,39%. Le principal motif d'admission était les métrorragies et les douleurs pelviennes dans 63,91% des cas. 88,56 % des cas d'HRP étaient référés dans notre service. Parmi les facteurs étiologiques retrouvés, les pathologies l'hypertensives dominaient avec une fréquence de 76,28% des cas. L'âge moyen des patientes était de 28,58 ans et 34,02% de nos patientes étaient des multipares. Dans 44 % des grossesses l'HRP survenait entre 32 et 36 SA. La forme classique est retrouvée dans 63,91 % des cas. La majorité des patientes (56,70%) avait un HRP grade III de SHER. La prise en charge thérapeutique était basée sur les mesures de réanimation et d'évacuation utérine en tenant compte des circonstances obstétricales et évolutives de l'hématome rétro-placentaire. Nous avons réalisé une césarienne dans 90,72% des cas. Enfin, le pronostic fœtal était dominé par la mortalité péri -natale avec 75 décès périnatal (77,31%). Alors que le pronostic maternel était marqué par le décès de 5 patientes. Les principales complications maternelles retrouvées sont l'anémie (57,73%), l'hémorragie de la délivrance (10,30%), l'insuffisance rénale aigüe dans 10,3% et l'état de choc (3,0%). L'amélioration du pronostic passe par un meilleur suivi prénatal, un diagnostic précoce, et une évacuation rapide et sans délai de l'utérus.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

Corresponding Author:- Fatimetou Abdelkader

Address:- Ass hospitalo - Universitaire Fac de Médecine de Nouakchott Chef service de la maternité de l'hôpital National de NKT Mauritanie.

Introduction:-

L'hématome retro placentaire (HRP) ou le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) est une entité pathologique secondaire à la désinsertion placentaire accidentelle complète ou incomplète, conduisant à l'interruption des échanges materno-fœtales [1-2]. L'HRP est un accident aigue, paroxystique constituant une véritable urgence obstétricale qui engage le pronostic vital de la mère et celui du fœtus. En effet, il nécessite une prise en charge obstétricale doublée d'une réanimation médicale et néonatale [1-2]. Les complications maternelles les plus fréquentes lors de l'HRP sont le choc hémorragique, les troubles de l'hémostase et plus rarement le décès [3]. De par sa survenue brutale, l'hématome rétro placentaire (HRP) est l'une des principales étiologies de mortalité et morbidité maternelle et fœtale dans le monde entier et surtout dans les pays sous-développés tels que le nôtre [3, 1, 2]. Ceci nous a conduit à mener cette étude dont l'objectif est : □ D'identifier et analyser les facteurs de risque et les facteurs pronostiques de cette affection. □ De suivre l'évolution de la prise en charge thérapeutique aussi bien de la mère que du nouveau-né. □ De proposer quelques recommandations visant à améliorer le pronostic maternofoetal.

Matériels Et Methodes:-

Il s'agit d'une étude prospective descriptive à visée analytique portant sur des patientes prises en charge pour des hématomes retro placentaires au sein du service de gynécobstétrical du Centre Hospitalier National de Nouakchott du 01 janvier 2015 au 31 Décembre 2016. Nous avons utilisé une fiche d'exploitation comme outil de collecte des données. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS.20 et Word 2007.

Resultats:-

Entre le mois de Janvier 2015 et le mois de Décembre 2016, nous avons recensé 97 cas d'hématomes rétro placentaires sur un total de 6965 accouchements réalisés au service de gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier National de Nouakchott, soit une prévalence globale qui se situe autour de 1.39%. L'âge moyen était de 28.58 ± 7.5 et la tranche d'âge la plus fréquente était entre 31-35 ans (29,9%). 70 de nos patientes, soit 72,16 %, étaient de race noire. 78 patientes, soit 80,04%, étaient des femmes au foyer. Le niveau socio-économique a été jugé bas pour 74 patientes (79.5%). 86 patientes, soit 88,65%, étaient évacuées. 54 patientes (55,7%) étaient multigestes. 65% de nos patientes n'avaient pas bénéficié de consultations prénatales. 46 patientes (47,42%) avaient une pathologie hypertensive.

Tableau 1:- Répartition des patientes selon la survenue des évènements pathologiques pendant la grossesse.

Pathologies	Effectifs	%
HTA chronique	16	16,49
Prééclampsie	58	58,86
Eclampsie	2	2,06
RPM	3	3,09
Menace d'accouchement prématuré	7	7,21
Métrorragies du 1er trimestre	10	10,30
Métrorragies du T2-3	6	6,18
Grossesse gémellaire	4	4,12
Placenta prævia	5	5,15

Tableau 2:- Distribution des patientes selon le mode de révélation.

	EFFECTIF	POURCENTAGES
TRIADE (Douleurs pelviennes, Métrorragies, contractures)	62	63,91
Métrorragies isolées	16	16,49
MFIU	2	2,06
Menace d'accouchement prématuré	7	7,21
Etat de choc	4	4,12
Éclampsie	2	2,06
Traumatismes	2	2,06
Découvertes fortuites	2	2,06

Dans notre série 55 patientes avaient une mort fœtale in utero, 29 des patientes présentaient une symptomatologie complète avec fœtus vivant mais parfois souffrant. 13 patientes avaient un hématome retro placentaire débutant.

Le terme de survenue de l'HRP a été précisé chez toutes nos patientes. L'âge gestationnel moyen de survenue de l'HRP était de 34.17 ± 4.5 semaines d'aménorrhée (SA) avec des extrêmes de 19 et 42 SA. Le taux d'hémoglobine à l'admission a été précisé chez 74 de nos patientes (79,5%). Le taux d'hémoglobine moyen enregistré dans notre série était de 8.55 ± 2.49 g/dl avec des extrêmes de 3 et 12 g/dl. La moitié de nos patientes avaient un taux d'hémoglobine entre 7-10 g/dl. Dans notre série 87 patientes (89,69%) avaient bénéficié d'une transfusion sang iso groupe iso rhésus ; dont 60 patientes (61,85%) avait bénéficié d'une transfusion de culot globulaire et 37 patientes (38,14%) ont bénéficié d'une transfusion de PFC en association avec culot globulaire dans 27,83%. et en association avec culot plaquettaire dans 10,3% des cas. 27 patientes (27,83%) étaient transfusées par culot globulaire et PFC. La transfusion par le culot plaquettaire en plus du culot globulaire et du PFS a été faite pour 10 patientes (10,3%). La césarienne a été réalisée en urgence pour 88 patientes (90,72%). 72 patientes avaient accouché d'un mort-né (74,22%), les 25 autres patientes (25,77%) avaient donné naissance à 27 enfants vivants.

Tableau 3:- Récapitulatif des complications maternelles.

	Effectifs	Pourcentage
IRA	10	10,3
Pic hypertensif	16	16,5
Anémie	56	57,73
Utérus de Couvelaire	56	57,7
Atonie	10	10,3
Hémorragie de la délivrance	10	10,3
Hystérectomie d'hémostase	6	6,1
Choc hémorragique	3	3,0
CIVD	2	2,0
Décès	5	5,1

Discussion:-

La prévalence de l'HRP est très variable dans la littérature. Aux Etats-Unis, elle varie entre 1,6 et 3% [4, 3] En France, elle est de 0,20 à 1 % [4]. Dans notre étude, elle est de 1,39%. Elle est plus élevée que celle de la France. Elle rejoint les séries américaines où elle varie entre 1 et 3% [5]. Etude KILANI [6] où la fréquence représentait 0,25% des accouchements. Le risque de l'HRP est multiplié par 2,2 après 35 ans du fait de l'élévation de l'incidence de l'HTA chronique et de la pré-éclampsie dans cette tranche d'âge [4,7]. Le rôle de l'âge maternel dans la survenue de l'HRP a été diversement apprécié selon les auteurs. [4, 8,9]. Pour Saftias [10], l'âge maternel est également un facteur de risque mais uniquement pour la population de race blanche. Il trouvait une incidence plus élevée chez les moins de 20 ans alors que l'âge n'intervenait pas pour la population de race noire et les autres races. Certains

auteurs, affirmaient que le risque entre l'âge maternel et l'HRP n'était lié que par le biais de la parité [10, 11, 12, 13]. Dans notre série, l'âge moyen était de 28-58 ans + 7.5 et la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 31-35 ans [30%]. Selon Golditch [14], le risque de récurrence de l'HRP était de 7% pour les formes légères, 9% pour les formes moyennes, 17% pour les formes sévères avec MFIU alors que Pritchard [15] estime le risque relatif à 100% pour les formes sévères. Pour Karegard [13] le taux de récurrence passait de 10-15% pour un premier accident, 25-40% pour les patientes ayant deux antécédents d'HRP. Les récurrences pourraient être plus fréquentes dans les formes compliquant une prééclampsie et dans celles en relation avec une thrombophilie selon Abdella [3] Il a rapporté dans une série de 265 HRP, la proportion de patientes ayant un antécédent d'HRP en fonction de la présence ou non d'une hypertension et de son type [3]. 25% avaient une pré éclampsie surajoutée, une hypertension chronique dans 24%, alors que 4% des patientes n'étaient pas hypertendues. Dans notre série, le taux de récurrence était de 11,34 %. Plusieurs études montraient que les antécédents de MFIU étaient fortement associés à l'HRP avec RR égal à 3,5. [4, 16, 17]. Dans notre série, les antécédents de MFIU étaient présents chez 18 patientes (18.55%).

Les antécédents d'avortements spontanés pourraient être un facteur de risque d'HRP (21,8%). Une mauvaise décidualisation résultant d'une altération des artéριοles spiralées suite à des avortements répétitifs, source d'insuffisance placentaire qui précède le décollement prématuré du placenta [4, 18, 19] serait-elle une explication ? Dans notre étude, 20 patientes avaient des antécédents d'avortement spontané, soit un taux de 20,61%.

La maladie hypertensive est classiquement considérée comme le facteur étiologique majeur de l'hématome rétroplacentaire. La fréquence de la pathologie hypertensive en cas d'HRP variait de 12 à 64 % des cas selon les auteurs. [4, 3, 20, 21, 22, 23]. Dans notre série nous avons noté 58 cas (58,86%) de pré éclampsie, 2 cas (2,06%) d'éclampsie et 16 cas (16,49%) d'HTA chronique. L'HRP avait longtemps été considéré comme une complication aigüe des prééclampsies sévères. Il est prouvé dans les différentes études que la surveillance accrue des grossesses permettait de réduire l'incidence de l'éclampsie, mais pas celle de l'HRP, ce qui revient à dire que l'hypertension ne représente qu'un volet de l'origine multifactorielle des HRP [24, 21].

L'HRP imprévisible, a un large spectre de traduction clinique, allant de l'absence de signes cliniques à la forme massive avec mort fœtale et mise en jeu du pronostic vital maternel. Sa forme classique associe métrorragies de sang noirâtre, douleur abdominale brutale et intense et contracture utérine. Dans les formes aiguës, l'échographie ne se conçoit que pour vérifier l'activité cardiaque ou éliminer un placenta prævia. Elle trouve ainsi sa place dans les formes trompeuses. Le diagnostic était évoqué cliniquement dans 97,9% des cas et fortuitement dans 12,7% des cas. La classification de SHER est celle qu'on avait utilisée dans notre travail. Nous avons constaté que la majorité des hématomes rétro placentaires était de grade III dans (86,5% des cas). Vu la gravité de l'hématome rétro placentaire, sa prise en charge devrait être urgente et multidisciplinaire faisant intervenir obstétriciens, réanimateurs et néonatalogues. La conduite thérapeutique devrait être orientée par la sévérité du tableau clinique, l'état fœtal in-utéro, l'âge gestationnel, les conditions obstétricales initiales et le délai écoulé depuis l'installation de l'HRP. Dans notre série, le taux de césarienne était évalué à 90,72%. L'évolution était favorable chez 78 patientes soit 80,41% 5 patientes soit 5,15% sont décédées. Les complications maternelles sont l'apanage des formes graves L'utérus de Couvelaire a été observé en peropératoire chez 56 patientes soit 57,53% dont 10 patientes (10,3%) avaient présenté une atonie utérine avec une hémorragie de la délivrance imposant chez 6 patientes une hystérectomie d'hémostases après échec des moyens médicaux et chirurgicaux conservateurs. La coagulation intraveineuse disséminée (CIVD) est survenue chez 2 patientes et le choc hémorragique chez 3 patientes. L'HRP s'est compliqué d'une insuffisance rénale aigüe (IRA) dans 10,30% soit 10 patientes dont 3 patientes ont passé à la chronicité. Le pronostic fœtal dépendait de l'âge gestationnel, du mode d'accouchement, du délai d'évacuation utérine, du poids à la naissance et de la sévérité de l'hématome rétro placentaire. 72 patientes avaient accouché d'un mort-né (74.22%), les 25 autres patientes (25,77%) avaient donné naissance à 27 enfants vivants. Le poids à la naissance était < 1500g chez 45 nouveaux - nés (46,39%). Nous avons enregistré pendant cette période 75 décès en période périnatale dont 72 morts nés et 3 décès en post natal. Chez les 27 naissances vivantes enregistrées pendant cette période, des complications avaient survécu pour 12 fœtus (44.44%). Il s'agissait dans 41.6% des cas d'une prématurité, dans 16,6% d'une insuffisance respiratoire.

Conclusion:-

L'hématome rétro placentaire reste une complication sévère de la grossesse pouvant engager le pronostic materno-fœtal. Par sa brutalité, son imprévisibilité et par la sévérité potentielle de ses complications materno-fœtales, il représente l'urgence obstétrico-médicale par excellence.

Les principaux facteurs de risque d'HRP sont : l'antécédent d'HRP, l'hypertension artérielle chronique, la rupture prématurée des membranes et dans une moindre mesure, la prééclampsie et l'éclampsie. L'amélioration du pronostic passe par un meilleur suivi prénatal, un diagnostic précoce, et une évacuation rapide et sans délai de l'utérus.

Bibliographie:-

1. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999 ; 282:1646-51
2. Ananth CV, Elsasser DA, Kinzler WL, Peltier MR, Getahun D, Leclerc D. Polymorphisms in methionine synthase reductase and betaine-homocysteine Methyltransferase genes: risk of placental abruption. *Mol Genet Metab* 2007 ; 91:104-10
3. Abdella TN, Sibai BM, Hays JM, Anderson GD. Relationship of hypertensive disease to abruption placentae. *Obstet Gynecol* 1984 ; 63:365-70
4. Downes KL1,2, Grantz KL et al Maternal, Labor, Delivery, and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruption : A Systematic Review. 2017 Aug ; 34(10):935-957. doi: 10.1055/s-0037-1599149. Epub 2017 Mar 22.
5. Rejeb A. L'hématome rétroplacentaire. Contribution à l'amélioration de son pronostic. Thèse Méd, Sousse 1986.
6. Kilani K. Hématome rétroplacentaire : Etude rétrospective au service de gynécologie Obstétrique "b" sur 5 ans au CHU Mohammed VI de Marrakech. Thèse n°38 201
7. Boissramé T1, Sananes N et al [Abruption placentae. Diagnosis, management and maternal-fetal prognosis: a retrospective study of 100 cases. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014 Feb ; 42(2):78-83. doi: 10.1016/j.gyobfe.2013.06.012. Epub 2013 Dec 3.
8. Ananth CV, Wilcox AJ, Savitz DA. Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88:511-6
9. Naeye RL. Maternal age: obstetric complications and the outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998 ; 61:210-6
10. Saftlas AF, Olson DR, Atrash HK, National trends in the incidence of abruption placentae 1979-1987. *Obstet Gynecol* December 1991 ; 78:1081-6.
11. Cnattingus S. Maternal age modifies the effect of maternal smoking on intrauterine growth retardation but not on late foetal death and placental abruption. *Am J Epidemiol* 1997 ; 145:319-23.
12. Hurd WW, Miodovnik M, Hertzberg V, Lavin JP. Selective management of abruption placentae: a prospective study . *Obstet Gynecol* 1983 ; 61:467-73.
13. Karegard M, Gennser G. Incidence and recurrence rate of abruption placentae in Sweden. *Obstet Gynecol* 1986 ; 67:523-8.
14. Golditch IM, Boyce NE. Management of abruption placentae. *Jama* 1970 ; 212:288-93. 47.
15. Pritchard JA, Cunningham GC, Pritchard SA. On reducing the frequency of severe abruption placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1991 ; 165:1345-51.
16. Devalera E. Abruption placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1968 ; 100:599-606 46.
17. Toohey JS, Keegan KA, Morgan MA. The dangerous multipara, actor fiction. *Am J Obstet* 1995 ; 172:683-6. 48.
18. Hibbard BM, Jeffcoat TNA. Abruption placentae. *Am J Obstet Gynecol* 1966 ; 27:155-67
19. Ananth CV, Williams DA. Placental abruption and its associated with hypertensive and prolonged rupture of membranes : a methodologic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88:309-18.
20. N. Sananes, T. Boissramé, B. et al. Hématome rétroplacentaire Département de gynécologie-obstétrique, Hôpital de Haute-pierre, Avenue Molière, 67098 Strasbourg, France. EMC obstétrique
21. Conde-Agudelo A, Kafury-Goeta AC. Case-control study of risk factors for complicated eclampsia. *Obstet Gynecol* 1997 ; 90:172-5
22. Mattar F, Sibai BM. Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2000 ; 182:307-12
23. Merger R, Levey J, Melchior J. Syndromes vasculo-rénaux et pathologie rénale au cours de la grossesse. *Précis d'obstétrique* 2001 ; 10:416-38.
24. Munim S, Chaudhury N, Jamal K. Outcome of abruption-placentae in normotensive and hypertensive patients in Aga Khan University Hospital, Pakistan *J Obstet Gynecol Res* 1997;23:267-71.