

# L'HÉMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)

## A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU TOKOIN-LOME (TOGO) DE 1988 A 1992

K. AKPADZA, S. BAETA, Y. NEGLO, V. TETE, A.K.S. HODONOU

### RÉSUMÉ

**Sur une période de 5 ans (de 1988 à 1992), nous avons colligé 211 cas d'HRP pour 44.316 accouchements effectués à la Maternité de la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU-Tokoin-Lomé (Togo). La fréquence s'élevait à 0,47%.**

**Les principaux facteurs de risque ont été : le jeune âge (20-24 ans : 29,86%), la pauciparité (28,91%), la toxémie gravidique (20,40%) et le traumatisme direct (15,16%).**

**Le pronostic maternel était marqué par l'anémie aiguë (76,30%) et le décès (2,84%). Quant au pronostic foetal, il a été dominé par le décès (75,45%) enregistré surtout chez les parturientes transférées.**

**Les éléments du pronostic aussi bien maternel que foetal ont été le retard du diagnostic et la déficience dans la prise en charge de cette pathologie gravidique.**

### INTRODUCTION

L'hématome rétroplacentaire (HRP) par décollement pré-maturé du placenta normalement inséré, une des grandes urgences médico-obstétricales par excellence, semble d'une fréquence remarquable à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU-Tokoin avec une particularité pronostique non négligeable.

Cette imprécision statistique sur cette pathologie nous amène à entreprendre son étude pour évaluer sa fréquence réelle, identifier les facteurs de risque et/ou favorisants, et étudier les pronostics maternel et foetal.

### MATÉRIELS ET MÉTHODE

Notre étude est rétrospective, allant du 1er janvier 1988 au 31 décembre 1992. Nous avons colligé 287 cas de hématome rétroplacentaire pour 44316 accouchements.

Sur les 287 cas nous n'avons retenu que 211 dossiers contenant les variables telles que l'âge, le niveau d'ins-

Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU-Tokoin-Lomé - B.P. 57 - Lomé (Togo).

truction, la profession, la parité, la date des dernières règles ou l'âge gestationnel, le nombre de consultation pré-natale, le mode d'admission, le mode d'accouchement, le score d'APGAR, le sexe foetal, et le poids de naissance. L'âge des parturientes variait entre 17 et 43 ans.

### RÉSULTATS

La plupart des résultats de notre travail sont présentés en tableau.

#### 1. Épidémiologie

*Fréquence :*

**Tableau I : Répartition des cas d'HRP selon les années d'activités obstétricales**

| Années  | Nb d'accouchement | Nb d'HRP | %    |
|---------|-------------------|----------|------|
| 1988    | 9063              | 46       | 0,50 |
| 1989    | 10556             | 36       | 0,34 |
| 1990    | 8992              | 50       | 0,55 |
| 1991    | 7961              | 45       | 0,56 |
| 1992    | 7744              | 34       | 0,44 |
| Total   | 44316             | 211      | 2,39 |
| Moyenne | 8863,2            | 42,2     | 0,47 |

Hormis les années 1989 et 1992, la fréquence annuelle des cas de HRP est presque stable.

*Age gestationnel*

**Tableau II : Répartition selon les âges gestationnels**

| Age Gestationnel                 | Nb d'HRP | %     |
|----------------------------------|----------|-------|
| - Avant 20 semaines de gestation | 0        | 0     |
| - De 20 à 27 semaines            | 4        | 1,9   |
| - De 28 à 36 semaines            | 53       | 25    |
| - De 37 à 41 semaines            | 154      | 72,98 |
| - 42ème semaine et plus          | 0        | 0     |
| Total                            | 211      | 100,0 |

Il ressort de ce tableau que l'HRP est un accident parturitionnel du dernier trimestre de la grossesse.

#### **Facteurs de risques et/ou favorisants**

##### *Caractéristiques des patientes*

###### *1. Age*

**Tableau III : Age des patientes**

| Age (ans) | Effectif | %     |
|-----------|----------|-------|
| 19        | 11       | 5,22  |
| 20-24     | 63       | 29,86 |
| 25-29     | 56       | 26,54 |
| 30-34     | 52       | 24,64 |
| 35        | 29       | 13,74 |
| Total     | 211      | 100,0 |

Les gestantes d'âge inférieur à 20 ans, paraissent moins vulnérables.

###### *2. Parité*

**Tableau IV : Répartition selon les parités**

| Parité                 | Effectif | %     |
|------------------------|----------|-------|
| Nullipare              | 45       | 21,33 |
| Primipare              | 42       | 19,90 |
| Paucipare (II et III)  | 61       | 28,91 |
| Multipare (IV et V)    | 40       | 18,96 |
| Grande multipare ( VI) | 23       | 10,90 |
| Total                  | 211      | 100,0 |

Nous avons constaté que les grandes victimes de l'HRP étaient les paucipares.

###### *3. Profession*

**Tableau V : Répartition selon la profession des patientes**

| Catégories professionnelles           | Effectif | %      |
|---------------------------------------|----------|--------|
| Ménagère                              | 91       | 38,40  |
| Revendeuse                            | 37       | 17,53  |
| Apprentie (couturières, coiffeuses)   | 12       | 5,70   |
| Cultivatrice                          | 4        | 1,90   |
| Couturière                            | 2        | 0,94   |
| Salariée                              | 2        | 0,94   |
| Élève / Étudiante                     | 0        | 0      |
| Dossiers sans précision de profession | 73       | 34,60  |
| Total                                 | 211      | 100,00 |

###### *4. Niveau d'instruction*

**Tableau VI : Niveau d'instruction des patientes**

| Niveau d'instruction              | Nb de patientes | %      |
|-----------------------------------|-----------------|--------|
| Analphabète                       | 30              | 14,22  |
| Niveau primaire                   | 11              | 5,21   |
| Niveau secondaire                 | 2è degré        | 8      |
|                                   | 3è degré        | 1      |
| Dossiers sans précision du niveau | 161             | 76,30  |
| Total                             | 211             | 100,00 |

Le niveau d'instruction n'a été précisé que chez 50 patientes.

### CARACTÉRISTIQUES OBSTÉTRICALES

#### Facteurs de risque et facteurs favorisants

**Tableau VII : Facteurs de risque et facteurs favorisants**

| Facteurs  |   | Nombre | %      |
|---|---|--------|--------|
| Toxémie gravidique  | Utérus cicatriciels (césariennes antérieures)                                       | 43     | 20,40  |
|   | Anomalies funiculaires (circulaires double et triple du cordon, cordon en bretelle) | 11     |        |
| Traumatismes et modifications de la pression intra amniotique | Décompression utérine brutale par ponction d'hydramnios                             | 9      | 15,16  |
|   | Décompression utérine brutale par expulsion d'un jumeau (grossesse multiple)        | 2      |        |
|   | Chute de la hauteur en procubitus sur grossesse                                     | 9      |        |
|   |   | 1      |        |
| Anomalie d'insertion placentaire                              |   | 32     |        |
| Malformations foetales : achondroplasie ;                     |   | 2      |        |
| Polymalformation  |   | 9      |        |
| Dossiers sans facteurs  |   | 1      |        |
| Total   |   | 124    | 58,76  |
|   |   | 211    | 100,00 |

La toxémie gravidique domine la série des facteurs.

#### Pronostic

##### 1. Pronostic Maternel

**Tableau VIII : Complications**

| Complications Maternelles       | Nb  | % Par rapport aux 211 cas |
|---------------------------------|-----|---------------------------|
| Décès                           | 6   | 2,84                      |
| Choc hypocolémique hémorragique | 54  | 25,59                     |
| Insuffisance rénale             | 1   | 0,47                      |
| Défibrillation                  | 12  | 5,68                      |
| Apoplexie utéro-placentaire     | 11  | 5,21                      |
| Anémie                          | 161 | 76,30                     |

**Tableau IX : Modes d'admission et pronostic**

| Pronostic                       | Admissions directes | transferts | Total | %     |
|---------------------------------|---------------------|------------|-------|-------|
| Décès                           | 1                   | 5          | 6     | 2,84  |
| Survie                          | 162                 | 43         | 205   | 97,16 |
| Total                           | 163                 | 48         | 211   | 100,0 |
| % de décès par mode d'admission | 0,61                | 10,41      |       |       |

*Les transférées ont été celles qui ont payé le plus lourd tribut.*

**Tableau X : Modes d'accouchement et pronostic maternel**

| Pronostic                          | Voie basse | Césarienne | Total | %     |
|------------------------------------|------------|------------|-------|-------|
| Parturientes décédées              | 4          | 2          | 6     | 2,84  |
| Parturientes survivantes           | 106        | 99         | 205   | 97,16 |
| Total                              | 110        | 101        | 211   | 100,0 |
| % de décès par mode d'accouchement | 3,63       | 1,98       |       |       |

La césarienne semble épargner les parturientes des complications fatales.

##### 2. Pronostic foetal

**Tableau XI : Mortalité foetale**

| Pronostic | Nombre de cas | %     |
|-----------|---------------|-------|
| Décès     | 166           | 75,45 |
| Survie    | 54            | 24,55 |
| Total     | 220           | 100,0 |

Il y a eu 9 accouchements gémellaires, et 211 accouchements monfoetaux.

**Tableau XII : Modes d'admission des patientes et pronostic foetal**

| Pronostic         | Admission directes | Transferts | Total |
|-------------------|--------------------|------------|-------|
| Décès             | 121                | 45         | 166   |
| Survie            | 47                 | 7          | 54    |
| Total             | 168                | 52         | 220   |
| %                 | 76,36              | 23,64      | 100,0 |
| % de décès foetal | 72,02              | 86,53      |       |

Les enfants des parturientes transférées ont été ceux qui ont le plus pâti.

**Tableau XIII : Mode d'accouchement et pronostic**

| Pronostic                       | Nb d'enfants nés par césarienne | Nb d'enfants nés par voie basse | Total |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|
| Décès                           | 69                              | 97                              | 166   |
| Survie                          | 36                              | 18                              | 54    |
| Total                           | 105                             | 115                             | 220   |
| %                               | 47,73                           | 52,27                           | 100,0 |
| % de décès/ mode d'accouchement | 65,71                           | 84,34                           |       |

La césarienne semble améliorer le pronostic foetal.

## COMMENTAIRES

### Épidémiologie

#### 1. Fréquence

La fréquence de l'HRP de notre étude est de 0,47%. Au Bénin, GOUFODJI (6) et GUIADEM (7) ont relevé respectivement en 1986 et en 1990 des fréquences sensiblement identiques, soit 0,48 et 0,49%.

En France, BARRAT et Coll. (1) en 1974, ont trouvé 0,5%. La différence entre ces fréquences et la nôtre n'est pas statistiquement significative. Par contre, COLAU et UZAN (4) ont colligé une fréquence de 1%. Ces derniers ont pris

en compte tous les cas d'HRP y compris les infracliniques. Par rapport à l'âge gestationnel, l'HRP survient plus fréquemment entre les 28ème et 41ème semaines d'aménorrhée. Cette constatation a été faite par de nombreux auteurs dont COLAU (4) et FOURNIE (5).

Cependant nous avons relevé des cas survenus entre les 20ème et 27ème semaines. Des cas survenus à cette période ont été également décrits par BARRIER et Coll. (2). Ce qui porte à croire qu'il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue de l'HRP suivant l'âge gestationnel. Il faut le craindre chez des gestantes ayant des facteurs de risque lorsque la grossesse a au moins 20 semaines d'aménorrhée.

#### 2. Facteurs de risque et/ou favorisants

##### 2.1. Caractéristiques des patientes

**Age :** L'âge moyen de nos patientes était 30 ans. La tranche d'âge la plus intéressée par l'HRP dans notre série qui était de 20 à 24 ans, se rapproche de celle de GUIADEM (7) et de MONNIER (10) qui relevaient un pic entre 25 à 29 ans.

**Parité :** L'HRP apparaît comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune parité. Les paucipares ont été les plus atteintes. Les grandes multipares ont été touchées dans une proportion relativement faible. Telles ont été également les statistiques de GUIADEM (7) contrairement à celles de MONNIER (10) qui recensaient un fort pourcentage chez les multipares. L'HRP est une pathologie imprévisible qui peut atteindre la primipare ou la multipare en l'absence de syndrome vasculo-rénal préexistant ou d'antécédents pathologiques (11).

**Profession :** Les ménagères et les revendeuses ont été celles qui ont payé le plus lourd tribut. L'atteinte de ces catégories professionnelles qui a un rapport avec le cadre de notre étude, ne paraît-elle pas être l'effet du bas niveau socio-économique comme l'ont souligné FOURNIE (5), GOUFODJI (6) et GUIADEM (7) ?

**Niveau d'instruction et consultation prénatale :** La fréquence de l'HRP a évolué en raison inverse du niveau d'instruction de nos patientes. En effet, un niveau d'instruction élevé aide à la bonne utilisation des services de Santé et à la prise en considération des prestations pré-natales.

La fréquence de l'HRP tend à diminuer au fur et à mesure que le nombre de consultation prénatale croît.

La mauvaise surveillance prénatale est un facteur prédisposant la grossesse au décollement prématuré du placenta (4).

## 2.2. Caractéristiques foetales

Malformations : FOURNIE (5) a également relevé comme dans notre étude, des malformations foetales dans les facteurs favorisants de l'HRP. Cependant leur caractère descriptif imprécis, met en évidence l'imperfection de nos dossiers. Des anomalies chromosomiques associées à des malformations foetales ont été observées par NGO VAN (11).

Il serait idéal dans nos milieux où l'échographie obstétricale n'est pas de pratique courante, d'envisager au moins une séance pour une anatomie foetale chez les gestantes à risque pour une meilleure prise en charge.

## 2.3 Caractéristiques obstétricales

La survenue de l'HRP dans un contexte d'hypertension artérielle relevée par beaucoup d'auteurs (3, 4, 5, 9, 11) est illustrée par la fréquence de la toxémie gravidique parmi les facteurs de risque dénombrés dans notre série.

Si la distinction entre les associations hématome décidual basal-placenta praevia, des associations hématome décidual marginal-placenta praevia, n'a pu être faite dans notre étude comme l'ont observé BRECHON (3) et FOURNIE (5), elle n'est due qu'à l'insuffisance des informations inscrites dans les dossiers. La formation du personnel médical qualifié s'avère nécessaire. Aussi une étude anatomo-pathologique des cas suspects doit être de mise. Cependant, l'abondance des naissances dans nos milieux pour un personnel médical qualifié numériquement insuffisant en anatomie-pathologie, constitue l'écueil à une telle démarche scientifique.

Des facteurs de risque tels que les occlusions veineuses, et l'hypofibrinogénémie congénitale (5, 9) qui n'ont pas été recherchées, relèvent de l'absence de l'examen microscopique de nos cas d'HRP, et de l'incapacité de nos laboratoires en pénurie de matériel/réactif, à explorer les facteurs de coagulation.

Cependant l'HRP a des causes idiopathiques (2, 11). Aussi les facteurs de risque étudiés n'apportent pas de précisions à une pathologie floue où différents mécanismes théoriques évoqués peuvent être associés (4, 5, 9).

## Pronostic

### *Pronostic maternel*

Il est dominé par le décès et l'anémie. Le taux de décès enregistré qui était de 2,84% soit 1,43% des décès survenus à la Clinique, paraît faible par rapport aux 4,28% rapportés par COLAU et UZAN (4). Le pronostic vital maternel semble actuellement moins réservé. Les décès maternels sont des résultats des défauts thérapeutiques (5). Cette observation illustre l'importance du nombre de cas de décès enregistrés chez nos parturientes transférées. Ce sont des décès survenus dans un état de choc hypovolémique avec défibrillation, dus aux difficultés à compenser les spoliations sanguines.

Le taux élevé d'anémie chez les patientes qui ont survécu, ne met en évidence que l'acuité du problème lié à la réserve de sang dans nos milieux.

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité de l'HRP et à la durée de l'évolution de l'hémorragie, une transfusion massive l'améliore considérablement (5, 9). Il est d'autant plus amélioré lorsque le diagnostic est précoce et l'évacuation utérine rapide (1, 2, 5, 9). Le faible taux de décès enregistré parmi les parturientes césarisées, témoigne de l'effet bénéfique de l'attitude interventionniste devant l'HRP.

### *Pronostic foetal*

L'HRP est très foeticide (4). Le taux du décès foetal est fonction du degré du décollement du placenta qui progresse avec l'augmentation de l'hématome.

Les enfants des parturientes transférées ont été ceux qui ont le plus succombé. Les cas de survie relevés dont la majorité était née par la césarienne ont été le résultat d'un diagnostic précoce. La césarienne apparaît l'acte fondamental de sauvetage du foetus lorsque cette pathologie survient à un âge gestationnel de sa viabilité avec une vitalité (4, 8, 9, 10, 12). Cependant, la brutalité habituelle du début de la maladie, rend difficile l'amélioration du pronostic foetal (1).

## CONCLUSION

L'HRP, urgence médico-obstétricale, est une pathologie gravidique préoccupante dans nos milieux du fait de la déficience dans la prise en charge des patientes victimes. Il doit être craint particulièrement chez les gestantes ayant des facteurs de risque tel que la toxémie gravidique à partir de la 20ème semaine d'aménorrhée. Le diagnostic précoce et la césarienne améliorent le pronostic.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - J. BARRAT, Y. DARBOIS.  
Décollement prématûr du placenta normalement inséré.  
Encycl. Méd. Chir. Paris, Obstétrique, 1974, 11, 5071, A10.
- 2 - J. BARRIER, D. LEWIN, N. VIGNERON. :  
L'hématome Rétroplacentaire ou Décollement du Placenta Normalement inséré (DPPNI).  
In traité d'Obstétrique : R. VOKAER, J. BARRAT, H. BOSSART, D. LEWIN, R. RENAUD. Ed. MASSON, 1985, 187-197.
- 3 - J.M. BRECHON, Y. DARBOIS.  
Décollement prématûr du placenta du troisième trimestre.  
Rev. Prat., 1985, 35, (23) 1363-1375.
- 4 - J.C. COLAU, S. UZAN.  
Hématome rétroplacentaire ou DPPNI.  
Encycl. Méd. Chir. Paris, Obstétrique, 1985, 6, 5071, A10.
- 5 - A. FOURNIE, R. DESPRATS.  
L'hématome rétroplacentaire (HRP).  
Mises à jour Gynécol. Obstét. Paris, VIGOT, 1984, 10, 285-311.
- 6 - S.S. COUFODJI.  
Contribution à l'étude de l'hématome rétroplacentaire.  
A propos de 227 cas colligés en milieu hospitalier à Cotonou.  
Thèse Méd. Cotonou, 1986, 288.
- 7 - A.F. GUIADEM.
- Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et de l'accouchement.  
Epidémiologie et Thérapeutique.  
Thèse Méd. Cotonou, 1990.
- 8 - J. LANSAC, C. BERGER, G. MAGNIN.  
Diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse qui saigne au troisième trimestre.  
In Obstétrique pour le praticien, Simep, 2<sup>e</sup> Ed. Paris, 1990, 253-263.
- 9 - R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR  
Hématome rétroplacentaire.  
In précis d'Obstétrique, Masson, 5<sup>e</sup> Ed. Paris, 1993, 433-438.
- 10 - J.C. MONNIER, B. LANCIAUX, C. DOGNIN  
Aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques actuels dans les HRP.  
Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1982, 77, (2), 167-173.
- 11 - U. NGO VAN, E. CYNOBER, M. KAMMOUN, A. BOUZAGHAR, L. SARANTI, R. JENY  
Hématome rétroplacentaire et Doppler utérin.  
Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1993, 88 (6), 368-373.
- 12 - J.M. THOULON, P. AMRAM  
La mort du foetus in utero.  
Rev. Prat. 1987, 37, (9), 447-452.