

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 prématuré 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 hémato-
me 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	3,80
	3è degré	1	0,47
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	
		9	
	Chute de la hauteur en procubitus sur grossesse	1	
Anomalie d'insertion placentaire		10	4,74
Malformations foetales : achondroplasie ;		1	0,94
Polymalformation		1	
Dossiers sans facteurs		124	58,76
Total		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 hypovolémique hémorragique	54	25,59
Insuffisance rénale	1	0,47
Défibrination	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 prénatales.

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 défibrination, 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 césariées, 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 prématuré 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 traite d'Obstétrique : R. VOKAER, J. BARRAT, H. BOSSART, D. LEWIN, R. RENAUD. Ed. MASSON, 1985, 187-197.
- 3 - J.M. BRECHON, Y. DARBOIS.
Décollement prématuré 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, 2è Ed. Paris, 1990, 253-263.
- 9 - R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR
Hématome rétroplacentaire.
In précis d'Obstétrique, Masson, 5è 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 fœtus in utero.
Rev. Prat. 1987, 37, (9), 447-452.