

# ■ INDICATEURS DE COAGULATION INTRAVASCULAIRE ■ DISSÉMINÉE (CIVD) DANS LES HÉMATOMES RETROPLACENTAIRES

A. DUMONT\*, L. DE BERNIS\*, C. DECAM\*\*, M. BA\*\*\*, X. POLLET\*\*\*\*

## RÉSUMÉ

Dans cette étude portant sur 100 cas pris en charge à la maternité de St-Louis (Sénégal), les auteurs attirent l'attention sur la fréquence importante des troubles de l'hémostase (CIVD) source de Morbidité et de Mortalité Maternelle. Les caractéristiques cliniques biologiques et échographiques de chaque patiente sont étudiées afin de déterminer des indicateurs de survenue de CIDV en cas d'hématome rétroplacentaire. A partir de ces indicateurs, sont proposés un score de risque et un arbre décisionnel.

Les auteurs font part de leur expérience de l'opération césarienne vaginale dont l'intérêt et les indications dans la prise en charge des HRP sont discutés.

**Mots clés :** *Hématome rétroplacentaire - (Abrupto Placenta) - Coagulopathie - Facteurs de risque - Mortalité maternelle - Mortalité périnatale.*

## INTRODUCTION

Les hématomes rétroplacentaires sont responsables d'une part importante de l'activité obstétricale du service et présentent des problèmes délicats de prise en charge du fait en particulier des troubles de l'hémostase pouvant compliquer cette pathologie et des faibles quantités de produits sanguins disponibles pour les traiter.

Le but de cette étude préliminaire est de déterminer des indicateurs de survenue de CIVD pouvant être recueillis dès l'admission de la patiente afin d'adapter notre conduite à tenir aux conditions d'exercice dans un pays comme le Sénégal.

En effet, dans quelle mesure peut-on poser l'indication d'un déclenchement chez une patiente présentant un HRP avec un foetus mort in utero situation la plus fréquente sans courir un risque vital pour cette femme ?

\* Service de Gynéco-Obstétrique, Hôpital Régional mamadou Dioul, B.P. 401 - Saint-Louis (Sénégal)

\*\* Médecin Epidémiologiste - Région Médicale St-Louis.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le service de Gynécologie-Obstétrique de St-Louis (Sénégal) comprend 50 lits et se situe au sein d'un hôpital Régional centre de référence du district de 150.000 habitants et de la région comprenant 700.000 habitants. Il réalise 3600 accouchements par an (1994) avec une équipe de deux gynéco-Obstétriciens et 4 sages-femmes en salle d'accouchement.

L'étude s'est déroulée sur une période de 8 mois 1/2 du 26/02/94 au 7/11/94 où nous avons enregistré 100 cas d'hématomes rétroplacentaires pris en charge dans le service.

Nous avons effectué un recueil systématique des caractéristiques de chaque patiente :

**1- Cliniques :** Age, parité, gestité, ethnie, nombre de consultations prénatales, distance domicile - maternité délai entre le début des signes cliniques (douleurs, métrorragie) et l'arrivée à l'hôpital ; existence ou non d'un choc à l'admission.

**2- Biologiques :** Taux d'hémoglobine d'hématocrite et de plaquettes à l'entrée.

**3- Echographiques :** Nous nous sommes intéressés à déterminer quand cela était possible le type de décollement placentaire.

Par analogie à la classification anatomopathologique nous distinguons 2 types (3) :

- L'hématome décidual basal : le placenta est normalement inséré avec un hématome central ou paracentral.
- L'hématome décidual marginal correspondant le plus souvent à un placenta bas inséré avec hématome marginal.

Les signes échographiques retenus en faveur d'un HRP sont :

- Image rétroplacentaire en lentille biconvexe d'écho-structure hétérogène légèrement hypoéchogène par

\*\*\* Laboratoire Biologie St-Louis

\*\*\*\* Service d'Anesthésie - Réanimation St-Louis

rapport au placenta.

- Augmentation de l'épaisseur placentaire
- Excès de liquide amniotique avec parfois image floue de saignement actif intra amniotique au niveau du décollement.
- Décollement du bord placentaire ou des membranes.

**Le diagnostic de trouble de l'hémostase (CIVD) était posé sur les éléments cliniques et biologiques (9).**

Les signes cliniques retenus sont les suivants :

- Hémorragie génitale de sang peu coagulable avec caillot ayant tendance à se lyser rapidement.
- Saignements extra extragénitaux : hémorragie aux points de ponction, ecchymoses, gingivorragie, épistaxis, hémorragie sous-conjonctivale, hématurie.

Les tests biologiques disponibles au laboratoire de l'hôpital sont : le taux de plaquettes, le temps de Quick (TP) le temps de céphaline activée (TCK) et le taux de fibrinogène.

On connaît la faible sensibilité de ces tests par rapport à l'étude des marqueurs de la thrombose (complexes solubles et D - Dimère) (10).

Toutefois un TP 50% fibrinogène 1,5 g/l et plaquettes 150 000/mm<sup>3</sup> sont très évocateurs d'une CIVD (1) surtout si leur sont associés les signes cliniques cités précédemment. Le diagnostic de gravité de la CIVD a été défini comme suit : (9)

- CIVD modérée : moins de 3 manifestations cliniques                "        "        " tests anormaux
- CIVD sévère : plus de 3 manifestations cliniques                : et/ou plus de 3 tests anormaux

Chaque patiente présentant un tableau d'HRP et prise en charge dans le service entre le 26/02/94 et le 07/11/94 a été enregistrée. Lorsque l'examen macroscopique du placenta n'a pas confirmé rétrospectivement le diagnostic d'HRP la patiente a été exclue de l'étude.

L'analyse a été effectuée par le logiciel Epi info version 5 : 1.

## RÉSULTATS

### 1- Description de l'échantillon

Durant la période de l'étude, 100 HRP ont été enregistrés pour 2385 accouchements : la fréquence des HRP dans le

service est donc de 4.2% ce qui est considérable en comparaison avec les taux Européens (10 à 20 fois plus fréquent environ).

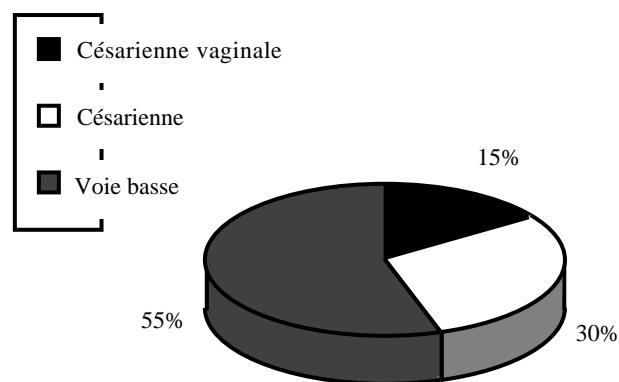
L'âge la gestité et la parité moyens sont respectivement de 29 ans 6e geste 5e pare confirmant l'idée déjà acquise que l'HRP est une complication de la multipare âgée (6) (15). La répartition ethnique concernant l'HRP est sensiblement identique à celle de la population générale du district. La majorité des patientes (71%) habitent à moins de 50 km de St-Louis mais plusieurs d'entre elles ont parcouru 100, 150 et parfois plus de 200 km pour arriver à l'hôpital.

Le délai entre le début des signes cliniques et l'arrivée à l'hôpital est dans la majorité du cas (82%) supérieur à 6 H : il est rarement inférieur à 1H même pour les patientes habitant St-Louis :

- 28% des patientes habitent St-Louis et 12% seulement d'entre elles ont été référées par une sage-femme ou un infirmier de dispensaire.
- 34,5% des femmes ont effectué le minimum de 3 consultations prénatales (CPN) préconisé par le Ministère de la Santé.

La situation est comparable à celle qui existe dans la majorité des pays d'Afrique. Les patientes qui se présentent à la maternité avec un diagnostic d'HRP sont des femmes souvent mal suivies qui consultent tard après le début des signes, ce qui explique la gravité des tableaux cliniques et la fréquence importante de CIVD (41% des HRP).

### 2- Le mode d'accouchement (Figure I) :



Dans cette étude plus de la moitié des patientes soit 55% ont accouché par voie basse spontanément ou après déclenchement le plus souvent (perfusion de 15 UI d'ocytocine dans 500 cc de sérum glucosé à 5% et rupture artificielle

des membranes précoce).

Le délai expulsion moyen est de 282 mn soit 4H et 42mn : la durée moyenne d'hospitalisation de 3,4 jours.

Les indications d'évacuation chirurgicale de l'utérus retenues initialement étaient les suivantes :

- Enfant vivant et viable disproportion foeto pelvienne et présentation dystocique, placenta praevia troubles de la coagulation et/ou aggravation du syndrome hémorragique éclampsie associée, échec du déclenchement.
- Le choix entre césarienne classique et césarienne vaginale dépendait de l'âge gestationnel et de l'estimation échographique du poids foetal en dehors des cas d'HRP avec enfant vivant ou seule la césarienne classique était réalisée.
- 30% des patientes ont bénéficié d'une césarienne classique : le poids moyen du foetus est de 2205 g pour un terme moyen de 35 SA la durée moyenne d'hospitalisation est de 8,7 jours.
- La césarienne vaginale a été réalisée dans 15% des cas le poids moyen du foetus est de 1182 gr pour un terme moyen de 28 SA, la durée moyenne d'hospitalisation est de 7,6 jours mais a tendance à diminuer avec l'expérience.

### **3 - Morbidité et mortalité materno-fœtale**

a) **Mortalité périnatale** : elle est très élevée de 86%.

b) **Mortalité maternelle** : elle est de 2% plus élevée qu'en Europe, mais plus faible comparée au taux relevé dans plusieurs études Africaines.

- Le premier décès concernait une femme de 45 ans : XII geste, XI pare, habitant à 70 km de St-Louis non suivie. La patiente présentait des troubles de l'hémostase à l'arrivée avec un TP à 41% et des plaquettes à 104 000/mm<sup>3</sup>. Devant un col très favorable une décision de déclenchement a été prise l'expulsion a eu lieu en 4 H suivie d'une hémorragie de la délivrance en rapport avec une rupture utérine. La patiente est décédée en post-opératoire immédiat après hysterectomie d'hémostase dans un tableau de CIVD incontrôlable.
- Pour le deuxième décès, il s'agissait d'une patiente de 35 ans VI geste, III pare, habitant St-Louis suivie (CPN = 3), présentant également des troubles de l'hémostase à l'arrivée mais diagnostiqués tardivement en raison des difficultés de fonctionnement du laboratoire.

L'expulsion après déclenchement a eu lieu en 4 H suivie

d'une hémorragie de la délivrance importante, mais réversible après révision utérine et perfusion d'ocytocine.

La patiente a présenté par la suite une anurie définitive et est décédée à J.12 dans un tableau d'insuffisance rénale.

#### **c) Morbidité maternelle**

Les complications infectieuses sont fréquentes mais bénignes (30 à 40% abcès de paroi après césarienne). Il n'a pas été noté d'endométrite ni de péritonite du post partum étant donné l'utilisation systématique d'antibiotiques en post-opératoire ou après révision utérine. A noter 2 cas d'abcès vaginal au niveau de la colpotomie antérieure en cas de césarienne vaginale, complication non mentionnée dans la littérature mais bénigne, réversible après lâchage des points et toilette vaginale.

En dehors de ces complications, la morbidité maternelle est dominée par l'anémie (hb<11g/dl) quasi constante (98% des cas) et les troubles de l'hémostase présents dans 41% des cas.

La CIVD est modérée dans 37% des cas et sévère dans 4% des cas. L'anémie et la CIVD sont des complications d'autant plus graves que les produits sanguins sont disponibles en faible quantité.

Dans l'étude, 21% seulement des patientes présentant une anémie sévère (Hb< 4 g/dl) ont reçu plus de 2 culots globulaires. En cas de CIVD sévère (4 cas), 2 patientes ont reçu 1 à 2 PFC, 2 autres n'ont pu en bénéficier (il s'agit des 2 décès). Les CIDV modérées ont pu être traitées dans 8,5% des cas par plus de 2 PFC et dans 54 % des cas par 1 à 2 PFC ; dans 37 % des cas aucun PFC n'a pu être transfusé.

Au second rang des complications viennent se rajouter :

- Les hémorragies de la délivrance dans 14% des cas. Il s'agit le plus souvent d'une inertie utérine liée à lélévation des taux de PDF lors d'une CIVD. Cette inertie utérine a été traitée dans la majorité des cas par injection intramurale et perfusion d'ocytocine après révision utérine. Nous avons effectué dans 1 cas une hysterectomie d'hémostase, il s'agissait d'une rupture utérine.
- L'insuffisance rénale est présente dans 7% des cas. Elle est le plus souvent fonctionnelle et liée a un remplissage vasculaire insuffisant.

L'atteinte rénale est rarement organique (nécrose tubulaire aiguë ou nécrose corticale). Dans ce cas le problème de prise en charge se pose car les centres de dialyse en Afrique sont peu nombreux et surchargés. La mortalité maternelle est importante (1 cas dans l'étude).

- Les complications thromboemboliques sont peu fréquentes, mais probablement favorisées par les troubles de l'hémostase = 1 cas d'embolie pulmonaire en post-opératoire après césarienne.
- La calciparine en post-opératoire à dose préventive doit être utilisée dans ses indications classiques, d'autant plus si l'HRP s'est compliqué d'une CIVD (9).

**Tableau 1 : Indicateurs de survenue de CIVD étude HRP/CIVD DUMONT et Coll. Saint-Louis 1994**

Indicateurs	P	CIVD avec indicateurs	CIVD sans indicateurs	ODDS Ratio
Age > 35 ans	0,018	62,50%	33%	3
Geste > 6	0,004	57,70%	24%	3,4
Pare > 5	0,007	54%	26,50%	3,1
CPN < 3	0,04	49%	27%	2,8
Choc à l'admission	0,02	72,50%	35%	4,75
Hb < 6g/dl	0,0003	69,70%	27%	4,89
Ht < 16%	0,008	66,70%	32%	3,29
Plaquettes < 150000/mm <sup>3</sup>	0,000005	63%	16%	8
Hématome basal	0,02	46%	14%	5,25

Dans cette étude, en ce qui concerne l'âge par exemple 62,5% des patientes âgées de plus de 35 ans ont présenté une CIVD contre 33% des patientes de moins de 35 ans ( $p = 0,018$ ).

Les résultats sont restitués dans le tableau 1.

Les indicateurs retenus et liés de manière significative à la survenue d'une CIVD sont :

- Age supérieur à 35 ans,
- Gestité supérieure à 6 et parité supérieure à 5,
- Nombre de consultation prénatale inférieure à 3,
- Existence d'un choc à l'admission.
- Taux d'hémoglobine à l'admission inférieur à 6 g/dl.
- Taux d'hématocrite à l'admission inférieur à 16%.
- Taux de plaquette à l'admission inférieur à 150000/mm<sup>3</sup>.
- Hématome décidual basal déterminé à l'échographie (placenta normalement inséré, décollement central ou paracentral).

Nous avons ensuite attribué un coefficient de risque de CIVD à chaque indicateur en fonction de l'odds ratio et de la significativité du test.

Certains indicateurs ont été regroupés lorsqu'il s'agissait de variables liées comme gestité - parité ou taux d'hémoglo-

#### 4 - Indicateurs de survenue de CIVD

L'analyse statistique des caractéristiques cliniques biologiques et échographiques des patientes nous a permis de mettre en évidence des indicateurs liés de manière significative ( $p < 0,05$ ) à la survenue d'une CIVD compliquant un hématome rétroplacentaire.

bine - taux d'hématocrite.

En l'absence d'indicateur le coefficient de risque est égal à zéro. Un exemple : pour les patientes de moins de 35 ans il est égal à trois, pour les patientes de moins de 35 ans il est égal à zéro.

Ainsi pour chaque patiente, est attribuée une série de 7 coefficients (Voir tableau 2) relatifs à l'âge, la gestité-parité, le nombre de consultations prénatales, l'existence d'un choc à l'admission, le taux d'hémoglobine - hématocrite, le taux de plaquettes à l'admission et le type de décollement placentaire.

**Tableau 2 : Coefficients de risque, étude HRP/CIVD DUMONT et Coll. Saint-Louis 1994**

Indicateurs	Coefficient
Age > 35 ans	3
Geste > 6 ou pare > 5	3
CPN < 3	2
Choc à l'admission	5
HB < 6 g/dl ou Ht < 16%	4
Plaquettes < 150000/mm <sup>3</sup>	8
Hématome décidual basal	5

**Tableau 3 : Score de risque, étude HRP/CIDV  
DUMONT et Coll. Saint-Louis 1994**

Score	% De patientes	CIVD	Risque
De 0 à 4	5,4	0%	Nul
De 5 à 9	29,7	4,50%	Faible
De 10 à 14	18,9	35%	Moyen
De 15 à 19	25,7	63%	Important
De 20 à 24	13,5	80%	Très important
Sup. à 25	6,8	> 80%	Très important

Nous avons donc pu définir un score de risque de CIVD correspondant à la somme de 7 coefficients de risque. Pour chacun des 100 dossiers nous avons calculé le score de risque. Les résultats sont restitués dans le tableau 3. Le score a été réparti en 6 classes. La majorité des patientes (74,3%) ont un score compris entre 5 et 20. Pour une patiente donnée, plus le score est élevé plus le risque de CIVD est grand.

Dans une visée opérationnelle, nous avons déterminé 4 groupes de patientes avec un risque croissant de trouble de l'hémostase :

- Un risque faible pour un score de 0 à 9.
- Un risque moyen pour un score de 10 à 14.
- Un risque important pour un score de 15 à 19.
- Un risque très important pour un score supérieur à 20.

## DISCUSSION

Les indicateurs de survenue de trouble de la coagulation que nous avons retenus sont des données que l'on peut recueillir dès l'admission de la patiente.

L'âge supérieur à 35 ans, la grande multiparité et l'absence de suivi prénatal sont des facteurs de risque connus de morbidité et de mortalité maternelle. Cette étude préliminaire confirme qu'en ce qui concerne l'HRP, ces 3 facteurs sont liés de manière significative à une morbidité plus importante, en l'occurrence à la survenue d'une CIVD.

L'existence d'un choc à l'admission est également un élément préjoratif. En effet, l'hypovolémie et la stase sanguine précoce augmentent la consommation locale intra-utérine de fibrinogène et des facteurs de la coagulation.

L'anémie chronique observée chez les femmes enceintes des pays en voie de développement diminue considéra-

blement les possibilités d'adaptation hémodynamique et augmente probablement les risques de coagulopathie comme le suggère le résultat de cette étude.

La thrombopénie est également un bon indicateur puisqu'elle est présente dans la majorité des cas de coagulopathie de consommation.

L'hématome décidual basal est plus souvent associé à une coagulopathie que l'hématome décidual marginal, ce que nous confirmons dans cette étude. En effet, dans le deuxième cas le décollement survient en général sur un placenta bas inséré et l'hématome a tendance à s'évacuer rapidement via l'orifice cervical. Le passage de thromboplastine dans la circulation maternelle est probablement diminué par rapport à l'hématome décidual basal, expliquant la faible incidence de CIVD (14%). Le diagnostic échographique et la détermination de type de décollement placentaire lors d'un HRP ne sont pas toujours évidentes. La sensibilité de l'échographie dans ce domaine tend toutefois à augmenter avec les progrès de l'appareillage et l'expérience des échographistes. En pratique lorsque le placenta est bas inséré et à fortiori si on visualise l'hématome au voisinage de l'orifice cervical interne, le décollement est classé marginal.

En cas de placenta normalement inséré le décollement est classé basal.

Certaines caractéristiques comme la distance domicile/maternité et le délai entre le début des signes cliniques et l'arrivée à la maternité n'ont pu être identifiées comme des indicateurs significatifs alors qu'on pouvait s'attendre à trouver un lien statistique entre la survenue des troubles de l'hémostase et le délai de prise en charge.

PRITCHARD a montré sur une étude de 141 cas d'HRP en 1966 (11) que les troubles de la coagulation se produisaient dans les 8H après le début des premiers symptômes.

Inversement les patientes qui n'ont pas développé de CIVD durant cet intervalle ont peu de chance de le faire par la suite.

Dans notre étude, la majorité des patientes consultent 6H après les premiers signes, donc à la fin ou après l'intervalle de temps où la CIVD semble se développer. Il serait intéressant de voir si la distance domicile - maternité et le délai de consultation n'influencent pas la survenue d'une CIVD parmi les patientes qui consultent dans un délai inférieur à 6 H. Notre effectif est trop réduit dans cette étude pour répondre à cette question.

Nous proposons les indicateurs et le score de risque que nous venons d'étudier comme aide à la décision, en particulier aux équipes obstétricales, aux sages-femmes ou aux infirmières des structures sanitaires ne pouvant bénéficier d'une étude biologique de l'hémostase. De même pour les obstétriciens exerçant à l'hôpital, les tests biologiques sont souvent disponibles avec un certain délai, ce qui retarde la prise de décision.

Étant donné la faible disponibilité en produit sanguin, la morbidité importante et la mortalité liées à la CIVD compliquant un HRP, nous pensons qu'une certaine prudence s'impose dans les pays en voie de développement et que le déclenchement sur foetus mort in utero ne doit se faire que sous certaines conditions.

A partir de cette étude préliminaire plusieurs recommandations sont envisageables :

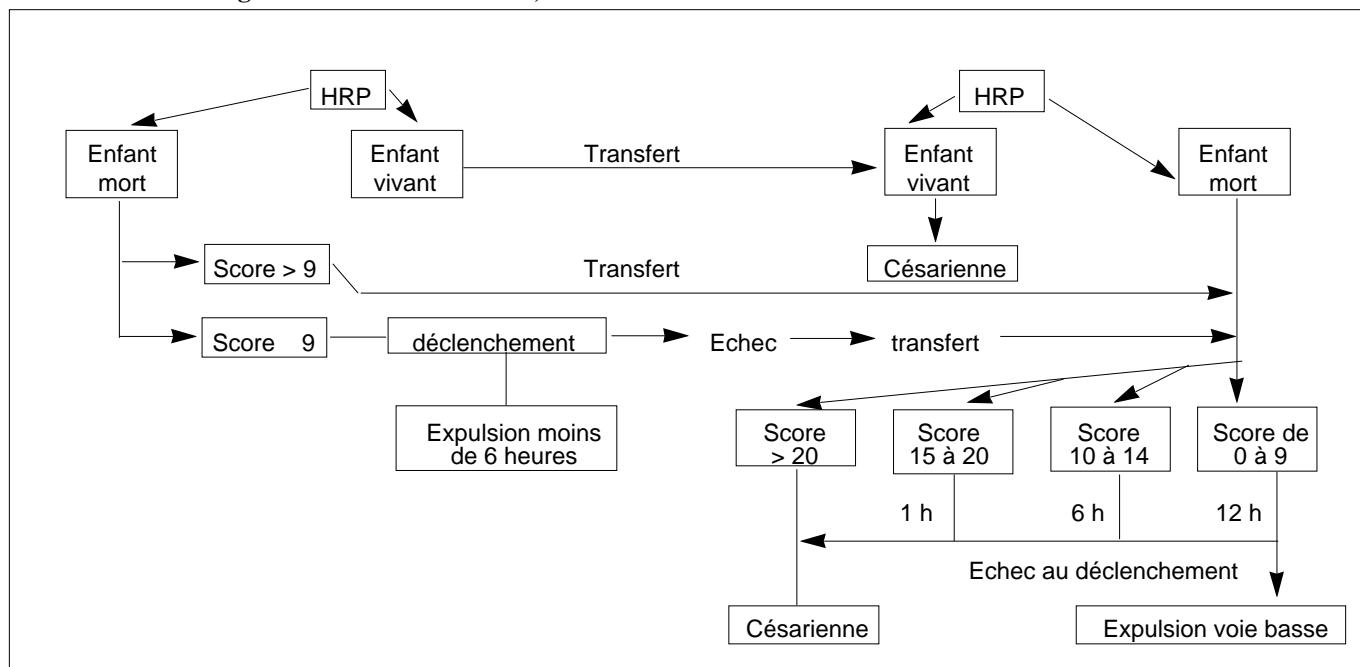
- Pour les équipes des centres ou postes de santé non équipés d'un bloc opératoire et d'une banque de sang : un déclenchement pour foetus mort in utero peut être tenté pour un risque faible de CIVD (score de 0 à 9). Sinon le transfert vers une structure de référence équipée d'un bloc opératoire et d'une banque de sang paraît plus sûr. Il faut conditionner la patiente en vue de son transfert. Une voie

veineuse de gros calibre (G16 ou G14) est mise en place solidement fixée, elle apportera d'emblée un soluté de remplissage pour favoriser le maintien de la volémie. Le choix du soluté sera porté sur une solution colloïdale dont la durée de vie intravasculaire est nettement supérieure à celle des cristalloïdes. Cependant les dextran 70 et hydroxy ethyl amidon altèrent la coagulation si plus de 1 g/kg sont perfusés. L'inconvénient de l'hémodilution induite est d'aggraver une coagulopathie de consommation. En pratique un flacon de Ringer lactate est placé et la surveillance de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et la diurèse guidera le débit de cette perfusion.

Le transfert dans une ambulance doit se faire en présence d'une infirmière ou d'une sage-femme. Une oxygénotherapie à 6 l/min sera poursuivie pendant le transport si possible. Le décubitus latéral gauche limitant la compression de la veine cave et la surélévation des membres inférieurs amélioreront la fonction cardiaque.

- Pour les équipes des hôpitaux de référence équipés d'un bloc opératoire et d'une banque de sang où le problème du déclenchement pour foetus mort in utero se pose également, nous préconisons une attitude interventionniste lorsque le risque de coagulopathie est important.

Figure 2 : Arbre décisionnel, étude HRP/CIVD DUMONT et Coll. Saint-Louis 1994



En pratique, en présence d'un HRP deux situations peuvent se présenter (fig. 2) :

- L'enfant est vivant et viable (15% du HRP dans notre étude). Dans ce cas la césarienne en urgence ne se discute pas.
- L'enfant est mort in utero le plus souvent : dans ce cas :
  - Pour un risque faible de CIVD (score de 0 à 9) le déclenchement est justifié en se donnant un délai d'expulsion large de 12 H, en restant prudent toutefois pour les grandes multipares ou le risque de rupture utérine est important.
  - Pour un risque moyen (score de 10 à 14) le déclenchement reste également justifié mais nous préconisons un délai d'expulsion plus court de 6 H
  - Pour un risque important (score de 15 à 19) si l'accouchement n'est pas imminent (dans l'heure qui suit l'admission) nous proposons une évacuation utérine chirurgicale sans attendre.
  - Pour un risque très important (score > 20) et a fortiori si les signes cliniques de CIVD sont présents, la sanc-tion chirurgicale s'impose dans les mêmes conditions.

Enfin, en cas d'échec du déclenchement dans un délai que nous avons fixé en fonction du score, l'évacuation chirurgicale de l'utérus reste la seule solution.

Il est évident que lorsque l'indication de déclenchement est posée, la surveillance clinique et biologique de la patiente doit être très étroite et que cette décision peut être remise en cause à tout moment. L'aggravation du syndrome hémorragique, l'apparition de signes cliniques de CIVD, d'un choc hypovolémique d'une anurie résistante au remplissage vasculaire d'une éclampsie ou de signes évocateurs de rupture utérine doit amener l'obstétricien à réviser immédiatement son attitude.

Le score de risque de CIVD que nous avons étudié reste bien entendu à évaluer sur une étude prospective.

Plusieurs auteurs ont tenté de définir une attitude face à l'hématome rétroplacentaire.

Certains préconisent la césarienne systématique :

KRAUSS en Allemagne a montré sur une étude rétrospective de 1974 à 1990 que l'augmentation du taux de césarienne était accompagné d'une diminution de la mortalité périnatale et de la morbidité maternelle (choc et trouble de l'hémostase).

NEGURA (10) pense également que même en cas de foetus mort in utero, la césarienne en urgence est un moyen de

prévenir les complications maternelles.

TWAALFHoven (15) en Hollande préconise par contre une attitude expectative devant un HRP avec mort in utero et trouble de la coagulation. Dans son étude, les 16 patientes ont accouché par voie basse : sur 5 CIVD sévères 4 ont pu être traitées avant l'expulsion. Il n'a pas enregistré de mort maternelle.

Enfin BELFORT (2) en Afrique du Sud utilise un craniotome en cas d'HRP avec mort in utero permettant une expulsion en moins de 6 H.

Notre attitude est relativement interventionniste mais l'utilisation du score de risque laisse une place non négligeable au déclenchement et à l'expulsion par voie basse.

Dans les pays en voie de développement l'attitude d'expectative systématique ne paraît pas indiquée étant donné les quantités insuffisantes de produits sanguins disponibles pour traiter la CIVD.

A l'opposé la césarienne systématique semble difficile à accepter étant donné les possibilités réduites de réanimation et un avenir obstétrical compromis pour la patiente. Comme alternative à la césarienne classique, la césarienne vaginale nous semble une solution intéressante lorsque l'indication d'évacuation utérine urgence est posée (7, 13). Dans notre série de 15 césariennes vaginales, nous n'avons pas noté de complications majeures (plaie vésicale, hémorragie par plaie des pédicules utérins) ni de décès maternels.

L'indication principale de la césarienne vaginale que l'on doit retenir en cas d'HRP est l'évacuation utérine pour foetus mort in utero et de petit poids (inférieur à 2500 g estimé à l'échographie et BIP < 80 mm). Nous renvoyons le lecteur pour plus de précision sur la technique à l'article de LE THAI et DARBOIS (J. gynécol. Obst. biol. reprod 1993. 22. 197 : 207). Schématiquement elle comprend 4 temps essentiels : colpotomie antérieure et décollement vésico-utérin, incision du col jusqu'au segment inférieur, extraction du contenu utérin, puis suture du col en 2 plans. 4 avantages sont déterminants :

- La courte durée de l'intervention (30 minutes en moyenne),
- Le caractère exsangue du geste. La césarienne vaginale ne majore pas comme la césarienne classique, la déperdition sanguine qui pourrait aggraver les troubles de l'hémostase,
- La simplicité des suites opératoires.
- L'absence de cicatrice utérine.

## CONCLUSION

L'hématome rétroplacentaire, complication fréquente au Sénégal et en Afrique en général peut aboutir à certaines impasses obstétricales et aux décès de nos patientes.

Nous proposons à la suite de cette étude préliminaire un score de risque de CIVD et un arbre décisionnel afin de diminuer la mortalité maternelle face à l'HRP.  
Une étude complémentaire est en cours dans le service et dans la région pour évaluer la fiabilité de ce score et l'efficacité de l'attitude que nous préconisons.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - A. BA  
Dosage de la Protéine C et de la Protéine S dans les HRP.  
Thèse de Pharmacie, Juillet 1993, Dakar, Sénégal.
- 2 - M.H. BELFORT, P. MOORE.  
The use of a cephalic perforator for delivery of the fetus in cases of severe abruptio placenta.  
S. Afr. Med. J. 1990, 77 (2) : 80-2.
- 3 - J.M. BRECHANT, Y. DARBOIS  
Décollements prématurés du placenta du 3ème trimestre.  
Revue du Praticien, 1985, (35) : 1363-1375.
- 4 - C.A. COMBS, DA. NYBEY, LA. MACK.  
Expectant management after sonographic diagnostic of placental abruption.  
Am. Perinatol, 1992, (3) : 170-4.
- 5 - D.J. DIALLO, A. DIOUF.  
Les décollements prématurés du placenta à la Maternité du CHU A. Le Dantec (Dakar, Sénégal) 1er Congrès de la SAGO 10-14 Déc 1990. (non publié).
- 6 - DJ. DIALLO, D. NDIAYE  
L'hématome rétroplacentaire : aspect épidémiologique et pronostic à la Clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. 14èmes Journées médicales de Dakar. 1994. (non publié).
- 7 - N. LETHAI, Y. DARBOIS. :  
La césarienne vaginale, une nécessaire réhabilitation.  
Gynécol. obstet. biol. reprod. 1993 (22) : 197-201.
- 8 - G. LEVY, A. MARTHUR. :  
Troubles acquis de l'hémostase en obstétrique.  
EMC Anesthésie - Réanimation 36320 A 10.
- 9 - T.E. NOLAN, R.P. SMITH, C.D. DEVOE  
A rapid test for abruptio placentae : evaluation of a Dimer latex agglutination slide test.  
Am. J. Obstet-gynécol. 1993, 169, (2 Pt 1) : 265-8.
- 10 - A. NEGURA  
Obstetrical treatment of retroplacental hematoma based on the clinical observation of 12 cases.  
Rev. Fr. Gynécol-obstet. 1990, 85 (4) : 227-31.
- 11 - J. A. PRITCHARD, M.D. ALVIN  
Clinical and laboratory studies on severe abruptio placentae.  
Am. J. Obst-gyneol. 1967, (97) : 681-700.
- 12 - F.G. RAYMOND, J.L. MILLS. :  
Placenta abruption maternal risk factors and associated fetal conditions.  
Acta obstet. gynecol. Scan. 1993, (72) : 633-9.
- 13 - J. SALVAT, Y. MALINAS  
Césariennes vaginales.  
Rev. Franc. gyn obstet, 1988, (83) : 423-425.
- 14 - D.S. SEIGMAN, S. MASHADI. :  
Abruptio placentae and very high parity.  
AM. J. Obstet-gynecol. 1993, (168) 743-48.
- 15 - F.C. TWAAFLOVEN, J. VAN ROOSMALEN.  
Conservative management of placenta abruption complicated by severe clotting disorders.  
Europ. J. Obstet gynecol reprod biol. 1992, 22, 46 (1) : 25-30.
- 16 - A.M. WILLIAM, E. LIEBERMAN.  
Risk factors for abruption placentae.  
Am. J. Epidemiol. 1991, 133, (9) : 965-72.