

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année universitaire 2023 – 2024

Thèse N° :/.....

THEME :

**ASPECTS THERAPEUTIQUES ET
PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE (HRP) AU SERVICE DE
REANIMATION POLYVALENTE DU CHU
GABRIEL TOURE DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 24 / 12 / 2024 devant le jury de la faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie.

Par

Mme MAGNE TCHENTE LUCRESSE MORELLE

Pour obtention du Diplôme de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : **M. Djibo Mahamane DIANGO** (Professeur titulaire)

Membres : **M. Amadou BOCOUM** (Maître de Conférences agrégé)

M. Alfousseïni SOUMARE (Médecin)

Co-Directeur : **M. Thierno Madane DIOP** (Maître de Conférences agrégé)

Directeur : **M. Moustapha Issa MANGANE** (Maître de Conférences agrégé)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A mon DIEU tout puissant : je te rends grâce et je te bénie parce que je suis une créature si merveilleuse. Ce travail a été possible parce que tu l'as voulu. Dans mes bas tu ne m'as jamais abandonné, et dans mes faiblesses, tu as été ma force. Merci d'être mon papa et de veiller sur moi. Je crois en ce projet de prospérité et de réussite que tu me réserves. Le papa le plus responsable c'est toi.

A mon feu papa TCHENTE ANDRE : papa, merci serait bien trop peu, tu as su m'aimer et te battre pour que j'aie de l'avenir même après ta mort. L'au revoir que tu m'as adressé quand je venais à Bamako était malheureusement le dernier. Tu m'as demandé de grandir et de prendre soins de moi, je suis sûre que tu es fier de moi aujourd'hui. Le médecin que je voulais être pour te soigner mais toi tu n'es plus mais tu restes mon immortel car tu vis dans mon cœur à jamais. Ce document est tien, je t'aime.

A ma maman Marceline DJONZO epse TCHENTE : ma guerrière, ma battante merci pour ton amour et ton soutien. Malgré tout ce que tu as pu traverser, tu as su rester forte pour nous merci pour tout ; je t'aime

Ton docteur préféré

A mon petit cœur Andréa Lyn-joane NZOKOU KEMAJOU : mon tout premier diplôme universitaire, tu es ma merveille et j'espère que tu seras fière de moi. Que le SEIGNEUR te comble de toutes ses grâces. Je t'aime mon bébé

REMERCIEMENTS

A mes frères et sœurs :

- **NZOKOU xavier**, mon jumeau, mon grand frère mon papa 2 , merci pour ta patience et tes encouragements. Que le SEIGNEUR bénisse tous tes projets.
- **MADEFO Stéphanie**, la mère des boys, ta force de caractère a été un exemple pour moi, merci pour ton amour grande sœur. Que le SEIGNEUR te guide dans tous ce que tu entreprendras.
- **MAKAMTE Garaudie**, ma grand-mère, ma rich sister nâh orga woman, boss lady, merci pour ta disponibilité et ton amour que le SEIGNEUR écoute et exauce tes prières.
- **TCHENTE Ulrich**, mon papa, mon dure pote, notre relation est si profonde, j'aimerais tellement que tu continues de te bonifier en CHRIST demeure bénie mon bb. Le SEIGNEUR à de grand projet pour toi sache le.

A Anastasie,

Ma deuxième mère, merci pour ton amour que Dieu te bénisse

A Armand KUATE

A nos millions ... le Seigneur est au control

A Felix, Elisabeth, Cécile, Victor, Jean-Claude, Désirée, Sidonie, Georges, Didier, Judith, Mélanie, Achille, Alain, William,

Merci pour tout

Aux prêtres du Mali : père Nestor, abbé Noel, abbé Marcelin...

Padrés, merci pour votre accompagnement et soutien, vous avez été des seconds pères pour moi. Que le SEIGNEUR demeure votre seul guide.

A mes feus grands-parents,

Votre départ était douloureux, particulièrement toi grand-mère sachez que je ne vous oublierai pas que le Seigneur continue de veiller sur vous.

A la famille Deffo NTU,

Les mots ne suffiront jamais pour vous dire un sincère merci à chacun de vous.

A la famille Oumbè NDE,

Merci d'avoir cru en moi et merci pour votre accompagnement.

A la famille MBAKOP,

Merci pour tout.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

A la famille GANA,

Merci pour l'hospitalité, la confiance et l'amour éprouvés à mon égard puisse le Seigneur vous rendre au centuple.

A la famille FOSSI,

Toujours un plaisir de rencontrer ces frères de sang étant loin merci pour le soutien.

A la famille NZOUPET,

Une belle rencontre, merci pour votre confiance.

A la famille zoumzoum,

Vous m'avez accueilli et Merci pour votre accompagnement et votre soutien.

A la grande famille de Bamako,

Merci pour ces temps passés ensemble.

Au Dr Ornelle MAJO,

Merci pour ton hospitalité et tes conseils. Que le SEIGNEUR continue son œuvre dans ta vie.

A mes « macarons » Larissa BELOMO et Kévine TCHATCHOU,

Merci pour votre amour inconditionnel et votre présence, vous êtes mes sœurs d'une autre mère. Que le SEIGNEUR nous exauce.

Aux EDLK : Joyce (kesha), Daniela, Inès, Rita

Merci pour vos prières et votre soutien. N'oublions jamais ce que nous sommes et que le SEIGNEUR demeure en nous.

A ma marraine Tatiana NOUMO,

Merci pour ton amour et ta présence dans ma vie que le Seigneur te bénisse.

Au père ROMEO,

Tu es ma pépite, que le Seigneur veille sur toi.

A marie-reine KONTCHO,

Merci pour ton soutien.

A Joël FOPOSSI

Une belle surprise pour cette année, mon petit souffre-douleur. Merci pour ta disponibilité, que le Seigneur réalise tes vœux.

A Tania NGUEPI,

Pendant toutes ces années on a vécu les hauts et les bas. Au final on y est, que le Seigneur nous comble de ses grâces.

A Christ D.N

N'oublie pas que tu as du potentiel. Demeure bénie mon ami magique.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

A Hermine DIFFO,

Ta douceur qui se cache derrière ton cœur dur, est une de tes meilleures qualités ; merci pour tout.

A Claude audré M

Ma petite capricieuse, tu es un petit cadeau ciel que le Seigneur te fasse réaliser à quel point tu es bénie et qu'il est notre père.

A Nancy-lee,

Merci pour la considération et l'amitié que tu me portes, on a su bien se rencontrer, que le Seigneur exauce nos prières

A Patricia BEMMO

Une belle redécouverte tu es, je pense bien que c'est l'œuvre de DIEU et je dépose tout entre ses mains, merci pour tout, que le Seigneur veille sur nous.

Aux particuliers : Gwladys, Suzie, Joël DJEUKU, Stéphane CHENDJOU, Ymelda, Chritine EYOUP, Delphine,

Vous n'avez ménagé aucun effort à l'accomplissement de ce travail, merci pour vos conseils, votre considération et l'accompagnement.

A mes enfants de Bamako : Mavine, Julie valdez, junior Tchappa,

Merci pour votre disponibilité et votre considération, que DIEU bénisse vos projets.

A mes bon(ne)s petit(e)s : Danielle priscille, prisca, loic, stanislas, Feubi, Nel, claire, jovita, chris, baudoin, Lyse, Brenda EYEN,

Merci pour votre disponibilité et respect, que le Seigneur veille sur vous.

A Junior TCHOMGUE

Merci ne saurait suffire pour t'exprimer ma gratitude, tu es une personne incroyable garde ton cœur dans le bien et que le Seigneur t'exauce selon son plan.

A Adrien FOGANG

Tu as été un mentor pour moi, un grand frère, merci pour tout et demeure béni

A Nadia ONDOA,

Mater merci pour ta confiance, que le tout puissant te bénisse

A Van Jules NKAMEN,

Merci pour l'encadrement et l'amour que tu as eu pour moi, que le bon Dieu te le rende au centuple

A mes grand(e)s frères et sœurs de Bamako : Christian Damien, Winnie andréa, Aude, Richie, Nadine NDEFFRE, willy, gregory

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Merci pour votre soutien.

A la promotion MARSEILLE,

Quand je nous regarde aujourd'hui je rends grâce à DIEU pour ce que chacun de nous devient, qu'il continue d'agir dans nos vies.

A mon groupe d'étude : Tatiana, Cybelle, Loïs, Valdanine, Léa, Dior, Stella

Merci pour ce chemin de la réussite passé ensemble, que le Seigneur nous ouvre les portes du succès.

Au Professeur Pierre TOGO,

Cher maître merci pour vos conseils et enseignements.

**Aux professeurs du DARMU : Pr DIANGO, Pr DIOP, Pr MANGANE, Pr
MAIGA, Pr SAMAKE**

**Aux MAR : Dr André, Dr SOUMARE, Dr SANOGO, Dr GAMBY, Dr Adama C,
Dr Badimi, Dr BAGAYOKO, Dr benjamin, Dr Ballo, Dr juliette,**

**Aux DES : Dr GUEYE, Dr Odou, Dr DAOU, Dr David, Dr Siby, Dr DIALL, Dr
Sadam,**

Merci pour tout.

A mes aînés : Dr KOUMARE, Dr KEMBOU, Dr ESSAMBE,

Merci pour l'accompagnement

Au service de réanimation GT

J'ai beaucoup appris de vous, merci pour tous ces moments passés ensemble.

Aux internes du service de réanimation

Merci pour le savoir partagé et le challenge. Je retiens qu'une histoire c'est écrite et que le monde en retiendra

A mon équipe de garde,

Dr Sanogo, Dr juliette, Dr Ballo, Dr Diall, Kevin T (mon partenaire des situations, merci pour la collaboration), Adama (AKD), Dr Dieudonné, Dr Thierry, Dr Brichel, Sall, Malick merci pour tous ces moments passés ensemble ce fut un très grand plaisir, demeurez bénis.

Ma seconde équipe Dr Soumare, Dr Bagayoko, Dr Haidara, Joel F, Marianne, Hamed... merci pour tout.

A mes externes,

Lalia, Yasmine, habiba, lourdes, Armelle, Michelle Adama,... merci pour votre amour et respect, je vous souhaite le meilleur dans votre parcours.

**Aux internes du DARMU : Kevin, AKD, Joel, steve, Roussel, Frederic, Amadou,
Ibrahim, Wague, Sidy, Sibiry...**

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Ce fut un honneur pour moi de travailler et de partager cette année avec vous. Merci pour tout.

Aux nouveaux internes : Sall, Marianne, Ahmed, Ah-ali, Salma, Karim, Makick, Korotoumou, Melissa, Estelle,

C'était un plaisir de travailler avec vous.

A l'ensemble du corps professoral de la FMOS,

Merci chers maîtres pour la qualité l'enseignement reçu durant toutes ces années.

A la famille des chantres du Mali particulièrement à vous Joyce, Lucie, Angeline, Henoc...

Avec vous j'ai vécu des moments incroyables, j'ai grandi dans ma foi et même humainement, merci que le SEIGNEUR continue son œuvres à travers vous.

A AFROMED, Troupe Artistique, Dance Crew Pro,

Merci les gars pour tous ces moments, c'était des expériences magnifiques et très inspirantes.

A l'AEESCM,

Merci de m'avoir permis de me sentir entourée et accompagnée. Que le Seigneur bénisse cette association et qu'elle perdure.

A la 14e promotion du numerus clausus,

Nous avons vécu de belles histoires dans cette faculté et notre sortie a été un moment très mémorable, malgré l'attente longue nous pouvons dire que nous l'avons fait.

Au CAMEROUN ma terre patrie,

Ouvre tes linteaux que le roi de gloire fasse son entrée dans ton cœur, le meilleur est là. Puisse le Seigneur t'accorder l'unité.

Au Mali et à son peuple,

Merci pour l'accueil et pour tous les bons moments vécus. J'ai passé des beaux moments, rencontré de belles personnes en plus je me suis senti chez moi. La simplicité est le caractère indéfectible que je garde de toi. Puisse le Tout-Puissant t'accorder la paix.

A tous ceux qui ont œuvré de prêt ou de loin à l'élaboration de ce document, participé à ma réussite, intentionnellement ou pas je vous dis un grand-merci.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

A ma victoire,

On dit souvent qu'on réserve le meilleur pour la fin, merci pour ta présence et ton amour, daigne le SEIGNEUR exaucer nos prières. je suis si heureuse d'être ton épouse ; Je t'aime monsieur mon époux, **Arnauld KEMAJOU**.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur DIANGO Djibo Mahamane

- Médecin Anesthésiste-Réanimateur et Urgentiste
- Professeur titulaire Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence (DARMU) du CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en Pédagogie Médicale
- Secrétaire Général de la Société d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)
- Ex-Vice-président de la Société Africaine des Brûlés
- Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation (WFSA)
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé
- Chevalier de l'ordre national du Mali

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations témoigne de l'immense honneur que vous nous faites.

Votre attachement au travail scientifique, vos qualités hautement intellectuelles et votre manière d'enseigner sont très admirables et font de vous un modèle. Vos encouragements et Votre sympathie nous ont permis de gagner confiance en nous et à donner le meilleur de nous.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect et nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Amadou BOCOUM

- Maître de Conférences agrégé de Gynécologie-Obstétrique,
- Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Titulaire d'un D.I.U d'échographie gynécologique obstétricale en France,
- Titulaire d'un diplôme universitaire de cœlioscopie en gynécologie en France,
- Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie en Gynécologie-Obstétrique de l'université de Paris Descartes,
- Secrétaire général Adjoint de la Société Malienne de Gynécologie obstétrique (SOMAGO).
- Membre de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)

Cher maître,

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Votre patience, douceur et votre amour du travail bien fait force au respect. Vos critiques et suggestions ont été des apports capitaux pour l'amélioration de notre travail. Nous profitons de cette opportunité pour vous exprimer notre profonde admiration et gratitude.

Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur SOUMARE Alfousseïni

- Médecin Anesthésiste-Réanimateur
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef de service adjoint du service de Réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré
- Membre de la SFAR
- Membre de la SARMU-Mali

Cher maître,

Comme je vous appelle souvent « mon papa »

Vous nous avez impressionné par vos qualités professionnelles et intellectuelles, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre courtoisie. Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail et pour l'accompagnement durant cette année.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Thierno Madane DIOP

- Anesthésiste-Réanimateur et praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Maître de Conférences Agrégé à la FMOS
- Médecin Colonel du Service de Santé des Armées du Mali
- Directeur Général du CHU Gabriel Touré
- Membre de la Société de Réanimation des Langue Française (SRLF)
- Membre de la SARMU du Mali
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)
- Membre de WFSA
- Titulaire d'un Diplôme Universitaire (DU) en pédagogie médicale
- Titulaire d'un Diplôme en Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA)

Cher maître,

J'admire tellement votre intelligence, savoir, rigueur scientifique, votre impartialité, votre gentillesse et votre savoir d'enseigner ; Vous êtes une source d'inspiration, merci pour la formation cher maître. Que DIEU vous bénisse !

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Moustapha Issa MANGANE

- Médecin Anesthésiste Réanimateur
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Ancien Interne des hôpitaux
- Maître de Conférences agrégé d'Anesthésie Réanimation à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako
- Chef du service de Réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire en Neuro-Réanimation
- Membre de la SARMU-Mali
- Membre de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation (WSFA)
- Membre de la SFAR

Cher maître,

Nous vous savons gré car malgré votre agenda chargé vous vous êtes toujours rendu disponible pour encadrer ce travail. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admiré et respecté. Vos encouragements et Votre sympathie nous ont permis à nous dépasser et à gagner en maturité. Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre admiration et notre attachement indéfectible.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACR :	arrêt cardio respiratoire
ADP :	adenosine biphosphate
AG ;	anesthésie générale
ALAT :	alanine aminotransférase
ALR :	anesthésie loco régionale
ASAT :	aspartate aminotransférase
BDCF :	bruit du cœur fœtal
Bpm :	battement par minute
CGR :	concentré de globule rouge
CIVD :	coagulation intravasculaire disséminée
CHU :	centre hospitalier universitaire
CP :	concentré plaquettaire
Col :	collaborateurs
DES :	diplôme d'études spécialisées
DPPNI :	décollement prématuré du placenta normalement inséré
ECG :	échocardiogramme
EDRF :	endothelial derived relaxing factor
FC :	fréquence cardiaque
FR :	fréquence respiratoire
G.O :	Gynécologie Obstétrique
GT :	Gabriel Touré
HELLP :	Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelet count
HRP :	hématome retro placentaire
HTA :	hypertension tension artérielle
IMAO :	inhibiteur de la monoamine oxyde
NaCl :	chlorure de sodium
PA :	pression artérielle
PAIF :	plasmin activator inhibitor factor
PFC :	plasma frais congelé

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

PGI 2 :	prostacycline
PGRF :	platelet derived relaxing factor
RASS :	Richmond Agitation-Sedation scale
RCIU :	retard de croissance intra utérin
SA :	semaine d'aménorrhée
TC :	temps de coagulation
TCK :	temps de céphaline kaolin
TP :	taux de prothrombine
tPA :	activateur tissulaire du plasminogène

Définitions opérationnelles

Bon état général : patiente qui n'avait pas ou avait une légère pâleur, de froideur des extrémités, de cyanose, de plis de déshydratation et de dénutrition

Etat général passable : Patiente qui avait une légère pâleur, sans froideur des extrémités, sans cyanose, sans plis de déshydratation et de dénutrition

Mauvais état général : patiente avec une pâleur prononcée, avec froideur des extrémités et/ou cyanose et/ou plis de déshydratation et/ou de dénutrition

Pression artérielle systolique normale : pression comprise entre 100 et 140 mmhg

Pression artérielle diastolique normale : pression comprise entre 50 et 90 mmhg

Température normale : comprise entre 36 et 37,6° Celsius

Pouls normal : comprise entre 60 et 100 battements par min

Saturation normale : comprise entre 95 et 100%

Score de Glasgow : dans ce contexte la patiente était complètement réveillée

Score de réveil d'Aldred : dans ce contexte la patiente était encore sous les effets de sédatifs

Score RASS : dans ce contexte, la patiente était complètement sous sédatif

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Liste des tableaux

Tableau I : Statut matrimonial.....	34
Tableau II : Mode d'admission.....	35
Tableau III : Antécédents médicaux.....	35
Tableau IV : Antécédents chirurgicaux.....	35
Tableau V : Gestité.....	36
Tableau VI : Parité.....	36
Tableau VII : Provenance.....	36
Tableau VIII : Motif de référence.....	37
Tableau IX : Classification de Sher.....	37
Tableau X : Voie d'accouchement.....	37
Tableau XI : Etat du fœtus.....	38
Tableau XII : Etat général des patientes.....	38
Tableau XIII : Coloration des conjonctives.....	38
Tableau XIV : Paramètres cliniques.....	38
Tableau XV : Examen neurologique.....	40
Tableau XVI : Type d'anesthésie utilisé.....	40
Tableau XVII : Spoliation sanguine per opératoire.....	41
Tableau XVIII : Groupe sanguin.....	41
Tableau XIX : Bilans biologiques réalisés.....	42
Tableau XX : Conditionnement.....	43
Tableau XXI : Remplissage vasculaire.....	43
Tableau XXII : Produits labiles demandés.....	44
Tableau XXIII : Type de produit labile utilisé.....	44
Tableau XXIV : Produits labiles reçus.....	45
Tableau XXV : Techniques d'hémostase utilisées.....	45
Tableau XXVI : Médicaments administrés.....	46
Tableau XXVII : Complications survenues pendant l'hospitalisation.....	46
Tableau XXVIII : Devenir des patientes.....	47
Tableau XXIX : Durée d'hospitalisation.....	47
Tableau XXX : relation entre la spoliation sanguine et la durée d'hospitalisation.....	47
Tableau XXXI : Relation entre la durée d'hospitalisation et le nombre de CGR reçu.....	48
Tableau XXXII : Relation entre la durée d'hospitalisation et le nombre de PFC reçu.....	49
Tableau XXXIII : Relation entre la parité et les différentes complications.....	50

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXIV : Relation entre classification de l'HRP et les complications.....	51
Tableau XXXV : Relation entre le score neurologique et les complications.....	52
Tableau XXXVI : Relation entre la prise en charge et l'apparition du choc hémorragique	53
Tableau XXXVII : Relation entre la prise en charge et l'apparition des troubles de la coagulation...	54
Tableau XXXVIII : Relation entre la prise en charge et l'apparition du rein de choc	55
Tableau XXXIX : Relation entre la prise en charge et l'apparition du syndrome vasculorénal.....	56
Tableau XL : Relation entre la prise en charge et l'apparition de l'insuffisance rénale aigue	57
Tableau XLI : Relation entre la prise en charge et l'apparition de l'éclampsie	58
Tableau XLII : Relation entre la prise en charge et l'apparition des CIVD	59
Tableau XLIII : Relation entre la prise en charge et l'apparition du HELLP syndrome	60
Tableau XLIV : Relation entre la prise en charge et l'apparition des infections.....	61
Tableau XLV : Evolution du patient en fonction de la persistance de l'état de choc	62
Tableau XLVI : Evolution du patient en fonction de l'apparition des troubles de la coagulation.....	62
Tableau XLVII : Evolution du patient en fonction de l'apparition du rein de choc	63
Tableau XLVIII : Evolution du patient en fonction de l'apparition de la pré éclampsie	63
Tableau XLIX : Evolution du patient en fonction de l'apparition de l'insuffisance rénale.....	64
Tableau L : Evolution du patient en fonction de la classification de sher.....	64
Tableau LI : Evolution du patient en fonction du taux d'hémoglobine d'entrée	65
Tableau LII : Evolution du patient en fonction de l'administration des amines	65
Tableau LIII : Evolution du patient en fonction de la durée d'hospitalisation.....	66

Liste des figures

Figure 1: Hématome retro placentaire - infomed magazine.....	5
Figure 2: Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme.....	8
Figure 3 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à	9
Figure 4 : Hématome retro placentaire - my stidia	15
Figure 5: Troubles placentaires-manuel MSD	18
Figure 6 : Selon l'âge.	34

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tables de matières

I- INTRODUCTION.....	1
II- OBJECTIFS.....	3
Objectif Général :	3
Objectifs spécifiques :	3
III- GENERALITES.....	5
1) Définition.....	5
2) Rappels sur la grossesse, le placenta	5
2-1) Grossesse	5
2-2) Placenta.....	7
2-2-1) Formation du placenta	7
2-2-2) La circulation placentaire	7
2-2-3) Anatomie macroscopique du placenta.....	7
2-2-4) Physiologie du placenta.....	9
3) Intérêts	10
3-1) Epidémiologique	10
3-1-1) Dans le monde	10
3-1-2) En Afrique	10
3-1-3) Au Mali.....	10
3-2) Diagnostique et thérapeutique	10
3-3) Pronostique	10
4) Physiopathologie de l'HRP	10
4-1) Endothélium et agent vaso-actifs	11
4-1-1) Rôle de l'endothélium dans la coagulation.....	12
4-1-2) Cause de la lésion endothéliale.....	12
4-2) Conséquences de la lésion endothéliale.....	12
5) Classification de l'HRP [14,29]	13
6) Diagnostic.....	15
6-1) Diagnostic positif.....	15
6-2) Diagnostic différentiel	18
6-3) Etiologies et facteurs de risque.....	19
7) Evolution, Complication et Pronostic.....	20
7-1) Evolution.....	20
7-2) Complications	21
7-3) pronostic	22
8) Formes cliniques	23
8-1) Formes frustrées	23
8-2) Formes gravissimes	23
8-3) Formes associées à un placenta prævia	23
8-4) HRP traumatique	23
8-5) Formes récidivantes.....	23
9) Traitement	23
9-1) But :	23
9-2) Traitement médical.....	24

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

9-3) Traitement obstétrical	25
9-4) Traitement préventif des récurrences	26
IV- METHODOLOGIE	29
1) Cadres d'études et lieu d'étude.....	29
1.1- CHU Gabriel Touré	29
1.2- Le Service de réanimation :	29
2) Type et période d'étude	31
3) Population d'étude.....	31
3.1- Echantillonnage	31
3.2- Critères d'inclusion	31
3.3- Critères de non inclusion	32
3.4- Collecte, saisie et analyse des données.....	32
4) Variables étudiées.....	32
V- RÉSULTATS	34
1) Fréquence	34
3) Données cliniques et paracliniques	36
4) Prise en charge thérapeutique.....	43
VI) COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	68
1) Fréquence	68
2) Caractéristiques sociodémographiques	68
4) Prise en charge.....	70
5) Pronostic.....	71
VII) CONCLUSION	73
VIII) RECOMMANDATION	74
IX) REFERENCES	76
X) ANNEXE.....	83
Fiche d'enquête	83

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

L'hématome retro placentaire est encore dénommé décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) ou abruptioplacentae (arrachement du placenta). La lésion anatomique est formée d'un hématome situé entre la plaque basale du placenta et la paroi utérine (hématome décidual basal) interrompant la circulation materno-fœtale. Il survient surtout au cours des derniers mois de la grossesse ou du travail d'accouchement et est caractérisé par un état hémorragique entraînant rapidement des troubles hémodynamiques, des anomalies de la coagulation et une souffrance fœtale aiguë. Il constitue un grave accident obstétrical pouvant mettre en jeu le pronostic fœtal et maternel. De par sa gravité, il représente une cause importante de mortalité et de morbidité périnatale. Il est donc important d'en connaître les facteurs de risque et les éléments diagnostiques afin d'optimiser sa prise en charge.[1] [2]

Sa fréquence varie entre 0,25% et 1% en France [3], aux USA elle varie entre 0,6 à 1% [4], et dans les pays en développement le taux est plus élevé entre 4,5% et 6% [5] [6]. Ngathiam M. et coll. ont retrouvé une fréquence d'HRP de 0,98% selon une étude menée au CHU Y O de Ouagadougou au Burkina Faso en 2012 [7]. Au Sénégal : une étude menée par Thiam O. et coll. en 2014 dans une maternité de référence en zone rurale, sur 2974 accouchements, 180 cas d'HRP ont été rapportés soit une fréquence de 6,05% [5] et une autre étude faite au Sénégal en 2023 menée par M. Bah a rapporté une fréquence d' HRP de 0,56% [8] . Au Mali, Sangaré B. et coll. au centre de santé communautaire de la commune II, ont trouvé une fréquence de 0,85% en 2018 [9] ; Au CHU Gabriel Touré dans le service de réanimation en 2022, une étude sur le choc hémorragique a montré que sur 268 patients admis 14 ont été diagnostiqués ayant l'HRP, étant ainsi la plus grande cause de choc hémorragique avec une fréquence de 46,67% dans les états de choc hémorragique et une fréquence de 5,22% de tous les patients [10] et en 2023 une études sur les complications obstétricales en réanimation dans le même CHU nous a rapporté une prévalence d'HRP de 6.09%[11].

Vu la fréquence élevée de cette pathologie et l'absence d'étude spécifique sur l'hématome retro placentaire dans notre service, nous avons porté notre intérêt sur le sujet et pour mener à bien notre travail, nous nous sommes fixées les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

Objectif Général :

Etudier les aspects thérapeutiques et pronostiques de l'hématome retro placentaire en réanimation.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des HRP
- Décrire les aspects sociodémographiques de l'HRP
- Décrire les aspects thérapeutiques
- Déterminer les complications associées
- Décrire les facteurs pronostiques maternels et fœtaux

GENERALITES

III- GENERALITES

1) Définition

L'hématome retro placentaire est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, aboutissant à la formation d'un hématome volumineux et extensif qui va entraîner une interruption des échanges fœto-maternels et retentit rapidement sur l'hémodynamie et la coagulation maternelle[12]. Par sa brutalité, son imprévisibilité et la sévérité de ses complications maternofoetales, elle constitue une urgence gynéco obstétricale et réanimatrice.

HEMATOME RETRO PLACENTAIRE

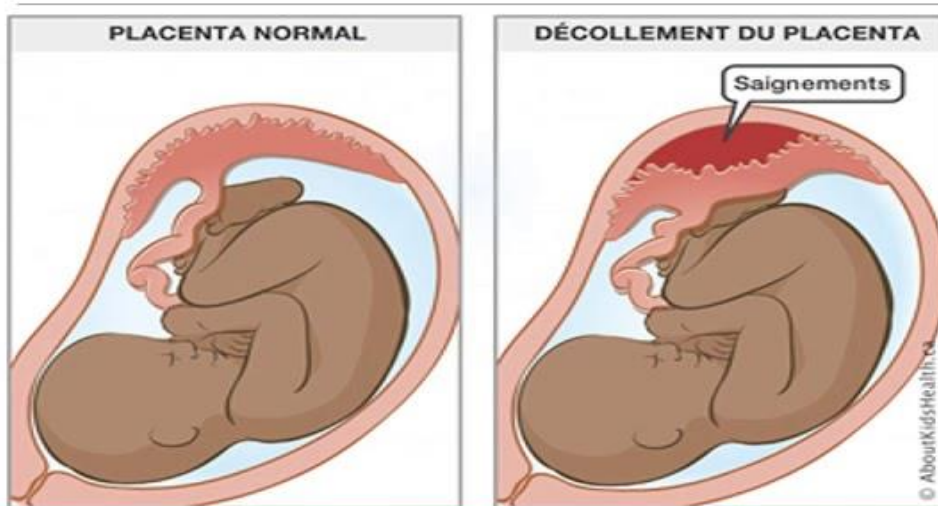


Figure 1: hématome retro placentaire - infomed magazine

2) Rappels sur la grossesse, le placenta [3]

2-1) Grossesse

Le développement de l'œuf s'effectue de façon continue, de la fécondation à la naissance. Deux périodes doivent cependant être distinguées : la période embryonnaire et la période fœtale.

Période embryonnaire

Elle couvre les soixante premiers jours de la vie :

- pendant les quatre premières semaines, l'embryon s'individualise au sein de l'œuf;
- au cours du 2ème mois, les principaux organes se mettent en place et le modelage extérieur s'effectue.

Une agression de l'œuf à cette période peut entraîner la mort embryonnaire, ou une malformation congénitale, qui sera fonction de la nature et de la date de l'agression.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ

La période embryonnaire se déroule en fonction de la semaine de grossesse selon l'ordre chronologique suivant:

- la 1ère semaine correspond au transit tubaire, l'entrée utérine en J5, et l'implantation de l'œuf en J7, cette période correspond à la segmentation de l'œuf en 2 blastomères, stade de morula en J4, stade de blastocyste en J5 puis le bouton embryonnaire.
- 2ème semaine : cette période correspond à la nidation, en ce moment il y aura formation des éléments suivants : l'entoblaste, l'ectoblaste, l'embryon didermique et la cavité amniotique.
- 3ème semaine : cette période correspond à la gastrulation.
- De la 4ème semaine jusqu'à la fin du 2ème mois on assiste à la formation des éléments selon l'ordre suivant : l'épiderme et le tissu nerveux, les glandes digestives, l'épithélium digestif et respiratoire, le tube cardiaque (bat à J23), séparation de la trachée et l'intestin, le foie, le pronéphros, 3 vésicules cérébrales, le mésonéphros, le Pancréas, 5 vésicules cérébrales, 42 - 44 paires de somites, une hernie ombilicale physiologique, le diverticule urétéral, l'ébauche gonadique indifférenciée, le métanéphros, le cœur à 4 cavités, le testicule ou ovaire, la division cloacale, et le diaphragme membraneux.

Seul l'appareil génital poursuit sa différenciation pendant le 3ème mois.

Période fœtale

Au début du 3ème mois, l'embryon devient fœtus. Jusqu'à la naissance ne vont se dérouler que des phénomènes de croissance et de maturation. La croissance fœtale se fait par multiplication cellulaire jusqu'à la 30ème semaine, puis par augmentation de la taille des cellules après cette date.

La maturation intéresse les différents organes à une date et une période qui diffèrent suivant l'organe considéré.

Après le 6ème mois, croissance et maturation peuvent se faire hors de l'utérus.

Une agression sévère du fœtus peut se traduire par une perturbation de la croissance fœtale, ou hypotrophie fœtale, ou par une lésion tissulaire, par exemple du système nerveux.

La période fœtale se déroule selon l'ordre chronologique suivant en fonction de la semaine de grossesse :

- 12ème semaine : le cerveau et la moelle épinière se structure définitivement et les organes génitaux externes identifiables.
- 16ème semaine : la face complète, les poumons et reins définitifs, le début de différenciation des organes de sens et la délimitation du disque placentaire.
- 17ème semaine : la lumière du vagin, vernix caseosa et myélinisation de la moelle.
- 22ème semaine : le développement du cortex.

- 26ème semaine : la perception de la lumière.
- 30ème semaine : le testicule dans le scrotum, et le sens du goût.
- 32ème semaine : la maturité pulmonaire.

2-2) Placenta

Le placenta fait partie des annexes du fœtus, qui sont des formations temporaires destinées à protéger, à nourrir et à oxygéner l'embryon, puis le fœtus durant la vie intra-utérine.

2-2-1) Formation du placenta

La formation du placenta est induite par le blastocyste logé dans l'endomètre qui provoque la réaction déciduale de la paroi utérine.

Le trophoblaste qui va constituer le placenta, apparaît dès le 5ème jour de la gestation, qui est la couche la plus superficielle du blastocyste appelée couronne trophoblastique et qui comprend :

- Dans la profondeur le cytotrophoblaste ;
- L'assise superficielle ou syncytiotrophoblaste, qui assure la lyse des éléments maternels et l'absorption des produits nutritifs.

C'est vers le 21ème jour de gestation que le réseau intravillositaire se raccorde aux vaisseaux allantoïdes et par leur intermédiaire au cœur fœtal pour établir la circulation fœtale. Les villosités sont devenues les villosités tertiaires. Elles occupent toute la surface de l'œuf.

Le placenta est totalement constitué à partir du 5ème mois de la grossesse. Dès lors, son augmentation de volume se fera sans modification de sa structure. En cas de dépassement du terme de la grossesse le placenta non seulement ne joue plus son rôle, de plus constitue un obstacle à la bonne alimentation et à la bonne oxygénation du fœtus.

2-2-2) La circulation placentaire

Elle se divise en deux circulations distinctes : la circulation maternelle et la circulation fœtale, qui sont séparées par la barrière placentaire.

2-2-3) Anatomie macroscopique du placenta

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue discoïde ou elliptique. Il mesure 16 à 20 cm de diamètre : son épaisseur est de 2 à 3 cm au centre et de 4 à 6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance à terme est en moyenne de 500 à 600 g soit le sixième du poids du fœtus. Mais au début de la grossesse le volume du placenta est supérieur à celui du fœtus.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ

Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend deux faces et un bord.

- ❖ Face fœtale : Elle est lisse, luisante, tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent, et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibre.



Figure 2: Face fœtale d'un placenta d'une grossesse à terme [13]

Sur elle s'insère le cordon ombilical, tantôt près du centre, tantôt à la périphérie, plus ou moins près du bord.

- ❖ Face maternelle : charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds creusés par les septa.

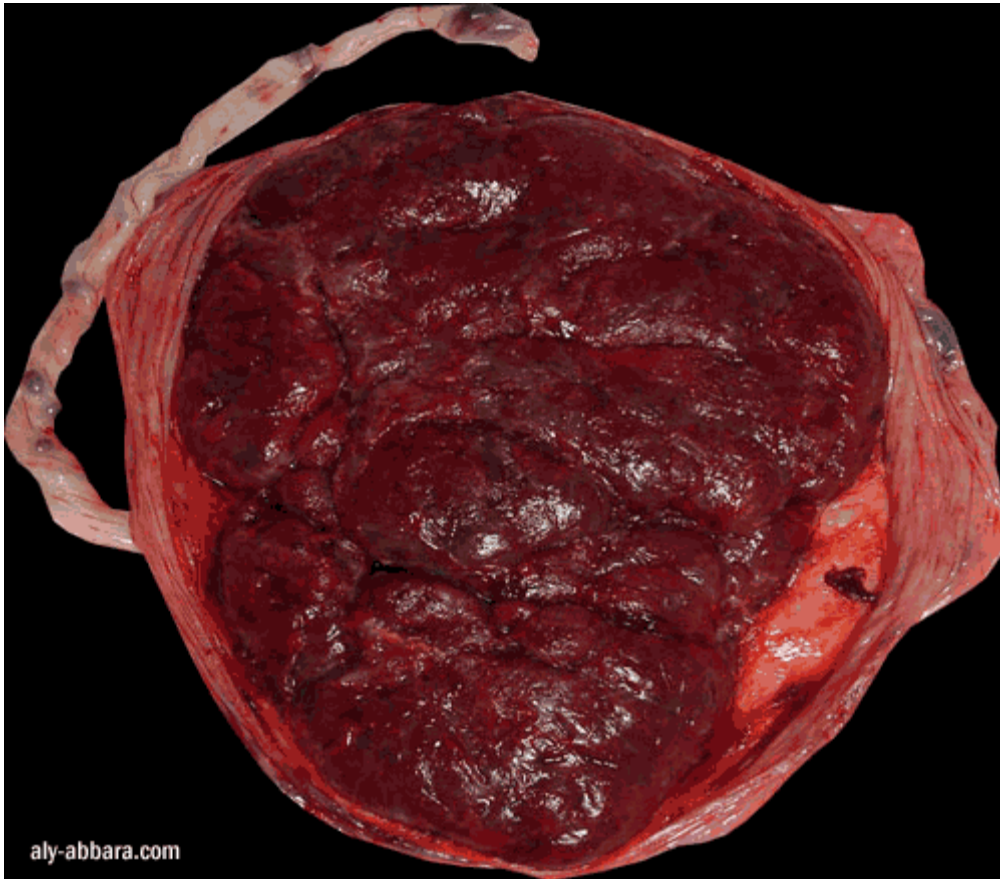


Figure 3 : Face maternelle d'un placenta d'une grossesse à [13]

- ❖ Bord circulaire : il se continue avec les membranes de l'œuf (chorion et amnios)

2-2-4) Physiologie du placenta [14]

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœto-placentaire » une complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure la fonction hormonale de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges trans-placentaires se font par plusieurs mécanismes :

- ❖ Par simple diffusion.
- ❖ Par les molécules porteuses.
- ❖ Par intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

Les échanges sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

3) Intérêts

3-1) Epidémiologique

3-1-1) Dans le monde

La fréquence de l'HRP est diversement appréciée selon les auteurs. En France, la fréquence de l'hématome rétro-placentaire varie entre 0,25 et 1% [3]. Dans les pays Anglo-saxons, la fréquence observée est légèrement élevée, entre 1 et 2% [15,16]. En Asie la fréquence de l'HRP a été rapportée à 3,75 et 4,7% [17,18]

3-1-2) En Afrique

Les chiffres relevés dans les séries africaines sont plus importants que ceux notés dans les séries occidentales. Ils oscillent pour la plupart entre 1 et 4%. Dans une étude rétrospective sur 18 ans au CHU de Conakry en Guinée, Coulibaly relève une incidence de 0,93% [19]. Au Burkina, Thiéba rapporte un taux de 0,96% [20]. Au Bénin, Goufodji et coll. et Guiadem et coll. ont relevé respectivement des fréquences de 0,48% et 0,49% [21,22]. Au Togo Akpazadza dans une étude faite au CHU de Tokoin-Lomé trouvait une fréquence de 0,47% [23]. Au Sénégal, une fréquence plus élevée de 6,05% a été rapportée par Thiam au Centre Hospitalier Régional de Dioum en 2014 [5].

3-1-3) Au Mali

Au Mali, les taux varient ; S. I. Kanta et M. Doubouya ont respectivement trouvé une fréquence de 5,1% [24] et 6,44% [1]. C'est la 3^e cause de complications obstétricales en réanimation selon Tchani N. C. [25] et la première cause des états de chocs hémorragiques avec une fréquence de 5,22% dans le service de réanimation au CHU Gabriel Toure selon Jordan K. [10].

3-2) Diagnostique et thérapeutique

Il représente une urgence médicale, diagnostique et thérapeutique.

3-3) Pronostique

En absence de prise en charge urgente, le pronostic peut être sombre chez la mère comme chez le fœtus. [3]

4) Physiopathologie de l'HRP

La constitution d'un HRP peut résulter de deux mécanismes associés : la rupture d'une artère déciduale maternelle (suite à un vaso-spasme des vaisseaux déciduaux) et/ou la nécrose d'une veine déciduale (suite à la thrombose de vaisseaux déciduaux) [26].

Dans tous les cas, c'est la formation de cet hématome décidual basal qui est à l'origine du DPPNI. A l'exception du décollement post-traumatique, cet accident s'intègre dans la

physiopathologie du syndrome vasculo-rénal incluant aussi bien la pré-éclampsie, l'éclampsie et certaines formes de retard de croissance intra-utérin, dans laquelle l'hyperactivité des vaisseaux utéroplacentaires est l'élément fondamental.

La pierre angulaire du terrain de l'HRP est sans doute un défaut de l'invasion trophoblastique, et plus particulièrement la deuxième phase de celle-ci, qui est spécifique à l'espèce humaine et qui a lieu à la fin du premier trimestre [27] .

Sur une lésion initiale de thrombose ou d'infarctus complet par interruption du flux sanguin vers la caduque, la restauration temporaire, parfois brutale, de ce flux sanguin va entraîner un hématome au sein de ces tissus lésés.

On assiste, dans un 1^{er} temps, à une forte coagulation du sang suite à la formation de la fibrine (fibrinisation), liée à la libération des thromboplastines contenues en abondance dans le placenta, le liquide amniotique et la caduque. Il s'ensuit une transformation excessive du fibrinogène en fibrine.

En réaction, la fibrine est lésée par des fibrinolysines formées sous l'influence d'activateurs d'enzymes en provenance eux aussi du placenta.

Cette fibrinolyse réactionnelle, d'abord bienfaisante car elle modère la fibrination intravasculaire, peut devenir dangereuse en créant un véritable cercle vicieux notamment la destruction de la fibrine au fur et mesure de sa production.

On comprend dès lors que cette lésion se constitue d'autant plus facilement qu'il existe une fragilité capillaire liée à une micro-angiopathie (pré-éclampsie) ou lorsqu'il existe un gêne au retour veineux utéroplacentaire (grossesse gémellaire, hydramnios).

On ne retrouve une étiologie ou un facteur de risque que dans 50 à 70 % des cas d'HRP [20] .

4-1) Endothélium et agent vaso-actifs [28]

L'endothélium est l'interface entre le courant circulatoire et le muscle lisse vasculaire. Il règle la réactivité du muscle lisse aux agents vaso-actifs, module le tonus vasculaire et joue un rôle dans la coagulation.

L'endothélium sécrète normalement 2 substances vasodilatatrices : la PGI₂ et l'EDRF (endothelial derived relaxing factor). Si l'endothélium est stimulé par une hypoxie, par une distension vasculaire trop importante ou par l'exposition à des agents vasoconstricteurs, il libère de l'endothéline qui est une substance vasoconstrictrice.

De plus, l'endothélium contient l'enzyme de conversion. Cette enzyme transforme l'angiotensine 1 en angiotensine 2, vasoconstrictrice ; elle inactive la bradykinine

vasodilatatrice. Il contient aussi des récepteurs pour la sérotonine et des transporteurs pour l'adénosine.

4-1-1) Rôle de l'endothélium dans la coagulation

L'endothélium sécrète des agents antiagrégants : la prostacycline qui aussi inhibe l'agrégation plaquettaire et stimule la thromolyse, et l'EDRF qui inhibe l'agrégation des plaquettes. Ces 2 composés se potentialisent.

Il sécrète aussi le tPA (activateur tissulaire du plasminogène) qui favorise la thromolyse, l'héparan-sulfate qui stimule l'antithrombine.

Une lésion de l'endothélium va perturber ces mécanismes et activer les plaquettes. Cette activation entraîne la production de substances vasoconstrictrices telle l'endothéline et la production d'une substance mitogène : le PGRF (platelet derived growth factor) qui est vasoconstricteur. Enfin, la lésion induit la production de substances pro-coagulantes (le facteur 12 et le facteur tissulaire).

4-1-2) Cause de la lésion endothéliale

La formation de radicaux libres par activation des neutrophiles, des macrophages et des lymphocytes T, déclencherait cette lésion endothéliale. Leur formation peut se produire au niveau de l'utérus, de la caduque ou au niveau du placenta et serait secondaire à une ischémie placentaire. Le rôle de ces radicaux libres est complexe.

En dehors de la lésion endothéliale, ils diminuent la synthèse de la prostacycline, ils promouvaient l'agrégation plaquettaire et activent la coagulation ; ils inactivent l'EDRF.

4-2) Conséquences de la lésion endothéliale

La lésion active les plaquettes qui libèrent de l'adénosine diphosphate (ADP), du thromboxane A2 et de la sérotonine.

L'activation des plaquettes aboutit à l'activation de la cascade des phénomènes de la coagulation. Cette cascade sera majorée par ailleurs par l'intervention de facteurs plaquettaires, tels que le plasmin activator inhibitor factor (PAIF).

La résultante de tous ces phénomènes est l'apparition conjointe d'une micro-angiopathie, d'une vasoconstriction et d'une micro-coagulation intravasculaire disséminée.

Il en résultera d'une part, une absence d'expansion du volume plasmatique maternel qui existe physiologiquement et qui limite par hémodilution l'hypercoagulabilité de la grossesse, d'autre part apparaîtront également une hypertension artérielle (liée en particulier à la vasoconstriction

et l'augmentation de la sensibilité des vaisseaux à l'angiotensine 2 et une modification de la perméabilité vasculaire.

Si dans un premier temps au niveau du placenta, il s'agit simplement d'une augmentation de la résistance placentaire (par l'apparition de micro-thromboses plaquettaires), dans un second temps, les lésions deviennent beaucoup plus importantes avec de véritables infarctus placentaires.

Suite à une ischémie brutale de la zone d'insertion placentaire, l'afflux de sang qui suit la levée du spasme clive la déciduale et va la séparer de proche en proche du placenta. Dans la zone décollée ainsi formée, apparaît une hyperpression qui interrompt les échanges fœto-maternels. Si la lésion reste petite, le diagnostic sera souvent rétrospectif lors de l'examen du placenta.

Habituellement le phénomène se poursuit, l'aire de séparation s'étend progressivement. L'utérus est alors distendu, le myomètre ne peut plus se contracter et assurer l'hémostase ; on assiste alors à un phénomène de coagulation, celle-ci est due à la libération des thromboplastines contenues en abondance dans le placenta, le liquide amniotique et la caduque. L'action se poursuivant, il s'ensuit une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine. Cette coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) prend un certain temps.

En réaction, la fibrine est lysée par des fibrinolysines formées sous l'influence d'activateurs d'enzymes en provenance eux aussi du placenta. Cette fibrinolyse réactionnelle, d'abord bienfaisante en ce qu'elle modère la fibrination intravasculaire, peut devenir dangereuse en créant un véritable cercle vicieux par destruction de la fibrine au fur et à mesure de sa production, d'où un appel continu de fibrinogène jusqu'à son épuisement : c'est l'afibrinogénémie qui est d'autant plus grave que les autres éléments de la coagulation qui se retrouvent eux même détruits.

Les troubles de la coagulation vont se généraliser et provoquer des lésions à distance en particulier au niveau du foie, des reins et de l'hypophyse.

Ils créent d'abord les lésions habituelles du rein de choc qui consiste en une nécrose tissulaire épithéliale dont la régression complète est possible et fréquente.

Entre ces deux écueils, en remarquant que thromboplastines et fibrinolysines sont les unes et les autres d'origine ovulaire, on comprend l'intérêt préventif de l'évacuation de l'œuf.

5) Classification de l'HRP [14,29]

Il en existe plusieurs types, elles prétendent toutes déterminer des degrés de gravité croissante. Elles reposent sur la présentation clinique, l'état du fœtus, l'existence de troubles de la coagulation et parfois sur l'étendue

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

anatomopathologique du décollement. Nous allons nous intéresser à la classification de SHER.

Classification de l'HRP selon SHER :

Grade I

- Métrorragie minime inexpliquée,
- Diagnostic rétrospectif post-partum d'un petit hématome.

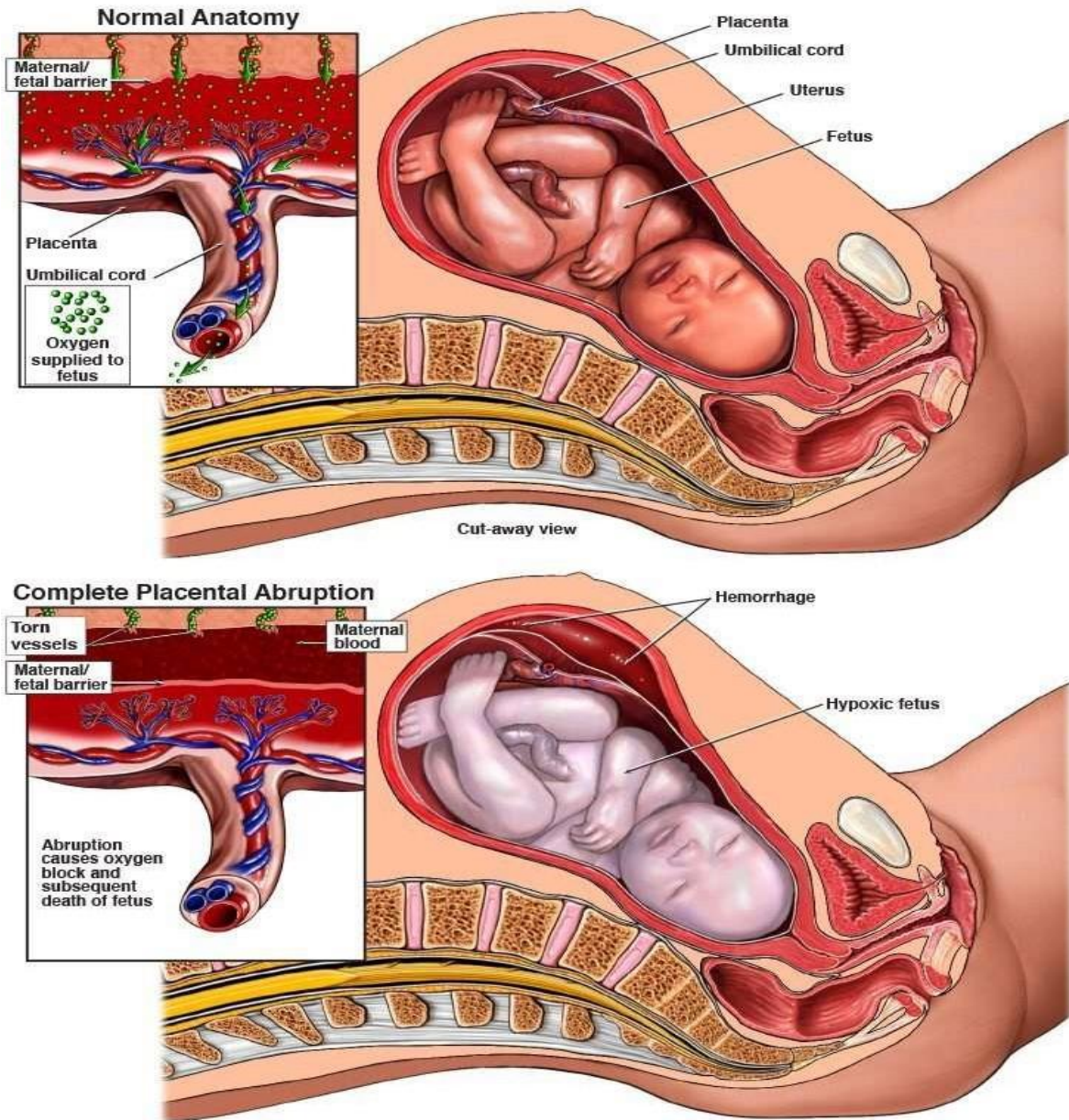
Grade II

- Hypertonie utérine
- Fœtus vivant.

Grade III

Avec mort fœtale in-utéro, subdivisée-en :

- Grade IIIa : sans troubles de la coagulation
- Grade IIIb : avec troubles de la coagulation.



Reiter & Walsh, P.C. | Purchased from: ©2016. Nucleus Medical Media. All rights reserved. www.nucleusinc.com

Figure 4 : hématome retro placentaire - my stidia

6) Diagnostic

6-1) Diagnostic positif

Les formes typiques de l'hématome rétro-placentaire sont les formes les plus graves. Elles entraînent une mortalité fœtale très importante, mettant en jeu le pronostic vital de la mère et réalisant le type même de l'urgence médico-chirurgicale.

Les formes incomplètes, habituellement moins graves sont de diagnostic plus difficile et imposent une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse.

❖ **Circonstance de découverte : forme clinique complète et grave**

Le diagnostic est essentiellement clinique et s'appuie sur la triade : métrorragies contracture utérine douloureuse et disparition des bruits du cœur fœtal.

Au début, il s'agit le plus souvent d'une multipare âgée, au 3ème trimestre, référée dans un contexte de toxémie gravidique.

Le tableau clinique associe une douleur abdomino-pelvienne brutale et de métrorragies faites de sang noirâtre et de caillots.

Dès lors, l'état général s'altère, une certaine angoisse s'installe.

Période d'état

Elle est rapidement constituée

Clinique :

➤ **Signes fonctionnels**

La douleur abdominale persiste sous forme de crampe continue, souvent intense parfois modérée. Cette douleur utérine est intense « en coup de poignard », syncopale, permanente, irradiant vers les lombes, les régions dorsales et en avant vers les régions crurales.

La vulve est souillée de sang avec caillots noirâtres d'abondance variable, mais en général modérée ou quelque fois minime dont la quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

➤ **Signes physiques**

L'examen est gêné par une hyperesthésie cutanée.

A la palpation : on a une contracture utérine qui est douloureuse, permanente, invincible et généralisée, réalisant un « utérus de bois : utérus dur partout et dur tout le temps ».

La hauteur utérine augmente d'autant plus que l'hémorragie externe est moins abondante.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal sont absents dans cette forme.

L'examen au spéculum permet de montrer l'origine endo-utérine de l'hémorragie (sang noirâtre + gros caillots).

Au toucher vaginal, on aura un col qui devient dur, spasmé avec une poche des eaux tendue, si les membranes sont rompues, le liquide amniotique devient hématique.

Le segment inférieur est dur et tendu « en sébile de bois » et le doigtier revient souillé de sang noirâtre

➤ **Signes généraux**

Il s'agit d'un état de choc dont l'intensité contraste avec l'importance de l'hémorragie. On peut avoir une soif vive avec sueurs froides, angoisse, dyspnée « sine materia ». Une augmentation de la fréquence cardiaque avec le pouls qui devient filant et imprenable.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ

La tension artérielle élevée au début « HTA cache-misère » est vite effondrée et pincée.

Cette HTA peut s'accompagner de signes de choc traduisant une hypoxie liée à l'anémie aiguë.

L'oligo-anurie qui est tardive, sont les signes les plus évocateurs de cet état.

Paraclinique :

Ils sont à visée pronostique et thérapeutique

➤ **Echographie**

Intérêt limité dans cette forme grave ; presque toujours de diagnostic clinique.

« Il peut être dangereux d'attendre leur disponibilité ». Elle peut montrer :

-Signes directs : une zone anéchogène sur la plaque basale, linéaire ou biconvexe bien limitée avec un aspect lenticulaire ;

➤ **Signes indirects**, ce sont :

+ Une hémorragie dans la chambre inter-villieuse (zone anéchogène intra-placentaire) ;

+ Une surélévation des membranes au niveau du bord placentaire ;

+ Un décollement entre les membranes et l'utérus ou ;

+ Une augmentation de l'épaisseur du placenta constatée en dehors d'une contracture.

L'échographie permet d'éliminer un placenta prævia et d'évaluer la vitalité fœtale.

Si le fœtus est vivant, un RCIU est fréquent, l'indice de Pourcelot est élevé et le rythme cardiaque fœtal est perturbé.

➤ **Cardiotocographie**

Elle permet d'évaluer la contracture et la tonicité utérine. Si la vitalité fœtale est présente, elle montre des phénomènes de décélérations plus ou moins profondes ou un rythme sinusoïdal.

➤ **Biologie**

Un bilan biologique est nécessaire pour évaluer le retentissement

- la numération de la formule sanguine montre une anémie d'aggravation rapide due à la perte sanguine, un groupage sanguin ;
- un bilan rénal peut montrer : une albuminurie massive, une hyper-uricémie, hyper-créatinémie;
- le bilan hépatique montre une augmentation des transaminases ;

On peut avoir des troubles de la coagulation avec :

- Une augmentation du TC et du TS ;
- Une diminution du TP et TCK ;
- Une diminution du taux de fibrinogène ;

- Une diminution du taux de plaquettes ;
- Une augmentation des produits de dégradation des fibrines ;
- Une augmentation des D-dimères ;
- Un test à l'éthanol positif ;
- Un test de fibrinolyse positif et
- Une diminution des facteurs V et VIII.

6-2) Diagnostic différentiel

a) Placenta prævia

L'hémorragie du placenta prævia est indolore et est faite de sang rouge. Le fœtus vivant avec bruits du cœur fœtal audible, un utérus souple. Au toucher vaginal, on a une sensation d'interposition du matelas placentaire. D'évolution imprévisible, la récurrence pendant la grossesse est la règle. L'échographie permet de confirmer le diagnostic en précisant la variété anatomique selon la classification de Bessis, d'étudier la vitalité, la morphologie et la biométrie fœtale.

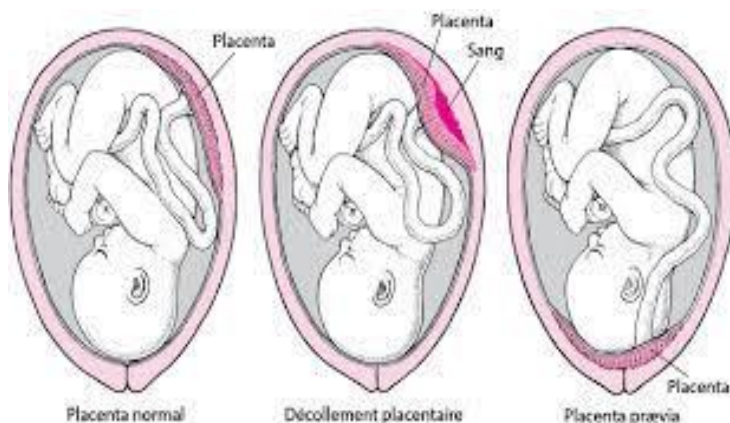


Figure 5: troubles placentaires-manuel MSD

b) Rupture utérine

Elle peut être précédée d'une phase de pré-rupture qui se manifeste par une déformation de l'utérus en sablier sur un utérus neuf, ou d'un syndrome de Chastrusse sur utérus cicatriciel. A la phase de rupture, la douleur atteint son acmé en coup de poignard avec sensation de chaleur dans le ventre signant l'écoulement du liquide amniotique dans le ventre puis une période d'accalmie qui signe la rupture utérine et qui traduit la disparition des contractions utérines, on dit que « la femme a accouché dans son ventre ».

On note une hémorragie de sang rouge modéré n'expliquant pas l'intensité du choc maternel et à la palpation, on perçoit le fœtus sous la peau, les bruits du cœur fœtal sont absents ou il existe une souffrance fœtale. La laparotomie d'urgence s'impose.

c) Hémorragie de Benkiser

C'est une hémorragie fœtale par dilacération d'un ou de plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes. Elle est contemporaine de la rupture spontanée ou artificielle des membranes. Elle se manifeste par un saignement indolore lors de la rupture des membranes.

d) Hématome décidual marginal

Anciennement appelé rupture du sinus marginal, il correspond à la rupture des veines utéro-placentaires au niveau de l'insertion des membranes et du placenta en général bas inséré dont le saignement est habituellement modéré et n'entraîne pas un retentissement ni maternel et fœtal.

6-3) Etiologies et facteurs de risque

La circonstance de survenue la plus fréquente est le syndrome vasculo-rénal. En effet selon Robert[14] , il existe un terrain vasculaire personnel ou familial dans la moitié des cas. L'hypertension artérielle est à l'origine de 47% des HRP selon

Pritchard [30], les pré-éclampsies sont retrouvées dans 6 à 20% des cas par Naeye [31].

En dehors du syndrome vasculo-rénal qui représente la cause principale, d'autres facteurs ont été incriminés tels que les traumatismes. Le traumatisme abdominal est une circonstance de survenue rare et fait suite en général à un accident de la circulation (syndrome du tableau de bord). La survenue de l'HRP est expliquée par les auteurs, soit par l'action directe du traumatisme avec décollement progressif du placenta, soit par la compression de la veine cave inférieure consécutive à l'accident, soit par l'ischémie placentaire consécutive à la brutale vasoconstriction qui se manifeste après l'accident. Une surveillance obstétricale s'impose dans les 48 heures qui suivent le traitement, de même que la pratique d'une échographie dont l'image est le plus souvent tardive. Souvent c'est la survenue brutale d'une souffrance fœtale isolée qui révèle l'hématome. Au cours de l'accouchement une forme particulière de décollement traumatique peut se faire sous l'effet des efforts expulsifs lorsqu'à dilatation complète, la malade pousse alors que la poche des eaux est encore intacte l'œuf a alors tendance à être expulsé en bloc [32].

Les accidents funiculaires peuvent être en cause ; il peut s'agir d'une brièveté primitive ou secondaire du cordon. Dans ces cas la traction du fœtus sur le placenta peut entraîner son

décollement placentaire [20]. Certains actes obstétricaux sont aussi mis en cause, notamment la version par manœuvre externe, la pratique d'une amniocentèse, l'évacuation d'un hydramnios par la décompression brutale de la cavité utérine que celle-ci provoque, constituent des circonstances favorisant. Des taux plus élevés d'HRP ont été rapportés chez les patientes ayant présenté une hémorragie du premier et du second trimestre et plus généralement chez des patientes ayant présenté une menace de fausse couche.

L'existence de malformations congénitales fœtales associées en particulier des anomalies du système nerveux central sont également incriminés [32].

Certaines conditions de travail semblent constituer un terrain favorable en particulier la station debout prolongée associée à de nombreux déplacements. Certaines carences nutritionnelles sont considérées comme étant des facteurs étiologiques d'HRP : les malnutritions, le déficit en acide folique, les carences en vitamine E, C, Bétacarotène. Les carences en vitamines B6, B9, B12 peuvent aboutir à une hyperhomocystéinémie qui est un des risques vasculaires impliqué parfois dans les avortements à répétition, la pré-éclampsie et l'HRP [23]. Le tabagisme a été surtout incriminé par Naeye[31] qui à son avis, entraîne une nécrose ischémique de la déciduale et donc une diminution de la circulation placentaire.

L'utilisation de la cocaïne par le risque de d'HTA qu'elle induit favoriserait l'apparition de l'HRP [33].

Les antécédents d'HRP, les terrains vasculaires (diabète, hyperlipidémie...), les anomalies immunitaires (présence d'un anticorps circulant ou d'un anticorps anticardiolipides) [33], certaines anomalies de la coagulation (maladie de Will brand, hypofibrinogénémie congénitale, déficit en protéine C) semblent associés à une élévation du risque[7] .

Age-parité, ils interviennent par le biais d'autres facteurs de risque, la primipare présentant plus volontiers les HRP qui compliquent une toxémie gravidique ou une prééclampsie, les HTA chroniques ou récidivantes s'associent avec l'âge plus avancé des femmes et la multiparité. L'HRP semble plus fréquent après 30 ans[34]. En effet la fréquence de l'HRP croît avec l'âge et la parité. Selon certains auteurs elle double à partir de la 4^e grossesse et triple à la 5^e grossesse. [35]

7) Evolution, Complication et Pronostic [29]

7-1) Evolution

➤ Eléments de surveillance

Ils seront à la fois cliniques et biologiques

▪ **Chez la mère**

Cliniques : les constantes (diurèse+++), la conscience, le pouls, TA), la coloration des muqueuses et téguments, l'hémorragie génitale, la dilatation du col (partogramme).

Biologique : le bilan hématologique, rénal et hépatique.

▪ **Chez le fœtus :**

Cliniques (les mouvements actifs du fœtus, les bruits du cœur fœtal) +/- échographie (la cardiotocographie)

7-2) Complications

L'HRP est une urgence qui, sans une prise en charge rapide et adéquate, évolue vers des complications graves engageant le pronostic vital de la mère et du fœtus.

➤ **Complications maternelles**

– **Syndrome HELLP**

Il s'agit d'une anomalie dont les manifestations cliniques sont non spécifiques et le diagnostic se fait au laboratoire. Elle est caractérisée par l'association d'une hémolyse, d'une élévation des enzymes hépatiques et d'une diminution du taux de plaquette.

Le HELLP syndrome se manifeste préférentiellement entre 27 et 37 SA et dans 30% des cas après l'accouchement [36].

– **Choc hypovolémie**

Il est défini comme étant une hypo perfusion tissulaire associée à une hypoxie cellulaire secondaire à une diminution du retour veineux. Au plan clinique, il se manifeste par l'association de signes cardinaux (hypotension artérielle définie par une pression artérielle systolique inférieure ou égale à 90mmHg ou la baisse de la pression artérielle de plus de 40mmHg par rapport aux chiffres habituels) et des signes d'hypo perfusion tissulaire (oligurie, marbrures cutanées, encéphalopathies, tachycardie par stimulation sympathique) [3]. Cet état de choc maternel est surtout dû au passage de facteurs trophoblastiques vasoplégiques dans la circulation maternelle mais aussi aux pertes sanguines (hémorragies). Il peut s'aggraver ou survenir brutalement au cours de la délivrance conduisant ainsi la patiente dans un service de réanimation.

– **Troubles de la crase sanguine**

Ils sont présents dans 20% ou 30% des cas et liés à une consommation de facteurs de coagulation. Ils sont caractérisés par la survenue de thromboses vasculaires ou d'une CIVD se

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ

manifestant au plan clinique par des hémorragies et au plan biologique par une élévation des D- dimères, une chute du fibrinogène et des plaquettes.

- Atonie utérine

Il s'agit d'une complication grave de l'HRP.

L'atonie utérine fait référence à une contraction inadéquate des cellules myométriales du corps utérin en réponse à l'ocytocine endogène libérée au cours de l'accouchement. Il s'en suit une hémorragie du postpartum par défaut de vasoconstrictions efficaces des artères spiralées lors de la délivrance du placenta.

- Oligo-anurie

Des complications rénales avec une insuffisance rénale fonctionnelle passagère réversible due à une nécrose tubulaire aiguë et en absence d'un traitement précoce efficace d'une insuffisance rénale organique lié à une nécrose corticale bilatérale des reins

- Apoplexie utéro placentaire de Couvelaire

Surtout visible lors de la césarienne. Elle se caractérise par un aspect noir et violacé impressionnant par extravasation de sang mal oxygéné dans le myomètre et la sous-séreuse de l'utérus.

➤ Complications fœtales

La survenue d'un HRP multiplie le risque de mort in utero. Elle est également éventuellement associée à la survenue de séquelles neurologiques chez le nouveau-né. L'HRP est aussi l'une des causes les plus fréquentes de prématurité (accouchement avant la 37^e semaine d'aménorrhée) [1].

7-3) pronostic

L'hématome rétro placentaire reste un accident grave tant pour la mère que pour le fœtus. Il constitue une urgence obstétricale absolue.

Pronostic maternel : Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré au cours de ces dernières années, grâce à une meilleure compréhension du mécanisme physio pathogénique des complications de l'HRP. Le traitement doit prévenir les complications qui sont redoutables. La mortalité maternelle atteint 0.5% à 1% du fait des complications dues aux coagulopathies de consommation et à l'insuffisance rénale aigue du post partum. [5]

Pronostic fœtale : c'est en fonction de l'étendue du décollement placentaire, des lésions utérines associées et de l'importance du choc. La mort fœtale est fréquente dans la majorité des

cas, au point que la disparition de l'activité cardiaque était un des signes classiques du syndrome.

8) Formes cliniques [37]

8-1) Formes frustrées

Les signes cliniques sont discrets ou absents. L'enfant est parfois vivant dans cette forme. Le diagnostic est posé à l'échographie et une cupule placentaire de petit volume traduisant un décollement localisé à l'examen du placenta, le monitoring peut montrer une hypercinésie ou une hypertonie.

8-2) Formes gravissimes

Elles réalisent l'apoplexie séreuse de Couvelaire. L'utérus devient mollassé, flasque et violacé donnant l'aspect d'un « utérus aubergine » avec participation des annexes (trompe, ovaires) et les ligaments larges participent aux lésions. Les reins réalisent un « rein de choc » et le foie est souvent atteint (hemolysis elevated liver enzyme and low platelet count = HELLP syndrome). Tous les viscères peuvent être atteints. Le tableau est d'emblée grave avec coagulation intravasculaire disséminée.

8-3) Formes associées à un placenta prævia

Dans cette forme l'hémorragie externe est abondante, mais la douleur est moindre et l'utérus reste plus souple et son volume augmente moins, car l'hématome n'a pas le temps de se collecter. Dans ce tableau, le pronostic maternel est moins engagé que le pronostic fœtal. Il y a un important risque d'hémorragie au cours de la délivrance.

8-4) HRP traumatique

Elle peut être liée à un traumatisme obstétrical (la version par manœuvre externe), domestique ou dans le cadre d'un accident de la voie publique.

Le diagnostic est souvent rétrospectif

8-5) Formes récidivantes

Elles ne sont pas rares, surtout retrouvées dans les HRP d'origine toxémique.

9) Traitement

9-1) But :

- Restaurer les pertes sanguines
- Lutter contre le choc et corriger l'hypovolémie.

- Lutter contre d'éventuels troubles de la coagulation.

Le mode d'évacuation de l'utérus sera déterminé en fonction de l'état et de l'âge gestationnel du fœtus et de l'état maternel.

9-2) Traitement médical

- Conduite à tenir en urgence

Certaines précautions doivent être prises dès l'admission, car la prise en charge de l'HRP est une urgence obstétricale :

- Installation de la parturiente en salle de travail ;
- Mise en place d'un cathéter intraveineux ;
- Mise en place d'une sonde vésicale à demeure ;
- Si possible, un cathéter de mesure de la pression veineuse centrale ;
- Apprécier le retentissement fœtal avec la recherche des BDCF ;
- Apprécier le retentissement maternel : Pression artérielle (PA), pouls (monitorage), état de conscience (agitation ou torpeur), pâleur cutanéomuqueuse, diurèse, tension utérine, évaluation de l'importance de l'hémorragie.
- Faire un bilan sanguin initial comportant : groupage-rhésus, taux d'hémoglobine, NFS, taux de plaquettes, temps de saignement, détermination de la crase sanguine.
- Avoir à sa disposition du sang, du plasma frais et de l'oxygène.

Lutte contre l'hypovolémie : c'est l'élément essentiel. On utilisera des macromolécules, cristalloïdes, sérum-albumine de remplissage et surtout du sang frais si nécessaire.

Remplissage vasculaire

- Choix du soluté de remplissage : on dispose à nos jours de deux types de solutés de remplissages vasculaires que sont les cristalloïdes (isotonique : sérum salée 0,9%, hypertonique : sérum salée 7,5%, ringer lactate) et colloïdes (naturel : albumine ; synthétique : gélatine, hydroxy éthylamidon). Les solutés de remplissage les plus utilisés actuellement sont les cristalloïdes tels que le NaCl 0,9% ou les solutions balancées comme le Ringer lactate.

L'utilisation préférentielle des cristalloïdes par rapport aux colloïdes (Amidons, albumine) est validée par de nombreuses méta-analyses montrant une surmortalité chez les patients réanimés avec des solutions colloïdes.[4] Le remplissage sera basé sur l'importance du choc et de l'hématocrite, et non sur la quantité d'hémorragie extériorisée. Le contrôle de la pression veineuse centrale est souvent nécessaire pour permettre d'éviter les surcharges.

- But du remplissage et pression artérielle cible : Le remplissage vasculaire corrige l'hypovolémie induite par la spoliation sanguine et permet de rétablir ainsi une efficacité

circulatoire et une perfusion d'organes. Cependant, tant que le saignement n'est pas contrôlé, le fait de restaurer la PA peut favoriser et entretenir le saignement. En effet, le remplissage vasculaire est à l'origine d'une hémodilution et d'une hypothermie qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'hémostase.[2]

Utilisations des catécholamines

La noradrénaline apparaît comme la substance idéale dans le cadre du choc hémorragique. Ce médicament est une catécholamine naturelle qui est métabolisée par les IMAO, puis rapidement éliminée par recaptage. Son utilisation en perfusion continue est recommandée. L'augmentation des doses de 0,1 à 5ug/kg/min s'accompagne d'une stimulation préférentielle des récepteurs alpha. Cette catécholamine est le plus puissant des récepteurs alpha, elle a des effets directs sur les récepteurs. Elle augmente le retour veineux via une veinoconstriction. Elle augmente durement la pression artérielle et redistribue le débit cardiaque vers le cœur et le cerveau, elle peut être responsable de zones d'ischémies locales par ses puissants effets vasoconstricteurs.[37] L'administration de vasopresseurs doit se faire via un pousse seringue électrique et nécessite une voie veineuse dédiée, sécurisée, munie d'un système permettant de contrôler le débit de la perfusion afin d'éviter tout « bolus » ou arrêt de perfusion entraînant de grandes variations de pression artérielle néfastes au patient.[38]

Lutte contre les troubles de la coagulation

Le traitement le plus efficace est l'évacuation rapide de l'utérus. Elle consiste à apporter les facteurs déficitaires :

- Transfusion de sang surtout du plasma frais congelé,
- Perfusion lente de fibrinogène,
- Transfusion de concentrés de plaquettes nécessaires si le taux de plaquette est inférieur à 50 000/mm³ et surtout s'il existe des anomalies du temps de saignement.

9-3) Traitement obstétrical [8]

Il dépend de l'âge gestationnel, de l'état du fœtus et de celui de la mère.

Accouchement par voie basse

L'accouchement par voie basse est possible, sous certaines conditions. Le col utérin doit être mur, le contrôle de la situation maternelle assuré et les délais respectés. Il est indiqué dans les cas suivants :

- Quand le fœtus est vivant :
 - Si l'hématome est modéré ;
 - S'il n'y a pas de souffrance fœtale ;

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ

- Si l'accouchement évolue rapidement après la rupture des membranes ;
- Pronostic maternel non en jeu à court terme.

➤ Quand le fœtus est mort ou non viable.

Habituellement le travail d'accouchement a commencé, l'état général reste bon.

Il faut diminuer la pression intra-amniotique par la rupture artificielle des membranes, permettant de favoriser la marche du travail. En même temps on peut utiliser les spasmolytiques en raison de leur action calmante sur la douleur.

En cas de mauvaise dynamique utérine, on utilise les ocytociques en perfusion de façon très prudente. L'accouchement doit être le moins traumatique possible, et aboutir en un temps court et prédéterminé à la naissance d'un fœtus mort le plus souvent, suivie par l'expulsion rapide du délivre. Le risque hémorragique diminue si l'utérus se rétracte bien. La révision utérine est systématique de même qu'une vérification des parties molles (col, vagin) sous valves après l'accouchement, de même que l'utilisation des ocytociques (prévenant l'atonie utérine). Si l'épisiotomie est nécessaire sa suture doit être rapide. En cas d'échec on passe à la césarienne.

Césarienne

La césarienne quand elle est indiquée, se fait sous anesthésie générale.

L'anesthésie péridurale est formellement contre-indiquée en présence de troubles de la coagulation. Il faut éviter les plans de décollement (préférer un Stark ou une médiane à un Pfannenstiel) et faire une hémostase soigneuse. La césarienne s'impose rapidement dans les cas suivants :

- Si le fœtus est vivant, de viabilité certaine ;
- Accouchement n'est pas imminent,
- Etat maternel grave (fœtus mort ou vivant).

Hystérectomie

Elle est d'indication exceptionnelle car le myomètre, malgré son aspect souvent alarmant, récupère mieux. Elle est indiquée en cas d'état hémodynamique difficilement contrôlable, avec échec des traitements d'ocytociques.

9-4) Traitement préventif des récidives

Dans la majorité des cas, l'HRP survient de manière totalement imprévisible. Si des facteurs de risque (âge, tabagisme, cocaïne, contexte vasculaire, thrombophilie etc.) sont identifiés, une surveillance particulière s'impose.

Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétro placentaire ou de complication grave responsable d'une HTA gravidique, prévoir un traitement par Aspégic à 80 mg/jour entre la 14e

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

et la 35e semaine d'aménorrhée. A cause du risque élevé de récurrence, certains auteurs proposent une hospitalisation systématique à l'approche de la date anniversaire de l' HRP.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1) Cadres d'études et lieu d'étude

Ce travail a été effectué dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré

1.1- CHU Gabriel Touré

CHU Gabriel Touré est l'un des Hôpitaux nationaux de la République du Mali ; il s'agit d'un ancien dispensaire du district de Bamako, devenu Institution Hospitalière le 17 Février 1959 et portant le nom d'un étudiant décédé des suites de la peste contractée auprès d'un de ses malades. Le CHU Gabriel TOURE est situé en Commune III du district de Bamako. Limité à l'Est par le CHU IOTA, à l'Ouest par l'École Nationale d'Ingénierie, au Nord par l'État-Major des Armées et au Sud par la gare du chemin de fer. Hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali, il se compose d'une administration générale, un service de maintenance, un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie hospitalière, une morgue, un service d'imagerie et de médecine nucléaire, dix services de Médecine, quatre services de chirurgie et un service d'Anesthésie-Réanimation et Urgences.

1.2- Le Service de réanimation :

Il fait partie du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence (DARMU). C'est une unité de réanimation polyvalente (médicale et chirurgicale). Le Service compte en son sein :

- ✓ 06 bureaux : 01 bureau pour le Chef de Service ; 01 bureau pour les autres médecins anesthésistes –réanimateurs ; 01 bureau pour la Secrétaire ; 01 bureau pour les D.E.S ; 01 bureau pour la Major ; 01 bureau pour les Thésards et les étudiants stagiaires
- ✓ 01 salle de surveillance des patients,
- ✓ 05 Salles d'hospitalisation contenant au total 08 lits. Soit 02 salles uniques et 03 salles de 02 lits chacune.

Les équipements du service :

Le Service de Réanimation dispose de :

- ✓ 08 scopes multiparamétriques (PA, FR, SpO₂, FC, Température, ECG) pour la surveillance de l'activité cardiaque et des paramètres hémodynamiques.
- ✓ 10 Seringues auto-pousseuses à double piste
- ✓ 01 chariot d'urgence

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ

- ✓ 01 défibrillateur
- ✓ 02 insufflateurs manuels
- ✓ 01 trousse à intubation
- ✓ 05 aspirateurs fonctionnels
- ✓ Un réfrigérateur pour conservation des médicaments et produits sanguins
- ✓ 10 respirateurs
- ✓ 01 chauffage électrique
- ✓ 02 glucomètres
- ✓ Un stérilisateur de salle
- ✓ 06 barboteurs pour oxygénation nasale
- ✓ Un brancard
- ✓ 01 fauteuil roulant de transport
- ✓ 01 fauteuil roulant pour mobilisation

L'équipe de soins :

Le service de Réanimation est constitué du personnel suivant :

- ✓ Le chef du Service de Réanimation Polyvalente qui est Médecin Anesthésiste Réanimateur.
- ✓ 02 autres médecins spécialistes anesthésistes-réanimateurs
- ✓ Le major du service, qui est une Infirmière anesthésiste Diplômée d'État.
- ✓ Plusieurs Médecins en spécialisation
- ✓ 10 thésards de l'année académique 2022-2023 faisant fonction d'Internes.
- ✓ 19 infirmiers
- ✓ 11 aides-soignants
- ✓ 05 techniciens de surface

Fonctionnement du service

- Le service est animé par diverses activités telles que :
- le staff qui a lieu de lundi à jeudi au service d'accueil des urgences à partir de 7H30 ;
- Des consultations pré anesthésiques
- Les présentations des médecins anesthésistes réanimateurs
- la présentation des thèmes d'exposés le mercredi à 08h30
- les admissions en réanimation des patients venant de divers services via des transferts intra et inter hospitaliers ainsi que du bloc opératoire ;
- la surveillance stricte des patients hospitalisés au service.

2) Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique réalisée dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré sur une période allant du 1^{er} janvier 2023 au 31 janvier 2024 soit 13 mois.

3) Population d'étude

3.1- Echantillonnage

Notre étude était portée sur toute patiente dans le postpartum admise dans le service de réanimation durant la période d'étude.

3.2- Critères d'inclusion

Toute patiente admise en réanimation dans le postpartum dans un contexte d'hématome retro placentaire.

3.3- Critères de non inclusion

Toute patiente admise pour un autre diagnostic que l'hématome retro placentaire et/ou ayant un dossier inexploitable (incomplet ou illisible).

3.4- Collecte, saisie et analyse des données

Les données ont été collectées manuellement et de façon retro prospective à partir des dossiers médicaux des patientes remplissant nos critères. Les fiches de transfert et les fiches de traitement ont été également utilisées.

Nos données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 26. Le traitement de texte et de graphiques quant à lui a été effectué sur les logiciels de la suite Office 2013 de Microsoft Word® et Excel®.

4) Variables étudiées

- **Variables quantitatives** : âge, âge de la grossesse, Saturation, pression artérielle, fréquence respiratoire, pouls, score de Glasgow, taux d'hémoglobine, volume de remplissage, créatininémie, glycémie, taux d'hémoglobine, nombres de poches de produits sanguins labiles, taux de prothrombine, urée, taux de plaquettes.
- **Variables qualitatives** : sexe, provenance, antécédent, statut fœtale, pression artérielle, fréquence cardiaque, diurèse, conditionnement (oxygénothérapie, voie veineuse centrale, voie veineuse périphérique, sonde urinaire, ventilation), nature du soluté de remplissage, catécholamines, hémostase, transfusion, évolution clinique et para clinique.

5) Considérations éthiques et déontologiques

Les informations ont été collectées de façon anonyme et confidentielle. L'analyse des données a été faite en respectant les principes de confidentialité et du respect de la vie privée des patients. Nos résultats ont été exploités qu'à des fins scientifiques dans le strict respect de la confidentialité des données recueillies.

RESULTATS

V- RÉSULTATS

1) Fréquence

Durant la période d'étude, sur 651 patients admis au service de réanimation, 60 cas ont été inclus, soit une prévalence de 9,21.

2) Données sociodémographiques

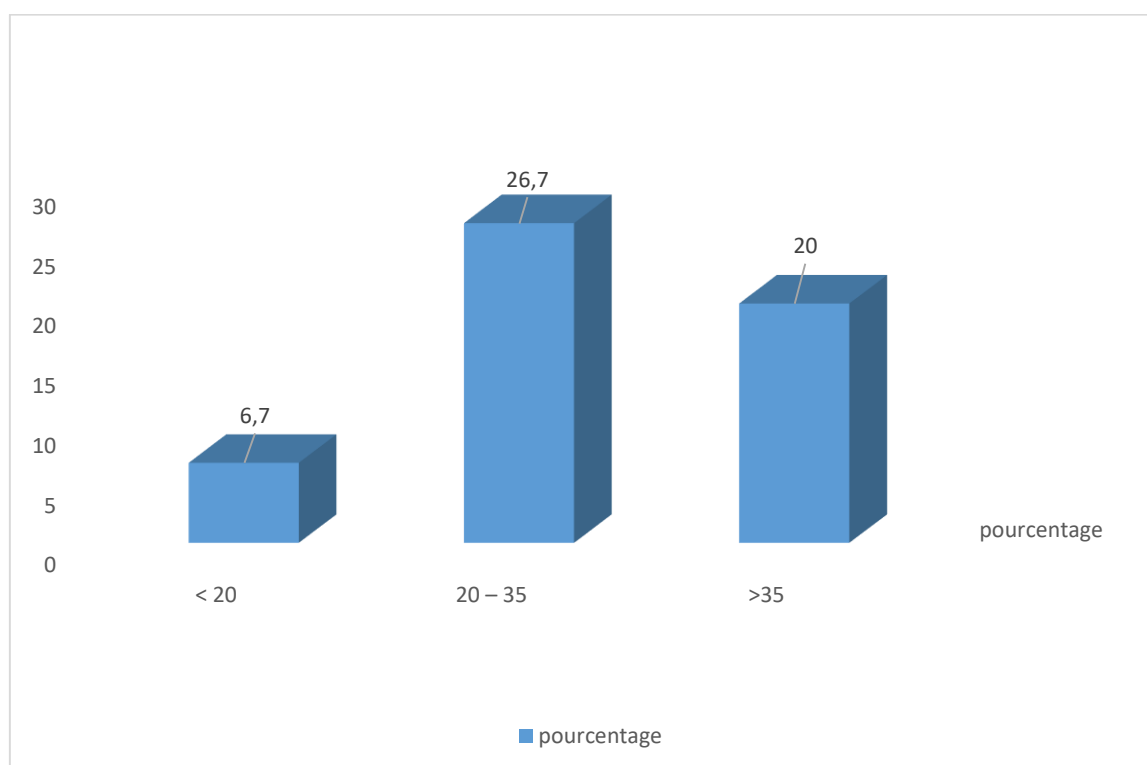


Figure 6 : selon la tranche d'âge.

L'âge moyen des patients a été de $29,30 \pm 7,37$ ans avec des extrêmes de 17 et 50 ans. Ainsi la tranche d'âge la plus représentée est celle de 20 - 24 ans.

Tableau I : Statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	57	95
Célibataire	3	5
Total	60	100

Le statut matrimonial marié a été le plus fréquent avec un pourcentage de 95%

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau II : Mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Transféré	59	98,3
Evacué	1	1,7
Total	60	100

La majorité des patientes a été transférée avec un pourcentage de 98.3%.

Tableau III : Antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	54	90
HTA	3	5
Autres*	3	5
Total	60	100

* : asthme (1) ; HTA gestationnelle (1), VIH (1)

La plupart des patientes n'avait aucun antécédent médical avec un pourcentage de 90%

Tableau IV : Antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	51	85
Césarienne	8	13,3
Hernie diaphragmatique	1	1,7
Total	60	100

La plupart des patientes n'avait aucun antécédent chirurgical connu dans 85% des cas.

Tableau V : Gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	5	8,3
Paucigeste	18	30
Multigeste	14	23,3
Grande multigeste	23	38,3
Total	60	100

Les grandes multi gestes ont été les plus retrouvées dans 38,3% avec une gestité moyenne de $4,90 \pm 2,685$ et des extrêmes de 1 et 12.

Tableau VI : Parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	5	8,3
Paucipare	23	38,3
Multipare	11	18,3
Grande multipare	21	35,0
Total	60	100

Les paucipares ont été les plus retrouvées à 38,3% des cas avec une parité moyenne de $4,67 \pm 2,716$ et des extrêmes de 1 et 12.

3) Données cliniques et paracliniques

Tableau VII : Provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Département de gynécologie-obstétrique	23	38,3
Bloc opératoire de gynécologie-obstétrique	37	61,7
Total	60	100

Le bloc opératoire a été le lieu de provenance de la plupart des patients à 61.7% des cas.

Tableau VIII : Motif de référence

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
HTA/prééclampsie	7	11,7
Choc hypovolémique	49	81,7
Autres*	4	6,7
Total	60	100

* : Anémie (1) ; Surveillance post césarienne (2) ; Trouble de la coagulation (1)

Le choc hypovolémique a été le motif de référence de la majorité de nos patients à 81.7% des cas.

Tableau IX : Classification de Sher

Classification de sher	Effectif	Pourcentage
Grade IIIa	42	70
Grade IIIb	18	30
Total	60	100

Le grade IIIa de sher a été le plus retrouvé à 70,0%

Tableau X : Voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	1	1,7
Césarienne	59	98,3
Total	60	100

La voie d'accouchement la plus réalisée est la césarienne dans 98.3% des cas

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XI : Etat du fœtus

Etat du fœtus	Effectif	Pourcentage
Vivant	0	0
Mort-né	60	100
Total	60	100,0

Nous avons retrouvé 100% de mort-né

Tableau XII : Etat général des patientes

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	33	55,0
Passable	17	28,3
Mauvais	10	16,7
Total	60	100,0

Les patientes avaient un bon état général dans 55% des cas

Tableau XIII : Coloration des conjonctives

La coloration des conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	3	5
Pâles	57	95
Total	60	100,0

Les conjonctives ont été pâles dans 95% des cas

Tableau XIV : Paramètres cliniques

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Paramètres cliniques		Effectif	Pourcentage
	Normale	35	58,3
PAS	Elevée >140mmHg	15	25
	Basse<100mmHg	10	16,7
	Normale	34	56,7
PAD	Elevée>90mmHg	12	20
	Basse<50mmHg	14	23,3
Température en degré Celsius	Elevée>37,6	2	3,3
	Normale	24	40
	Basse<36	34	56,7
Pouls en Bpm	Normal	5	8,3
	Tachycardie>100	55	91,7
Saturation en %	Basse	11	18,3
	Normal	49	81,7

La pression artérielle systolique a été normale dans 58.3% des cas avec une PAS moyenne = $120,07 \pm 30,955$ mmhg avec des extrêmes de 41 et 180 mmhg

La pression artérielle diastolique a été normale dans 56,7% avec une PAD moyenne = $75,13 \pm 24,396$ mmhg avec des extrêmes de 17 et 120 mmhg

La température a été basse dans 56.7% avec une température moyen = $36,11 \pm 0,951$ °C avec des extrêmes de 34 et 38,8°C

Les patientes étaient tachycardes dans 91.7% avec un pouls moyen = $127,45 \pm 22,483$ battements/min avec des extrêmes de 73 et 181 battements/min, la saturation a été normale dans 81.7% des cas avec une saturation moyenne = $111,53 \pm 116,922$ % avec des extrêmes de 54 et 100%

Tableau XV : Examen neurologique

Examen neurologique	Effectif	Pourcentage	
Etat des pupilles	Normo dilatées	56	93,3
	Mydriases	4	6,7
	Score de glasgow	21	35
Score neurologique	Score de réveil d'Aldred	37	61,7
	Score RASS	2	3,3

Les pupilles ont été normo dilatées dans 93.3% des cas et le score neurologique le plus utilisé a été celui du réveil d'aldred dans 61.7% car la majorité des patientes revenaient du bloc.

Tableau XVI : Type d'anesthésie utilisé

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Anesthésie loco régionale	3	5
Anesthésie générale	56	93,33
Total	59	93,33

L'anesthésie générale (AG) a été le plus utilisé dans 93,33% des cas.

Tableau XVII : Spoliation sanguine per opératoire

Spoliation sanguine en mL	Effectif	Pourcentage
<500	6	10
500 – 1000	5	8,3
1001-1500	13	21,7
1501-2000	7	11,7
>2000	3	5
Non précisée	26	43,3
Total	60	100

La spoliation sanguine comprise entre 1001 et 1500 mL a été la plus retrouvée à 21.7% avec une moyenne de $1282,35 \pm 670,775$ mL et des extrêmes de 100 et 2800 mL

Tableau XVIII : Groupe sanguin

groupage/rhésus	Effectif	Pourcentage
A+	16	26,7
AB+	1	1,7
B+	14	23,3
O-	2	3,3
O+	20	33,3
Non précisé	7	11,7
Total	60	100

Le groupe sanguin O+ a été le plus retrouvé dans 33.3%

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XIX : Bilans biologiques réalisés

Bilan biologique		Effectif (n=60)	Pourcentage
	<7	35	56,5
Taux d'hémoglobine	>7	21	35,5
	Non réalisé	4	15
	<100000	35	58,3
Taux plaquettes/mm³	>100000	11	18,3
	<150	35	58,3
Créatininémie en micromol/L	>150	06	10
	<=9	24	40
Urée en millimol/L	>9	7	11,7
	[8 -35]	27	45
ALAT UI/L	>35	3	5
	[8 - 30]	22	36,7
ASAT UI/L	>30	8	13,3
	<70	14	23,3
Taux de prothrombine en %	>70	12	20
	<40	21	35
Temps de céphaline activé en seconde	>=40	4	6,7

Le taux d'hémoglobine était < 7g/dL dans 51.7% des cas. Le taux de plaquettes compris entre 50000 et 100000/mm³ a été retrouvé dans 55% des cas. Les taux de créatinémie, d'urée et les transaminases étaient normaux chez plus de la moitié des patientes ayant effectué les bilans. Le taux de prothrombine <70% a été retrouvé dans 23.3% des cas

4) Prise en charge thérapeutique

Tableau XX : Conditionnement

Conditionnement	Effectif (n=60)	Pourcentage
Sonde urinaire	60	100,0
Voie veineuse périphérique	60	100,0
Voie veineuse centrale	5	8,3
Oxygénothérapie	46	76,7
Ventilation mécanique	24	40,0

Toutes les patientes ont eu la sonde urinaire et une voie veineuse périphérique ;
La voie centrale, l'oxygénothérapie et la ventilation mécanique ont été utilisées
respectivement dans 8.3%, 76,7%, 40% des cas

Tableau XXI : Remplissage vasculaire

Remplissage vasculaire en mL	Effectif (n=60)	Pourcentage
[1000 -1500[6	10,0
Sérum salé 0,09% [1500 -2000[40	66,7
>=2000	14	23,3
Gélofusine [500 -1000[12	20

Le sérum salé a été utilisé dans 100% des cas et la gélofusine dans 20% des cas

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXII : Produits labiles demandés

Produit labile demandé		Effectif	Pourcentage
	Aucun	2	3,3
Nombre de poche de CGR demandé	1-3	33	55
	4-6	24	40
	>6	1	1,7
	Aucun	38	55
nombre de poche de PFC demandé	2	21	35
	4	1	1,7
	Total	60	100

Pour la majorité des patients, 3 poches de CGR et 2 poches de PFC ont été demandées dans respectivement 38.3% et 35% des cas

Tableau XXIII : Type de produit labile utilisé

Produit labile utilisé	Effectif	Pourcentage
Concentré de globule rouge seul	32	53,34
Concentré de globule rouge + plasma frais congelé	14	23,33
Aucun	14	23,33
Total	60	100

Le CGR seul a été utilisé dans 53,34.%, l'association CGR et PFC dans 23,33% et aucun produit à 23,3% des cas

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXIV : Produits labiles reçus

Produit labile reçu	Effectif	Pourcentage
Non reçu	12	20
Nombre de CGR reçu	1-3	41
	4-6	6
	>6	1
	>6	1,7
Non reçu	46	76,7
Nombre de PFC reçu	1	11
	2	2
	4	1
4	1,7	1,7
Total	60	100

La majorité des patientes avait reçu 1 poche de CGR et 1 poche de PFC soit respectivement 35% et 18,3% des cas.

Tableau XXV : Techniques d'hémostase utilisées

Techniques d'hémostase utilisées	Effectif	Pourcentage
Techniques chirurgicales	2	3,3
Tamponnement	24	40
Bourrage	2	3,3
Aucun	32	53,3
Total	60	100

L'hémostase mécanique par tamponnement a été la plus fréquente à 40,0% des cas.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXVI : Médicaments administrés

Médicaments administrés	Effectif (n=60)	Pourcentage
Antalgiques	60	100
Antibiotiques	60	100
Noradrénaline	30	50
Adrénaline	5	8,3
Dobutamine	1	1,7
Acide tranexamique	38	63,3
Antihypertenseurs	15	25,0

Toutes les patientes ont reçu des antalgiques et des antibiotiques à 100% des cas ; ensuite de l'acide tranexamique à 63,3% des cas, de la noradrénaline à 50% des cas et les antihypertenseurs a 25% des cas.

5) Evolution et pronostic

Tableau XXVII : Complications survenues pendant l'hospitalisation

Complications	Effectif (n=60)	Pourcentage
Choc hémorragique	35	58,3
Trouble de la coagulation	8	13,3
Insuffisance rénale aigue	6	10,0
Rein de choc	15	25,0
Syndrome vasculo-rénal	6	10,0
Éclampsie	2	3,3
HELLP syndrome	2	3,3
Choc septique (point de départ urogénital)	1	1,7

L'état de choc a été la complication la plus représentée à 58,3% des cas.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXVIII : Devenir des patientes

Devenir des patientes	Effectif	Pourcentage
Transférée vers d'autres structures	48	80
Décédée	12	20
Total	60	100

La majorité des patientes ont été transférée à 80,0% des cas. La principale cause de décès était le choc hémorragique.

Tableau XXIX : Durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jour	Effectif	Pourcentage
<1	14	23,3
[1 - 3]	38	63,3
>3	8	13,3
Total	60	100,0

Durée moyenne d'hospitalisation = 1,783 ± 0,746 et des extrêmes de 1 et 5j.

6) Données analytiques

Tableau XXX : relation entre la spoliation sanguine et la durée d'hospitalisation

Spoliation en mL	Durée d'hospitalisation en jour			Total (%)
	<1 (%)	[1 - 3] (%)	>3 (%)	
<500	1 (2,9)	4 (11,8)	1 (2,9)	6 (17,6)
500 – 1000	2 (5,9)	3 (8,8)	0 (0,0)	5 (14,7)
1001-1500	4 (11,8)	6 (17,6)	3 (8,8)	13 (38,2)
1501-2000	0 (0,0)	5 (14,7)	2 (5,9)	7 (20,6)
>2000	0 (0,0)	2 (5,9)	1 (2,9)	3 (8,8)
Total	7 (20,6)	20 (58,8)	7 (20,6)	34 (100,0)

Khi² = 8,636 ddl = 8 Pv = 0,374

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Au seuil de 5% nous avons constaté qu'il n'y avait pas de corrélation positive et significative entre la spoliation sanguine et la durée d'hospitalisation

Tableau XXXI: Relation entre la durée d'hospitalisation et le nombre de CGR reçu

Nombre de CGR reçu	Durée d'hospitalisation en jour			Total (%)
	<1 (%)	[1 - 3] (%)	>3 (%)	
Non reçu	4 (6,8)	5 (8,5)	2 (3,4)	11 (18,6)
1	4 (6,8)	16 (27,1)	1 (1,7)	21 (35,6)
2	5 (8,5)	6 (10,2)	1 (1,7)	12 (20,3)
3	1 (1,7)	5 (8,5)	2 (3,4)	8 (13,6)
4	0 (0,0)	2 (3,4)	0 (0,0)	2 (3,4)
5	0 (0,0)	2 (3,4)	1 (1,7)	3 (5,1)
6	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,7)
7	0 (0,0)	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,7)
Total	14 (23,3)	38 (63,3)	8 (13,3)	60 (100,0)

Khi² = 15,658 ddl = 14 Pv = 0,335

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la durée d'hospitalisation et le nombre de CGR reçu.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXII : Relation entre la durée d'hospitalisation et le nombre de PFC reçu

Nombre de PFC reçu	Durée d'hospitalisation en jour			Total (%)
	<1 (%)	[1 - 3] (%)	>3 (%)	
Non reçu	10 (18,5)	24 (44,4)	6 (11,1)	40 (74,1)
1	3 (5,6)	8 (14,8)	0 (0,0)	11 (20,4)
2	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,7)	2 (3,7)
4	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)
Total	13 (24,1)	33 (61,1)	8 (14,8)	54 (100,0)

$\text{Khi}^2 = 12,179$ ddl = 6 Pv = 0,058

La durée d'hospitalisation et le nombre de PFC reçu n'ont pas de lien scientifiquement significatif

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXIII : Relation entre la parité et les différentes complications

Complications	Parité				Total	Pv
	Primi-pare	Pauci-pare	Multi-pare	Grande multipare		
Choc hémorragique	2 (3,3)	9 (15,0)	8 (13,3)	16 (26,7)	35 (58,3)	0,045
Trouble de la coagulation	0 (0,0)	3 (5,0)	0 (0,0)	5 (8,5)	8 (13,5)	0,174
Rein de choc	2 (4,3)	3 (6,4)	4 (8,5)	6 (12,8)	15 (31,9)	
Insuffisance rénale	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0,540
Syndrome vasculorénal	0 (0,0)	4 (8,5)	1 (2,1)	1 (2,1)	6 (12,8)	
Eclampsie	1 (1,8)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,6)	0,230
HELP syndrome	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	
Choc septique	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7)	0,076

Il existe un lien statistiquement significatif entre la parité et le choc hémorragique et il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la parité et les autres complications

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXIV : Relation entre classification de l'HRP et les complications

Complications	Classification de SHER		Total	Pv
	IIIa	IIIb		
Choc hémorragique	19 (31,7%)	16 (26,7%)	35 (58,3%)	0,01
Troubles de la coagulation	1 (1,7%)	6 (10,0%)	7 (11,7%)	0,01
Rein de choc	7 (11,7%)	8 (13,3)	15 (25,0%)	0,0133
Insuffisance rénale	1 (1,7%)	00 (00%)	1 (1,7%)	0,396
Syndrome vasculorénal	6 (10,0%)	0 (0%)	6 (10%)	0,033
Eclampsie	2 (3,3%)	0 (0%)	2 (3,3%)	0,228
CIVD	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)	0,396
HELP Syndrome	2 (3,3%)	0 (0%)	2 (3,3%)	0,332
Infections	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (1,7%)	

Il existe un lien statistiquement significatif entre la classification sher et le choc hémorragique ; ainsi qu'entre la classification de sher et le trouble de la coagulation.

Tableau XXXV : Relation entre le score neurologique et les complications

Complications	Score neurologique			Total	Pv
	Glasgow	Reveil d'aldred	RASS		
Choc hémorragique	11 (18,3)	22 (36,7)	2 (3,3)	35 (58,3)	0,290
Trouble de la coagulation	2 (3,3)	5 (8,3)	0 (0,0)	7 (11,7)	0,700
Rein de choc	7 (14,9)	7 (14,9)	1 (2,1)	15 (31,9)	
Insuffisance rénale	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (2,1)	0,075
Syndrome vasculorénal	4 (8,5)	2 (4,3)	0 (0,0)	6 (12,8)	
Éclampsie	1 (1,8)	1 (1,8)	0 (0,0)	2 (3,6)	0,864
CIVD	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	0,351
HELL syndrome	0 (0,0)	2 (3,6)	0 (0,0)	2 (3,6)	0,401
Infections	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	

Il n'existe pas de relation entre le score neurologique et les complications

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXVI : Relation entre la prise en charge et l'apparition du choc hémorragique

Prise en charge	Choc hémorragique		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	31	15	46	0,100
Ventilation mécanique	17	7	24	0,109
Sérum salé 0,9%	35	25	60	
Gélatine	9	3	12	0,190
Adrénaline	4	1	5	0,284
Noradrénaline	27	3	30	0,001
CGR	29	17	46	0,180
PFC	10	4	14	0,256
Acide tranexamique	23	16	39	0,299
Technique d'hémostase chirurgicale	2	0	2	
Tamponnement	16	8	24	0,082
Bouffage	1	1	2	
Pas d'hémostase	16	16	32	
Antibiotiques	34	26	60	0,296
Antihypertenseur	2	13	15	0,060
Antalgiques	35	25	60	0,183
Dialyse	0	1	1	0,183

Il existe un lien statistiquement significatif entre la noradrénaline et le choc hémorragique avec une Pv = 0,001

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXVII : Relation entre la prise en charge et l'apparition des troubles de la coagulation

Prise en charge	Troubles de la coagulation		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	6	40	46	0,547
Ventilation mécanique	2	22	24	0,503
Sérum salé 0,9%	7	53	60	
Gélatine	1	11	12	0,677
Adrénaline	3	2	5	0,005
Noradrénaline	3	27	30	0,687
CGR	6	40	46	0,547
PFC	3	11	14	0,256
Acide tranexamique	5	34	39	0,752
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	3	21	24	0,759
Bouffrage	0	2	2	
Pas d'hémostase	4	28	32	
Antibiotiques	6	54	60	0,035
Antihypertenseur	0	15	15	0,068
Antalgiques	7	53	60	0,617
Dialyse	0	1	1	0,617

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'administration des antibiotiques, de l'adrénaline et le trouble de la coagulation et avec $Pv = 0,001$ et $Pv = 0,035$

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXVIII : Relation entre la prise en charge et l'apparition du rein de choc

Prise en charge	Rein de choc		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	13	33	46	0,290
Ventilation mécanique	6	18	24	0,999
Sérum salé 0,9%	15	45	60	
Gélatine	4	8	12	0,456
Adrénaline	2	3	5	0,440
Noradrénaline	10	20	30	0,136
CGR	13	33	46	0,290
PFC	3	11	14	0,724
Acide tranexamique	8	31	39	0,050
Technique d'hémostase chirurgicale	1	1	2	
Tamponnement	11	13	24	0,001
Bourrage	0	2	2	
Pas d'hémostase	3	29	32	
Antibiotiques	14	46	59	0,093
Antihypertenseur	1	14	15	0,048
Antalgiques	15	45	60	0,446
Dialyse	0	1	1	0,446

Il existe un lien statistiquement significatif entre les techniques utilisées pour l'hémostase et le rein de choc avec une Pv = 0,001

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XXXIX : Relation entre la prise en charge et l'apparition du syndrome vasculorénel

Prise en charge	Syndrome vasculorénel		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	4	42	46	0,556
Ventilation mécanique	1	23	24	0,219
Sérum salé 0,9%	6	54	60	
Gélatine	0	12	12	0,096
Adrénaline	0	5	5	0,294
Noradrénaline	0	30	30	0,003
CGR	2	44	46	0,016
PFC	0	14	14	0,066
Acide tranexamique	2	37	39	0,159
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	0	24	24	0,051
Bourrage	0	2	2	
Pas d'hémostase	6	26	32	
Antibiotiques	6	54	60	0,645
Antihypertenseur	5	10	15	0,005
Antalgiques	6	54	60	0,645
Dialyse	0	1	1	0,645

Il existe un lien statistiquement significatif entre les antihypertenseurs et le syndrome vasculorénel avec une Pv = 0,005

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XL : Relation entre la prise en charge et l'apparition de l'insuffisance rénale aigue

Prise en charge	Insuffisance rénale aigue		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	1	45	46	0,454
Ventilation mécanique	1	23	24	0,219
Sérum salé 0,9%	1	59	60	
Gélatine	0	12	12	0,502
Adrénaline	0	5	5	0,675
Noradrénaline	0	30	30	0,236
CGR	1	45	46	0,464
PFC	0	14	24	0,464
Acide tranexamique	0	39	39	0,311
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	0	24	24	0,832
Bourrage	0	2	2	
Pas d'hémostase	1	31	32	
Antibiotiques	1	59	59	0,854
Antihypertenseur	1	14	15	0,244
Antalgiques	1	59	60	0,854
Dialyse	1	0	1	0,001

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dialyse et l'insuffisance rénale aigue avec une Pv = 0,001

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLI : Relation entre la prise en charge et l'apparition de l'éclampsie

Prise en charge	Eclampsie		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	1	45	46	0,404
Ventilation mécanique	1	23	24	0,771
Sérum salé 0,9%	2	58	60	
Gélatine	0	12	12	0,340
Adrénaline	1	4	5	0,386
Noradrénaline	0	30	30	0,092
CGR	0	46	46	0,014
PFC	0	14	14	0,298
Acide tranexamique	1	38	39	0,818
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	1	23	24	0,971
Bourrage	0	0	2	
Pas d'hémostase	1	31	32	
Antibiotiques	2	58	59	0,794
Antihypertenseur	1	14	15	0,691
Antalgiques	2	58	60	0,794
Dialyse	0	1	1	0,794

Il existe un lien statistiquement significatif entre la CGR et l'éclampsie avec une Pv = 0,014

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLII : Relation entre la prise en charge et l'apparition des CIVD

Prise en charge	CIVD		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	1	45	46	0,484
Ventilation mécanique	0	24	24	0,309
Sérum salé 0,9%	1	59	60	
Gélatine	0	12	12	0,502
Adrénaline	0	5	5	0,667
Noradrénaline	0	30	30	0,236
CGR	1	45	46	0,464
PFC	1	13	24	0,085
Acide tranexamique	1	38	39	0,647
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	1	23	24	0,762
Bourrage	0	2	2	
Pas d'hémostase	0	32	32	
Antibiotiques	1	59	60	0,854
Antihypertenseur	1	14	15	0
Antalgiques	1	59	60	0,854
Dialyse	0	1	1	0,854

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les différentes prises en charge et l'apparition de l'éclampsie

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLIII : Relation entre la prise en charge et l'apparition du HELLP syndrome

Prise en charge	HELLP syndrome		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	2	44	46	0,484
Ventilation mécanique	2	22	24	0,057
Sérum salé 0,9%	2	59	60	
Gélatine	0	12	12	0,502
Adrénaline	0	5	5	0,065
Noradrénaline	1	29	30	0,496
CGR	1	45	46	0,153
PFC	0	14	24	0,440
Acide tranexamique	1	38	39	0,869
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	0	24	24	0,677
Bourrage	0	1	2	
Pas d'hémostase	32	0	32	
Antibiotiques	2	58	60	0,950
Antihypertenseur	0	15	15	0,698
Antalgiques	2	58	60	0,950
Dialyse	0	1	1	0,950

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les différentes prises en charge et l'apparition du HELLP Syndrome

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLIV : Relation entre la prise en charge et l'apparition des infections

Prise en charge	Infection		Total	Pv
	Oui	Non		
Oxygénothérapie	1	45	46	0,484
Ventilation mécanique	1	23	24	0,057
Sérum salé 0,9%	1	59	60	
Gélatine	0	12	12	0,502
Adrénaline	1	4	5	0,065
Noradrénaline	0	30	30	0,496
CGR	0	46	46	0,153
PFC	0	14	14	0,440
Acide tranexamique	1	38	39	0,869
Technique d'hémostase chirurgicale	0	2	2	
Tamponnement	0	24	24	0,677
Bourrage	0	2	2	
Pas d'hémostase	32	0	32	
Antibiotiques	1	59	60	0,950
Antihypertenseur	0	15	15	0,698
Antalgiques	1	59	60	0,950
Dialyse	0	1	1	0,950

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les différentes prises en charge et l'apparition de l'infection

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLV : Evolution du patient en fonction de la persistance de l'état de choc

Choc hémorragique	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Oui	24 (40,0)	11 (18,3)	35 (58,3)
Non	24 (40,0)	1 (1,7)	25 (41,7)
Total	48 (80,0)	12 (20,0)	60 (100)

$\text{Khi}^2 = 8,077$ ddl = 1 pv = 0,004

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et l'apparition du choc hémorragique.

Tableau XLVI : Evolution du patient en fonction de l'apparition des troubles de la coagulation

Trouble de la coagulation	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Oui	5 (8,3)	2 (3,3)	7 (11,7)
Non	43 (71,7)	10 (16,7)	53 (88,3)
Total	48 (80,0)	12 (20,0)	60 (100)

$\text{Khi}^2 = 0,364$ ddl = 1 pv = 0,5

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et l'apparition du trouble de la coagulation

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLVII : Evolution du patient en fonction de l'apparition du rein de choc

Rein de choc	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Oui	12 (20,0)	3 (5,0)	15 (25,0)
Non	36 (60,0)	9 (15,0)	45 (75,0)
Total	48 (80,0)	11 (20,0)	60 (100)

Test exact de fisher = 0,000 ddl = 1 pv = 0,999

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et l'apparition du rein de choc

Tableau XLVIII : Evolution du patient en fonction de l'apparition de la pré éclampsie

Prééclampsie	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Oui	6 (10,0)	0 (0,0)	6 (10,0)
Non	42 (70,0)	12 (20,0)	54 (90,0)
Total	48 (80,0)	12 (20,0)	60 (100)

Test exact de fisher = 2,840 ddl = 1 pv = 0,092

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et la prééclampsie

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau XLIX : Evolution du patient en fonction de l'apparition de l'insuffisance rénale

Insuffisance rénale aigue	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Oui	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,7)
Non	47 (78,3)	12 (20,0)	59 (98,3)
Total	48 (80,0)	12 (20,0)	60 (100,0)

Test exact de fisher = 0,451 ddl = 1 pv = 0,502

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et l'apparition de l'insuffisance rénale

Tableau L : Evolution du patient en fonction de la classification de sher

Classification de sher	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Grade IIIa	35 (58,3)	7 (11,7)	42 (70,0)
Grade IIIb	13 (21,7)	5 (8,3)	18 (30,0)
Total	48 (80,0)	12 (20,0)	60 (100,0)

Khi² = 0,972 ddl = 1 pv = 0,324

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et la classification de SHER

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau LI : Evolution du patient en fonction du taux d'hémoglobine d'entrée

Taux d'hémoglobine (g/l)	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
<7	29	6	35
>7	16	5	21
Total	45	11	56

$Khi^2 = 0,370$ ddl = 1 pv = 0,543

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution du patient et le taux d'hémoglobine d'entrée.

Tableau LII : Evolution du patient en fonction de l'administration des amines

Amines vasopressives	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
Oui	25	10	35
Non	23	2	25
Total	48	12	60

$Khi^2 = 3,857$ ddl = 1 pv = 0,049

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'évolution et l'utilisation de des amines vasopressives.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Tableau LIII : Evolution du patient en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Evolution		Total
	Vivante (%)	Décédée (%)	
<1	8	6	14
[1-3]	33	5	38
>3	7	1	8
Total	48	12	60

Test exact de fisher = 5,306 ddl = 2 pv = 0,070

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'évolution et la durée de séjour dans le service.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI) COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Du 1er Janvier 2023 au 31 janvier 2024 dans le Service de Réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE, nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique incluant toutes les femmes admises pour Hématome Retro Placentaire. Le but de ce travail était de déterminer le profil thérapeutique et pronostique des patientes admises dans le service de Réanimation polyvalente pour hématome retro placentaire.

Durant cette étude, nous avons eu de nombreuses difficultés ; dont nous pouvons citer :

- Difficultés dans la réalisation des examens complémentaires permettant d'apprécier le retentissement tels que NFS, TP, TCK, urée, créatinémie, transaminases, cela par leurs indisponibilités au CHU Gabriel Touré, leurs coûts, et la non solvabilité des patientes.
- Difficultés d'obtention des produits de réanimation spécifiques tels que les amines vasopressives, ceci étant liés à leur disponibilités inconstantes dans l'armoire d'urgence d'une part et à la non solvabilité des patients d'autre part vu que leur coût est assez élevé.
- La non disponibilité du cathéter central du fait de son coût élevé
- Difficultés d'accession aux produits sanguins labiles surtout les weekends, rendant ainsi difficile la prise en charge, particulièrement les groupes sanguin de rhésus négatif.

1) Fréquence

Nous avons retrouvé une prévalence de 9,216% des hématomes retro placentaire. Il s'agit d'une fréquence qui reflète l'accessibilité et la fréquentation du CHU GT qui est considéré comme un centre de référence pour la plus grande partie du pays et son service de gynécologie obstétrique accueille pour la plupart des patientes évacuées ou référées des maternités périphériques dans un état clinique grave.

Notre taux est supérieur à ceux de **Keita S.** et a l. au Mali et **Matsanga A.** et al. au Gabon, ont retrouvé respectivement 6,39% et 2,22%[11,39]. Cela s'explique par le faite que la taille de notre échantillon était supérieure à celle de Keita S. et de Matsanga A.

2) Caractéristiques sociodémographiques

- **Age**

L'âge moyen de nos patientes était de $29,30 \pm 7,370$ ans avec des extrêmes de 17 et 50 ans. Ce résultat est superposable à ceux de **Kanta I.** et al. et **Doumbia M.** et al. qui ont retrouvés respectivement un âge moyen de $29 \pm 1,5$ ans avec des extrêmes de 17 et 43 ans et $28,79 \pm 6,39$ avec des extrêmes de 16 et 47 ans. Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était 20 - 24 ans.[24,40]

- **Motifs d'hospitalisation**

Le choc hémorragique était le motif le plus rapporté provenant du bloc opératoire à 81,7%. Ce résultat se justifiera car étant une pathologie obstétricale hémorragique, les patientes présentaient leurs instabilités dès le bloc.

- **Les antécédents**

L'hypertension artérielle et la césarienne ont été rapportées dans 5,0% et 13,7% des cas, ces résultats sont comparables à ceux de **Doumbia M.** et al. qui ont retrouvé 4,5% et 7,2%.

- **Gestité et parité**

Dans notre étude les grandes multigestes ont observées dans la majorité des cas à 38,3% des cas. Les primigestes et primipares ont été retrouvées à 8,3% chacun ; ces résultats sont comparables à ceux de **Keita S.** et al. qui ont observé 47,5% respectivement. Les grande multi gestes et multipares sont plus sujettes aux complications hémorragiques, au vu des fragilités de l'utérus pouvant provoquer des atonies utérines.

3) **Données cliniques et paracliniques**

La majorité de nos patientes avait un bon état général soit un taux de 55,0% des cas, avec des conjonctives pales à 95,0% ce qui pourrait s'expliquer par la spoliation sanguine due aux conséquences cliniques.

La pression artérielle était normale chez presque toutes les patientes ceci due à l'utilisation des amines vasopressives avant l'admission.

La tachycardie a été observée à 91,7% des cas ceci due à l'activation des mécanismes compensateurs d'une part et/ou lié à la douleur post césarienne d'autre part. Notre résultat est comparable à celui de **Keyanfe J.** et al. qui ont retrouvé 93,3 %.[10]

La majorité des patientes venait du bloc donc le score neurologique utilisé était le score de réveil d'ALDRETE.

L'anesthésie générale a été la technique choisie pour les césariennes dans 95,0 % des cas.

La spoliation sanguine en peropératoire était en moyenne 1282,35 +/- 670,77 mL.

Le groupe sanguin le plus retrouvé était O+ à 33,3% ; dans 56,5% (n=35) des cas dans cette études, les patientes présentaient une anémie avec un taux d'hémoglobine < à 7g/dL, inférieur à ceux de **Keyanfe J.** et al. qui a retrouvé un taux de 76, % des patients ayant un taux d'hémoglobine < à 7g/dL. Ce résultat pourrait s'expliquer par les spoliations excessives de la patiente dues au retard des prises en charges. Notre étude nous a permis de retrouver que 56,7% (n= 35) des patientes avaient une thrombopénie après admission en réanimation. Nous avons

observé une hypercréatinémie à 41,7% des cas ; une hyper urémie à 40% des cas ; une élévation des transaminases dans 45% des cas ; un TP bas dans 23,3% et des TCK augmenté à 35% des cas.

4) Prise en charge

- **Conditionnements**

Toutes les patientes ont bénéficié d'une sonde urinaire et d'une voie veineuse périphérique ; 8,3% des patientes ont bénéficié d'une voie centrale ; ce résultat n'est pas en règle avec les recommandations des sociétés savantes qui sont en accord pour privilégier un accès veineux central lors de l'administration des amines [10,41]. Ce résultat pourrait s'expliquer par le coût élevé des cathéters centraux dans notre contexte vu qu'on a été heurté plusieurs fois à des familles ayant un faible revenu. 76,7 % des patientes ont bénéficié d'une oxygénothérapie parmi lesquelles 52,17% ont été mis sous ventilation assistée. Ce taux est dû à la persistance choc hémorragique retardant l'extubation.

- **Soluté de remplissage utilisé**

Toutes nos patientes ont bénéficié du sérum salé 0,9% dont 20% (n=12) ont reçu en plus de la gélatine, ces résultats sont en règles avec les recommandations des sociétés savantes qui recommandent l'utilisation du sérum salé 0,9% en première intention lors du remplissage vasculaire [38,42].

- **Produits sanguins labiles**

Dans notre étude, 76,6% (n=46) des patientes ont bénéficié d'une transfusion. Toutes les patientes transfusées ont reçu des concentrés de globule rouge, 30,43% (n=14) des patientes ont reçu à la fois CGR et plasma frais congelé et 69,57% (n=32) ont reçu des concentrés de globule rouge seul. Notre étude est comparable à celle de **Keyanfe J.** et al. qui ont retrouvé un taux de transfusion globale de 70% (n=21) avec le CGR seul à 57,1% (n=12) et 42,9% (n=9) ont bénéficié à la fois des CGR et de PFC [10]. Les sociétés savantes recommandent de débiter la transfusion de CGR en même temps que les PFC [42]; nos principes transfusionnels ne sont pas en règle avec ces recommandations au vu de la difficulté d'obtention des produits sanguins labiles. Nous notons qu'aucun de nos patientes n'a reçu de concentrés plaquettaires. Pour une moyenne de produits labiles demandés s'élevant à 3 unités, la moyenne reçue a été d'un.

- **Hémostases**

Dans notre étude, 53,3% des patientes n'avaient pas bénéficié d'hémostase mécanique ; 40% ont bénéficié d'un tamponnement et 63,3% ont bénéficié d'une hémostase médicamenteuse à base d'acide tranexamique. **Keyanfe J.** et al. retrouve une utilisation de l'acide tranexamique a

un taux de 90% [10]. Ceci s'explique par la différence de notre échantillon. Nos résultats ne sont pas en règle avec les sociétés savantes qui recommandent l'utilisation de l'acide tranexamique dès que possible dans les trois premières heures suivants le choc [42]

- **Amines vasopressives**

Dans notre étude, 34 patientes soit 56,67% ont été admises sous amines vasopressives, il était difficile pour nous de déterminer la dose à l'entrée car les amines étaient mis à l'intérieur de flacon de sérum salé 0,9% ; vu l'indisponibilité des seringues électriques au niveau du service de gynécologie-obstétrique et du bloc opératoire. 30 patientes soit 50% ont reçu de la noradrénaline ; parmi ces patientes une a secondairement reçu l'adrénaline et 4 autres ont été admises sous adrénaline dans les flacons de sérum salé 0,9%. Nos résultats sont superposables à ceux de **Matsanga A.** et al. qui ont retrouvé une introduction précoce de la noradrénaline chez seulement 52,7% des patientes et **Keyanfe J.** et al. qui a retrouvé une admission d'amine vasopressive à 80% des cas [10,39]. Nos résultats sont en règle avec les recommandations des sociétés savantes qui recommandent l'utilisation des amines vasopressives en cas de choc hémorragique en vue de diminuer les risques liés au remplissage vasculaire et de retarder l'apparition des coagulopathies.[37,42]

5) Pronostic

Notre étude nous a permis de retrouver un taux de mortalité de 20% (n=12). Ce résultat est superposable à ceux de **Keyanfe J.** et al. ainsi que **Doumbia M.** et al. qui avaient retrouvé respectivement un taux global de mortalité de 3,33% et 1,8 % [10,40]. L'évolution était favorable chez les patientes qui passaient une durée moyenne d'hospitalisation de [1-3] jours, nous n'avons trouvé aucun lien statistiquement significatif entre la durée d'hospitalisation et la mortalité.

Au total 35 patientes ont reçu les amines vasopressives ; l'évolution chez elles est majoritairement favorable et nous avons retrouvé que l'utilisation précoce des amines a un lien significativement lié avec l'évolution des patientes avec $p = 0,049$. Au total, 35 patientes ont évolué vers un état de choc qui persistait dont le taux de mortalité était de 18,3%. La persistance du choc hémorragique et l'évolution sont significativement liés avec $p = 0,004$.

Notre étude nous a permis de retrouver que les 58,3% soit 35 patientes en état de choc toutes avaient une classification de sher déjà au grade III. Sur les 11,7% des patients qui ont évolué vers des troubles de la coagulation, 6 étaient du grade IIIb de sher avec un taux de 10,0%. Nous avons trouvé lien significatif entre la persistance de l'état de choc, l'apparition des troubles de la coagulation et la classification de sher avec p valeur étant de 0,01 pour les deux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII) CONCLUSION

L'hématome retro placentaire est une pathologie aigue, grave et relativement fréquente pouvant engager le pronostic vital. Cette pathologie touche le plus une tranche d'âge jeune de 20 à 24ans, avec une mortalité élevée. Nous devons fournir plus d'effort afin de minimiser cette mortalité maternelle et cela passe par l'amélioration des conditions de vie des populations, sensibilisation sur l'importance des consultations prénatale, la rapidité de trouver le diagnostic, amélioration du plateau technique ainsi que la prise en charge précoce.

VIII) RECOMMANDATION

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux autorités sanitaires**

- Améliorer le plateau technique du laboratoire afin de permettre la réalisation des examens complémentaires en urgence,
- Création des unités de soins intensifs obstétricaux (USIO) dans les CHU et dans les CSRef,
- Formation continue du personnel sanitaire,
- Redynamisation du processus d'approvisionnement de la banque de sang pour les urgences dans le service de réanimation Gabriel Touré,
- Renforcer l'approvisionnement de l'armoire d'urgence en réanimation,

- **Aux prestataires des services de santé**

- Renforcer la collaboration interdisciplinaire (gynécologie obstétrique, réanimation),
- La prise en compte des protocoles nationaux de prise en charge mis en place pour la prise en charge des patients surtout dans les centres de santé de la périphérie,

- **Aux communautés**

- Respect des rendez-vous des consultations prénatales données par le médecin,
- Accouchement en milieu hospitalier
- Faire des dons de sang.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX) REFERENCES

- [1] Doubouya M. Etude épidémio-clinique pronostic et thérapeutique de l'HRP au CHU DU POINTG 2014.
- [2] Bohec C, Collet M. Hématome rétroplacentaire. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.*, vol. 29, Elsevier; 2010, p. e115–e119.
- [3] LANSAC j, MAGNIN G, SENTILHES L. Hémorragie du 3^è trimestre, Hématome retro placentaire (HRP) ou décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI), et histoire naturelle de la grossesse. *Obstet. Pour Prat.* 6e ed., Paris: MASSON; 2013, p. 280–5.
- [4] Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences: Placental abruption, epidemiology. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:140–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x>.
- [5] Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, Touré FB, Gueye M, Niang M, et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'hématome retro placentaire (HRP) dans une maternité de référence en zone rurale. *Pan Afr Med J* 2014;17.
- [6] Mukherjee S, Bawa AK, Sharma S, Nandanwar YS, Gadam M. Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patients with abruptio placentae. *J Nat Sci Biol Med* 2014;5:425–8. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.136217>.
- [7] NGATCHAM MN. Thème: hemATome ReTROPLAcenTAIRe Au seRvIce de. PhD Thesis. UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU, 2011.
- [8] M.D Bah, P.A Leye, D.Sow, I. Gaye, M. Diaw. Les complications obstétricales en réanimation : profil clinique et aspcts thérapeutiques. *Ann Mar Méd Urg Réa Jan-Mars* 2023 2023;13:15–20.
- [9] Sangaré B. Hématome retro placentaire aspect socio-démographique, prise en charge et pronostic dans le centre de santé de référence de la commune ii du district de Bamako. Thesis. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2020.
- [10] Keyanfe M, Fridolin J. Evaluation de la prise en charge des états de chocs hémorragiques au service de réanimation du CHU Gabriel TOURE. Thesis. USTTB, 2022.
- [11] Keita S. Prise en charge des complications obstétricales en réanimation au CHU Gabriel TOURE. Thesis. USTTB, 2023.
- [12] Pr MOULAY EH. hematome retroplacentaire 2020.
- [13] Le placenta avec ses deux faces, la face foetale et la face maternelle n.d. https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/images/gif/annexes_foetales/placenta.html (accessed May 1, 2024).
- [14] Robert MERGER, Jean LEVYY, Jean MELCHIOR. Précis d'obstétrique. 6e ed. MASSON; 2001.
- [15] Alphamoye H. ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE L'HEMATOME RETROPLACENTAIRE AU CENTRE DE SANTE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO. thèse. FMOS, 2012.
- [16] Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150027/> (accessed August 24, 2023).
- [17] S B, S G, Ma P, S Y. Risk factors and clinical outcome of placental abruption: a retrospective analysis. *JPA J Pak Med Assoc* 2009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19813679/> (accessed August 24, 2023).

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

- [18] N H, N K, Ss S, N K. Abruptio placenta and adverse pregnancy outcome. JPMA J Pak Med Assoc 2010. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20527640/> (accessed August 24, 2023).
- [19] Coulibaly T, ASSI G, TANO N. Le décollement du placent anormalement inséré. Pronostic materno-foetal. Med Afr Noire 1995;540–7.
- [20] Thieba B, Lankoande J, Akotionga M, Kyelem C, Ouedraogo A, Ouedraogo CMR, et al. Hématome rétroplacentaire: aspects épidémiocliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. Gynécologie Obstétrique Fertil 2003;31:429–433.
- [21] Goufodji S. Contribution à l'étude de l'hématome rétro placentaire à propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou. thèse. université de cotonou, 1986.
- [22] Guidem A. Contribution à l'étude des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse et de l'accouchement 2013.
- [23] Akpadza K, Baeta S, Neglo Y, Tete V, Hodonou AKS. L'hématome rétroplacentaire (HRP) à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Tokoin-Lome (Togo) de 1988 à 1992. Médecine D'Afrique Noire 1996;43.
- [24] kanta ibrahim sorry. HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP) DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI. FMOS, 2021.
- [25] NGAGOUE TCHANI C. COMPLICATIONS OBSTETRIQUES EN REANIMATION : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRONOSTIC AU CHU GABRIEL TOURE. FMOS, 2012.
- [26] PRISE EN CHARGE DU PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE. Faculté de médecine de Paris: école des sages femmes de BAUDELOCQUE; 2010.
- [27] Mian DD, Angoi V, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S. hematome retro placentaire (HRP) et mort foetale in utéro (MFIU) a propos de 70 cas et revue de litterature 2014;19.
- [28] fatou N R S. Aspects cliniques biologiques et therapeutiques de l'hematome retroplacentaire a propos de 121 cas colligés à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide Le Dantec. cheikh anta diop, 2003.
- [29] THIAM Djeneba. etude du pronostic maternel et perinatal de l'hematome retroplacentaire au centre hospitalier national de PIKINE. 2021.
- [30] Pritchard JA, Cunningham FG, Pritchard SA, Mason RA. On reducing the frequency of severe abruptio placentae. Am J Obstet Gynecol 1991;165:1345–51. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(91\)90365-X](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90365-X).
- [31] RI N. Abruptio placentae and placenta previa: frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. Obstet Gynecol 1980. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7383456/> (accessed September 12, 2023).
- [32] Z.N. Andriamandimbison, N.P. Ahoungeng, R.C. Adjoby, M.F. Ramarokoto, C. Dipace, E. Dienga Tshofu. Mort fœtale in utero : étiologies et prise en charge à l'hôpital Laennec de Creil. 2014 2014;6:49–56.
- [33] Visintin C, Muggleston MA, Almerie MQ. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance | The BMJ 2010. <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c2207/related> (accessed September 12, 2023).
- [34] Golditch IM, Boyce NE. Management of Abruptio Placentae. JAMA 1970;212:288–93. <https://doi.org/10.1001/jama.1970.03170150042006>.
- [35] Tn A, Bm S, Jm H, Gd A. Relationship of hypertensive disease to abruptio placentae. Obstet Gynecol 1984. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6700860/> (accessed September 5, 2023).

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

- [36] Lm D, Pn A, Jt S, Dr R, Ah B, Ac C. Revisiting HELLP syndrome. Clin Chim Acta Int J Clin Chem 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26525965/> (accessed September 20, 2023).
- [37] Leone M, Michel F, Martin C. Sympathomimétiques : pharmacologie et indications thérapeutiques en réanimation. EMC - Anesth-Réanimation 2008. <https://www.semanticscholar.org/paper/Sympathomim%C3%A9tiques-%3A-pharmacologie-et-indications-Leone-Michel/d05178f43909e6c2520989c98194619e9bfd47c1> (accessed September 27, 2023).
- [38] M. BIAIS, C. CARRIÉ, B. VALLÉ, N. MOREL, F. D ELAUNAY, P. REVEL. Le choc hypovolémique 2013.
- [39] Matsanga A, Obame R, Nkili GE, Essone JFN, Ovah CM, Vemba A, et al. Prise en Charge des Etats de Choc Hémorragique Post-Traumatique au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. Health Sci Dis 2020;21. <https://doi.org/10.5281/hsd.v21i4.1913>.
- [40] Doumbia M. Aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'hématome rétro placentaire au centre de santé de référence de Kita . Thesis. USTTB, 2023.
- [41] X. Monnet a, J.-Y. Lefrant b, J.-L. Teboul a. Sécurisation des procédures « circulatoires » (administration des drogues vasoactives, utilisation des cathéters artériels, veineux centraux et artériels pulmonaires). 2 Juillet 2008 2008:548–56. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2008.06.017>.
- [42] . Duranteau J. Recommandations SFAR-SRLF-SFMU dans le choc hémorragique tome 1 février 2015. 65-70 n.d.

FICHE SIGNALETIQUE

Noms : MAGNE TCHENTE

Prénoms : LUCRESSE MORELLE

Email : magnelucresse29@gmail.com

Titre : Aspects Thérapeutiques Et Pronostiques de l'hématome Retro
placentaire (HRP) dans le service de Réanimation polyvalente du CHU Gabriel
Toure

Année universitaire : 2023-2024

Pays d'origine : CAMEROUN

Ville et pays de soutenance : Bamako-MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : Anesthésie – Réanimation – Gynécologie

RESUME :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 13 mois allant du 1^{er} JANVIER 2023 au 31
JANVIER 2024

Il s'agissait d'une étude retro prospective, transversale et analytique avec pour objectif
général d'étudier les aspects thérapeutiques et pronostiques des hématomes retro placentaire
en réanimation

Au cours de cette période, sur 651 admissions en réanimation 60 ont été colligés, représentant
une prévalence de 9,216%. La tranche d'âge 20 – 24 ans était la plus représentée avec un
pourcentage de 26,7%, la moyenne était de $29,30 \pm 7,370$ ans. Le motif d'hospitalisation le
plus représenté était le choc hémorragique à 81,7% des cas et la majorité de ces patientes
provenait du bloc opératoire de la gynécologie soit 61,7 %.

Selon la classification de SHER le grade IIIa a été le plus constaté à 70% des cas.

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Le signe clinique le plus retrouvé était la tachycardie à 91,7% et en ce qui concerne la biologie, 56,7% des patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL et 23,3 % avaient un taux de prothrombine bas.

Nous avons constaté que 40% des patientes ont été mises sous ventilation mécanique et que seulement 8,5% ont bénéficié d'une voie veineuse centrale.

La complication majeure observée était le choc hémorragique avec une fréquence de 58,3%. Toutes les patientes ont bénéficié d'un remplissage vasculaire, 100% des patientes ont reçu du sérum salé isotonique. La majorité des patientes ont été admises sous amine et la noradrénaline a été la catécholamine de choix dans 50% des cas. Une transfusion de concentré de globule rouge (seul) a été effectuée dans 76,6% et 23,3% ont reçu à la fois des concentrés de globule rouge et des plasmas frais congelés.

L'acide tranexamique a été utilisé dans 63,3% des cas et les antihypertenseurs ont été utilisés dans 25% des cas.

Le pronostic fœtal était sombre dans 100% des cas et chez la mère l'évolution était favorable dans 80% des cas.

Mots-clés : Hématome retro placentaire, état de choc, réanimation

FACT SHEET

Names: MAGNE TCHENTE

First names: LUCRESSE MORELLE

Email : magnelucresse29@gmail.com

Title : Therapeutic and Prognostic Aspects of Retroplacental Hematoma (RPH) in the Intensive Care Unit of CHU Gabriel Toure

Academic year: 2023-2024

Country of origin: CAMEROON

City and country of defense: Bamako-MALI

Place of deposit : Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology.

Fields of interest : Anaesthesia - Intensive care - Gynaecology

SUMMARY :

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

Our study took place over a period of 13 months from 1 JANUARY 2023 to 31 JANUARY 2024.

This was a prospective, cross-sectional and analytical study with the general aim of studying the therapeutic and prognostic aspects of retroplacental haematomas in intensive care.

During this period, out of 651 admissions to intensive care, 60 were recorded, representing a prevalence of 9.216%. The 20-24 age group was the most represented with a percentage of 26.7%, the mean was 29.30 ± 7.370 years. The most common reason for hospitalisation was haemorrhagic shock in 81.7% of cases, and the majority of these patients came from the gynaecology operating theatre (61.7%).

According to the SHER classification, grade IIIa was observed in 70% of cases.

The most common clinical sign was tachycardia (91.7%), and 56.7% of patients had haemoglobin levels below 7 g/dL and 23.3% had low prothrombin levels.

We found that 40% of patients were placed on mechanical ventilation and only 8.5% had a central venous line.

The major complication observed was haemorrhagic shock, with a

All patients received vascular filling, and 100% of patients received isotonic saline. The majority of patients were admitted on amine therapy, and noradrenaline was the catecholamine of choice in all cases. Transfusion of red blood cell concentrate (alone) was performed in 76.6% and 23.3% received both red blood cell concentrate and fresh frozen plasma.

Tranexamic acid was used in 63.3% of cases and antihypertensive drugs were used in 25% of cases.

The fetal prognosis was poor in 100% of cases, while the maternal outcome was favourable in 80% of cases.

Key words: Retroplacental haematoma, shock, intensive care unit

ANNEXES

X) ANNEXE

Fiche d'enquête

N° fiche d'enquête : /_/_/_/_/_ / N° DOSSIER : /_/_/_/_/_ /

Date: /_/_/_/_/_ /

I. Données sociodémographiques

- 1- Prénom et Nom :
- 2- Age :ans
- 3- Ethnies : 1) Bambara, 2) Sarakolé, 3) Peulh, 4) Malinké, 5) Sonrhäi, 6) Dogon, 7) Sénoufo, 8) Bobo, 9) Minianka, 10) Bozo, 11) Autres :
- 4- Résidence :
- 5- Statut matrimonial : 1) Mariée 2) Célibataire 3) veuve 4) Divorcée 5) Autres :

II. Clinique

- 1- Mode d'admission : 1) transfert 2) Evacuée
- 2- Provenance : 1) gynécologie 2) bloc opératoire 3) autres
- 3- Motif de référence/évacuation : 1) HTA 2) Choc hypovolémique 3) Autres :
- 4- Antécédents médicaux : 1) HTA 2) Hémoglobinopathie (si oui préciser) : 3) Néant 4) Autres.....
- 5- Antécédents chirurgicaux :
- 6- Antécédents obstétricaux :
- 7- Classification de sher : 1) grade II 2) grade IIIa 3) grade IIIb
- 8- Age de la grossesse :
- 9- Voie d'accouchement : 1) Basse 2) Haute
- 10- Statut fœtale ; 1) vivant 2) Mort
- 11- Si mort : 1) frais 2) macéré
- 12- Examen à l'admission :
 - **Signes généraux**
 - 1- Etat général : 1) bon, 2) passable, 3) mauvais
 - 2- Conjonctives : 1) colorées, 2) pâles
 - 3- Pression artérielle : mmHg
 - 4- Sous amines : 1) oui ; 2) non
 - 5- Œdèmes des membres inférieurs : 1) oui, 2) non
 - 6- Température :° c

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

- 7- Pouls :pulsation/mn
- 8- Saturation :%
- 9- Diurèse :ml
- 10- Score neurologique : 1) score de glasgow ; 2) score de réveil d'aldret ; 3) score RASS
Valeur :
- 11- Etat des Pupilles : 1) normo dilatées ;2) mydriases ;3) myosis ; 4) anisocories
- 12- Saignement objectivé 1) oui, 2) non
- 13- Types d'anesthésies : 1) anesthésie loco régionale ; 2) anesthésie générale ; 3) aucun

III. Examens complémentaires

- 1- Groupage /rhésus :
 - 2- Taux d'hémoglobine en g/dl :
 - 1) <7, 2) >7, taux réel/...../
 - 3- Taux de plaquettes/mm³ :
 - 1) <50 000, 2) [50000-150000], 3)>150000, taux réel/...../
 - 4- Créatininémie en umol/l : 1) <110, 2) >110, créat réelle/...../
 - 5- Urée en mmol/l : 1) ≤9, 2) >9, urée réelle/...../
 - 6- Transaminases hépatiques : ALAT : 1) [8-35], 2)>35, valeur réelle/...../
- ASAT : 1) [8-30], 2) >30, valeur réelle/...../
- 7- Taux de prothrombine (TP) en % : 1) <70, 2)>70, taux réel/...../
 - 8- Temps de céphaline activateur (TCA) en seconde(s) :
 - 1) <40, 2)>40, temps réel/...../

IV- THERAPEUTIQUE

➤ **Conditionnement**

- 1- Sonde urinaire : 1) oui, 2) non
- 2- Voie veineuse périphérique : 1) oui, 2) non
- 3- Voie veineuse centrale : 1) oui, 2) non
- 4- Oxygénothérapie : 1) oui, 2) non
- 5- Ventilation mécanique : 1) oui, 2) non

➤ **Soluté utilisé :**

- 1- Cristalloïdes : 1) sérum salé 0,9%, 2) ringer lactate, 3) aucun
- 2- Colloïdes : 1) gélatine, 2) hydroxyethylamidon, 3) aucun

**ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HEMATOME RETRO
PLACENTAIRE AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU GABRIEL TOURÉ**

3- Volume de soluté de remplissage utilisé

4- Cristalloïde en ml : 1) [500-1000], 2) [1500-2000], 3) [2500-3000], valeur réelle/...../

5- Colloïdes en ml : 1) [500-1000], 2) [1500-2000], 3) [2500-3000], valeur réelle/...../

➤ **Amines vasopressives**

1- Adrénaline : 1) oui, 2) non

2- Noradrénaline : 1) oui, 2) non

3- Dobutamine : 1) oui, 2) non

4- Durée sous amines en heures : 1) <24, 2) [24-48], 3) >48, valeur réelle/...../

➤ **Transfusions de produits sanguins labiles**

1- Concentré de globules rouges : 1) oui, 2) non

2- Concentré plaquettaire : 1) oui, 2) non

3- Plasma frais congelé : 1) oui, 2) non

➤ **Nombre de poche de produits sanguins labiles demandés**

1- Concentré de globules rouges:/...../

2- Plasma frais congelé:/...../

3- Concentré plaquettaire:/...../

➤ **Nombre de poches de produits sanguins labiles transfusés**

1- Concentré de globules rouges:/...../

2- Plasma frais congelé:/...../

3- Concentré plaquettaire:/...../

➤ **Hémostase**

1- Hémostase mécanique : 1) chirurgical, 2) endoscopique aucun

2- Utilisation de l'acide tranexamique : 1) oui, 2) non

➤ **AntiHTA : 1) oui, 2) non**

Si oui lequel ?

V- COMPLICATIONS ASSOCIEES

1) Etat de choc ; 2) Trouble de la coagulation 3) complication rénale 4) Eclampsie 5)

Hématome sous capsulaire du foie 6) CIVD 7) Autre (préciser)

IV- EVOLUTION :

1) Transférée ; 2) sortie ; 3) Décédés

Si décès, cause :

➤ **Durée d'hospitalisation :**

1) <1, 2) [1-3], 3) >3, valeur réelle/...../

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !