

Résultats de la prise en charge de l'hématome rétroplacentaire à la formation sanitaire de Yopougon-Ouassakara.

Results of the management of retroplacental hematoma at urban health center of Yopougon-Ouassakara

Olou LN^{1,2}, Koffi AK^{1,2}, Brou A², Abla Adakanou^{1,2}, Zoua GA^{1,2}, Aka AK^{1,2}, Kouamé MN, Fanny M^{1,2}, Horo A^{1,2}

¹ Département de Gynécologie-Obstétrique, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, 01 BP V13 Abidjan, Côte d'Ivoire. Unité de Formation et de Recherche en Sciences Médicales d'Abidjan, 01 BP V166 Abidjan.

² Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon, 21 BP 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire.

Institut Pasteur de Côte d'Ivoire.

Correspondances : Olou N'Guessan Luc, Email : olounguessan@yahoo.fr Tel : +2250707362364

Reçu le 24 février 2025 - Accepté le 21 mai 2025 - Publié le 2 juillet 2025

RESUME

Introduction : L'hématome rétroplacentaire est un accident paroxystique qui menace le pronostic maternel et fœtal. Il s'agit d'une urgence majeure en pathologie obstétricale. L'objectif de cette étude était de présenter les résultats de la prise en charge de l'hématome rétroplacentaire dans notre service.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive menée dans le service gynécologie obstétrique de la formation sanitaire de Yopougon-Ouassakara. Elle a utilisé les dossiers des patients prise en charge pour hématome rétro-placentaire de Janvier 2023 à Décembre 2024.

Résultats : La fréquence de l'HRP était de 11,67 pour 1000 accouchements soit 1,16%. L'âge moyen des patientes était de 26,98 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans. les patientes étaient majoritairement primipares. Le grade IIIa de SHER était le plus fréquent dans notre série. La césarienne représentait la voie d'accouchement la plus fréquente associée à une ligature des artères hypogastriques. L'anémie maternelle et la mortalité périnatale ont été les complications maternelles et néonatales les plus observées dans notre étude.

Conclusion : Cette étude a montré le résultat de la prise en charge des patientes ayant présenté un hématome rétroplacentaire. La césarienne était la voie d'accouchement la plus utilisée avec la ligature des artères hypogastriques.

Mots-clés: Hématome rétroplacentaire, césarienne, mortalité maternelle, mortalité périnatale.

SUMMARY

Introduction: Retroplacental hematoma is a sudden obstetric emergency that threatens both maternal and fetal prognosis. It is a major emergency in obstetric pathology. The objective of this study was to present the outcomes of the management of retroplacental hematoma in our department.

Materials and Methods: This was a cross-sectional descriptive study conducted in the obstetrics and gynecology department of the Yopougon-Ouassakara health facility. It utilized the medical records of patients managed for retroplacental hematoma from January 2023 to December 2024.

Results: The frequency of retroplacental hematoma was 11.67 per 1000 deliveries, or 1.16%. The average age of the patients was 26.98 years, ranging from 17 to 45 years. Most patients were primiparous. SHER grade IIIa was the most frequent in our study. Cesarean section was the most common mode of delivery, often associated with hypogastric artery ligation. Maternal anemia and perinatal mortality were the most frequently observed maternal and neonatal complications in our study.

Conclusion: This study highlighted the outcomes of the management of patients with retroplacental hematoma. Cesarean section was the most commonly used mode of delivery, often accompanied by hypogastric artery ligation.

Keywords: Retroplacental hematoma, cesarean section, maternal mortality, perinatal mortality.

INTRODUCTION

La grossesse est un processus naturel, mais elle comporte de nombreux risques. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2020, environ 287 000 femmes sont décédées de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, ce qui équivaut à près de 800 décès par jour. Près de 95 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire[1]. L'hématome rétroplacentaire (HRP) est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité périnatales en raison de son apparition brutale [2]. Dans les pays en voie de développement, sa prévalence varie entre 1 et 9%. [3-5]. L'hématome rétroplacentaire (HRP) est décrit comme le décollement prématûr du placenta normalement inséré (DDPNI) qui se produit lorsqu'un hématome est formé dans la zone de clivage entre le placenta et l'utérus, généralement après 20 semaines de grossesse[6]. Il s'agit d'une pathologie obstétricale imprévisible avec d'importantes complications materno-fœtales. Les complications maternelles les plus fréquentes sont le choc hémorragique, les hémorragies, les troubles de l'hémostase et, plus rarement, la mort maternelle[7]. Parmi les complications fœtales et néonatales, l'on retrouve : l'asphyxie fœtale, la prématûrité et le décès périnatal [8]. Le taux de mortalité périnatale est d'environ 10 à 20 % en Europe et peut atteindre 60 à 75 % dans les pays en développement [9]. La prise en charge de l'HRP constitue ainsi une urgence médico-chirurgicale de premier plan nécessitant une évacuation utérine rapide [10]. Dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes présentant un hématome rétro-placentaire en vue de réduire la mortalité maternelle et périnatale, nous présentons les résultats de la prise en charge de l'hématome rétro-placentaire dans une maternité chirurgicale à base communautaire de la commune de Yopougon

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive menée à la formation sanitaire à base communautaire de Yopougon-Ouassakara de Janvier 2023 à Décembre 2024 . Elle a concerné toutes les patientes ayant présenté un hématome rétro-placentaire durant la période d'étude. Les patientes incluses dans l'étude étaient des patientess pour lesquels un diagnostic d'hématome rétroplacentaire a été établi sur une base clinique (

métrorragie faite de sang noirâtre, hypertonie utérine). Ces patientes ont été traitées dans le service d'obstétrique gynécologique du centre de santé de Yopougon-Ouassakara. Nous avons effectué un recrutement exhaustif de tous les dossiers de patientes qui répondaient à nos critères d'inclusion. Cette technique d'échantillonnage nous a permis de collecter des données dans 103 dossiers de patientes avec un hématome placentaire rétroplacentaire pendant la période de l'étude. Les dossiers médicaux des patientes ainsi que les registres d'accouchement ont servi de base de recueil de données au moyen d'un questionnaire standardisé pour collecter des informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patientes, aux caractéristiques obstétricales, à la prise en charge thérapeutique et aux complications de la mère et du nouveau-né. Les variables statistiques étudiées étaient la variable de résultats qui la présence d'hématome rétroplacentaire, les caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, origine, niveau d'instruction, situation matrimoniale), caractéristiques obstétricales (Gestité, parité, âge gestationnel, le grade d'HRP), les résultats de la prise en charge (mode d'accouchement, transfusion sanguin, procédures chirurgicales associées), les complications maternelles et néonatales (Hémorragie du post-partum, Coagulopathie, Anémie, Décès maternel , Score d' Apgar, Prématûrité, Décès néonatal). Les variables continues sont présentées comme les moyennes et les écarts types. Les variables catégoriques sont résumées en termes de fréquences et de proportions. Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel EPI INFO.

RESULTATS

Prévalence : Durant la période d'étude, nous avons colligé 103 cas d'hématomes rétroplacentaire sur 8822 accouchements. La prévalence de l'HRP était de 11,67 pour 1000 accouchements soit 1,16%.

Caractéristiques socio-démographiques : La tranche d'âge ≥ 35 ans était la plus représenté dans 58,25% des cas. L'âge moyen des patientes était de 26,98 ans avec des extrêmes de 17 et 45ans. La plupart (64,1%) des patientes n'avait aucun niveau d'instruction suivie du niveau primaire dans 23,3% des cas et étaient pour la plupart (44%) en couple. Tableau 1

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Effectif (n)	%
Age		
• < 20 ans	20	19.4
• 20-35 ans	23	23.3
• > 35 ans	60	58.3
Niveau d'étude		
• Aucun	66	64.1
• Primaire	24	23.3
• Secondaire	11	10.7
• Supérieur	2	1.9
Statut matrimonial		
Mariée	19	19.4
Non mariée	84	80.6

Données obstétricales : S'agissant des caractéristiques obstétricales, les patientes étaient majoritairement nullipares dans 31,1%, paucipare dans 30,1% et primipares dans 29,1% des cas. La plupart (57,3%) des patientes étaient à terme. Le grade IIIa de SHER était le plus fréquent dans 60,2% suivi du grade II de SHER dans 36,9%. Tableau 2

Tableau 2 : Données obstétricales

Variables	Effectif (n)	%
Gestité		
• Primigeste	20	19.4
• Paucigeste	55	53.4
• Multigeste	28	27.2
Parité		
• Primipare	62	60.2
• Paucipare	31	30.1
• Multipare	10	9.7
Age gestationnel (SA)		
• 28-34	25	24.3
• 34-37	19	18.4
• 37-40	49	47.6
• >40	10	9.7
Grade d'HRP		
• Grade II	62	60.2
• Grade IIIa	38	36.9
• Grade IIIb	3	2.9

Complications maternelles et néonatale : Parmi les complications maternelles, l'anémie était la plus fréquente dans 51,5% suivies de la coagulopathie et de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine respectivement dans 11,6% et 9,7%. Le décès maternel a été déploré chez 3 patientes soit 2,9%. S'agissant des complications fœtales ou néonatales, le décès périnatal a été majoritairement observé dans 63,1%. Tableau 4

Tableau 4 : Complications néonatales

Complications	Effectif (n)	%
Complications maternelles		
Hémorragie du post-partum	10	9.7
Coagulopathie	12	11.6
Anémie	53	51.5
Décès maternel	3	2.9
Complications néonatales		
Mauvais score d' Apgar	13	14.5
Prématurité	15	3.9
Hypotrophie	4	3.9
Décès néonatal	65	63.1

DISCUSSION

La fréquence de l'hématome retro placentaire varie considérablement d'un pays à l'autre et au sein même d'un pays. Dans notre étude, nous avons retrouvé une fréquence de 1,16%. Mian et al [11] au CHU de Cocody retrouvait dans une étude rétrospective une fréquence légèrement supérieure à la nôtre de 1,55% ; Yaya et al ont retrouvé une prévalence de 0.96% au CHU de Bouake en Côte d'Ivoire[12] . Des fréquences plus élevées ont été retrouvées par plusieurs auteurs dans la littérature sous-régionale. Thiam et Biaye [4,13] au Sénégal, dans leurs études retrouvaient respectivement des fréquences de 6,05% et 1,97% d'hématome rétroplacentaire. Il en est de même pour Ali [3] au Niger qui retrouvait une fréquence de 5,2%. Par contre, Ngalé [10] en Centrafrique observait une fréquence plus basse de 0,21%. Ces différences de fréquences constatées

pourraient être expliquées par le grand nombre de grossesses non suivies ou mal suivies dans nos pays pauvre. Par ailleurs, les caractéristiques socio-démographiques et les critères diagnostiques de l'HRP dans toutes ces études pourraient aussi être associées à cette variabilité des fréquences.

L'âge est considéré par certains auteurs comme un facteur de risque d'hématome rétroplacentaire mais uniquement dans la population blanche [14]. D'autres auteurs, affirmaient que le risque entre l'âge maternel et l'HRP n'était lié que par le biais de la parité. Dans notre étude, La moyenne d'âge de ces patientes était de 26,98 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans. Ngbale [10] en République Centrafricaine retrouvait dans son étude, une moyenne d'âge similaire. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 35ans et plus dans 58,25%. Cependant, plusieurs auteurs ont trouvé des tranches d'âge inférieures à celles observées dans notre étude. Samaké dans une étude hospitalière réalisée au CHU de Bouaké retrouvait une majorité de patientes dans la tranche d'âge (21-35 ans) dans 64,4%. Biaye et Ngbale retrouvaient dans leurs études respectives au Sénégal et en Centrafrique des tranches d'âge de (25-29 ans) dans 30,6% et (20-24 ans) dans 31%. Ces différences s'expliqueraient par le fait que les patientes de ces tranches d'âge sont plus sexuellement actives[10,13].

La majorité (64,1%) de nos patientes n'a aucun niveau d'instruction. Les patientes du niveau primaire et secondaire ne représentaient que 23,3% et 10,7% des cas. Une patiente instruite est capable de s'affranchir des croyances culturelles et prendre des décisions en faveur des soins de santé optimaux. Bamba F [15] en Guinée Conakry observait une majorité de patientes non instruite dans 44,6%. Ali Z [3] au Niger, retrouvait également une majorité de patientes non instruite à un taux plus élevé de 82,92%.

La majorité (44%) de nos patientes vivait en couple. 38% des patientes était célibataires alors que

seulement 18% était mariée. YAYA [12], retrouvait 90,1% de patientes en couple tandis que dans l'étude d'Ali [3], la totalité des patientes était mariée. Ces différences s'expliquent par le fait que les filles deviennent plus sexuellement actives du fait des mariages précoces.

La parité moyenne des patientes de notre étude était de 1,45. Les nullipares représentaient 31,1% suivies des paucipares dans 30,1%. Nos résultats diffèrent de ceux de nombreux auteurs. En effet, Thiam [4] et Biaye [13] au Sénégal retrouvait en majorité des grandes multipares et multipares respectivement dans 37,8% et 66% avec des parités moyennes de 4,9 et 4,8. Ali [3] quant à lui observait une majorité de multipares et grandes multipares dans 69,9%. Ces parités élevées s'expliquent par le fait que ces populations ont été initiées précocement à l'activité sexuelle.

Les patientes de notre étude étaient pour la plupart porteuses d'une grossesse à terme dans 57,3%. Nombreux sont les auteurs qui ont trouvé des résultats similaires à ceux de notre étude. Ali [3] et YAYA [12] avaient retrouvé respectivement 79,26% et 48,1% de patientes à terme. Biaye [7] retrouvait une moyenne d'âge gestationnel de 36 SA. L'hématome retro placentaire est une pathologie du troisième trimestre de la grossesse pouvant se rencontrer aussi bien chez des patientes en travail ou non.

Sur le plan clinique, le grade le plus fréquemment diagnostiqué dans notre étude était le grade IIIa de SHER. Les grades II et IIIb représentaient respectivement 36,9 et 2.9%. Nos résultats sont corroborés par Biaye [13], Samaké [12] et Abdelkader [16] qui retrouvaient dans leurs études des HRP grade III respectivement dans 75,1%, 80,7% et 86,5%. Ces résultats pourraient s'expliquer par des délais importants entre l'apparition des symptômes et l'admission en salle de naissance grevant lourdement le pronostic materno-fœtal.

La césarienne a représenté le mode d'accouchement le plus fréquent dans notre étude dans 93,2%. Ali [3] et Abdelkader [16] au Niger et en Mauritanie observait respectivement des taux de césarienne tout aussi élevés à 99,6% et 90,7%. Il en est de même pour Samaké [12] qui retrouvait un taux de césarienne

relativement plus bas à 82,2%. Ces taux élevés de césarienne constatés dans ces études s'expliquent par le fait qu'elle constitue le mode d'évacuation utérine le plus rapide quel que soit l'état foetal. Ce mode d'accouchement ne fait cependant pas l'unanimité de certains auteurs. Bohec et al. [17] recommandent une attitude attentiste face à la HRP en cas de mort foetale et de troubles de la coagulation. Dans les pays en voie de développement, comme au Sénégal, où le plateau technique est bas et compte tenu des conditions et du délai d'admission des patientes, certains auteurs pensent que l'attitude expectative en cas de mort foetale n'est pas indiquée compte tenu de l'insuffisance en produits sanguins disponibles et en ressources humaines et financières pour prendre en charge l'anémie sévère, le choc hypovolémique et la CIVD [13].

Concernant le traitement chirurgical complémentaire, nous avons réalisé 4 (40%) ligatures bilatérales des artères hypogastriques (LIBAH) et 2 hystérectomies d'hémostase soit 20% pour des hémorragies de la délivrance par atonie utérine. Nos résultats diffèrent sensiblement de ceux de Biaye [13] au Sénégal qui avait retrouvé 40,6% de chirurgie conservatrice (ligature artérielle et compression B-lynch) et 37,5% d'hystérectomie d'hémostase. Ali [3] au Niger, retrouvait seulement 2% d'hystérectomie d'hémostase dans son étude. Les protocoles thérapeutiques concernant la prise en charge de l'atonie utérine diffère d'un service d'obstétrique à l'autre.

La morbidité maternelle dans notre étude était dominée par l'anémie chez 53 patientes soit 51,5% suivie de la coagulopathie dans 11,6% et de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine dans 9,7%. Le taux de décès maternel était de 2,9%. Comme pour la plupart des études africaines, la morbidité maternelle est dominée par l'anémie [4,13,16]. Biaye [13] avait retrouvé une anémie chez 75,4% des patientes. Cependant les autres complications, notamment l'insuffisance rénale, le HELLP syndrome, la coagulopathie et l'atonie utérine étaient retrouvé à des taux très différents. Des taux de mortalité plus élevés ont été retrouvés

dans les études de Biaye [13] et Yaya [12], respectivement de 7% et 12,9%. Ces différences pourraient s'expliquer par le tableau clinique à l'admission, la coexistence de plusieurs complications et l'indisponibilité de produits sanguins.

La morbi-mortalité chez les fœtus était dominée par le décès périnatal dans 63,1% suivie de la prématurité et du mauvais APGAR respectivement dans 14,6% et 12,6%. Samaké [12] et Abdelkader [16] retrouvait aussi une létalité néonatale élevée respectivement à 79,2% et 74,2%. Ces résultats ne sont que la conséquence du tableau clinique initial et de l'hypotrophie néonatale traduisant leur fragilité.

CONCLUSION

L'hématome rétroplacentaire demeure une urgence médico-obstétricale majeure dans notre pratique, car il s'agit d'un accident brutal et souvent imprévisible, dont le diagnostic est parfois difficile. Le pronostic maternel est dominé par l'anémie, coagulopathie et l'atonie utérine pouvant conduire à une hystérectomie totale voire au décès en l'absence de produits sanguins. Une spoliation sanguine importante et un retard d'expulsion aggravent le pronostic ; d'où l'intérêt d'élargir les indications de césarienne pour hématomes rétroplacentaire, quel que soit l'état foetal.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs : Luc N'Guessan Olou a proposé le draft de l'article. Mathias N'Dri a contribué à l'analyse des données. Les autres auteurs ont contribué à la correction du draft et à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

1. **Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance.** WHO/UNICEF joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth. Disponible à l'adresse <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database>
2. **Tikkanen, M.** Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2011;90(2):140-149
3. **Ali Z, Issoufou HB, Idé AH, Sayo AD.**

- Déterminant de l'hématome rétroplacentaire au centre de santé maternelle et infantile de Maradi, Niger : Une étude cas témoins. BMC Grossesse Accouchement. 2024 ; 24(724).
4. **Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, Touré FB, Gaye M, Niang M et al.** Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques du décollement placentaire dans une maternité de référence en milieu rural (RHC de Ndioum). Revue médicale panafricaine. 2014 ; 17
5. **Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Kone DDA, Djanhan Y.** Le décollement placentaire au CHU de Bouaké : à propos de 524 cas. Journal de SAGO. 2013 ; 14, 39-44.
6. **Dulay AT.** Retro placental hematoma. 2024. [cited 2024 Aug 20]; Available on <https://www.merckmanuals.com>
7. **Diallo F Bamba, Bah EM, Keita M, Sow A, Sow FD, Baldé AA, et al.** Retro placental hematoma: Sociodemographic, clinical and maternal-fetal prognosis study in the maternity ward of the Ignace Deen National Hospital, Conakry University Hospital. Jaccr Afr. 2022;6(2):105–13
8. **Samaila A, Soumana A, Kamaye M, Laminou Mahamane R, Garba M, Mamoudou AD, et al.** Pronostic périnatal des grossesses compliquées par un hématome rétro-placentaire à la maternité Issaka Gazobi de Niamey. Jaccr Afr. 2022;6(3):360-5.
9. **Manuela GM.** Retro placental hematoma: state of play at Grenoble University Hospital. Gynecology and obstetrics. 2016. dumas-01349693
10. **Ngbale NR, Kogboma-Wongo GRDL, Kirokpi A, Gaunefet CE, Ouakoua GKK, Ouapou S et al.** Materno-Fetal Prognosis of Retro-Placental Hematoma at the Centre Hospitalier Universitaire Communautaire. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020; 10(10): 1351-7.
11. Mian DB, Angoi V, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S. Hématome Rétroplacentaire et mort fœtale in utero : A propos de 70 cas et revue de la littérature. SARAF. 2014.
12. **Yaya S, Estelle DL, Michele MMB, Narcisse KK, Alamun AI, Georgie MC, et al.** Retro Placental Hematoma: Maternal and Fetal Prognosis at the Maternity of the University Hospital of Bouake. Open J Obstet Gynecol. 2024;14:44–56
13. **Biaye B, Gassama O, Gueye MDN, Diallo M, Niass A, Cisse M et al.** Epidémiologie et pronostic des hématomes rétroplacentaires dans une maternité d'un centre hospitalier régional du sud du Sénégal. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2019; 9(2). <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=90439>
14. **Saftlas AF, Olson DR, Atrash HK.** National trends in the incidence of abruption placentae 1979-1987. Obstet Gynecol December. 1991 ; 78:1081-6.
15. **Bamba DF, Bah EM, Keita M, Sow A, Sow FD, Baldé AA, et al.** Hématome rétroplacentaire : étude sociodémographique, clinique et pronostique materno-fœtal à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. Jaccr Afr. 2022;6(2):105–13.
16. **Abdelkader F, Abdelkader N, Vall Malek M.** Hématome rétro placentaire aspects épidémiologiques cliniques, thérapeutiques et pronostiques au centre hospitalier national à propos de 97 cas. IJAR. 2019 ; 7 : 785-9.
17. **Bohec C, Collet M.** Abruptio Placentae. Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2015. 29 : 115-9.