



Place du traitement chirurgical et pronostic materno-fœtal de l'hématome rétroplacentaire à la Maternité de Befelatanana, Madagascar.

Place of the surgical management and materno-fetal outcome of placental abruption at the Maternity of Befelatanana, Madagascar.

B RAKOTOZANANY^{(1)*}, T A RAFANOMEZANTSOA⁽¹⁾, R J JOHANNES⁽¹⁾, J D C RASOLONJATOVO⁽²⁾, J A RANDRIAMBELOMANANA⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Faculté de Médecine de Toamasina, Madagascar

⁽³⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

Soumis le 19 octobre 2016
Accepté le 14 novembre 2016
Disponible en ligne le 30 juin 2017

RESUME

Introduction : L'hématome rétroplacentaire est un accident grave du troisième trimestre de grossesse. Notre objectif est de préciser la fréquence du traitement chirurgical, de décrire les différentes techniques chirurgicales et de déterminer le pronostic materno-fœtal. **Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU-GOB), Antananarivo du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011. **Résultats :** Nous avons retrouvé une fréquence de 0,59% d'hématome rétroplacentaire. La moyenne d'âge des parturientes était de 28,7 ans. Les primipares étaient les plus représentées (47,9%). Une hypertension artérielle était observée dans près de 20% des cas, un saignement génital dans 81,2% et 64,6% des patientes avaient un utérus contracturé à l'examen clinique. Une césarienne était effectuée dans 79,2% des cas. Un utérus violacé était retrouvé dans 44,7% dont 5,3% des utérus étaient carrément apoplectiques. Une chirurgie conservatrice de l'utérus était décidée chez 18,4% des parturientes, contre 15,8% d'hystérectomie. Trois décès maternels étaient déplorés et un mauvais pronostic fœtal avec 91,7% de mort fœtal in utero. **Conclusion :** L'hématome rétroplacentaire reste de mauvais pronostic pour le fœtus. La chirurgie conservatrice de l'utérus devrait être enseignée et partagée dans nos centres hospitaliers en vue de conserver la fertilité ultérieure.

Mots clés : Apoplexie Utérine - Chirurgie - Hématome Rétroplacentaire.

ABSTRACT

Background: The placental abruption is a serious accident in the third trimester of pregnancy. The aim of our study was to specify the frequency of surgical treatment, describe surgical techniques and determine the maternal and fetal prognosis. **Materials and Methods:** We conducted retrospective and descriptive study at the Obstetrics and Gynecology University Medical Center of Befelatanana, Antananarivo, from January, 1st to December, 31st 2011. **Results:** We reported a frequency of 0.59% placental abruption. The average age of these mothers was 28.7 years. Primiparous were most represented (47.9%). Hypertension was observed in almost 20% of cases, genital bleeding in 81.2% and 64.6% of patients had a uterus contracted on clinical examination. A cesarean was performed in 79.2% of cases. Purplish uterus was found in 44.7% of which 5.3% of the uterus was downright apoplectic. Conservative surgery of the uterus was determined in 18.4% of women in labor, against 15.8% a hysterectomy. Three maternal deaths were deplored and poor fetal outcome with 91.7% of fetal death in utero. **Conclusion:** Placental abruption has a bad prognosis for the fetus. Uterine conservative surgery should be taught and shared in our hospitals to conserve subsequent fertility.

Keywords: Uterine Apoplexy - Surgery - Placental Abruption.

INTRODUCTION

L'hématome rétroplacentaire (HRP) correspond au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré [1]. C'est un accident de survenue brutale et le plus souvent imprévisible [2]. L'interruption de la circulation materno-fœtale causée par l'hématome est à l'origine d'une souffrance fœtale, des troubles hémodynamiques, et des anomalies de la coagulation par consommation locale intra-utérine du fibrinogène. De ce fait, il constitue l'urgence médico-obstétricale par excellence.

Dans les pays en développement, l'hématome rétroplacentaire reste une pathologie gravidique préoccupante à cause de la complexité de sa prise en charge [3] et reste une des principales causes de morbi-mortalité en période périnatale [4-5]. Il est à l'origine d'une hémorragie du post-partum et d'une extravasation de sang dans le myomètre, caractérisant l'apoplexie utérine [2]. Dans notre pratique quotidienne au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique (CHU-GOB) de Befelatanana Antananarivo (Madagascar), le traitement chirurgical d'hémotase de l'utérus apoplectique fait partie intégrante de la prise en charge de l'hématome rétroplacentaire. Ainsi,

nous avons mené cette étude qui vise à évaluer la fréquence du traitement chirurgical d'hémotase et de déterminer le pronostic materno-fœtal.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive au CHU-GOB Befelatanana, sur une période d'un an allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011. Durant cette période, toutes les femmes présentant une HRP selon la classification de Sher avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 20 semaines d'aménorrhée (SA), ont été incluses quel que soit l'issue maternelle et fœtale. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des parturientes, saisies et analysées dans une base de données informatique. Les variables

Du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RAKOTOZANANY Besaina

Adresse : Service de Gynécologie et Obstétrique

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, 101 Antananarivo

Téléphone : +261 34 25 872 00

E-mail : rbesaina@yahoo.com

suivantes ont été analysées : la fréquence de l'HRP, l'âge et la parité, le nombre de consultation prénatale (CPN), les signes d'examen clinique observés à l'entrée, le mode d'accouchement, l'état de l'utérus en cas de césarienne, le traitement chirurgical d'hémostase, le devenir maternel et fœtal et l'indice d'Apgar (si le fœtus est vivant).

RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 48 cas d'HRP sur 8047 accouchements (soit une fréquence de 0,59%). L'âge moyen des parturientes était de 28,7 ans. Vingt-trois patientes (47,9%) étaient des primipares. Trente-quatre patientes (70,80%) étaient non ou mal suivies (cf. Tableau I). A l'examen clinique, une hypertension artérielle était retrouvée chez 12,5% des patientes, un saignement génital chez 80,2% des cas et les bruits du cœur fœtal inaudibles chez 35 parturientes (72,90%) (cf. Tableau I). L'échographie a permis de poser le diagnostic dans 66,7% des cas.

Tableau I : Répartition des patientes selon leur parité, le nombre de Consultations Périnatales (CPN) et l'examen clinique à l'admission.

Paramètres étudiés	n	%
Parité		
1	23	47,90
2 ou 3	15	31,30
4 et plus	10	20,80
Nombre de CPN		
0-3	34	70,83
4 et plus	14	29,17
Examen clinique à l'admission		
Bon état général	44	91,70
Etat de choc	4	8,30
Poussée hypertensive	9	18,80
Utérus contracturé	31	64,60
Saignement génital	39	81,20
BDCF(*) inaudibles	35	72,90

(*) BDCF : Bruits du Cœur Fœtal.

Une césarienne était décidée pour 38 patientes (79,2%) et lors de l'intervention, une apoplexie utérine était observée dans 5,3%. Six hystérectomies d'hémostase (15,8%) ont été réalisées, contre sept cas (18,4%) de techniques conservatrices (techniques de B-Lynch et Tsurulnikov) (cf. Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon le type du traitement chirurgical.

Chirurgie d'hémostase	n	%
Abstension	27	71,10
B-Lynch	4	10,50
Tsurulnikov	3	7,90
Hystérectomie	6	15,80

Une transfusion sanguine était réalisée dans 66,7% des cas. Nous avons relevé 6,25% de décès maternels durant la période d'étude. Le poids de naissance des nouveau-nés était compris entre 1500 et 2500g dans 43,70% et 44 fœtus sont morts in utero (91,70%). Chez les quatre enfants nés vivants, trois (75%) ont présenté des signes de souffrance aiguë avec un indice

d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute.

DISCUSSION

Nous avons trouvé une fréquence de 0,59%. Cette fréquence rejoint la littérature qui estime une incidence d'HRP dans le monde comprise entre 0,5 et 1,8% des grossesses [2]. Toutefois, elle reste élevée en Afrique et va jusqu'à 3,6% dans l'étude de Nayama M et al au Niger [3]. La moyenne d'âge était de 28,7 ans et se rapproche de celui trouvé par Gueneuc A et al qui était de 28 ans [6]. Les patientes ont dépassé l'âge de 30 ans dans notre étude dans 39,6% des cas. Des études menées en Côte-d'Ivoire et au Sénégal [7-8], ont prouvé également une fréquence plus élevée d'HRP après l'âge de 30 ans.

Une césarienne a été décidée pour 79,2% des parturientes. Nayama M et al au Niger ont retrouvé un taux élevé (94,1%) [3]. Dans les pays occidentaux, il y a une tendance à pratiquer une césarienne systématique quel que soit l'état du fœtus pour éviter les complications. Une apoplexie utérine était retrouvée dans 5,3% de nos cas et une prise en charge chirurgicale était indiquée. Une technique chirurgicale conservatrice était décidée chez 18,4% de nos patientes, et 15% de traitement chirurgical radical. Les seules techniques conservatrices utilisées étaient la plicature utérine selon B-Lynch et la triple ligature de Tsurulnikov. Dans la littérature, d'autres techniques ont été décrites comme la ligature étagée (stepwise) [9-10], le capitonnage des parois utérines décrites par Cho JH et al [11]. L'indication de chaque technique conservatrice en cas d'HRP et d'apoplexie utérine concernant en partie ou en totalité le myomètre n'est pas encore bien précise dans la littérature. La technique de B-Lynch était la plus utilisée dans notre unité (10,50%). Cela peut se justifier par le fait que l'efficacité sur l'arrêt du saignement par des techniques de compression ou de plicature utérine est élevée, de l'ordre de 75% [12]. La pratique des techniques de ligature vasculaire comme celle de Tsurulnikov est rare à cause des soucis d'aggraver l'apoplexie avec survenue de nécrose utérine secondaire. Le taux d'hystérectomie d'hémostase de 15,8% dans notre étude est supérieur à celui retrouvé par d'autres auteurs : 0,6% au Burkina Faso [13] et seulement un cas sur 247 cas d'HRP (0,4%) retrouvé par Boisramé T et al [14]. Par contre, au Niger, le taux de traitement radical dépasse le nôtre (18%) [3]. Le choix du traitement chirurgical d'hémostase, radical ou conservateur, nous pose un problème usuel dans notre centre, du fait de l'inexistence d'un consensus sur le choix de la technique devant une apoplexie utérine partielle ou totale.

Le pronostic maternel est lié à l'existence d'une coagulation intravasculaire disséminée, d'une insuffisance rénale, d'une hémorragie de la délivrance et surtout du succès des traitements médico-chirurgicaux réalisés. La transfusion sanguine améliore considérablement le pronostic maternel. Dans notre étude, une transfusion sanguine était réalisée dans 66,7% des cas. Ce taux est similaire à celui retrouvé par Nayama M et al au Niger qui était de 68,7% [3]. Nous avons malheureusement relevé 6,25% de décès maternels consécutifs aux complications de l'HRP représentées par un syndrome de défaillance multiviscérale, une insuffisance rénale et

un accident vasculaire cérébral. Dans les pays développés, la mortalité maternelle par HRP est devenue exceptionnelle. Elle passe de 8% en 1919 à moins de 1% en 1995 [5]. Notre taux de décès est élevé par rapport à certaines séries africaines : 3,9% au Burkina Faso [13] et 5,1% au Niger [3]. La quasi-totalité de nos décès est liée aux difficultés de compenser les spoliations sanguines importantes par pénurie des produits sanguins et dérivés.

Le poids de naissance des nouveau-nés était compris entre 1500 et 2500g dans 43,70%. Le pronostic foetal reste sombre et le taux de décès foetal varie en fonction du degré de décollement du placenta. Dans notre cas, la mort foetale in utero était observée dans 91,7%. Ce taux est élevé par rapport à ceux retrouvés au Niger (71,3% de décès périnatal) [3] ; 87,1% au Sénégal [5]; 82,8% en Côte-d'Ivoire [7] et 12,5% de MFIU retrouvés par Boisramé T et al en France [15]. La césarienne est la voie d'accouchement la plus adaptée à l'HRP avec enfant vivant [16-17]. Celle-ci doit être réalisée sans délai puisque la diminution du temps d'extraction de 30 à 20 minutes s'accompagne d'une diminution significative de la morbidité néonatale [18]. Néanmoins, 91,7% de MFIU ont été retrouvés à l'accouchement alors qu'à l'examen, seulement 72,9% des fœtus étaient sans signes de vie à l'admission. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par le retard de prise en charge (bloc non disponible de suite), et d'autre part par la brutalité de l'évolution de l'hématome qui rend difficile l'amélioration du pronostic foetal. Chez les quatre enfants vivants, les trois (75%) ont présenté des signes de souffrance aiguë avec un indice d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute.

CONCLUSION

L'HRP est un accident grave de la grossesse. La césarienne reste le moyen d'accouchement le plus pratiqué en cas d'HRP dans notre centre. Toutefois, le décès foetal reste élevé malgré cette fréquence élevée d'extraction foetale par voie haute. La prédominance de l'HRP chez les primipares et le nombre élevé de décès néonataux dans notre centre montre la nécessité de la vulgarisation et la pratique des techniques de chirurgie conservatrices, pouvant ainsi conserver la fertilité des parturientes. Toutefois, d'autres études sont à prévoir pour déterminer le meilleur traitement conservateur d'hémostase en cas d'hématome rétroplacentaire pour uniformiser la prise en charge chirurgicale et pour ne pas procéder à un traitement radical par excès ou à un traitement conservateur mal-indiqué.

REFERENCES

- Sanaes N, Boisramé T, Langer B. Hématome rétroplacentaire. EMC Obstétrique [5-071-A-10]. DOI: 10.1016/S0246-0335(12)50196-1.
- Bohec C, Collet M. Hématome rétroplacentaire (Abruptio placentae ou retroplacental haematoma). Ann Fr Anesth Réanim 2010;29(5):e115-9. DOI: 10.1016/j.annfar.2010.03.011.
- Nayama M, Tamakloé-Azamesu D, Garba M, et al. Hématome rétroplacentaire. Prise en charge dans une maternité de référence du Niger. Etude prospective à propos de 118 cas sur un an. Gynecol Obstet Fertil 2007;35(10):975-81. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2007.05.023.
- Kyrklund-Blomberg NB, Gennser G, Cnattingius S. Placental abruption and perinatal death. Paediatr Perinat Epidemiol 2001;15(3):290-7.
- Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90(2):140-9. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x.
- Gueneuc A, Carles G, Lemonnier M, Dallah F, Jolivet A, Dreyfus M. Hématome rétroplacentaire : terrain et facteurs pronostiques revisités à propos d'une série de 171 cas en Guyane française. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45(3):300-6. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.04.003.
- Touré Coulibaly K, Aissi GA, Tano N, Kouyaté S, Guie P, Roubina Y. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré, pronostic foeto-maternel. A propos de 1062 cas colligés à la Clinique obstétricale du CHU de Treichville. Med Afr Noire 1995;42:540-7..
- Dumont A, De Bernis L, Decan C, Ba M, Pollet X. Indicateurs de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) dans les hématomes rétroplacentaires. Med Afr Noire 1996;43(6):332-9.
- Sergent F, Resch B, Verspyck E, Rachet B, Clavier E, Marpeau L. Les hémorragies graves de la délivrance : doit-on lier, hystérectomiser ou emboliser ? Gynecol Obstet Fertil 2004;32(4):320-9. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2004.02.003.
- AbdRabbo SA. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1994;171(3):694-700.
- Cho JN, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. Obstet Gynecol 2000;96(1):129-31.
- Haumonté JB, Sentilhes L, Macé P, Cravello L, Boubli L, d'Ercole C. Prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43(10):1083-1103. DOI: 10.1016/j.jgyn.2004.10.003.
- Thieba B, Lankoandé J, Akotiongna M, et al. Hématome rétroplacentaire : aspects épidémiocliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. Gynecol Obstet Fertil 2003;31(5):429-33. DOI: 10.1016/S1297-9589(03)00117-6.
- Boisramé T, Sananès N, Fritz G, et al. Placental abruption: risk factors, management and maternal-fetal prognosis. Cohort study over 10 years. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014;179:100-4. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.026.
- Boisramé T, Sananès N, Fritz G, et al. Hématome rétroplacentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic materno-foetal : étude rétrospective de 100 cas. Gynecol Obstet Fertil 2014;42(2):78-83. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2013.06.012.
- Okonofua FE, Olatunbosun OA. Cesarean versus vaginal delivery in abruptio placentae associated with live fetuses. Int J Gynaecol Obstet 1985;23(6):471-4.
- Sholl JS. Abruptio placentae: clinical management in nonacute cases. Am J Obstet Gynecol 1987;156(1):40-51.
- Kayani SI, Walkinshaw SA, Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. BJOG 2003;110(7):679-83.