



Complications de l'hématome rétro-placentaire au Service de Réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré de Bamako. Aspects thérapeutiques et pronostiques.

Complications of Retroplacental Hematoma at the Multipurpose Intensive Care Unit of the Gabriel Touré University Hospital in Bamako. Therapeutic and prognostic aspects.

M MANGANÉ^{(1)*}, Th M DIOP⁽¹⁾, A ALMEIMOUNE⁽¹⁾, A BOCOUM⁽²⁾, L MAGNE⁽¹⁾, A KASSOGUÉ⁽¹⁾, D DIALLO⁽³⁾, A GAMBY⁽¹⁾, A COULIBALY⁽¹⁾, A SOUMARÉ⁽¹⁾, D SANOGO⁽¹⁾, S KOITA⁽¹⁾, M COULIBALY⁽¹⁾, C SOGODOGO⁽¹⁾, H SANGARÉ⁽¹⁾, D M DIANGO⁽¹⁾

(1) Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Mali

(2) Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Mali

(3) Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence, Centre Hospitalier Universitaire Kati, Mali

(4) Service d'Anesthésie-Réanimation de l'Hôpital Mère-Enfant de Luxembourg, Mali

(5) Service d'Anesthésie, Centre Hospitalier Universitaire IOTA, Bamako, Mali

Soumis le 05 Novembre 2024

Accepté le 02 Avril 2025

RESUME

Introduction : L'hématome rétro placentaire, est caractérisé par un état hémorragique entraînant des troubles hémodynamiques, des anomalies de la coagulation et une souffrance fœtale aiguë. Notre objectif était d'étudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques et pronostiques.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive qui s'est déroulée dans le service de Réanimation du CHU Gabriel Touré, sur 13 mois, portant sur toute patiente admise en réanimation dans le postpartum dans un contexte d'hématome rétro placentaire. Nos données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS[®] 26. **Résultats :** sur 651 patients admis, 55 patientes ont été incluses (8%). L'âge moyen a été de 29,00 ± 7,41 ans. La plupart des patientes n'avait aucun antécédent médical (90%) et chirurgical (83%). Les grandes multi gestes ont été les plus retrouvées (40%). Le grade IIIa de Sher a été le plus observé (76%). L'âge moyen de la grossesse a été de 36,98 ± 2,34 semaines d'aménorrhée (SA). La protéinurie a été significative chez 10% des patientes. La césarienne a été la plus réalisée (98%), la ventilation artificielle a représenté (36%). La gélofusine a été la macromolécule utilisée (20%). Le concentré de globule rouge (CGR) seul a été utilisé chez 56% en association au plasma frais congelé (PFC) dans 22%. L'hémostase mécanique par tamponnement a été la plus pratiquée (44%). Toutes les patientes ont reçu des antalgiques, une antibioprophylaxie, de l'acide tranexamique (61%), de la noradrénaline (45%), des antihypertenseurs (27%). L'état de choc a été la complication la plus représentée (54%). Le taux de mortalité a été de 16%. La durée moyenne d'hospitalisation (1,8 ± 0,8), avec des extrêmes de 1 et 5 jours. **Conclusion :** L'hématome rétro placentaire est une pathologie aiguë, grave et relativement fréquente pouvant engager le pronostic vital.

Mots clés : Hématome rétro—placentaire; Mali; Pronostic; Réanimation.

ABSTRACT

Background: Retroplacental hematoma is characterized by a hemorrhagic state leading to hemodynamic disorders, coagulation abnormalities and acute fetal distress. Our objective was to study the epidemioclinical and therapeutic aspects. **Methods :** This is a cross-sectional, descriptive study that took place in the intensive care unit of the Gabriel Touré University Hospital, over 13 months, covering all patients admitted to intensive care in the postpartum period in the context of retroplacental hematoma. Our data were entered and analyzed using SPSS[®] 26 softwares. **Results:** Out of 651 patients admitted, 60 patients were included (8%). The mean age was 29.00±7.4 years. Most patients had no medical history (90%) or surgical history (83%). Major multi-procedure procedures were the most common (40%). Sher grade IIIa was the most common (76%). The mean gestational age was 36.98 ± 2.34 weeks of amenorrhea (WA). Proteinuria was significant in 70% of patients. Cesarean section was the most commonly performed (98%), and artificial ventilation accounted for 36%. Gelofusine was the macromolecule used (20%). Red blood cell concentrate (RBC) alone was used in 56% in combination with fresh frozen plasma (FFP) in 22%. Mechanical hemostasis by tamponade was the most commonly used (44%). All patients received analgesics, antibiotic prophylaxis, tranexamic acid (61%), noradrenaline (45%), and antihypertensive drugs (27%). Shock was the most common complication (54%). The mortality rate was 16.4%. The average length of hospitalization (1.8± 0.8 days), with extremes of 1 and 5 days. **Conclusion :** Retroplacental hematoma is an acute, serious and relatively frequent pathology that can be life-threatening.

Keywords: Intensive care; Mali; Prognosis; Retroplacental hematoma.

INTRODUCTION

L'hématome rétro placentaire est encore dénommé décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) ou abruptioplacentae (arrachement du placenta). Il survient surtout au cours des derniers mois de la grossesse ou du travail d'accouchement, caractérisé par un état hémorragique et son corollaire des troubles hémodynamiques, des anomalies de la coagulation et une souffrance fœtale aiguë [1]. En France sa fréquence varie entre 0,25% à 1% [2], aux Etats Unis entre 0,6 à 1% [3] Au Sénégal, une étude menée par Thiam et coll (2014) a rapporté 6,5% [4]. Vu la fréquence élevée des urgences obstétricales en général et l'absence de données spécifiques sur la pathologie dans notre contexte en particulier, nous avons mené ce travail avec comme objectif d'étudier les aspects théra-

peutiques et pronostiques de l'hématome rétro placentaire en réanimation.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et

Du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Mali

*Auteur correspondant :

Dr. Moustapha MANGANÉ

Adresse : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence, CHU Gabriel Touré
Bamako, Mali

Téléphone : 0022369822550

E-mail : mmangane90@gmail.com

analytique déroulée au CHU Gabriel Touré dans le service de Réanimation polyvalente, sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Février 2023 au 31 janvier 2024 (soit 12 mois), portant sur toute patiente admise en réanimation dans le postpartum dans un contexte de complication maternelle de l'hématome retro placentaire à savoir la présence des états de choc hémorragique, les troubles de la coagulation à type de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), l'insuffisance rénale aiguë selon la classification KDIGO basée sur la diurèse et la créatininémie (stade 1 : diurèse inférieure à 0,5ml/kg/h pendant 6-12h et ou créat supérieure ou égale à 265 $\mu\text{mol/l}$; stade 2 : diurèse inférieure à 0,5ml/kg/h entre 12-24h et ou la créat est supérieure à 2 fois la normale ; stade 3 : La diurèse inférieure à 0,3ml/kg/h pendant plus de 24h ou anurie pendant plus de 12h et ou créat supérieure à 3 fois la normale), ou lorsque l'hématome retro placentaire (HRP) est associé à un syndrome vasculo rénal telle l'éclampsie (convulsions généralisées chez une femme enceinte ou en post partum dans le contexte d'une prééclampsie), ou du Syndrome HELLP (qu'est l'association d'une hémolyse, à l'élévation des enzymes hépatiques et d'une diminution du taux de plaquette (inférieur à 150 milles).

L'hématome retro placentaire est diagnostiqué cliniquement devant la présence de douleur abdominale, de métrorragie d'aspect noirâtre, de cupule sur le placenta accompagnée de callot à partir de la vingtième (20) semaine d'aménorrhée (SA), avec diminution ou absence des mouvements actifs fœtaux. La classification de Sher comporte 3 stades : Le stade 1, métrorragie inexplicée et diagnostic rétrospectif post-partum d'un petit hématome, Le stade 2, hypertonie utérine et enfant vivant. Le stade 3, sévère avec mort fœtale. Les critères de non inclusion ont été toute patiente admise pour un autre diagnostic que les complications de l'hématome retro placentaire. Les variables étudiées en unité de Réanimation ont été l'âge de la patiente, de la grossesse, la saturation pulsée en oxygène, la pression artérielle, la fréquence respiratoire, le pouls, le score de Glasgow, la diurèse, la provenance, les antécédents, le volume de remplissage, les nombres d'unité de produits sanguins labiles reçus (avant l'unité de réanimation et durant le séjour en réanimation), l'utilisation de l'acide tranexamique (à la maternité, au bloc opératoire et en réanimation), les moyens mécaniques d'hémostases utilisés à la maternité ou au bloc opératoire avant l'admission en unité de réanimation (l'utilisation des préservatifs à la place des ballons compressifs), le taux d'hémoglobine, de plaquettes, et de prothrombine, l'urée, la créatininémie, la glycémie de la patiente à la maternité et en réanimation. Le statut, le sexe et la fréquence cardiaque fœtale. La mise en condition (oxygénothérapie, voie veineuse centrale, voie veineuse périphérique, sonde urinaire, ventilation), la nature du soluté de remplissage, les catécholamines, l'hémostase, l'évolution clinique et para clinique, les fiches de transfert et de traitement ont été également utilisées.

Nos données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS[®] 26. Les traitements de texte et de graphiques ont été effectués sur les logiciels Office[®] 2013 de Microsoft Word[®] et Excel[®]. Les informations ont

été collectées de façon anonyme et confidentielle avec respect de la vie privée des patients. Le test statistique réalisé est celui du Fisher significatif si $p < 0,05$.

RESULTATS

Sur 651 patients admis en réanimation, 55 cas ont été inclus, soit une prévalence de 8%. L'âge moyen des patientes a été de $29,00 \pm 7,41$ ans. La majorité des patientes était mariée (95%). Toutes les patientes ont été transférées via le service de gynécologie de ladite structure (98%). La plupart des patientes n'avait aucun antécédent médical (90%) et chirurgical (83%). Les grandes multi gestes ont été les plus retrouvées (40%). Le bloc opératoire de l'obstétrique a été le lieu de provenance de la plupart des patientes (61%). Le grade IIIa de Sher a été le plus rencontré (76%). L'âge moyen de la grossesse a été de $36,98 \pm 2,34$ semaines d'aménorrhée (SA). La protéinurie a été significative chez 70% des patientes.

La voie d'accouchement la plus sollicitée a été la césarienne (98%). La mise en condition a consisté au sondage vésical (100%), la mise en place de voie veineuse périphérique (100%), et centrale (76%), de masque facial pour oxygénothérapie (100%). Le recours à la ventilation artificielle a été de 36%. Le sérum salé isotonique a été le cristalloïde le plus utilisé (100%). La macromolécule la plus utilisée a été le gélofusine (20%). Plus de la moitié des patientes (76%) a bénéficié d'une transfusion sanguine. Celle-ci était à base des concentrés de globule rouge chez 56 %, du CGR et plasma frais congelé associés dans 22% et aucun produit sanguin n'a été administré chez 23%. La moyenne de produits sanguins labiles demandés s'élevait à 3 unités, et la moyenne reçue a été d'une (1). L'hémostase mécanique par tamponnement a été la plus pratiquée (40%). Toutes les patientes ont reçu des antalgiques (100%), une antibioprophylaxie à base d'amoxicilline acide clavulanique (100%) au bloc opératoire et durant les 48 heures post opératoires, de l'acide tranexamique (61%), de la noradrénaline (45%), des antihypertenseurs (27%) à type d'inhibiteurs calciques (IC) en cas d'insuffisance rénale (18%) ou de l'éclampsie (7%) qui sont fréquemment accompagnées des poussées hypertensives. L'état de choc a été la complication la plus représentée (54%). La majorité des patientes ont été transférées (84%) après guérison. Le taux de mortalité a été de 16%. La principale cause de décès a été le choc hémorragique. La durée moyenne d'hospitalisation a été de $1,8 \pm 0,8$ jours, avec des extrêmes de 1 et 5j. Le facteurs pronostique identifié a été le choc hémorragique ($p = 0,031$; OR [IC] : 8,72 [1,0-75,51])

DISCUSSION

La prévalence de 8% des HRP reflète l'accessibilité et la fréquentation de la structure qui est considérée comme un centre de référence pour la plus grande partie du pays et son service de gynécologie obstétrique accueille la plupart des patientes évacuées ou référées des maternités périphériques dans un état grave. Cette prévalence varie dans la littérature chez certains auteurs notamment Matsanga *et al.* et Alla *et al* [5,6] qui

ont obtenu respectivement 2,2% et 9,5% qui peuvent s'expliquer par la taille de l'échantillon de l'étude.

Tableau I : Médicaments administrés en réanimation

Médicaments administrés	Effectif n=55	Proportion %
Antalgiques	55	100
Antibiotiques	55	100
Acide tranexamique	34	61
Noradrénaline	25	45
Antihypertenseurs	15	27
Adrénaline	4	7
Dobutamine	1	2

Tableau II : Complications et devenir des patientes

Variables	Effectif n=55	Proportion %
Complications		
<i>Choc hémorragique</i>	30	54
<i>Insuffisance rénale</i>	10	18
<i>Trouble de la coagulation</i>	5	9
<i>Eclampsie</i>	4	7
<i>HELLP syndrome</i>	4	7
<i>Infections</i>	2	5
Devenir des patientes		
<i>Transférées</i>	46	84
<i>Décédées</i>	9	16

HELLP : Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets

Tableau III : Données analytiques concernant l'évolution des patientes

Variable	Décédés n=9	Survivants n=46	OR [IC95%]	p
Choc hémorragique				
<i>Oui</i>	8	22	8,72 [1,0—75,5]	0,031
<i>Non</i>	1	24		
Amines vasopressives				
<i>Oui</i>	7	22	3,73 [0,74—28,6]	0,102
<i>Non</i>	2	24		
Classification de Sher				
<i>Grade IIIa</i>	7	35	1,10 [0,19—6,09]	0,999
<i>Grade IIIb</i>	2	11		
Hémoglobinémie (g/L)				
<7	4	28	0,53 [0,11—2,45]	0,450
≥7	4	15		

L'âge moyen des patientes était de $29 \pm 7,41$ ans avec des extrêmes de 17 et 50 ans. Les grandes multigestes ont représenté 40%. Dans la littérature, ces grande multi gestes et multipares sont plus sujettes aux complications hémorragiques, au vu des fragilités de l'utérus pouvant provoquer des atonies utérines [1]. Seulement 8,3% des patientes ont bénéficié d'une veineuse 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 [7]. Ce faible taux d'usage s'explique par le coût élevé des cathéters centraux dans les pharmacies hospitalières, un faible revenu des patientes et ces consommables ne sont pas incluses dans le système de prise en charge du tiers payant. Toutes les patientes ont bénéficié d'une oxygénothérapie parmi lesquelles 36% ont été mises sous ventilation assistée. Cette fréquence d'assistance ventilatoire est due à la persistance du choc hémorragique et son corollaire l'insuffisance circulatoire aigue retardant l'extubation. Toutes nos patientes ont reçu du sérum salé isotonique 0,9% qui 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 [8,9]. Dans notre série, plus de la moitié des patientes (76%) a bénéficié d'une transfusion. Celle-ci était à base des concentrés de globule rouge (56%) ou du CGR et plasma frais congelé associés (22%). Les sociétés savantes recommandent de débiter la transfusion de CGR en même temps que les PFC [9]. Nos principes transfusionnels ne sont pas en règle avec ces recommandations au vu de la difficulté d'obtention des produits sanguins labiles. Pour une moyenne de produits labiles demandés s'élevant à 3 unités, la moyenne reçue a été d'une (1). Nous notons qu'aucune de nos patientes n'a reçu de concentrés plaquettaire dont l'obtention est conditionnée sur programmation. L'hémostase mécanique par tamponnement (44%) et médicamenteuse à base de l'acide tranexamique (61%) ont été les plus utilisés. Ces 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 [9]. La noradrénaline a été l'amine la plus utilisée (45%). Nos résultats sont superposables à ceux de Matsanga. et al. qui ont rapporté l'introduction précoce d'amine vasopressive chez 80% [5]. 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 [9,10]. Cette étude nous a permis de retrouver un taux de mortalité de 16%. Nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre l'apparition du choc hémorragique et l'évolution ($p = 0,031$; OR [IC] : 8,72 [1,0-75,51]), même constat que dans certaines études [10].

CONCLUSION

L'hématome retro placentaire est une pathologie aigue, grave et relativement fréquente pouvant engager le pronostic vital. Elle touche le plus une tranche d'âge jeune, 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, la sensibilisation sur l'importance des consultations prénatales, l'amélioration du plateau technique ainsi que la prise en charge précoce.

REFERENCES

1. Bohec C, Collet M. Hématome rétroplacentaire—Abruptio placentae. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010; 29(5): e115—e119.
2. Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. Obstétrique pour le praticien 6^e édition Paris MASSON: chapitre 1 et 15: Hémorragie du 3^e trimestre. Hématome retro placentaire (HRP) ou décollement prématuré d'un placenta normo inséré (DPPNI), et histoire naturelle de la grossesse. 2013; 13-4: 280—5.
3. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90(2): 140—9.
4. Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, et al. Epidemiological, prognostic and therapeutic aspects of retro placental hematoma (HRP) in a referral maternity in rural area. *Pan Afr Med J* 2014; 17: 11.
5. Matsanga A, Obame R, Nkili GE, et al. Prise en charge des états de choc hémorragique post-traumatique au service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. *Health Sci Dis* 2020; 21(4): 23—65.
6. Alla C, Djivohehoun AA, Mobio NMP, et al. Prise en charge de la prééclampsie severe avant 34 semaines d'aménorrhée au chu de cocody. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2024; 29(1): 8—11.
7. Monnet X, Lefrant JY, Teboul JL. Sécurisation des procédures «circulatoires» (administration des drogues vasoactives, utilisation des cathéters artériels, veineux centraux et artériels pulmonaires). *Réanimation* 2008; 17(6): 548—56.
8. Biais M, Carrié C, Vallé B, Morel N, Delanauy F. Le choc hypovolémique. *Urgences* 2013; 74: 1—13
9. Duranteau J. Nouvelles recommandations SFAR dans le choc hémorragique. *Transfus Clin Biol* 2015; 22(4): 188.
10. Leone M, Michel F, Martin C. Sympathomimétiques: pharmacologie et indications thérapeutiques en réanimation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Anesthésie—Réanimation, 36—365—A—10, 2008.