

## Hematome retro-placentaire : état des lieux dans un hopital de niveau II (l'Hôpital Général De Bingerville)

### Placental abruption: current situation in a level II hospital (Bingerville General Hospital)

**Boussou KJC**, Kassé KR, Konan J, Yao A, Yéo KH, Akinloye S, Ouattara I, Ampoh MF, Yao KCHN, Aka M, Alla C, Kouamé AD, Kakou C, Mian B, Boni S

**Auteur correspondant** : Dr Boussou Koffi Jean Chrisostome, Mail : [drchrisostomeboussou@gmail.com](mailto:drchrisostomeboussou@gmail.com)  
telephone : +225 07 58 05 09 99

#### Résumé

**Objectif** : Faire l'état des lieux de la prise en charge de l'hématome rétro placentaire à l'hôpital général de Bingerville

**Patiennes et méthode** : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive, sur une période de 14 mois allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2021 au 31 Janvier 2023 à l'hôpital général de Bingerville. **Résultats** : L'HRP avait une fréquence de 1,9 %. Le profil épidémiologique a été celui d'une patiente dont l'âge moyen était de 27,4 ans, ménagère (38,1 %) ou exerçant une profession libérale (44,1 %), vivant en couple (78 %) et multipare (20,3 %). On était amené à examiner des patientes évacuées (77 %), présentant des métorrhagies (100 %) et une contracture utérine (72 %). L'âge gestationnel moyen était de 36 semaines d'aménorrhée. Elles avaient effectué moins de 4 consultations prénatales dans 65,2 % des cas. L'HRP grade III de Sher était de 58,5 %. La prise en charge médicale a été assurée par les cristalloïdes (100 %), les oxytociques (34 %), et la transfusion sanguine (26,4 %). La césarienne était la voie d'accouchement par excellence (84,2 %). L'hémostase chirurgicale a été faite chez 6,8 % des patientes, à l'aide de la technique de TSIRULNIKOV. Les décès maternels ont représenté 2,5 % des cas, et les décès périnataux 55,1 %. **Conclusion** : La réduction de la fréquence et de la gravité de cet accident passerait par une amélioration de la surveillance prénatale en dépistant précocelement les facteurs de risque, par une évacuation rapide des femmes présentant une hémorragie au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse et du travail et un accès facile aux produits sanguins.

**Mots-clés** : Hématome rétro-placentaire, Épidémiologie, Métorrhagie, Décès materno-fœtal.

#### Abstract

**Objective** : To assess the management of placental abruption at Bingerville General Hospital

**Patients and methods** : This was a cross-sectional, descriptive study conducted over a 14-month period from December 1, 2021, to January 31, 2023, at Bingerville General Hospital. **Results** : HRP had a frequency of 1.9%. The epidemiological profile was that of a patient whose average age was 27.4 years, a housewife (38.4%) or a professional (43.8%), living with a partner (78%) and multiparous (20.3%). We examined patients who had been evacuated (77%), presenting with metrorrhagia (100%) and uterine contractions (72.5%). The average gestational age was 36 weeks of amenorrhea. In 65% of cases, they had had fewer than four prenatal consultations. Sher's HRP grade III was 54.7%. Medical management was provided by crystalloids (100%), oxytocic (34%), and blood transfusion (26.4%). Cesarean section was the most common method of delivery (84.2%). Surgical hemostasis was performed in 6.8% of patients using the TSIRULNIKOV technique. Maternal deaths accounted for 2.5% of cases, and perinatal deaths for 54.7%. **Conclusion** : Reducing the frequency and severity of this complication would require improved prenatal care through early detection of risk factors, rapid evacuation of women experiencing hemorrhage during the third trimester of pregnancy and labor, and easy access to blood products.

**Keywords** : Placental abruption, Epidemiology, Metorrhagia, Maternal-fetal death.

**Introduction :** L'hématome rétro-placentaire (HRP) fait partie avec le placenta prævia et la rupture utérine des principales causes de méttrorragies du 3<sup>e</sup> trimestre. C'est une urgence obstétricale majeure mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal. L'HRP et ses conséquences sont rares et ont quasiment disparu dans les pays développés grâce à la surveillance rigoureuse, aux mesures prophylactiques pendant la grossesse et à la gestion active du travail d'accouchement. La fréquence était de 0,78 % en France et de 0,38 à 0,51 % dans les pays du nord de l'Europe. [1,2] En Afrique, singulièrement en Afrique subsaharienne, l'HRP demeure un problème majeur de santé publique et est l'une des principales causes de décès maternel par hémorragie [3]. Les études menées au Sénégal et en Guinée trouvaient des fréquences élevées respectivement de 6,05 % et 4,30 % [4,5]. La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette réalité, car malgré la politique de gratuité ciblée des soins et l'implémentation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), l'HRP se rencontre assez fréquemment dans nos services de Gynécologie-Obstétrique [6,7]. Compte tenu de la rareté des données sur l'HRP au niveau II de la pyramide sanitaire (c'est-à-dire les hôpitaux généraux), de la forte prévalence des facteurs de risque dans notre pratique et du mauvais pronostic materno-fœtal retrouvé dans les études africaines, nous nous sommes proposés de mener cette étude qui avait pour objectif de faire l'état des lieux de la prise en charge de l'hématome retro placentaire à l'hôpital général de Bingerville. **Patients et méthode :** Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive. Elle s'est déroulée sur une période de 14 mois allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2021 au 31 Janvier 2023. Notre étude a eu pour lieu l'hôpital général de Bingerville, qui est un hôpital de niveau II situé dans la banlieue d'Abidjan. Ont été incluses dans notre étude, toutes les patientes ayant présenté un HRP, suspecté avant l'accouchement et confirmé après l'examen du délivre par la présence d'une cupule, à partir de 28 semaines d'aménorrhée. N'ont pas été retenues les femmes ayant accouché en dehors de l'hôpital. Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif. Les données concernant chaque malade ont été recueillies à partir du dossier obstétrical, du registre d'accouchement, du registre de

compte rendu opératoire, du registre de décès maternel et néonatal, du registre de transfert maternel et néonatal. Durant notre étude, nous avons rempli un questionnaire établi à cet effet en deux étapes. Dans un premier temps, nous avons renseigné notre fiche d'enquête à l'aide des documents susmentionnés. Dans un second temps, nous avons mené une interview directe avec la patiente de sorte à recueillir les données manquantes et à rectifier certaines informations. Les principales variables étudiées étaient les caractéristiques épidémiologiques et cliniques, les aspects thérapeutiques et pronostiques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 21.0. Les tableaux et le traitement de texte ont été effectués sur les logiciels Word et Excel 2013. **Résultats :** **Fréquence.** Durant notre période d'étude, nous avons enregistré à la maternité de l'HG Bingerville 6 173 accouchements, dont 118 cas d'HRP, soit une fréquence de 1,9 %. **Aspects épidémiologiques et cliniques :** L'âge moyen était de 27,4 ans avec des extrêmes de 16 et 43 ans. La tranche d'âge de 25 à 29 ans représentait 32,2 % des cas. Les parturientes étaient ménagères ou des travailleuses libérales (82,2 %), en couple dans 78 % des cas. Les multipares et les grandes multipares représentaient 41,5 % des cas. L'HRP a été retrouvé comme antécédent obstétrical chez 3,4 % des patientes. Les patientes ont été suivies par des sage-femmes dans 72,9 % des cas et avaient réalisé moins de 4 CPN pour la plupart (65,2 %). L'âge gestationnel moyen était de 36 semaines d'aménorrhée. Les pathologies vasculaires (HTA ou prééclampsie) étaient les plus observées avec 88,9 % de notre effectif. Les patientes ont été majoritairement évacuées dans 77,1 %. Le motif d'admission le plus fréquent était les méttrorragies à 48,3 % suivies de la prééclampsie à 14,4 %. A l'examen clinique, nous avons retrouvé un état de choc dans 44,9 %, des méttrorragies chez toutes les patientes et un col cerclé dans 57,6 % des cas. L'HRP était classée grade III de Sher dans 58,5 % des cas, dont 55,1 % de grade III A. Les complications biologiques majeures étaient l'anémie, le défaut de coagulation, l'insuffisance rénale et l'atteinte hépatique. **Les tableaux I et II** recapitulent les caractéristiques épidémiologiques et cliniques.

**Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques**

		Effectif	Pourcentage (%)
<i>Age maternel (ans)</i>	$\leq 19$	13	11
	[20-24]	24	20,3
	[25-29]	38	32,2
	[30-34]	31	26,3
	$\geq 35$	12	10,2
<i>Profession</i>	<i>Ménagère</i>	45	38,1
	<i>Salariés</i>	15	12,7
	<i>Libérales</i>	52	44,1
	<i>Élève / étudiante</i>	6	5,1
<i>Statut matrimonial</i>	<i>En couple</i>	92	78
	<i>Célibataire</i>	26	22
<i>Parité</i>	<i>Nullipare</i>	19	16,1
	<i>Primipare</i>	12	10,2
	<i>Paucipare</i>	38	32,2
	<i>Multipare</i>	24	20,3
	<i>Grande multipare</i>	25	21,2
<i>Antécédents</i>	<i>HRP</i>	04	3,4
	<i>Avortement spontané</i>	22	18,6
	<i>Césarienne</i>	2	1,7

**Tableau II : Caractéristiques cliniques**

		Effectif	Pourcentage (%)
<i>Pathologie per gravidique</i>	<i>Pré-éclampsie</i>	41	34,7
	<i>HTA gravidique/chronique</i>	64	54,2
	<i>MAP</i>	02	1,7
	<i>Anémie</i>	16	13,6
<i>Mode d'admission</i>	<i>Evacué</i>	91	77,1
	<i>Venue d'elle-même</i>	27	22,9
<i>Motif d'admission</i>	<i>Métrorragies</i>	57	48,3
	<i>MFIU</i>	9	7,6
	<i>Pré-éclampsie</i>	17	14,4
<i>Examen clinique</i>	<i>Etat de choc</i>	53	44,9
	<i>Métrorragies</i>	118	100
	<i>Contracture utérine</i>	85	72
	<i>Absence de BDCF</i>	69	58,5
	<i>Col Cercclé</i>	68	57,6
<i>Classification de SHER</i>	<i>I</i>	2	1,7
	<i>II</i>	47	39,8
	<i>III A</i>	65	55,1
	<i>III B</i>	04	3,4
<i>Age gestationnel</i>	<i>28-32 SA</i>	10	8,5
	<i>[32-36 SA +6 Jours]</i>	45	38,1
	<i><math>\geq 37</math> SA</i>	63	53,4

**Aspects thérapeutiques et pronostiques :** La césarienne a été réalisée dans 84,2 % des cas. Les patientes ayant bénéficié d'une transfusion de produit sanguin représentaient 26,4 % des cas. Le délai entre l'admission et l'accouchement était de plus d'une heure dans 85,6 % des cas. Les nouveau-nés avec un mauvais APGAR représentaient 31,4 % de notre effectif avec un poids foetal compris entre 1501 et 2500 g dans 46,5 % des cas. Nous avons réalisé 2,5 % d'hystérectomies subtotalles et 6,8 % de ligatures

vasculaires. La morbidité était marquée par l'anémie (68,7 %), d'un état de choc (20,3 %) et d'une atonie utérine (17,8 %). Les décès maternels liés à l'HRP étaient de 2,5 % des cas. Les patientes ont été évacuées après l'accouchement dans 11,8 % des cas. La mortalité néonatale était de 55,1 %. Parmi les nouveau-nés vivant, 60,3 % ont été évacués en néonatalogie. **Le tableau III** résume le pronostic maternel et fœtal.

Tableau III : Pronostic materno-fœtal

		Effectif	Pourcentage (%)
<b>Complications maternel</b>	Anémie	81	68,7
	Coagulopathie	19	16,1
	HELLP syndrome	7	5,9
	Etat de choc	24	20,3
	Rein de choc	17	14,4
	Atonie utérine	21	17,8
	Hystérectomie sub-totale	3	2,5
<b>Complications néonatal</b>	Mauvais APGAR*	37	31,4
	Prématurité	55	46,6
<b>Décès</b>	Maternel	3	2,5
	Néonatal	65	55,1

\*Mauvais APGAR = score d'APGAR inférieur ou égale à 6 à la 5<sup>e</sup> minute de vie

**Discussion : Aspects épidémiologiques et cliniques :** La fréquence de l'hématome rétro-placentaire dans notre étude était de 1,9 %. Nos résultats étaient similaires à ceux retrouvés par Biaye au Sénégal (1,97 %) et Mian en Côte d'Ivoire (1,55 %) [3,6]. Cependant, elle restait inférieure aux fréquences observées par Diallo (4,30 %) et Thiam (6,05 %) [5, 4]. Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des méthodes d'études utilisées par les auteurs, les critères diagnostiques incluant le tableau clinique complet avec examen anatomopathologique pour certains ou de simples constatations cliniques pour d'autres. Aussi ces chiffres pourraient être le reflet du niveau d'activité des structures étudiées ainsi que de l'étendue des zones de couverture de celles-ci. La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus concernée avec un âge moyen de 27,4 ans. Les mêmes tendances ont été rapportées par Diallo en Guinée (27,05 ans) et par Gueneuc en France (28 ans) [5, 1]. Ce constat pourrait être lié au fait que la population ivoirienne est majoritairement jeune et cette tranche d'âge est la plus active sexuellement [8]. Néanmoins, nos résultats sont contraires à ceux de la littérature qui présente l'HRP comme une pathologie survenant chez des patientes ayant moins de 20 ans ou plus de 35 ans [2, 9]. Les ménagères et les patientes travaillant dans le secteur informel ont représenté 82,2 % de notre effectif. Ce statut pourrait être le reflet du bas niveau socio-économique des femmes en Afrique subsaharienne ce qui limiterait leur accès aux soins adéquats et donc favoriserait la survenue de l'HRP. L'HRP apparaît comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune parité. Cependant, les multipares et les grandes multipares représentaient 41,5 % des patientes. Différents chiffres ont été retrouvés par Nayama au Niger [10] et Gueneuc en France [1]. Dans tous les cas, la littérature indexe la multiparité comme étant un facteur de risque de l'HRP [2, 9]. L'HRP est une pathologie imprévisible qui peut toucher les primipares ainsi que les multipares. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la multiparité favorise

la survenue de l'HRP à cause des altérations de la muqueuse utérine et la primiparité favorise la survenue de la toxémie gravidique [11]. Dans notre étude, nous avons retrouvé 4 patientes avec un antécédent d'HRP, soit 3,4 % de notre effectif. Ces résultats étaient différents de ceux de Gueneuc et de Thiam qui retrouvaient respectivement 10 % et 11 % [1,4]. Elkafrawi et al, affirmaient que l'antécédent d'HRP multiplierait par 10 à 25 fois le risque de récidive lors d'une grossesse ultérieure [12]. Il en est de même pour l'antécédent de césarienne qui majore ce risque de 32 à 40 % si la grossesse se déroule dans l'année suivant l'intervention [13]. Seulement 2 patientes avaient déjà réalisé une césarienne dans notre série. Concernant le suivi de la grossesse, 65,2 % avaient réalisé moins de 4 CPN et la majeure partie des patientes a été suivie par des sage-femmes (72,9 %). L'OMS depuis 2016 préconise au moins 8 CPN ou contacts pour une femme enceinte au cours de la grossesse [14]. Nos chiffres étaient comparables à ceux observés en Guinée et à Madagascar [5, 15]. La mauvaise qualité du suivi prénatal semblerait être un facteur prédisposant de l'HRP [3]. Aussi une grossesse correctement suivie pourrait diminuer le risque de survenue de l'HRP. Elle permettrait une prise en charge rapide avant toutes complications et réduirait ainsi la mortalité materno-fœtale [5]. L'HRP était survenu dans la majeure partie des cas à terme (53,4 %) avec un âge gestationnel moyen de 36 SA. Nos résultats étaient identiques à ceux de Thiam qui retrouvait 36 SA comme âge gestationnel moyen [4], tandis que Diallo en Guinée et Gueneuc en France retrouvaient un âge gestationnel de 34 SA [5,1]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que cette pathologie est l'apanage du 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse. Les pathologies vasculaires les plus rencontrées au cours de la grossesse étaient l'hypertension artérielle (54,2 %) et la prééclampsie (34,7 %). Plusieurs études ont montré que le syndrome vasculo-rénal en général et la maladie hypertensive en particulier sont la cause principale de l'HRP [11, 12,16].

Nous avons enregistré deux grossesses gémellaires dans notre étude. Des résultats supérieurs aux nôtres ont été retrouvés à l'hôpital Ignace Deen de Conakry [5]. Les grossesses multiples en général et les grossesses gémellaires en particulier sont des facteurs de risque bien connus de l'HRP à cause de leur association fréquente avec le syndrome vasculo-rénal [16]. L'évacuation sanitaire était le mode d'admission dominant dans notre série (77,1 %). Nos résultats étaient similaires à ceux rapportés par Thiam et Diallo qui retrouvaient respectivement 66 % et 72,1 % [4,5]. Ce mode d'admission semblerait être un facteur de mauvais pronostic maternel et foetal. Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que notre structure sanitaire était la seule maternité publique réalisant les SONU complets dans la commune de Bingerville et la seconde dans l'aire sanitaire de Cocody-Bingerville. Les motifs d'évacuation étaient multiples et variés, allant de la prééclampsie (14,4 %) en passant par la MFIU (7,6 %), la SFA (3,3 %) et l'état de choc (4,2 %). Le plus fréquent des signes fonctionnels était les métrorragies dans 48,3 % des cas. Ce chiffre était corroboré dans l'étude de Boisramé et celle de Diallo [16,5]. Il pourrait s'expliquer par le fait que les métrorragies constituent le principal signe d'appel de l'HRP [16]. L'examen général objectivait un état de choc dans 44,9 % des cas. Le choc hémorragique était la conséquence du fait que les patientes étaient admises en transport non médicalisé et très souvent sans voie veineuse. Elles avaient pour la plupart connu plusieurs centres de santé périphériques sans que le diagnostic soit posé. Elles n'avaient pas reçu de soins appropriés et n'avaient pas pu être évacuées au moment opportun. Cette situation était probablement la résultante de l'insuffisance de personnel soignant qualifié et du sous-équipement des maternités périphériques [17]. Quant au tableau clinique, les signes physiques de l'HRP ont été retrouvés, mais diversement associés. Les métrorragies étaient présentes chez toutes nos patientes. La contracture utérine avait été retrouvée dans 72 % des cas et le col cerclé dans 57,6 %. Nos résultats étaient semblables à ceux de Boisramé et de Diallo [16,5]. En effet, la forme typique de l'HRP a été retrouvée dans deux tiers des cas dans notre étude. Ceci souligne l'importance de l'examen physique dans le diagnostic de l'HRP et le fait que ces signes sont les principaux signes de cette pathologie. En cas de doute, l'échographie peut être envisagée [18,19]. Les progrès technologiques et la disponibilité en salle de naissance d'appareil d'échographique peuvent laisser une place à cet outil dans la stratégie de prise en charge. Toutefois la réalisation de l'échographie ne doit en aucun cas retarder l'extraction foetale. L'état

clinique des parturientes était corrélé à la classification de Sher. L'HRP grade III de Sher représentait 58,5 % des cas, dont 55,1 % d'HRP grade III A. Thiam au Sénégal et Diallo en Guinée retrouvaient respectivement 68,1 % et 63,3 % [4, 5]. L'explication possible de cette forte proportion de cas grave, pourrait résider dans le retard au diagnostic ainsi qu'à une part importante des évacuations obstétricales, qui rendent péjoratif le pronostic materno-foetal. **Aspects thérapeutiques pronostiques :** La prise en charge de l'HRP dans notre étude a été médicale, obstétricale et chirurgicale. Le traitement médical était dominé par les mesures de réanimation, à savoir l'administration de cristalloïdes de façon systématique chez toutes les patientes. Seulement 34 % de nos patientes avaient reçu l'ocytocine. Or l'ocytocine est connue pour assurer une bonne rétraction utérine afin de réduire au maximum les risques d'hémorragie de la délivrance [5, 20]. Ces résultats pourraient s'expliquer essentiellement par l'indisponibilité récurrente de ce médicament à la pharmacie de l'HG Bingerville. La transfusion sanguine a été faite chez 26,4 % des patientes tandis que 64,4 % d'entre elles auraient dû être transfusées. Cette situation témoigne de l'anémie fréquente engendrée par l'hématome retro-placentaire, mais surtout du manque fréquent de produits sanguins labiles dans les hôpitaux ivoiriens. L'évacuation précoce et rapide de la cavité utérine représente le traitement obstétrical de choix de l'HRP. Ce mode d'évacuation varie selon les auteurs. La césarienne était le mode d'accouchement le plus fréquemment choisi dans notre étude (84,2 %). Ce taux est similaire à celui de Rakotozanany à Madagascar (79,2 %) et largement supérieur à ceux de Biaye au Sénégal (51,1 %) [15,3]. Le choix de cette voie d'accouchement pourrait s'expliquer par plusieurs raisons, à savoir : l'état clinique très altéré des patientes à l'admission qui sont pour la plupart évacuées, l'insuffisance de moyens de réanimation et la fréquence élevée d'HRP grade II de Sher imposant une extraction foetale rapide pour préserver la vitalité foetale. Le délai entre l'admission et l'accouchement était de plus d'une heure dans 85,6 % des cas. Ce long délai était sûrement dû, d'abord aux difficultés d'acquisition des kits opératoires très souvent indisponibles ou incomplets, ensuite au retard à poser le diagnostic, enfin à l'insuffisance de médecins et d'infirmiers anesthésistes. Nous avons réalisé trois hysterectomies subtotales (2,5 %) et huit triples ligatures vasculaires selon la technique de TSIRULNIKOV (6,5 %) pour atonie utérine irréductible. L'utilisation de cette technique pourrait s'expliquer par son efficacité sur l'arrêt des saignements avec un taux de réussite de 100 % [21].

Nos résultats étaient différents de ceux de Boisramé en France qui dans sa série, avait réalisé un traitement conservateur pour trois patientes (soit une ligature vasculaire, soit une embolisation) et aucune hysterectomie [16]. Quant à Diallo, il avait réalisé deux hémostases chirurgicales par la technique de B-LYNCH. Comme dans la plupart des études africaines [3, 4, 5, 7], la morbidité maternelle a été dominée par l'anémie dans notre série (68,7%). Ce taux élevé d'anémie pourrait s'expliquer d'abord par la déperdition sanguine due au décollement placentaire, ensuite par l'hémorragie du post-partum par atonie utérine très fréquente dans les formes graves de l'HRP, puis par l'existence de troubles de la coagulation. Les difficultés d'exploration de la crasse sanguine dans notre hôpital, peuvent expliquer le faible taux (16,1%) de troubles de la coagulation dans notre étude. La mortalité maternelle par HRP, rare dans les pays occidentaux (moins de 1%) [1, 16], était élevée dans les études africaines. Ce taux était de 7% au Sénégal [3], de 2,7% en Guinée [5] et 2,9% en Côte d'Ivoire [7]. Dans notre série, l'HRP était responsable de 2,5% de décès maternels. Il s'agissait de deux cas d'anémie sévère décompensée et d'un cas de trouble de la coagulation. On notait également 3% d'évacuation vers un centre hospitalier de niveau III. Ces résultats étaient liés aux difficultés pour compenser les pertes sanguines du fait des Réfereneces

1. Gueneuc A, Carles G, Lemonnier M, Dallah F, Jolivet A, Dreyfus M. Hématome rétro-placentaire : terrain et facteurs pronostiques revisités à propos d'une série de 171 cas en Guyane française. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015; 1199 : 1-7.
2. Tikkainen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:140-9.
3. Biaye B, Gassama O, Ndiaye MD, Diallo M. Épidémiologie et pronostic de l'hématome retro placentaire dans une maternité dans une région centre hospitalier du sud du Sénégal. *Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie*. 2019 ; 9 : 149-157.
4. Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, Touré BF, 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 African Medical Journal*. 2014 ; 17 :11
5. Diallo BF, Bah EM, Keita M, Sow A, Sow FD, Baldé AA et al. Hématome retro placentaire: Etude sociodémographique, Clinique et prognostic materno-fœtal à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. *Jaccr Africa* 2022 ; 6 (2) : 105-113.
6. Mian DB, Angoi V, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S. Hématome retro-placentaire (HRP) et mort fœtale in utéro (MFIU) : à propos de 70 cas et revue de la littérature. *R.A.M.U.R* 2014; 19(1):1-9.
7. Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Kone DDA, Djanhan Y. L'hématome rétroplacentaire au CHU de Bouaké : à propos de 524 cas. *Journal de la SAGO* 2013 ; 14(1) : 39-44.
8. Institut national de la statistique. Côte d'Ivoire (Abidjan). Enquête démographique et de santé. Rapport des indicateurs-clés. Abidjan ; 2022 : 7-14.
9. Matsuda Y, Hayashi K, Shiozaki A, Kawamichi Y, Satoh S, Saito S. Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: case-cohort study. *J Obstet Gynaecol Res* 2011; 37: 538-46.
10. Nayama M, Tamakloe Azamesu D, Garba M, Idi N, Djibril B. Abruption placentae management in a reference Nigerien maternity: Prospective study about 118 cases during one year. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007; 35(10) :975-8.1.

pénuries des produits sanguins, aux conditions et aux délais d'admission des patientes, à l'insuffisance de moyens de réanimation, et souvent à des difficultés à l'évacuation vers les centres mieux outillés par manque de place. La mortalité périnatale était élevée dans les études de Thiam (60,5%), Diallo (66,2%) et de Doumbia (78,6%) [4,5,7]. Dans notre série, elle était de 55,1 %. Cette proportion importante était probablement due au faible taux de formes frustes avec enfant vivant, au retard d'accès aux soins, les patientes présentant souvent à l'admission un tableau clinique sévère (grade III de Sher). Le fort taux d'évacuation sanitaire (77%) ainsi que l'importance du poids du caillot (55% compris entre 500 et 1000 g) dans notre travail aurait pu contribuer à assombrir le pronostic fœtal. **Conclusion :** L'hématome rétro-placentaire (HRP) est une urgence obstétricale majeure. C'est une pathologie fréquemment rencontrée dans notre pratique. Le profil épidémiologique était celui d'une multipare relativement jeune, avec un faible niveau socio-économique et ayant mal suivi sa grossesse. L'HRP a été responsable d'une grande morbidité maternelle et fœtale. La réduction de la fréquence et de la gravité de cet accident passerait par une amélioration de la surveillance prénatale en dépistant précocelement les facteurs de risque et par une évacuation rapide des femmes présentant une hémorragie au cours du troisième trimestre de la grossesse.

11. Anca DB, Gluhovschi A, Neacsu A, Lungulescu VC, Braila EL, Bogdan VC et al. Placental abruption: etiopathogenic aspects, diagnostics and therapeutic implications. Rom J Morphol Embryol. 2018 ; 59(1) : 187-195.
12. Elkafrawi D, Sisti G, Araji S, Khoury A, Miller J, Rodriguez EB. Risks factors for neonatal/maternal morbidity and mortality in African American women with placental abruption. Medicina (Kaunas). 2020, 13 ; 56(4) :174.
13. Downes KL, Grantz KL, Shenassa ED. Maternal, labor, delivery, and perinatal outcomes associated with placental abruption: A systematic review. Am J Perinatol. 2017; 34(10): 935-957.
14. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève. 2016 ; 1-10.
15. Rakotozananay B, Rafanomezantsoa TA, Johannes RJ, Rasolonjatovo JDC, Randriambelomanana JA. Place du traitement chirurgical et pronostic materno-fœtal de l'hématome rétropéplacentaire à la Maternité de Befelatanana, Madagascar. Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol. 2017 ; 9(1) : 10-12.
16. Boisrame T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Viville B, Aissi G et al. Hématome retro placentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic maternofoetal : étude rétrospective de 100 cas. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2014 ; 42 :78-83.
17. Ningoue N. Hématome retro placentaire au service de gynécologie obstétrique du chuyo de 2002 à 2011 : aspects épidémiologique, cliniques et thérapeutiques (à propos de 463 cas colligés) Thèse Med (Ouagadougou) 2012 ; 132 :50-63.
18. Bohec C, Collet M. Hématome rétropéplacentaire. Ann Fr Anesth Reanim 2010 ; 29 : 115-9.
19. Boisrame T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Aissi 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.
20. Yang L, Yuan T, Ning L, Yang C, Fuju W. Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical outcomes. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019; 58(2): 223-226.
21. Sentilhes L, Bouet PE, Legendre G, Lefebvre-Lacoeuille C, Catala L, Gillard P et al. Ligatures vasculaires. In : Deruelle P, Kayem G, Sentilhes L. Chirurgie en obstétrique. Elsevier Masson. Paris 2015 ; 94-102.