



**HAL**  
open science

# L'hématome rétro-placentaire : état des lieux au CHU de Grenoble

Manuëla Granito-Martinez

► **To cite this version:**

Manuëla Granito-Martinez. L'hématome rétro-placentaire : état des lieux au CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01349693

**HAL Id: dumas-01349693**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01349693>**

Submitted on 28 Jul 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : [thesebum@ujf-grenoble.fr](mailto:thesebum@ujf-grenoble.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**L'HÉMATOME RÉTRO-PLACENTAIRE : ÉTAT DES LIEUX AU CHU DE  
GRENOBLE**

Mémoire soutenu le 21 juin 2016

Par : GRANIZO-MARTINEZ Manuëla

*[Données à caractère personnel]*

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2016



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

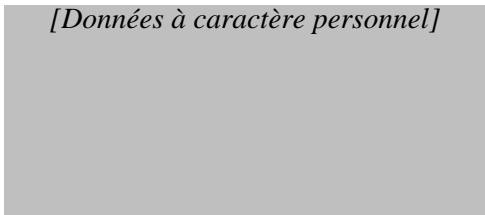
**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**L'HÉMATOME RETRO-PLACENTAIRE : ÉTAT DES LIEUX AU CHU DE  
GRENOBLE**

**PLACENTAL ABRUPTION : REPORT IN GRENOBLE'S CHU**

Manuela GRANIZO-MARTINEZ

*[Données à caractère personnel]*



## RÉSUMÉ

But. Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et les conséquences maternelles et néonatales immédiates de l'hématome rétro-placentaire (HRP). Matériels et méthodes. Étude rétrospective descriptive monocentrique des dossiers de grossesses compliquées d'un hématome rétro-placentaire dans une maternité de type III entre 2007 et 2014.

Résultats. Cinquante deux patientes ont eu un hématome rétro-placentaire durant la période d'étude, soit une incidence de 0,25%. L'âge moyen des patientes était de 30,25 ans, et 40,38% étaient primipares. L'âge gestationnel moyen de survenue était de 32 semaines d'aménorrhée (SA) et 2,5 jours ; 75% des HRP sont survenus avant 37 SA. Le taux de morts foetales in utero était de 15,09%. Les signes cliniques prédominants étaient les métrorragies (67,31%), l'enregistrement du rythme cardiaque foetal pathologique (71,05%). Le volume moyen de saignements était de 766,67ml, le taux de transfusion de 26,92%. Le poids de naissance moyen était de 1900,40g, et 71,15% des nouveaux-nés étaient de sexe masculin.

Conclusion. L'hématome rétro-placentaire est une cause importante de morbi-mortalité maternelle et foetale. Les facteurs de risque et complications retrouvés correspondent aux données de la littérature, malgré des proportions variables.

Mots clés : hématome rétro-placentaire, hémorragie du post partum, mort foetale in utero, mortalité périnatale

## ABSTRACT

Objectives. Describe the epidemiological, clinical aspects and maternal and fetal immediate outcomes of placental abruption (PA). Materials and methods. Retrospective, observational study of cases of women whose pregnancies were complicated by PA in a level III maternity, between 2007 and 2014.

Results. Fifty-two women suffered from PA during the study period, providing a 0,25% incidence. The average age was 30,25 years old, and 40,38% of the women were primiparas. The average gestational age of PA was 32 weeks of amenorrhea (WA) and 2,5 days ; 75% PA occurred before 37 WA. There were 15,09% of intra-uterine fetal deaths. The most common clinical signs was vaginal bleeding (67,31%), abnormal fetal heart rate (71,05%). The average bleeding volume was 766,67ml, and the transfusion rate was 26,92%. The average birth weight was 1900,40g, and 71,15% of the newborns were males.

Conclusion. Placental abruption is a major cause of maternal and fetal morbidity and mortality. Risk factors and complications found are consistent with the literature, despite varying proportions.

Key words : placental abruption, post-partum haemorrhage, intra-uterine fetal death, perinatal mortality

## REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mme Chantal SEGUIN, Sage-Femme Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;

Mme le Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

M. Pierre DUSONCHET, Sage-Femme Libéral à Echirolles, Membre Invité du Jury ;

M. le Dr Fabien PROT, Assistant chef de clinique à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directeur de ce mémoire ;

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

M. le Dr Fabien PROT, Assistant chef de clinique à l'HCE du Centre Hospitalier

Universitaire Grenoble Alpes, Directeur de ce mémoire ;

*Pour son écoute, sa disponibilité et son soutien tout au long de la conception de ce mémoire.*

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de  
Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire ;

*Pour ses conseils avisés, ses relectures attentives et son soutien tout au long de ces années  
d'études en tant que référent de notre promotion.*

Mme le Dr Elodie SELIER, pôle santé publique, Département de l'Information Médicale ;

*Pour son aide quant à la recherche des dossiers.*



Je remercie également :

Mes parents ;

*Pour leur soutien inconditionnel tout au long de mes études, et lors de la rédaction de ce mémoire.*

Loriane ;

*Pour son amitié précieuse, son soutien lors des moments difficiles, nos éclats de rire.*

Mes amis de toujours et d'aujourd'hui, mes proches ;

*Pour m'avoir apporté un équilibre nécessaire, fait d'écoute et de partage.*

*"Life is not about waiting for the storm to pass,*

*It's about learning to dance in the rain"*

## Table des matières

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODE.....	4
A. Type d'étude.....	4
B. Population.....	4
C. Variables .....	4
Caractéristiques maternelles .....	4
Caractéristiques de la grossesse .....	5
Critères diagnostiques .....	5
Conséquences maternelles .....	5
Conséquences néonatales .....	5
D. Analyse statistique.....	6
RESULTATS.....	7
A. Diagramme d'inclusion.....	7
B. Fréquence.....	8
C. Caractéristiques maternelles.....	9
D. Caractéristiques de la grossesse.....	10
E. Critères diagnostiques.....	12
F. Conséquences maternelles.....	13
G. Conséquences néonatales.....	14
DISCUSSION.....	15
A. Limites et validité de l'étude.....	15
Biais de sélection.....	15
Type d'étude.....	15
Caractéristiques étudiées.....	15
A propos des données manquantes .....	16
B. Comparaison avec la littérature.....	17
Fréquence.....	17
Caractéristiques maternelles.....	17
Caractéristiques de la grossesse .....	18
Critères diagnostiques.....	19
Conséquences maternelles.....	20
Conséquences néonatales.....	22
C. Applications.....	23
CONCLUSION.....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXES.....	30

## ABRÉVIATIONS

AG : Age Gestationnel

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPPNI : Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal

HCE : Hôpital Couple Enfant

HRP : Hématome Rétro Placentaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU : Mort Foetale In Utero

RCF : Rythme Cardiaque Foetal

RPM : Rupture Prématuroe des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhée

## INTRODUCTION

L'hématome rétro-placentaire (HRP) correspond au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) [1]. L'HRP compliquerait entre 0,25% et 1% des naissances dans les pays industrialisés [1,2,3,4,5,6,7], et entre 4,5% et 6% dans les pays en voie de développement [8,9].

L'HRP reste une pathologie imprévisible malgré les facteurs de risque reconnus : âges extrêmes de la maternité, multiparité, ethnies noires, antécédent de césarienne ou d'HRP, thrombophilie, consommation de toxiques, hypertension artérielle (HTA), pathologies de la grossesse (HTA gravidique, pré-éclampsie, rupture prématurée des membranes (RPM)), traumatismes abdominaux [1,2,10,11]. L'HRP survient parfois alors que ces facteurs de risque sont absents.

Le diagnostic de l'HRP est avant tout clinique, avec classiquement : métrorragies (de sang noir), contracture utérine associée à une douleur d'apparition brutale, et diminution des mouvements actifs foetaux. [1,2,12]. L'examen paraclinique retrouvera des anomalies du rythme cardiaque foetal (RCF) et l'hématome pourra être visualisé lors de l'échographie [2].

L'HRP survient notamment dans la seconde moitié de la grossesse et est associé à d'importantes complications [1,11,12] qui en font une urgence vitale pour la mère et le fœtus.

La mortalité maternelle est d'environ 1,1/100 000 naissances vivantes [2] dans les pays industrialisés, mais peut atteindre 6% dans les pays en voie de développement [8].

La mortalité périnatale (MFIU incluses) est d'environ 10 à 20% dans les pays européens [1,2,11] et peut atteindre 60 à 75% dans les pays en voie de développement [2,8,9,11].

Les différentes études, effectuées dans des pays industrialisés ou en voie de

développement retrouvent des facteurs de risque et des conséquences en proportion variables. Nous ne retrouvons que peu d'études françaises à ce sujet. N. Sananes et al. à Strasbourg [2] retrouvaient 0,66% d'HRP pour la période d'inclusion.

L'objectif de notre étude est de décrire les facteurs de risque, la clinique, les conséquences maternelles et néonatales immédiates et la prise en charge de l'HRP à l'Hopital Couple Enfant de La Tronche (38) et de les comparer avec ceux des études récentes à notre disposition.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### *A. Type d'étude*

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique. La période d'étude s'étend du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2014. Le site d'étude est l'Hôpital Couple Enfant de La Tronche (maternité de type III).

### *B. Population*

Les dossiers des patientes ont été sélectionnés grâce au codage informatisé CIM-10 : O45 – Décollement prématuré du placenta.

Ont été exclus les dossiers codés O45 à tort (pas de mention d'HRP ou suspicion d'HRP infirmée après examen du placenta).

Au total, 52 dossiers ont été retenus.

Le recueil de données a été effectué informatiquement, à partir des éléments du Dossier Médical Obstétrical (DMO).

### *C. Variables*

Nous étudierons les conséquences immédiates de l'HRP, soit dans les deux heures suivant l'accouchement.

#### Caractéristiques maternelles

Age ; gestité ; parité ; antécédents (hypertension artérielle (HTA) préexistante à la grossesse, thrombophilie, antécédent d'accouchement par césarienne, antécédent d'HRP) ; indice de masse corporelle (définie par : poids (kg) / (taille(m))<sup>2</sup> ).

## Caractéristiques de la grossesse

Age gestationnel à l'accouchement ; grossesse gémellaire ; tabagisme ; addictions (en particulier : alcool, cocaïne) ; pathologies de la grossesse (pathologies vasculo-placentaire : HTA gravidique, pré-éclampsie, éclampsie ; diabète gestationnel ; traumatisme ; rupture prématurée des membranes (RPM) ; menace d'accouchement prématuré (MAP) : contractions utérines et modifications cervicales avant 37 SA) ; mode d'accouchement ; issue de la grossesse.

## Critères diagnostiques

Clinique (métrorragies, contracture utérine, aucun signe) ; échographie (HRP visualisé ou non) ; analyse du RCF selon classification en vigueur au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble (Annexe I) : RCF normal ; risque faible ou modéré d'acidose ; risque important ou majeur d'acidose.

## Conséquences maternelles

Volume des saignements (per et post-partum) ; présence d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) (décrite par les paramètres suivants : association d'une hémorragie et de modifications biologiques (plaquettes <100 G/L, temps de prothrombine <65%, fibrinogène <1g/L) [13]) ; nécessité d'un transfert en service de réanimation ; transfusion, transfusion massive (transfusion de plus de 4 culots globulaires en une heure) [14] ; traitement de l'hémorragie par embolisation ; traitement de l'hémorragie par chirurgie d'hémostase (ligature vasculaire, hystérectomie d'hémostase) ; décès.

## Conséquences néonatales

Apgar à 1 minute et 5 minutes de vie ; pH artériel au cordon ; poids de naissance ; sexe ; nécessité d'une réanimation initiale (ventilation assistée, massage cardiaque, administration de drogues vasoactives en salle de naissance) ; nécessité d'un transfert en service de

réanimation néonatale.

***D. Analyse statistique.***

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel StatView®.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

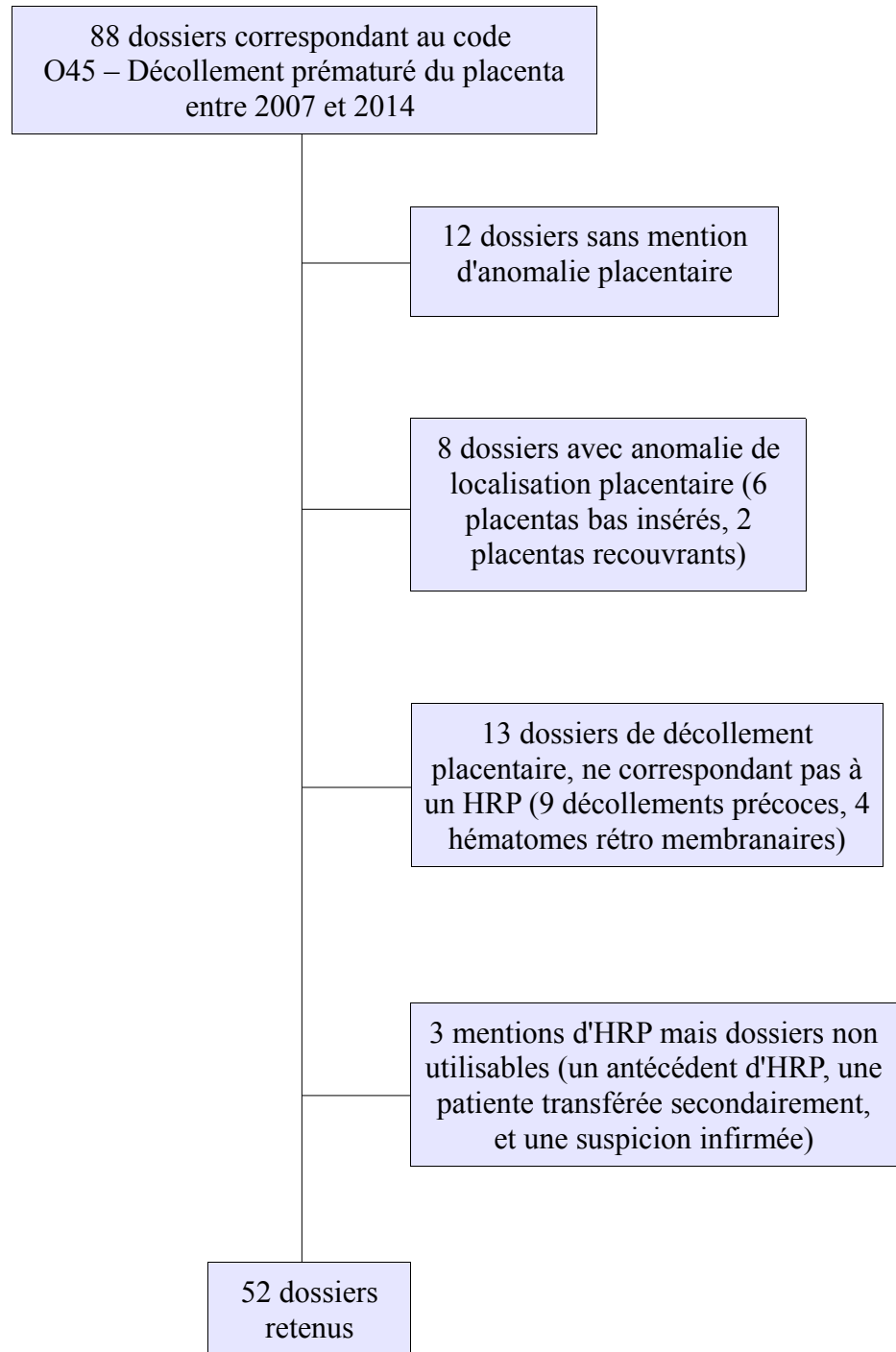


# RÉSULTATS

## A. Diagramme d'inclusion

Figure 1 : Diagramme d'inclusion

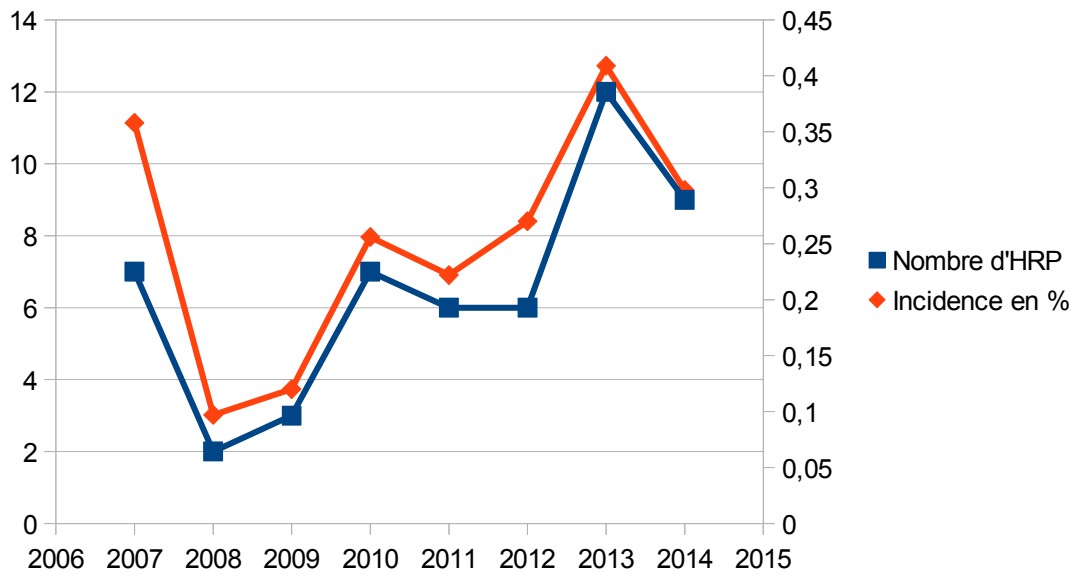
Figure 1 : Flow chart



## B. Fréquence

Figure 2 : Incidence de l'HRP par an au CHU de Grenoble

Figure 2 : Placental abruption's frequency per year in Grenoble's CHU



Durant la période d'étude, il y a eu 20 864 accouchements au CHU de Grenoble, dont 52 ont été compliqués par un HRP ; soit une incidence globale de 0,249%.

### C. Caractéristiques maternelles

Tableau 1 : Caractéristiques maternelles

Table 1 : Maternal characteristics

Caractéristiques		N	%
Age	<35 ans	37	71,15
	>35 ans	15	28,85
Parité	IP	21	40,39
	IIP	17	32,69
	IIIP et plus	14	26,92
Antécédents	HTA	0	0
	Thrombophilie	0	0
	Césarienne	11	21,15
	HRP	1	1,92
IMC <sup>a</sup>	<25	32	76,19
	>25	10	23,81

<sup>a</sup> : 10 données manquantes

L'âge des patientes étudiées était compris entre 19 et 43 ans, avec une moyenne à 30,25 ans (e.t : 6,96) et 59,62% étaient multipares. La gestité moyenne des patientes était de 2,52 (e.t : 1,34), avec une étendue de 1 à 6 grossesses. La parité moyenne de notre échantillon était de 2,08 enfants (e.t : 1,27), avec des valeurs extrêmes de 1 à 6 enfants. 59,61% des patientes sont multipares. L'IMC moyen des patientes était de 23,08 (e.t : 4,26), avec des valeurs extrêmes de 15,42 et 38,06.

## D. Caractéristiques de la grossesse

Tableau 2 : Caractéristiques de la grossesse

Table 2 : Pregnancy characteristics

Caractéristiques	N	%
Age gestationnel		
<37SA	39	75
>37SA	13	25
Grossesse gémellaire	1	1,92
Tabagisme <sup>a</sup>	13	25
<10 cig/j	7	14,29
>10 cig/j	6	12,25
Addictions <sup>b</sup>		
Alcool	1	1,92
Cannabis	1	1,92
Cocaïne	0	0
Pathologies de la grossesse		
Pathologies vasculo-placentaire		
HTA Gravidique	0	0
Pré-éclampsie	5	9,62
Eclampsie	0	0
Diabète gestationnel	6	12
Traumatisme	2	3,85
Rupture prématurée des membranes	6	11,54
Menace d'accouchement prématuré	9	17,31
Mode d'accouchement		
Césarienne	40	76,92
Voie basse simple	10	19,23
Extraction instrumentale	2	3,85
Issue de la grossesse		
Enfants vivants	41	77,36
MFIU	8	15,09
Enfants nés non viables	2	3,77
IMG	2	3,77

<sup>a</sup> : 3 données manquantes ; <sup>b</sup> : 2 données manquantes

L'âge gestationnel moyen à l'accouchement était de 32,38 SA, soit 32SA + 2,5 jours. (e.t : 5SA + 2,5j). Les âges extrêmes étaient : 19SA + 6 jours et 41SA. 76,92% des patientes ont accouché par césarienne ; 77,36% des enfants sont nés vivants.

Certaines patientes cumulaient plusieurs pathologies (DG et MAP par exemple).

Deux IMG pour sauvetage maternel ont été réalisées, à 21SA + 1 jour et 22SA + 2 jours. Les deux patientes étaient primipares, sans antécédent ni pathologies de la grossesse particuliers.

Les deux foetus issus de la grossesse gémellaire sont nés non viables à 23SA + 1 jour.

## E. Critères diagnostiques

Tableau 3 : Critères diagnostiques

Table 3 : Diagnostic criterias

<b>Caractéristiques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Clinique		
Métrorragies isolées	21	40,39
Contracture utérine isolée	8	15,39
Métrorragies + contracture utérine	14	26,92
Aucun signe	9	17,31
Echographie <sup>a</sup>		
HRP visualisé	35	68,63
HRP non visualisé	16	31,37
Analyse de l'ERCF <sup>b</sup>		
ERCF normal	11	28,95
Risque faible ou modéré d'acidose	11	28,95
Risque important ou majeur d'acidose	16	42,11

<sup>a</sup>: 1 donnée manquante ; <sup>b</sup>: 3 données manquantes

Le signe clinique principal était la présence de métrorragies, dans 67,31% des cas, puis la présence d'une contracture utérine, dans 42,31% des cas.

L'ERCF était anormal dans 71,06% des cas.

## F. Conséquences maternelles

Tableau 4 : Conséquences maternelles

Table 4 : Maternal consequences

Caractéristiques	N	%
Volume des saignements <sup>a</sup>		
<500ml	19	37,26
500-1000ml	18	35,29
>1000	14	27,45
CIVD	4	7,69
Transfert en réanimation	5	9,62
Transfusion		
Non	38	73,08
Oui	14	26,92
Dont : Transfusion massive	7	50
Embolisation	0	0
Chirurgie d'hémostase		
Ligature vasculaire	1	1,92
Hystérectomie d'hémostase	2	3,85
Décès	0	0

<sup>a</sup> : 1 donnée manquante

Le volume moyen des saignements était de 766,67ml (e.t 654,73ml), avec des valeurs extrêmes de 50ml et 3500ml.

Trente deux patientes ont eu une hémorragie (>500ml) (62,74%). Parmi elles, 18 patientes ont saigné moins de 1000ml (soit 56,25%), et 14 ont saigné plus de 1000ml (soit 43,75%).

26,92% des patientes ont du être transfusées, et 5,77% d'entre elle ont bénéficié d'une chirurgie de l'hémostase.

## G. Conséquences néonatales

Tableau 5 : Conséquences néonatales

Table 5 : Neonatal consequences

Caractéristiques	N	%
pH artériel au cordon <sup>a</sup>		
>7,20	21	60
<7,20	14	40
Sexe <sup>b</sup>		
Masculin	37	71,15
Féminin	15	28,85
Réanimation initiale <sup>b</sup>		
Oui	30	75
Non	10	25
Transfert en service de néonatalogie <sup>b</sup>		
Oui	28	70
Non	12	30

<sup>a</sup> : 5 données manquantes ; <sup>b</sup> : 1 donnée manquante

Le score d'Apgar moyen à une minute de vie des nouveaux nés de l'échantillon était de 4,66 (e.t : 3,52). Six nouveaux-nés (soit 15%) avaient un score de zéro. Le score d'Apgar moyen à cinq minutes de vie des nouveaux nés de l'échantillon était de 7,81 (e.t : 2,84). Deux enfants (soit 5%) avaient un score de zéro.

Le poids de naissance moyen était de 1900,40g (e.t : 1034,08g)

Le pH artériel moyen au cordon était de 7,17 (e.t : 0,21).



## DISCUSSION

### *A. Limites et validité de l'étude.*

#### Biais de sélection

Notre étude étant rétrospective, elle se base sur l'analyse des dossiers médicaux informatisés. Certains éléments ont pu ne pas être renseignés (ou insuffisamment), ce qui les a rendus inexploitable. Nous observons donc une part non négligeable de données manquantes.

Le codage CIM-10 est personne-dépendante. Nous avons pu observer que de nombreuses références de dossiers n'auraient pas dû nous parvenir, car ne portant aucune mention d'un DPPNI. Par exemple, les dossiers de placenta praevia correspondent à un codage différent, le O44. Nous pouvons donc penser que certains dossiers de patientes ayant présenté un HRP auraient pu être mal codés et ne pas nous être communiqués.

De plus, le code O45 renvoie à tout décollement prématuré du placenta. Nous avons donc reçu les références de dossiers de décollement minime du placenta en début de grossesse, sans suites pathologiques, que nous avons exclus.

#### Type d'étude

L'HRP étant une pathologie rare, bien que notre étude porte sur une durée de huit ans et que nous n'avons exclu aucun dossier d'HRP confirmé, le nombre de dossiers étudiés reste réduit.

#### Caractéristiques étudiées

La limitation de l'étude aux conséquences immédiates ne rend pas compte de toutes les

conséquences de l'HRP. En particulier, la mortalité néonatale est présente après la période de post-partum immédiat, et la plupart des auteurs étudient la mortalité périnatale ou néonatale (jusqu'à sept jours ou un mois de vie) [1,2,3,8,9,10,15,16]. Nous savons en outre que d'autres études, ont mis en évidence des liens entre HRP et paralysie cérébrale chez le nouveau né [17] et entre HRP et pathologies cardio-vasculaires chez la mère [18].

### A propos des données manquantes

L'IMC n'était pas renseigné dans 19,23% des cas, le tabagisme dans 5,77% des cas, et la consommation de toxiques dans 3,85% des cas. Ces données sont pourtant déterminantes dans la prise en charge médicale et obstétricale des patientes.

La réalisation ou non d'une échographie n'était pas renseignée dans 1,92% des cas (tableau clinique très évocateur et terme inférieur à 24 SA). L'analyse du RCF n'était pas renseignée dans 5,77% des cas (perte sanguine supérieure à 500ml, HRP objectivé à l'échographie). Dans ces cas, le diagnostic avait déjà été porté sur d'autres bases et l'état materno-foetal était suffisamment inquiétant pour prendre en charge immédiatement les patientes.

Le volume des saignements n'était pas renseigné dans 1,92% des cas. La patiente était multipare, n'avait pas de facteurs de risque particuliers, a accouché à 30SA + 4 jours par césarienne, elle n'a pas été transfusée, ni transférée en unité de réanimation. L'ERCF suggérait un risque important ou majeur d'acidose ; l'enfant a été réanimé en salle de naissance puis transféré en service de néonatalogie. Le compte rendu de césarienne ne faisait pas mention du volume des pertes sanguines.

Le pH n'avait pas été réalisé dans 12,19% des cas. Sur les cinq enfants concernés, trois sont nés en état de mort apparente et quatre ont nécessité une réanimation. Nous pouvons

supposer que le contexte d'urgence a empêché l'équipe de réaliser cet examen.

Ces éléments nous rappellent que l'interrogatoire de la patiente et le suivi de sa grossesse par la sage-femme et l'équipe obstétricale doivent être réalisés avec rigueur, que les dossiers médicaux et obstétricaux doivent être renseignés précisément.

Malgré ces données manquantes, les proportions des différentes caractéristiques de l'HRP que nous avons étudiées concordent avec celles décrites dans la littérature, notamment dans les pays développés [2,3,4,7], et rendent notre étude compatible avec l'état actuel des connaissances.

## ***B. Comparaison avec la littérature***

### Fréquence

La fréquence d'HRP retrouvée dans notre étude correspond aux données actuelles françaises [1,2]. Cependant ce taux varie selon les auteurs, et selon le lieu de l'étude: de 0,62% en France à 6,05% au Sénégal [2,3,8,9,10,15,19,26].

### Caractéristiques maternelles (Tableau 1)

Les caractéristiques maternelles que nous avons recueillies sont similaires à celles retrouvées dans les pays industrialisés. Elles sont concordantes avec la connaissance des facteurs de risque de l'HRP, et avec les autres études réalisées sur le sujet.

La proportion de femmes de plus de 35 ans est élevée [1,2,4,8,9,10,11,16,20]. Les proportions de primipares [2,4,7,20] et de multipares [2,7,10,11,16] correspondent aux données de la littérature. La parité moyenne est, dans notre étude et dans les pays industrialisés, moindre que dans les pays en voie de développement [2,8,21].

Les antécédents d'HTA et de thrombophilie, reconnus comme étant des facteurs de risque de l'HRP, sont retrouvés en proportions variables dans la littérature [8,10,16], et absents de notre étude. Cependant, une thrombophilie peut être découverte lors d'un bilan étiologique post-HRP [2]. Notre taux d'utérus cicatriciels, supérieur aux taux retrouvés dans la littérature [1,2,11], correspond cependant à la moyenne française (selon les Statistiques annuelles des Etablissements de Santé). Nous retrouvons moins d'antécédents d'HRP que dans la littérature [8,10,16]. Comme N. Sananes et al. [2] nous notons un taux non négligeable de patientes en surpoids. L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) rapporte une proportion similaire de femmes françaises en surpoids [22].

### Caractéristiques de la grossesse (Tableau 2)

L'HRP compliquant principalement la seconde moitié de la grossesse [1,2,12], il est logique que l'AG moyen retrouvé dans la littérature varie entre 33SA + 2,5j et 36SA + 3,5j [4,7,8,16,19]. Nous retrouvons cependant dans notre étude un AG inférieur, et un taux d'HRP survenus avant terme plus important [2,9,15,16]. Contrairement à certaines études [9,15], nous avons inclus les HRP survenant avant 24SA, ce qui a pu contribuer à diminuer notre AG moyen.

Les grossesses gémellaires multiplieraient le risque d'HRP par 2 à 3 [11]. Nous retrouvons un taux moindre que la plupart des études [2,9,10].

La consommation de toxiques influe sur la survenue d'un HRP : l'alcool semble prédisposer à l'HRP [2,10,11], le risque d'HRP augmente proportionnellement avec la consommation de tabac (notamment à partir de 10 cigarettes par jour [2,23]), la cocaïne le multiplie par trois [24]. La proportion de nos patientes consommatrices de ces produits concorde avec les données de la littérature [6,10].

Les pathologies hypertensives de la grossesse sont connues pour augmenter le risque d'HRP. Nous retrouvons des taux de patientes atteintes concordant avec les données de la littérature [6,9].

La littérature rapporte des taux variables de RPM parmi les patientes ayant déclaré un HRP [8,9,11,16] ; et précise que le risque associé augmente avec la précocité de la RPM [11]. La MAP peut être une des formes cliniques pauci-symptomatique de l'HRP [2].

Les chocs abdominaux à forte cinétique, tels les accidents de la voie publique, augmentent le risque d'HRP [9]. L'utérus use de son élasticité pour s'adapter au choc, ce que le placenta ne peut faire [11]. Pour M. Tikkanen, le décollement devient manifeste dans les six à 48 heures suivant le traumatisme, mais peut apparaître jusque cinq jours plus tard [11]. Dans notre étude, les deux cas sont : un cas de violence conjugale avec coups portés à l'abdomen et une chute.

Lorsqu'un HRP est suspecté et l'état foetal inquiétant, une césarienne est réalisée en première intention [1,2,12]. La grande majorité des patientes accouchent ainsi par césarienne : de 68,04% à 96,2% dans les pays industrialisés [2,4,10,16,19] ; de 30,2% à 50,3% dans les pays en voie de développement [8,9,15]. Au contraire, en cas de MFIU, il est préférable d'obtenir une naissance par voie basse [1,12]. Dans notre étude, sur les 12 patientes ayant accouché par voie basse, 75% ont accouché d'un foetus décédé (5 MFIU, 2 IMG, jumeaux nés non viables).

Le taux de MFIU que nous retrouvons est supérieur à ce que nous observons dans les pays développés (entre 9 et 13,4%) [3,4,7,11], sans que nous sachions l'expliquer. Dans les pays en voie de développement et en Guyane française, les proportions sont supérieures, s'étendant de 25% à 64% [8,15,16,21].

### Critères diagnostiques (Tableau 3)

Les symptômes prédominants de l'HRP sont d'abord la présence de métrorragies, puis une contracture utérine [2,8,9]. Seuls A.Gueneuc et al. retrouvent des proportions inverses [16]. La forme clinique "classique" de l'HRP n'est pas uniformément retrouvée, supplantée par des formes cliniques intermédiaires "incomplètes" ou l'absence de signes cliniques [1,2,12].

L'échographie peut mettre en évidence l'HRP, (apparaissant comme une zone hypoéchogène uniforme ou non) [2]. Elle permet d'éliminer les autres causes de métrorragies et évaluer la tolérance foetale [2,12]. Bien que l'échographie ne doit pas être l'outil diagnostique principal, il a permis dans l'étude de A. Gueneuc et al., de diagnostiquer 97% des HRP [16] ; bien plus que dans notre étude. Ce chiffre est remarquable, peut-être lié au taux de MFIU supérieur (25%) [16] ; ce qui pourrait suggérer que dans cette étude, les femmes se présentaient à l'hôpital à un stade d'HRP plus avancé.

L'ERCF est l'examen de première ligne pour évaluer le bien être foetal. Nous retrouvons des taux de tracés anormaux similaires à ceux d'autres études [2,16,19].

### Conséquences maternelles (Tableau 4)

L'hémorragie est l'un des principaux risques de l'HRP. Les saignements, souvent sous estimés [2], peuvent être non exteriorisés jusqu'à l'accouchement, et s'infiltrer dans le myomètre (utérus de Couvelaire) [1,11]. Ils sont difficiles à quantifier et ne font que rarement l'objet d'une estimation. O. Thiam et al. évaluent la perte de caillots à 363,17g en moyenne [8] ; A. Gueneuc et al. retrouvent un taux de patientes qui ont présenté une hémorragie bien inférieur au notre (36%) [16].

Cette hémorragie peut s'aggraver de troubles de la coagulation, notamment la CIVD [1,12], qui compliquent sa gestion. Dans notre revue de la littérature, cette complication

survient dans 5,26% à 30% des cas [2,8,9,16]. Dans environ 10% des cas [9,10], il est nécessaire de transférer la mère en unité de réanimation.

La transfusion est un traitement souvent nécessaire à la gestion de l'hémorragie [2]. L'étude de la littérature rapporte des taux de transfusion de 27,2% à 38,39% [8,10]. Les études réalisées dans les pays en voie de développement précisent que dans certains cas la transfusion était nécessaire mais n'a pas pu être réalisée, par manque de sang disponible [15]. Dans notre étude, le taux est légèrement inférieur, et quand une transfusion a été nécessaire, elle était massive dans 50% des cas.

Une embolisation des artères utérines ou une chirurgie de l'hémostase peuvent également être réalisées [1]. Les taux de chirurgie de l'hémostase observés dans notre étude sont similaires à ceux retrouvés par les différents auteurs [9,16]. Dans notre étude, les deux patientes hystérectomisées étaient multipares, ont déclaré l'HRP au cours de la 31<sup>ème</sup> SA, ont toutes deux accouché par césarienne. Elles ont présenté une hémorragie grave (1,5L et 3,5L), et ont toutes deux été transfusées massivement. L'une d'entre elle présentait également une MFIU ainsi qu'une CIVD.

Malgré tous les traitements apportés, l'HRP reste toujours une cause de mort maternelle par hémorragie [2]. Le taux retrouvé dans les pays industrialisés est faible, mais M. Tikannen établit que le risque de mort maternel consécutif à un HRP est sept fois supérieur au risque de décès liés aux autres causes d'hémorragie [11]. Cela pourrait-il être dû au caractère retardé et insidieux de l'hémorragie, accompagné de troubles de la coagulation, qui rendent son traitement plus difficile ? Ce taux est très supérieur dans les pays en voie de développement et en Guyane française, de 1,17% à 6,6% [8,9,10,16]. Dans notre étude comme dans l'étude de N. Sananes [2], il n'est pas relevé de décès maternel. Les moyens disponibles en France, et particulièrement dans les maternités de type III, facilitent la prise en

charge de cette urgence vitale.

### Conséquences néonatales (Tableau 5)

Les conséquences néonatales dépendent du terme de naissance, de l'étendue du décollement et de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge [2].

Il est retrouvé dans la littérature un risque accru de score d'Apgar bas chez les enfants nés dans un contexte d'HRP par rapport à la population générale [10] ; ainsi qu'une forte proportion d'enfants naissant avec un score d'Apgar nul [9,16]. Le score d'Apgar moyen à une minute que nous avons observé était de deux points inférieur à celui retrouvé par N. Sananes et al. ; à cinq minutes il l'était d'un point [2]. Cette différence pourrait peut-être s'expliquer par le site de notre étude (maternité type III, contre maternité type IIB dans l'étude de N. Sananes et al.). La proportion de femmes à haut risque et dont l'âge gestationnel est inférieur y est plus élevée, accroissant ainsi la proportion de nouveaux-nés à risque de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

La mesure du pH artériel au cordon permet d'estimer l'état néonatal. Dans notre étude, comme dans celle de N. Sananes et al. le pH moyen était inférieur à 7,20 [2].

Il a été prouvé que les nouveaux-nés issus de grossesses avec HRP sont plus petits que les enfants issus de grossesses normales, et ce indépendamment du terme de naissance [7]. Les différentes études suggèrent également un fort taux de RCIU parmi cette population [16]. Nous retrouvons un poids moyen inférieur à ceux colligés dans la littérature (entre 2142g et 2713g [7,8,16]), et une proportion de nouveaux-nés de faible poids (<2500g) supérieure [8,10,15], ce qui peut être lié au fait que nous avons inclus dans notre analyse les poids des nouveaux-nés nés avant 24SA.

Pour M. Tikkanen, le sexe masculin du fœtus serait un facteur de risque d'HRP [2,11].



Nous retrouvons une forte proportion de foetus masculins, comme Y. Berhan, qui met également en évidence un lien entre sexe masculin et mortalité périnatale dans un contexte d'HRP [15]. Dans notre étude, 75% des nouveaux-nés décédés in utero étaient de sexe masculin.

Dans notre étude, à chaque fois que des gestes de réanimation en salle de naissance ont été nécessaires, ils ont été efficaces. N. Sananes et al. évoquent pour leur part quatre échecs de réanimation initiale [2].

### ***C. Applications***

La connaissance des facteurs de risque classiques de l'HRP est essentielle. Il est de la responsabilité de la sage-femme de savoir les reconnaître et d'orienter la surveillance de la grossesse en suivi A2 ou B (HAS), voire vers une maternité de niveau supérieur, afin de les prendre en charge et d'éviter l'HRP. En effet, la survenue d'un HRP en maternité de niveau I impliquerait une perte de chance pour la mère et le nouveau-né. Dans notre étude, 9,16% des mères et 70% des nouveaux-nés ont dû être transférés dans un service de réanimation adulte ou dans un service de néonatalogie (médecine ou réanimation) (Tableaux 4 et 5). Si ces patients avaient dû être transférés dans un autre hôpital, éloigné géographiquement, leur prise en charge aurait été retardée. La reconnaissance des facteurs de risque permet un transfert in utero des patientes et une meilleure prise en charge du couple mère-enfant.

L'HRP est également une pathologie imprévisible. Ce diagnostic doit rester dans l'esprit de chacun lorsqu'une patiente se présente aux urgences avec des métrorragies, même de faible quantité. Les étiologies des métrorragies sont très diverses, et l'équipe ne doit pas conclure à une cause minime avant d'avoir éliminé des urgences vitales à prise en charge

immédiate (HRP, placenta praevia ...). Le retard de diagnostic peut avoir de lourdes conséquences tant sur le plan maternel que néonatal.

L'hémorragie du post-partum reste la principale cause de décès maternel péri-partum et nécessite des prises en charge adaptées et rapides. Lors d'un HRP, le saignement peut être peu extériorisé, même s'il est volontiers massif (27,45% de déperdition de plus d'un litre (Tableau 4)) et éventuellement accompagné de troubles de la coagulation (7,69% de CIVD (Tableau 4)) ; ce qui rend son traitement plus difficile. De ce fait, la surveillance clinique et para-clinique des patientes par la sage-femme est primordiale, tant durant la grossesse que pendant le travail. Elle permet de dépister précocément une situation anormale, et de conditionner la patiente tout en alertant l'équipe obstétricale et pédiatrique afin de faciliter sa prise en charge.

## CONCLUSION

Les résultats de notre étude correspondent aux données actuelles de la littérature. Nous observons néanmoins des différences, notamment quant à l'issue de la grossesse, le volume des saignements et l'adaptation à la vie extra utérine. Ces résultats nous rappellent que même si l'HRP est une pathologie rare dans les pays développés et à la maternité du CHU de Grenoble, il génère une forte morbidité maternelle (hémorragies, transfusions massives, chirurgies d'hémostase) et une forte morbi-mortalité périnatale (MFIU, score d'Apgar bas, gestes de réanimation).

La sage-femme a un rôle important dans la gestion de cette pathologie. Elle est l'un des professionnels de première ligne pour identifier les facteurs de risque, orienter le suivi de ces patientes, reconnaître les signes de l'HRP et participer à sa prise en charge.

Notre étude s'attachait aux conséquences materno-foetales immédiates de l'HRP. Il serait intéressant de mener une nouvelle étude, permettant d'observer plus particulièrement l'organisation de la prise en charge maternelle et néonatale (quel est le délai entre leur arrivée aux urgences et le diagnostic de l'HRP ? Combien de temps sépare ce diagnostic et la naissance de l'enfant ?).

Il serait intéressant de se pencher également sur ses conséquences à plus long terme. Qu'en est-il des décès néonataux ? Des séquelles à long terme, en particulier neurologiques chez ces nouveaux-nés [17] ? De la morbidité à long terme des patientes (anémie, séquelles psychologiques d'une hystérectomie, décompensation d'une pré-éclampsie en post partum, risques cardio-vasculaires à long terme [18] ...) ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. A.-S. Ducloy-Bouthors, E. Jessenne, B. Dedet, P. Deruelle, A. Tournoys, J. Sicot et al. Hémorragies du troisième trimestre. 51E congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2009.
2. N. Sananes, T. Boisrame, B. Langer. Hématome rétroplacentaire. EMC – Obstétrique 2012;7(3):1-11 [Article 5-071-A-10].
3. C.V. Ananth, A.J. Wilcox. Placental abruption and perinatal mortality in the United States. *Am J Epidemiol* 2001 ; 153(4), pp 332-7
4. S. Furukawa, H. Sameshima, T. Ikenoue, M. Ohashi, Y. Nagai. Is the perinatal outcome of placental abruption modified by clinical presentation ? *J Pregnancy* 2011
5. T.T. Shen, E.A. DeFranco, D.M. Stamilio, J.J. Chang, L.J. Muglia. A population-based study of race-specific risk for placental abruption. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008 ; 8 : 43
6. C.V. Ananth, R. Skjaerven, K. Klunsoyr. Change in paternity, risk of placental abruption and confounding by birth interval ; a population-based prospective cohort study in Norway, 1967-2009. *BMJ Open* 2015 ; 5 : e007023.doi:10.1136/bmjopen-2014-007023
7. C.V. Ananth, G.S. Berkowitz, D.A. Savitz, R.H. Lapinski. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *J Am Med Asso* 1999 ; 282(17) : 1646-1651
8. O. Thiam, M. Mbaye, A.A Diouf, F.B. Touré, M. Gueye, M. Niang et al. Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'HRP dans une maternité de référence en zone rurale. *Pan Afr Med J* 2014 ; 17, pp 1-4
9. S. Mukherjee, A.K Bawa, S. Sharma, Y.S Nandanwar, M. Gadam. Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patientes with abruption placentae. *J Nat Sc Biol Med* 2014 ; 5 : 425-8

10. G.S Macheku, R.N Philemon, O Oneko, P.S Mlay, G Masenga, J. Obure et al. Frequency, risk factors and fetomaternal outcomes of abruption placentae in Northern Tanzania : a registry- based retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2015 ; 15, pp 1-10
11. M. Tikkanen. Placental abruption : epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand 2011 ; 90 : 140-9
12. J.-M. Ayoubi, J.-C. Pons. Hémorragies génitales : hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. 2005, Corpus médical, faculté de médecine de Grenoble. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>
13. P.E. Bollaert. Coagulations Intra-Vasculaires Diséminées (CIVD) en réanimation. XXIIe conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence ; 10 oct 2002, Lille.
14. J.-S. David, F. Wallet, O. Fontaine, T. Lieutaud, A. Levrat. Transfusion massive et modalités d'administration des produits sanguins labiles. 52E congrès national d'anesthésie et de réanimation ; 2010.
15. Y. Berhan. Predictors of perinatal mortality associated with placenta praevia and placental abruption : an experience from a low income country. J Pregnancy 2014 ; article 307043
16. A. Gueneuc, G. Carles, M. Lemonnier, F. Dallah, A. Jolivet, M. Dreyfus. 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 : 300-6
17. W.M. Gilbert, B.N. Jacoby, G. Xing, B. Danielsan, L.H. Smith. Adverse obstetrical events are associated with significant risk of cerebral palsy. Am J Obstet Gynecol 2010 ; 203(4) ; pp.328.e1-328.e5
18. J.H.W. Veerbeek, J.G. Smit, M.P.H. Koster, E.D. Post Uiterweer, B.B. Van Rijn, S.V. Koenen et al. Maternal cardiovascular risk profile after placental abruption. Hypertension 2013 ; 61(6) ; pp. 1297-1301

19. Y. Matsuda, M. Ogawa, J. Konno, M. Mitani, H. Matsui. Prediction of fetal acidemia in placental abruption. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013 ; 13 : 156
20. D.D. Mian, V. Angoi, K.L.P. N'Guesan, Y.R. Abauleth, F. Kouakou. Hématome rétro-placentaire et mort foetale in utéro : à propos de 70 cas et revue de la littérature. *Revue africaine d'anesthésiologie et de médecine d'urgence*, 2014 ; 19(1)
21. S. Mezane, M. Achnani, M. Ziyadi, A. Babahabib, R. Hafidi, D. Moussaoui et al. Hématome rétro-placentaire et mort foetale in utero : à propos de 49 cas et revue de la littérature. *IJIAS* ; 3(2) June 2013, pp. 570-8
22. INSEE. Enquête de santé, 2003.
23. C.V. Anath, S. Cnattigius. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies : a population-based prospective cohort study in Sweden. *Am. J. Epidemiol.* 2007 ; 166 ; pp. 289-295
24. S.D. McDonald, M.J. Vermeulen, J.G. Ray. Risk of fetal death associated with maternal drug dependence and placental abruption : a population-based study. *J Obstet Gynaecol Can* 2007 ; 29 : 556-9
22. INSEE. Enquête de santé, 2003.

## ANNEXES

### *Annexe I : Interprétation de l'ERCF, CNGOF*

Dénomination CNGOF	RDB (bpm)	Variabilité	Accélérations*	Ralentissements
Normal	• 110–160 bpm	• 6-25 bpm	• Présentes	• Pas de ralentissements
Quasi-normal – Faible risque d'acidose	• 160-180 bpm • 100-110 bpm	• 3-5 bpm <40 min	• Présentes ou absentes	• Précoces • Variables (<60 sec et <60 bpm d'amplitude) • Prolongé isolé <3 min
L'association de plusieurs critères fait passer à un RCF intermédiaire				
Intermédiaire – Risque d'acidose	• >180 bpm isolé • 90-100 bpm	• 3-5 bpm > 40 min • >25 bpm	• Présentes ou absentes	• Tardifs non répétés • Variables (<60 sec et ≥60 bpm d'amplitude) • Prolongé >3 min
L'association de plusieurs de ces critères fait passer à un RCF pathologique				
Pathologique – Risque important d'acidose	• > 180 bpm si associé à autre critère • < 90 bpm	• 3-5 bpm >60 min • Sinusoidal	• Présentes ou absentes	• Tardifs répétés • Variables >60 sec ou sévères • Prolongés >3 min répétés
Preterminal – Risque majeur d'acidose	• Absence totale de variabilité (<3bpm) et de réactivité avec ou sans ralentissements ou bradycardie			

\* La présence d'accélérations a un caractère rassurant. L'absence isolée d'accélération n'est pas considérée en soi comme pathologique.

## *Annexe II : Fiches de recueil de données*

### **N Anonymat :**

<b>Caractéristiques maternelles</b>	
Age	
Gestité	
Parité	
Antécédents	
	Hypertension Artérielle
	Thrombophilie
	Césarienne
	HRP
IMC	

<b>Caractéristiques de la grossesse</b>	
Age gestationnel	
Grossesse gémellaire	
Tabagisme	
Toxiques (alcool, cocaïne ...)	
Pathologies vasculo-placentaire	
Diabète gestationnel	
Traumatisme	
Rupture prématurée des membranes	
Menace d'accouchement prématuré	
Mode d'accouchement	
Issue de la grossesse	



<b>Critères diagnostiques</b>	
Clinique	
	Métrorragies
	Contracture utérine
Échographie	
Analyse du Rythme Cardiaque Foetal (RCF)	
	RCF normal
	Risque faible ou modéré d'acidose
	Risque important ou majeur d'acidose

<b>Conséquences maternelles</b>	
Volume des saignements	
CIVD	
Transfert en service de réanimation	
Transfusion	
Embolisation	
Chirurgie d'hémostase	
	Ligature vasculaire
	Hystérectomie d'hémostase
Décès	

<b>Conséquences néonatales</b>	
pH au cordon	
Apgar	
	1 min
	5 min
Poids de naissance	
Sexe	
Réanimation initiale	
Transfert en néonatalogie	

**Divers :**