

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 14 ■ N° 32 (2019)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO 2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



*BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
Tel: +224 664289196
Site web : www.guinee-harmattan.fr*

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Facteurs d'échec du traitement chirurgical des fistules obstétricales : à propos de 49 Cas opérés à l'hôpital de zone de Tanguieta au nord du Bénin en 2018
Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 6

Facteurs déterminants et pronostic de l'hématome rétroplacentaire au Sénégal : étude Cas-témoins.
Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....7 - 10

Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, attitudes et participation des femmes guinéennes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry
Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'institut de nutrition et santé de l'enfant (INSE) sur 10 années d'activités.
Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T18 - 24

Evaluation du risque cardiovasculaire chez les femmes enceintes au centre médical communal (CMC) « Les flamboyants ».
Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

Notre expérience de l'autotransfusion dans la prise en charge de la grossesse extra utérine rompue.
Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A34 - 37

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de Saint Louis sur le cancer du col
Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC38 - 43

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

Grossesse molaire ectopique : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Bénin et revue de littérature
Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Failure factors for surgical treatment of obstetric fistula: about 49 cases operated at the district hospital of Tanguieta, northern Benin, in 2018

Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 5

Determining factor and prognosis of abruptio placenta in senegal: case-control study

Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....6 - 11

Knowledge, attitudes and participation of guinean women in the screening of cervical cancer in the gynecology-obstetrics department of the national hospital

Ignace Deen of Conakry

Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

Risk factors for mortality of newborns referred from Donka maternity clinic to the institute of child nutrition and health (INSE) over 10 years of activity.

Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T18 - 24

Evaluation of the cardiovascular risk among pregnant women in the communal medical center (CMC) « Les flamboyants ».

Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33

Our experience of autotransfusion in the management of ruptured ectopic pregnancy

Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A34 - 37

urvey of knowledge, attitudes and practices of Saint Louis providers on cervical cancer

Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC38 - 43

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

Grossesse molaire ectopique : a propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Benin et revue de littérature

Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

FACTEURS DÉTERMINANTS ET PRONOSTIC DE L'HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE AU SÉNÉGAL : ÉTUDE CAS-TÉMOINS.

DETERMINING FACTOR AND PROGNOSIS OF ABRUPTIO PLACENTA IN SENEGAL: CASE-CONTROL STUDY

DIOUF AA, NIASSA, DIALLO M, SENE C, DIAA, DIOUF A.

Centre Hospitalier National de Pikine, Thiaroye. Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar. Adresse : Service de Gynécologie – Obstétrique, Centre Hospitalier National de Pikine, Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal. Tel : (221) 33 853 00 71 / Fax : (221) 33 853 00 69 Email : hoppikine@orange.sn

Correspondances : Dr Abdoul Aziz DIOUF Service de Gynécologie – Obstétrique Centre Hospitalier National de Pikine Sis Camp de Thiaroye, Dakar, Sénégal Tel : 33 853 00 71 / Fax : 33 853 00 69 Email : dizzeffr@yahoo.fr

RESUME

Buts : étudier les facteurs déterminants de la survenue de l'hématome rétroplacentaire (HRP) et son pronostic dans un pays à forte prévalence.

Matériels et méthodes : nous avons réalisé une étude multicentrique prospective cas-témoins, incluant 270 patientes. Les cas présentaient un HRP au-delà de 20 semaines d'aménorrhée. L'étude s'est déroulée sur une période de 16 mois.

Résultats : La fréquence de l'hématome rétroplacentaire était de 2,2%. L'âge moyen des cas était supérieur à celui des témoins (28,7±6 vs 26,7±6). Les multipares avaient 3,5 fois plus de risque de présenter un HRP ($p = 0,000$). La survenue d'un HRP était fortement corrélée à un antécédent d'avortement spontané, un antécédent d'HRP, un mauvais suivi prénatal et à l'existence d'une HTA ($p = 0,028$). La mortinaissance était 13,6 fois plus élevée dans le groupe HRP. Un cas de décès maternel était observé, il s'agissait d'une forme grave d'HRP avec trouble de la coagulation.

Conclusion : L'hypertension artérielle, le mauvais suivi prénatal, l'âge maternel avancé et la multiparité étaient les principaux facteurs associés à la survenue d'HRP.

Mots-clés : Hématome rétroplacentaire, Hypertension artérielle, Hémorragie, Sénégal

ABSTRACT

Aims: to examine the determinants of the onset of abruptio placenta and its prognosis in a high-prevalence country.

Materials and Methods: we performed a prospective multicentre, case-control study, including 270 patients. The cases had HRP beyond 20 weeks of amenorrhea. The study took place over a period of 16 months.

Results: The frequency of retroplacental hematoma was 2.2%. The average age of the cases was greater than that of controls (28.7 ± 6 vs 26.7 ± 6). Multiparas were 3.5 times more likely to have abruptio placenta ($p = 0.000$). The occurrence of HRP was strongly correlated with a history of spontaneous abortion, a history of HRP, poor antenatal care, and the presence of hypertension ($p = 0.028$). Stillbirth was 13.6 times higher in the HRP group. One case of maternal death was observed, it was a serious form of HRP with bleeding disorder.

Conclusion: Hypertension, poor prenatal follow-up, advanced maternal age and multiparity were the main factors associated with the occurrence of abruptio placenta.

Keywords: abruptio placenta, Hypertension, Haemorrhage, Senegal.

INTRODUCTION

L'HRP représente actuellement l'une des principales causes de mortalité maternelle et périnatale par hémorragie [1,2]. Sa gravité en fait une urgence diagnostique et thérapeutique. Malgré de nombreux progrès diagnostiques et thérapeutiques, il reste souvent un accident imprévisible en Afrique sub-saharienne particulièrement au Sénégal [1, 2]. Cette situation nous a motivé à initier une étude cas-témoins multicentrique sur cet accident vasculaire hémorragique dont les objectifs étaient d'identifier les facteurs déterminants de l'HRP, et d'apprécier son pronostic maternel et périnatal.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé une étude multicentrique cas-témoins dans trois grandes maternités de la région de Dakar. Les cas étaient toutes les patientes reçues dans l'une de ces trois maternités pendant la période de l'étude, qui présentaient un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus était à l'intérieur de l'utérus. Les témoins étaient les parturientes qui ne présentaient pas d'hématome rétroplacentaire et qui venaient juste d'accoucher après le cas. N'étaient pas inclus

les cas de décollement placentaire avant 20 semaines d'aménorrhée et les patientes refusant de faire partie de l'étude. Ainsi, toutes les patientes présentant un hématome rétroplacentaire étaient incluses dans l'étude, soit 135 cas et 135 témoins. La durée de l'étude était de 16 mois. Le recueil des données était prospectif et l'analyse était possible grâce au logiciel SPSS 20.0. Les modalités des variables qualitatives ont été exprimées en effectif, en pourcentage et en cumul du pourcentage. Quant aux variables quantitatives, les indicateurs calculés sont la moyenne, le minimum et le maximum. Le test d'analyse de la variance (ANOVA) et le test de significativité de Student ont été utilisés selon les cas pour la comparaison des moyennes. Les tests d'indépendance utilisés sont le test de Khi carré et le test exact de Fisher lorsque les effectifs observés dans les tableaux croisés étaient inférieurs à 5. Les hypothèses nulles des différents tests étaient rejetées toutes les fois que la p-value était inférieure à 5%.

RESULTATS

Durant cette période, 135 cas contre 135 témoins étaient colligés sur un nombre total d'accouchements égal à 12273. La fréquence de l'HRP était de 2,2%.

Tableau 1 : Répartition des patientes selon les facteurs de risque d'hématome rétroplacentaire

		Cas		Témoins		p	IC																																																																																								
Antécédent d'avortement	Oui	42	80,7	10	19,3	0,000	5,64[2,69-11,8]																																																																																								
	Non	93	42,7	125	57,3			Antécédent de mort fœtale in utero	Oui	8	72,7	3	27,3	0,123	2,7[0,72-10,7]	Non	127	49	132	51	Antécédent d'HRP	Oui	7	100	0	0	0,000		Non	128	48,6	135	51,4	Antécédent de prééclampsie	Oui	9	81,8	2	18,2	0,031	4,75[1,0-22,4]	Non	126	48,6	133	51,4	Age supérieur à 35 ans	Oui	36	5	26	42	0,005	1,52 [0,79-2,93]	Non	99	47,5	109	52,4	Multiparité	Oui	29	24,1	91	75,8	0,001	3,1[1,5-6,4]	Non	106	70,6	44	29,4	Nombre de Consultations prénatales	< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000	7,55 [2,6-8,2]	≥ 4	29	24,1	91	75,8	HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11
Antécédent de mort fœtale in utero	Oui	8	72,7	3	27,3	0,123	2,7[0,72-10,7]																																																																																								
	Non	127	49	132	51			Antécédent d'HRP	Oui	7	100	0	0	0,000		Non	128	48,6	135	51,4	Antécédent de prééclampsie	Oui	9	81,8	2	18,2	0,031	4,75[1,0-22,4]	Non	126	48,6	133	51,4	Age supérieur à 35 ans	Oui	36	5	26	42	0,005	1,52 [0,79-2,93]	Non	99	47,5	109	52,4	Multiparité	Oui	29	24,1	91	75,8	0,001	3,1[1,5-6,4]	Non	106	70,6	44	29,4	Nombre de Consultations prénatales	< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000	7,55 [2,6-8,2]	≥ 4	29	24,1	91	75,8	HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11	53,6	102	46,4										
Antécédent d'HRP	Oui	7	100	0	0	0,000																																																																																									
	Non	128	48,6	135	51,4		Antécédent de prééclampsie	Oui	9	81,8	2	18,2	0,031	4,75[1,0-22,4]	Non	126	48,6	133	51,4	Age supérieur à 35 ans	Oui	36	5	26	42	0,005	1,52 [0,79-2,93]	Non	99	47,5	109	52,4	Multiparité	Oui	29	24,1	91	75,8	0,001	3,1[1,5-6,4]	Non	106	70,6	44	29,4	Nombre de Consultations prénatales	< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000	7,55 [2,6-8,2]	≥ 4	29	24,1	91	75,8	HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11	53,6	102	46,4																								
Antécédent de prééclampsie	Oui	9	81,8	2	18,2	0,031		4,75[1,0-22,4]																																																																																							
	Non	126	48,6	133	51,4		Age supérieur à 35 ans		Oui	36	5	26	42	0,005	1,52 [0,79-2,93]	Non	99	47,5	109	52,4	Multiparité	Oui	29	24,1	91	75,8	0,001	3,1[1,5-6,4]	Non	106	70,6	44	29,4	Nombre de Consultations prénatales	< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000	7,55 [2,6-8,2]	≥ 4	29	24,1	91	75,8	HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11	53,6	102	46,4																																				
Age supérieur à 35 ans	Oui	36	5	26	42	0,005		1,52 [0,79-2,93]																																																																																							
	Non	99	47,5	109	52,4		Multiparité		Oui	29	24,1	91	75,8	0,001	3,1[1,5-6,4]	Non	106	70,6	44	29,4	Nombre de Consultations prénatales	< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000	7,55 [2,6-8,2]	≥ 4	29	24,1	91	75,8	HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11	53,6	102	46,4																																																	
Multiparité	Oui	29	24,1	91	75,8	0,001		3,1[1,5-6,4]																																																																																							
	Non	106	70,6	44	29,4		Nombre de Consultations prénatales		< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000	7,55 [2,6-8,2]	≥ 4	29	24,1	91	75,8	HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11	53,6	102	46,4																																																														
Nombre de Consultations prénatales	< 4	10	70,6	44	29,4	<0,000		7,55 [2,6-8,2]																																																																																							
	≥ 4	29	24,1	91	75,8		HTA pendant la grossesse		Oui	17	70,8	7	29,2	0,028	2,1 [0,84-6,8]	Non	11	53,6	102	46,4																																																																											
HTA pendant la grossesse	Oui	17	70,8	7	29,2	0,028		2,1 [0,84-6,8]																																																																																							
	Non	11	53,6	102	46,4																																																																																										

L'âge moyen des cas était significativement supérieur à celui des témoins (28,7±6 vs 26,7±6; p=0,022). L'âge supérieure à 35 ans était beaucoup plus associé à la survenue d'HRP (OR= 1,52 ; p=0,005). Les multigestes avaient 3,5 fois plus de risque de présenter un HRP (OR= 3,5 ; p= 0,000 ; IC 1,8 – 7. La parité présentait la même tendance (OR=3,1 ; p=0 ,000). Dans les deux groupes, les antécédents obstétricaux dominés par les avortements, la rétention d'œuf mort, et l'HRP étaient significativement corrélés à la survenue de la pathologie (tableau 1).

L'âge gestationnel moyen dans le groupe HRP était inférieur à celui dans le groupe témoin : 36,8±4 ans vs 33,7±4ans. Nous notions un lien statistiquement significatif entre la survenue d'un HRP et l'existence d'une HTA au cours de la grossesse à partir de la 20^{ème} SA (p= 0,028 ; OR =2,7). Le taux de césarienne était 11 fois plus important dans le groupe des cas par rapport à celui des témoins.

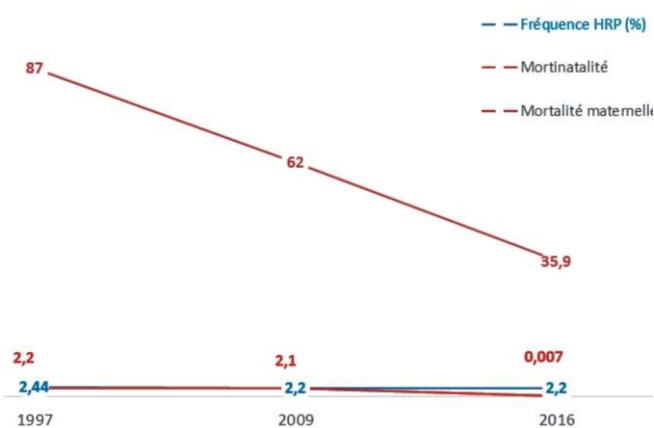


Figure 1 : Évolution de la fréquence, de la mortalité et de la mortalité maternelle des patientes présentant un HRP à Dakar [44,48]

L'analyse de la prise en charge médicale révélait que l'HRP était significativement associé à la réalisation d'une transfusion sanguine (p < 0,000, OR = 51,6) et à celui d'un séjour en réanimation (p< 0,000). Un faible poids de naissance était plus fréquemment observé dans le groupe des cas avec une différence de poids moyen de 988g entre les groupes (2077g vs 3065g). La mortinaissance était 13,6 fois plus élevée dans le groupe HRP. Tant clinique que biologique, les troubles de la coagulation étaient beaucoup plus fréquentes dans le groupe des cas par rapport aux témoins (p=0,000 ; OR = 24,3). Douze patientes avaient présenté une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle toute appartenant au groupe HRP. Un seul cas de décès maternel était noté ; il s'agissait d'une forme sévère

d'HRP grade Sher IIIb.

DISCUSSION

Au Sénégal, la fréquence de l'HRP est pratiquement constante depuis les travaux de Diallo [1] en 1997 (2,4%), de Sarr [3] en 2003 (2,8%) et de Diouf [2] en 2009 (2,2%). Cependant, elle reste supérieure aux taux relevés dans les autres pays africains : 0,5% pour Akpadza [4] au Togo, 0,4% pour Ozumba [5] au Nigeria. Cette fréquence élevée dans nos zones contraste avec des taux faibles (0,2%) retrouvés dans les pays développés [6, 7] où l'accent est mis sur la prévention.

De nombreuses études de par le monde ont montré que l'âge avancé de la femme constituait bvcun facteur de risque d'HRP. Les patientes de 35 ans et plus avaient 1,52 fois plus de risque de présenter un HRP que celles qui avaient moins de 35 ans. Les multigestes avaient respectivement 3,3 fois plus de risque de présenter la pathologie. Coulibaly [8] rapportait que le risque d'HRP était 3 fois plus élevé chez les multigestes. La parité est citée comme facteur de risque d'HRP dans la plupart des études [3, 9]. Mais l'HRP apparaît comme une pathologie gravidique qui n'épargne aucune gestante quelle que soit sa parité.

La survenue de la pathologie était fortement corrélée au mauvais suivi prénatal (OR = 7,55). Sylla [9] avait constaté que les patientes qui ne respectaient pas leur suivi prénatal couraient 4 fois plus le risque de faire un HRP (p=0,0002 ; OR=3,89).

Les antécédents d'avortement et de mort fœtale in utero multipliaient le risque de survenue d'HRP respectivement par 5,64 et 2,77. De nombreux auteurs [3, 9] ont constaté que les antécédents de pertes de grossesse augmentent le risque de survenue d'HRP. Ces constatations permettent d'expliquer la présence, chez ces patientes, d'une cause permanente d'HRP. Cependant, l'identification de ces prédispositions implique un coût financier important qui reste d'ailleurs un facteur bloquant dans la recherche étiologique de l'HRP (bilan de la thrombophilie par exemple).

La circonstance la plus classique de survenue d'un HRP est celle de l'HTA gravidique et plus particulièrement la prééclampsie [10]. Le contexte toxémique était retrouvé dans notre série dans 70,8 % des cas contre 29,2% des témoins. Ce qui amène à dire que la toxémique reste le premier facteur de risque d'HRP (p =0,028). L'existence d'une HTA multiplie le risque de survenue de la pathologie par 4. Comme constaté dans la plupart des études [1, 6], la morbidité maternelle était dominée par l'anémie aiguë, retrouvée dans la moitié des cas (52,5%).

Cependant, parcourant les travaux de Diallo [1] en 1987 (81,5%) et de Diouf [2] en 2009 (60,5%), nous avons constaté une nette diminution de l'incidence de l'anémie maternelle. Ce qui expliquerait aussi la diminution de l'incidence de l'insuffisance rénale du post-partum à Dakar : passant de 5,4% en 2009 (Diouf) [2] à 0,08% en 2016 (notre série). Elle est due à l'hémorragie, qui est la conséquence directe des troubles de la coagulation (95,2% des cas contre 4,2% des témoins). Ces constatations nous amènent à conclure à une amélioration du pronostic maternel en termes de morbidité due à l'anémie et ses complications à Dakar.

Dans notre étude nous avons enregistré un cas de décès maternel (0,007%) par HRP grade III B de Sher. La mortalité maternelle par HRP était de 2,8% pour Akpadza au Togo [4]. Pour notre part, en revisitant tous les travaux réalisés de 1997 à 2016 sur cette pathologie, nous constatons une diminution considérable de la mortalité maternelle par HRP contrastant avec une augmentation du taux de césarienne. Ce qui montre que la césarienne occupe une place importante dans la prise en charge qui rappelle le doit être globale associant aussi une réanimation adéquate basée sur la compensation des pertes sanguines, la correction des troubles de l'hémostase et de la fonction rénale.

La morbidité fœtale était dominée par le faible poids de naissance dans le groupe des cas (poids moyen à 2077g contre 3065g) dû à une prématurité ou à un retard de croissance. Ceci montre que l'HRP est une pathologie qui laisse rarement la grossesse arrivée à terme ; qu'elle interrompt le plus souvent au dernier tiers. La survenue d'un HRP était corrélée à une forte mortinatalité [OR = 26,4 ; <0,000]. On constate que même dans les pays développés [6, 7] où le plateau technique est supposé optimal et la prise en charge mieux organisée, le pronostic fœtal est sombre. Cela dénote du caractère gravissime et imprévisible de cet accident. A Dakar, nous avons constaté une diminution progressive du taux de mortinatalité en comparant notre taux (35,9%) à ceux de Diallo [1] en 1997 (87%) et de Diouf [2] en 2009 (62%) (figure 1). Cette amélioration est fortement corrélée à l'augmentation du taux de césarienne. Ainsi, nous pouvons dire que la césarienne apparaît comme l'acte fondamental de sauvetage du fœtus lorsque qu'il est vivant et viable [2, 3]. Cela dénote également d'une amélioration de la prise en charge qui passe par une bonne performance diagnostique et de la réalisation d'une

césarienne dans les meilleurs délais.

CONCLUSION

L'hypertension artérielle, le mauvais suivi prénatal, l'âge maternel avancé et la multiparité étaient les principaux facteurs de risque associés à la survenue d'HRP. L'HRP est associé, malgré un pronostic maternel amélioré, à une fréquence et une morbi-mortalité fœtale qui reste toujours élevée. Cela impose que nous nous concentrons sur ses aspects étiologiques afin de mettre en place un dispositif préventif adéquat.

REFERENCES

- 1. Diallo D, Ndiaye PA, Diouf A, Faye EO, Traoré B, Diadhiou F.** L'hématome rétroplacentaire au CHU de Dakar. *Dak Med* 1997; 42: 59-62.
- 2. Diouf AA, Mbaye M, Diop AP, Gueye SM, Diouf A, Moreau JC.** Prise en charge de l'hématome rétroplacentaire à partir d'une observation de 435 cas au Sénégal : quelle voie d'accouchement? *Med Afr Noire* 2014; 61: 3-5.
- 3. Sarr FNR.** Aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques de l'hématome rétroplacentaire à propos de 121 cas colligés à la clinique Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec. Thèse Med UCAD 2003 n° 9254.
- 4. Akpadza K, Baeta S, Neglo Y, Tete V, Hodonou AKS.** L'hématome rétroplacentaire (HRP) à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU Tokoin- Lomé (Togo) de 1988 à 1992. *Med Afr Noire* 1996;43:342-347.
- 5. Ozumba BC.** Abruptio placentae at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu: a 3-year study. *Austr NZJ Obstet Gynecol* 1989; 29: 117-120.
- 6. Uzan M, Haddad B, Uzan S.** Hématome rétroplacentaire. *Encycl Méd Chir Obstétrique* 1995; 8.
- 7. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'Obstétrique. Paris Masson, 1993; 5 :755.
- 8. Coulibaly F.** Hématome retro placentaire : Facteurs de risque, pronostic materno-foetal dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G. Thèse de Médecine Bamako 200: 99.
- 9. Sylla N.** Etude épidémio-clinique thérapeutique et pronostique de l'HRP au CSREFC2 du district de Bamako. Thèse Méd. Bamako 2012; n° 129.
- 10. Correa P, Bah M, Berthé M, Dia A.** L'hypertension artérielle au cours de la gravidopuerpéralité chez l'Africaine. *Dakar Med* 1982; 27: