

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 12 ■ N° 28 (2017)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

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

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Les fistules uretéro-génitales au centre national hospitalier universitaire de Cotonou: aspects clinique et thérapeutique à propos de 11 cas**
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'hématome rétroplacentaire (HRP) à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena.**
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparaison rachianesthésie et anesthésie générale pour césarienne au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital national Ignace Deen**
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problématique des évacuations obstétricales des patientes provenant des maternités non couvertes par le CHU de Treichville (Abidjan - Côte d'Ivoire).**
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacité et tolérance du sulfate de Magnésium par voie intraveineuse lente versus seringue électrique dans la prise en charge de la pré-eclampsie sévère et de l'eclampsie.**
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Profil hormonal des patientes aux ovaires micropolykystiques de diagnostic échographique**
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- L'insuffisance rénale aiguë compliquant la preeclampsie au CHU de Yopougon : une étude retrospective de 48 cas**
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CAS CLINIQUE

- Tumeur de la granulosa adulte de l'ovaire propos d'un cas/**
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Uretero-genital fistulas at national teaching hospital of Cotonou: clinical and therapeutical aspects about 11 cases*
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Epidemiological, therapeutic aspects and prognosis of abruption placentae at N'djamena mother and child hospital.*
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6- 11
- Comparison of spinal anesthesia and general anesthesia for caesarean section in the service of anesthesia-resuscitation of the national Ignace Deen hospital*
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problem of obstetrical evacuations of patients coming from maternities outside the zone of treichville university hospital center (abidjan- côte d'ivoire).*
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacy and tolerance of magnesium sulphate intravenous slow versus electrical syringe in the treatment of severe pre-eclampsia and eclampsia.*
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Hormonal profile of patients having micropolykystic ovary with echographic diagnostics*
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- Pre-eclampsia-related acute kidney failure at the teaching hospital of Yopougon: a review of 48 cases*
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CASE REPORT

- Adult granulosa's tumor of ovary case report.*
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE (HRP) À L'HÔPITAL DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA.

EPIDEMIOLOGICAL, THERAPEUTIC ASPECTS AND PROGNOSIS OF ABRUPTION PLACENTAE AT N'DJAMENA MOTHER AND CHILD HOSPITAL.

FOUMSOUL^{1,2}, GABKIKABM¹, DAMTHÉOU S^{1,2}, HISSEINA^{1,2}, NZAPAYAKÉ A².

1 : Faculté des Sciences de la Santé Humaine, N'Djamena (République du Tchad)

2 : Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena.

Auteur correspondant :

Dr FOUMSOUL Hagadang, Assistant - Chef de Clinique - Université de N'Djamena, Tchad. E-mail : foumlhaga@gmail.com

Tél : 00235 66 28 63 89/ 99 29 58 89

RESUME

Introduction : l'hématome rétroplacentaire constitue une urgence majeure en pathologie obstétricale dont la prise en charge est doublée d'une réanimation médicale. Il met en jeu le pronostic maternel et fœtal par la spoliation sanguine et l'interruption des échanges materno – fœtales. Nous avons mené cette étude pour évaluer la prise en charge et le pronostic maternel et fœtal de l'hématome rétroplacentaire à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'hématome rétroplacentaire, réalisée sur 12 mois allant du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 à la Maternité de l'Hôpital de la Mère de l'Enfant de N'Djamena. Étaient incluses dans cette étude toute parturiente admise dans le service pour hématome rétroplacentaire

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 82 cas d'hématome rétroplacentaire sur un total de 3875 accouchements, soit une fréquence de 2,1%. L'âge moyen des patientes était 29,6 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 25 – 29 ans (35,3%). Les patientes en majorité non instruites (78%) et n'ayant pratiqué aucune consultation prénatale (63,4%). Les primipares étaient les plus représentées (31 cas soit 40,1%). L'âge gestationnel moyen de la grossesse était de 37,2 ± 2,1 semaines. Le poids fœtal moyen à la naissance était 2980,8g. La symptomatologie à l'admission était dominée par les métrorragies dans 63 cas, soit 76,8%. La gravité du tableau clinique était appréciée selon la classification de Sher avec 68,3% (56 cas) au grade 3. Une coagulopathie était observée chez 20,7% des patientes. L'expulsion fœtale était obtenue par voie basse dans 51% des cas et par césarienne dans 49% des cas. Les complications maternelles étaient dominées par l'anémie. Nous avons enregistré un taux de létalité maternelle de 2,4%. Le pronostic fœtal était marqué par une mortalité périnatale de 85,7%.

Conclusion : L'hématome rétroplacentaire est urgence médico - obstétricale fréquente dans nos milieux. La morbidité et mortalité maternelles et fœtales souvent élevées de cette pathologie est fonction de la sévérité du grade clinique. La réduction de cette morbidité et mortalité maternelles et fœtales liées à l'hématome rétroplacentaire passe un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate dans une structure médico-chirurgicale

Mots clés : hématome rétroplacentaire, coagulopathie, pronostic maternel et fœtal, N'Djamena.

ABSTRACT

Introduction: placenta abruption is a major obstetric emergency whose management out of obstetric procedure needs medical resuscitation. It engages maternal and fetal prognosis by despoiling blood that interrupt maternal and foetal exchange

Objective: evaluate management and maternal and foetal prognosis of placenta abruption in N'Djamena mother and child hospital.

Patients and method:

This was a prospective and descriptive survey for a year (from April 1st, 2014 to March, 31st 2015) performed at N'Djamena mother and child hospital about epidemiologic, therapeutic aspect and prognosis of abruption placenta. Patients admitted for abruption placenta were included.

Results: We have registered 82 abruption placenta among 3,875 deliveries giving a frequency of 2.1%. Medium age was 29.6 the group age from 25 to 29 years were more represented with 35.3%. No schooled have represented 78% and 63.4 hadn't attended prenatal consultation. Primiparous represented 40.1 (n=31). The medium term was 37.2± 2.1 weeks. The medium foetal weight was 2980g. Bleeding was more represented among sign recorded at admission with 76.8%. The gravity of placenta abruption was done using classification of Sher. Patients with grade 3 have represented 68.3 % (n=56). A clot disorder was observed in 20.7% vagina delivery represented 51% against 49% of cesarean section. Main maternal complication was anemia. On maternal death was recorded giving a maternal lethality of 2.4%. Foetal prognosis was enameled by 85.7%

Conclusion: abruption placenta is a frequent and obstetric and medical emergency. Maternal and foetal morbidity and mortality often high are linked with the severity of clinical stage. Decrease of this morbidity and mortality maternal need a rapid diagnose and management in adequate structure.

Key words: abruption placenta, clot disorder, maternal and foetal prognosis, N'Djamena.

INTRODUCTION

L'hématome rétroplacentaire (HRP) ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) est un accident paroxystique qui menace le pronostic maternel et foetal. Il conduit à l'interruption des échanges materno – foetales. Il constitue une urgence majeure en pathologie obstétricale dont la prise en charge est doublée d'une réanimation médicale. En dépit de nombreux progrès réalisés de diagnostics et thérapeutiques, il demeure encore un accident imprévisible ou de diagnostic difficile en raison de la fréquence des ses formes atypiques. Sa fréquence est diversement appréciée par les auteurs : 0,25 % en Europe [1, 2,3], 0,47 à 3,6 % dans les pays en développement [4, 5]. Nous avons mené cette étude pour évaluer la prise en charge et le pronostic maternel et foetal de l'hématome rétroplacentaire à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena.

Patientes et Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'hématome rétroplacentaire, réalisée à la Maternité de l'Hôpital de la Mère de l'Enfant de N'Djamena, du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 (12 mois).

Les variables d'études étaient : l'âge maternel, le niveau d'instruction, la profession, la parité, le nombre de consultation prénatale, les antécédents d'hématome rétroplacentaire ou le facteur

favorisant l'hématome rétroplacentaire, le motif de consultation ou de référence, l'âge gestationnel, le type de présentation, la prise en charge, le mode d'accouchement, le pronostic maternel et foetal.

Étaient incluse dans cette étude toute parturiente dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée, admise dans le service pour hématome rétroplacentaire diagnostiqué par la clinique ou l'échographie et confirmé après la délivrance par la présence d'hématome ou d'une cupule et ayant accepté de participer à l'enquête. Toute parturiente admise pour autre type de saignement antépartum (placenta prævia, rupture utérine), ayant accouché dans une autre structure ou à domicile référée pour prise en charge, âge gestationnel inférieur à 28 semaines d'aménorrhée et ayant refusé de participer à l'étude n'était pas incluse. Les variables sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques étaient recueillies sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel Epi info 3.5.3.

RESULTATS**Fréquence**

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 82 cas d'hématome rétroplacentaire sur un total de 3875 accouchements, soit une fréquence de 2,1%.

Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

Tableau I : répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des patientes

Caractéristiques des patientes	Effectif	Pourcentage
Age (an)		
15 – 19	22	26,9
20 – 24	10	12,2
25 – 29	29	35,3
30 – 34	14	17,1
35 et plus	7	8,5
Niveau d'instruction	64	78
Non instruite	13	15,9
Primaire	4	4,9
Secondaire	1	1,2
Supérieur		
Parité		
Primipare	33	40,1
Paucipare	10	12,4
Multipare	23	28,6
Grande multipare	16	18,9
Nombre de CPN		
0	52	63,4
1	9	11
2	11	13,4
3	6	7,3
4 et +	4	4,9

L'âge moyen des patientes était 29, 6 ans avec des extrêmes de 15 à 46 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 25 – 29 ans (35,3%) suivie de celle de 15 – 19 ans (26,9%). Nous avons noté dans cette série une prédominance des patientes non instruites, 64 cas soit 78 %. La parité variait entre 1 et 13 avec une moyenne de 4,8. Les primipares étaient les plus concernées (31 cas soit 40,1%). L'âge gestationnel moyen de la grossesse était de $37,2 \pm 2,1$ semaines avec des extrêmes allant de 33 à 41 semaines. Dans 78 cas (95,1%) la grossesse était monofœtale contre 4 cas (4,9%) de grossesse gémellaire. Le poids fœtal moyen à la naissance était 2980,8g avec des extrêmes variant entre 1490 et 4370 g dont le faible de naissance représentait 15% des cas. la grande partie de nos parturientes n'avait pratiqué aucune consultation prénatale (52 cas, soit 63,4%), seules 4,9% des parturientes avaient effectué quatre consultations prénatales et plus. Sur le plan obstétrical, 10% des patientes avaient présenté un antécédent d' HRP et 9% avaient eu un antécédent de prééclampsie.

Motif d'admission et mode d'admission

La symptomatologie à l'admission était dominée par les métrorragies dans 63 cas, soit 76,8% suivies

de la contracture (20,5%) et l'absence d'activité cardiaque fœtale était notée dans 68,3%. Ces patientes étaient dans 78,4 % évacuées ou référées et ayant parcouru en moyenne 58,4 km. L'évacuation était effectuée par l'ambulance dans 62 cas (75,6%) et avec abord veineux dans 70 cas (85,3%).

Classification selon le grade clinique de Sher

Tableau : Répartition selon des patientes le grade de gravité

Grade clinique	Fréquence	Pourcentage
Grade 1	3	3,7
Grade 2	23	28
Grade 3A	39	47,5
Grade 3B	17	20,8
Total	82	100%

Nous avons retrouvé une prédominance du grade 3 avec 56 cas, soit 68,3% et une coagulopathie était chez 17 cas, soit 20,8% des patientes.

Etiologies de l'hématome rétroplacentaire

Dans 78% des cas, la cause de l'hématome rétroplacentaire n'était pas connue. Les causes de l'hématome rétroplacentaire dans cette série étaient dominées par le traumatisme dans 19,5% des cas suivi de la prééclampsie et éclampsie dans 14,5% des cas.

La voie d'accouchement

La voie basse était pratiquée dans 42 cas, soit 51%. La césarienne était réalisée dans 40 cas, soit 49%. Elle était indiquée d'emblée si le fœtus est vivant ou après échec de la direction du travail. Le délai moyen entre l'admission et l'accouchement était de 1,80 heure (108 min) avec des extrêmes de 15 min et de 14 heures (840 min). La majorité des patientes avait expulsé avant les 3 heures. Le poids moyen des caillots était de 580,45 grammes avec une expulsion maximale de 1200 grammes de caillots. La transfusion sanguine était effectuée chez 56 cas, soit 68,3%.

Pronostic maternel

Tableau III : répartition des cas d'HRP selon les complications maternelles

Complication	Effectif	Pourcentage
Anémie	56	68,3
Trouble de coagulation	17	20,7
Insuffisance rénale	3	3,6
Décès	2	2,4

La morbidité maternelle était dominée par l'anémie due à l'hémorragie dans 56 cas, soit 68,3% (dont 12,2% avaient développé un état de choc) suivie des troubles de la coagulation (20,7%). Le taux de transfusion sanguine dans notre série était de 67% (38 cas/56). Trois cas d'insuffisance rénale étaient rapportés, soit 3,6% des cas. Nous avons enregistré deux cas de décès maternel soit une létalité globale de 2,4%. Parmi ces patientes, deux avaient accouché par voie basse, soit 40% et trois par césarienne, soit 60%. Ces deux cas de décès étaient dus à la coagulopathie.

Pronostic fœtal

Nous avons enregistré 70 cas de décès périnatal, soit une mortalité périnatale de 85,7% dont 17,4% après la naissance soit par souffrance fœtale soit par anémie sévère et 12 nouveau-nés vivants soit 14,3%. Le facteur de mauvais pronostic de cette mortalité périnatale était la gravité du tableau clinique (grade 3).

Discussion

Les aspects épidémiologiques et cliniques

La fréquence obtenue dans notre série est comparable à celles d'autres séries africaines qui rapportent des taux variant de 2,4 à 6,05% [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Par contre, elle est supérieure aux séries occidentales qui obtiennent des taux allant de 0,25 à 1% [1, 2, 11, 12].

Cette fréquence élevée dans les pays en développement pourrait s'expliquer par le bas niveau socioéconomique de ces populations qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins médicaux en termes de moyens de transport, de la proximité aux centres de santé et du délai d'admission lesdits centres de santé.

L'âge moyen de nos patientes était de 29,6 ans avec des extrêmes de 16 à 45 ans. La tranche d'âge de 25 à 29 ans était la plus représentée avec 35,3% des cas. Cet âge est comparable à ceux de Thiam [7] à Ndoum au Sénégal, Akpadza [4] à Lomé au Togo. Par contre il est supérieur à ceux de Furukawa [12] à Tokyo au Japon et de Tebeu [13] à Yaoundé au Cameroun qui obtiennent respectivement 27,4% et 27,58%. Il est prouvé dans la littérature que la survenue de l'hématome rétroplacentaire est significativement importante chez les femmes plus jeunes et celles d'âge avancé [2, 3, 4, 7, 8].

Les femmes non instruites constituaient la part la plus importante dans notre série (78%). Notre taux rejoint les données de la littérature qui soulignent une prédominance d'hématome rétroplacentaire chez les non instruites [4, 5, 7, 8, 9, 13]. Le taux élevé des femmes non instruites observé dans notre étude pourrait s'expliquer par le faible taux de

scolarisation des filles au Tchad qui est de 62,4% [14]. Ce manque d'instruction est un facteur qui favorise la méconnaissance des signes de danger.

La majorité des parturientes n'avait effectué aucune consultation prénatale (63,4%). Dans ce travail, seules 4,9% des patientes ont pratiqué au moins quatre consultations prénatales. Cette donnée est inférieure à celles retrouvées par d'autres séries africaines qui retrouvent des taux variant de 16 à 21,4% [5, 7, 8, 13]. Ce faible taux de fréquentation des services de consultation s'expliquerait par le bas niveau d'instruction, l'insuffisance de sensibilisation sur les avantages de la consultation prénatale et la méconnaissance des avantages de la consultation prénatale.

Les parturientes ont présenté pour la plupart les métrorragies comme motif de consultation (76,8%) suivies de contraction utérine (32,9%). Ce constat était fait par plusieurs auteurs, Thieba [9], Thoulon [2] qui rapportent les métrorragies comme premier motif de consultation dans l'ordre de 64 à 94,3%. Le saignement est un signe inquiétant qui amène les patientes à consulter quel que soit leur niveau d'instruction.

Le délai moyen entre l'admission et l'accouchement était de 1,80 heure (108 min) avec des extrêmes de 15 min et de 14 heures (840 min). Ce délai obtenu dans notre série est nettement inférieur à celui rapporté dans la littérature [2, 6, 8].

Ce délai retrouvait dans notre série pourrait s'expliquer par la gratuité des soins d'urgence dans le pays qui facilite une prise en charge rapide et la disponibilité d'un personnel qualifié qui assure une meilleure prise en charge.

Les aspects thérapeutiques et pronostiques

L'accouchement était effectué par la voie basse dans 51% des cas contre 49% des cas de césarienne. Ce taux de césarienne est nettement élevé à celui enregistré par Gaye à Baudouin [8] et Thieba [6] à Ouagadougou qui retrouvent respectivement 15% et 35,6%. Notre taux se rapproche de celui de certaines séries africaines et des données occidentales qui oscille entre 50% et 100% [4, 5, 7, 10, 12].

Les mesures de réanimations ont consisté en la lutte contre le choc hypovolémique, élément essentiel dans la prévention des complications liées à l'HRP. L'insuffisance des moyens de réanimation en particulier l'indisponibilité des produits sanguins pour compenser la spoliation sanguine importante et prolongée, aggravent le pronostic de ces patientes admises souvent dans un tableau clinique grave. Ce constat nous conduit à réduire le délai et ainsi faire recours à la prise en charge chirurgicale.

Les complications maternelles rencontrées étaient

dominées par l'anémie (68,3%) associée diversement à d'autres complications notamment état de choc (12,2%) et troubles de coagulation (20,7%). Le taux élevé d'anémie dans notre série s'expliquerait par le poids de l'hématome qui était supérieur à 500g dans 76,8%. Ce taux obtenu notre série rejoint ceux d'autres auteurs africains [4, 5, 9] qui rapportent l'anémie comme première complication de l'hématome rétroplacentaire avec des taux allant de 66,6 à 78%. Dans tous les cas, elle survient sur un terrain affaibli par de multiples grossesses et par des mauvaises conditions sociales et économiques [3, 7, 8, 15].

La létalité maternelle due à l'hématome rétroplacentaire était de 2,4%. Notre résultat est comparable aux données des pays en développement [4, 10] mais reste supérieur à ceux des pays occidentaux [1, 2, 11]. Ce pronostic maternel était lié à la sévérité de l'hématome rétroplacentaire (grade 3 : 68,3%) et à l'indisponibilité des produits sanguins. Le taux élevé d'anémie et de coagulation aurait joué un rôle important dans cette létalité maternelle. L'amélioration de cette létalité de l'hématome rétroplacentaire passe par la disponibilité des produits sanguins (sang frais et plasma frais congelé) au niveau de la maternité.

La mortalité périnatale dans notre série était de 85,4%. Notre résultat est comparable à ceux d'Akpadza[4], Nyama [5] qui sont respectivement de 89,4%, 84%. Ce taux est nettement supérieur à certains rapportés dans les pays en développement qui varie de 52,2% à 67,4% [3, 7, 8, 9, 15, 16] et données de la littérature occidentale qui rapporte un taux au tour de 20% [1, 2, 17]. Ce taux élevé de mortalité périnatale est en rapport avec la gravité du tableau clinique et le faible poids de naissance (15%).

CONCLUSION

L'hématome rétroplacentaire est urgence médico-obstétricale fréquente dans nos milieux.

La morbidité et mortalité maternelles et fœtales souvent élevées de cette pathologie est fonction de la sévérité du grade clinique. La réduction est cette morbidité et mortalité maternelles et fœtales liées à l'hématome rétroplacentaire passe un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate dans une structure médico-chirurgicale.

RÉFÉRENCES

1. **Yinka Oyelese, MD, and Cande V. Ananth, PhD, MPH.** Placental Abruption. *Am J Obstet Gynecol* vol 108, 4, October 2006: 1005 – 1016.

2. **Thoulon J M, Steiner H G.** Le décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves : a propos de 70 observations recueillies en série au cours d'une période de 9 ans. *Gynec Obstet* 1970 ; 69 (2) : 325-46.

3. **Audrey F S, David R O, Kani K A, Roger R.** National trends in the Incidence of abruption placentae 1979-1987. *Obstet Gynecol.* 1991;78(6):1081-6.

4. **Akpadja K, Baeta S, Neblo Y, Tete V, Hodonou A K S.** L'hématome retro placentaire à la Clinique Gynécologique du CHU de Tokoin à Lomé de 1988 à 1992. *Médecine Afrique Noire.* 1996 ; 43 (3) :342-347.

5. **Nyama M, Tamakloe Azamesu D, Garba M, Idi N, Djibril B, et al.** Abruption placentae management in a reference Nigerien maternity: Prospective study about 118 cases during one year. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007; 35(10):975-81.

6. **Dumont A, De Bernis L, Decame C, Ba M, Pollet X.** Indicateurs de la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) dans les H R P. *Médecine Afrique Noire.* 1996 ; 43 (6) :6-11.

7. **Thiam Ousmane, Mbaye Magatte, Aziz Diouf Abdou, Fode Baba Touré, Mamour Gueye, Mansour Niang 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 doi:10.11604/pamj.2014.17.11.3554, 4 pages.

8. **Diallo D, Ndiaye P, Diouf A, Faye E O, Traore B, Diadiou F.** Hématome retro placentaire au CHU de Dakar. *Dakar Médical.* 1997 ; 42 (2) :59-62.

9. **Thieba B, Ouattara T, Kyeleme C, Ouédraogo CMC, et al.** L'hématome retro placentaire dans le Service de Gynécologie-Obstétrique de CHNYO de Ouagadougou : aspects épidémio-cliniques et pronostiques. *Journal de la SAGO.* 2001 ; 1(2) :10-14.

10. **Coleman Jerry, Srofenyo Emmanuel K., Ofori Eric K., Brakohiapa Edmund K., Antwi William K.** Maternal and Fetal Prognosis in Abruption Placentae at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana. *Afr J Reprod Health* 2014; 18[4]: 115-122.

11. **Matsuda Yoshio, Ogawa Masaki, and Konn Jun.** Prognosis of the Babies Born from Placental Abruption – Difference between Intrauterine Fetal Death and Live-Born Infants. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2013, Volume 4 Issue 1 1000191. ISSN: 2161-0932 *Gynecology*, an open access journal.

12. **Furukawa Seishi, Sameshima Hiroshi, Ikenoue Tsuyomu, Ohashi Masanao,**

and Nagai Yoshio.. Is the Perinatal Outcome of Placental Abruption Modified by Clinical Presentation? Journal of Pregnancy Volume 2011, Article ID 659615, 5 pages

13. **Tebeu PM, Nnomo JA, Tiyou CK, Obama MTA, Kengne FG et al.** The Pattern of Abruption Placenta in Cameroon. Med J ObstetGynecol 1(3): 1015 (2013), 4 pages.

14. Institut National des statistiques des études économiques et de démographie. (INSEED). Enquête démographique et de santé III (EDST3). Ministère de l'économie du plan et de la

coopération. 2015. P 32.

15. **Gaye A, Dumont A, De Bernis L, Diadiou F.** L'hématome retro placentaire au Centre de santé Roi Baudouin à Dakar : prise en charge et pronostic. Journal de la SAGO. 2002 ; 1 (2) : 15-19.

16. **Naeye RL, Tafari N, Marboye C C.** Perinatal death due to abruption placentae in an African city. Acta. Obstet. Gynecol. Scan. 1979; 58 (1): 37-40.

17. **Ananth CV, Wilcox AJ.** Placental abruption and perinatal mortality in the United States. Am J Epidemiol 2001 ; 153:3327.