

Equidés

>> Reproduction

Rétention placentaire :
préférer le traitement médical

Principale complication péri-partum dans l'espèce équine, la rétention placentaire peut avoir des conséquences létales et nécessite donc une intervention rapide. Pourtant couramment pratiquée, l'extraction manuelle n'est pas recommandée en première intention en raison du risque élevé de complications.

Définie comme la non expulsion, en totalité ou en partie, des enveloppes fœtales dans un délai de 4 heures suivant la mise bas, la rétention placentaire est la complication péri-partum la plus fréquente et toucherait 2 à 10 % des juments. Notre confrère Stefan Deleuze, de la clinique vétérinaire universitaire de la faculté de médecine vétérinaire de l'université de Liège, est revenu sur cette affection lors d'une journée d'information sur les actualités en élevage équin, organisée par les Haras nationaux, le 28 janvier, au Haras du Pin.

Certains facteurs prédisposants sont connus. Les races de trait semblent davantage touchées et une prédisposition génétique a été mise en évidence dans la race frison. L'âge (juments de plus de 15 ans), certaines causes d'avortement, une gestation prolongée, le recours à une césarienne, une dystocie fœto-maternelle et tout événement pouvant réduire l'activité du myomètre (hypocalcémie, gémellité, inertie utérine primaire, hydropsie des enveloppes fœtales, certains traitements médicamenteux comme l'utilisation prolongée d'anti-inflammatoires) sont également incriminés. Concernant l'impact des anti-inflammatoires, notre confrère a conseillé d'interrompre le traitement 15 jours à 3 semaines avant la date prévue du poulinage. Il a précisé qu'une rétention l'année précédente multipliait par 3 le risque de rétention placentaire.

Conserver le placenta

Le diagnostic clinique est assez facile sauf lors de rétention partielle. « Il faut conseiller aux éleveurs de conserver systématiquement le placenta après le poulinage afin de vérifier son intégrité, notamment au niveau du sommet de la corne non gestante, site préférentiel de rétention », a insisté le conférencier.

« Les vaisseaux sanguins « ouverts » à la surface de l'utérus favorisent l'accès au compartiment sanguin de divers contaminants », a-t-il ajouté. C'est pourquoi les symptômes associés à la rétention placentaire sont variés et que les conséquences peuvent être lourdes. Parmi les principaux risques associés à la rétention placentaire, notre confrère a cité les métrites, les bactériémies/septicémies, les endotoxémies et les chocs endotoxémiques, les fourbures... Sans traitement, l'issue est souvent létale.

« Avant de mettre en œuvre un traitement, il faut identifier les causes sous-jacentes de la rétention et vérifier le statut de la jument en ce qui concerne sa vaccination antitétanique », a précisé Stefan Deleuze. Le cas échéant, il a préconisé le recours à la vaccination ou au sérum antitétanique.

Stimuler les contractions

Pour prévenir le choc endotoxémique et la fourbure, il a conseillé d'agir rapidement en instaurant le traitement classique (AINS, antibiotique large spectre, héparine fractionnée, doucher les pieds, poser des supports de fourchette...).

>> L'AUTEUR

Maud LAFON

Rédactrice permanente de la DV

« L'extraction manuelle, pourtant souvent pratiquée, n'est pas recommandée en première intention », a-t-il insisté. Il a en effet souligné les risques non négligeables inhérents à cette pratique : augmentation de la pression bactérienne dans l'utérus, invagination utérine, hémorragies diffuses et lésions endométriales, rétention partielle du placenta. A la place, il a préconisé de stimuler les contractions utérines en utilisant de l'ocytocine (IM ou en perfusion). « Les juments à risque devraient être traitées systématiquement dès 3 heures post-partum », selon lui. Ce traitement médical est efficace dans 80 % des cas.

Avec les enveloppes qui pendent, notre confrère a conseillé de faire de nœuds pour éviter que la jument ne marche dessus, mais de ne surtout pas les couper aux ciseaux car le placenta qui pend exerce une traction passive qui stimule la production endogène d'ocytocine. Cet effet peut être augmenté en lestant les enveloppes avec, par exemple, des bouteilles d'eau.

Traiter la métrite

Autre volet du traitement, celui de la métrite passe par la réalisation de lavages utérins avec de l'eau chaude (40-45° C), pas nécessairement stérile mais salée (90 g de sel pour 4 à 8 litres d'eau). Une injection d'ocytocine en fin de lavage permet d'éliminer le liquide résiduel. Ce lavage, pas forcément nécessaire si l'expulsion placentaire a été rapide après traitement, ne doit pas être réalisé avant 24 heures post-partum pour éviter toute contamination. L'administration d'antibiotiques intra-utérins est controversée et l'intervenant leur préfère une antibiothérapie par voie générale.

« La rétention placentaire est une affection grave qui nécessite une intervention rapide », a conclu Stefan Deleuze. Il convient de traiter la rétention et ses complications. « La fertilité des juments traitées médicalement pour cette affection n'est pas diminuée par rapport aux juments qui ont subi une délivrance manuelle, même si la chute du placenta a nécessité plusieurs jours », a-t-il ajouté, précisant que, au vu des complications potentielles, cette méthode manuelle devait être abandonnée. ■



Le diagnostic clinique est assez facile dès lors que le placenta pend mais il est plus délicat en cas de rétention partielle.

>> GROS PLAN

Modalités d'une délivrance normale

La placentation chez la jument est de type épithelio-chorial diffus, ce qui signifie que l'ensemble de la surface endométriale participe aux échanges entre la mère et le fœtus. La nutrition fœtale est assurée à la fois par les échanges vasculaires et par les glandes endométriales qui libèrent leurs sécrétions tout au long de la gestation.

L'expulsion du placenta survient dans les 30 minutes à 3 heures suivant la mise bas mais elle est généralement rapide chez la jument. Elle résulte de phénomènes vasculaires (vasoconstriction et vasodilatation successives) et mécaniques (actif : contractions myométriales ; passif : poids du placenta).

L'expulsion commence par le sommet de la corne gestante, le placenta se décollant et se retournant. « *Quand le placenta est extériorisé, on voit sa face fœtale, blanc nacré, celle qui n'a pas participé aux échanges* », a précisé notre confrère Stefan Deleuze lors d'une conférence sur la rétention placentaire. Le versant maternel est rouge, velouté. La « 2^e poche » qui est expulsée est la cavité amniotique, elle aussi blanc nacré. **M.L.**

