

## ❖ INTRODUCTION & DEFINITION :

### + Délivrance normale :

- La délivrance est la période la plus dangereuse pour la mère
- C'est l'ensemble des phénomènes aboutissant à l'expulsion du placenta et des membranes
- Elle évolue en 4 phases

### + L'hémorragie de la délivrance :

- Urgence mettant en jeu le pronostic maternel
- Perte de sang survenant au moment de la délivrance ou dans les 24h qui suivent l'accouchement
- Caractéristiques :
  - ✓ **Volumétrie** : > 500 ML (accouchement par voie basse), >1000 ML (accouchement par césarienne)
  - ✓ **Topographie** : origine strictement endo-utérine (aire d'insertion placentaire)
  - ✓ **Temporel** : survenant dans les **24 heures** suivant l'accouchement
  - ✓ **Retentissement sur l'état général maternel**

## ❖ LA DELIVRANCE NORMALE :

- Les phases d'une délivrance normale :

### 1. Phase de décollement :

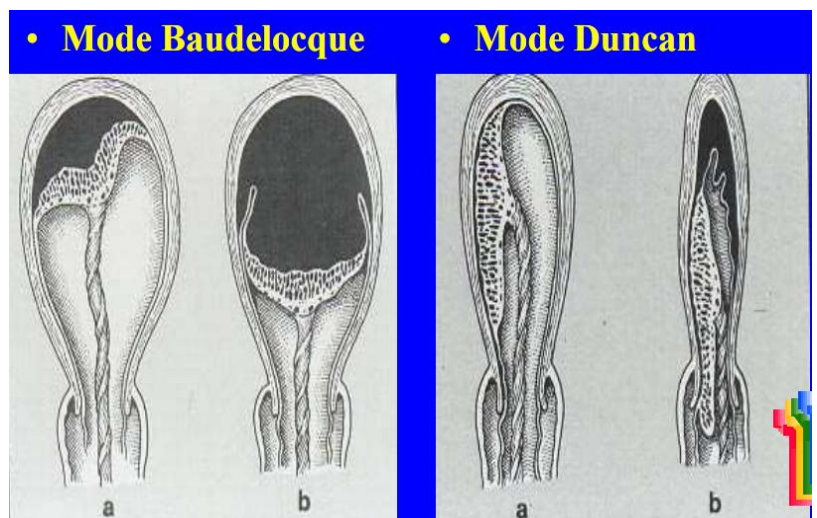
- Après l'expulsion du fœtus
- La rétraction utérine (phénomène passif) provoque un hématome retro-placentaire physiologique
- Après un repos de 10 à 15 mn, il y a reprise des contractions utérines (phénomène actif) qui vont finir le décollement

### 2. Phase de migration :

- Sous l'effet et des contractions utérines et de son propre poids, le placenta migre selon deux modalités
  - ✓ **Il se retourne en doigt de gant**
  - ✓ **La migration se fait par glissement**

### 3. Phase d'expulsion :

- **Mode Baudelocque** : face fœtale lisse qui sort la première
- **Mode Duncan** : face maternelle charnue qui sort la première



#### 4. Phase d'hémostase :


- Assurée par la rétraction utérine qui obture entre les mailles les vaisseaux *ligature vivante de Pinard*
- Elle est complétée par les mécanismes normaux de la coagulation
- La thromboplastine sécrétée par le placenta entraîne une thrombose des sinus veineux maternels

#### **Les conditions indispensables pour un bon hémostase :**

- ✓ Une contraction et une rétraction utérines efficaces
- ✓ Insertion normale du placenta
- ✓ Vacuité et intégrité utérine totale
- ✓ Hémostase normale (mécanismes normaux de la coagulation)
- ✓ Attitude médicale qui respecte la physiologie

 **La délivrance se fait dans un délai de 30mn après la naissance.**

 **Toute perturbation de l'une de ces conditions === hémorragie de la délivrance**

 **Manœuvre de déplissement du segment inférieur pour savoir si le Placenta est décollé ou pas**

#### ❖ **PHYSIOPATHOLOGIE :**

- Chaque étape de la délivrance peut être perturbé

#### **Phase de décollement :**

- Insuffisance de contractilité utérine
- Adhérence anormale du placenta : cicatrice utérine, fibrome, malformation utérine, placenta accréta....

#### **Phase de migration :**

- Hypotonie (insuffisance de contractilité utérine)
- Hypertonie (incarcération, enchatonnement)

#### **Phase d'hémostase :**

- Utérus non vide (rétention placentaire)
- Utérus de mauvaise qualité (fibromateux, épuisé par un long travail, distendu)
- Sevrage brutal d'ocytociques ou abus de substances suppressives ou anesthésiques
- Hémorragie importante ou coagulopathie

## ❖ FACTEURS DE RISQUE :

- Le principe c'est que tout femme qui accouche est susceptible de faire une hémorragie de la délivrance

Avant le travail	Liés au travail
<ul style="list-style-type: none"><li>- Toxémie,</li><li>- ATCDS d'hémorragie de la délivrance</li><li>- ATCDS de césarienne</li><li>- ABRTS</li><li>- Âge &gt; 35 ans,</li><li>- Multiparité</li><li>- surdistention utérine : macrosomie ,hydramnios,GG</li><li>- Présence de myome</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prématurité (&lt;36 SA),</li><li>- Ocytociques Pd le travail</li><li>- Retard de la délivrance</li><li>- Accouchement laborieux</li><li>- Césarienne en urgence</li><li>- Rétention placentaire</li><li>- Les halogénées comme anesthésiques</li><li>- Pré-éclampsie</li><li>- HRP</li></ul>

## ❖ LES ETIOLOGIES :

### A. Les facteurs utérins :

#### 🔧 Altération de la muqueuse utérine :

- Processus inflammatoire
- Manœuvres endo utérines : curetage abrasif, aspiration endo utérine, curage, révision utérine
- Cicatrice de chirurgie utérine
- Lésions endo utérines : fibromyome....

#### 🔧 Anomalie de contraction utérine :

##### ✓ Inertie utérine :

- **Généralisée** : macrosomie, hydramnios, travail long
- **Localisée** : en regard d'un fibrome
- En regard d'un myome intra mural

##### ✓ Hypertonie utérine :

- **Spasme cervical** : de l'orifice cervical interne réalisant l'incarcération placentaire totale d'un placenta le plus souvent décollé
- Spasme au niveau de l'une des cornes ou au milieu du corps utérin retenant une partie du placenta non décollé réalisant l'enchatonnement

### B. Les facteurs placentaires :

- **Placenta très développé** : macrosomie, GG, diabète (très grande surface d'implantation)
- **Cotylédon aberrant**
- **Anomalie d'implantation** :
  - **D'insertion** : placenta prævia
  - **De pénétration** : P. accréta, P. incréta, P. percréta, P. destruens:

### C. Les facteurs iatrogènes :

- **Les tocolytiques**
- **Les ocytociques** : deux mécanismes
  - Rétraction utérine brutale sur placenta non encore entièrement décollé

- Épuisement du myomètre lorsque le travail s'est déroulé en majeure partie sous perfusion d'ocytociques suspendu brutalement après la naissance de l'enfant
- **Les anesthésiques**
- **Les manœuvres dangereuses**
  - Expression utérine
  - Application d'un forceps
  - Traction sur le cordon

### **D. Les facteurs généraux :**

- **Troubles de la coagulation :**
  - Troubles congénitaux
  - Troubles acquis (TRT anticoagulant, hépatite virale du 3<sup>ème</sup> trimestre, déficits complexes des insuffisances hépatiques, stéatose hépatique gravidique)
- **Fuites hémorragiques importantes :**
  - PP, HRP, rupture utérine, délabrement vaginal, déchirure du col
- **Anomalies des plaquettes : thrombopénie, thrombopathie**

## **❖ ETUDE CLINIQUE :**

### **🏥 Diagnostic positif :**

#### **1. Les signes cliniques :**

- Selon la gravité et la rapidité d'installation de l'hémorragie : de la simple intolérance maternelle au choc hémorragique.
- Ils dépendent de l'importance de l'hémorragie mais aussi de l'état hémodynamique préalable de la patiente.

#### **2. La spoliation sanguine :**

- Flot de sang rouge ou noir d'apparition brutale
- Des caillots s'évacuant à chaque contraction utérine ou à l'expression
- Une involution utérine supérieure à la normale (due à la distension de la cavité utérine en lien avec une hémorragie intra-utérine non extériorisée).



#### **3. L'état générale de la patiente :**

- L'altération de l'état général et plus particulièrement le niveau de conscience de la patiente peut être le signe précurseur d'une hémorragie. Tout professionnel doit être vigilant devant l'apparition :
  - ✓ Un malaise jusqu'à la perte de connaissance
  - ✓ Une pâleur cutanée
  - ✓ De sueurs
  - ✓ D'angoisse

- ✓ D'une sensation de soif intense
- Reconnaissance de la gravité :
  - ✓ ***Par l'appréciation du retentissement sur l'état général :***
    - Hypotension, accélération du pouls, polypnée
    - Pincement de la différentielle, angoisse
    - Tardivement : pâleur, sueurs, refroidissement des extrémités signalant un collapsus majeur
  - ✓ ***Peser systématiquement les caillots et les compresses recueillies car c'est la quantification rapide du saignement qui fait le diagnostic de gravité***

**\*\*\* Les pertes sanguines peuvent atteindre 1 à 2 litres en quelques min**

### ❖ **COMPLICATIONS :**

- Anémie maternelle
- Choc hémorragique
- Coagulation intravasculaire disséminée
- L'insuffisance rénale
- **Syndrome de Sheehan** : Nécrose Hypophysaire survenant après le choc hémorragique >>> une insuffisance anté-hypophysaire.
- Décès maternel en absence de prise en charge rapide

### ❖ **TRAITEMENT :**

#### **But :**

- Lever le choc
- Assurer l'hémostase et supprimer la cause
- Compenser la spoliation sanguine

#### **TRT curatif :**

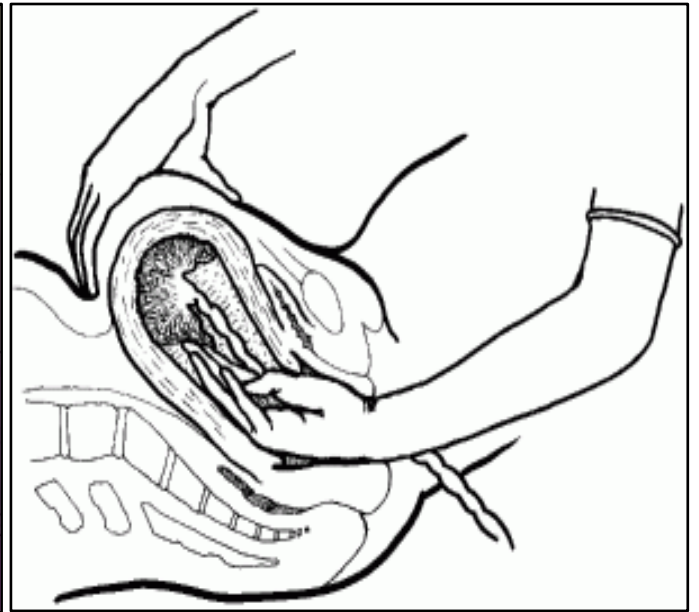
- Médical, obstétrical, chirurgical

#### **1. TRT médical :**

- La réanimation se fait en parallèle avec la recherche étiologique
- DLG, si hémorragie importante : position de **Trendelenburg**
- 1 ou 2 voies d'abord veineuse de gros calibre
- Oxygénothérapie : 6 à 8 litres/mn
- Bilan sanguin : groupage + Rh, FNS, plaquettes, fibrinogène
- Remplissage par les macromolécules : pas plus de 1.5 L
- Transfusion de sang frais total, PFC
- ATB à larges spectres
- Sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse
- Surveillance : TA, PVC, pouls

## 2. TRT obstétrical :

- **Pour but :**
  - ✓ D'arrêter l'hémorragie
  - ✓ Obtenir une rétraction utérine
- **Vérifier la vacuité utérine :**
  - ✓ Si placenta non expulsé au bout de 30 mn : délivrance artificielle + révision utérine
  - ✓ Si placenta expulsé : révision : rétention d'un cotylédon aberrant, rupture utérine
- **Examen sous valve du col et du vagin :** réparation chirurgicale des lésions



### ✚ Les procédés médicamenteux :

- ✓ **Dérivés de l'ergot de seigle** (méthyl ergotamine : methergin): action rapide et prolongée en dehors des CI : 1 amp 0.2 mg en IM
- ✓ **syntocinon**: action rapide mais brève
  - 5 UI en IVD+10 UI dans 500 cc de SGI 5 % en une heure
  - 5 à 10 UI en intramyométriale
  - Dose maximale 40UI pd 2h
- ✓ **Sulprostone** (Nalador)
- ✓ **L'acide tranexamique Exacyl : anti-fibrinolytique**

### ✚ Les procédés manuels :

- ✓ **Massage utérin** par des mouvements circulaires fermes, exercés sur le fond et le corps poursuivis aussi longtemps que nécessaire avec des pauses
- ✓ **Sac de sable sur l'abdomen**
- ✓ **Traction vers le bas du col Pd 20 à 30 mn**

### 3. Traitement chirurgical :

- Le recours à la chirurgie devra succéder à la prise en charge médicale et obstétricale lorsque celles-ci sont inefficaces, et de toute façon être associé à la réanimation.
- Les techniques de conservation utérines doivent être réalisées en priorité

#### **Les ligatures vasculaires ou dévascularisation utérine**

- ✓ Ligature des pédicules utérins
- ✓ Triple ligature de Tsurunikov (ligaments ronds, les utéro-ovariens, les pédicules utérins)
- ✓ Ligature bilatérale des artères hypogastriques

#### **Traitement radical : hystérectomie d'hémostase**

- ✓ Totale ou subtotale

### 4. TRT prophylactique :

#### ✓ **Pdt la grossesse :**

- Dépister les pathologies et les facteurs de risque

#### ✓ **Pd le travail :**

- Respect de la physiologie de la délivrance
- Éviter la traction sur le cordon et les expressions inadéquates
- Surveillance de la délivrance
- Examen du délivre
- Compenser les pertes sanguines

#### ✓ **Après l'accouchement :**

- Surveillance 2 H en salle de travail et 24 H en milieu hospitalier

### ❖ **CONCLUSION :**

- Le dépistage des facteurs de risque, le respect de la physiologie du travail et de la délivrance constituent la clé de prévention de l'hémorragie de la délivrance