

Hémorragies du post partum

Feghoul Nabyla

Service de Gynécologie Obstétrique

Hôpital Bachir Mentouri, EPH de Kouba

Faculté de Médecine d'Alger, Université d'Alger1

Plan du cours :

- 1- Introduction, Définition
- 2- Epidémiologie
- 3- Facteurs de risque
- 4- Etiologies
- 5- Diagnostic
- 6- Prise en charge
- 7- Conclusion

Introduction, Définition

- L'hémorragie du post-partum (HPP) est une pathologie gravissime engageant rapidement le pronostic vital des parturientes.
- L'HPP est définie par des pertes sanguines $\geq 500\text{ml}$ dans les **24 heures** qui suivent l'accouchement.
- Sévère à partir d'un saignement $\geq 1\ 000\ \text{ml}$.
- Le seuil d'intervention est fonction du débit de saignement mais aussi du contexte clinique.
- Sa prise en charge doit être multidisciplinaire.

Epidémiologie :

- Le nombre de décès dus aux hémorragies du post-partum (HPP) est en diminution par contre son incidence semble en augmentation.
- Dans le monde :
 - L'HPP complique **5 à 10 %** des accouchements, et **2 %** d'HPP « grave ».
 - Souvent imprévisible
 - **1^{ère}** cause de mortalité maternelle dans le monde: **30%** mortalité maternelle.
- **7-15** décès / **100 000** naissances dans les pays développés.
- **500 à 1000** décès / **100 000** dans les pays en voie de développement .
- **200 000** femmes meurent chaque année d'une hémorragie de la délivrance.

Facteurs de risque :

Multiparité
Macrosomie,
Hydramnios,
Grossesse gémellaire

Travail trop long ou trop rapide
Abus d'ocytociques, tocolytiques
CSE défavorables, Mauvais suivi.

ATCD d'HPP
RR x 3

Prééclampsie, HRP
HELLP syndrome.

Anémie maternelle
Anomalie coagulation:
Willebrand, PTI

Etiologies :

1- Atonie utérine :

- Cause la **plus fréquente** d'HPP
- Pas de contraction => **pas de rétraction** et donc **pas d'hémostase primaire**.
- L'utérus **augmenté** de volume, s'étale, devient **mou**.

2- Rétention placentaire :

- Absence de délivrance spontanée normale au bout de **30 minutes** après l'expulsion de l'enfant.
- Peut être totale ou partielle.

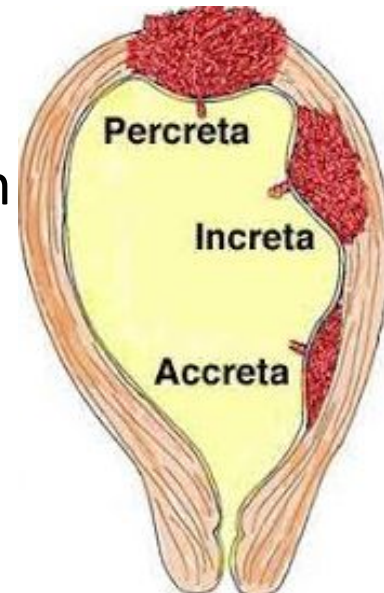
Etiologies :

3- Incarcération ou enchatonnement :

- Le placenta est enchatonné au niveau d'une corne utérine
- Ou incarcéré au dessus d'un anneau de rétraction situé au niveau du segment inférieur.

4- Anomalies d'insertion placentaire :

- Adhérence anormale : placenta bas inséré (prævia).
- La profondeur d'insertion : placenta **accreta**, **increta** et **percreta** selon l'envahissement du myomètre, des séreuses et des viscères.



Etiologies :

5- Inversion utérine :

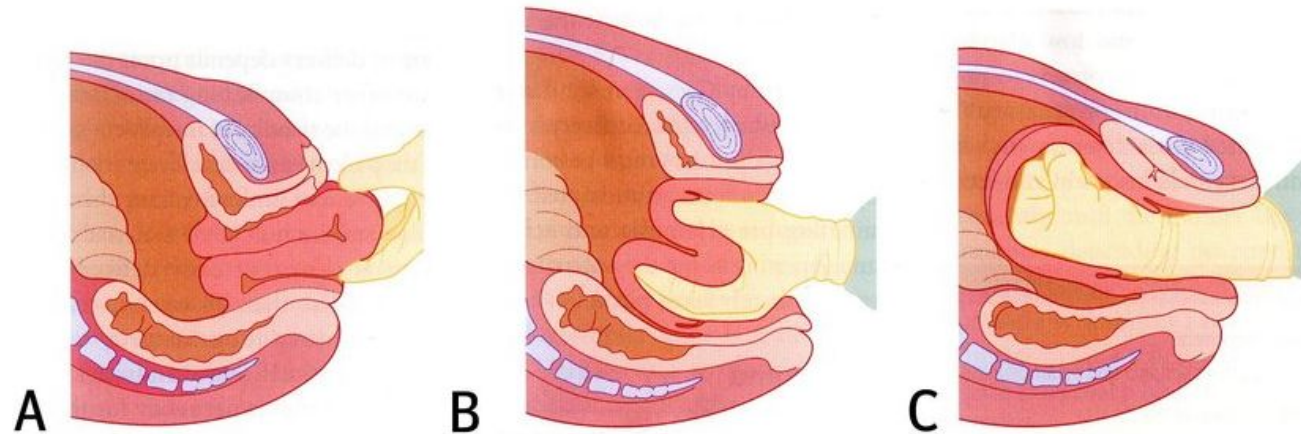
- Retournement en doigt de gant de l'utérus qui est extériorisé à la vulve.
- Accident rarissime mais gravissime : état de choc d'installation rapide.

6- Plaies de la filière génitale :

- Dilacération hémorragique extériorisée du vagin, du col utérin et du périnée ou de l'épisiotomie.

7- Anomalies constitutionnelle ou acquise de la coagulation :

- CIVD et fibrinolyse secondaire.



Diagnostic :

- Toute post-accouché doit être surveillé en salle de travail pendant **deux heures** après la naissance.
- L'hémodynamique maternelle, l'involution du globe utérin et les saignements par voie basse.
- Depuis 2014, la mise en place **d'un sac de recueil** est recommandée en cas de saignements supérieurs à la normale.
- Le processus hémorragique peut être **insidieux non extériorisé**, dans un **utérus atone et rempli de caillots**.
- Devant toute suspicion d'HPP, les **1^{ères} étapes** de la prise en charge doivent être **débutées sans retard**.

Prise en charge :

- La prise en charge optimale des HPP est **multidisciplinaire**, réalisée par l'équipe **obstétricale** et **d'anesthésie réanimation**.
- La **rapidité** de la prise en charge est un **facteur majeur** de son efficacité.
- Elle est codifiée par les **recommandations de 2004** révisées en 2014 par le **CNGOF** et la **SFAR**.

1- Prévention anténatale :

- Prévention de **l'anémie sévère** repose sur une supplémentation en fer, le plus souvent par voie orale.
- Les patientes atteintes d'une **pathologie de la coagulation** doivent bénéficier d'un suivi de grossesse en étroite collaboration avec un hématologue.
- L'anticoagulation curative par HBPM s'accompagne d'une augmentation modeste du risque hémorragique et impose le respect d'un délai (**> 24 h**) avant d'avoir recours à l'anesthésie péri médullaire.

2- Prévention au cours du travail :

- Administration **préventive d'utérotoniques** afin de réduire **l'incidence des HPP**.
- L'**ocytocine** est le traitement à privilégier.
- Un **examen du placenta** afin de vérifier s'il est complet.
- La rétention de cotylédons ou de membrane indique une **révision utérine**.
- Une délivrance artificielle est indiquée lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de **30 minutes**.

3- Prise en charge initiale de l'HPP :

- **L'étape initiale:** la détection rapide de l'hémorragie par l'importance « visuelle » du saignement ».
- La notion d'hémorragie du post-partum doit être immédiatement communiquée à tous les intervenants potentiels.
- **Le facteur temps étant primordial:**
 - **Noter l'heure initiale** du **diagnostic** de l'hémorragie.
 - Évaluer **quantitativement** les pertes sanguines.
 - Débuter un relevé chronologique des **éléments de surveillance** et de prise en charge sur une feuille spécifique.
- **Le traitement:** correction du choc hémorragique et des troubles de l'hémostase.

a- Réanimation maternelle:

La mise en condition initiale comporte :

- **2 voies veineuses de bon calibre avec bilan d'urgence.**
- **Une surveillance** : scope, pression artérielle non invasive, oxymètre de pouls, sondage vésical.
- Une **expansion volémique** initialement avec des cristalloïdes puis par des colloïdes.
- Les concentrés érythrocytaires sont administrés si l'hémoglobine est $\leq 8 \text{ g/dl}$ (ou hématocrite $\leq 25 \%$), et/ou si l'anémie est **cliniquement mal tolérée** malgré un remplissage adéquat.
- **Correction** des troubles de la coagulation.
- Une **oxygénothérapie** et la lutte contre l'hypothermie.

a- Réanimation maternelle:

- Le **retour veineux** peut être amélioré par la position **de Trendelenbourg** et/ou la surélévation des membres inférieurs sur les étriers.
- Une **anesthésie adaptée** à la pratique des **gestes obstétricaux** est réalisée dans les conditions de sécurité optimale et dans les plus brefs délais.
- Si la femme ne dispose pas d'une **RAI** datant de moins de 3 jours, il est recommandé de faire une nouvelle RAI et de prévenir la structure transfusionnelle de la situation (accord professionnel).

b- Traitement médico-obstétrical :

La cause du saignement doit être **recherchée sans délai**, les plus fréquente sont **l'atonie utérine**, la **rétenction placentaire** et les **plaies cervico-vaginales** :

- Si la délivrance n'a pas eu lieu, on réalisera **une délivrance artificielle** sous anesthésie est impérative (la vacuité utérine).
- Si elle a déjà eu lieu, la **révision utérine** s'impose. Celle-ci vérifie la vacuité utérine et l'intégrité des parois utérines et d'éliminer des caillots sanguins et les débris membranaires.
- Un examen de la filière génitale **sous valves** est recommandé en cas de suspicion de lésion cervico-vaginale, ou systématiquement après des gestes endo-utérins.

b- Traitement médico-obstétrical :

- La vessie doit être vide
- L'utérus est massé s'il est hypotonique.
- La réalisation de gestes endo-utérins est associée à la pratique d'une ATB à large spectre.

b- Traitement médico-obstétrical :

Parallèlement, il est recommandé d'administrer des utérotoniques de façon systématique :

- **L'ocytocine**: préconisée en 1^{ère} intention de **5 à 10 UI par IVL** (grade C). Un traitement d'entretien à l'aide d'une **perfusion au débit de 5 à 10 UI par heure pendant deux heures**.
- **Les prostaglandines** (Misoprostol ou Cytotec) ont une action plus puissante au prix d'effets secondaires et ne sont **pas recommandées** en **1^{ère} intention**.
- **La Méthylergométrine** (Méthergin®) est le seul dérivé de l'ergot de seigle préconisé dans cette indication. Seule **la voie intramusculaire** était autorisée à **0,2 mg**. Ne doit pas être utilisé en routine en raison de ses effets secondaires graves.

b- Traitement médico-obstétrical :

- Il est nécessaire de recourir aux phases suivantes du traitement si l'hémorragie persiste au-delà de **15 à 30 minutes** .
- Ce délai sera modulé en fonction:
 - L'abondance de l'hémorragie
 - Son retentissement hémodynamique
 - Des moyens thérapeutiques mis en œuvre pour maintenir l'état hémodynamique.



Prise en charge d'une hémorragie du post partum (HPP) après accouchement voie basse*

Noter l'heure de début HPP

- ☐ DA RU
- ☐ Examen sous valves
- ☐ Sutures
- ☐ Massage utérin

Monitoring et feuille de surveillance

- ☐ Vidange vésicale
- ☐ OXYTOCINE 5/10 UI IVL
Max 40 UI

- ☐ Hémocue
- ☐ Evaluation et maintien de l'hémodynamique
- ☐ Cristalloïdes
- ☐ Vérification groupe et ACI

Appeler Aide

- ☐ Prévention hypothermie et oxygénation
- ☐ Antibiotique

Faire le point entre équipe obstétricale et anesthésique avant de passer à l'étape suivante

30 mn max

Faire le point entre équipe obstétricale et anesthésique avant de passer à l'étape suivante

20 à 60 mn

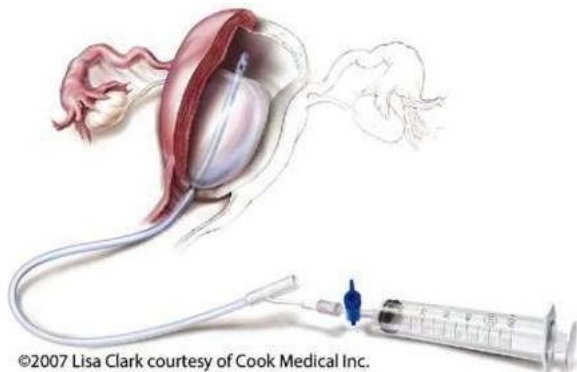
- ☐ Sonde à demeure
- ☐ Sulprostone (Nalador®)

- ☐ Pose d'une 2nd voie veineuse
- ☐ Mise en réserve CGR

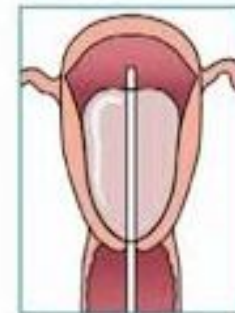
- ☐ Bilan NP TP TCA fibrinogène
TC si délai/obtention des résultats

- ☐ +/- Ballon de tamponnement intra utérin (Ballon de Bakri)

Faire le point entre équipe obstétricale et anesthésique avant de passer à l'étape suivante



COOK Incorrect



Correct

Faire le point entre équipe obstétricale et anesthésique avant de passer à l'étape suivante

Hémodynamique instable
et/ou HPP non contrôlée
et/ou embolisation non
disponible

Hémodynamique stable
et/ou HPP contrôlée
et/ou embolisation
disponible rapidement

Chirurgie conservatrice
Ligatures et/ou capitonnage utérin

Embolisation

☐ Hystérectomie inter annexielle

☐ PACKING PELVIEN

- ☐ Remplissage (cristalloïdes/colloïdes)
- ☐ +/- Noradrénaline
- ☐ Transfusion CGR (objectif Hb > 8g/100mL)
- ☐ +/- PFC dès que > 3 CGR avec ratio de 1/1 à 1.5 si HPP active et sévère

- ☐ +/- Fibrinogène (objectif F > 2g)
- ☐ +/- Ac Tranéxamique (Exacyl®)
- ☐ +/- Plaquettes (objectif > 50 000 g/l)
- ☐ +/- Cathéter artériel +/- VVC

☐ +/- rFVIIa

☐ **COMPTE RENDU** (étiologie, volume total des pertes, CAT)

* Ref. RPC CNGOF 2014

Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave :

a- Réanimation :

- Le monitoring installé initialement est complété par un sondage vésical (diurèse horaire).
- Mesure immédiate du taux d'hémoglobine par un appareil portable (type Hemocue®).
- Les bilans seront répétés en fonction de l'évolution de la situation clinique.

a- Réanimation :

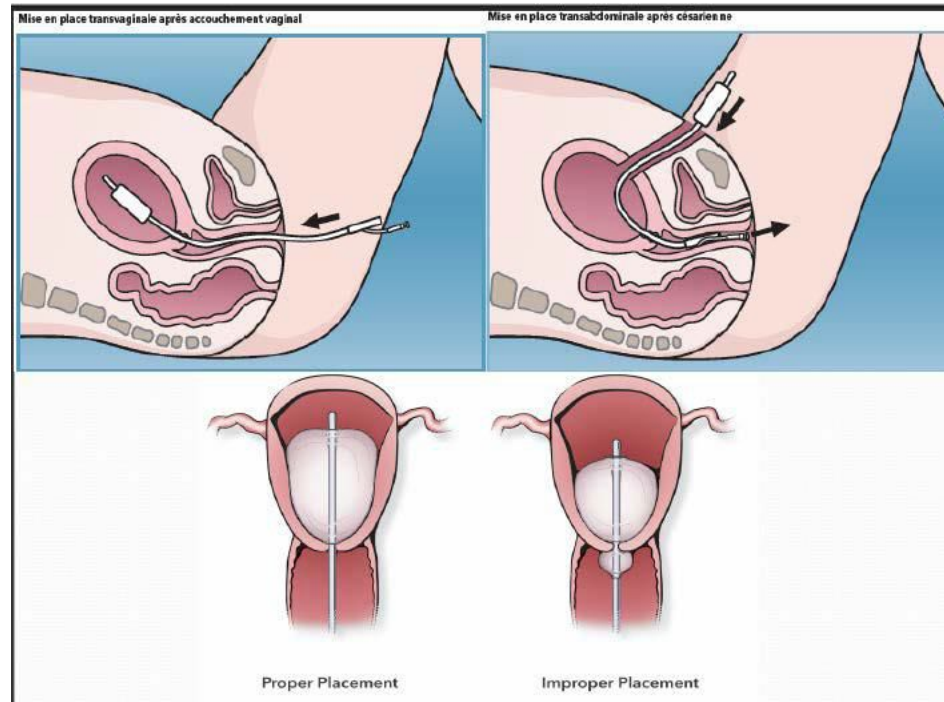
- Cette mise en condition minimale peut être complétée, en cas d'hémorragie abondante ou qui se prolonge, par :
 - Remplissage vasculaire et une transfusion.
 - Mise en place d'un abord veineux fémoral gauche et d'un cathéter artériel.
- Transfusion de culots globulaires pour maintenir un taux d'hémoglobine entre 7 et 10 g/dl tant que l'hémorragie persiste.
- En cas de trouble de l'hémostase associés à une hémorragie, le plasma frais congelé (PFC) peut être utilisé en première intention.
- En fonction de l'importance de l'hémorragie ou de la coagulopathie, il est possible d'administrer du fibrinogène et des plasmas frais congelés (PFC) sans attendre les résultats biologiques.

a- Réanimation :

- Il est souhaitable d'anticiper la commande de concentrés plaquettaires afin de maintenir une numération plaquettaire > 50 g/l.
- L'acide tranexamique pourrait avoir un intérêt dans la prise en charge des HPP, même si son intérêt clinique n'est pas démontré en contexte obstétrical.
- En présence de troubles de la conscience et d'un état hémodynamique instable, l'intubation orotrachéale avec ventilation mécanique est nécessaire pour optimiser la ventilation et l'oxygénation.
- En cas de troubles de la coagulation, le cathéter péridural est laissé en place. Son retrait ne sera effectué qu'après normalisation du bilan biologique.

b- PEC Medico-obstétricale :

- Rechercher l'étiologie obstétricale de l'hémorragie.
- Administrer dans un délai de 15 à 30 min après le début de l'hémorragie un traitement par **Sulprostone** ou **NALADOR** en perfusion intraveineuse à la seringue électrique.
- Il n'est pas recommandé d'utiliser le **Misoprostol en intra-rectal** dans cette indication
- Si après 30 min de perfusion de **Sulprostone**, sans aucune amélioration ou si la situation s'aggrave, il faut choisir d'autres stratégies thérapeutiques.
- Le tamponnement intra-utérin par ballon semble présenter une efficacité . Il peut être proposé en cas d'échec de la prise en charge par Sulprostone et avant un recours à une prise en charge chirurgicale ou par radiologie interventionnelle.
- Si la stratégie appropriée n'est pas possible sur place, il faut envisager un transfert pour effectuer le geste d'hémostase.



c- Méthodes invasives :

Envisager en cas d'échec à toutes les procédures médicales suscitées et comporte essentiellement :

- Des ligatures vasculaires
- La radio-embolisation
- L'hystérectomie d'hémostase

Le choix de la technique dépend:

- Antécédents obstétricaux de la patiente,
- L'importance de l'hémorragie,
- La stabilité hémodynamique
- L'expérience du chirurgien

Embolisation artérielle :

- Elle a actuellement une place de choix dans la prise en charge de l'HPP après échec du traitement médical et conservateur local.
- Le taux de succès de la technique est excellent (95 %) et le taux de complications faible.
- C'est une technique séduisante qui permet d'éviter en première intention l'hystérectomie d'hémostase et donc de conserver l'avenir obstétrical de ces patientes.
- Cependant elle exige d'abord un état hémodynamique stable chez l'accouchée mais surtout une équipe de radiologie interventionnelle bien entraînée

Ligatures vasculaires :

- **Ligature des artères utérines** parfois associée à la ligature des petites artères du ligament rond et du ligament utéro-ovarien ou la ligature bilatérale des artères hypogastriques.
- La reperméabilisation du vaisseau ligaturé est observée au bout de 07 à 10 jours et l'utérus ne subira pas une ischémie importante ou une nécrose.
- En absence d'études comparatives portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales. Aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier plutôt qu'une autre et le choix repose essentiellement sur l'expérience du chirurgien.

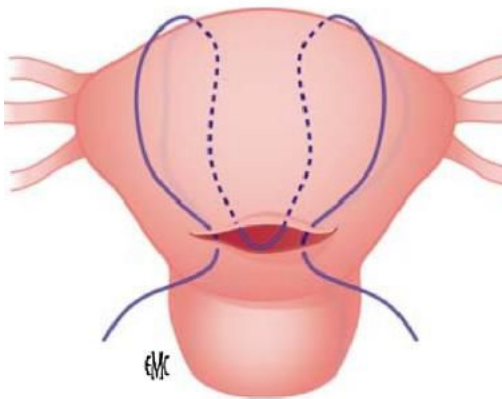


Figure 3 Plicature utérine selon B-Lynch.
B-Lynch haemostatic Brace suture.

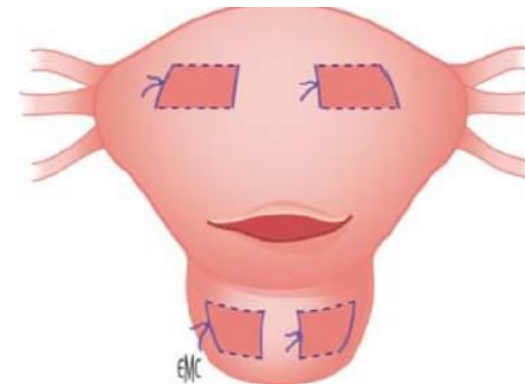


Figure 4 Technique de capitonnage utérin décrite par Cho

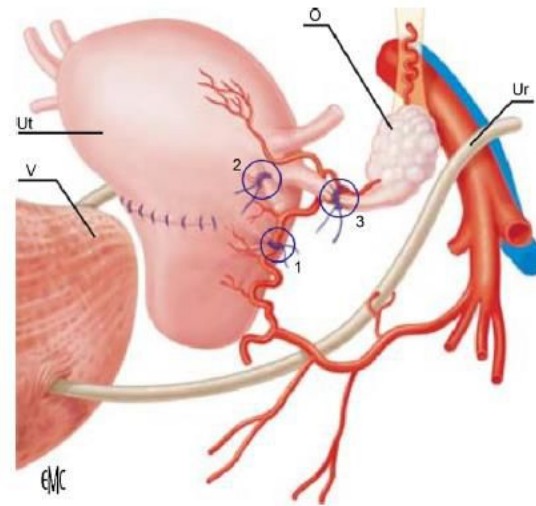


Figure 1 Ligature des artères utérines. Technique d'hémostase selon Tsurunikov [17]. V: vessie; Ut: utérus; O: ovaire; Ur: uretère; 1: branche ascendante de l'artère utérine; 2: ligament rond; 3: ligament utéro-ovarien. Uterine artery ligation. Haemostatic surgical treatment described by Tsurunikov. V: bladder; Ut: uterus; O: ovary; Ur: urethra; 1: connect ascending uterine artery; 2: round ligament; 3: utero-ovarian ligament. Reproduit de Sentilhes et al. [102].

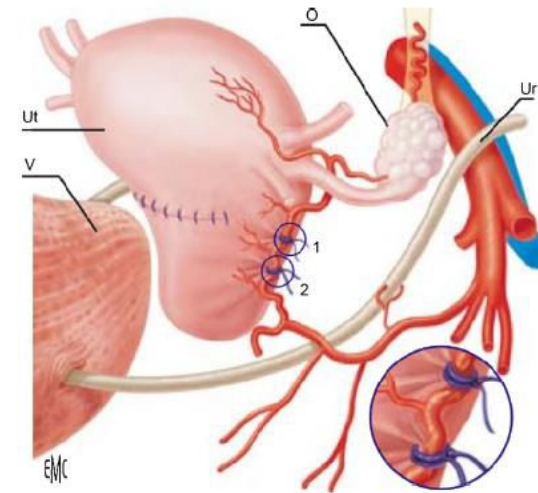


Figure 2 La ligature étagée ou *stepwise*: étapes 1 et 2. V: vessie; Ut: utérus; O: ovaire; Ur: uretère; 1: branche ascendante de l'artère utérine; 2: branche descendante de l'artère utérine. Stepwise devascularisation: step 1 and 2. V: bladder; Ut: uterus; O: ovary; Ur: urethra; 1: connect ascending uterine artery; 2: connect descending uterine artery. Reproduit de Sentilhes et al. [102].

Hystérectomie d'hémostase :

- Elle représente l'intervention ultime, radicale pour l'avenir obstétrical maternel.
- Elle est réservée à un échec du traitement conservateur (chirurgical ou radiologique) ou aux situations d'état hémodynamique instable ou de lésions utérines définitives.

Conclusion :

- L'HPP est une pathologie gravissime engageant rapidement le pronostic vital des femmes jeunes.
- La prise en charge adéquate d'une hémorragie du post-partum, liée aux trois causes prédominantes que sont l'atonie utérine, les anomalies d'insertion placentaire et les plaies de la filière génitale.
- Nécessite la connaissance parfaite d'un protocole régulièrement réactualisé et accessible à tout moment, ainsi qu'une dotation suffisante en équipement adapté et en personnel.