

Cours De Résidanat

Sujet: 53

Diagnostic des métrorragies

OBJECTIFS :

1. Définir les métrorragies.
2. Expliquer les mécanismes des métrorragies fonctionnelles
3. Etablir à partir des données cliniques et para cliniques, les diagnostics étiologiques des métrorragies selon le terrain en dehors de la grossesse.
4. Etablir la démarche du diagnostic étiologique des métrorragies au cours de la grossesse, du travail et du post-partum.
5. Identifier les éléments de gravité d'une métrorragie.
6. Indiquer les premiers gestes d'urgence devant une métrorragie grave.

1. INTRODUCTION/DEFINITION :

Les hémorragies génitales représentent un motif fréquent de consultation en gynécologie. La première étiologie à rechercher chez la femme jeune est la grossesse.

Les hémorragies génitales sont les pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin et extériorisées par l'orifice vulvaire **en dehors des règles normales**. On distingue :

- les saignements en provenance de la partie basse de l'appareil génital et la on parle **d'hémorragie génitale basse**. C'est le cas des **hémorragies vulvaires**, des **hémorragies vaginales** et **des hémorragies cervicales** (la partie visible du col et non l'endocol).
- les saignements en provenance de la **cavité utérine**, **extériorisés par le col** et la on parle **d'hémorragie génitale haute**. C'est le cas des **ménorragies** (règles anormales) et des **métrorragies**.

On définit les métrorragies comme étant des hémorragies génitales hautes survenant en dehors des règles.

En réalité, il existe fréquemment des **ménométrorragies** associant des saignements au moment des règles et en dehors des règles.

Les hémorragies génitales imposent une conduite diagnostique et thérapeutique bien codifiée en fonction de l'abondance de l'hémorragie, du siège et de l'étiologie du saignement.

2. EXPLIQUER LES MECANISMES DES METRORRAGIES FONCTIONNELLES :

Les **hémorragies génitales fonctionnelles** sont secondaires à un **déséquilibre hormonal** de la balance **œstrogène/ progesterone** induisant une **altération de l'endomètre**. Par définition, il n'y a **pas de substratum histopathologiques** utérin à l'origine de ces saignements.

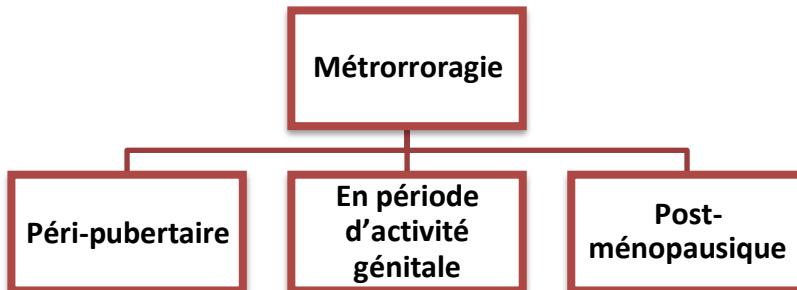
- ◆ Il s'agit en général de ménorragies ou de saignements brunâtres en **fin de phase lutéale** avant les règles proprement dite. Elles sont **fréquentes** au moment **péri-pubertaire** et **péri ménopausique** en lien avec une dysovulation ou anovulation responsable d'une **insuffisance lutéale et d'une hyperoestrogénie relative**.

Il peut également y avoir des **hémorragies génitales fonctionnelles** de l'ovulation survenant donc **en milieu de cycle**. Il s'agit de saignements **minimes pendant 1 ou 3 jours** en **milieu de cycle**, **moins abondants que les vraies menstruations** et qui **ne sont pas associés à un syndrome prémenstruel**.

Les causes fonctionnelles sont un **diagnostic d'élimination** après avoir évalué la possibilité de causes organiques.

3. Etablir à partir des données cliniques et para cliniques, les diagnostics étiologiques des métrorragies selon le terrain en dehors de la grossesse

Devant des métrorragies en dehors de la grossesse, il faut distinguer la période de survenue de l'hémorragie :



3.1. Démarche diagnostique

a. Interrogatoire :

La plainte : <ul style="list-style-type: none"> Volume(>80ml est considéré comme abondant et un signe de gravité), l a fréquence quotidienne de changement des serviettes/tampons(3 à 6 protections / jour ,10 à 15 protections trempées/ cycle est en faveur de l'abondance et un signe de gravité) présence de caillots(un signe de gravité), Changement nocturne de protection,durée, nature : Saignement intermenstruel, Saignement post- coital, post-ménopausique ou pré-pubertaire 	Antécédents gynécologiques et obstétricaux : <p>Date des dernières menstruations, Contraception,Histoire sexuelle, antécédents d'IST, Âge de la ménarche,Âge de la ménopause, Regularité du cycle,Durée habituelle,Volume habituel,Dysménorrhée,Syndrome pré-menstruel</p>
Antécédents familiaux <ul style="list-style-type: none"> Problèmes gynécologiques Coagulopathies Troubles thyroïdiens Cancer de l'endomètre, de l'ovaire, du sein ou du côlon 	Signes de coagulopathie sont aussi des signes de gravité: <ul style="list-style-type: none"> Saignements utérins abondants, Hémorragie post-chirurgical ou post-partum, Saignement après des interventions dentaires, Ecchymoses,Epistaxis,Saignement des gencives, Histoire familiale de saignements
Signes d'anovulation : <p>Régularité du cycle, Maladie systémique récente, Stress,Variations du poids,Exercice excessif,Médicaments (impact sur la prolactine),Galactorrhée,Céphalée,Hirsutisme, Acné,Obésité,Bouffées de chaleur</p>	

b. L'examen physique :

- Un examen de l'apparence générale : **SOPK** : **Acné, hirsutisme, alopécie, acanthosis nigricans**
- S'assurer de la stabilité hémodynamique : la prise du pouls, TA. En effet, une pâleur cutanéo-muqueuse, une tachycardie, une hypotension artérielle voire un collapsus sont des éléments de gravité.
- Examen abdominopelvien à la rechercher des masses pelviennes qui pourraient correspondre à des **masses annexielles**
- Examen de la **thyroïde**
- Examen gynécologique comportant un examen au speculum :
 - **Observation du col** (Recherche de **cervicite, d'ectropion, de polype endocervical ou de léiomyome cervical**)
 - **un toucher vaginal** bimanuel à la recherche de douleur à la mobilisation du **utérus**, la palpation de l'utérus (preciser taille volume et mobilité), la palpation des annexes à la recherche de **masse latéro-utérine**.

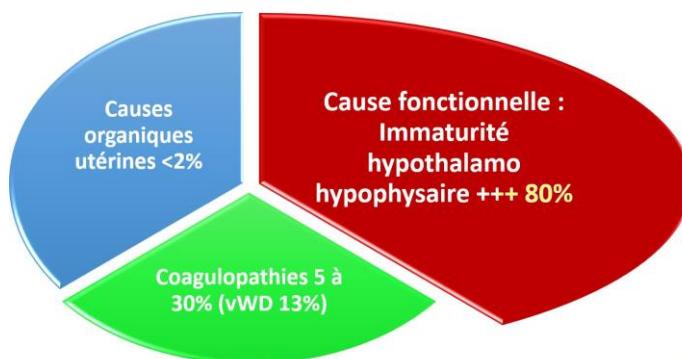
3.2. Etiologies des Métrorragie de la période péri-pubertaire

- **Endocrinopathies** :
 - **Syndrome des ovaires polykystiques**
 - **Hyperprolactinémie**
 - **Dysfonctionnement thyroïdien**
- **Dysfonctionnement hypothalamique** :
 - **Anorexie, stress, excès de sport**
- **Lésions bénignes de l'appareil génital** :
 - **Polype cervical**
 - **Adénose vaginale**
 - **Endométriose**
 - **Fibrome**
- **Origine iatrogénique** : médicaments, hormones
- **Traumatisme**
- **Corps étrangers intra-vaginal**
- **Lésions malignes du tractus génital** :
 - **Adénocarcinome à cellules claires du vagin**
 - **Cancer du col**
 - **Tumeurs ovariennes**

- **Immaturité de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien**
- **Troubles de la coagulation** :
 - **PTI**
 - **Maladie de Willebrand**
 - **Thrombopathie**
- **Complications d'une grossesse** :
 - **Fausse couche**
 - **Grossesse extra-utérine**
 - **Maladie trophoblastique**
- **Infections du tractus génital** :
 - **Vaginites**
 - **Cervicitis**
 - **Salpingites**
 - **Endométrites**

Les examens para cliniques à demander de première intention devant des métrorragies péri pubertaire sont :

- NFS, Taux de plaquettes,
- BHCG,
- Les premiers tests de coagulation (TP,TCA,TS),
- TSH, FT4, prolactinémie,
- Facteur de Willebrand, Willebrand factor antigen, ristocetin cofactor activity.



3.3. Etiologies des Métrorragie de la période d'activité génitale

Devant toute métrorragie en période d'activité génitale,

Le premier réflexe est de rechercher une grossesse

Il faudra au minimum :

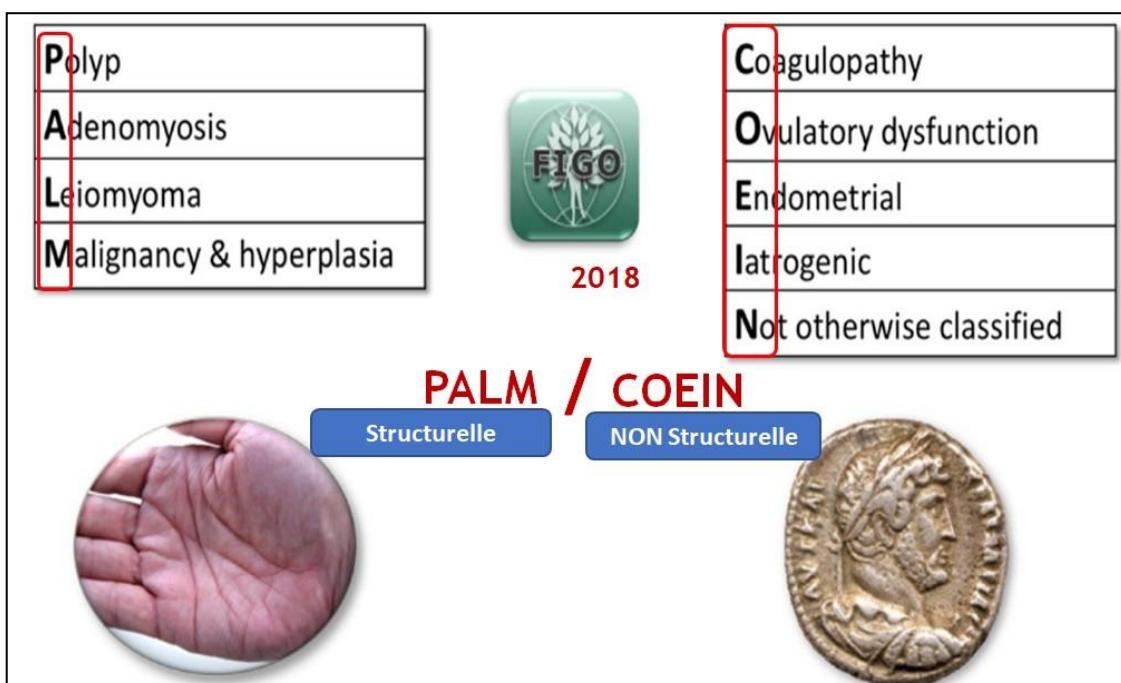
- Vérifier la date des dernières règles,
- Réaliser un examen clinique complet
- Réaliser systématiquement une échographie pelvienne qui permet une exploration précise de l'endomètre, de la cavité utérine, du myomètre et des ovaires.
- L'hystéroskopie diagnostique n'est pas systémétique dans le bilan

étiologique des métrorragies de la femme en âge de procréation mais permet d'étudier l'état de l'endomètre (atrophie ou hypertrophie), préciser la présence ou non de processus endocavitaire tel que polypes et fibromes intra-cavitaire

En dehors d'une grossesse extra utérine, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a développé une nouvelle classification pour les étiologies des hémorragies génitales hautes anormaux, qui les regroupe en causes structurelles et non-structurelles : PALM-COEIN :

o Les causes organiques STRUCTURELLES :

Polype	Tumeurs épithéliales de l'endomètre contenant des glandes et du stroma retrouvés chez 8% des femmes et chez 10-30% de celles avec saignement intermenstruel L'examen au spéculum peut montrer le polype accouché par le col
Adénomyose	Glandes et stroma endométrial présent dans le myomètre, souvent on a une dysménorrhée tardive avec des métrorragies abondantes
Leiomyoma	Les fibromes responsables de métrorragies sont les fibromes type 0 de FIGO intracavitaire, type 1, 2 et 3 de FIGO
Malin	Cancer de l'endomètre, cancer du col (voir objectif en question), tumeur sécrétante de l'ovaire



Toute femme de plus de 40 ans présentant une hémorragie génitale haute nécessite une biopsie de l'endomètre, car il s'agit d'une néoplasie de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire.

o Les causes iatrogènes en lien avec :

un traitement œstro-progestatif,

par exemple lors d'un arrêt prématuré ou d'un oubli de pilule. Elles peuvent également se voir avec des traitements œstro-progestatifs faiblement dosés et il convient alors de prescrire un traitement plus oestrogénique ;

un traitement progestatif

(par voie orale, sous-cutanée, système intra-utérin) responsable de spotting par atrophie endométriale ;

une œstrogénothérapie mal contrebalancée par les progestatifs

induisant une hypertrophie de l'endomètre, par exemple chez une femme ménopausée prenant un traitement hormonal de la ménopause ;

un dispositif intra-utérin (malposition, infection) ;

un traitement anticoagulant.

o Les causes fonctionnelles NON STRUCTURELLES / diagnostic d'élimination

- La chronologie des saignements dans le cycle permet de cerner le trouble hormonal :

1. Métrorragies de milieu de cycle

- Contemporaines de l'ovulation
- Secondaires à la chute du taux d'œstrogènes lors de la rupture folliculaire
- TTT : œstrogènes J10 → J16 du cycle

2. Saignement prémenstruel

- Peu abondant, brunâtre
- Durant 2 ou 3 jours avant les règles
- Lié à une insuffisance lutéale
- TTT : Progestatif J15 → J25 du cycle

3. Hémorragies fonctionnelles post-menstruelles

- Par mauvaise sécrétion œstrogénique dans la première moitié du cycle
- TTT : œstrogènes J0 → J10 du cycle

4. Hémorragie fonctionnelle par dystrophie ovarienne

3.4. Métrorragies post-ménopausiques

Toute métrorragie post ménopausique est un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire

Après avoir éliminé un cancer de l'endomètre, on peut évoquer :

- a. **Cancer du col**
- b. **Sarcome utérin**
- c. **Tumeurs de l'ovaire :**

- Métastase à l'endomètre → métrorragies.
- **Toute masse annexielle à cet âge est suspecte**

- d. **Tumeurs des trompes**

- e. **Atrophie de l'endomètre :**

La Cause la plus fréquente ++ chez les femmes ne prenant pas de traitement substitutif de la ménopause. Le diagnostic est à évoquer à **l'échographie vaginale (endomètre très fin)** et à **l'hystéroskopie diagnostique**

f. **Hypertrrophie de l'endomètre :**
une Cause fréquente chez la femme **prenant traitement substitutif de la ménopause**)

Les biopsies dirigées par hystéroskopie sont obligatoires pour confirmer le diagnostic et déterminer le type de l'hyperplasie

4. Identifier les éléments de gravité d'une métrorragie

Devant toute métrorragie, le premier réflexe est d'éliminer les signes de gravité nécessitant une prise en charge en urgence

4.1. Interrogatoire

A l'interrogatoire, il faut toujours rechercher les signes de gravité à savoir :

- **L'abondance du saignement** : quantifiée par le **nombre** de serviettes et de tampons hygiéniques utilisés, leur imprégnation (simple tache, moyennement imprégnée, totalement imprégnée), **l'existence de caillots ou de débordements de la protection périodique utilisée**.

- Troubles connus de la **coagulation**
- Traitement **anticoagulant ou anti-agrégant** plaquettaire en cours
- **Anémie connue**

4.2. Examen clinique :

A l'examen clinique, il faut apprécier le **retentissement hémodynamique** :

- Examen des **conjonctives** à la recherche d'une **pâleur** cutanéo-muqueuse
- **Soif** témoignant de l'hypovolémie
- **Tachycardie**
- **Baisse de la tension** artérielle (TA)
- Voir un état de **choc** hémorragique

4.3. Biologie

A la biologie le **taux d'hémoglobine** permet de diagnostiquer les anémies graves nécessitant une **transfusion** : (taux d'Hb<7g/dl)

Bilan d'hémostase à la recherche de **troubles de la coagulation** (Plq, TP, TCA, fibrinémie).

5. Indiquer les premiers gestes d'urgence devant une métrorragie grave

Devant une hémorragie génitale avec retentissement et/ou présence de signes de gravité :

- **L'hospitalisation** en milieu hospitalier s'impose
- Pose de deux **voies** veineuses périphériques de bon calibre
- **Remplissage**
- **Sondage** vésical
- Réserve de sang **phénotypé**
- **Transfusion**, si nécessaire
- **Monitorage** (TA, pouls, diurèse, état de conscience)

Il y a plusieurs possibilités thérapeutiques en urgence :

- **Œstrogène conjugué par voie intra veineuse** : 25 mg/4-6h x 24h
- **Pilule oestroprogesterative** (35µg éthinylestradiol) : 1cp*3/j pdt 7j
- **Acétate de norethisterone** (primolut-nor) : 20mg*3/j pdt 7j
- **Acide tranexamique (Exacyl)** : 1,5 g 3*/j par VO pdt 5j ou 10mg/kg/IV (max : 600mg/dose) /8h

- **Sonde de Foley** en intra utérin remplie de 30cc de sérum physiologique pour exercer un effet hémostatique mécanique.
- **Parfois, curetage hémostatique d'emblée**, en cas d'un endomètre épais.
- Exceptionnellement un **geste chirurgical** sera réalisé en urgence ; dans ces situations, on pourra discuter un traitement hémostatique par **embolisation**.

Une fois le cap aigué passé, le traitement sera ensuite modifié en fonction de l'étiologie.

6. Etablir la démarche du diagnostic étiologique des métrorragies au cours de la grossesse, du travail et du post-partum.

6.1. Métrorragies du 1er Trimestre

- Toute femme qui saigne au **premier trimestre de la grossesse** est une **grossesse extra-utérine (GEU)** jusqu'à preuve du contraire.
- La **Prévention de l'iso-immunisation rhésus** si femme rhésus négatif (+++) quelque soit la cause du saignement

- **Le premier temps:** **ÉLIMINER UNE URGENCE VITALE** (voir chapitre signes de gravité et gestes d'urgence)
- **2^{ème} étape: démarche diagnostique** qui comporte un interrogatoire, un examen physique et des examens complémentaires(**échographie pelvienne +/- dosage BHCG**) pour étayer l'enquête étiologique :

a. Interrogatoire :

âge, ATCD gynécologiques (cycle menstruel, DDR, contraception, facteur de risque de GEU...), ATCD obstétricaux (gestité, parité, accouchements, FCS, IVG, GEU...), caractères des métrorragies (abondance, aspect, spontanés ou provoqués), signes associés : douleurs pelviennes, signes sympathiques de grossesse

b. Examen physique :

- apprécier abondance du saignement, état hémodynamique
- palpation abdominale
- Examen au Spéculum + TV (col, volume utérin, douleur ou masse annexielle)

c. Les étiologies des métrorragies T1 :

Etiologies	GEU	Avortement hémorragique et menace d'avortement	Maladie trophoblastique gestationnelle	Grossesse arrêtée
Clinique	Hémorragies peu abondantes, brun sépia. Douleurs pelviennes latéralisées, Utérus moins gros qu'attendu, col tonique et fermé,	Hémorragies franches, de sang rouge, avec par rapport au caillots et débris. Douleurs pelviennes médianes, intermittentes, a type de contractions, << comme des règles >>. Col utérin mou, ouvert.	Utérus augmenté par rapport au terme, exagération des signes sympathiques de la grossesse	Disparition récente des signes sympathiques de grossesse
Echographie	Utérus vide Masse latéro- utérine Epanchement dans le Douglas.	Sac isthmique en cours d'expulsion	L'utérus est occupé par une masse hétérogène, floconneuse, contenant de multiples petites vésicules. Il n'y a ni cavité ovulaire, ni embryon visible.	Sac ovulaire intra- utérin bien visible, reconnaissable par sa couronne trophoblastique échogène, mais anormal : embryon sans activité cardiaque ou œuf clair, sans écho embryonnaire, souvent aplati, a contours irréguliers, plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.
Taux de BHCG		Cinétique à la baisse	Elevé $>10^3$	Cinétique à la baisse
Prise en charge	Voir objectif	Aspiration	Aspiration échoguidée suivre la décroissance des β-hCG jusqu'à négativation	Traitemennt médical par prostaglandines sinon Traitement chirurgical

6.2. Métrorragies du 2ème et 3ème Trimestre

Devant des métrorragies T2/T3 :

- **L'hospitalisation est systématique**
- **Un placenta preavia est à éliminer en premier lieu par une échographie pelvienne +/- endovaginale avant de faire un toucher vaginal qui est à proscrire dans ce cas(risque de déclencher une hémorragie cataclysmique).**

**La Prévention de l'iso-immunisation rhésus si femme rhésus négatif (+++)
quelque soit la cause du saignement**

1. Démarche diagnostique

INTERROGATOIRE :

Groupe sanguin et Rhésus.

- Antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.
- Terme précis de la grossesse.
- Suivi de la grossesse, notamment suivi échographique.

Il précise également :

- Le mode de survenue des saignements, **spontanés** ou **provoqués (ex : rapport sexuel)**.
- L'existence de **contractions** utérines associées.
- L'existence de **douleurs** abdominales associées dont on précise les caractéristiques.

EXAMEN CLINIQUE :

- Tension artérielle, pouls => recherche un **contexte hypertensif**, un choc hémorragique. Le **risque est de sous-estimer le saignement car le volume de sang extériorisé ne présage parfois pas de son abondance** (des **métrorragies minimes** peuvent s'accompagner d'un **choc hypovolémique par hémorragie intra-utérine**). La mesure de la hauteur utérine (HU) et appréciation du tonus utérin.

Examen au spéculum élimine une cause cervico-vaginale et précise l'origine du saignement.

Toucher vaginal prudent, réalisé après l'échographie

2. Étiologies

2 causes dominantes : placenta prævia et hématome rétro-placentaire (HRP).

1. Causes placentaires

– Placenta prævia +++ :

- Insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.
- Il peut être: latéral, marginal, ou recouvrant.
- Facteurs de risque : la multiparité, l'âge maternel avancé, les antécédents d'avortement spontané ou provoqué, de cicatrice utérine, les antécédents de placenta prævia et les manœuvres endo-utérines, la gémellité, le tabagisme.
- Saignement rouge vif spontané, d'abondance variable, non douloureux, volontiers récidivant.
- Fœtus vivant.

– Hématome rétro-placentaire+++ (voir cours Pré éclampsie)

– Rupture d'un vaisseau prævia (Benkiser) :

- Il s'agit d'un accident exceptionnel rencontré au cours du travail lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes, à l'origine d'hémorragie massive avec souffrance fœtale suraiguë.

2. Causes non placentaires

– Lésions cervicales

– Rupture utérine

Elle est exceptionnelle en dehors du travail et survient pratiquement toujours sur un utérus cicatririel (utérus fragilisé par un antécédent de césarienne ou de chirurgie utérine comme un antécédent de myomectomie).

TABLEAU CLINIQUE : Douleur abdominale violente d'apparition brutale pendant le travail, Hémorragie génitale d'apparition concomitante, d'abondance modérée avec Anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal.

URGENCE : sauvetage fœtal par césarienne

– Hémorragies déciduaires

L'hémorragie du post partum :

L'hémorragie du post partum est la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Elle est définie par une **hémorragie de la filière génitale dépassant les 500cc dans les 24 heures** dépassant l'accouchement. On parle d'hémorragie **grave** du post partum lorsque le saignement **dépasse les 1000cc.**

1. FACTEURS ETIOLOGIQUES D'HPP

1.1 L'hémorragie de la délivrance :

L'hémorragie de la délivrance est définie comme une perte sanguine $\geq 500 \text{ ml}$ survenant dans les 24h suivant l'accouchement

Cette hémorragie prenant naissance **au niveau du lit d'insertion placentaire**. Elle est sévère si la perte sanguine $\geq 1000 \text{ ml}$

1.1.1 L'atonie utérine :

Il s'agit d'une mauvaise rétraction de la fibre musculaire utérine en post partum, elle **représente 70 à 80 %** des cas d'hémorragies du post-partum.

Les facteurs favorisants sont :

- La **surdistension utérine** (**grossesse multiple, hydramnios, macrosomie fœtale**)
- Un **travail long** ou au contraire **trop rapide**,
- Une **anomalie de la contractilité utérine** (**multiparité, fibrome** utérin, **chorioamniotite, malformation utérine**)
- Certaines drogues (**salbutamol, dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, halogénés, oxytocine**)
- La **rétention placentaire** (même partielle ou ne concernant qu'une rétention de membranes)
- **Prédispersion personnelle**

1.1.2 La rétention placentaire

Elle peut être **complète**, le placenta n'est pas décollé **30 minutes après l'expulsion**, ou **partielle** lorsque l'examen du placenta après expulsion de celui-ci ne paraît pas complet avec suspicion qu'une partie du **placenta ou qu'un cotylédon** soit resté dans l'utérus. Elle est **favorisée par une cicatrice utérine, des antécédents du curetage, d'infections utérines ou anomalies placentaires**. Elle impose une **délivrance artificielle ou une révision utérine.**

1.1.3 Les anomalies placentaires :

Il existe des anomalies :

- **De taille** : excès de volume (**grossesse gémellaire, diabète** ou **anasarque**)

- **De forme** : placenta porteur de **cotylédons accessoires** qui se déchirent facilement
- **D'insertion** : placenta **prævia ou accréta**

1.1.4. Les troubles de l'hémostase :

Ils sont la cause ou la conséquence des hémorragies obstétricales **graves** et toutes les causes précitées peuvent s'accompagner de troubles de l'hémostase. Ces anomalies de l'hémostase peuvent être **congénitales (maladie de Von Willebrand, hémophilie...)** ou **acquise par insuffisance hépatique, défibrination, CIVD et/ou fibrinogénolyse)** ou le plus souvent par **coagulopathie de dilution.**

1.2. La rupture utérine

1.3. Les traumatismes obstétricaux

Une plaie du col, du vagin ou du périnée doit être évoquée **devant la persistance d'une hémorragie malgré une bonne rétraction utérine et la vérification de la vacuité utérine.** Elles sont favorisées par une **extraction instrumentale, un accouchement rapide, des efforts expulsifs sur dilatation incomplète.** L'épisiotomie peut être à l'origine d'une hémorragie significative et doit être suturée rapidement.

Ainsi on peut résumer ces étiologies en :

LES « QUATRES T »

- Anomalies des **contraction utérines (Tonus)**
- Rétention de produits de la conception (**Tissu**)
- Traumatisme du **tractus génital (Traumatisme)**
- Anomalies de la coagulation (**Thrombine**)

2. PRISE EN CHARGE :

2.1. Volet obstétrical :

Si le placenta n'est pas délivré, il faudra avoir recours à la **délivrance artificielle.**

La révision utérine systématique vérifie la vacuité utérine et l'intégrité des parois utérines.

Un examen complet de **filière génitale sera fait sous valves.**

Un **sondage vésical.**

La **suture** de l'épisiotomie.

Le **massage utérin** est préconisé.

2.2. Volet médical :

Traitements médicaux par les **utérotoniques**

Ils favorisent la rétraction utérine en relais ou complément du massage utérin.

Les ocytociques : **le Synthocinon** Le plus utilisé en première intention par voie IV

S'il est inefficace **après 15 minutes**, il est licite de proposer des **prostaglandines**. La dose maximale de Synthocinon est de **40UI**.

Les **prostaglandines** : **le Nalador**

Elles ont une action puissante et précoce sur le myomètre utérin. L'efficacité est excellente si le Nalador est administré précocement après le début de l'hémorragie.

2.3. Volet réanimation :

La priorité de la réanimation va à la restauration de la volémie associée à une bonne oxygénation.

Il est impératif de lutter le plus précocement possible contre le choc hypovolémique. **Monitorage** : PA, FC, SpO₂, diurèse, coloration, feuille de surveillance. 2 **VVP** de gros calibre. Oxygénation au masque.

Prélever en urgence : GS, RAI, NFS Plaquettes, bilan d'hémostase, bilan pré transfusionnel, fibrinogène.

Correction de l'hypovolémie.

Remplissage vasculaire par les cristalloïdes

Reserve de sang et Transfusion de concentré globulaire, si nécessaire.

Le traitement d'une CIVD repose sur l'apport de plasma frais congelé et de concentré de plaquette.

2.4. Volet chirurgical :

Le choix de la technique dépend des antécédents obstétricaux de la patiente, de l'importance de l'hémorragie, de la stabilité hémodynamique et de l'expérience du chirurgien.

Ligatures vasculaires

La **ligature des artères utérines** est plus intéressante, son taux de succès est très important.

Elle peut être complétée par la ligature des artères des ligaments ronds et des ligaments utéro-ovarien, cette technique conserve la fertilité maternelle.

En cas d'échec de la triple ligature, une ligature des **artères hypogastriques** s'avère nécessaire.

Embolisation des artères hypogastriques :

Elle a une place de choix après l'échec du traitement médical. Le taux de succès de la technique est excellent et le taux de complications est faible. C'est une technique qui permet d'éviter l'hystérectomie d'hémostase et donc de conserver l'avenir obstétrical de ces patients. Cette technique n'est possible que si l'on peut disposer d'un plateau radiologique adapté à proximité de la maternité. La principale condition est l'état hémodynamique stable.

Traitements radical :

L'hystérectomie d'hémostase représente l'intervention ultime, et radicale. Elle est réservée à un échec du traitement conservateur/chirurgical ou radiologique ou lorsque la patiente présente un état hémodynamique difficilement contrôlable avec échec des traitements médicaux ou en cas de rupture utérine complexe.

