

PRISE EN CHARGE **DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE**

Mme Estelle BUTIN IBODE
Docteur Marie France OLIERIC



ALIBODE, 23/11/2013

INTRODUCTION

- On parle de **délivrance** lorsque le placenta est expulsé après l'accouchement, hors de l'utérus.
- Elle survient normalement 30 minutes après l'accouchement.
- Suite à cette expulsion du placenta, de minuscules artérioles saignent ; il s'agit des saignements de suites de couches.
- Ces saignements se calment normalement assez rapidement grâce à l'utérus qui continue de se rétracter pour permettre l'occlusion des vaisseaux saignants suite au décollement du placenta.
- Dans le cas d'une hémorragie de la délivrance, le mécanisme d'hémostase ne se produit pas.
- L'hémorragie du post-partum survient essentiellement dans les deux premières heures qui suivent l'accouchement.
- Cependant le risque peut survenir dans les 24 heures.
- L'hémorragie se manifeste par une perte sanguine supérieure à 500 ml pour un accouchement par voie basse, et de 1000 ml en cas de césarienne.
- Une hémorragie est dite sévère si ces pertes atteignent respectivement 1000 ml et 1500 ml.

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

- La multiparité
- Les grossesses multiples
- Les anomalies de la coagulation
- Les anomalies d'implantation placentaire
- Le placenta accreta
- Les hématomes rétroplacentaires
- Les utérus cicatriciels
- Les anomalies de la coagulation

- *Dans 50% des cas, la patiente n'a aucun facteur de risque.*

PREVENTION

- **Avant l'accouchement**

- La vérification du dossier patient
- La mise en place d'une voie veineuse efficace
- La présence d'une NFS, de la crase, d'une carte de groupe sanguin
- La présence de RAI au labo

- **Pendant l'accouchement**

- Une injection de syntocinon® (ocytocine) lors de l'accouchement, voire tout de suite après l'accouchement
- Une injection de pabal® (carbétocine) si c'est une césarienne ; le pabal a une durée d'action de 5 heures selon AMM
- La délivrance artificielle du placenta, s'il n'a pas été expulsé par la patiente dans la demi heure qui suit l'accouchement
- La révision utérine si le placenta semble incomplet à son expulsion
- La délivrance dirigée ou manuelle du placenta lors des césariennes

PRISE EN CHARGE IMMEDIATE DES HPP

- L'hémorragie de la délivrance est une URGENCE VITALE.
- Prise en charge pluri-disciplinaire.
- La notion d'hémorragie doit être immédiatement communiquée à tous les intervenants potentiels : obstétriciens, sages-femmes, médecins anesthésistes, IADE, IBODE.
- Le facteur temps est primordial.
- Il est important de :
 - Evaluer quantitativement les pertes sanguines
 - Rechercher la cause du saignement
 - » Atonie utérine
 - » Rétention placentaire
 - » Plaies cervico-vaginales
 - » Rupture utérine
 - Vérifier que la voie veineuse en place est efficace
 - Mettre en place une surveillance : scope, tension artérielle, oxymètre de pouls
 - Faire un hémocue
 - Sonder la patiente
 - Démarrer un bilan complet des pertes jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie
 - Piquer un bilan en urgence (NFS plaquettes, TP, TCA, GS ,RAI)
 - Réchauffer la patiente

PRISE EN CHARGE IMMEDIATE DES HPP

- Le traitement associe la correction du choc hémorragique à des gestes obstétricaux +/- chirurgicaux
- Dans tous les cas, il faudra
 - Favoriser la rétraction utérine par l'administration de SYNTOCINON® ou de NALADOR® (prostaglandines)
 - Corriger l'hypovolémie par un remplissage +/- une transfusion
- La prise en charge obstétricale
 - Faire une délivrance artificielle avec révision utérine
 - Réviser avec des valves les voies cervico-vaginales
 - Masser efficacement l'utérus si atonie de celui-ci

PRISE EN CHARGE SECONDAIRE DES HPP / BALLONNET

- Si l'hémorragie ne s'arrête pas, il est possible de réaliser un tamponnement intra-utérin par la mise en place d'un ballonnet gonflable - le but étant de provoquer une compression des sinus veineux
- Il existe différents types de ballonnets :
 - la sonde de Blackmore®
 - la sonde de Foley®
 - le ballonnet de Backri® plus spécialement conçu pour cette indication ; ce ballonnet est mis en place dans l'utérus puis gonflé par un volume de 300 à 500 cc. Cette sonde peut être laissée en place pendant 24 heures. Son retrait est progressif ; il faut s'assurer que l'hémorragie est contrôlée.

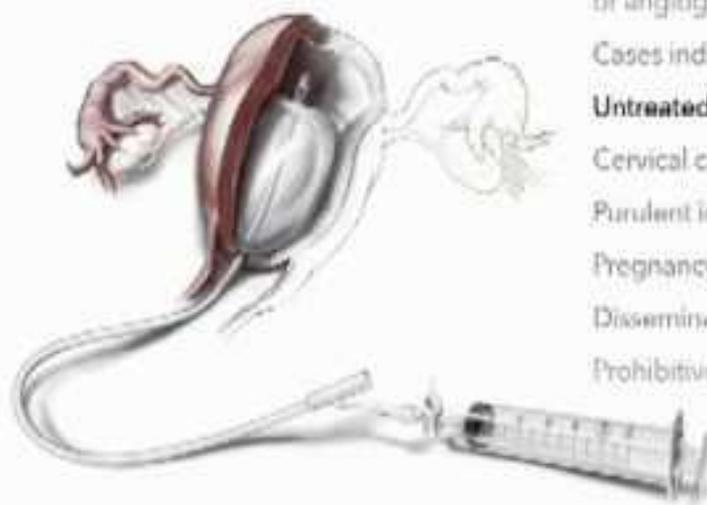


Bakri

POSTPARTUM BALLOON

Contraindications

Contraindications



Arterial bleeding requiring exploration or angiographic embolization

Cases indicating a hysterectomy

Untreated uterine anomaly

Cervical cancer

Purulent infections of vagina, cervix or uterus

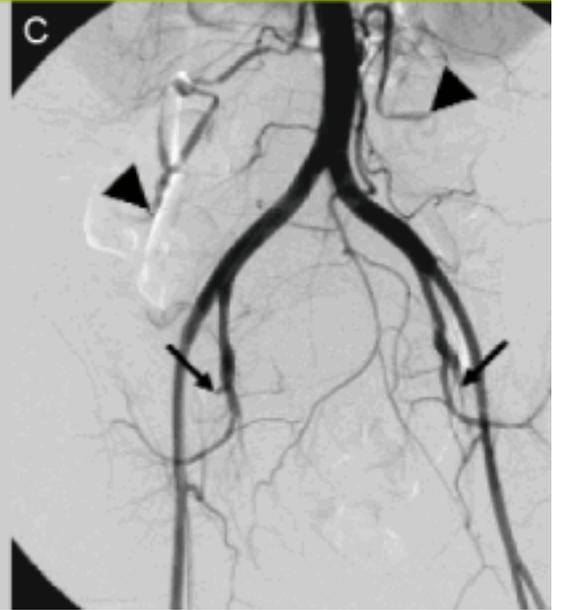
Pregnancy

Disseminated intravascular coagulation (DIC)

Prohibitive surgical site

PRISE EN CHARGE SECONDAIRE DES HPP / EMBOLISATION

- L'embolisation permet de préserver l'avenir obstétrical des parturientes.
- L'embolisation est réalisée par abord transfémoral. Après cathéterisme des artères iliaques jusqu'aux artères utérines, des particules absorbables de gélatine sont injectées ; elles vont permettre l'occlusion temporaire des différentes branches utérines.
- Cette technique est réalisée sous contrôle radio.
- A noter que le cathétérisme peut être difficile, voire impossible.

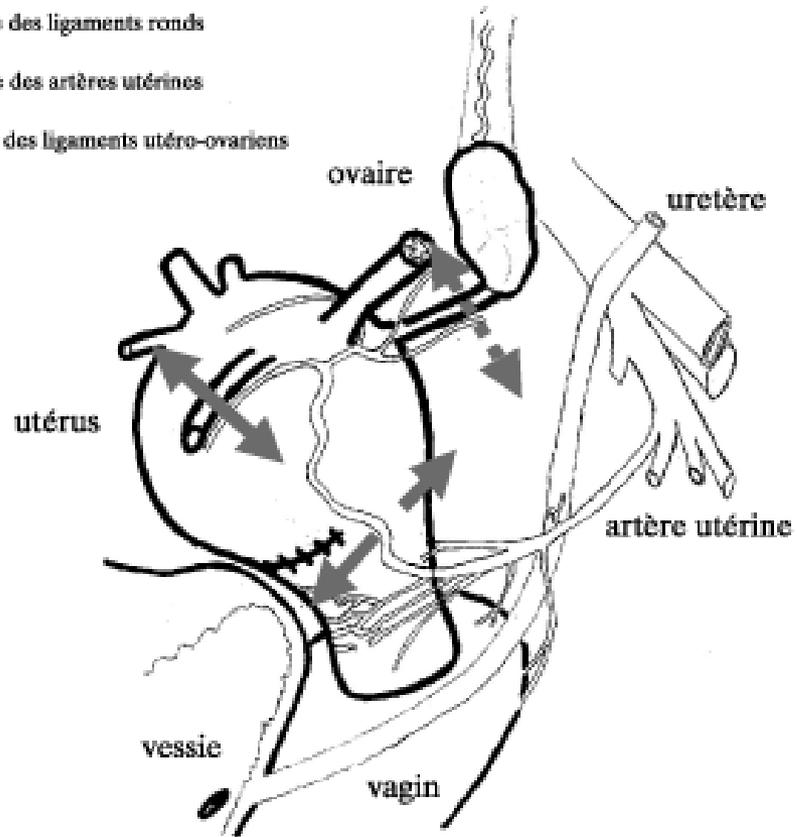


PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

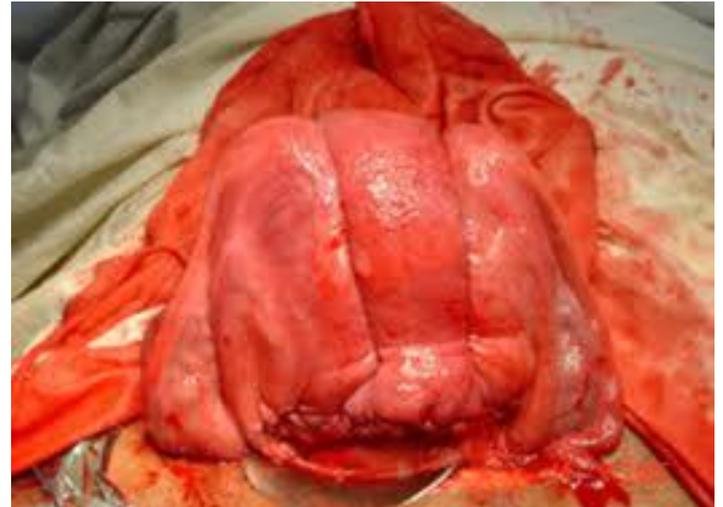
• LIGATURES VASCULAIRES

- Par laparotomie, on ligature soit
 - les artères utérines selon O'Leary
 - les ligatures des ligaments ronds et des pédicules utéro-ovariens
 - le réseau vasculaire étagé (*méthode de Tsirulnikov*) : artères utérines + ligaments ronds + ligaments utéro-ovariens
 - les artères hypogastriques

- ↔ ligature des ligaments ronds
- ↔ ligature des artères utérines
- ⋯ ligature des ligaments utéro-ovariens

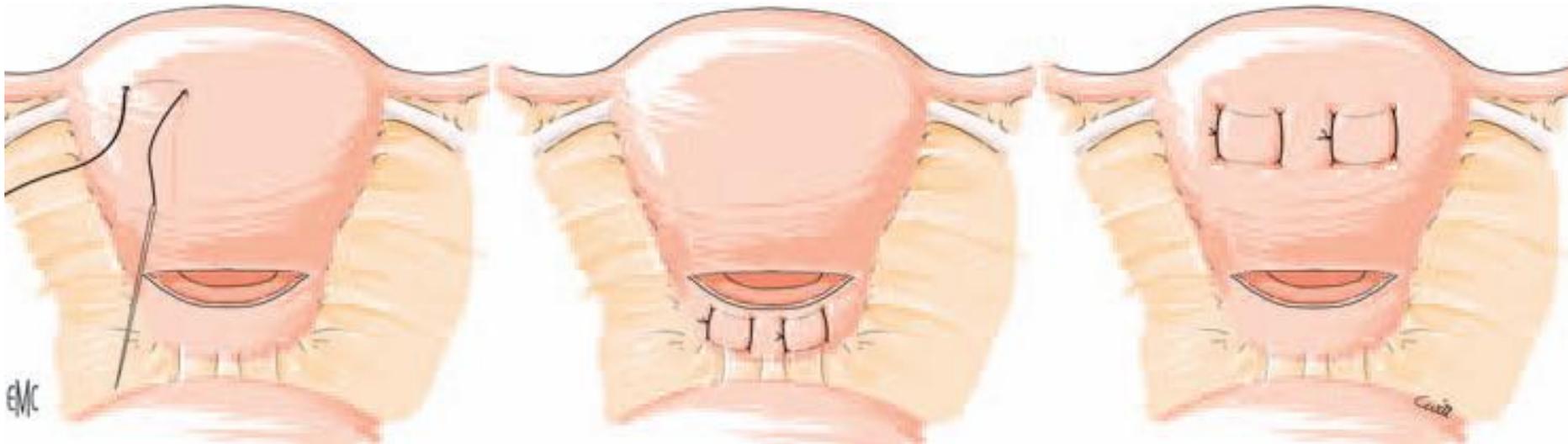


- **TECHNIQUES DE COMPRESSION UTÉRINE**
- Ces techniques permettent d'assurer une hémostase utérine par la compression du myomètre grâce à des sutures transfixiantes.
- Plicature de B-Lynch :
 - Par laparotomie, le chirurgien passe deux fils résorbables indépendants en bretelle de façon verticale autour du fond utérin.



- **CAPITONNAGE DE CHO :**

- Une autre technique consiste en un capitonnage utérin par points transfixiants selon Cho (toujours par laparotomie).
- Avec une aiguille droite de fil résorbable, le chirurgien réalise un capitonnage en carré du myomètre. Plusieurs points sont réalisés.
- Cela permet une compression par cloisonnement des deux faces utérines.



- **HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE :**

- Dans ce dernier cas, il s'agit d'un sauvetage maternel après échec des mesures conservatoires.
- Le plus souvent, l'hystérectomie est inter-annexielle et subtotale.

PLACE DU NOVOSEVEN®

- Facteur VII activé recombinant
- À utiliser en parallèle et surtout avant hystérectomie d'hémostase

CONCLUSION

- L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale grave
- Facteur temps
- Première cause de mortalité maternelle en France