

# *L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE APPROCHE THERAPEUTIQUE*

*Dr; Chouali leila*

*Maitre Assistante Hospitalo-Universitaire*

*Gynecologie Obstetrique*

BON BEN VOILÀ,  
C'EST UN BÉBÉ.



# *Introduction*

*C'est une urgence obstétricale. elle met en jeu le pronostic vital maternel.*

*Son diagnostic précoce repose sur la surveillance rigoureuse de toute accouchée, en particulier pendant les deux heures après l'accouchement .*

# Rappel Physiologique



▶ *QU'est ce que  
la délivrance!*

*Troisième et dernier temps de l'accouchement  
C'est l'expulsion du placenta et ses annexes hors  
des voies génitales  
Phase critique; Morbi-Mortalité Maternelles*

# *Evolue en 3 temps*

- *Phase de decollement;*
  - \* *Retraction passagere; Enchatonnement physiologique*
  - \* *reprise des contractions; HRP physiologique*
- *Phase de migration et d'expulsion;*
  - \* *effet Du poids placentaire et des contractions*
- *Phase de l'hemostase;*
  - \* *Retraction uterine; ligature vivante de pinard*
  - \* *Thrombose physiologique ; clou plaquettaire*



*Une délivrance normale et complete\_necessite ;*

- ✓ *Placenta normal et normalement inseré*
- ✓ *Vacuite uterine complete*
- ✓ *Bonne dynamique uterine*
- ✓ *Une hemostase normale*

*Si un de ces Criteres est absent  
une Hemorragie peut apparaitre*

# *Tolerance à l'hémorragie*

*Modifications physiologiques au cours de la grossesse préparent la femme à l'hémorragie qui accompagne l'accouchement*

*Augmentation des facteurs de la coagulation*

*Le volume circulant augmente progressivement au cours de la grossesse atteint plus de 40*

# Définition



*Hémorragie issue de la zone d'insertion placentaire ou bien la filière génitale*



*Survenant dans les 24 H qui suivent la naissance*



*Les pertes estimées dépassent 500 cc par voie basse et 1000 cc si césarienne*



# *Problematique*

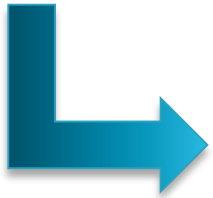
- ▶ *Question perpituel Les hemorragies du post partum demeurent l'une des complications les plus frequentes et les plus preoccupante de l'accouchement*
- ▶ *Urgence medico-chirrugicale necessite une Equipe Multidisciplinaires*
- ▶ *Gravite; pronostic vital /morbi-mortalité*
- ▶ *Timing; Facteur majeur de prise en charge ; Course contre la Montre*
- ▶ *Vigilance; 66% d'hemorragie sont imprevisible*
- ▶ *Protocol de prise en charge doit etre ecrit*



# Epidemiologie

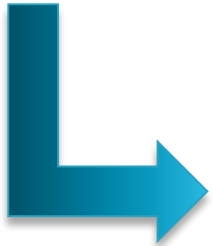
- ▶ *14 millions d'HPP/an dans le monde*
- ▶ *1600 morts maternelles/jour dans le monde*
- ▶ *Atonie utérine dans 80% des cas*
- ▶ *Hystérectomie d'hémostase: 1/2500 AVB et 1/250 césariennes*

# *Démarche rigoureuse en 4 étapes :*



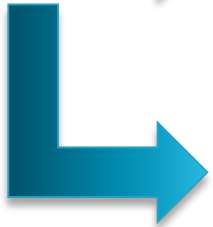
**01**

**Reconnaître l'hémorragie de la délivrance**



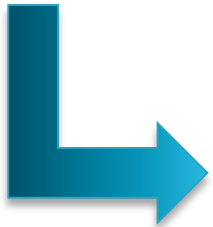
**02**

**Rechercher son étiologie**



**03**

**Apprécier la gravité et prendre les mesures thérapeutiques d'urgence**



**03**

**Un traitement spécifique au hémorragie de la délivrance**

# Diagnostic Clinique

## Signes fonctionnels

*Il s'agit d'une hémorragie externe exteriorisé très brutale et très abondante survenant immédiatement après l'accouchement. Elle représente le signe d'alarme. Son volume doit être apprécié de façon exacte (+++).*

Signes généraux ; *Ils reflètent la tolérance maternelle à la spoliation sanguine et dépendent de l'état hémodynamique préalable ainsi que de l'importance de l'hémorragie depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'au choc hémorragique. où la pression artérielle est effondrée, le pouls très accéléré, la pâleur cutanée très importante associée à des sueurs, une sensation de soif intense et une angoisse*



# *Quelles sont les cause de L'HPP*

- ▶ *Le diagnostic Etiologique est essentiel car il va deboucher sur un traitement specifique ;*
- ▶ *Quatres grandes etiologies peuvent etres individualisees*
- ▶ *Parfois associées et souvent compliquées par une coagulopathie*
- ▶ *C'est la Regle des **\*\* 4 T \*\****



# T = TONUS

- *Peuvent etre Generalisée ;*
- *Surdistention uterine ; Gemellite ,Macrosomie*
- *Epuisement musculaires au cours du travail ; trop rapide ou prolongé ,*
- *Cause iatrogene ; Anesthesie au fluothane ; Utilisation des B mimetique ; Abus des ocytocines*
- *Localisée ; en regard d'un Myome intramural*

# T = TISSU

- ▶ *Lies soit à une Alteration de la caduque; Endometrite Cicatrice. Malformation uterine.*
- ▶ *Soit Anomalie placentaire de Volume (gemellaire .macrosomie) ..*
- ▶ *d'insertion ; (Placenta Praevea) ou de penetration ; (Placenta Accreta). Cotyledon aberant*
- ▶ *Fautes techniques; traction sur le cordon . Expression uterine*

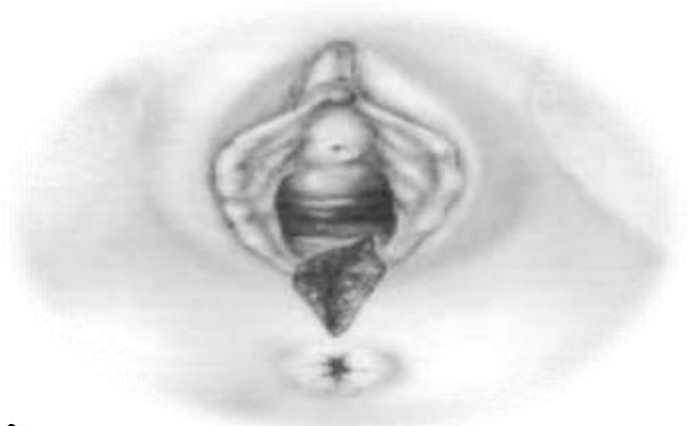
# *T = TRAUMATISME*

*Ruptures Uterines*

*Lesions vaginales*

*Dechirure du col*

*Dechirure du perinée*



# T = THROMBINE

➤ Troubles de la Coagulation;

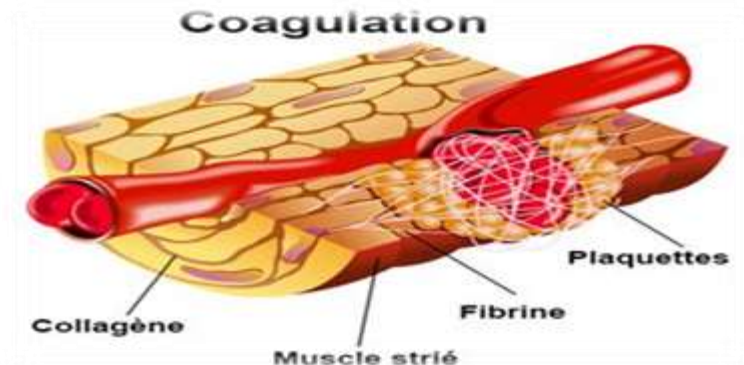
Congenital -( maladie de von-willebrand.  
Deficit en facteur XI , PTI ).

Acquis-( Hepatite . SHAG .HELLP Syndrome  
. CIVD .Septicemies)

➤ Anomalies plaquettaires;

Thrombocytopathie.

Thrombocytopenie





*Pronostic*  
*et Evolution*

# *Court Terme*

- ▶ *Chocs hypovolémiques*
- ▶ *Syndrome de défibrination : Il s'agit d'une CIVD*
- ▶ *Atteinte Rénale : Elle est d'abord fonctionnelle et marquée par une oligo-anurie*
- ▶ *Risque Transfusionnel ; Immunologique , Infectieux , Surcharge*

# Risques Transfusionnels (1)

---

## □ Risques immunologiques

- Incompatibilité érythrocytaire
  - Erreur ABO
  - Donneur O « dangereux »
  - Alloanticorps immun/Alloanticorps naturel
- Incompatibilité leuco-plaquettaire
- Purpura post-transfusionnel
- Allergie / anaphylaxie
- Réaction du greffon contre l'hôte (GVH)
- TRALI
- Immunomodulation

## □ Risques infectieux

- Virales (VIH, VHB, VHC, HTLV I/II, CMV, parvoB19, EBV, West Nile Virus)
- Bactériens
- Parasitaires (paludisme, trypanosomiase américaine)
- Agents transmissibles non conventionnels (vMCJ)

## □ Complications de surcharge

- Œdème pulmonaire
- Hémochromatose

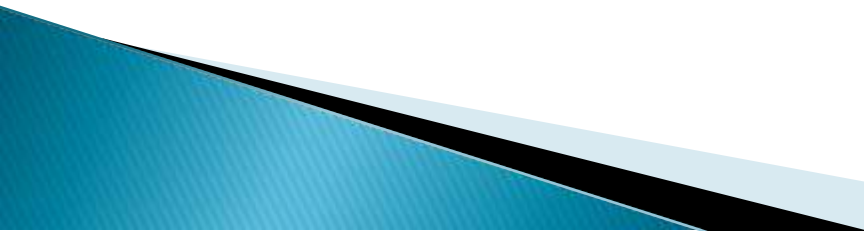
## □ Risques liés à la non transfusion ou au retard transfusionnel

# Long Terme

- ▶ *Thrombophlébites: rebond d'hypercoagulabilité*
- ▶ *Insuffisance Rénale organique par nécrose corticale*
- ▶ *Panhypopituitarisme ; Syndrome de Schehan*
- ▶ *Complications de l'Embolisation ;*
  - Hématome au point de ponction*
  - Douleurs abdominales transitoires*
  - Sciatalgie transitoire*
- ▶ *Complications de la chirurgie : Obstetrical ; Stérilité*
- ▶ *Iso-immunisation*



*Quel est Votre*  
*Conduite à*  
*Tenir ?*

- ▶ *L'HPP est une Urgence Obstetrical et Anesthesique*
  - ▶ *La PEC est une **course contre la montre** ; dont l'enjeu est d'éviter l'instalation des troubles de la coagulation et l'état de choc*
  - ▶ *Disposer d'un protocole Ecrit et d'une infrastructure humaine et materiels*
  - ▶ *La PEC se fait selon un plan d'action progressif et chronométré*
- 



# OBJECTIF

*Retablir l'hémostase avec état hémodynamique stable*

*Prevenir les complications et les récidives*

# ***MOYENS***

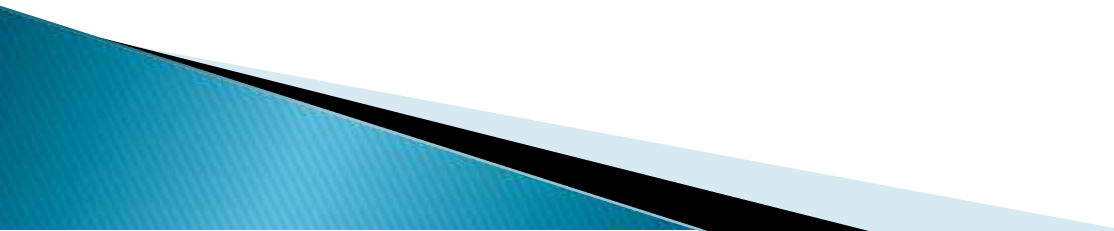
- ***Traitement Preventifs***
- ***Traitement Curatif***
  - Medicaux.***
  - Obstetricaux.***
  - Chirurgicaux***



*Precaution*

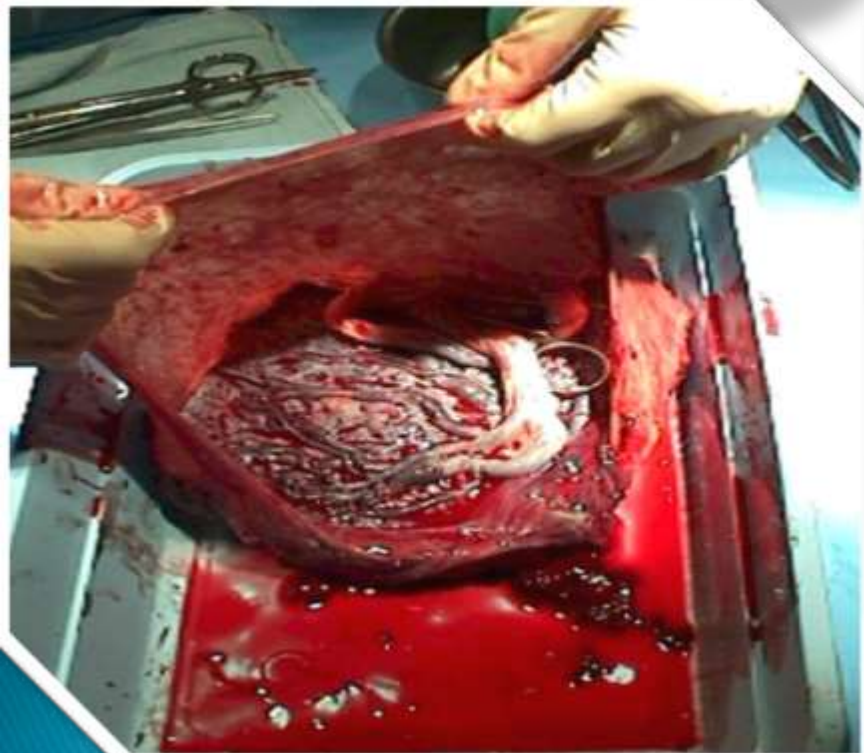
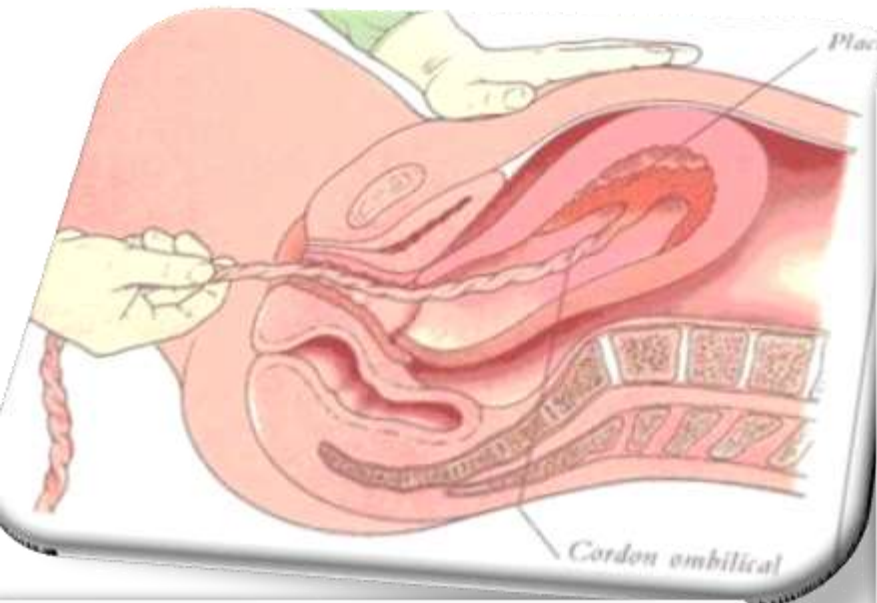
*et Prévention*

# *Avant l'accouchement*

- \*Connaitre la délivrance à risque et les GHR*
  - \*Une FNS sera réalisée afin de dépister une éventuelle Anémie ou Thrombopénie et les traiter*
  - \*Orienter les femmes à haut risque vers un centre comportant un plateau Médico- Technique adapté ( maternité niveau 3 )*
  - \*Consultation Pré-Anesthésique*
- 

# Lors de l'accouchement

- ▶ *Mise en place d'un sac de recueil*
- ▶ *Agir avant la survenue d'une eventuelle hemorrhagie*
- ▶ *Respecter la physiologie de la delivrance*
- ▶ *Eviter la traction du cordon et les expressions uterines*
- ▶ *Délivrance dirigée ; perfusion de syntocinon dès la sortie des epaules si presentation cephalique et dès le degagement de la tete si podalique*
- ▶ *Délivrance artificiel si absence de de délivrance plus de 30 minute*
- ▶ *Examen de delivre*
- ▶ *Revision uterine si doute*





# *Précaution à prendre*

- ✓ *Arret des anticoagulant en debut du travail au moins 12H*
- ✓ *Arret des B2 mimetique ou tout autres tocolytique si accouchement eminent au bout de 6h*
- ✓ *Surveillance de toute accouchée au moins 2 heures en salle de travail*
- ✓ *Organisation De Procédure d'appel d'urgence*
- ✓ *Protocoles écrits accessibles H24*
- ✓ *Kit d'hémorragie de la délivrance en salle de travail*



KIT  
HEMORRAGIE  
DE LA  
DELIVRANCE

FICHE TRANSFUSIONNELLE

DATE	NOM DU RECEVEUR	NOM DE LA MERE	NOM DE LA PATNERNE	NOM DE LA MERE	FICHE CIT		NOM DU DONNEUR
					PREMIER	DEUXIEME	

*Demarche  
Therapeutique*

# *Respect De Timing*



*Apprécier la gravité et  
prendre les mesures  
thérapeutiques d'urgence*

Evaluer la gravité ; *Critères de gravité*

CRITERE LIES AU TERRAIN



TARES ASSOCIES

CRITERE CLINIQUE



SIGNES DE CHOC

CRITERE BIOLOGIQUE



FNS  
CRASE SANGUINE

CRITERE EVOLUTIVE



TRANSFUSION  
INSTABILITE  
HEMODYNAMIQUE

*Moyens*  
*Medicaux*



# Mesure de Reanimation

*Deux voies veineuses de gros calibre*

*Oxygenotherapie*

*Position de trendelemburg*

*Sondage vesicale pour apprecier la diuresis*

*Quantification très stricte de l'hémorragie,*

*Monitorage cardiorespiratoire et de la pression artérielle*

*Réalisation d'un bilan biologique*

*Mise en place d'une antibiothérapie à large spectre.*



*Restauration et maintien de la volémie en utilisant des solutés de remplissage ;  
Culot globulaire ; objectif 9-10 g/ dl  
PFC ; 20 cc/ kg dont 1 UI de PFC Apporte 0.4 -0.5 g de fibrinogene  
Concentré plaquettaire ; 1UI/10 Kg /poids*

*Traitement spécifique d'éventuels troubles de la coagulation :*

*Fibrinogene ; objectif 1.5-2 g/L à raison de 2- 3 g/100 cc voir même le double*

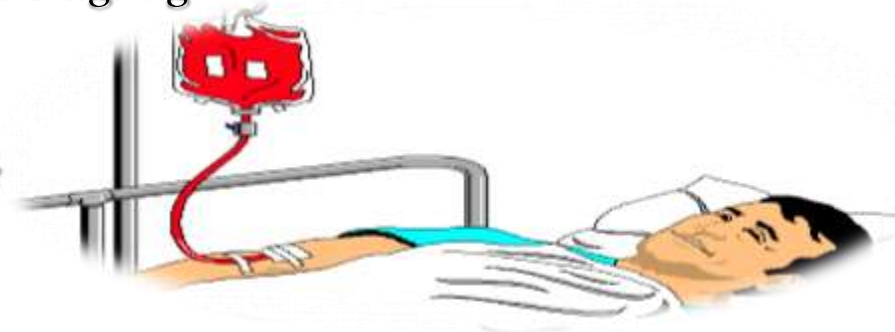
*NOVOSEVEN ;Facteur 7 ; Dose ; 60-90 ug/ kg*

*Si HPP Resistante*

*Echec à l'embolisation*

*Avent une Hysterectomie*

*Antifibrinolytique ; inipiol*



***-Le contrôle d'efficacité est permanent, clinique (diurèse +++), paraclinique (vérification de l'hémogramme, de la saturation en Oxygène et bilan complet de coagulation***

# PLACE DE NOVOSEVEN

- ▶ EFFICACITE CERTAINE
- ▶ DOSE ; 60-90  $\mu\text{g}/\text{kg}$
- ▶ SÍ HPP RESISTANTE
- ▶ ECHEC A L'EMBOLISATION
- ▶ AVANT UNE HYSTERECTOMIE



*Methergin*

*Moins  
puissant*

*Voie IM  
ou  
Intramurale*

*CI;  
Cardiopath  
ie et HTA*



*Syntocinon*

*Duree  
d'action  
= 1 heure*

*Ne pas  
Depasser  
40 UI*

*Delai  
d'action  
une mn*



→ *Analogues des Prostaglandines ;*

NALADOR ou SULPROSTONE PGE2 ; Uterotonique tres puissant ,  
Delais d'action ; 4 mn , Doit etre debuter dans les 30 mn premiere , La  
voie IV est la seul recommandée

*Dose de charge ;*

*1 Amp ( 500 ug) dilue dans 50 cc de SSI 9% à la PS à raison de 50  
cc/H*

*Puis une 2me Amp sur 5h = 10 cc /H , 3me Amp sur 24h = 2 cc /H*

*Pas plus de 3 Amp au total*

*Contre-indication; Asthme. Coronaropathie. Glaucome.*

CYTOTEC = MISOPROSTOL ; Voie orale ou rectale forme cp 200 ug ,  
Dose ; 6cp

# Le NALADOR®

- Efficacité excellente (89 %) si délai < 30 min entre début hémorragie et administration
- Surveillance sous scope, PA, SpO2
- Effets II : nausées, vomissements, hyperthermie, diarrhée, OAP par  $\nearrow$  PAP
- CI : pathologies cardiovasculaires, asthme, troubles graves de la fonction hépatique ou rénale, diabète décompensé, antécédents comitiaux, thyrotoxicose, ATCD thrombo-emboliques, ulcère gastrique, glaucome...

⇒ **CI relatives = balance risques/bénéfices**

*Voie orale  
ou rectale*

*Forme cp  
200 ug*

*Dose ;6cp*

*CYTOTEC =  
MISOPROSTOL*

*Mesures*  
*Manuels*  
*et Obstetricals*

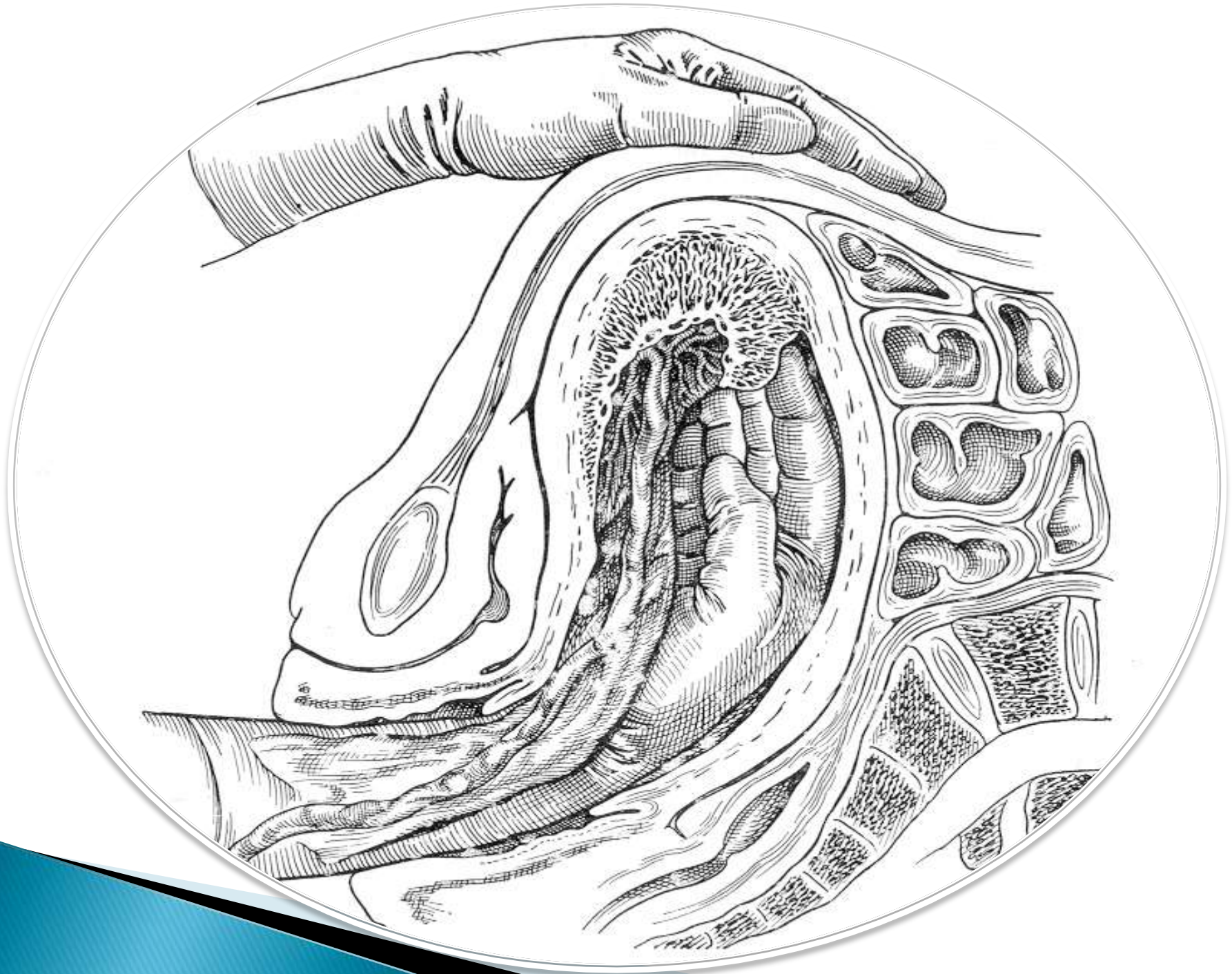
Revision uterine ; verifier la vacuité et l'integrite

Rvision des parties molles

Massage du fond uterin

Compression Aortique à travers la paroi  
abdominal





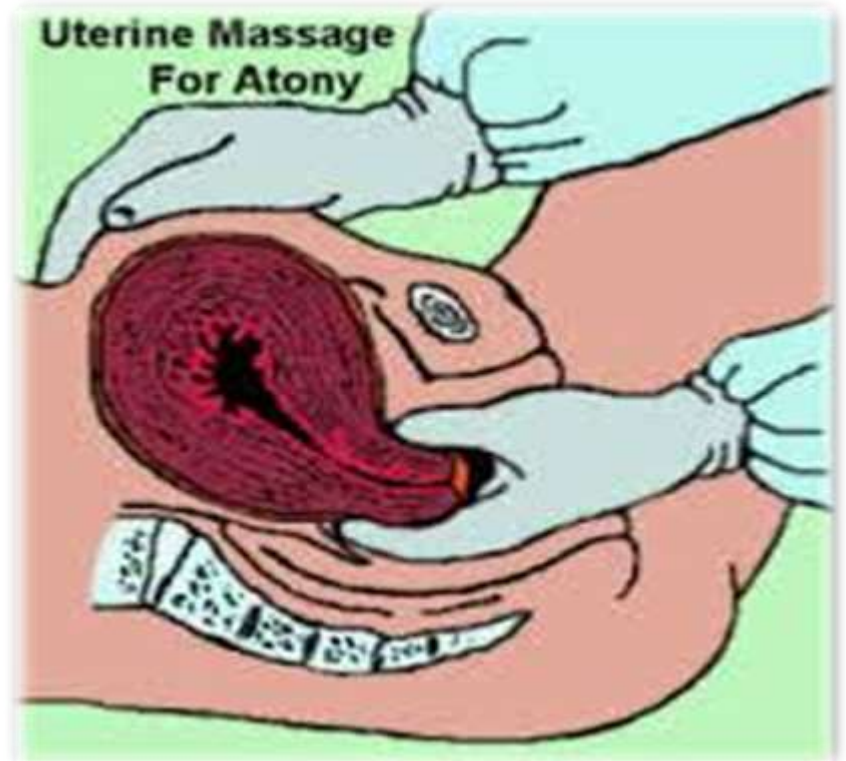
## ***EXAMEN SOUS VALVE DU COL ET DU VAGIN***

*une vérification précise, à l'aide de valves vaginales, de l'intégrité du col et du vagin .*

*• la suture de ces lésions et d'une éventuelle épisiotomie, sans perdre de temps.*

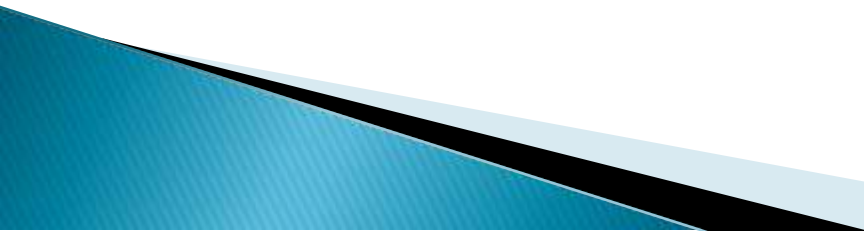


# ***MASSAGE UTERIN***



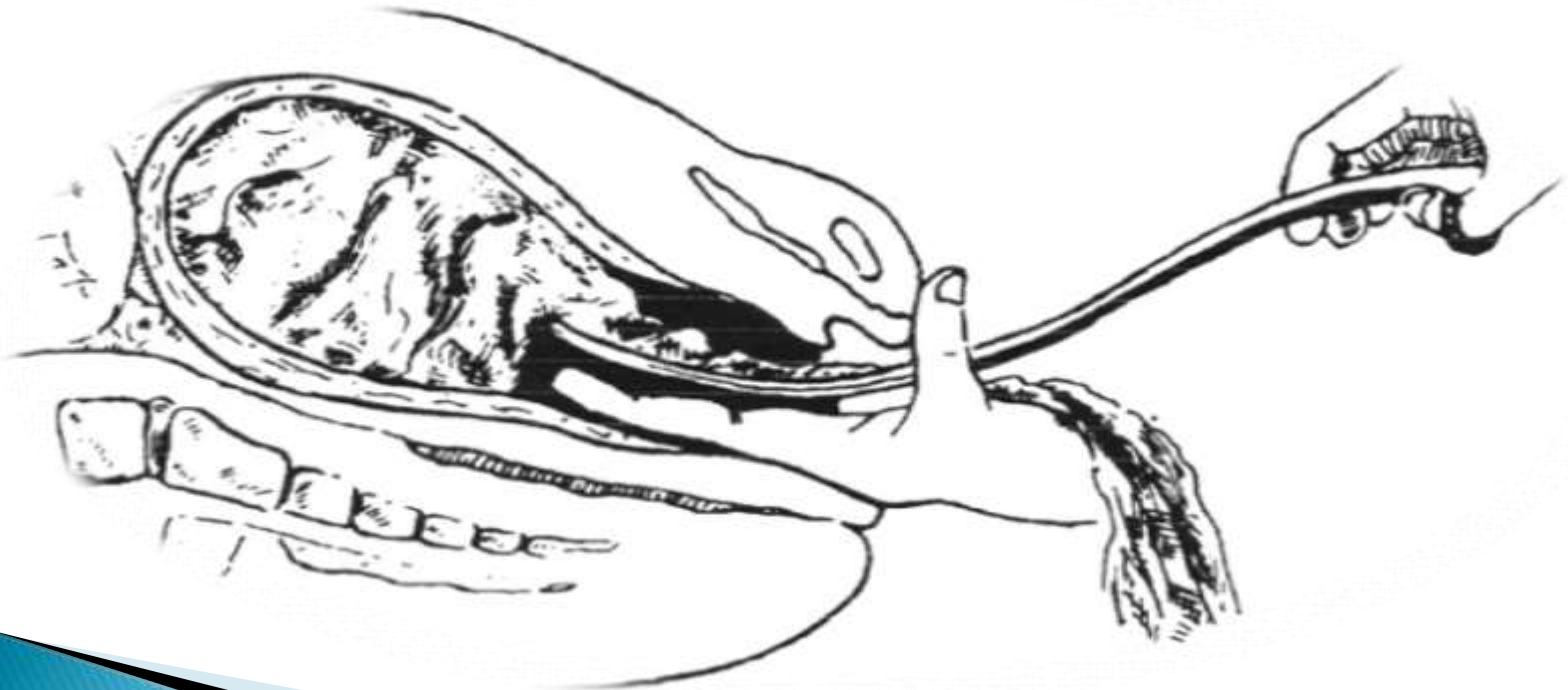


**✓ *Traction et Elongation du Col ; C'est l'elongation et la torsion de l'Artere uterine par mise en place de plusieurs pinces de museaux sur les 2 levres du col avec traction et torsion à 180° pendant 20 à 30 mn***



# *Tamponnement intra-uterin ;*

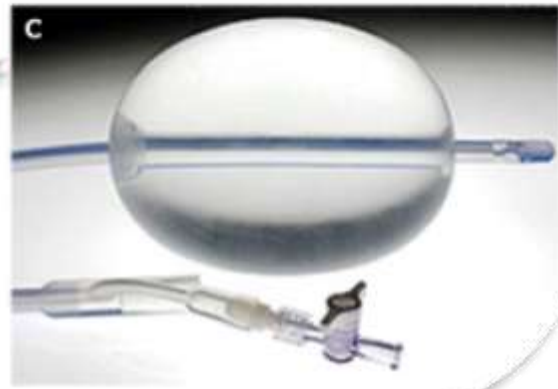
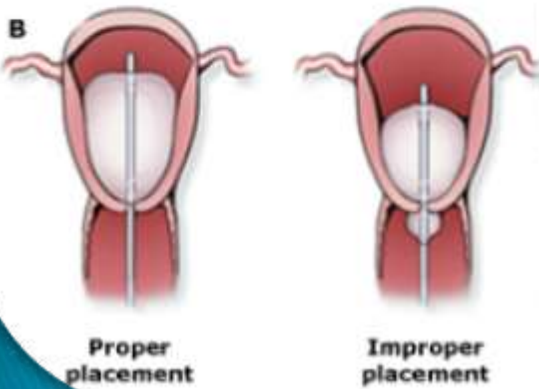
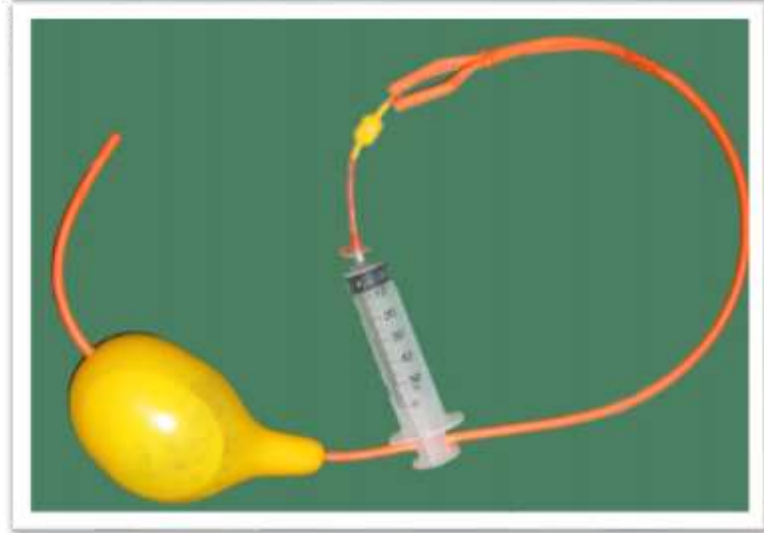
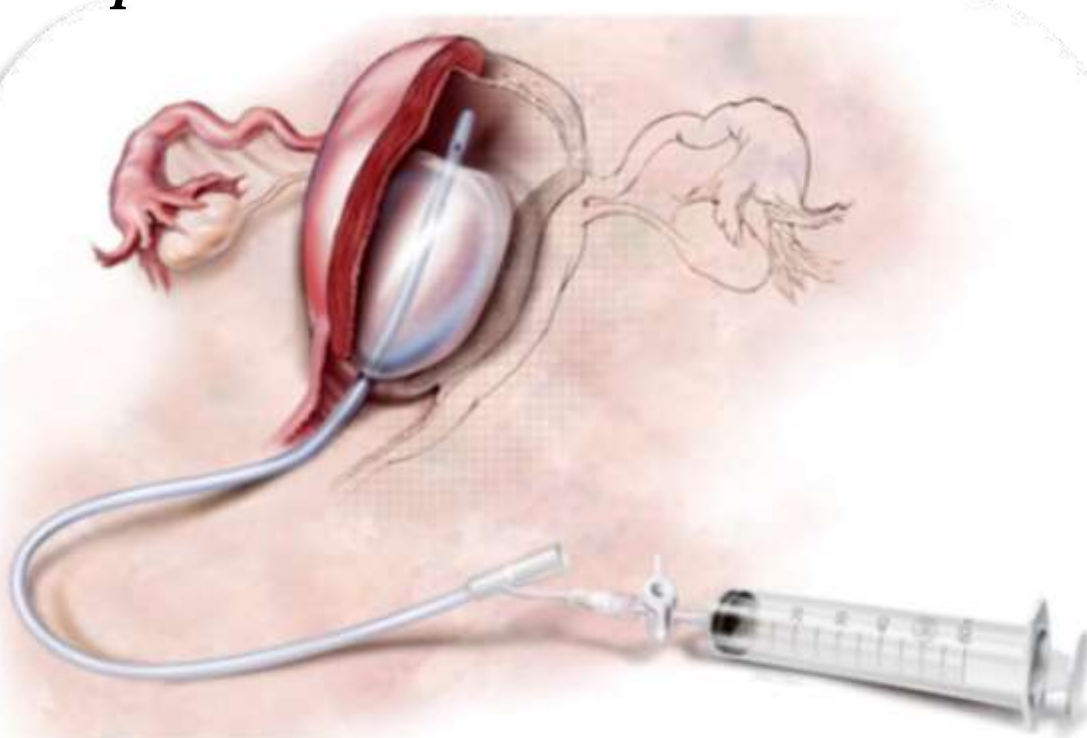
*✓ Packing Intra-Uterin qui consiste en un Mechage par des champs*





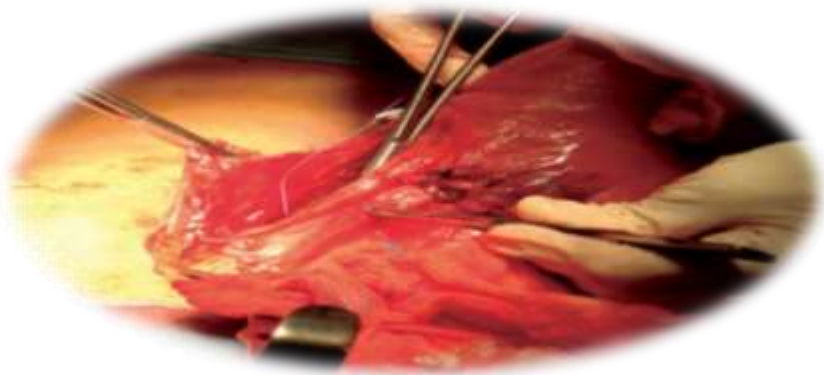
# *Tamponnement par ballonnets intra-utérins*

*Compression endométriale active sur les AIP, notamment si AV Basse*



- *Sondes de Foley*
- *Sonde de Blakemore*
- *Sonde de Bakri*

*Moyens*  
*Chirurgicaux*



***TRAITMENT CONSERVATEUR***

**SI TOUJOUR**



**ECHEC**

***TRAITMENT RADICAL***



➤ *Capitonage de la Paroi  
Uterine*,

*Si Anomalies Placentaire*

***TECHNIQUE DE CHO***

***TECHNIQUE DE B-LYNCH***



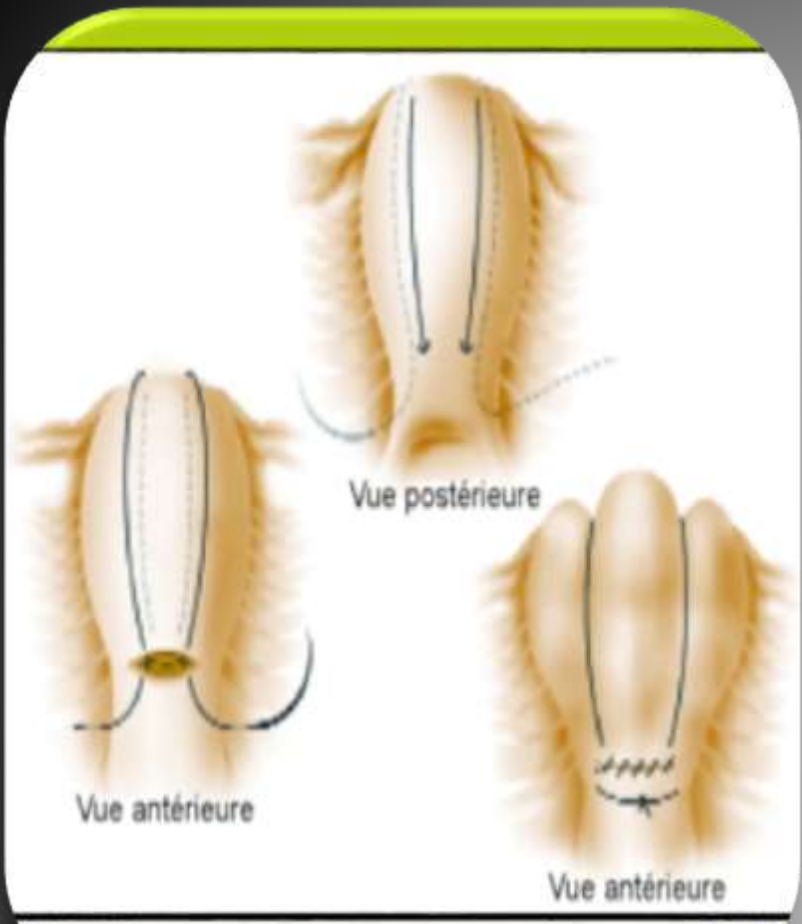
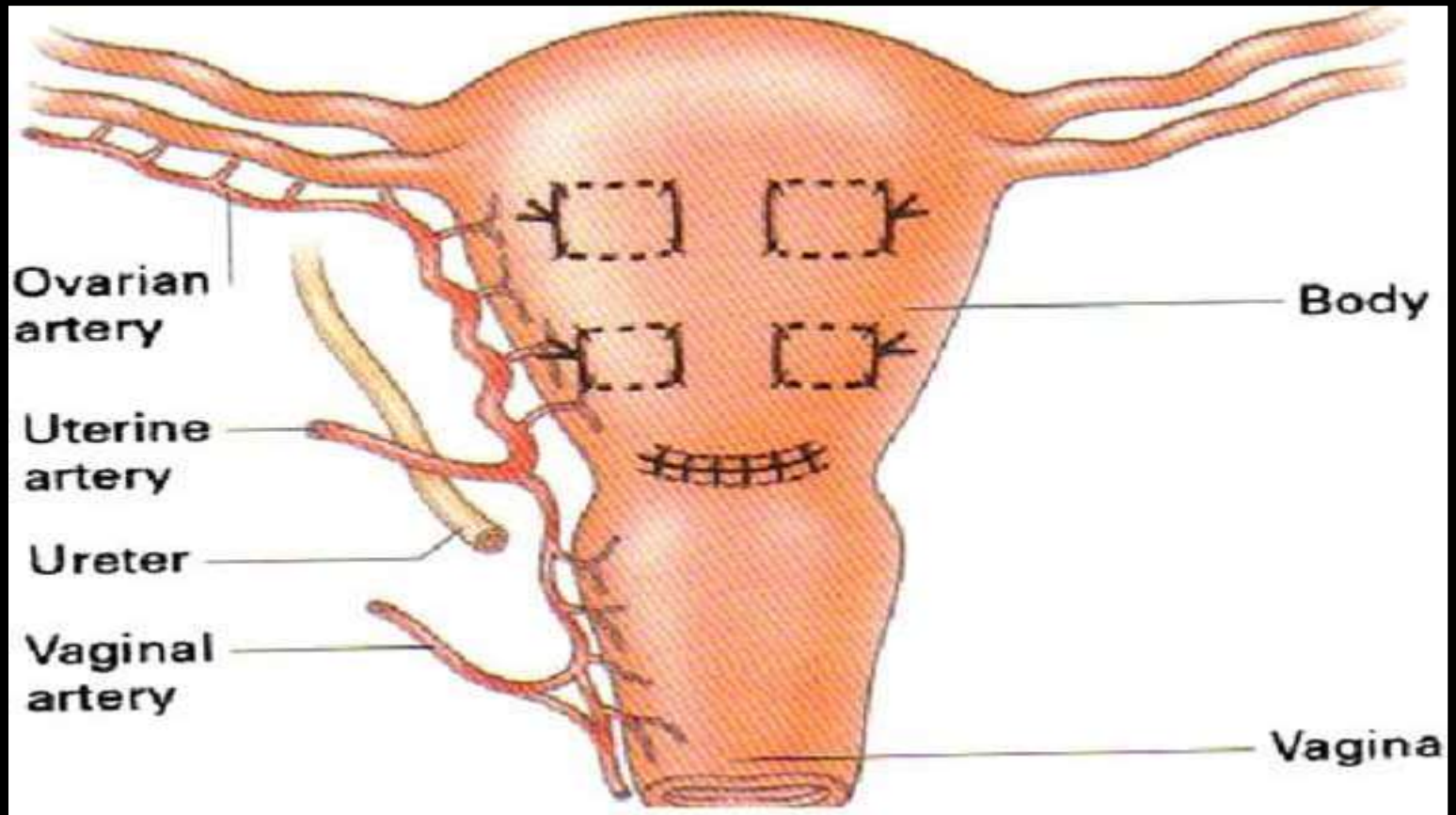


Figure 1. La plicature utérine (d'après C. B-Lynch<sup>5</sup>)

# TECHNIQUE DE B-LYNCH

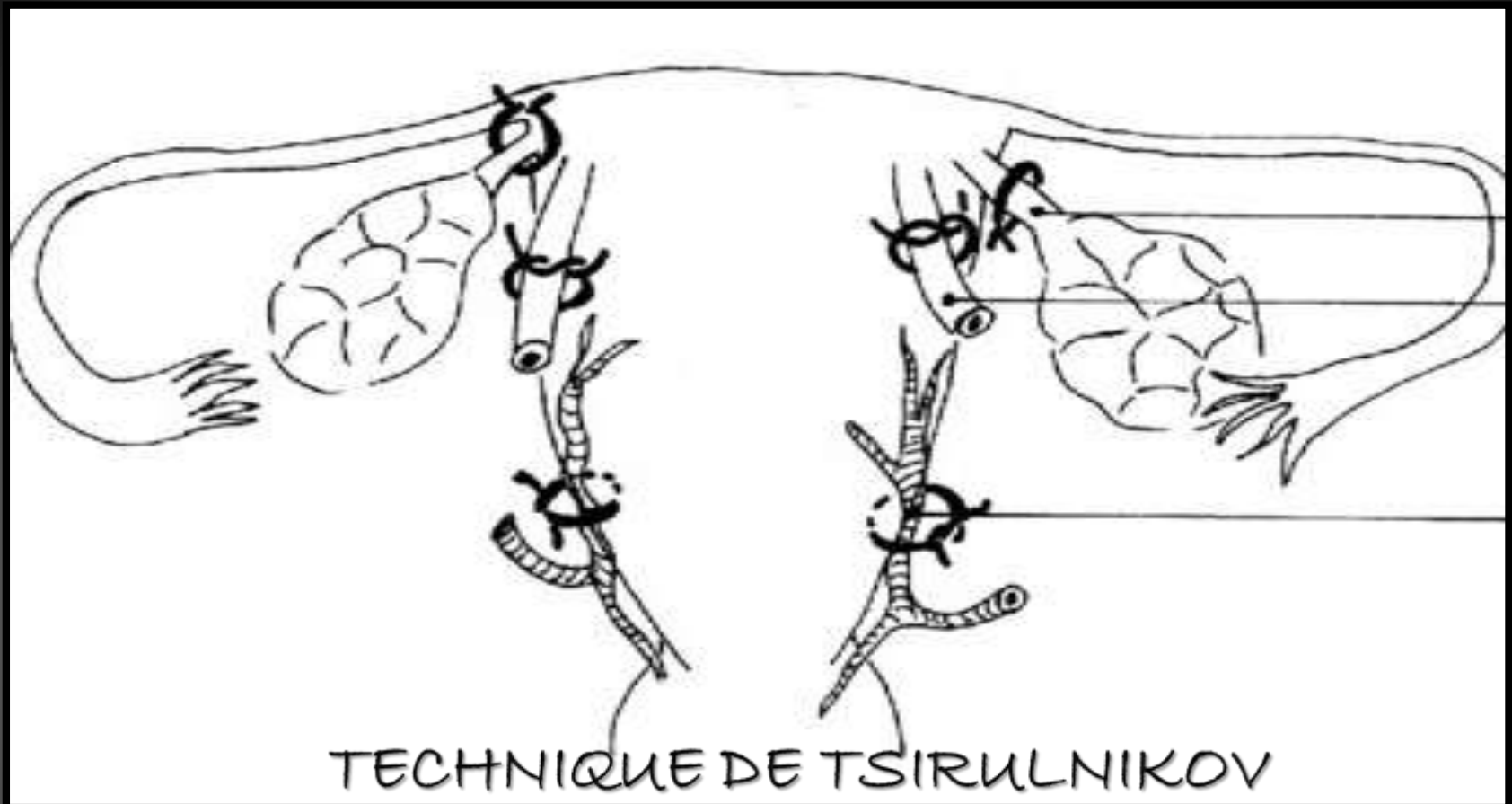




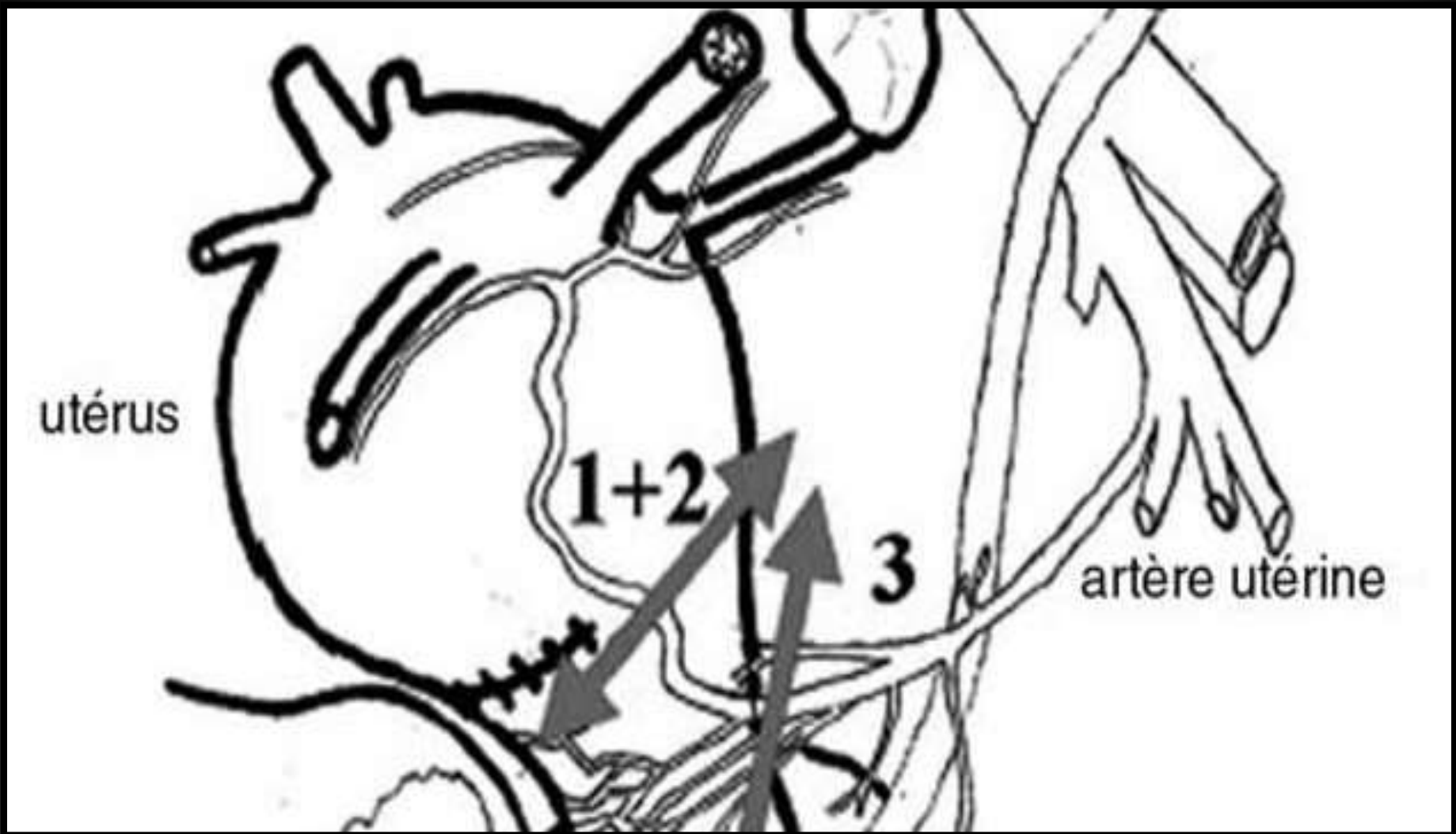
TECHNIQUE DE CHO

# ➤ Ligatures vasculaires ;

- 1) *Ligature des Hypogastriques*
- 2) *Triples ligature Vasculaire ; Technique de TSIRULNIKOV ; ( l'Artere uterine , l'Utero-Ovarien , ligament Rond*
- 3) *Ligature Etagés ou STEPWISE*

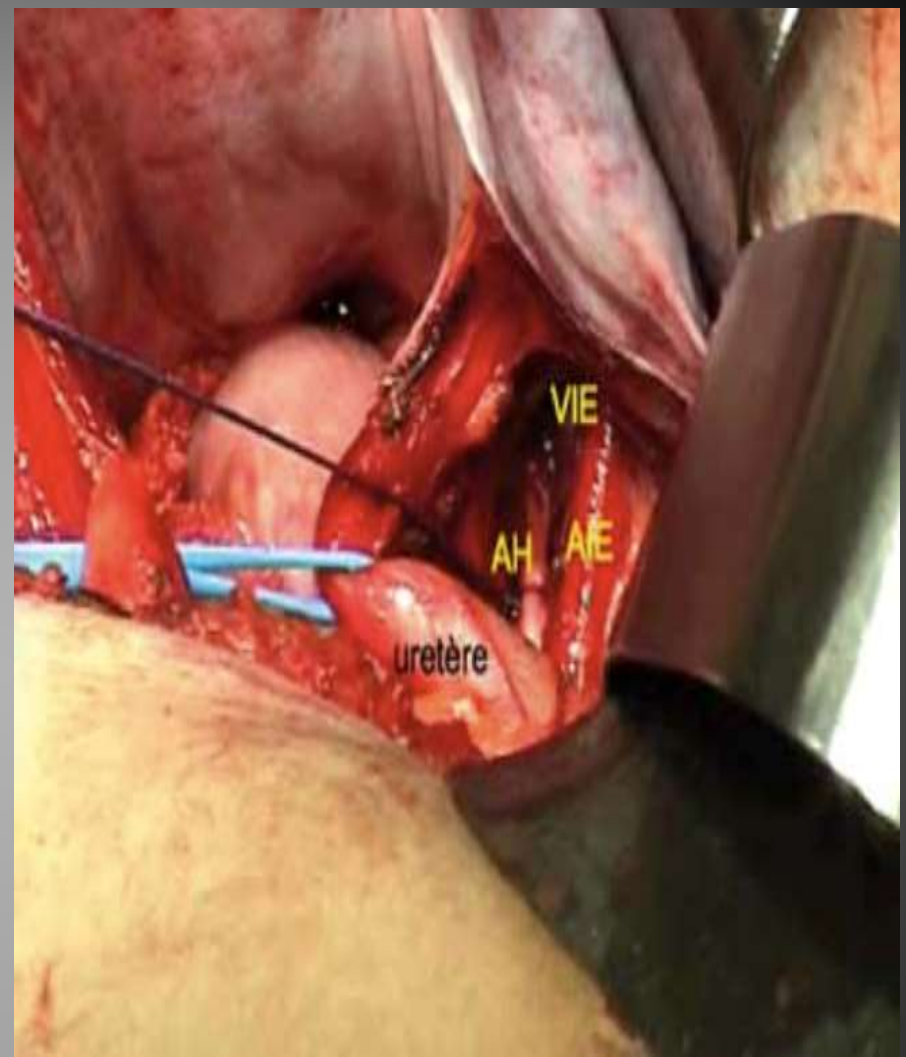
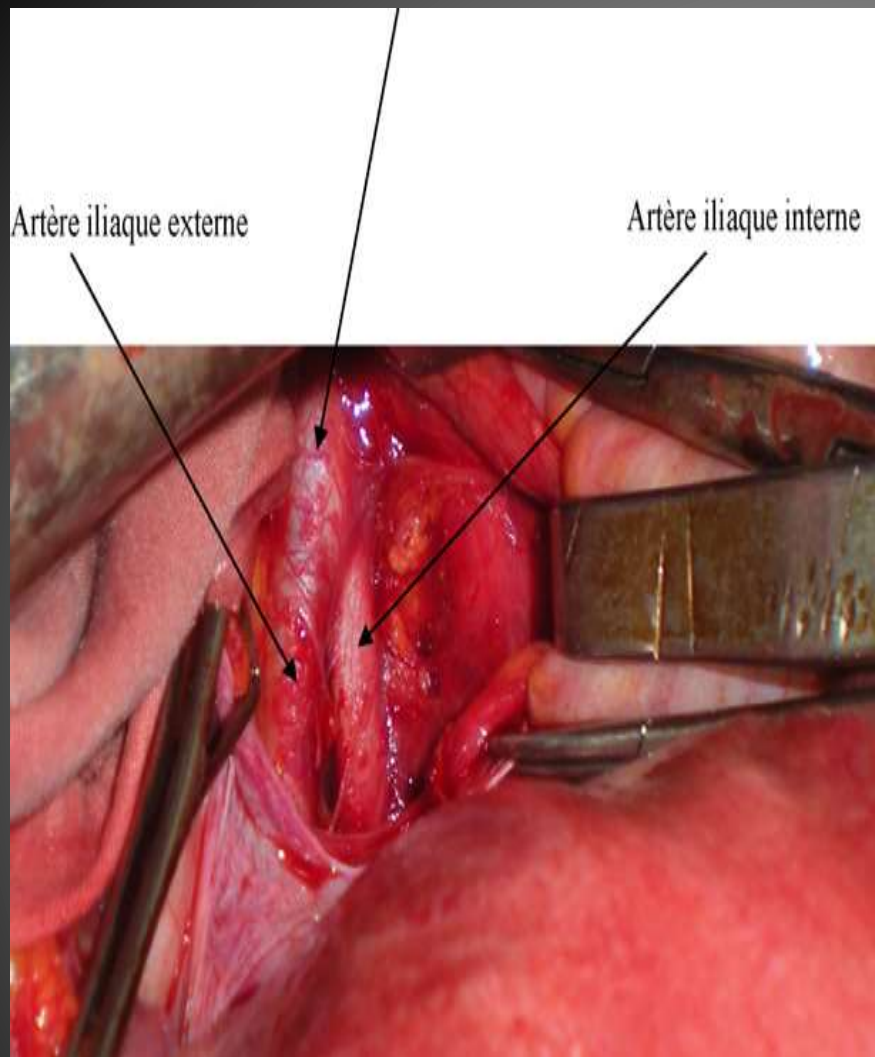


**TRIPLE LIGATURES** *vasculaire ; l'artere uterine  
l'utero-ovarien  
ligament rond*



*LIGATURE ETAGEES OU STEPWISE*

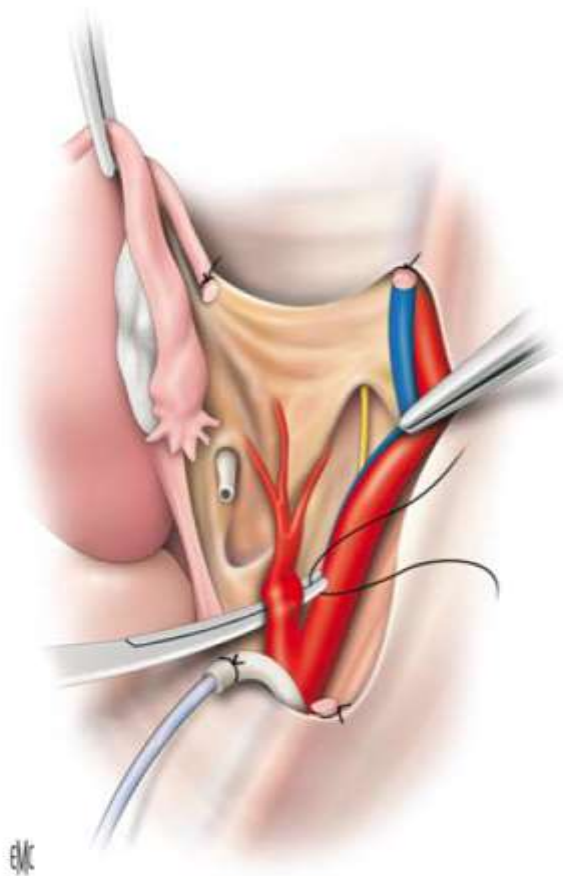




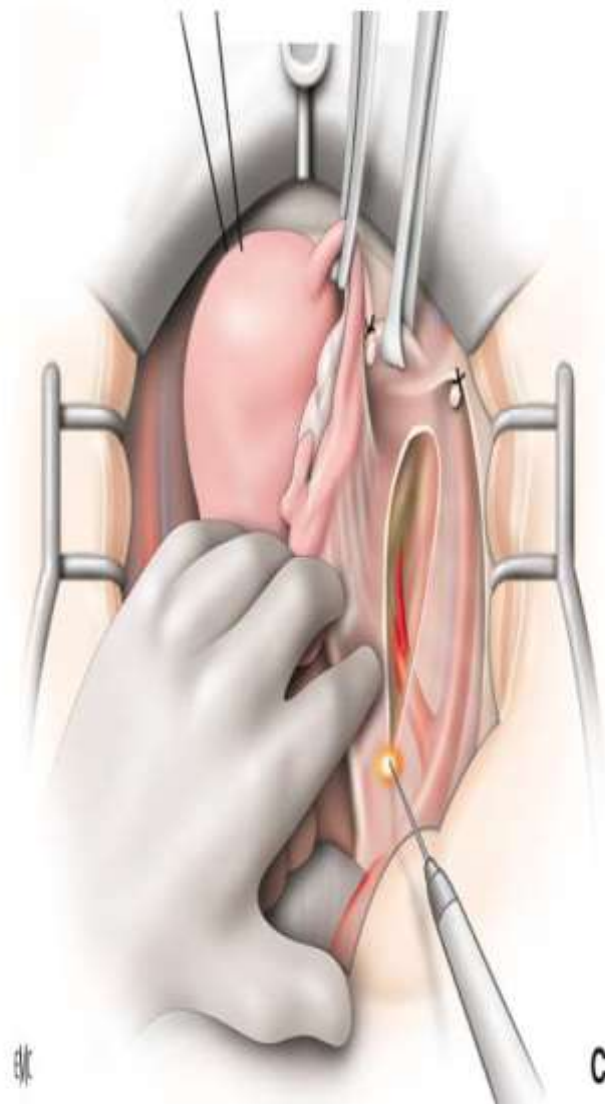
## *LIGATURE DES HYPOGASTRIQUES*



■ LAH



■ LAH

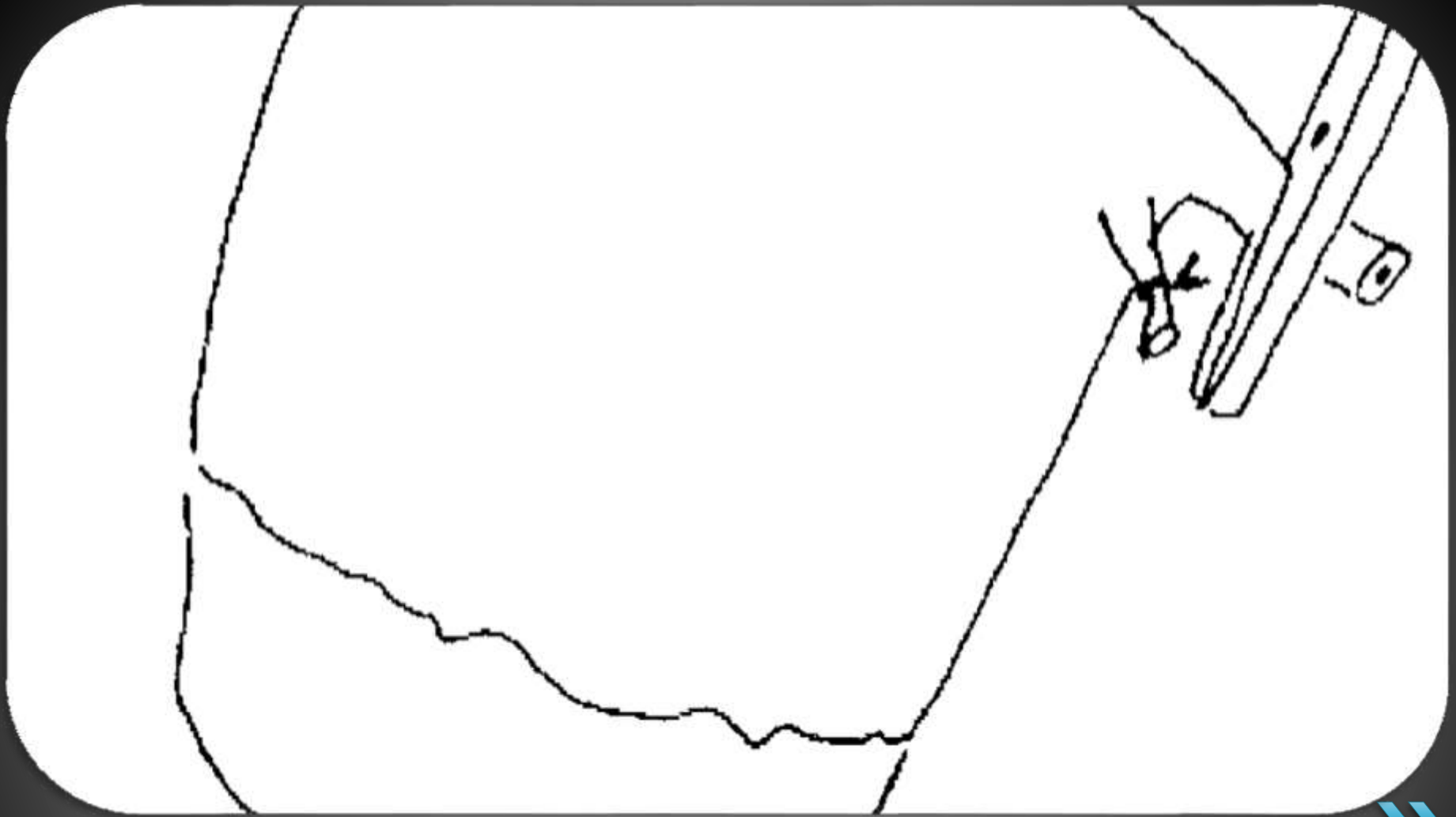


# ***TRAITMENT RADICAL***

## ***L'hystérectomie d'hémostase***

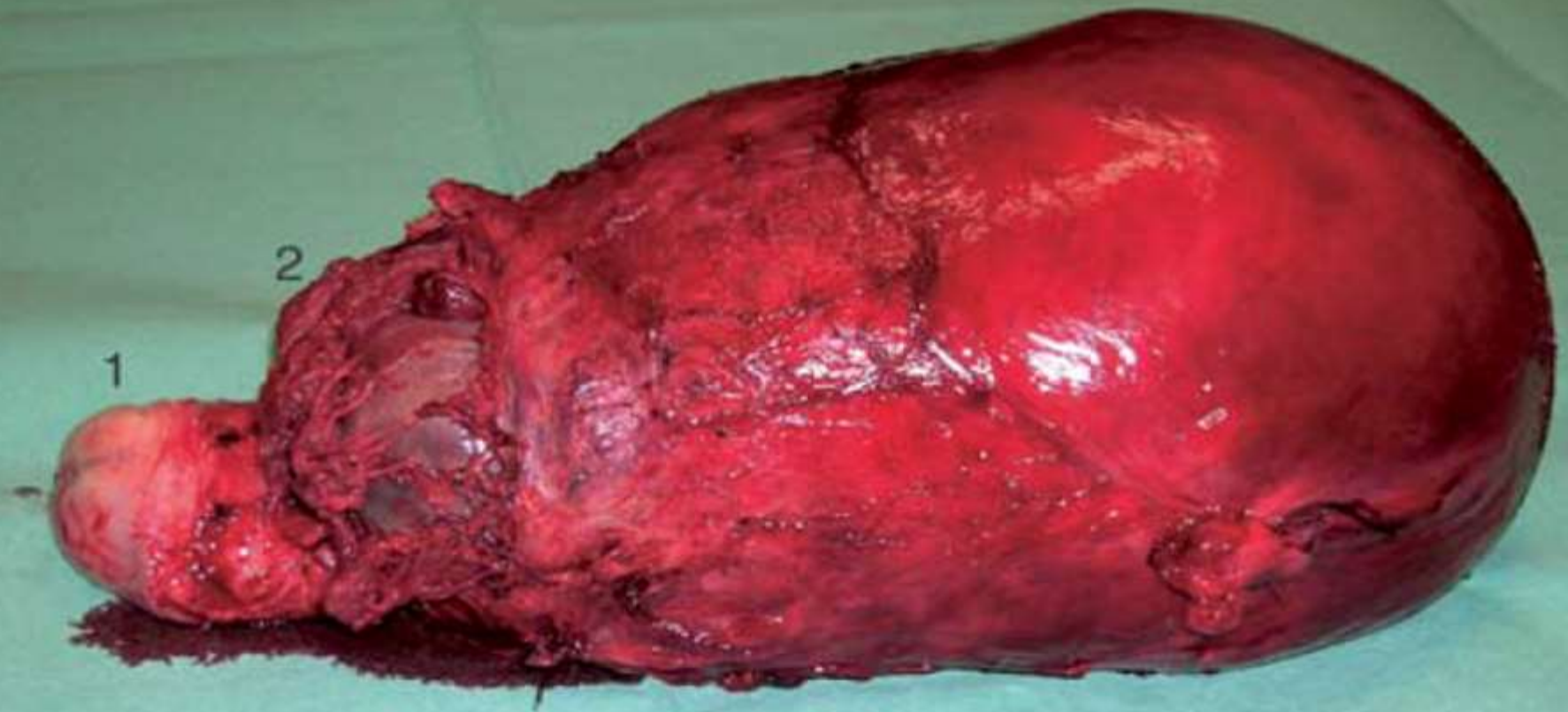
*L'hystérectomie d'hémostase représente le dernier recours et doit être réalisée contraint et forcé par l'état hémodynamique de la patiente.*

*Il s'agit d'une hystérectomie par voie abdominale interannexielle et le plus souvent subtotale.*



L'HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE

# *L'hystérectomie d'hémostase*



Le « **Damage-Contrôle** » de la loge utérine ;  
Packing de plusieurs champs abdominaux dans la cavité  
pelvienne, puis fermeture en un plan de la paroi Patiente  
sous AG 36 heures ,Dé-packing dès que la coagulation est  
restaurée, Traitement idéal des suffusions hémorragiques en  
situation d'afibrinogénémié totale après persistance des  
saignements post hystérectomie



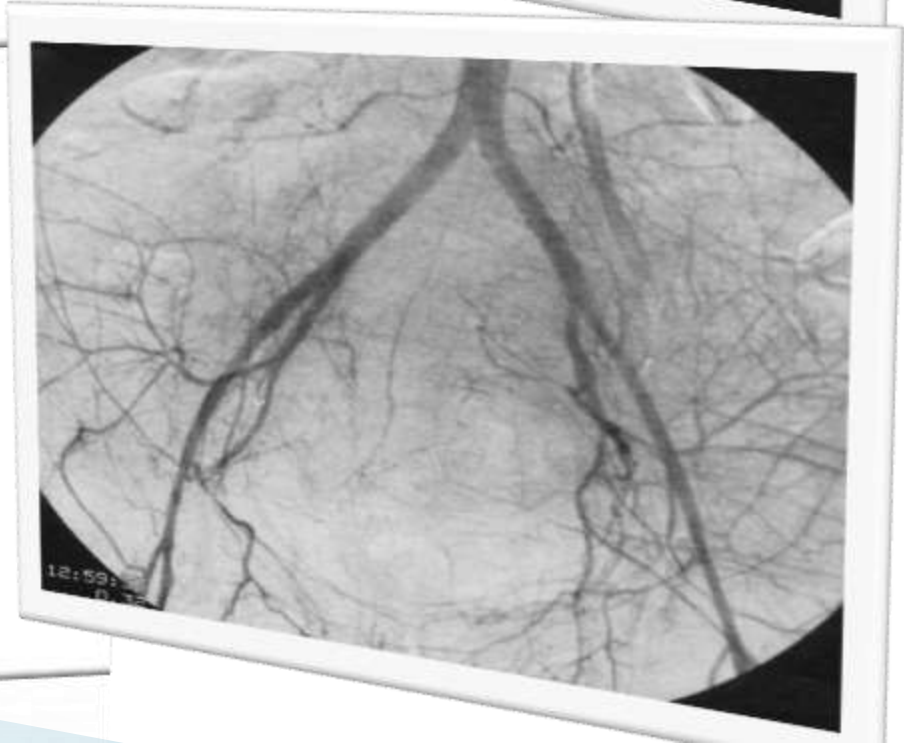
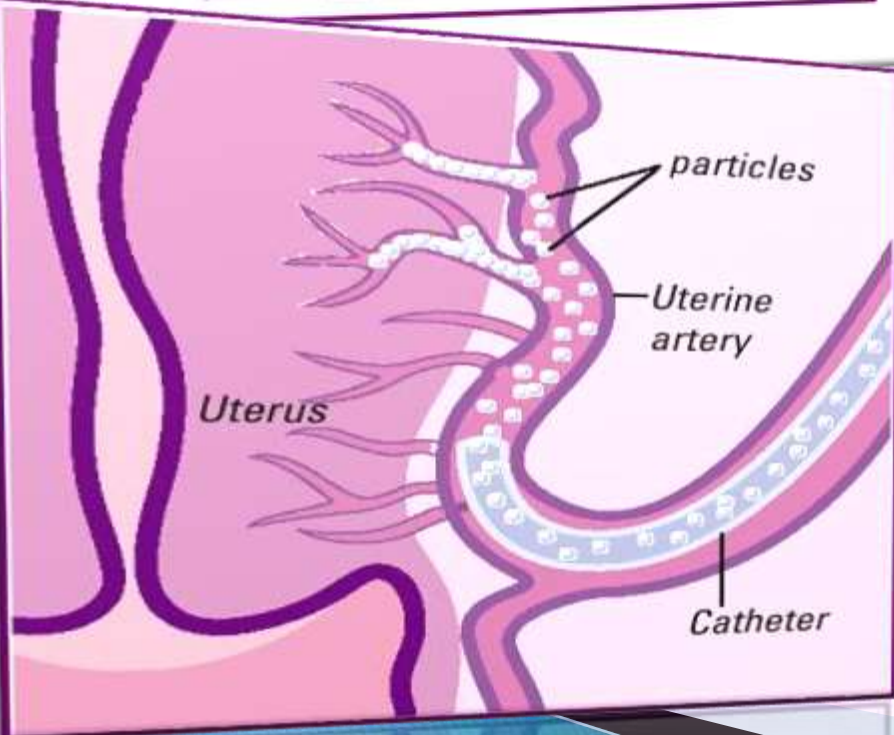
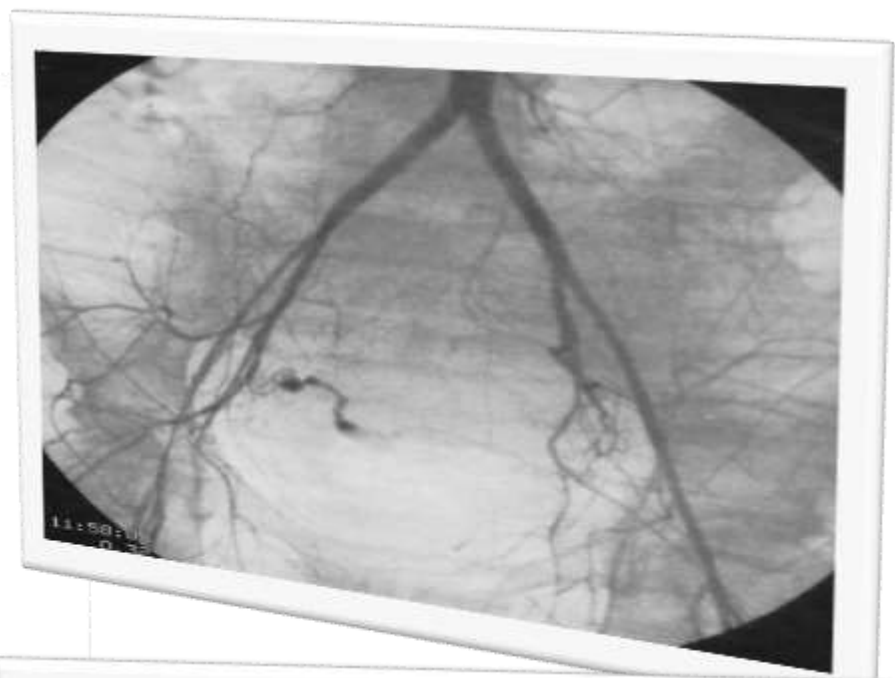
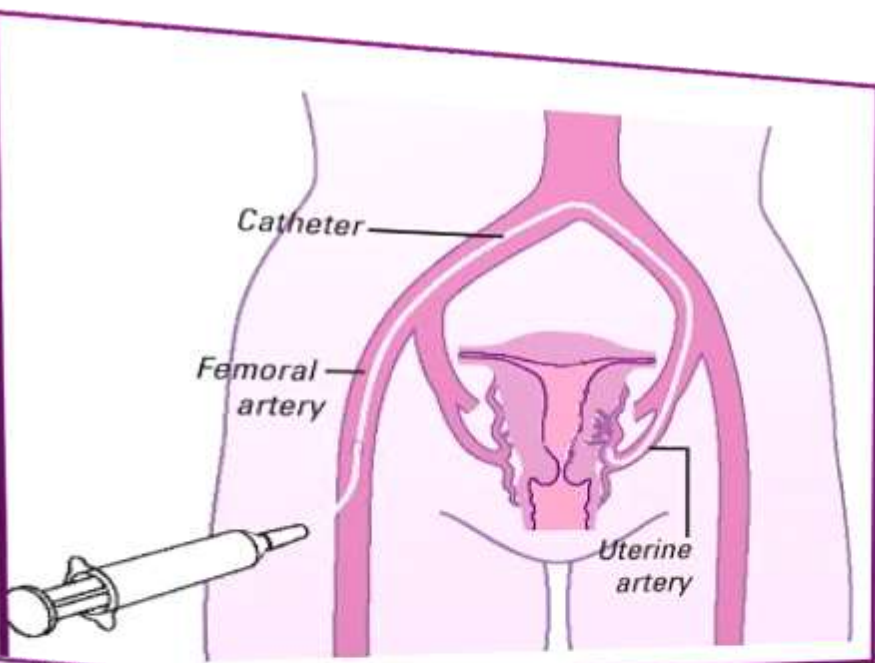
# *L' Embolisations ; si*

*Inertie utérine rebelle (avant hystérectomie d'hémostase)*

*Hémorragie d'origine cervicaux-utérine (placenta recouvrant)*

*Thrombus extensif du pelvis après échec du traitement par voie basse*

*Déchirure cervicaux-vaginale déjà suturée ou non accessible*



# *Indications*

*Après une Révision Utérine ;*  
*Deux Situations ;*



# *PLACENTA EN PLACE*

*DÉLIVRANC  
E  
ARTIFICIEL  
LE*

*REVISION  
UTERINE*

*MASSAGE  
UTERIN*

*REVISION  
DES  
PARTIES  
MOLLES*

# ***PLACENTA EXPULSE***

***EXAMEN DE  
DELIVREE***

***UTEROTONIQUE  
ES  
EN CONTINUE***

***REVISION  
UTERINE***



SI  
L'HEMORRAGIE  
PERSISTE

DEUX SITUATIONS

# ***GLOBE UTERIN ; BON***

***SANG INCOAGULABLE***  
***= Trouble de***  
***l'hémostase***

***SANG***  
***COAGULABLE = lésions***  
***Traumatiques OU***  
***Inertie Segment***  
***inferieur***

# ***GLOBE UTERIN; MOU***

***REVISION UTERINE***

***UTEROTONIQUES***

***MESURES DE REANIMATIONS***

***SI ECHEC = CHIRURGIE***

# HPP

**T0**

*Temps Noté*

*Monitoring*

*Appel au secours*

**DA RU**

*Suture Play  
Antibiothérapie*

*Massage  
Uterine*

*Oxygen  
Remplissage  
Crystalloids  
Hem cue*

*Gr Rh RAI  
Voie Veineuse*

**T30**

*Ac Tranexamique*

*Sonde U  
Diurèse Horaire  
Réchauffement*

*Sulprostone  
PGE<sub>2</sub> Nalador  
500 µg  
1H*

*Hemocue  
Biologie  
CGR 7g < Hb ≤ 10g  
PFC ± Fibrinogene  
Plaq. si < 50 000*

*PAM 60-80 mm Hg  
Ephedrine  
Voies veineuses  
KT fémoral G*

**T60**

*Ligatures  
Arterielles*



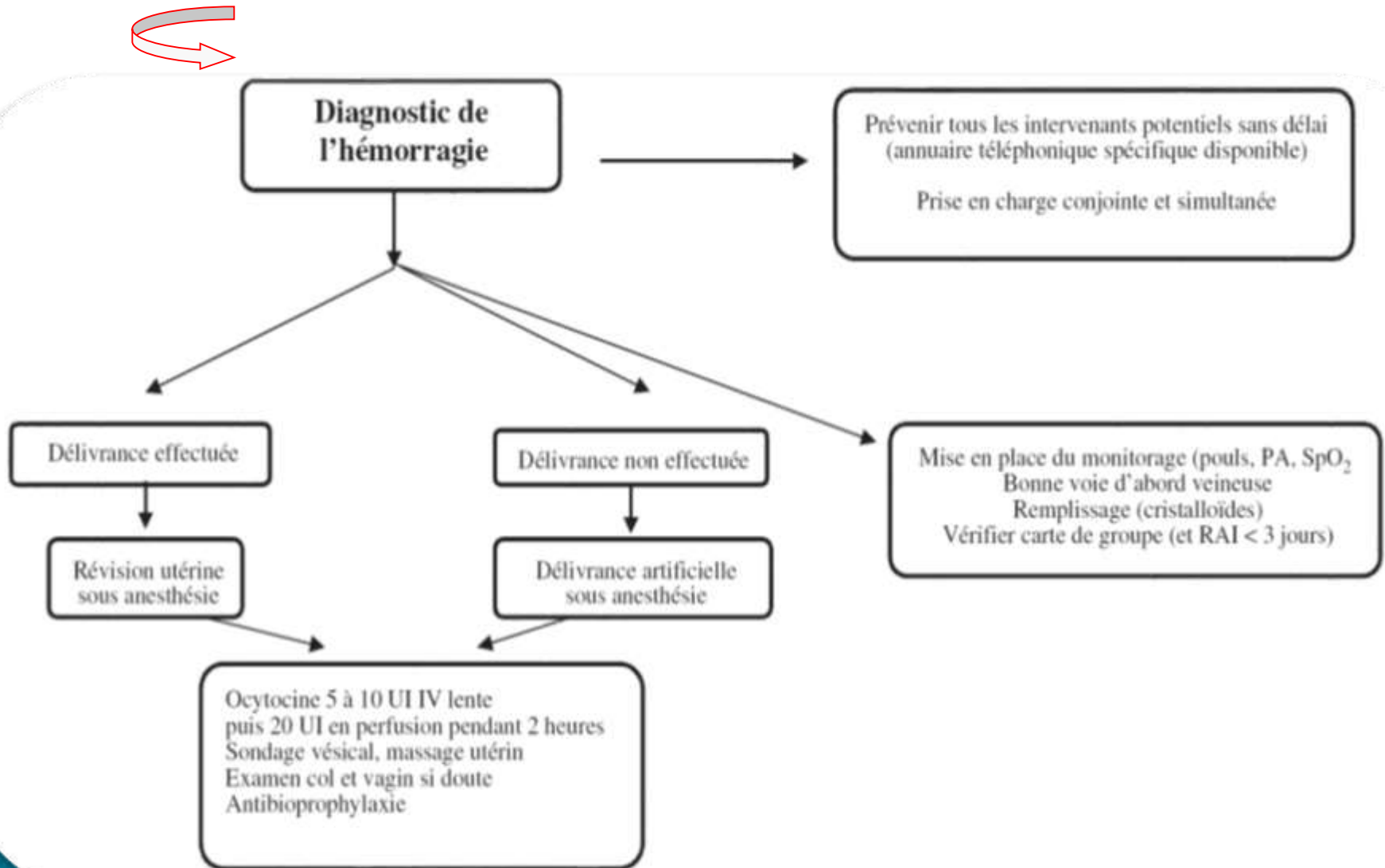
*Embolisation*

*rFVIIa*

*Hysterectomie*

# Prise en charge initiale

*Noter les heures (tps+++ ) + relevé chronologique*





# Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave.

Prévenir tous les intervenants sans délai  
Prise en charge conjointe et simultanée

Examen col/vagin si voie basse et si non réalisée auparavant  
Sulprostone : 100 à 500 µg/h par voie IV en seringue électrique  
Relais par ocytocine 10 à 20 UI en perfusion pendant 2 heures

Pose d'une 2<sup>e</sup> voie veineuse  
Prélèvement sanguin : NFS plaquettes, TP, TCA, fibrinogène  
Surveillance : scope, TA régulière, oxymétrie de pouls, sondage vésical à demeure  
Remplissage (colloïdes), oxygénation  
Prévenir le site transfusionnel et commander des Culots Globulaires et du Plasma Frais Congelé

Si hémodynamique instable, traitement du choc hémorragique

Persistance de l'hémorragie plus de 30 (min) sous sulprostone

**IOT si Hémodynamique instable**

Radiologie interventionnelle accessible  
État hémodynamique stable  
Transport médicalisé rapidement possible

non

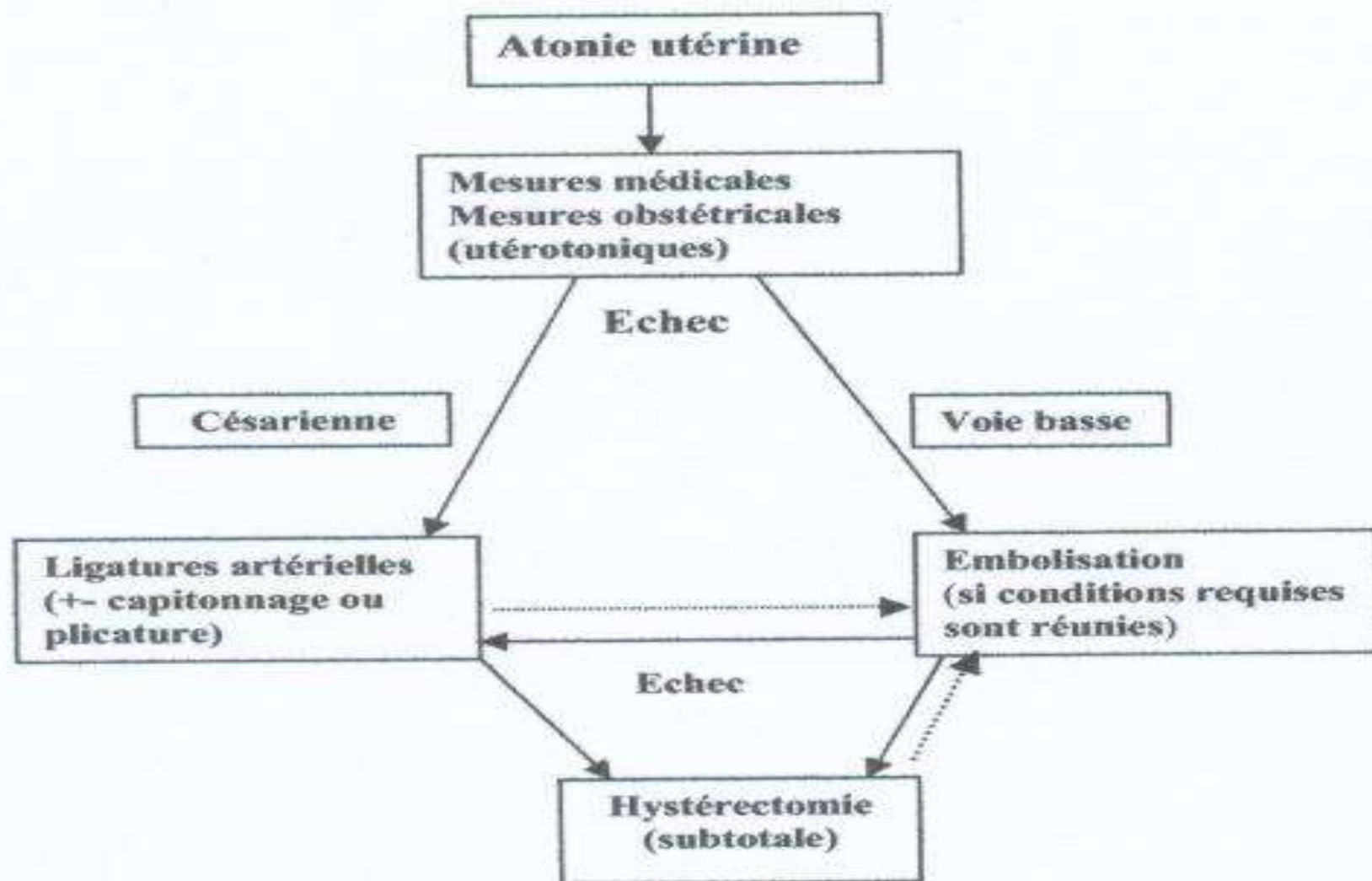
**Hd Instable**

**EMBOLISATION ARTÉRIELLE**  
Indications préférentielles :  
accouchement voie basse  
lésion cervico-vaginale

échec

**CHIRURGIE**  
Ligatures vasculaires  
Indication préférentielle: HPP au cours d'une césarienne  
Si échec, ou parfois d'emblée, hystérectomie

**Hd Stable**



**Figure 7** Conduite à tenir devant une atonie utérine sévère.  
*Management of severe uterine atony.*

# Conclusion

- ▶ *La prévention des hémorragies de la délivrance est une attitude à avoir lors de tout accouchement.*
- ▶ *Une surveillance attentive du mécanisme, le recueil soigneux de l'hémorragie, la prévention pharmacologique et la compensation rapide de l'hypovolémie sont les pièces maîtresses du dispositif*
- ▶ *permettant de juguler 95 % des hémorragies de la délivrance.*
- ▶ *La conduite à tenir se résume en vigilance, rigueur, protocole, coopération multidisciplinaire*