



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/16032
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16032>



RESEARCH ARTICLE

MISE AU POINT SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DE POST-PARTUM

Sanae Stimou, Hafsa Taheri, Hanane Saadi and Ahmed Mimouni

Gynecology and Obstetrics Department at Mohammed VI University Hospital of Oujda.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 November 2022

Final Accepted: 18 December 2022

Published: January 2023

Abstract

L'hémorragie du post-partum, définie par un saignement de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, est une complication grave engageant rapidement le pronostic vital de la femme. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire. Elle repose sur des protocoles de soins chronométrés partagés au sein des réseaux de soins. Sont réalisés en parallèle les gestes obstétricaux (délivrance artificielle, révision utérine et de filière), l'administration d'utérotoniques (ocytocine et prostaglandines), le remplissage vasculaire et la transfusion ainsi que le traitement des anomalies de l'hémostase. L'hémostase mécanique fait appel à la ligature ou à l'embolisation des artères utérines et à l'hystérectomie d'hémostase en dernier recours. Les conditions du transfert d'une patiente vers un centre de radiologie interventionnelle ou un service de réanimation doivent être pesées en fonction des conditions hémodynamiques de la patiente.

Copy Right, IJAR, 2023., All rights reserved.

Introduction:-

L'hémorragie post-partum (HPP) demeure un facteur important de morbidité et mortalité maternelles, même dans les pays développés, (140 000 décès par an, soit une femme toutes les quatre minutes) [1, 2, 3]. En France, elle représente 30 % des causes de morts obstétricales directes [1, 3]. Dans 80 % des cas, le décès est jugé évitable et peut être rapporté à un retard diagnostique, à une sous-estimation de la gravité de l'hémorragie ou à une inadéquation de la prise en charge médicochirurgicale [3,4]. Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du postpartum (HPP) est définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine ≥ 1000 ml. Le seuil d'intervention clinique doit tenir compte du débit du saignement et du contexte clinique. [5].

Prise en charge d'une hémorragie de post partum : [5, 6, 7, 8, 9]

La prise en charge optimale des HPP est multidisciplinaire, réalisée de manière conjointe et simultanée par l'équipe obstétricale et celle d'anesthésie-réanimation, dont chaque intervenant doit être appelé dès le diagnostic. La rapidité de la prise en charge est un facteur majeur de son efficacité.

Les conduites obstétricale et médicale doivent être réalisées concomitamment :

Vérifier les résultats du groupe Rhésus-RAI et de la numération formule sanguine ;

Mettre en place le Dinamap® et le scope pour le monitoring de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de la SpO₂ ;

Vérifier le bon accès à une voie veineuse, voire mettre une deuxième voie d'abord veineuse en fonction de l'importance de l'hémorragie ;

Corresponding Author:- Sanae Stimou

Address:- Gynecology and Obstetrics Department at Mohammed VI University Hospital of Oujda.

Mettre en route :

le remplissage : cristalloïdes (Ringer Lactate®, NaCl 0,9 %) de 500 cm³ en 15-30 minutes;
Oxygénothérapie au moyen de lunettes nasales (2-4 l/ min)

Mettre en place un sondage vésical à demeure.

Après un accouchement voie basse, la prise en charge obstétricale consiste à réaliser une délivrance artificielle ou directement une révision utérine si l'HPP survient après la délivrance. L'intégrité de la filière génitale doit également être examinée sous valves et les éventuelles plaies suturées. Simultanément, il est recommandé d'administrer 5 à 10 UI d'oxytocine par voie IVL ou en IM puis une perfusion continue de 5 à 10 UI/h pendant 2 heures, relayée par une deuxième perfusion de 10 UI dans 500 ml pendant huit heures, dans les pays en voie de développement où il n'y a souvent pas accès aux oxytociques, on peut utiliser le misoprostol (5 comprimés en intrarectal = 1 000 µg) ou en sublingual 800 µg [10,11].

En cas de césarienne, les principes de la prise en charge d'anesthésie-réanimation sont comparables ; la prise en charge obstétricale consiste principalement à réaliser une hémostase chirurgicale rapide à ce stade.

Prise en charge de l'HPP persistant malgré les mesures initiales ou sévère d'emblée :

Si l'hémorragie persiste, les mesures de deuxième niveau s'imposent rapidement. Elles comprennent une perfusion de sulprostone (Nalador®) qui doit être posée dans la demi-heure qui suit le début de l'hémorragie car, passé ce délai, l'efficacité du produit est diminuée par huit. La posologie initiale est en général de 500 µg en 1 heure à la seringue électrique. Le débit peut être secondairement abaissé à 100 µg/h lorsque l'hémorragie est contrôlée.

Par ailleurs, en cas de discordance entre la quantité de pertes sanguines estimée et la tolérance hémodynamique, il est recommandé de réaliser une échographie abdominale à la recherche d'un hémopéritoine.

Après 30 minutes de perfusion de sulprostone (Nalador®) si l'hémorragie persiste, en cas d'inefficacité, il faut envisager les mesures de troisième niveau :

des mesures « invasives » : ballon intra-utérin, chirurgie ou embolisation

des mesures de réanimation concomitantes : transfusion de culots globulaires (CGR), plasma frais congelés (PFC), fibrinogène, culots plaquettaires (CP)

L'embolisation des artères utérines :

Nécessite un transfert vers un plateau technique spécifique, ne peut être envisagée qu'en cas de stabilité hémodynamique de la patiente. La décision d'embolisation doit donc être prise après discussion pluridisciplinaire, elle est indiquée préférentiellement en cas d'atonie utérine résistante aux utéro-toniques, en particulier après un accouchement par voie basse, en cas d'hémorragie cervico-utérine, de thrombus vaginal ou de déchirure cervico-vaginale suturée ou non accessible à un geste chirurgical. L'embolisation reste possible après séchage des ligatures artérielles (sélectives ou proximales) ou après une hystérectomie, même si elle est de réalisation technique plus difficile.

La prise en charge chirurgicale :

Traitements conservateurs :

Deux types de traitements conservateurs sont décrits dans la prise en charge de l'HPP, les ligatures vasculaires, d'une part, et les techniques chirurgicales de capitonnage ou décompression utérines, d'autre part. Il n'a pas été identifié d'essais randomisés comparant l'efficacité des différents traitements conservateurs entre eux.

Les ligatures vasculaires ou dévascularisation utérine

Ligature bilatérale des artères utérines par voie abdominale : techniques de O'Leary, technique de Tsurulnikov et ligature étagée (stepwise)

Ligature des pédicules utérins :

Après décollement du péritoine vésico-utérin et traction de l'utérus vers le haut et du côté opposé à la ligature, les artères utérines sont chargées et ligaturées en masse au début de leur trajet ascendant, au contact du bord latéral de l'utérus à l'aide d'un fil résorbable [12]. La ligature est réalisée à la limite segmento-corporéale, afin de rester à distance des uretères. Une pénétration profonde de l'aiguille dans le myomètre est recommandée car elle permet également l'occlusion des branches inférieures de l'artère utérine. Si la ligature des artères utérines est faite lors d'une césarienne, les sutures doivent être placées sous le niveau de l'hystérotomie [13]. La ligature des artères utérines est une solution conservatrice simple, rapide, comportant peu de risque, et souvent efficace.

Triple ligature de Tsurulnikov [14] :

La technique décrite par Tsurulnikov consiste en la ligature première des afférences vasculaires de l'utérus (Fig. 1). Cette technique comprend un temps initial de la ligature avec fil serti à résorption rapide des ligaments ronds et des ligaments utéro-ovariens ; puis une ligature des pédicules utérins comme décrite précédemment. Tsurulnikov [14] rapporte 100 % d'efficacité de la triple ligature artérielle sur une série de 24 patientes traitées pour arrêter une HPP résistante au traitement médical, l'atonie utérine étant la première indication.

Ligature étagée (« stepwise »)

Il s'agit d'une dévascularisation progressive des pédicules vasculaires afférents de l'utérus (Fig. 2). [15,16].

Ligature bilatérale des artères hypogastriques (LBAH)

Elle consiste à aborder les vaisseaux iliaques, à individualiser les artères iliaques internes qui seront liées au fil résorbable. [12,15]

Le péritoine pariétal est incisé en regard de l'artère iliaque externe, au-dessous du ligament lombo-ovarien et au-dessus de l'uretère. L'uretère doit être repéré pendant toute la procédure, il faut éviter de le disséquer car cela peut compromettre sa vascularisation. L'artère iliaque externe est disséquée jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque commune. Une fois la bifurcation identifiée, l'artère iliaque interne est disséquée sur 2 à 3 cm. Le passage du dissecteur doit être prudent, passé de l'extérieur vers l'intérieur, car une plaie de la veine hypogastrique (intimement accolée à l'artère) ou de la veine iliaque externe entraîne une hémorragie souvent difficile à contrôler. La ligature de l'artère hypogastrique est pratiquée 2 à 3 cm après son origine, après la naissance de son tronc postérieur à destination fessière. Le fil utilisé est un fil à résorption rapide de fort calibre. La LBAH est jugée efficace si l'hémorragie s'arrête en 15 à 20 minutes [17].

La LBAH doit être réservée aux patientes dont l'état hémodynamique est stabilisé par les mesures de réanimation. En effet, dans un quart des cas, une hystérectomie d'hémostase sera malgré tout nécessaire : tenter une ligature vasculaire chez une patiente en état de choc hypovolémique non contrôlé ne fera que retarder la réalisation de l'hystérectomie et peut engager le pronostic vital.

Les techniques de compressions utérines :

En cas d'échec et si l'hémodynamique est stable

B-Lynch (figure 3) [18], qui a décrit une ligature en masse ayant pour but de lutter contre l'inertie utérine en comprimant le corps utérin. A ventre ouvert, avec une aiguille serti de 70 mm de fil résorbable 0 ou 1, on perfore le segment inférieur 3 cm en dessous de l'hystérotomie (ou à ce niveau s'il n'y a pas eu de césarienne).

L'aiguille ressort 3 cm au-dessus de l'incision puis contourne le fond utérin et redescend en arrière, en dedans des cornes utérines, pour perfore à nouveau le segment inférieur postérieur, remonter de l'autre côté sur la face postérieure, enjamber le fond et redescendre sur la face antérieure ou elle entre à nouveau dans le segment inférieur comme du côté opposé. Après avoir comprimé l'utérus, l'opérateur serre les fils et noue de façon à maintenir la compression ;

Cho [19] (figure 4), qui propose de réaliser des sutures multi-points en cadre avec un gros fil résorbable, appliquant entre elles les faces antérieures et postérieures de l'utérus. La localisation de ces points dépend de l'origine du saignement, ce qui fait l'intérêt de cette technique chirurgicale. En cas de saignement par atonie, 4 ou 5 points en cadre sont mis en place du fond utérin jusqu'au segment inférieur. En cas de saignements secondaires à un placenta accreta, les points en cadre seront mis en place au niveau de la zone hémorragique. En cas d'HPP secondaire à un placenta praevia, la vessie pourra être repoussée afin d'apposer les points de Cho au niveau du segment inférieur. L'atonie et les anomalies de l'insertion placentaire sont les meilleures indications.

Traitement radical : hystérectomie d'hémostase

La multiplication des traitements chirurgicaux conservateurs (ligatures vasculaires et compressions utérines) ne doit en aucun cas retarder la réalisation d'une hystérectomie d'hémostase, en particulier en cas de multiparité et d'hémodynamique instable. L'hystérectomie d'hémostase est une hystérectomie inter-annexielle. Elle peut être pratiquée dans les suites immédiates d'une césarienne ou être indiquée après un accouchement par voie basse. La voie d'abord habituelle est transversale sus-pubienne.

Mesures réanimatoires [6,20]

La prescription des culots globulaires est envisagée principalement sur la base des signes cliniques de gravité de l'HPP, sans nécessairement attendre les résultats du laboratoire d'hématologie. La transfusion a pour objectif de maintenir une concentration d'hémoglobine au-dessus de 8 g/dl. La première commande pourrait comporter trois culots globulaires, la suivante trois culots et trois plasmas frais congelés, le rapport PFC/CGR vise étant compris entre 1/2 et 1/1. La prescription plus précoce de PFC en fonction de l'étiologie de l'HPP est laissée à l'appréciation du clinicien. Le prescripteur doit anticiper la demande de PFC du fait de la mise à disposition retardée (temps de décongélation) de ce produit sanguin. L'apport de plaquettes est également à anticiper compte tenu des délais d'acheminement. Classiquement, la transfusion est recommandée en cas de thrombopénie inférieure à 50 000/mm³. Actuellement l'administration de fibrinogène concentré présente pour intérêt principal de pouvoir apporter du fibrinogène plus rapidement et avec des volumes de perfusion plus petits que le PFC. En cas de coagulopathie clinique et/ou biologique avérée et d'un délai prévisible de l'administration de PFC, du fibrinogène concentré peut être administré.

L'efficacité transfusionnelle et la sévérité de l'HPP doivent être surveillées par des mesures de l'hémoglobine rapide (HémoCue®) et des bilans sanguins répétés (NFS plaquettes, TP TCA, fibrinogénémie) jusqu'à ce que l'hémorragie soit contrôlée. Une fibrinogénémie < 2 g/L est un excellent marqueur de sévérité de l'HPP. Le remplissage vasculaire doit être réalisé en cas de mauvaise tolérance hémodynamique, mais la priorité devra être donnée à la transfusion dans ce cas pour éviter une hémodilution aggravant la coagulopathie. De même, il faudra envisager un recours à la noradrénaline en cas de choc hémorragique, dont l'administration peut être débutée sur une VVP, puis idéalement sur un cathéter central. Le monitoring devra par ailleurs être complété par une mesure invasive de la PA avec mise en place d'un cathéter artériel.

Autres traitements

Suite à la publication de l'essai WOMAN, postérieure à celle des RPC de 2014, on peut recommander d'administrer de l'acide tranexamique (1 g en 20 minutes, répété une fois en cas d'échec au bout de 30 minutes) précocement dans la prise en charge en cas de plaie de la filière génitale et de manière concomitante à l'utilisation de la sulprostone dans les autres contextes en particulier en cas d'atonie utérine. Cependant l'administration d'acide tranexamique devra être évitée en cas d'insuffisance rénale ou de prééclampsie sous-jacente.

L'administration de facteur VII activé (rFVIIa) est à envisager dans les cas d'hémorragies sévères non contrôlées, après échec des thérapeutiques conventionnelles chirurgicales conservatrices et si l'objectif est d'éviter l'hystérectomie (par exemple chez la parturiente jeune primipare) ou après hystérectomie. La dose recommandée est de 90 µg/kg en une administration unique, renouvelable une fois en cas d'échec. Dans le même temps, pour optimiser l'efficacité du rFVIIa, l'acidose, l'hypothermie, l'hypofibrinogénémie et la thrombopénie doivent être corrigées (pH > 7,20, température > 35 °C, fibrinogène > 1, voire 2 g/L, plaquettes > 50 000/mm³).

Conclusion:-

La gravité des hémorragies obstétricales du post-partum immédiat justifie une attitude préventive tout au long de la dilatation et de l'accouchement. En cas d'hémorragie, une collaboration étroite entre anesthésiste-réanimateur et obstétricien est nécessaire. Après la mise en place des conditions élémentaires de surveillance, une révision utérine soignée avec examen minutieux de la filière génitale, suture des plaies et administration d'ocytociques permet de traiter l'hémorragie de façon efficace et rapide dans la plupart des cas, les causes les plus fréquentes étant l'atonie utérine, la rétention placentaire et la déchirure cervicale ou vaginale. Dans les autres étiologies, le traitement adapté est mis en œuvre en fonction du diagnostic précis de la cause de l'hémorragie.

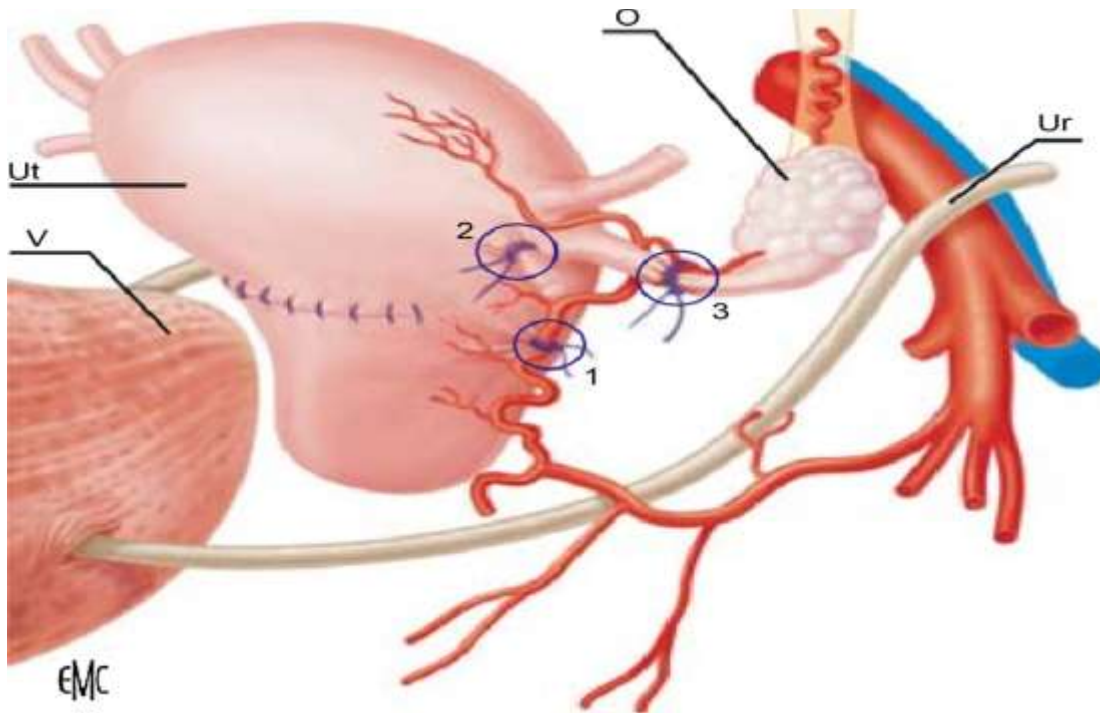


Figure 1:- Uterine artery ligation. Haemostatic surgical treatment described by Tsurulnikov. V: bladder; Ut: uterus; O: ovary; Ur:urethra; 1: connect ascending uterine artery; 2: round ligament; 3: utero-ovarian ligament.Reproduit de Sentilhes et al. [21].

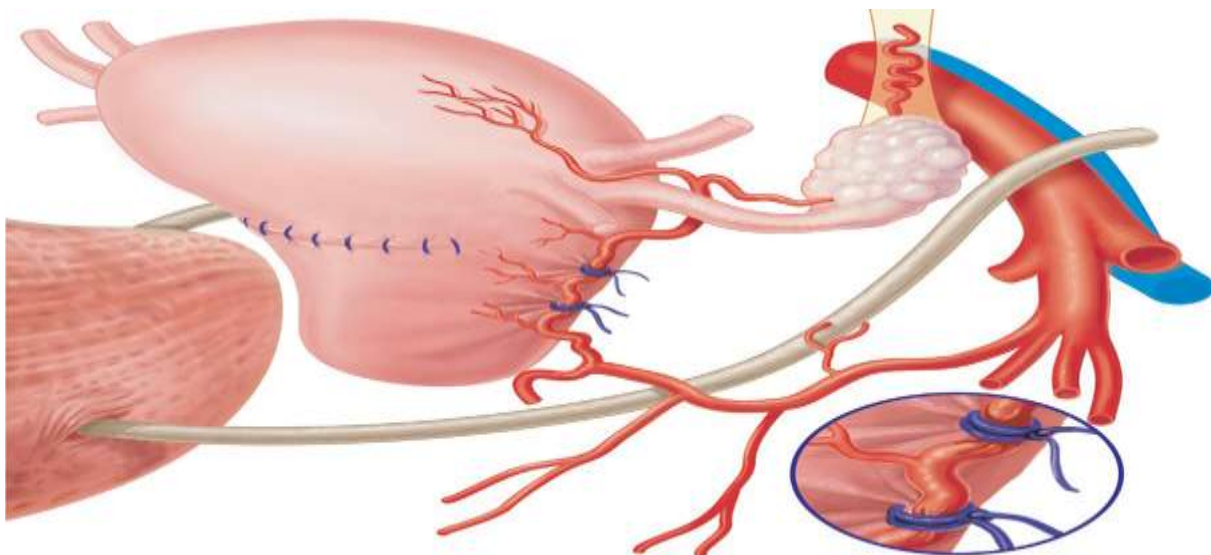


Figure 2:- Stepwise devascularisation:step 1 and 2. V: bladder; Ut: ute-rus; O: ovary; Ur: urethra; 1: connectascendinguterine artery;2: connectdescendinguterineartery.Reproduit de Sentilhes et al. [21].

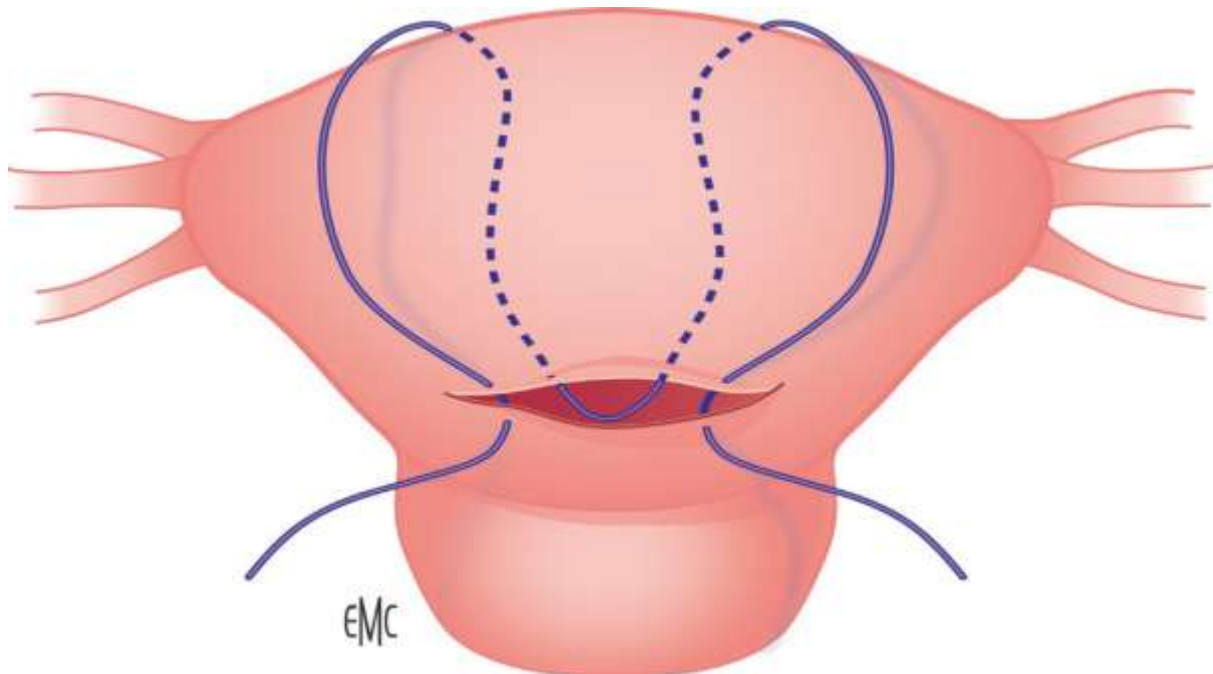


Fig. 3:- Compression utérine en bretelle selon B-Lynch (d'après[22]).

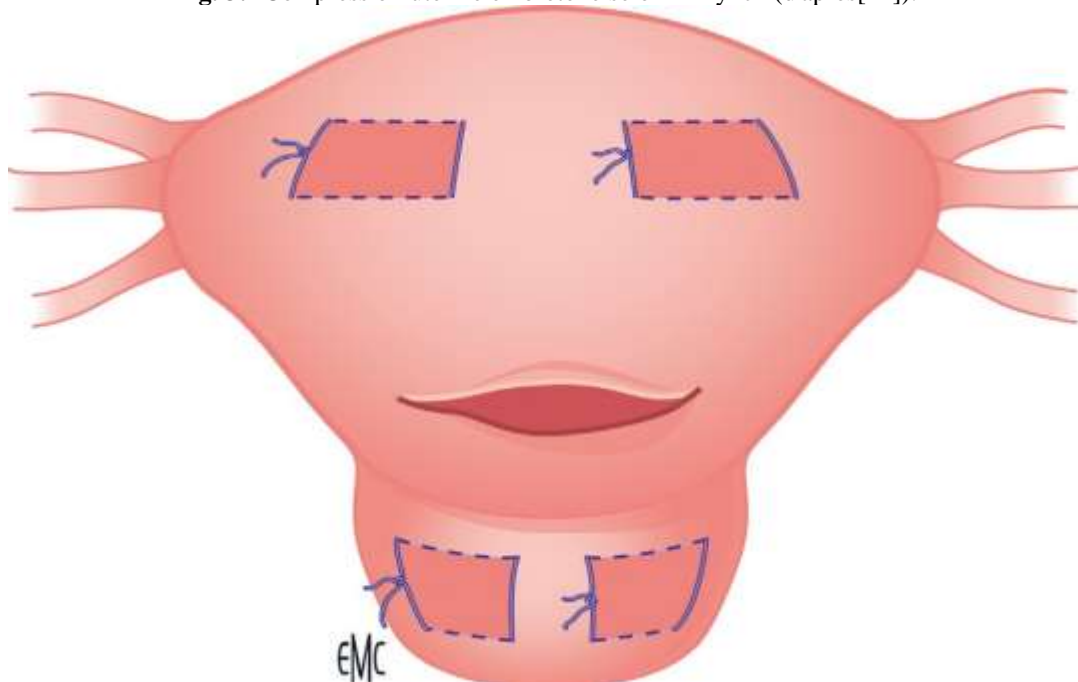


Fig. 4:- Capitonnage utérin en cadre selon Cho (d'après [22]).

Références:-

- [1] Recommandations de pratique clinique. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat. J GynecolObstetBiolReprod 2004;33(8 Suppl).
- [2] American college of obstetricians and gynecologists ACOG. Practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, october 2006: post-partum hemorrhage. ObstetGynecol2006;108:1039-47.
- [3] Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle CNEMM. 2006. Eds Inserm INVS Paris France
- [4] Levy G, Dailland P. Hémorragies en obstétrique. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Anesthésie-Réanimation 1998; 36-820- A-10, 16 p

- [5] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Hémorragies du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique. *J GynecolObstetBiolReprod* (Paris). 2004;33,suppl. au n°8.
- [6] Aya AG, Ducloy-Bouthors AS, Rugeric L, et al. Anesthetic management of severe or worsening PPH. *J GynecolObstetBiolReprod* 2014 ; 43 : 1030–62
- [7] Dolley P, Beucher G, Dreyfus M. Initial obstetrical management of post-partum hemorrhage following vaginal delivery. *J GynecolObstetBiolReprod* 2014 ; 43 : 998–1008.
- [8] Morel O, Perdriolle-Galet E, Mézan de Malartic C, et al. Management of severe or persistent postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *J GynecolObstetBiolReprod*2014 ; 43 : 1019–29.
- [9] Rackelboom T, Marcellin L, Benchetrit D, et al. Anesthesiologists at the initial stage of postpartum hemorrhage. *J GynecolObstetBiolReprod* 2014 ; 43 : 1009–18.
- [10] OMS. Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique. 2010.
- [11] Prata N, Mbaruku G, Campbell M, et al. Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania. *Int J GynaecolObstet* 2005 ; 90 : 51–5.
- [12] Cravello L. Hystérectomies d'hémostase. In: Blanc B, editor. *Techniques chirurgicales et interventionnelles en obstétrique et médecine foetale* Paris: Arnette; 1997.
- [13] O'Leary JA. Stop of hemorrhage with uterine artery ligation. *ContempObstetGynecol* 1986;28:13—6.
- [14] Tsurulnikov MS. La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales : résultats à court et à long terme. *JGynecolObstetBiolReprod*1979;8:751—3.
- [15] Sergent F, Resch B, Verspyck E, Rachet B, Clavier E, Mar-peau L. Les hémorragies graves de la délivrance : doit-on lier, hystérectomiser ou emboliser ? *GynecolObstet Fertil*2004;32:320—9.
- [16] Abdrabbo SA. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. *Am J ObstetGynecol* 1994;171:694—700.
- [17] Chattopadhyay SK, Deb Roy B, Edress YB. Surgical control of obstetric hemorrhage: hypogastric artery ligation or hysterectomy? *Int J ObstetGynecol*1990;32:345—51.
- [18] Sentilhes L, Gillard P, Descamps P, et al. Indications et pré requis à la réalisation d'une extraction instrumentale XE "Extraction instrumentale" : quand, comment et où ? *J GynecolObstetBiolReprod*2008 ; 37 : S188–201.
- [19] Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. *ObstetGynecol* 2000 ; 96 : 129–31.
- [20] Rackelboom T, Marcellin L, Benchetrit D, et al. Anesthesiologists at the initial stage of postpartum hemorrhage. *J GynecolObstetBiolReprod* 2014 ; 43 : 1009–18.
- [21] Sentilhes L, Resch B, Gromez A, Clavier E, Ricbourg-schneider A, Trichot C, et al. Traitements chirurgicaux et alternatives non médicales des hémorragies du post-partum. *EMC Techniques chirurgicales-Gynécologie* Paris: Elsevier Masson SAS;2010. p. 1—20 [41—905].
- [22] Sentilhes L, Resch B, Gromez A, et al. Traitements chirurgicaux et alternatives non médicales des hémorragies de la délivrance. *EMC* 2010 ; 41–905 : .