

## Prise en charge des hémorragies de la délivrance en milieu tropical

Philippe HJ<sup>1</sup>, Matis R<sup>2</sup>, Beddock R<sup>2</sup>, Francillon F<sup>2</sup>, Bessières N<sup>2</sup>

1. Professeur des universités, université de Nantes, président de l'association Gynécologie Sans Frontières, commission humanitaire du CNGOF  
2. Gynécologie Sans Frontières

*Med Trop* 2011 ; 71 : 331-333

**RÉSUMÉ** • La prise en charge d'une hémorragie de la délivrance est un problème de santé publique, responsable de 135 000 décès maternels par an, décès dans la majorité des cas évitables. La prévention de la mortalité maternelle liée aux hémorragies de la délivrance nécessite un accès aux soins obstétricaux d'urgence pour tout accouchement. Dans cette éventualité, la prise en charge des hémorragies de la délivrance nécessite d'être rapide, efficace et la moins invasive possible. Les équipes obstétricales et anesthésiques doivent être entraînées à ces situations pour lesquelles une prise en charge retardée peut conduire au décès de la patiente. La prévention primaire consiste à orienter les patientes vers un hôpital en cas de facteurs de risque élevé : grossesse multiple, antécédents d'hémorragie de la délivrance, hydramnios, ... Au cours de l'accouchement, le diagnostic d'hémorragie de la délivrance doit être précoce, avant la consommation de facteurs de coagulation source d'hémorragie parfois irréversible, d'où l'intérêt des sacs de recueil des saignements après la naissance du nouveau-né. À ce stade, les gestes sont simples et efficaces. La prise en charge en cas d'hémorragie de la délivrance repose sur trois modalités à trois périodes avec un niveau de réanimation de plus en plus important : période initiale : révision utérine + ocytotiques + massage utérin ; période intermédiaire : prostaglandines ou compression bi-manuelle (voire ballonnet type Bakri) ; période finale : hystérectomie pour sauver la vie de la patiente, parfois précédée de ligatures vasculaires et/ou d'une compression de l'aorte abdominale.

**MOTS-CLÉS** • Hémorragie de la délivrance. Révision utérine. Ocytocine. Compression bi-manuelle. Hystérectomie post-partum. Milieu tropical.

### MANAGEMENT OF HEMORRHAGE AFTER CHILDBIRTH IN TROPICAL ZONES

**ABSTRACT** • Hemorrhage after childbirth is a public health problem that causes 135,000 mostly preventable maternal deaths per year. A prerequisite for preventing maternal mortality related to hemorrhage after childbirth is ready access to emergency obstetrical care facilities during all deliveries. Indeed management of hemorrhage after childbirth must be prompt, effective and as minimally invasive as possible. Obstetric and anesthesia teams must be prepared for this complication since delayed response can be fatal for the patient. Primary prevention consists of hospitalizing patients with high risk factors such as multiple pregnancy, history of hemorrhage after childbirth, and hydramnios. It is important to achieve diagnosis of hemorrhage after childbirth early before depletion of coagulation factors that can lead to irreversible hemorrhage. This explains the interest of blood collection bags after delivery of the newborn. Intervention at this stage is simple and effective. Management of hemorrhage after childbirth depends on three increasingly invasive strategies in function of three stages: Initial stage: examination of the uterus + ocytotic perfusion + massage of the uterus; Intermediate stage: prostaglandins or bi-manual compression (or even Bakri postpartum balloon); End stage: Postpartum hysterectomy to save the patient sometimes preceded by vascular ligation and/or compression of the abdominal aorta.

**KEY WORDS** • Hemorrhage after childbirth. Examination of the uterus. Ocytotic perfusion. Bi-manual compression. Postpartum hysterectomy. Tropical environment.

La prise en charge des hémorragies de la délivrance est essentielle à connaître afin, d'une part, de réduire la mortalité maternelle, d'autre part, de conserver l'utérus chez une femme qui souhaite une nouvelle grossesse.

Il s'agit de la principale cause de mortalité maternelle dans le monde, responsable de 135 000 décès par an. On estime que la mortalité maternelle liée aux hémorragies de la délivrance est évitable dans 50 à 99 % des cas.

La stratégie de prise en charge doit être très structurée afin d'éviter d'arriver à un stade irréversible lorsque la consommation de facteurs de coagulation empêche toute possibilité d'hémostase.

Quel que soit le pays, il est donc nécessaire d'organiser une stratégie de prise en charge qui devra tenir compte des moyens de transport, des possibilités d'accès aux transfusions, à la chirurgie conservatrice voire à l'embolisation.

### Définition

Les hémorragies de la délivrance se définissent comme des hémorragies supérieures à 500 mL ; on les considère comme :  
- sévères, si elles sont supérieures à 1 L ;  
- graves, si elles nécessitent soit une transfusion sanguine, soit un geste hémostatique (ligature vasculaire, hystérectomie d'hémostase ou embolisation). Leur fréquence est estimée à 1 à 3/1000 naissances.

### Évitabilité

L'évitabilité peut s'envisager à trois moments de la prise en charge correspondant aux stades de prévention :  
- la prévention primaire, ayant pour objectif d'éviter la survenue d'une hémorragie en dépistant des patientes à risque d'hé-

• Correspondance : henri-jean.philippe@chu-nantes.fr

morragie, soit : les multipares, les grossesses multiples, les grossesses avec macrosomie ou hydramnios, le travail prolongé, le travail induit, soit 60 % des cas ; dans ces situations, en Europe, une délivrance dirigée est recommandée (10 UI d'ocytocine IM au dégage-ment des épaules) sinon très rapidement voire systématiquement une révision utérine ;

- la prévention secondaire, ayant pour objectif de diagnostiquer précocement une hémorragie de la délivrance avant qu'il s'agisse d'une hémorragie grave de la délivrance ; dans ces situations, une surveillance très vigilante de la délivrance devra être réalisée avec si possible le recueil des saignements juste après l'expulsion du nouveau-né avec un sac à sang, puis la réalisation de gestes rapidement ;

- et enfin, la prévention tertiaire, ayant pour objectif de prendre en charge précocement une hémorragie grave de la délivrance afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

### Causes des hémorragies du post-partum

Les principales causes d'hémorragie du post-partum sont les hémorragies de la délivrance par atonie utérine, rétention placentaire ou inversion utérine, la rupture utérine, les déchirures cervico-vagino-périnéales et les hématomes pelvi-génitaux (thrombus génitaux).

### Principes généraux de prise en charge des hémorragies de la délivrance

En cas d'hémorragie de la délivrance, le saignement est lié à plusieurs facteurs qui sont à l'origine d'une spirale d'évènements aggravant progressivement l'hémorragie :

1. l'absence ou l'insuffisance de rétraction utérine responsable de la non occlusion des vaisseaux du lit placentaire
2. la distension progressive de l'utérus par le saignement persistant endo-utérin responsable d'une mauvaise rétraction de l'utérus
3. la consommation de facteurs de coagulation responsable de l'absence ou insuffisance de la coagulation physiologique et donc de la persistance du saignement.

En cas d'hémorragie de la délivrance, et ce d'autant plus qu'on ne dispose pas rapidement de sang et de facteurs de coagulation en vue d'une transfusion, il sera nécessaire de favoriser très rapidement la rétraction utérine et de diminuer le débit utérin.

### Étapes de la prise en charge dans les pays à mortalité maternelle élevée.

#### 1<sup>e</sup> étape. Evaluation rapide initiale

Plusieurs éléments sont essentiels :

1. Demander de l'aide avec mobilisation en urgence de tout le personnel disponible.
2. Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température). En cas de choc (pouls filant, troubles de la conscience, ...), il faut démarrer la réanimation en urgence selon les recommandations usuelles, sinon deux types d'action doivent être effectués en urgence.

3. Actions à effectuer en urgence :

#### À visée diagnostique

\* Apprécier la qualité de la rétraction utérine (bien rétracté ou non, mou)

\* Faire un examen sous valve pour rechercher les lésions du canal pelvi-génital

\* Vérifier l'intégrité du placenta

\* Apprécier l'aspect du sang

#### À visée thérapeutique

\* Révision utérine qui permettra de modifier le diagnostic dans certains cas (rupture utérine, inversion utérine) puis extraction de débris placentaires et de caillots

\* Puis, masser l'utérus et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.

\* Installer une voie veineuse et commencer à perfuser

\* Sonder la vessie.

#### Surveillance

La surveillance doit être très rigoureuse dans les premières heures puis poursuivie sur 24 heures.

Il faudra contrôler tous les 10 à 15 min la bonne rétraction de l'utérus et l'arrêt des saignements.

#### 2<sup>e</sup> étape. Persistance de saignements

En cas de persistance d'une mauvaise rétraction de l'utérus, de saignements ou de choc, un traitement complémentaire devra être envisagé : soit l'utilisation de prostaglandines si elles sont disponibles, soit une compression bi-manuelle voire la mise en place d'un ballonnet intra-utérin type sonde de Bakri. L'effet des prostaglandines est immédiat et au plus tard dans les 30 min ; le traitement par prostaglandines devra se poursuivre sur 5 H.

En l'absence d'efficacité ou en cas de récurrence, un traitement radical doit être envisagé, le plus souvent hystérectomie parfois précédé d'une tentative per-opératoire de techniques de ligatures vasculaires.

En l'absence de prostaglandines, la compression (et la rétraction) utérine peut donc être obtenue par une compression bi-manuelle de l'utérus sinon par l'utilisation d'un ballonnet intra-utérin.

L'effet du ballonnet doit être immédiat également et la compression doit se poursuivre pendant au moins 30 min, et en cas de sonde de Bakri pendant 24 H.

Si cette technique est inefficace, une compression de l'aorte abdominale devra être pratiquée.

Elle permet d'attendre l'effet d'une réanimation, d'une transfusion voire d'un transfert (avec maintien de la compression pendant la durée du transfert).

En fait, elle permet de préparer la patiente pour une intervention chirurgicale type hystérectomie (pouvant être précédée de ligatures vasculaires).

La technique d'embolisation des artères utérines nécessite un plateau technique de radiologie interventionnelle, un radiologue expérimenté et bien sûr un matériel jetable adapté ; elle est rarement disponible dans les pays à haut risque de mortalité maternelle.

### Un cas particulier est celui des hémorragies survenant au cours d'une césarienne

Dans ce cas, après un traitement médical, il est possible d'utiliser des techniques chirurgicales conservatrices avant de réaliser une hystérectomie : elles consistent à réaliser des techniques

de rétraction utérine telles que la technique de B-Lynch, la technique de CHO qui consiste à appliquer la face antérieure à la face postérieure de l'utérus, la technique de Pereira, qui consiste à faire des sutures non transfixiantes longitudinales et transversales prenant l'artère et enfin une technique que nous avons décrite, consistant à faire une plicature de l'utérus sur la face antérieure et postérieure, permettant une rétraction de l'utérus.

Ces techniques doivent être connues de tous, dans la mesure où elles sont vraiment simples à réaliser.

En cas d'échec, des techniques de ligature vasculaire sont envisageables. On peut réaliser soit une ligature progressive telle la technique de Stepwise, consistant à ligaturer d'abord l'artère utérine dans sa partie proximale puis les artères utérines tout au long de son ascension sur le bord de l'utérus, soit la technique de Tsurulnikov qui consiste à ligaturer l'ensemble des pédicules afférents à l'utérus, c'est-à-dire, artères utérines, artères du ligament rond et artères utéro-ovariennes. Enfin, la ligature du pédicule antérieur de l'artère hypogastrique. La ligature de l'artère hypogastrique n'est pas une technique simple, dans la mesure où il existe un risque de lésion de l'uretère et de la veine iliaque.

Les autres causes d'hémorragie du post-partum nécessitent des traitements spécifiques :

- les déchirures vaginales et cervicales nécessitent une réparation rapide avant la consommation de facteurs de coagulation ;
- la rupture utérine de diagnostic aisé devant un état de choc dans un contexte de dystocie, nécessite le plus souvent une hystérectomie ;
- le thrombus génital de diagnostic aisé devant des douleurs périnéales intenses apparaissant après l'accouchement et associées à un ténesme rectal et parfois un état de choc, nécessite une évacuation totale du thrombus suivie d'une compression par 4 à 5 mèches vaginales laissées en place 24 H ;
- l'inversion utérine diagnostiquée au moment de la réversion utérine nécessite une réintroduction rapide de l'utérus suivie d'un traitement ocytotique prolongé.

## Conclusion

La prise en charge d'une hémorragie du post-partum doit être rapide, efficace et la moins invasive possible. Les équipes doivent être entraînées à ces situations pour lesquelles une prise en charge retardée peut conduire au décès de la patiente.

La prévention primaire consiste à orienter les patientes vers un hôpital en cas de facteurs de risque élevés : grossesse multiple, antécédents d'hémorragie de la délivrance, hydramnios

Un diagnostic précoce doit être fait avant la consommation de facteurs de coagulation source d'hémorragie parfois irréversible, d'où l'intérêt des sacs de recueil des saignements après la naissance du nouveau-né.

La prise en charge d'une hémorragie de la délivrance repose sur trois modalités à trois périodes avec un niveau de réanimation de plus en plus important :

- Période initiale : ocytotiques + massage utérin
- Période intermédiaire : prostaglandines ou compression bi-manuelle (voire ballonnet type Bakri)
- Période finale : hystérectomie pour sauver la vie de la patiente, parfois précédée de ligatures vasculaires et d'une compression de l'aorte abdominale.

## Pour en savoir plus

- Département santé et recherche génétique. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale eds, Genève, 2004, 452 p.
- C B-Lynch, L Keith, A Lalonde, M Karoshi A text book of postpartum hemorrhage. Sapiens publishing ed, Duncow, 2006, 468 p.
- SAGO. Recommandations pour la Pratique Clinique. SAGO ed, 2006.
- CNGOF. Recommandations pour la Pratique Clinique : hémorragies du post-partum immédiat. Masson ed, Paris, 2004, 12 p.
- Mise à jour du CNGOF 2008 :
  - a. Capitonnages utérins : L. Marpeau, L. Senthiles
  - b. Techniques chirurgicales des hémorragie de la délivrance : O. Morel
  - c. Césariennes atypiques : S. Ploteau, J. Esbelin, HJ Philippe