

HEMORAGIE DE LA DELIVRANCE

quali

Risidana

PLAN DE TRAVAIL

I-DEFINITION ET GENERALITES

II-ETIOLOGIES

A-ATONIE UTERINE

B-RETENTION PLACENTAIRE

1-RETENTION PLACENTAIRE TOTALE

2-RETENTION PLACENTAIRE INCOMPLETE

C-TROUBLE DE L'HEMOSTASE OU LA COAGULATION

III-PRISE EN CHARGE

1-PREMIER TEMPS DU TRT

2-DEUXIEME TEMPS DE TRT

3-TROISIEME TEMPS DE TRT

I-INTRODUCTION/DEFINITION

-L'hémorragie de la délivrance « HDD » se définit par une hémorragie d'origine utérin survenant dans les 24h qui suivent l'accouchement et dépasse 500ml. (C'est pour ça qu'on garde la patiente une journée) (limite fixée par OMS,

-C'est la deuxième cause de mortalité maternelle après le cancer du sein en Algérie par contre elle représente la 1ère cause de mortalité en France .c'est une cause importante de mortalité et de morbidité maternelle a savoir un séjour en service d'anesthésie/Réanimation .anémie et transfusion sanguine .elle met en jeu le pronostic maternel dans le cas d'une HDD il faut toujours rechercher une autre cause a savoir une plaie au niveau du bassin ou une déchirure du col ou une déchirure au niveau du clitoris. (1/100.000 naissance comme risque de décès dans les pays développés)

II-ETIOLOGIES

-Pour rappel de la délivrance physiologique doit réunir 4 conditions :

- Délivrance complète : ni cotylédon adhérent ni membrane placentaire a l'examen de placenta
- Vacuité utérine complète
- Bonne rétraction utérine (utérus dur en sous ombilicale)
- Coagulation sanguine normale (bilan d'hémostase normale)

-Une anomalie d'une de ces conditions risque d'entraîner une HDD

-les principales étiologies des HDD sont

A-ATONIE UTERINE

-C'est une anomalie de la contraction utérine c'est la cause la plus fréquente de l'hémorragie de la délivrance .elle se traduit par une mauvaise rétraction utérine qui va entraîner une absence du globe utérin de sécurité « utérus mou et sus-ombilical, gros) donc ce qui va entraîner que les vaisseaux utérins de PINARD qui reste béants ce qui va entraîner l'absence d'hémostase physiologique. parmi les facteurs favorisant de l'atonie utérine :

- Un travail prolongé : entraînant un épuisement musculaire utérin ou un travail plus rapide (>18h)
- Surdistension utérine par grossesse multiple, macrosomie fœtale ou hydramnios
- Multiparité
- L'âge maternel supérieur a 39ans par dégénérescence fibreuse du myometre
- Utérus fibromateux ou malformé
- L'utilisation récente des tocolytiques « arrêt des contractions utérines , loxen , valium »
- L'anesthésie profonde par dérivés allo géniques « le gaz HALLOTHANE »

B-RETENTION PLACENTAIRE

C'est une anomalie de la délivrance, l'utérus n'étant pas vide la rétraction utérine physiologique nécessaire a l'hémostase ne peut pas se faire on distingue :

1-RETENTION PLACENTAIRE TOTALE : l'absence de délivrance spontanée complète dans les 30minutes qui suivent la naissance dans ce cas on réalise une délivrance artificielle ou manuelle .

2-RETENTION PARTIELLE /INCOMPLETE : c'est une délivrance placentaire incomplète et rétention d'un fragment placentaire « a type de COTYLDON ou fragment d'une membrane » d'où la nécessité de faire une révision utérine

Il faut faire un examen minutieux du placenta après la délivrance au moindre doute il faut faire une révision utérine



2
Tocolyse : arreter les contractions uterines exple : Poxen 50/500cc aussi

C-TROUBLE DE L'HEMOSTASE/COAGULATION

Les troubles d'hémostase sont à redouter la coagulation intra-vasculaire disséminée « CIVD » et la fibrinolyse peuvent être la cause ou la conséquence d'une HDD réciproquement une HDD peut entraîner une CIVD, les causes favorisant les des troubles de l'hémostase sont :

- La pré-éclampsie
- Des infections graves
- L'hématome retro-placentaire « HRP »
- Embolie amniotique

III-PRISE EN CHARGE

-C'est une urgence obstétricale très grave met en jeu le pronostic vital maternel qui dépend avant tout de la nécessité de la prise en charge rapide, les principes du traitement sont :

- Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière pelvi-génitale par une révision utérine et un examen sous valve
- Assurer la contraction utérine par l'injection des ocytocines « SYNTO, METHERJEN »
- Réanimation médicale simultanée

A-PREMIER TEMPS DU TRT

-Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière pelvi-génitale par :

- Révision utérine en urgence rien ne doit être retardé en cas d'hémorragie avant que la patiente soit délivrée, on réalise une délivrance artificielle suivi d'une révision utérine
- L'examen sous valve du col utérin et du vagin a la recherche d'une plaie cervicau-vaginale par l'utilisation de valve vaginale métallique permettant de bien visualiser les parois vaginales et le col et suturer une éventuelle plaie pour arrêter le saignement
- Assurer la contraction utérine par l'utilisation d'une perfusion de SYNTO « 500cc de SGI +10 unités de de Synto+5 unités en IVD +5 unités en intra murale Trans-abdominale +1 ampoule de METHERGIN en IM et massage utérin »
- Réanimation médicale simultanée ou en continue : la pose d'une deuxième voie d'abord de gros calibre avec des macromolécules pour corriger la TA en attendant du sang iso-groupe iso-rhésus pour la transfusion
- Scope cardio-tensionnel : avec surveillance du pouls, TA, diurèse et rechercher les signes en cas de choc hémorragique : sueurs profuses, diminution de la TA, pouls rapide
- Oxygénothérapie : à raison de 6l/min
- Faire un bilan biologique en urgence (FNS, groupage, urée, créa, bilan d'hémostase, glycémie...)
- Compensation des pertes sanguines et transfusion sanguine avec la PEC d'une éventuelle CIVD
- Gynéco-obstétricien doivent agir en étroite collaboration avec un médecin anesthésiste et un cardiologue
- Surveillance rapproché du globe utérin, du saignement et la quantité d'hémorragie

→ donner de sytotec (non commercialisé en Alg) 2cp en intra rectale.

2-DEUXIEME TEMPS DE TRT

-En cas de d'échec du TRT de première intention bien conduite on utilise des PROSTAGLANDINES (malheureusement non commercialisé en Algérie). 2 comprimés de CYTOTEC en en intra rectale ou une perfusion de SUPROSTAN

D. inversion utérine.

La surface interne de l'utérus est étendue à la vulve, c'est une inversion en doigts de gants

- atonie utérine
- Traktion excessive sur le cordon lors de la délivrance
- la pression abdominale intempestive sur le fond utérin lors de la D

il faut faire une réduction utérine immédiatement pour prévenir la récurrence. + fusocytociques

ou SSH →

⚠ pour l'atonie on donne de la syntocinon en IV + Methergin (gttes. inj)

3-TROISIEME TEMPS DE TRT

-En cas de persistance de l'hémorragie malgré le 1er et 2eme temps on utilise soit le TRT chirurgicale en urgence :

-- **ligature** des artères qui irriguent l'utérus « artères **utérines AU** » ou les artères qui irriguent les annexes en cas d'échec on fait la ligature des artères **hypogastriques** de façon bilatérales , en cas d'échec on fait **une hystérotomie totale inter-annexielle**

→ -sur le plan théorique : radiothérapie interventionnelle par radio-embolisation sélective des artères utérines , cette technique consiste un cathétérisme sélective des artères utérines par voie fémorale avec envois de particules embolisantes pour obstruer la lumière artérielle qui a comme inconvénient la nécessité d'un plateau technique adapté disponible H24 et la stabilité hémodynamique de la patiente .

IV - de prévention :

→ La majorité des décès par Hgrie de délivrance sont dues à un Trt retardé ou inadéquat

→

- quantification des pertes sg (poches de recuit de sang)
- révision u systématique en cas de doute, lors de l'examen de délivre.
- délivrance dirigée pour toute **patiente à risque de faire une atonie utérine** ≡ inj de synto dès l'accouchement des épaules (sommet à fin de renforcer les contractions utérines - -)
- des gestes ne doivent pas être retardé
- Transfert de la mère dans un centre hospitalier avec personnel entraînée