

# HEMORRAGIES DU POST PARTUM : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

---

Objectifs :

## 1. Définir l'hémorragie du post partum.

2. Rappeler 10 principaux facteurs de risque d'hémorragie du post partum.
3. Décrire les arguments diagnostiques d'une hémorragie du post partum.
4. Énoncer les différentes étiologies d'une hémorragie du post partum.
5. Analyser les aspects pronostiques d'une hémorragie du post partum.
6. Argumenter la prise en charge globale d'une hémorragie du post partum.

## I- GENERALITES

### - Définition

L'hémorragie du post partum (HPP) se définit comme une perte sanguine de plus de 500 ml (ou 1000 ml si césarienne) issues des voies génitales maternelles et survenant après un accouchement.

Cette définition englobe l'hémorragie de la délivrance et les hémorragies de la filière génitale, y compris celles dues à la rupture utérine.

Il s'agit d'une HPPI si elle survient dans les 24H après l'accouchement

Elle est dite retardée ou secondaire si elle survient entre 24H et 6 semaines après l'accouchement

**Remarque :** Mieux que la quantité de sang perdu c'est le retentissement sur l'état maternel qu'il importe de tenir en compte.

### - Intérêt

- Urgence obstétricale, médicale et souvent chirurgicale, de diagnostic clinique
- Très fréquente : OMS → 4 - 5% des naissances, 14 millions de cas / an,
  - Alihounou : 2,5% des accouchements
  - Perrin : 3,8% des accouchements
- Très grave

### **Mortalité : premières causes de mortalité maternelle dans les PVD**

- OMS → 25-30% des décès maternels, soit 600 000 décès / an (OMS)
- Sénégal : 29% des décès maternels

### **Morbidité élevée (anémie, infection, hystérectomie, maladie de Sheehan, IRA...),**

- Très évitable ; dans 40% des cas (soit 200 000 décès évitable /an dans le monde),  
C'est pourquoi, prévention (GATPA) +++.

En Afrique : les 3 retards et l'inaccessibilité des SONUC et aux dérivés sanguins.

### - Rappel sur PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE NORMALE

- Description des phases de la délivrance après expulsion du fœtus : décollement, migration expulsion et hémostase et modifications anatomiques de l'utérus → globe de sécurité. Et les CONDITIONS d'une délivrance normale : Une délivrance normale nécessite un placenta normal (dans sa forme, sa taille), normalement inséré (dans son siège et son degré d'adhérence), sur un endomètre normal

(sans infection...), d'un utérus normal et intègre (dans sa forme et sa structure), conservant une contractilité normale et en l'absence de toute coagulopathie ou de lésions périnéales manifestes ou occultes. CECI aboutit à une perte sanguine physiologique de 300 à 500 ml bien tolérée du fait des modifications hémodynamiques, cardiovasculaires et hématologiques de l'organisme maternel normal.

## II- BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES

. En l'absence d'une de ces conditions, la mère est exposée à une perte sanguine de plus de 500 / 1000 ml et /ou une intolérance à l'hypoxie qui l'expose à un état de choc, une anémie aigue, une défaillance multiviscérale et des complications comme (IRA, CIVD, Sheehan et plus tard à l'infertilité... → schéma de cette cascade de signes)

## III- DIAGNOSTIC

### 1. Diagnostic positif : essentiellement clinique

#### a. SIGNES CLINIQUES

- **Circonstances** de l'évacuée dans un tableau de choc, de l'accouchée mal surveillée (baignant dans son sang), ou de l'accouchée surveillée qui expulse et présente une vomique de sang brutal et abondante, l'accouchée des suites de couches qui saigne.
- **Hémorragie : maître symptôme**

Elle survient avant ou après l'expulsion du placenta.

\* C'est un saignement qui peut être extériorisé, évidente:

- tantôt de façon insidieuse avec sensation d'écoulement chaud par la femme,
- tantôt brutale avec expulsion en flot de sang rouge ou noirâtre accompagné de caillots. Cette quantité de sang peut être évaluée grossièrement par la pesée des caillots et des compresses imbibées.
- L'hémorragie peut être plus discrète à type de re-saignement dans les suites de couches.

\* Le saignement peut être occulte, intra-utérin :

- dans ce cas, les signes généraux de choc doivent attirer l'attention ; il s'agit de :
  - sensation de soif d'eau et d'air, un essoufflement, vertiges, lipothymies,
  - troubles de la conscience, agitation +++
  - sueurs profuses, extrémités froides,
  - tachycardie avec un pouls filant mal frappé, imprenable avec une TA effondrée réalisant le collapsus cardiovasculaire,
  - oligurie (< 400 CC) voire une anurie
  - pâleur des muqueuses,

\* Devant ces signes de choc des gestes d'urgence s'imposent avant de poursuivre l'examen

#### • Mesures d'urgence

A débiter dès que le diagnostic est suspecté :

- Mise en place d'une bonne voie veineuse (intranule 18 G) voire deux voies veineuses pour réaliser le bilan biologique (GSRH, Ht, tx Hb, Crase sanguine, Ionogramme...),
- Position de trendlenburg,
- Perfusion de macromolécules (Haemacel®, Plasmion®, ..) ou mieux transfusion (en cas d'hémorragie importante), perfusion de sérum glucosé 5%,
- Libération des VAS (si inconsciente) et Oxygénation (5- 6 litres /min en discontinu),
- Sonde vésicale pour apprécier la diurèse +++ et surtout vider la vessie,
- Feuille de surveillance

Une fois la patiente stabilisée, l'examen se poursuit

**Examen général :**

- Avec une prise de toutes les constantes de départ (sur une feuille de surveillance)
- Etat de conscience et des muqueuses, recherche de pétéchies, d'échymoses, d'épistaxis ou de saignement facile au point de piqure qui traduit une coagulopathie

**Examen de l'abdomen**

- INSP augmentation de volume, niveau du fond utérin
- PALP utérine à la recherche d'une distension de la cavité utérine et absence d'un globe utérin de sécurité. (consistance volume, dans l'inertie l'utérus est mou, flasque ; la pression de son fond déclenche un écoulement de sang rouge + caillots), rechercher une douleur exquise sur l'utérus, un cri de l'ombilic
- PERC pour rechercher une matité des flancs pouvant témoigner d'un hémopéritoine

**Inspection vulvopérinéale** : déchirure, MGF, épisiotomie non réparée ou mal réparée, écoulement sanglant à la pression utérine, thrombus vulvaire,

A ce stade clinique, deux gestes sont aussi indispensables pour orienter le diagnostic:

**Examen sous valves** : Examen sous valves pour confirmer l'origine du saignement

**Révision utérine**, si saignement d'origine endo-utérine (à une valeur diagnostique ou thérapeutique),

**Réexamen du placenta**, sa morphologie, sa complétude, son poids recherche de portion manquante ou d'une cupule, mesure du petit côté des membranes

**b. Signes paracliniques**

Surtout pour apprécier la gravité et le retentissement, et ne devrait pas retarder la pec urgente

- chute du taux d'hémoglobine
- **baisse de l'hématocrite d'au moins 10 %**
- troubles de la coagulation (TS, TP, TCK, INR, Fibrinémie, D dimères) ; à ne pas attendre.

2. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Ne se pose pas dans ce contexte d'hémorragie génitale évidente ou de signes de choc hémorragiques chez une accouchée récente quoique dans les formes d'hémorragie occulte avec choc et dans les suites de couches on peut écarter les autres états de choc d'origine toxi-infectieuse, cardiogénique, anaphylactique, hypovolémique, ou cervicovagale.

3. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

**Le retentissement sera évalué sur les éléments de surveillance suivants :**

**Éléments de surveillances** : cliniques (conscience, hémorragie, globe, constantes) et paracliniques (NFS, crase, créatinémie, transaminases, facteurs coagulations)

**Les modalités évolutives**

- évolution favorable
- évolution vers des complications
  - **Complications immédiates**
    - État de choc

- CIVD
- Insuffisance rénale aiguë
- Décès

- **Complications secondaires**

- Anémie
- Insuffisance rénale chronique
- Accidents thrombo-emboliques
- Infections
- Post-transfusionnelles

- **Complications tardives**

- Séquelles neurologiques
- Syndrome de Sheehan
- Séquelles obstétricales (synéchies, anomalies placentaires, récives, infertilité...)

- **Le pronostic**

- Dépend de : quantité pertes sang, moyens de compensation, délai et qualité prise en charge, lésions en cause.

- Demeure réservé :

- danger mortel qui ne doit pas surprendre ; lourde mortalité : 600.000/ an
- morbidité élevée : Anémie, IRO, Infertilité

4. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

• **L'enquête étiologique**

- Anamnèse (CPN, terrain/FDR, accouchement/partogramme, voie, manœuvres)
- Bilan lésionnel (globe ut, RU, ex sous valves, examen placenta)

• **Les facteurs de risque**

- Identifiables avant le travail (age, l'antécédent d'hémorragie de la délivrance, la grande multiparité ( $\geq 4$ ), niveau socio-économique, surdistensions utérine, l'utérus fibromateux, cicatrice, PP, HRP, anémie, drépanocytose, troubles hémostasie, périnée)
- Identifiables pendant l'accouchement (travail prolongé, déclenchement, césariennes manœuvres, rétention placentaire, lésions périnée...)
- Plus souvent AUCUN facteur : 60 % alors toutes femme est à risque.

• **Les causes**

« **les 4 T** » - **Tonus – Traumatisme – Tissus – Thrombine**

TONUS : inertie utérine (HDD)

TISSUS : rétention placentaire (totale ou partielle)

TRAUMATISME : rupture utérine, inversion utérine, déchirures cervicales, lésions vaginales, déchirure vulvo-périnéale

THROMBINE : anomalies acquises (HRP, ROM), anomalies constitutionnelles (trouble hémostasie ex hémophilie, Willebrand...)

« **Ou encore classer les causes selon le modèle suivant** »

- ⇒ LES RETENTIONS PLACENTAIRES , partielles ou totales on les retrouve dans :
- Siège d'insertion : placenta praevia,
  - Adhérence : placenta accreta , increta, ou percreta,
  - Cotylédons ectopiques.
  - Enchatonnement ou incarceration placentaire

→ LES CAUSES UTERINES

- L'inertie utérine due à une surdistension utérine ou travail prolongé, tiraillement au décours de forceps, (80% des causes)
- La rupture utérine et/ou déchirure cervicale,
- Chorioamniotite,
- Malformations,
- Fibromes
- Gène à la rétraction/ globe vésical +++,
- Inversion utérine.

→ LES CAUSES MATERNELLES

- Troubles de la coagulation sanguine,
- Anomalies périnéales (cicatriciel, fibreux, court) → déchirures périnéales, thrombus vulvo-vaginal, blessures vaginales, délabrements vulvo-périnéaux

→ LES HPP IATROGENES

- Non-respect de la physiologie de la délivrance,
- Traction sur le cordon, chatouillement du fond utérin → enchatonnement pathologique,
- Forceps prenant les membranes ou le placenta,
- Expressions utérines maladroites
- Mauvaise technique de césarienne
- abus d'antispasmodiques

## TRAITEMENT

### 1 CURATIF

#### A - BUTS

- Assurer l'hémostase et compenser les pertes sanguines (c'est-à-dire obtenir un utérus vide, contracté et des traumatismes contrôlés et suturés)
- Eviter les complications du choc hémorragique

#### B- MOYENS

##### - MEDICAUX

##### o Utérotoniques

|   |                                |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|
| Ocytocine   | Synthocinon® am<br>p 5 UI      | 5 à 10 UI en IVL, ou en IM,<br>ou 10 à 15 UI en<br>intramurale ou en perfusion<br>lente.                   | Ne pas dépasser 60 UI<br>Risque effets : nausée, vomisst , trb<br>rythme, hta, intoxication à eau  |
| Analogues des<br>prostaglandines<br>PGE/ sulprostone  | (Nalador®) en<br>amp de 500 µg | Charge : 1 amp en perf<br>(dans 500 SGI) pendant 1<br>heure (2-8µg /min) sering<br>elect<br>Puis 100µg / H | Limites liées au cout de ce produit.<br>Nausée, vomisst, diarrhée, spasme<br>gastriq   |
| Analogues des<br>prostaglandines<br>PGE / Misoprostol | (Cytotec®)                     | 400 à 1000 µg soit 2 à 5 cp<br>en intra rectale.   | Très bon marché et Conservation<br>facile utilisable même au niveau<br>périphérique effets secondaires :<br>nausée, crampes abdom, cephalé<br>vertiges |

|   |                   |    |                              |   |
|---|-------------------|----|------------------------------|---|
| Dérivés de l'ergot de seigle (methyle rgométrine ou | Methergin® amp de | en | 1amp en IM ou en intramurale | CI si HTA, cardiopathies<br><i>A éviter autant que possible</i> |
|---|-------------------|----|------------------------------|---|

- La réanimation
  - Remplissage vasculaire aux macromolécules, aux cristalloïdes,
  - Transfusion de produits sanguins
  - Antibiothérapie
  - Oxygénation
  
- OBSTETRIQUES
  - GATPA
  - Révision utérine
  - Délivrance artificielle
  - Massage utérin entre les 2 cornes utérines, pose de sac de sable
  - Sonde de Bakri ou Ballonnet intra-utérin avec sonde de Foley et préservatif (ballonnet gonflé à 300 ml pendant 10 minutes puis dégonflé progressivement sur 24 heures + couverture ATB à large spectre. Meilleure efficacité que tamponnement intra-utérin avec des compresses car n'absorbe pas l'hémorragie et exerce une meilleure pression sur les vaisseaux)
  - Traction sur le col, torsion du col...
  - Compression bi manuelle ou tamponnement intra-utérin selon Miculicz
  
- CHIRURGICAUX
  - 1. Traitement conservateur**
    - Suture utérine
    - Suture des lésions cervico-vaginales
    - Capitonnage des parois utérines (Jin Ho Cho, B Lynch)
    - Triple ligature artérielle (Tsirulnikov)
    - Ligature étagée des vaisseaux (cervico-vaginale, utérine, utero-ovarienne, ligament rond)
    - Ligature des artères hypogastriques
  - 2. Traitement radical**
    - Hystérectomie d'hémostase
  
- INSTRUMENTAUX
  - Embolisation artérielle : occlusion sélective des troncs antérieurs avec des fragments résorbables de gélatine (Curospan\*)

## C- INDICATIONS

Dépendent de la cause, de la gravité du tableau (coagulopathie ou non), de la parité, du désir ultérieur de maternité, des moyens de compensation sanguine disponibles, du plateau technique (embolisation)

### DANS TOUS LES CAS :

- Réunir l'équipe (obstétriciens, SFE, anesthésistes réanimateurs, IDE),

- Le facteur **temps** étant primordial, débiter un relevé chronologique des éléments de **surveillance** et de prise en charge.
- **Mettre la patiente en condition** minimale comporte :
  - *la vérification qu'une voie veineuse fonctionnelle est en place ;*
  - *la mise en place d'une surveillance : scope, pression artérielle non invasive, oxymètre de pouls ;*
  - *la réalisation d'une expansion volémique initialement avec des cristalloïdes.*
  - *Faire une RAI et prévenir la structure transfusionnelle de la situation.*
- Une **anesthésie** adaptée à la pratique des gestes à réaliser

## TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

*Cf arbre décisionnel minuté*

### PREMIÈRE ÉTAPE : **Prise en charge initiale / obstétricale**

- Si la délivrance n'a pas eu lieu, une **délivrance artificielle** est impérative obtenir la vacuité utérine suivi de révision utérine et examen du placenta et pesée du placenta
- Si elle a déjà eu lieu, la **révision utérine** s'impose, même si la délivrance semble complète
- La **vessie** doit être vidée et l'utérus massé s'il est hypotonique.
- Un examen **sous valves** est recommandé à la recherche de lésion cervico-vaginale,
- L'**ocytocine** est préconisée en première intention à la posologie de 5 à 10 UI par injection intraveineuse lente ou 10 à 15 UI en injection intra murale. Un traitement d'entretien est ensuite instauré à l'aide d'une perfusion au débit de 5 à 10 UI par heure pendant deux heures.
- Sondage vésical
- Massage utérin
- ballonnet intra-utérin (Bakri ou ballonnet de préservatif)
- Compression bi manuel ou tamponnement intra-utérin selon Mickulicz
- Pose d'un sac de sable sur le fond utérin
- L'antibioprophylaxie à large spectre doit être associée
- Recourir aux phases suivantes du traitement si l'hémorragie persiste au-delà de 15 à 30 min.

### DEUXIEME ÉTAPE : **Prise en charge médicale si l'hémorragie persiste**

- Dans un délai de 15 à 30 min après le début de l'hémorragie une perfusion intraveineuse à la seringue électrique de sulprostone (**Nalador®**) est réalisée à raison de 100 et 500 microgrammes par heure ; posologie adaptée en fonction de la réponse (avec un max de 500 microgrammes/H).
- A défaut de sulprostone, le misoprostol (**Cytotec®**) peut être utilisé à raison de 2 cp en intra rectale ; si l'hémorragie persiste on peut renouveler 5 min après 2cp de Cytotec® une fois (maximum 5 comp).
- Pendant ce temps l'équipe **d'anesthésistes-réanimateurs** s'occupe du monitoring et met en place une deuxième voie veineuse pour établir le bilan biologique standard (NFS, crase) et démarrer au besoin une transfusion :
  - culots globulaires pour maintenir un taux d'Hb entre 7 et 10 g/dl ,
  - plasma frais congelé /PFC (10 à 15 ml/kg), en cas de coagulopathie, en 1<sup>ère</sup> intention,
  - concentrés plaquettaires en cas de thrombopénie inférieure à 50 G.L,
  - l'intubation orotrachéale avec ventilation mécanique en cas de troubles de la conscience et d'un état hémodynamique instable,

- S'il n'y a pas d'amélioration après 15 min de Nalador® ou de Cytotec®, alors il faut entreprendre une prise en charge chirurgicale ou instrumentale (embolisation)

### TROISIEME ÉTAPE : **Prise en charge chirurgicale ou embolisation**

- **En première intention surtout dans l'inertie**

- ligatures vasculaires, (triple ligature artérielle ; utérines, utéro-ovariennes et des ligaments ronds - Tsurulnikov )
- parfois associées à un capitonnage des parois utérines (Cho),
- ou à une ligature bilatérale des artères hypogastriques.

- **En deuxième L'hystérectomie d'hémostase**

En général décidée après l'échec de l'embolisation ou des ligatures vasculaires ; elle peut cependant être réalisée d'emblée si la situation l'impose.

Elle sera préférentiellement subtotale,

- **Cas particulier du placenta accreta**

Deux situations principales peuvent être envisagées :

- en l'absence d'hémorragie, le placenta peut être laissé en place en partie ou en totalité car cela limite les risques d'hémorragie à court terme,
- en cas d'hémorragie modérée, une ligature artérielle ± capitonnage utérin (en cas de césarienne) ou une embolisation artérielle (en cas de voie basse) peuvent être réalisées. Une hystérectomie s'impose en cas d'échec ou d'hémorragie grave d'emblée.

- **Embolisation artérielle**

- L'indication de recourir à l'embolisation doit être posée de façon pluridisciplinaire entre les équipes de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation et de radiologie interventionnelle.
- l'embolisation artérielle est recommandée en cas de :
  - atonie utérine résistant aux utérotoniques,
  - hémorragie d'origine cervico-utérine (placenta recouvrant),
  - thrombus vaginal ; déchirure cervico-vaginale déjà suturée ou non accessible.

### **TRAITEMENT DES LÉSIONS DE LA FILIÈRE**

- Délabrement vaginal, déchirure cervicale ou vaginal : sutures des lésions
- Thrombus vulvopérinéal :
  - si extensif : incision et évacuation des caillots et suture élective des vaisseaux qui saignent
  - si non extensif : surveillance rapproché du thrombus et des constantes
- rupture utérine
  - si femme jeune, vue tôt sans atteinte du pédicule ni coagulopathie : suture conservatrice
  - si grande multipare âgée, berges nécrotiques, coagulopathie : hystérectomie subtotale
  - si rupture propagée à vessie : sutures des lésions associées
- 

### **TRAITEMENT DES TROUBLES DE LA COAGULATION**

- réanimation avec transfusion de PFC, culot globulaire, facteurs de coagulation...
- hystérectomie d'hémostase
- +/- packing

## 2. TRAITEMENT PREVENTIF

### **\*Principes de base applicables à toute femme enceinte en période anténatale :**

- consultations prénatales, +/- consultation d'anesthésie ;
- disponibilité des produits sanguins labiles (PSL), disponibilité des drogues
- établissements de protocoles de prise en charge adaptés aux conditions locales d'exercice
- disponibilité d'un personnel compétent en chirurgie
- orientation des patientes vers un centre obstétrico-chirurgical fonctionnel 24H/24
- un audit des cas d'HPP afin de vérifier le respect des procédures

### **\*Prévention clinique et pharmacologique de l'HPP au moment de l'accouchement :**

- surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent un accouchement.
- prise en charge active de la délivrance (gestion active de la troisième phase de l'accouchement – GATPA)
- examen du placenta,
- 5 à 10 UI d'ocytocine soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure (délivrance dirigée) soit après l'expulsion du placenta,
- délivrance artificielle lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes,
- en cas de césarienne, réaliser une délivrance dirigée

**\* En dehors de la grossesse et de l'accouchement** : la contraception pour éviter la tachymultiparité

## CONCLUSION

Pas si rare

Mortalité importante (souvent évitable)

Prise en charge rapide (retard diagnostic)

Coordination des protagonistes

Plateau technique disponible

Technique simple, efficace, peu coûteuse / la GATPA à intégrer dans curricula de formation

Promouvoir l'accouchement assisté

Personnel qualifié, formation continue

Réduire morbidité et mortalité maternelles

Arbre décisionnel de prise en charge de l'hémorragie du post partum immédiat simplifié et minuté

