

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE TIDJINI
DEMERDJI-TLEMCEN

THEME: Hémorragie de la
délivrance.

Encadre par: Dr. OUALI.

Réalisé par: MOKRI Amina.

LAMARI Fadela.

KHADIR Zahra.

BENZAZOUA Nassima.

SIATA Abdelkarim.

MOUMNI Kamel.

Pr OUALI Mohamed
Maître de Conférence
Gynéco - Obstétrique



ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013.

[Tapez le nom de la société]

SOMMAIRE

Sommaire

I- INTRODUCTION:

- 1. Objectifs.*
- 2. Problématique.*

II- GENERALITES :

- 1. Définition.*
- 2. Fréquence.*
- 3. Rappel physiologique de la délivrance.*
- 4. Les types de la délivrance.*
- 5. Facteurs de risque de survenue de l'hémorragie de la délivrance.*
- 6. Etiologies.*
- 7. Clinique.*
- 8. Conduite à tenir pour la prise en charge des hémorragies du post-partum.*

III- MATERIEL ET METHODES:

- 1- Type et la durée de l'étude.*
- 2- Lieu de l'étude.*
- 3- Sélection des patientes.*
- 4- Collecte des données.*

IV- RESULTATS:

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

INTRODUCTION

Introduction

Malgré les progrès marqués en matière de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, celle-ci demeure un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle, aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés avec des hôpitaux à la fine pointe de la technologie médicale ; sa survenue reste encore un problème fréquent et grave surtout dans les pays en voie de développement, où elle constitue la première cause de mortalité maternelle.

Elle peut être brutale, imprévisible et de grand débit.

Elle regroupe tous les saignements provenant de la zone d'insertion placentaire, et de la filière génitale et concerne 5% des accouchements. La constatation d'une hémorragie anormale exige une prise en charge immédiate, et associant des gestes obstétricaux, des mesures médicales et une surveillance constante multidisciplinaire à la fois médicale, obstétricale, anesthésiste et voire même chirurgicale. Cette prise en charge optimale a permis de faire reculer de façon considérable la mortalité des parturientes.

L'OMS estime à 150 000 le nombre de décès annuel dans le tiers monde par Hémorragie de la délivrance [1]. En France, elle représente 30 % des causes de morts obstétricales directes.

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.

Sur le plan national, l'hémorragie de la délivrance représente la première cause de mortalité maternelle qui est estimée à de 227 décès pour 100000 naissances.

L'HDD est responsable de 18 à 20 % des admissions péri-partum en réanimation.

Une fois le diagnostic posé, le challenge est de perdre le moins de temps possible, d'agir dans un ordre logique afin de ne pas se laisser déborder par les troubles de la coagulation. C'est la coopération rapide et coordonnée, entre l'accoucheur, l'anesthésiste et l'infirmière, qui apportera la réponse adaptée et optimale à chaque cas évitant la survenue des complications gravissimes.

C'est dans ce sens que ce travail se propose afin d'analyser les causes et de dégager les axes prioritaires de prévention, et de prise en charge en matière d'hémorragie de la délivrance.

1) OBJECTIFS:

Objectif général:

Etudier les hémorragies du post-partum dans le service gynéco-obstétrique du centre hospitalo-universitaire Dr.TIDJINI DEMERDJI-Tlemcen.

Objectifs spécifiques:

- *Savoir identifier les principaux facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance.*
- *Diagnostic positif et étiologique des hémorragies de la délivrance.*
- *Principes de la prise en charge en urgence d'une hémorragie de la délivrance.*

2) Problématique:

- *Un problème de sante publique d'actualité.*
- *Problème de définition.*
- *Urgence diagnostique.*
- *Urgence de collaboration.*
- *Mère fatiguée qui n'a pas la force de s'occuper d'elle et de son enfant.*
- *Hospitalisation plus longue.*

GENERALITES

Généralités

1-DEFINITIONS:

On entend par hémorragie de la délivrance :

- ✓ Une hémorragie d'origine utérine,
- ✓ Venant exclusivement de l'aire d'insertion placentaire,
- ✓ Survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement,
- ✓ D'abondance supérieure à 500 ml (chiffre représentant l'hémorragie physiologique).

L'hémorragie grave de la délivrance c'est à dire supérieure à 1 000 ml entraîne un retentissement important sur l'état général maternel et impose un traitement d'urgence parfaitement bien codifié sinon s'installe un syndrome de défibrination qui expose la parturiente au risque vital.

2-FREQUENCE:

Il s'agit d'une situation obstétricale grave dont la fréquence varie de 11 à 25 % des accouchements selon les séries.

Les hémorragies graves représentant 1,3 % des accouchements.

Ces hémorragies graves de la délivrance sont responsables de 30 % de la mortalité maternelle.

C'est la première cause des étiologies des décès maternels au cours de l'accouchement.

3- PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE:

Le mécanisme est triple avec trois temps successifs comprenant :

- ⚡ Le décollement placentaire,
- ⚡ La migration et l'expulsion du placenta,
- ⚡ L'hémostase utérine.

Tout est réglé, comme dans un ballet, par la dynamique utérine.

Dynamique utérine

• **Décollement placentaire:** La rétraction utérine, en raison de la différence d'élasticité entre le placenta et le muscle utérin, est responsable du décollement placentaire qui s'effectue au niveau du plan de clivage situé entre la couche superficielle et la couche profonde de la caduque. Cette séparation met à nu de très nombreux orifices vasculaires, sources de l'hématome rétro-placentaire physiologique.

• **Migration du placenta:**

Elle évolue en trois phases successives par étape corporelle, segmentaire puis vaginale.

• **Hémostase utérine:**

Trois facteurs interviennent pour l'hémostase utérine : musculaire, vasculaire et hémostatique.

❖ Facteur musculaire:

C'est le mécanisme le plus important car il s'agit d'un système de verrouillage fondamental pour arrêter l'hémorragie. La rétraction très tonique de l'utérus vient obturer les vaisseaux utérins dans le cours de leur traversée du myomètre en fermant les mailles de la couche plexiforme.

Il s'agit du phénomène de ligature vivante décrite par PINARD.

Pour que ce phénomène agisse au maximum, il faut que l'utérus soit vide de placenta ou de caillots (+++).

❖ Facteur vasculaire

C'est un facteur adjuvant sur lequel il ne faut pas compter.

Il existe une vasoconstriction réflexe au niveau des vaisseaux qui vient diminuer à la fois le calibre et le débit.

❖ Facteur hémostatique

Ce facteur ne peut fonctionner que si les deux autres sont présents. La coagulation et l'organisation des caillots viennent compléter et terminer l'oblitération des vaisseaux.

Les deux derniers facteurs sont dépendants étroitement du premier qui est le facteur musculaire lié à la rétraction de l'utérus. Il s'agit là d'un phénomène fondamental qui ne donne sa pleine puissance que sur un utérus vide.

Tolérance maternelle

Le retentissement maternel de toute hémorragie de la délivrance dépend étroitement de l'état hémodynamique et hématologique précédant immédiatement l'accouchement.

• Au cours de la grossesse

Un nouveau statut hémodynamique se met en place visant à trois buts :

- Répondre aux besoins métaboliques materno-foetaux,
- Protéger des effets potentiellement dangereux de la gêne au retour veineux liée à l'augmentation du volume utérin,
- Préserver la mère des conséquences de l'hémorragie inéluctable de l'accouchement.

La volémie maternelle s'accroît de façon considérable tout au long de la grossesse. Dès le premier trimestre la volémie augmente, tout d'abord au niveau du secteur plasmatique, puis du secteur érythrocytaire. La volémie maximale est atteinte à la fin du second trimestre et son accroissement se poursuit plus modérément au début du troisième trimestre jusqu'à l'accouchement. Au total, le gain global du volume sanguin circulant atteint 30 à 50 % en fin de grossesse soit 1 200 à 1 500 ml. 20 % du débit cardiaque, soit 600 à 800 ml/mn, sont destinés à la vascularisation utéroplacentaire.

Les résistances vasculaires systémiques chutent de manière importante et ceci se traduit par une diminution de la pression artérielle, très nette dès la fin du premier trimestre, avec réascension aux alentours du terme pour retrouver des valeurs proches de celles observées avant la grossesse. La fréquence cardiaque s'accroît de 10 à 15 battements par minute pour atteindre 70 à 80 battements et le volume d'éjection systolique augmente de 30 à 40 % à terme.

- *Au cours de l'hémorragie:*
 - *Le clinicien se trouve confronté à deux situations cliniques*
 - A) *Soit il s'agit d'une hémorragie aiguë survenant sur un terrain normal*
 - B) *Soit l'hémorragie se produit sur un terrain anémique préexistant à l'accouchement : l'Hémoglobine est inférieure ou égale à 11 g pour 100 ml.*

Réponses physiologiques:

Entre 500 et 1 000 ml:

Des variations minimales se produisent au niveau de la pression artérielle et du débit cardiaque, témoins d'une tolérance physiologique importante chez la femme enceinte. Deux mécanismes protecteurs expliquent cette tolérance maternelle à l'hémorragie : l'hyper volémie induite par la grossesse, le phénomène de rétraction utérine qui permet de réduire le contenant vasculaire tout en renvoyant 500 ml de sang dans le secteur circulant.

Au-delà de 1 000 ml:

L'hypovolémie s'installe, soumise à des variantes interindividuelles.

Les mécanismes physiologiques habituels sont vite dépassés et l'hémodynamique maternelle devient rapidement inefficace. L'ensemble de la réponse clinique et physiologique veille au maintien de la perfusion des organes vitaux (cerveau, foie et cœur).

Lorsque les mécanismes compensatoires se trouvent débordés, survient la phase de choc, d'abord réversible car associée à des modifications purement fonctionnelles puis irréversible car s'accompagnant de lésions organiques.

De plus, des troubles de défibrination peuvent survenir par perte des facteurs de coagulation.

4. LES TYPES DE LA DELIVRANCE:

5-1) Délivrance normale:

**Mécanismes physiologiques:*

A) Activité-contractile-utérine:

- ✦ Rétraction élastique et repos physiologique : après le dégagement, l'utérus subit une rétraction élastique passive, respectant la zone d'insertion placentaire, dont les conséquences sont :

- l'enchatonnement et le tassement physiologique du placenta et une diminution de la hauteur utérine (le fond utérin descend au-dessous de l'ombilic).

Dans le même temps l'intensité des contractions utérines diminuent, c'est la période de repos physiologique.

- ✦ Contractions utérines : après 10 à 15 minutes, des contractions plus intenses réapparaissent, cliniquement perceptibles à la main et parfois ressenties par la patiente. Ce renforcement de l'activité contractile est précédé de quelques minutes par l'augmentation des concentrations plasmatiques d'ocytocine dont la sécrétion post-hypophysaire est stimulée par la distension vaginale lors de l'accouchement (réflexe de Ferguson). Cette augmentation de la sécrétion d'ocytocine n'affecte toutefois que la moitié des parturientes chez les quelles les concentrations plasmatiques sont multipliées en moyenne par quatre], intervention d'autres facteurs (innervation utérine et prostaglandines notamment) est probable mais ce phénomène n'a pas fait l'objet d'une étude spécifique.

B) Décollement placentaire:

- ❖ Plan du décollement : il siège dans l'épaisseur de l'endomètre remanié en caduque entre les couches compactes et spongieuses. La couche compacte, élément constitutif de la plaque basale, est éliminée avec le placenta ; de la couche profonde régénèrera l'endomètre.

- ❖ *Mécanisme : la cause du décollement est la contraction utérine. Sous son effet se produit une rétraction utérine avec réduction dans toutes les directions de la surface d'insertion placentaire. Le placenta tassé voit ses villosités crampons mises en tension ; solidaires de la caduque compacte, elles séparent celle-ci de la caduque spongieuse. Le clivage ouvre des sinus veineux et détermine une hémorragie formant un hématome inter-utéroplacentaire qui parachève le décollement (hématome rétro-placentaire physiologiques).*

- *Ce décollement libère la zone d'insertion placentaire et permet au myomètre situé en regard de parachever sa rétraction élastique passive.*

C) Hémostase:

- ✓ *Une hémostase temporaire: est assurée immédiatement par la rétraction de l'utérus qui obture dans ses mailles les vaisseaux utérins.*
- ✓ *L'hémostase définitive est assurée dans un second temps par les mécanismes habituels de la coagulation. Deux phénomènes préparent cette hémostase définitive et la rendent rapide et efficace :*

- *les modifications de l'hémostase associées à la grossesse : augmentation de la plupart des facteurs de la coagulation, diminution des inhibiteurs de la coagulation comme l'antithrombine III ;*

- *la richesse du placenta en thromboplastines pro coagulantes libérées lors du décollement.*

D) Migration placentaire:

*Elle se fait sous l'influence des contractions selon deux modalités distinctes : **le mode de Baudelocque** (mode de Schultze pour les Anglo-Saxons) et **le mode de Duncan**. La première modalité est de loin la plus fréquente.*

- *Dans le mode de Baudelocque : le placenta décollé, mais retenu à sa périphérie par les membranes encore adhérentes, se retourne en doigt de gant et se trouve propulsé en direction du segment inférieur face fœtale première ; Il entraîne avec lui les membranes qui se décollent progressivement de haut en bas réalisant une inversion du sac ovulaire. Le placenta, le sac membraneux et l'hématome contenu dans celui-ci, pénètrent dans le segment inférieur qui se déplisse et se distend pour recueillir la masse placentaire. Le corps utérin se trouve donc soulevé par cette masse et le fond utérin remonte au-dessus de l'ombilic. Une dernière contraction utérine et le placenta quitte le segment inférieur propulsé vers le vagin. Le fond utérin redescend : il forme au-dessus de la symphyse pubienne une masse arrondie et ferme, le globe de sécurité.*

- *Dans le mode de Duncan : habituellement révélateur d'une insertion placentaire basse, la migration s'effectue sans retournement par un mécanisme de glissement. Le bord placentaire le plus bas situé descend le premier, face maternelle première. Les membranes, soumises à des tractions asymétriques, sont plus exposées au déchirement.*

E) Expulsion hors du vagin:

Elle peut se faire spontanément, sans l'aide d'une tierce personne.

Dans les populations accouchant en position accroupie l'expulsion est aidée par la gravité sans solliciter exagérément les efforts maternels ; Ailleurs, la présence du placenta dans le vagin peut solliciter le plancher périnéal et déterminer sa contraction réflexe renforcée par les efforts expulsifs maternels, mais ce phénomène est tardif.

Dans les sociétés occidentales où l'accouchement se fait en décubitus dorsal c'est traditionnellement une tierce personne (sage-femme ou médecin) qui dirige l'expulsion.

F) Etude clinique et conduite à tenir:

Surveillance:

La période de la délivrance est celle où le risque maternel est le plus élevé. Elle nécessite une surveillance avant, pendant et après l'expulsion du délivre qui se poursuivra pendant 2 heures en salle de travail. Cette surveillance porte sur :

- L'état général : pouls, tension, conscience, couleur ;
- La vulve pour dépister un écoulement sanglant ;
- L'utérus par la palpation et l'inspection.
- Elle permet de suivre les différents temps de la délivrance, de reconnaître le moment où le placenta décollé, peut être extrait par différentes manœuvres, et de déceler précocement les événements pathologiques.

Critères du décollement:

Six éléments d'inégale valeur permettent de reconnaître le décollement.

1. Position du fond utérin:

Après la naissance, l'utérus est rétracté et globuleux, de consistance ferme, d'une hauteur moyenne de 20 cm et d'une largeur de 12 cm. Le segment inférieur est replié sur lui-même et le fond utérin est à hauteur de l'ombilic. Après le décollement et la migration, le placenta occupe le segment inférieur et le déplisse, refoulant vers le haut le corps utérin. Celui-ci est de consistance plus ferme, ses dimensions transversales sont plus réduites puisqu'il n'est plus habité par le placenta, mais son fond est ascensionné au-dessus de l'ombilic et, assez souvent, latéro-dévié.

2. Hémorragie physiologique:

Le décollement s'accompagne d'une hémorragie physiologique, de faible abondance, noirâtre, qui peut s'extérioriser à la vulve avant le placenta. Ce signe est très instable et ne garantit pas que le décollement est complet.

3. Glissement du cordon:

Le glissement du cordon hors de la vulve est facile à reconnaître si on a pris soin de placer une pince de Kocher sur le cordon.

4. Manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut:

Une main déprime la région sus-pubienne, empaume la partie basse de l'utérus et remonte celui-ci vers l'ombilic :

- si le placenta n'est pas décollé le cordon pendant à la vulve remonte avec l'utérus ;
- lorsque le placenta est dans le vagin la mobilisation utérine n'entraîne pas le cordon ;
- la réponse d'un placenta décollé et occupant le segment inférieur est plus variable. En principe le refoulement de l'utérus déplisse le segment inférieur sans mobiliser le placenta. En pratique cette manœuvre serait faussement négative dans 18 % des cas. Cette manœuvre très courante dans les pays latins ne paraît guère prise par les auteurs anglo-saxons qui lui reprochent un risque théorique d'introduction de germes vaginaux dans l'utérus.

5. Toucher vaginal :

Il n'est que rarement pratiqué pendant la délivrance physiologique. Lorsque le décollement est achevé, il révèle facilement la présence du placenta dans le vagin ou, à bout de doigt, dans le segment inférieur.

6. Écoulement du sang veineux ombilical :

Certains auteurs ont proposé des signes de décollement placentaire basés sur l'observation de l'écoulement sanglant dans la veine ombilicale.

- Lorsque le cordon est clampé et le placenta non décollé le sang veineux ombilical, s'il est refoulé vers le placenta par le pouce et l'index pinçant le cordon, a tendance à refluer vers le bas dès que la pression digitale est relâchée. Ce reflux s'affaiblit ou disparaît après le décollement [11].
- Si le cordon n'est pas clampé après la naissance, le sang retenu dans le placenta s'écoule librement. Ce saignement s'interrompt lorsque le placenta est décollé.

- **Extraction du placenta et des membranes:**

Deux manœuvres sont décrites dans la littérature.

- La traction contrôlée sur le cordon a la faveur des Anglo-Saxons. Une main est placée au-dessus de la symphyse, déprime la paroi abdominale, accroche l'utérus et le déplace en haut et en arrière pour déplisser le segment inférieur tandis que l'autre main exerce sur le cordon une traction permanente et régulière, douce et ferme, sans aucun à-coup.
- La pression fundique est la plus courante en France et dans les pays latins.

Une main empaume le fond utérin, le place dans l'axe du vagin et abaisse progressivement et fermement le fond tandis que l'autre main saisit le cordon et lui imprime une légère tension dans le but d'orienter la sortie du placenta.

Dans cette manœuvre l'utérus est utilisé comme un piston pour propulser le placenta.

Le choix entre ces deux manœuvres est affaire d'école. La pression sur le fond utérin peut solliciter exagérément les moyens de suspension de l'utérus. La traction contrôlée sur le cordon expose à la rupture de ce dernier. Mais quelle que soit la manœuvre utilisée elle suppose au préalable un décollement complet du placenta.

Toute manœuvre prématurée contrarie la physiologie et risque de créer une complication.

Après l'extraction du placenta, celle des membranes ne soulève guère de difficultés. On peut aider leur sortie en dépliant le segment inférieur. Les membranes doivent sortir « en bavant ». On peut éviter leur déchirure en les vrillant sur elles-mêmes par un mouvement de torsion du placenta.

- **Examen du délivre:**

L'accoucheur doit sans délai vérifier ce qui vient d'être expulsé pour s'assurer que la délivrance est complète.

- La face fœtale : On notera le mode d'insertion du cordon, habituellement central, parfois excentré, rarement insertion vélamenteuse, et la composition du cordon qui doit contenir deux artères et une veine.

- La face maternelle : Elle est reconnaissable par ses cotylédons rouge vif, brillants, lisses, réguliers. Il faut vérifier qu'il n'y ait pas de zone dépolie ou déprimée pouvant signifier un placenta incomplet.

- Le sac ovulaire : Il est examiné par transparence en introduisant la main pour le déplier, à la recherche d'une zone dépolie ou d'une arborisation vasculaire s'arrêtant brusquement, signes d'un cotylédon aberrant arraché et resté intra-utérin, d'un petit côté des membranes inférieur à 10 cm témoignant rétrospectivement d'un placenta bas inséré, de membranes incomplètes.

- Chaque fois qu'il existe un doute sur l'intégrité du placenta et des membranes un geste s'impose: la révision utérine.

Au terme de cet examen :

- il faut vérifier la bonne rétraction de l'utérus qui forme un globe de sécurité au-dessus de la symphyse pubienne ;

- il est également de règle aujourd'hui d'administrer des ocytociques après la délivrance pour soutenir et renforcer cette rétraction utérine ;

- enfin la parturiente doit être surveillée encore 2 heures en salle de travail dans la crainte d'une possible hémorragie secondaire.

5-2) Délivrance dirigée:

-Principe:

La qualité et l'intensité de la contraction utérine étant les agents essentiels du décollement placentaire, de la migration et surtout de l'hémostase, on propose volontiers de la renforcer par une médication utéro tonique dès l'accouchement : c'est le principe de la délivrance dirigée. Cette proposition paraît d'autant plus logique que l'augmentation de la sécrétion d'ocytocine après la naissance est variable d'une femme à l'autre et reste médiocre environ une fois sur deux.

-Modalités:

Elles sont variables selon les écoles :

- ✓ Injection intramusculaire d'ocytocine (2 à 5 unités) ;
- ✓ Mise en route ou accélération d'une perfusion intraveineuse d'ocytocine ;
- ✓ Injection d'ocytocine (10 à 20 unités) dans la veine ombilicale ;
- ✓ Certains ont également utilisé avec succès l'ergométrine et les prostaglandines de synthèse.

L'injection se fait au moment du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né.

Résultats:

La délivrance dirigée a mis du temps pour s'imposer, beaucoup d'auteurs craignant qu'en accentuant la rétraction utérine elle n'augmente l'incidence de la rétention placentaire. En 1988 la méta-analyse de plusieurs essais contrôlés a bien montré son efficacité dans la prévention des hémorragies de la délivrance.

L'incidence des complications hémorragiques était diminuée de 40 % ce qui permettait à une parturiente sur 22 d'éviter une hémorragie de la délivrance. En revanche les données étaient insuffisantes pour évaluer l'influence des ocytociques sur l'incidence de la rétention placentaire.

5. LES FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE DE L'HDD:

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes ont cherché à les isoler les uns, des autres :

- ✦ Primiparité.
- ✦ Les manœuvres obstétricales :

- le forceps appliqué sans épisiotomie augmente de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.

- la ventouse serait moins traumatisante que le forceps.

- la manœuvre de Jacquemier est elle aussi un facteur de risque classique.

✚ La macrosomie fœtale :

Les variétés occipitales postérieures, les présentations de face ou du bregma, l'augmentation du diamètre de la présentation augmentent le risque de déchirure.

✚ La qualité des tissus :

Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :

- distance ano-vulvaire courte,

- périnée œdématisé (toxémie, inflammation, infection),

- cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle) ;

- la peau rousse ;

- origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie ;

- l'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de périnée complet.

- un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

6. ETIOLOGIES:

A) Avant la délivrance (10 %)

Il y a un défaut de clivage entre le placenta et le muscle utérin. Le décollement est incomplet.

Adhérence anormale:

Il existe une altération de la muqueuse utérine soit secondaire à des curetages antérieurs, soit par atrophie de l'endomètre en début de grossesse, soit parce qu'il existe des cicatrices (myomectomie, césarienne).

Il s'agit d'un placenta dit accreta ou percreta.

Anomalie topographique:

Le placenta est inséré de façon anormale soit sur le segment inférieur, soit sur la cloison d'un utérus mal formé avec un clivage difficile de la caduque.

Incarcération:

Le placenta est enchatonné au niveau d'une corne utérine ou incarcerated au-dessus d'un anneau de rétraction situé au niveau du segment inférieur.

B) Après la délivrance (90 %)

Inertie utérine

C'est l'étiologie la plus fréquente. Il y a un défaut de rétraction de l'utérus qui vient perturber le mécanisme physiologique de l'hémostase.

1 – Secondaire:

Il existe une rétention d'un cotylédon placentaire surtout en cas d'un placenta anormalement friable ou œdématisé (iso-immunisation facteur Rhésus - hypertension - diabète) ou parce qu'il existe un cotylédon aberrant au-delà de la surface placentaire.

2 – Primitive:

L'utérus est seul en cause et deux groupes de facteurs peuvent être responsables de cette inertie utérine.

✓ Facteurs antérieurs à l'accouchement

- Antécédents d'hémorragie de la délivrance,*
- Multiparité,*
- Obésité maternelle,*
- Sur distension utérine (gros fœtus, hydramnios, grossesses multiples),*
- Hématome rétro placentaire et placenta prævia.*

✓ Facteurs liés à l'accouchement

On note très souvent :

- Un déclenchement artificiel du travail avec une phase de latence au-delà de 12 heures chez la nullipare et au-delà de 6 heures chez la multipare,*
- Une dystocie dynamique et/ou mécanique,*
- Une infection ovulaire,*
- Une phase active longue, supérieure à 8 heures ou, au contraire, une phase active très courte ou hyperkinétique,*
- Une césarienne réalisée en urgence,*
- Des extractions instrumentales difficiles associées à une épisiotomie,*

- L'utilisation d'anesthésiques halogènes.

☒ **Troubles de la coagulation:**

C'est une cause absolument rarissime et il s'agit en fait d'un diagnostic d'exclusion.

Ces troubles de la coagulation surviennent soit au cours de pathologie de la coagulation connue avant la grossesse, soit au cours d'un hématome rétro placentaire.

7. Clinique:

1. Signes fonctionnels:

Il s'agit d'une hémorragie externe très brutale et très abondante survenant immédiatement après l'accouchement.

Elle est recueillie dans un sac en plastique qui a été mis en place dès l'expulsion du fœtus.

Cette hémorragie est parfaitement indolore, faite de sang rouge avec de nombreux caillots.

Elle représente le signe d'alarme. Son volume doit être apprécié de façon exacte (+++). Le sac est pesé et comme la densité du sang est voisine de 1. On obtient directement la quantité de sang perdue.

2. 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.

On observe toute une gamme de signes cliniques depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'au choc hémorragique.

La rapidité de constitution de l'hémorragie est parfois impressionnante. Les altérations hémodynamiques peuvent conduire jusqu'à un choc hypovolémique 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.

3 Examen clinique:

Sa réalisation renvoie logiquement aux mécanismes mêmes de la délivrance.

• Origine placentaire:

A - Avant l'expulsion du placenta:

Il existe une rétention totale du placenta avec un utérus mou, dépourvu de toute activité contractile et perçu très largement au-dessus de l'ombilic. La remontée du corps utérin provoque une ascension du cordon ombilical, ce qui signe l'absence de clivage placentaire.

B - Après l'expulsion du placenta:

Il s'agit du tableau d'inertie utérine.

Il faut vérifier la vacuité de l'utérus pour affirmer que ce dernier est l'unique responsable de la survenue de cette hémorragie. A l'examen, l'utérus est mou, peu contractile, avec un fond utérin nettement au-dessus de l'ombilic. Lors de l'expression utérine, de nombreux caillots sont expulsés et, à l'arrêt de cette dernière, le globe utérin de sécurité n'existe pas alors qu'il est le témoin habituel d'une rétraction utérine satisfaisante.

Une vérification du placenta doit être faite parallèlement pour affirmer que ce dernier est strictement complet.

• Eliminer un traumatisme de la voie génitale (+++):

Des lésions de la voie génitale basse peuvent être associées à un accouchement normal mais surtout au cours de manœuvres facilitant l'expulsion (ventouse ou forceps). Il faut en faire le diagnostic (+++).

Il s'agit d'hémorragies contemporaines de la délivrance. Afin d'éliminer cette étiologie, il faut explorer sous anesthésie, très soigneusement tout le tractus génital :

- Révision utérine,
- Examen sous valves de la filière génitale pour bien vérifier l'absence de déchirure du col utérin et du vagin, ou noter la présence d'un hématome pelvigénital.

4. Complications:

✚ Chocs hypovolémiques (QS déjà décrit ci-dessus):

✚ Syndrome de défibrination:

Il s'agit d'une coagulation intravasculaire disséminée secondaire à la perte des facteurs de coagulation lors de l'hémorragie et principalement le fibrinogène. La CIVD peut être favorisée par l'état de choc et survient d'autant plus aisément qu'il existe un retard au remplissage vasculaire.

✚ Atteinte rénale:

Elle est d'abord fonctionnelle et marquée par une oligo-anurie en rapport avec la chute de la filtration glomérulaire. L'atteinte rénale secondaire peut devenir organique par néphropathie tubulo-interstitielle aiguë ou par nécrose corticale, surtout si l'état de choc se prolonge ou s'il existe des troubles de l'hémostase.

8- TRAITEMENT:

Méthodes:

1) obstétricales:

A) Manœuvres:

Les manœuvres obstétricales doivent être réalisées sous anesthésie péridurale ou générale.

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE:

Cette technique consiste à aller chercher le placenta à l'intérieur de la cavité utérine. Cela demande des conditions à respecter:

- *Vessie vide,*
- *Asepsie soigneuse de la parturiente et de l'opérateur.*

L'acte, proprement dit, consiste à réduire le plus possible le volume de la main intra vaginale qui suit le cordon pour pénétrer à l'intérieur de la cavité utérine.

L'autre main abdominale appuie sur le fond utérin pour maintenir l'utérus dans le pelvis et éviter qu'il remonte.

La main intra-utérine décolle le placenta de sa zone d'insertion puis le retire.

RÉVISION UTÉRINE:

Elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, de membrane ou de caillots sanguins.

Elle s'effectue dans les mêmes conditions que la délivrance artificielle.

La technique est la même sauf qu'il n'y a pas le guide du cordon pour pénétrer à l'intérieur de la cavité utérine.

RÉVISION DE LA VOIE GÉNITALE BASSE:

Elle nécessite une bonne vision et exposition de tout le tractus génital, du cul de sac vaginal et col utérin à la vulve.

Elle nécessite la présence de deux aides associés à l'opérateur.

Elle reprend les conditions précédentes à respecter : asepsie soigneuse +++, vessie vide +++, éclairage +++.

B - Moyens manuels:

Massage de l'utérus:

Il s'agit de réaliser par voie externe, avec douceur et en continu, un massage manuel du fond utérin qui permet de stimuler la rétraction utérine.

Elle n'est pas toujours aisée à mettre en oeuvre lorsqu'il y a une obésité.

Compression de l'aorte abdominale:

C - Moyens médicamenteux:

En intramusculaire:

C'est le **METHERGIN ou Méthylergométrine** qui peut être utilisé. Pour une ampoule unique, l'action débute après 10 minutes avec une durée d'efficacité sur la rétraction utérine de 162 minutes.

En intraveineux:

L'OCYTOCINE ou SYNTOCINON qui, pour une dose unique, voit son action débiter à 4 minutes avec une durée d'efficacité de 45 minutes.

On utilise 10 unités de SYNTOCINON dans 500 ml de glucose à 10% avec un temps de passage de 30 minutes.

Les ANALOGUES DES PROSTAGLANDINES E2 OU SULPROSTONE (NALADOR): La dose agit en 4 minutes avec une durée d'efficacité de 102 minutes pour une ampoule de 0,5 mg dans 500 ml de glucose à 10 % en 30 minutes.

Les contre-indications de cette classe de produit ne sont pas obligatoirement à respecter. On ne peut dépasser la dose totale de 1,5 mg/24 heures.

2) Chirurgical (moyens lourds):

A -L'hystérectomie d'hémostase:

C'est une hystérectomie subtotale qu'il faut réaliser car l'insertion cervicale est souvent très difficile à localiser et l'exérèse du col prolonge inutilement l'intervention avec une augmentation importante du risque d'hémorragie et de complications.

B-Les ligatures vasculaires:

✓ Les deux artères hypogastriques:

Il s'agit de réaliser un geste bilatéral de ligature des artères hypogastrique à leur naissance qui permet d'arrêter le flux utérin et de diminuer la pression veineuse.

Leur contrôle est difficile et le matériel à utiliser doit être résorbable. Cette technique ne doit plus être utilisée.

✓ Les deux artères utérines: C'est la technique actuelle.

3) Radiologie:

C'est la radiologie vasculaire interventionnelle.

On réalise une embolisation sélective à l'aide d'un cathéter introduit dans l'artère fémorale puis dans l'artère hypogastrique correspondante. Le cathéter est poussé jusqu'à l'entrée de l'artère utérine :

- ✦ *Dans un premier temps, on injecte un produit de contraste qui met en évidence la zone de saignements vasculaires,*
- ✦ *On injecte ensuite une substance biologique résorbable qui bloque l'apport de sang au niveau de la moitié de l'utérus. Il est parfois nécessaire d'emboliser l'artère utérine controlatérale.*

La reperméabilisation de la vascularisation se produit dans les 10 à 30 jours. Il est décrit de rares cas de nécroses tissulaires locales par ischémie à l'origine de douleurs pelviennes, de fièvres et de parésies spontanément résolutive.

- *Un sac de sable est mis en place sur le point de ponction.*
- *Un décubitus dorsal strict est impératif et il est*
- *Interdit à la parturiente de se lever ou de bouger les jambes.*
- *L'examen clinique, pendant les 12 premières heures, vérifie l'absence de douleurs au niveau des membres inférieurs et la présence des pouls artériels au niveau de ces mêmes membres.*
- *Le sac est retiré à + 12 heures avec vérification, particulièrement attentive, du point de ponction et des pouls artériels des membres inférieurs.*
- *Le repos strict au lit est toujours impératif.*

A + 24 heures, le début du lever progressif est permis. La vérification du pouls artériel confirme la bonne perméabilité vasculaire.

4) Réanimation:

Elle est absolument fondamentale.

Elle s'organise autour de trois types de mesures :

Prise en charge et surveillance de la parturiente :

1. *Monitoring cardiorespiratoire et de la pression artérielle,*
2. *Deux voies veineuses de gros calibre,*
3. *Fiche de surveillance rapprochée,*
4. *Quantification très stricte de l'hémorragie,*
5. *Réalisation d'un bilan biologique comprenant groupe sanguin phénotypé (vérifié),*
6. *Hémogramme, Agglutinines Irrégulières et coagulation complète,*
7. *Commande de 4 à 6 culots globulaires groupe iso-phénotypé,*

8. *Mise en place d'une antibiothérapie à large spectre.*
9. *Restauration et maintien de la volémie en utilisant des solutés de remplissage*
10. *Cristalloïde (Ringer- Lactate, sérum salé),*
11. *Colloïde (plasmion),*
12. *Hydroxy-éthyl-amidon (Elohes, Lomol),*
13. *Dérivés sanguins iso groupes et iso phénotypes.*

Traitement spécifique d'éventuels troubles de la coagulation.

Le contrôle d'efficacité : est permanent,

-Clinique (diurèse +++),

-Par aclinique (vérification de l'hémogramme, de la saturation en Oxygène et bilan complet de coagulation.

Indications:

La prise en charge d'une hémorragie de la délivrance demande, impérativement, une coopération très étroite entre différents acteurs. Il faut réunir une équipe complète comprenant:

Anesthésistes, obstétriciens, sages-femmes, infirmiers-anesthésistes, laboratoire d'hématologie, service de transfusion, service de radiologie interventionnelle.

L'absence d'un des acteurs, absolument indispensable pour la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, impose le transfert après avoir obtenu des conditions de sécurité parfaite.

Deux grandes circonstances cliniques sont à individualiser en fonction de l'étiologie du saignement :

• Rétention placentaire:

La mise en œuvre simultanée des méthodes obstétricales (délivrance artificielle), médicamenteuses

(OCYTOCINE) et de réanimation, suffit à arrêter l'hémorragie.

Les manœuvres ont permis d'affirmer la vacuité utérine. Parallèlement au massage utérin, la perfusion d'OCYTOCINE a été mise en place et on vérifie très rapidement son efficacité par la persistance d'un globe utérin de sécurité.

La réanimation et la surveillance de l'arrêt de l'hémorragie sont poursuivies durant les 2 heures suivantes en Salle de Réveil.

• Inertie utérine:

Malgré un traitement bien conduit (utérus vide - perfusion de SYNTOCINON), le muscle utérin reste atone.

Il faut absolument assurer une rétraction utérine permanente pour arrêter l'hémorragie et éviter l'apparition des troubles de coagulation par fuite des facteurs.

Au traitement de réanimation que nous avons vu, on adjoint, le plus rapidement possible, en moins de 30 minutes, un autre utéro tonique à savoir les Prostaglandines que l'on perfuse très rapidement (30 minutes) et que l'on renouvelle secondairement.

En cas d'échec de cette prise en charge (moins de 1 % des hémorragies graves de la délivrance) c'est l'indication des autres moyens mis à notre disposition.

1. Soit l'état hémodynamique est précaire et il faudra recourir aux moyens chirurgicaux,
2. Soit l'état hémodynamique est conservé et l'embolisation artérielle doit être réalisée.

Elle s'effectue sous surveillance constante de l'Anesthésiste Réanimateur et de l'Obstétricien.

Elle demande un délai de 2 heures pour sa mise en place.

Pronostic:

✓ **POST PARTUM:**

Au cours du post-partum, l'anémie est fréquente, il faudra la dépister et la traiter. Les risques infectieux sont également importants et une antibiothérapie à large spectre sera prescrite (AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE + AMINOSIDES).

Ce traitement antibiotique sera aménagé en fonction des allergies éventuelles et de l'allaitement maternel.

LA GROSSESSE SUIVANTE:

• En cours de grossesse:

L'instauration d'une supplémentation martiale sera systématique au début du troisième trimestre. Elle a un double intérêt car:

- Elle réduit les risques d'anémie et elle améliore la tolérance clinique.
- Elle diminue la sévérité d'une éventuelle récurrence de l'hémorragie.

• Au cours de l'expulsion:

Trois méthodes sont à notre disposition :

A- La délivrance dirigée:

Elle est efficace comme mesure prophylactique des hémorragies de la délivrance.

Son exécution en est très simple :

On injecte 5 à 10 Unités d'OCYTOCINE en intraveineux lent, très précisément lors du dégagement de l'épaule fœtale antérieure. Ni plus tôt ni plus tard.

Cela évite le risque de récurrence de l'hémorragie qui se situe entre 15 et 20 %.

B - Protocole de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance:

Il doit absolument être écrit et recense l'ensemble du matériel nécessaire au traitement des hémorragies graves et dresse une marche à suivre très rigoureuse.

Elle permet au personnel soignant de ne pas perdre de temps dans la prise en charge.

C - Autotransfusion:

Elle s'adresse à des patientes porteuses d'un risque majeur d'hémorragie de la délivrance (césarienne antérieure, grossesse multiple, placenta prævia, grande multiparité).

Elle n'est pas admise actuellement chez la femme enceinte car elle a des aspects contraignants et onéreux.

MATERIEL&METHODES

MATERIEL ET METHODES :

I- Le Type et la durée d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective durant une période de deux années du 01/01/2010 au 31/12/2011, basée sur le recueil systématique des cas d'hémorragie de la délivrance survenue chez les parturientes pendant notre durée d'étude.

II- Le lieu d'étude :

Notre étude a été effectuée au sein du service de gynéco obstétrique de l'établissement hospitalière des spécialistes de Tlemcen dont la capacité litière est de 170 lits.

III- La sélection des patientes :

1) Les critères d'inclusion :

Les patientes incluses durant cette étude :

- les patientes admises en travail à la maternité de l'établissement hospitalière des spécialistes pour accouchement ayant présenté dans les 24H dupost-partum une hémorragie de la délivrance.*
- les patientes référées à la maternité de l'établissement hospitalière pour prise en charge d'une hémorragie de la délivrance.*

2) Les critères d'exclusion

Les patientes exclues durant cette étude :

- les patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance, mais dont les dossiers sont inexploitables : vu l'insuffisance des informations.*
- les patientes admises en travail à la maternité de l'établissement hospitalière pour accouchement avec suites de couche sans particularités.*

3) Les variables analysées :

Afin d'exploiter au maximum les données, les informations suivantes ont été relevées pour chaque dossier:

- L'âge de la patiente qui a été réparti en tranche d'âge : [15, 20[, [20, 25[, [25, 30[, [30, 35[, [35, 40[, [40, 45[, [45, 50[
- La parité.
- Les facteurs de risque : Atcd de HDD. RPM>12H.PP.HRP. trb de coagulation, Hb<10
- Les caractéristiques du travail : travail dirigé, déclenchement du travail avec syntocinon, travail<3H, travail >10H, anomalie de contraction utérine, travail fébrile
- Les caractéristiques de l'accouchement: accouchement normale, épisiotomie, forceps, poids<3kg900, césarienne
- Etude de la 3^{ème} phase du travail : déclenchement <30mn, déclenchement>30mn, délivrance artificiel, perte sanguine>500
- prise en charge d'une hémorragie de la délivrance : révisions utérine, suture du col utérin, examen sous valve, mèche vaginal, syntocinon, transfusion sanguine.
- Etiologie de l'hémorragie de délivrance : rétention placentaire, inertie utérine, trouble hémorragique lésion cervico vaginale, placenta accréta.
- Complication de l'hémorragie de la délivrance : choc hypovolémique, syndrome de CIVD, insuffisance rénale, choc aseptique, anémie, thrombophlébite, choc transfusionnel

4) Les documents utilisés :

- Un registre médical :

Il regroupe les données administratives de la patiente (âge, diagnostic, évolution, durée d'hospitalisation), il est rempli au fur et à mesure des admissions.

- Un partogramme :

Il contient tous les renseignements sur la parturiente sujet d'hémorragie de la délivrance :

démographiques, antécédents, détails de la grossesse actuelle, examen à l'admission, évolution du travail, mode d'accouchement, état dunouveau-né à la naissance.

- Une Observation médicale :

.Elle contient les renseignements sur la parturiente ayant présenté l'hémorragie de la délivrance l'identité, le motif d'hospitalisation, lesantécédents, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, le bilan para clinique, lediagnosticÉtiologique, la prise en charge thérapeutique, l'évolution et le suivi

- Une fiche d'exploitation : (voir annexes)

III- La collecte des données :

Une autorisation préalable du responsable des internes (Dr wali) de la maternité de l'EHS de Tlemcen a été obtenue pour permettre de mener notre étude. Le bureau des archives a été visité quotidiennement afin de consulter les dossiers et de remplir la fiche d'exploitation.

1) Le calcul de la prévalence:

Le calcul de la prévalence a été basé sur la formule suivante : le nombre des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance durant la période del'étude rapportée au nombre total des patientes accouchées durant cette période au service.

2) L'étude des cas d'hémorragie de la délivrance recueillis :

- Etude descriptive :

Les cas d'hémorragie de la délivrance classés par groupe ont été répartis en fonction de l'âge ; de la parité ; facteurs de risque, caractéristique de travail, caractéristique de l'accouchement, étude de la 3eme phase de travail, la PEC d'une HDD, les étiologies d'HDD, les CPC d'une HDD

Résultats

Résultats de l'étude :

I-Etude épidémiologique

1- La fréquence :

Durant la période de notre étude qui était du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011, on a compté 72 cas d'hémorragie de la délivrance dont 05 dossiers inexploitable et 67 dossiers exploitables, sur un nombre totale d'accouchement de 16830 soit une fréquence de 0,42% .

2-Répartition annuel :

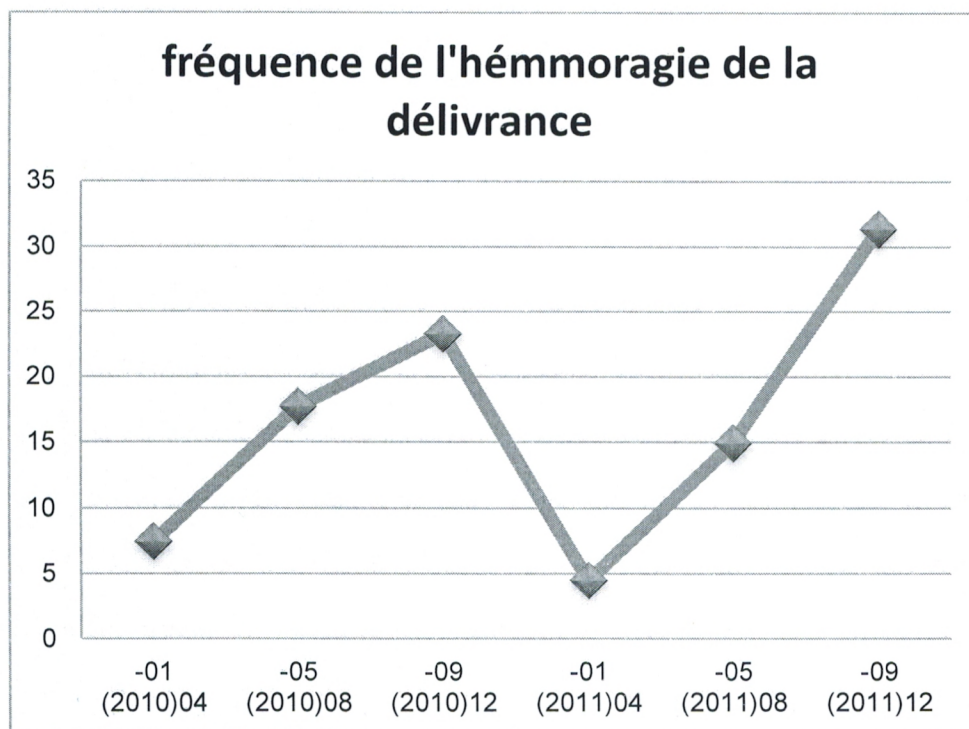


Figure 1 : répartition annuel de l'HDD

La fréquence la plus élevée (47.76%) a été observée durant la période 09-12(2011) et la plus basse durant 01-04(2011) soit une fréquence de (5.97%)

3-Répartition en fct de l'âge :

[15_20[[20_25[[25_30[[30_35[[35_40[[40_45[[45_50[
1	7	24	17	15	03	0
1,5%	10,45%	36%	25,4%	22,4%	4,5%	0%

Tableau 2 : pourcentage de tranche d'âge d'hémorragie de la délivrance

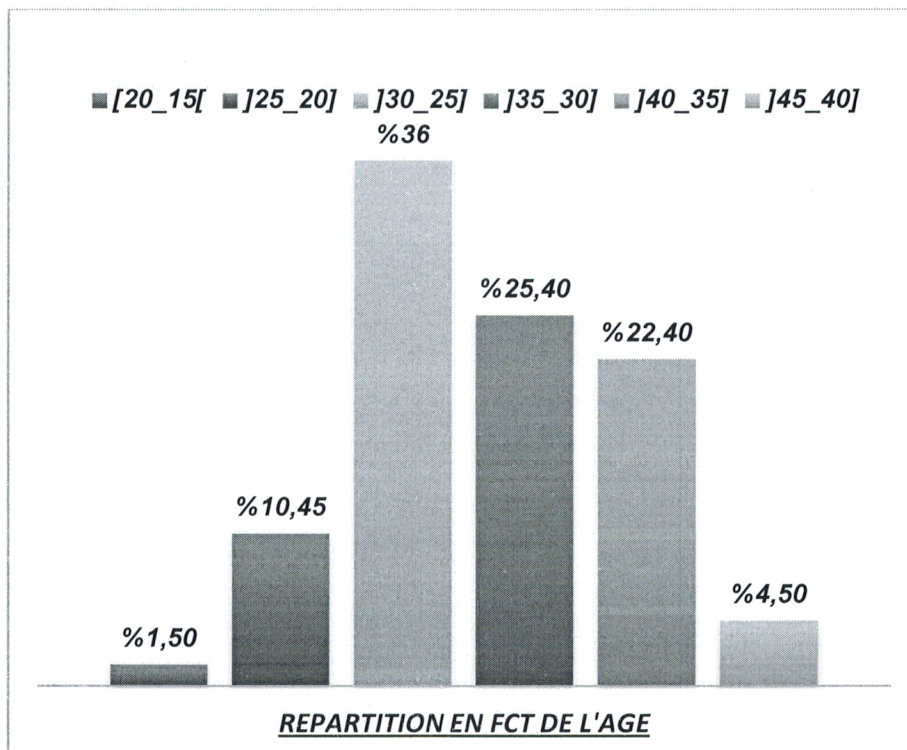


Figure2 : répartition en fct de l'âge

La moyenne d'âge des patientes est de $30,70 \pm 7,50$ ans, la tranche d'âge la plus représentée est située entre [20 ; 30[et [30 ; 40[, et ceci est représenté dans le graphique et le tableau précédents.

4-Parité

0	1	2	3	4	5	6	7
13	12	20	15	3	2	2	0
19.40%	18%	30%	22.30%	4.5%	3%	3%	0%

Tableau3 : Le pourcentage des femmes ayant présenté une HDD selon le nombre de leurs parités

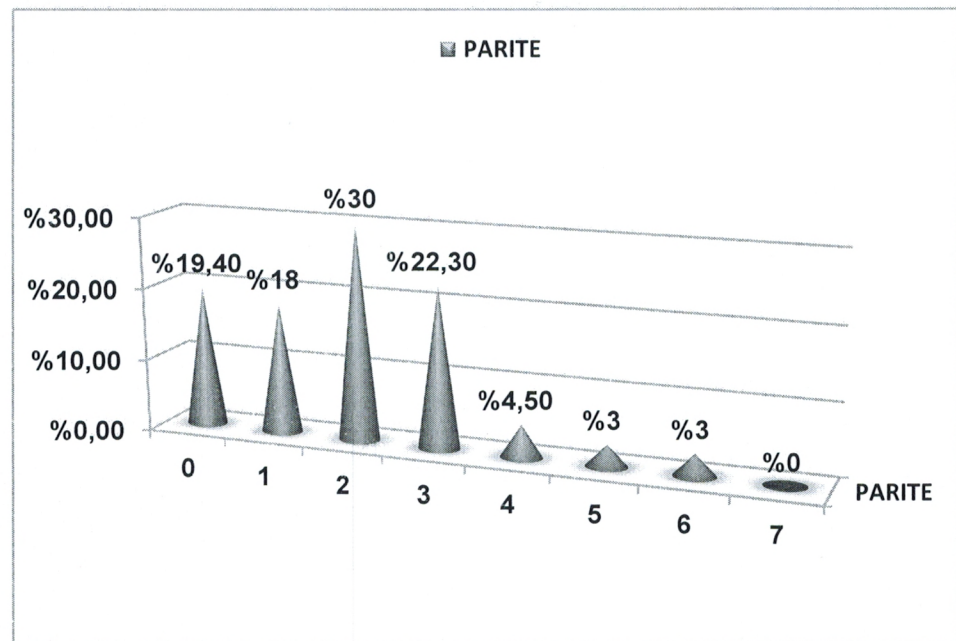


Figure3: La répartition des patientes en fonction de la parité.

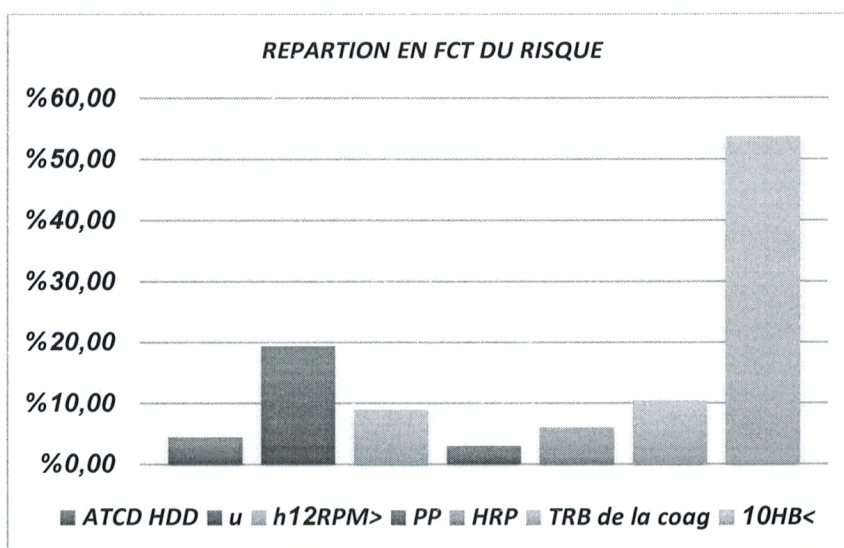
On constate que les multipares sont les plus touchées par l'hémorragie de la délivrance avec un nombre de 42 et une fréquence qui de 80,8%.

II-Etude clinique :

1-Répartition selon facteurs de risque :

ATCD de HDD		RPM>12H	PP	HRP	TRB de la coag	Hb<10
03	13	06	02	04	07	36
	4,47%	19,40%	9%	3%	6%	10,44%
						53,73%

Tableau4 : Répartition des cas selon les facteurs de risque de l'HDD.



D'après le tableau on peut considérer que les facteurs de risque les plus incriminés sont Hb<10 avec un taux de 53,73%, distension utérine avec 19,40%, ainsi que les troubles de la coagulation avec 10,44%.

2-caractéristiques du travail :

W dirigé	Déclenchement du w avec syntocinon	W<3 h	W>10h	Anomalie du contraction utérine	W fébrile
20	17	06	08	04	08
30%	25,37%	9%	12%	6%	12%

Tableau5: Répartition des cas selon les caractéristiques du travail.

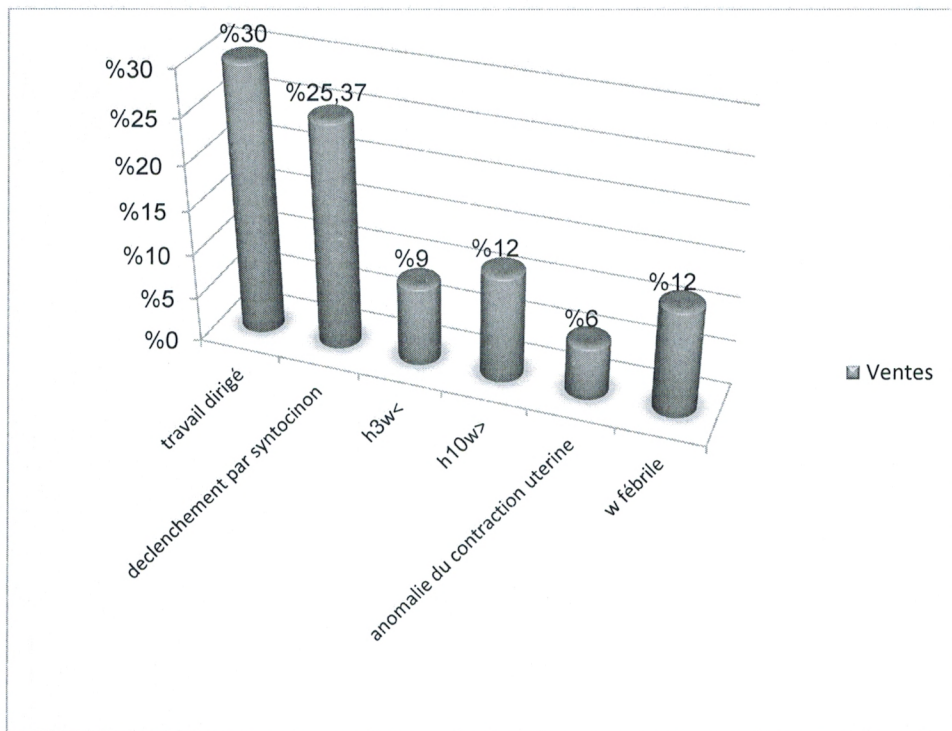


Figure5 : représentation des cas selon Les caractéristiques du travail.

On remarque que dans la majorité des cas du travail sont dirigés et déclenchés

3- Caractéristiques de l'accouchement

Accouch normale	episiotomie	forceps	Poids >3kg900	cesarienne
41	26	03	13	10
61%	38.80%	4.47%	19.40%	15%

Tableau6: répartition des cas en fonction de la nature d'accouchement

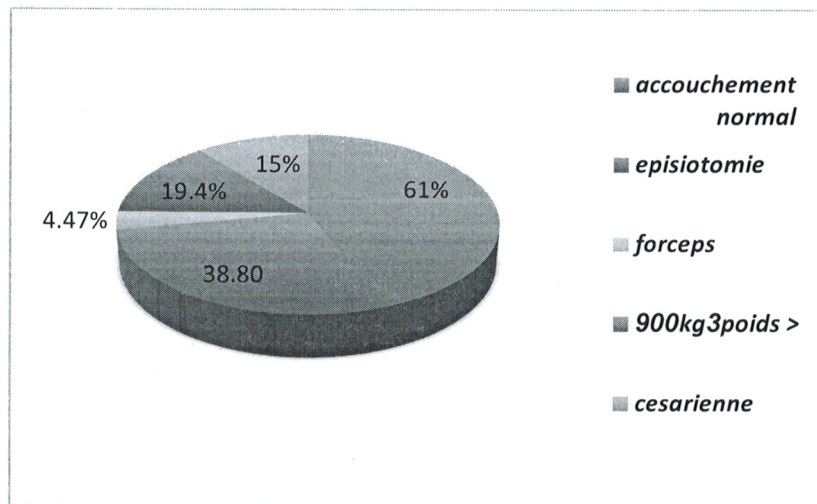


Figure6: répartition des cas selon la nature d'accouchement.

On constate que seulement 15% des femmes ayant présenté une HDD ont accouché par césarienne. Et 85% par voie basse dont 4,47% ont bénéficié d'une extraction instrumentale.

4-Etude de la troisième phase

Accouch normale	episiotomie	forceps	Poids >3kg900	cesarienne
41	26	03	13	10
61%	38.80%	4.47%	19.40%	15%

Tableau7 : répartition des cas en fct du déroulement de la 3ème phase

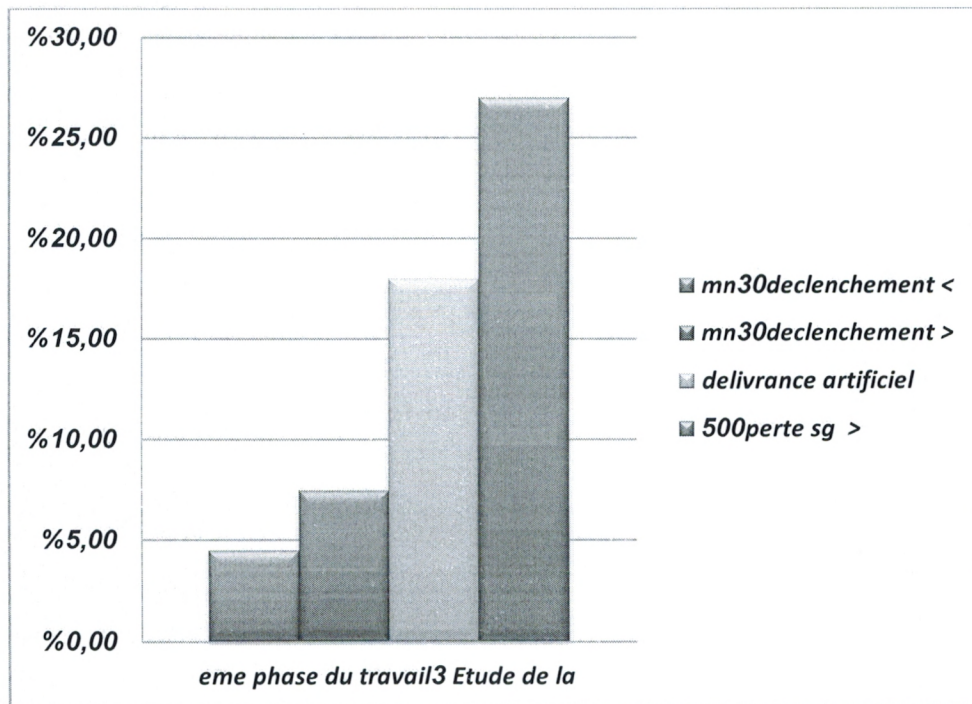


Figure7: répartition des patientes ayant présenté une HDD selon la nature de délivrance.

La délivrance dans la majorité des cas était naturelle sans intervention, chez les 55 patientes qui étaient délivrées (dont 21 patientes ont accouché à la maternité au l'EHST).

III-prise en charge de l'HDD

RU	Siture du col uterin	Examen sous valve	Mèche vaginal	syntocinon	Transfusion sg
67	19	46	11	59	39
100%	28.35%	68.65%	16.41%	88%	58.20%

Tableau8 : Les gestes obstétricaux pratiqués

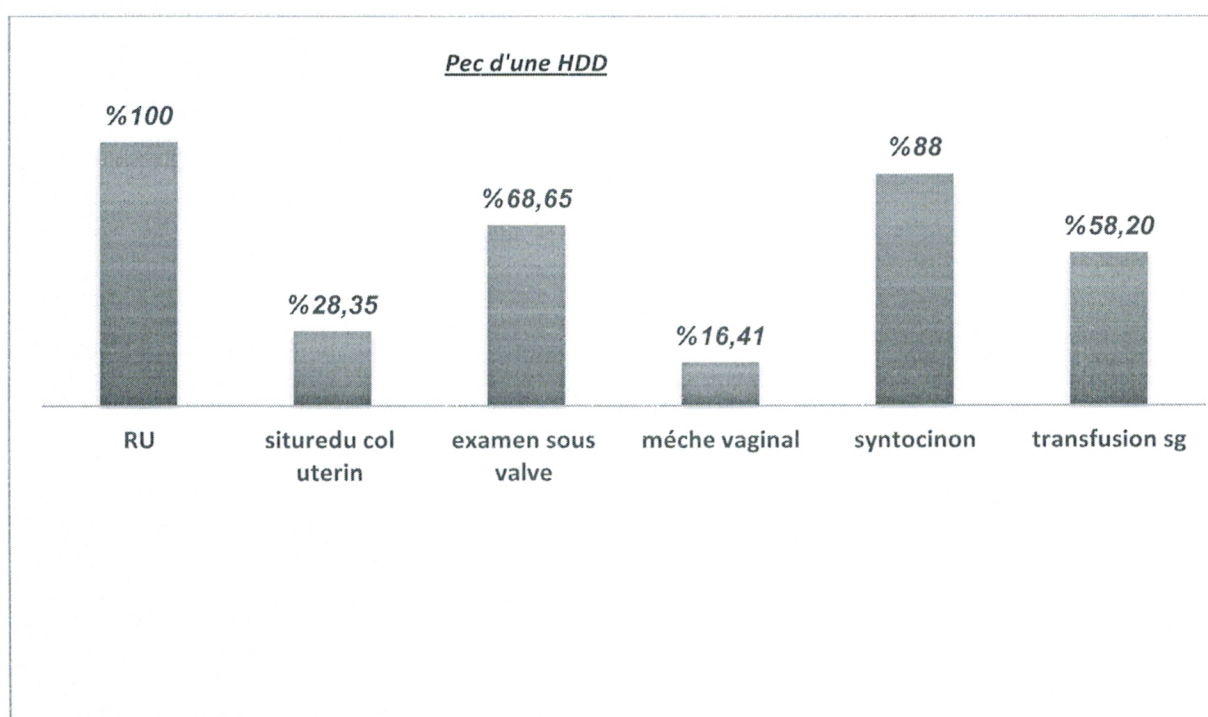


Figure 8 : répartition en fonction des gestes obstétricaux pratiqués

Dans un but diagnostique, étiologique et thérapeutique, on a eu recours à certains gestes obstétricaux présentés dans le tableau précédent. Une fois le diagnostic est fait certains gestes associés au mesures de réanimation ont été instauré :

- Massage utérin avec révision utérine: 67cas (100%).
- examen sous valve : 46cas(68,65)
- Tamponnement vaginal : 11 cas (16.41%).
- Sutures des lésions cervico-vaginales : 19cas (28,35%).
- administration du syntocinon : 59cas (88%).
- Transfusion du sang : 39cas (58,20%).

IV-les étiologies de l'HDD

Retention placentaire	Inertie uterine	TR hemorragique	Lesion cervico vaginale	Placenta accreta
26	21	08	19	
38,3%	31,34%	12%	28,35%	0%

Tableau9 : répartition des cas selon l'étiologie de l'hémorragie

ETIOLOGIE HDD

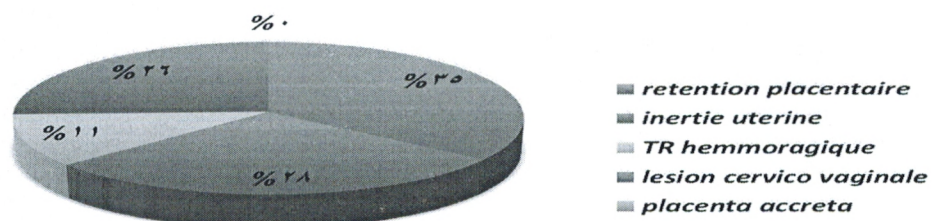


Figure9 : répartition des cas en fonction de l'étiologie de l'HDD.

Dans notre série la rétention placentaire représente un taux de 35%, suivie par l'inertie utérine avec un taux de 28%.

V-les complications de l'HDD

Choc hypovolémique	Sd de CIVD	I rénale	Choc septique	anémie	thrombophlébite	Cpe transfusionel
29	2			32	3	01
	3%			48.4%	4.47%	1.5%

Tableau 10 : répartition des cas selon les complications

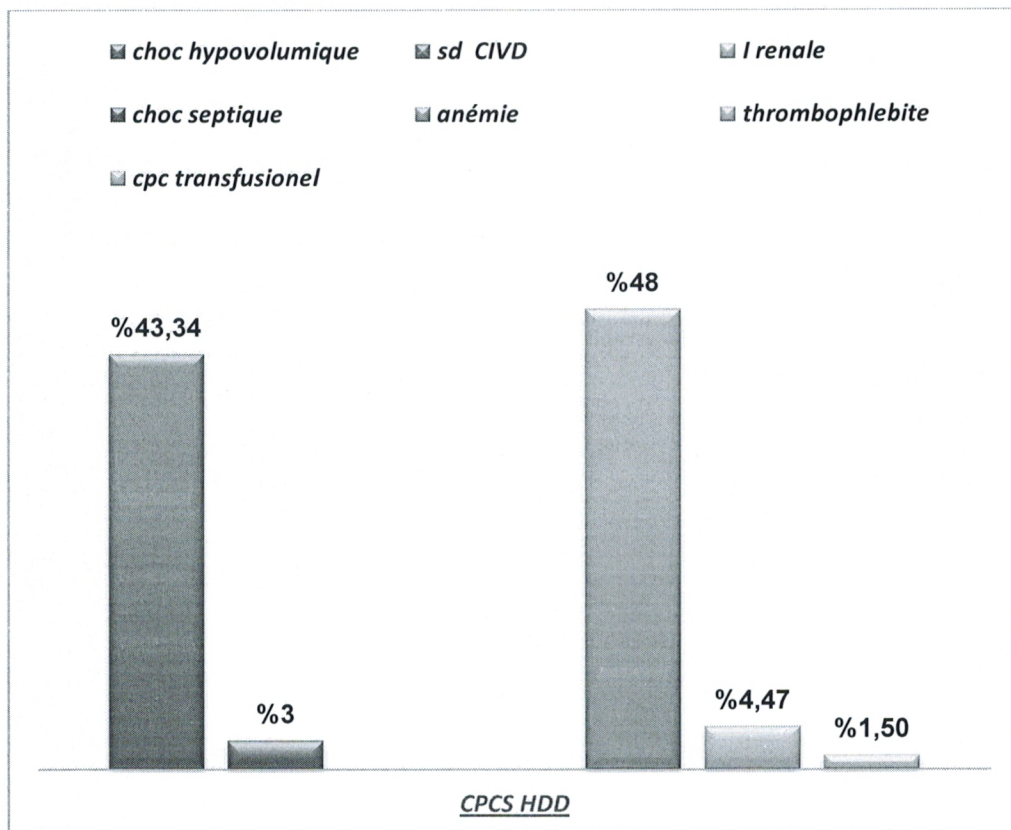


Figure10 : répartition des cas selon les complications

On constate que la majorité des complications sont des chocs hypovolémiques et des anémies

On déplore 7décès par HDD durant les deux années de notre étude :

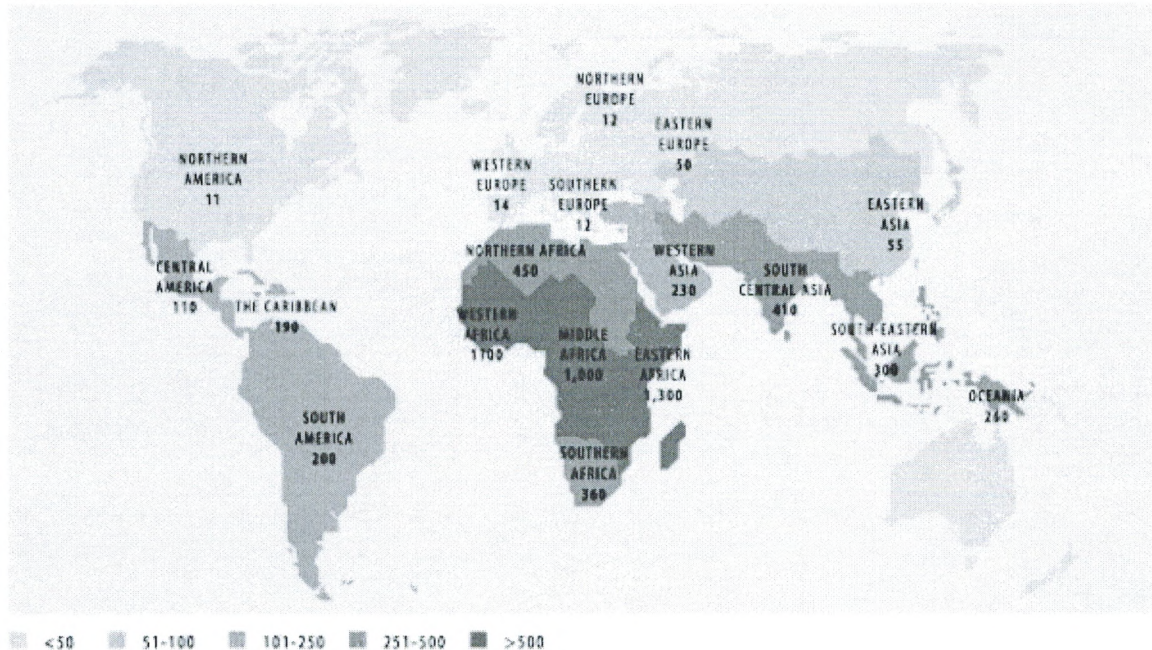
Discussion

L'hémorragie de la délivrance est un problème de santé majeur; pour évaluer son impact et mettre en place des stratégies de prévention et de prise en charge dans les maternités. On a mené une étude rétrospective de 2 années à la maternité de l'EHST. Pour discuter les résultats obtenus en vue de les analyser et de les interpréter, on procédera selon de multiples thèmes à savoir:

I- La prévalence :

Au cours de notre étude nous avons colligé 72 cas d'hémorragie de la délivrance, sur 16830 Patientes admises pour accouchement et celles référées à la maternité De l'EHST, soit une prévalence de 0,42%. Les données de la littérature révèlent que la prévalence de l'HDD au service de gynécologie obstétrique « C » du centre de maternité et néonatalogie de Tunis est de 1,19% [24] et du Fès est de 1,22. Ainsi nous remarquons que notre taux de prévalence est en concordance avec la littérature. Une comparaison de nos résultats avec ceux de nos collègues semble plus judicieuse ; à cet effet, l'étude de prévalence de l'EHST d'une étude menée en 2001, a révélé un taux de prévalence de 0,76% qui est proche de celui de notre étude; par ailleurs au centre hospitalier de COCHIN en France, la fréquence de l'hémorragie de la délivrance rapportée est 4,9% [26] ; ceci signifie que notre taux est inférieur, car nous estimons qu'il ne reflète pas la réalité, vu que certaines hémorragies de faible abondance passent inaperçues, et parfois ne sont pas toutes signalées dans les dossiers médicaux des patientes, ainsi 5 cas dans notre étude avaient des dossiers inexploitable; qu'on interprète par le manque de temps des médecins qui travaillent dans une ambiance de stress à cause du flux quotidien important des parturientes. Ajoutons aussi l'insuffisance de l'information des patientes référées, parfois inconscientes et non accompagnées d'où l'impossibilité de remplir correctement leurs dossiers.

FIGURE 1: MATERNAL MORTALITY BY SUBREGION, 1995
(deaths per 100,000 live births)



Source: WHO/UNICEF/UNFPA

Media file: Postpartum hemorrhage. Maternal morbidity by sub region, 1995

Figure11 : répartition de la mortalité maternelle par hémorragie de la délivrance sur le plan mondial.

II- Les circonstances de survenue de l'hémorragie de la délivrance selon:

1- L'âge

Il est classiquement admis que l'âge constitue un facteur de risque de survenue de l'hémorragie de délivrance. L'âge moyen des patientes étudiées est de $30,28 \pm 7,5$ ans (moyenne \pm écart-type); qui est concordant avec les résultats de l'étude faite à la maternité de TUNIS dont l'âge moyen est de 31 ans [24] et inférieur à celui enregistré lors d'une étude faite en France dont l'âge moyen des patientes était de $32,3 \pm 4,9$ ans (moyenne \pm écart-type); ceci peut être expliqué par le fait que l'âge de procréation en France est plus avancé. Les résultats de notre étude, ainsi que ceux des autres études, montrent que toute femme en période d'activité génitale peut être touchée par l'hémorragie de la délivrance, ce qui nous permet d'insister sur l'importance d'une surveillance rigoureuse de toute accouchée, pendant les 24h qui suivent l'accouchement, dans le but de prévenir la survenue de l'hémorragie et de la traiter dans de bonnes conditions.

2) La parité :

La multiparité constitue un facteur déterminant dans l'épuisement du muscle utérin et donc un élément favorable de la genèse de l'HDD. En effet dans notre étude les multipares sont les plus touchées avec une fréquence de 80,8 quiconcorde avec le résultat de l'étude faite au CHU HASSEN II (Fès) où le taux est 53,8; par ailleurs les études de DERBAL [28] et de l'hôpital Lariboisière [26] note une prédominance chez les primipares.

Auteurs	Pays	Année	Parité	
			Primipare	Multipare
Hôpital Lariboisière paris	France	1997	51%	49%
Fès	Hassan II	2006_2007	8%	52%
Derbal	Tunisie	1988	38.6%	8.2%
Notre étude	EHS Tlemcen	2010_2011	19.40%	80.8%

Tableau11 : la fréquence de l'HDD selon la parité

7) Les facteurs de risque :

Certains facteurs de risque gynéco-obstétricaux pourraient intervenir dans le Déterminisme de l'hémorragie de la délivrance.

Facteur de risque	Société Tunisienne des Science médicales	CHU Fès	Notre étude EHST
ATCD D'HDD	-	5%	4,47%
Distension utérine	-	18%	19,40%
RPM>12H	-	23%	9%
PP	-	-	3%
HRP	35.4%	-	6%

Trouble de la coagulation	-	1%	10,44%
Hb<10	24.6%	5%	53,73%

Tableau 12 : la fréquence des antécédents gynéco-obstétricaux selon les auteurs

- Les antécédents d'hémorragie de la délivrance :

Pour COOMBS, l'ATCD d'HDD est considéré comme un facteur de risque pour une nouvelle récurrence. Ce fait a été retrouvé chez 4.47 % de nos patientes qui concorde avec l'étude du CHU de Fès ou elle a été retrouvée chez 5% des patientes.

- La distension utérine :

19.40% de nos patientes ; ayant une distension utérine ont présenté une hémorragie de la délivrance et cette fréquence reste comparable à celle de l'étude Fès (18%).

- RPM>12H : Le nombre des patientes présente une RPM est de 9% ce qui ne concorde pas avec les résultats de Fès(23)

- L'antécédent de toxémie :

6% de nos patientes, ayant comme antécédent une toxémie, ont présenté une hémorragie de la délivrance mais notre fréquence reste inférieure à celle d'une étude faite en Tunisie, puisque leur taux était de 35.4% ; la toxémie est parmi les facteurs de risque prouvés dans la survenue de l'hémorragie de la délivrance et ceci a été expliqué par le fait qu'elle constitue un état pré-thrombotique (HRP, CIVD).

- Trouble de la coagulation :

10.44% des patientes ayant des troubles de la coagulation ont présenté une hémorragie de délivrance ; mais notre fréquence reste supérieure à celle de l'étude Fès 1%.

- Anémie :

53.73% de nos patientes anémiques ont présenté une hémorragie de délivrance ce qui reste supérieur à celle de l'étude faite à Tunisie (24.6%) et de Fès (5%).

8) Les caractéristique du travail :

Les études traitant des facteurs de risques sont peu nombreuses. Elles portent en général sur un ensemble de facteurs de risque et non spécifiquement au cours du travail. Nous en avons extrait les éléments de risque apparaissant au cours du travail. Les facteurs de risque sont de deux ordres : d'une part les caractéristiques propres du travail ; d'autre part les traitements ou actes réalisés au cours de celui-ci.

8-1) La durée du travail : Les critères concernant la durée du travail retenus dans les différentes études ne sont pas homogènes, d'autant que les définitions des périodes sont différentes entre la littérature anglo-saxonne et la littérature francophone. Globalement, la durée prolongée du travail ajustée à la parité est associée à une augmentation du risque hémorragique primaire. Mais l'analyse plus fine des résultats permet de préciser les critères devant lesquels cette augmentation est significative.

- Ainsi, Combs observe une phase active prolongée chez les femmes ayant accouché par césarienne et ayant présenté une chute de l'hématocrite entre leur admission et le post-partum (PP), mais ne retrouve pas de significativité à l'analyse multi variée de l'arrêt de la dilatation chez les femmes accouchées par voie vaginale. Dans les deux groupes, l'arrêt de la descente du mobile fœtal est associé à l'hémorragie du postpartum (accouchement par césarienne : 30,1 % ; accouchement par voie basse : 25,7 %).

- Saunders, en étudiant la morbidité maternelle et néonatale en relation avec la durée de la deuxième phase du travail (définie entre la dilatation complète et la naissance), constate une augmentation du nombre d'hémorragies du post-partum immédiat avec la durée de la 2^e période. Il note également que cet effet est moindre si l'accouchement se termine spontanément (la différence n'est significative qu'au-delà de 4 h).

Stones observe, lui aussi, presque deux fois plus de cas présentant un travail de plus de 12 h malheureusement les résultats ne sont pas très détaillés.

Dans notre étude les résultats ($\vec{w} < 3H : 9\%$; $\vec{w} > 12H : 12\%$) se concordent avec ceux retrouvés chez SAunder

8-2) Le traitement reçu :

Deux études s'intéressent à l'administration d'ocytocine pendant le travail comme traitement de choix en cas de dystocie dynamique.

Dans l'étude de Combs : sur les accouchements par voie basse, l'administration d'ocytocine reste, après analyse multivariée, associée à une augmentation significative du risque hémorragique (administration d'ocytocine dans 27,8 %). L'auteur avance l'hypothèse qu'un utérus qui requiert une stimulation du travail est également à risque d'hémorragie par atonie. Ce facteur de risque est également identifié par l'équipe du CHU de Rouen dans l'étude sur les hémorragies non diagnostiquées (HND). Les HND ont reçu significativement plus d'ocytocine que les hémorragies diagnostiquées au moment de l'accouchement (HD). Rappelons enfin qu'en France, plus de la moitié des parturientes reçoivent de l'ocytocine au cours des 1^{re} et 2^e phases du travail, et que le poids des ocytociques dans le risque hémorragique est sûrement multifactoriel, dépendant de son indication, de la dose totale utilisée au cours du travail, mais aussi de sa durée et de son débit d'utilisation. Des recommandations ont été publiées sur ce thème par le CNGOF.

Ceci rejoint les résultats de notre étude puisque l'utilisation d'ocytocine au cours du travail est de 55.37% des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance,

9-) Le mode d'accouchement : Dans notre étude Le risque d'hémorragie de la délivrance est plus élevé lors d'un accouchement par voie basse (61%) que lors de la césarienne (15%). ce qui contredit des études faites par plusieurs auteurs :

- Saunders, en étudiant la morbidité en relation avec une prolongation de la deuxième période, trouve presque trois fois plus d'hémorragies en cas de césarienne (taux de césariennes : 10,6 %) après ajustement des variables (taux d'HPP en cas de césarienne 16 % versus 4 % en cas d'accouchement voie basse);
- Waterstone qui a étudié les facteurs prédictifs de morbidité sévère, a le même ordre d'estimation concernant les césariennes en urgence ;
- Y. AOUINA rapporte un taux de 13.05% de césarienne.

9 1) Les manœuvres utilisées :

Un taux élevé de manœuvres obstétricales et extraction instrumentale a été retrouvé par la majorité des auteurs :

COOMBS retrouve un taux d'extraction instrumentale de 43%.

Y. Aouina rapporte un taux de manœuvres obstétricales de 23.91%.

Dans notre série, seulement 4.45% des patientes ont nécessité une intervention instrumentale. Notre faible taux ne rejoint pas les données de la littérature et ceci est peut être dû au fait que la majorité, de nos patientes, a accouché à domicile et dans les maternités des environs. A noter que les renseignements concernant les accouchements faits dans les maternités ne sont pas toujours bien notés sur les fiches de liaison.

10) Le mode de délivrance :

Dans notre série, (18%) ont bénéficié d'une délivrance dirigée. Ceci est en concordance avec une étude faite au CHU de Saint Etienne en France où le taux de délivrance dirigée était de 22%. Six études randomisées au CHU de Poitiers en France de bon niveau de preuve comparent une direction de la délivrance par ocytociques versus l'abstention de toute intervention jusqu'à la délivrance [50, 51, 52, 53, 54, 55]. Il s'agit de comparaisons « direction de la délivrance » versus « délivrance physiologique » qui utilisent des définitions du bras « physiologique » très puristes et susceptibles de favoriser les HDD. Par exemple, le délai avant intervention est de 1 h dans le bras physiologique de l'étude de Rogers. Dans le bras « délivrance dirigée », l'administration d'ocytocique, d'ergométrine ou l'association des deux, a lieu soit par voie intraveineuse directe, soit en perfusion ou encore en IM, au dégageant de l'épaule antérieure ou dans les 3 premières minutes après la naissance, et elle est toujours accompagnée d'une traction « douce » du cordon. L'administration d'ocytociques après l'accouchement est poursuivie quand l'administration a eu lieu en perfusion.

Le bras « délivrance physiologique » consiste en général en l'abstention de toute intervention pendant 30 à 60 minutes. La traction du cordon n'est pas pratiquée. L'ocytocine n'est administrée (en perfusion ou en IM) qu'en cas de besoin.

Cinq de ces études trouvent un avantage à l'injection au moment du dégageant de l'épaule antérieure pour diminuer les pertes sanguines de plus de 500 ml, mais pas toujours pour les hémorragies sévères, pour raccourcir le délai de la délivrance et les besoins en utérotoniques après la délivrance [50, 51, 52, 54, 55]. La pratique unilatérale de la traction du cordon jette une ombre sur ces résultats pourtant très en faveur de la délivrance dirigée.

A la lumière de ces études et de nos résultats on peut considérer que la délivrance naturelle sans intervention peut contribuer à la survenue de l'hémorragie de la délivrance.

11) les étiologies de l'hémorragie de délivrance :

1) l'inertie utérine :

Elle représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance. Dans la littérature l'inertie compliquée environ 2 à 5 % des accouchements par voie basse. Dans notre série, l'inertie utérine représente la deuxième cause de l'HDD avec une fréquence de 31.34%, ceci est en

concordance avec l'étude de Y. AOUINA ET du Fès qui rapportent l'inertie utérine aussi comme deuxième cause avec une fréquence successive de 21.53% et de 34% des HDD.

Les facteurs de risque de l'inertie chez nos parturientes n'ont pas pu être déterminés que chez 18 cas pour surdistention utérine.

2) La rétention placentaire :

Dans notre série, la rétention placentaire totale ou partielle représente 38.80% des HDD, et occupe ainsi la 1ère cause responsable des HDD. Ce qui rejoint les résultats cités dans les thèses d'Y. AOUINA et de Fès qui ont rapporté respectivement 53% et 41%. Cependant la rétention placentaire représente la 2^{ème} cause après l'inertie utérine dans les séries françaises d'après DERBAL et MARIAH.

Dans notre étude aucune cause de la rétention placentaire n'a pu être mise en évidence.

3) Les lésions cervico-vaginales et vulvo-périnéales:

Dans notre série, elle représente la 3ème cause des HDD avec une fréquence de 28,35%. Ceci est particulièrement retrouvé dans la série et l'étude de Fès avec un taux de 21%. Par contre dans une étude faite à la maternité de Bardelocque-Port-Royal de Paris où le taux de lésions cervico-vaginal était plus faible à 9.5%.

4) Les troubles de la crase :

C'est une cause absolument rarissime dont le diagnostic est un diagnostic d'exclusion

Dans notre série on a eu un trois cas de trouble de la coagulation constitutionnelle (thrombopénie, PTAI)

12) les complications de l'HDD :

12-1 Choc hypovolémique :

43,28 % de nos patientes ont présenté une hémorragie grave compliquée d'un choc hypovolémique, ceci est en accord avec l'étude de Y. AOUINA où l'hémorragie était compliquée dans 55%% et l'étude de Fès où l'hémorragie était grave et compliquée dans 58% des cas.

Nos résultats peuvent être expliqués, par le fait que la majorité de nos patientes étaient référées et transférées dans des conditions non adéquates en plus

12-2 Un Syndrome de défibrination :

Il s'agit d'une coagulation intra-vasculaire disséminée secondaire à la perte des facteurs de coagulation lors de l'hémorragie et principalement le fibrinogène. La CIVD peut être favorisée par l'état de choc et survient d'autant plus aisément qu'il existe un retard au remplissage vasculaire.

2 patientes (3%) ayant une HDD ont présentées une CIVD dans notre étude.

12-3 anémie :

53,73% de nos patientes ont présentées une HDD sont compliquées cliniquement d'une anémie qui a été confirmée biologiquement par un $Hb < 10$ dans 36 cas (48%) dans le groupe des accouchées par voie basse et celui des césariennes .ceci est en accord avec l'étude de Fès qui a été confirmée biologiquement dans 56ans (32,9%) dans le groupe des accouchées dans par voie basse et 19cas (20%) dans celui des césariennes

12-4 Une atteinte rénale :

Elle est d'abord fonctionnelle et marquée par une oligoanurie en rapport avec la chute de la filtration glomérulaire.

En effet, dans notre série on n'a pas pu confirmer l'insuffisance rénale fonctionnelle cliniquement ni biologiquement par manque des informations et des bilans

13) les moyennes thérapeutiques de l'hémorragie de la délivrance :

13-1 les moyennes médicamenteux :

13-1-1) les mesures de réanimation :

Elles sont indispensables, car il est impératif d'empêcher l'installation d'un choc, générateur de troubles de l'hémostase qui peuvent devenir irréversibles.

L'évaluation de l'état clinique de la patiente (pouls, pression artérielle) doit être faite en parallèle à la mise en route des premières mesures de réanimation. Dès le début de la prise en charge, il est fondamental de noter l'heure du diagnostic de

l'hémorragie car les actions entreprises sont chronophages et les délais de réponses aux différents traitements peuvent influencer les stratégies thérapeutiques.

Dans notre série toutes nos patientes ont bénéficié de deux voies d'abord vasculaires périphériques avec remplissage au sérum salé ce qui rejoint l'étude de Fès.

Dans notre série on a transfusé 39 patientes (58,20%) : (39 patientes ont reçues culots globulaires .ceci est en accord avec les résultats de Fès qui ont été transfusés 65 patientes (30,6%)

13-1-2) La délivrance artificielle :

Cette technique consiste à aller chercher le placenta à l'intérieur de la cavité utérine. Cela demande des conditions à respecter: vessie vide, aseptie soignée de la parturiente et de l'opérateur.

Dans notre série 12 de nos patientes, un taux de 18% ont bénéficié d'une délivrance artificielle suite à une rétention complète du placenta, notre résultat rejoint celui de l'étude de Y. Aouni où 29% de ses patientes ont bénéficié d'une DA.

13-1-3) la révision utérine :

Elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, de membrane ou de caillots sanguins. Elle s'effectue dans les mêmes conditions que la délivrance artificielle.

Dans notre série 67 patientes (100%) ont eu une révision utérine ce qui rejoint l'étude de Fès où 153(90%) patientes ont bénéficié d'une révision utérine.

13-1-4) La vérification de l'intégrité du col, du vagin, et du périnée :

Il s'agit d'un temps essentiel devant une hémorragie qui résiste aux moyens habituels et quand la révision n'a pas montré d'effraction du segment inférieur. L'examen sous valve de la vulve, du vagin et du col permet de repérer les brèches vaginales ignorées (en particulier les brèches du dôme vaginal et déchirures du col), et enfin les délabrements vaginaux.

Dans notre série, 46 (68,65%) patientes ont bénéficiées de cet examen qui a permis de diagnostiquer et de suturer 19 lésions cervico-vaginales (28,35%) ces résultats sont concordantes avec les résultats de Fès où 35 (20,58) sutures sont réparées après l'examen sous valve.

13-1-5) le massage utérin :

Le massage utérin se pratique, lui, après la délivrance complète, vessie vide. Il a pour objectif de stimuler l'utérus pour qu'il se contracte. Les recommandations écossaises le décrivent comme d'une durée d'au moins 15 secondes. Il doit être répété fréquemment juste dans le post-partum immédiat. Il est particulièrement recommandé en cas d'atonie utérine et représente le complément indispensable des traitements médicamenteux préventifs de l'hémorragie du post-partum d'origine utérine.

On a eu recours au massage utérin avec compression de l'utérus contre la symphyse pubienne dans 100% des cas (67 patientes).

13-1-6) Les utéro toniques :

Ce sont les utérotoniques : ocytociques, dérivés de l'ergot de seigle et les prostaglandines. Leur objectif est de favoriser la rétraction d'un utérus vide en complément ou en relais du massage utérin. La voie d'administration peut être intraveineuse, intramusculaire ou intramyométriale. Le Syntocinon® par voie intraveineuse.

Dans notre série 59 (88%) de nos patientes ont reçu les utéro toniques.

Notre résultat est beaucoup plus élevé par rapport à l'étude de Y. AOUINA qui rapporte 60.87 % des patientes ont reçu les utéro toniques.

13-2) Le traitement chirurgical : hystérectomie d'hémostase

Le choix de la technique dépend des antécédents obstétricaux de la patiente, L'hystérectomie d'hémostase représente l'intervention ultime, radicale pour l'avenir obstétrical maternel. Elle est réservée en cas d'échec du traitement conservateur (chirurgical ou radiologique), ou aux situations où l'état hémodynamique de la patiente est instable ou en cas de lésions utérines définitives.

Dans la littérature, l'incidence de l'hystérectomie d'hémostase se situe entre 0.14 et 1.6 pour mille accouchement la série CHU de FES 2006-2007 1.7%

Dans notre série on a réalisé sept hystérectomies d'hémostase ; soit une fréquence de 10,44% ce qui ne rejoint pas les résultats de l'étude de Fèsou trois hystérectomies ont été réalisé soit une fréquence de 1,76%.

Recommendations

La sécurité et la qualité représentent les principes fondamentaux des soins.

Leur amélioration implique une approche globale portant sur toutes les étapes de la prise en charge de la patiente. A l'instar des résultats de notre travail nous proposons en terme des recommandations dans ce qui suit :

Les principaux messages à diffuser auprès de la population doivent porter sur :

En plus des consultations prénatales, chaque femme enceinte sera adressée en consultation d'anesthésie. La collaboration avec l'équipe d'anesthésie aura pour objet de mettre en place des mesures minimales nécessaires à la prise en charge de l'ensemble des patientes en cas de survenue d'une HPP (accord professionnel).

Une grossesse bien suivie peut prévenir la survenue de complication hémorragique.

Dans chaque maternité, il est préconisé de décrire les modalités de prise en charge de l'HDD dans un protocole adapté aux conditions locales d'exercice qui doit être régulièrement réactualisé, ainsi que de faire figurer la liste téléphonique de tous les acteurs potentiellement impliqués .

Il est recommandé que chaque maternité dispose d'un praticien, dont les compétences chirurgicales sont suffisantes, pour l'exécution des gestes d'hémostase en cas d'HDD sévère (accord professionnel).

Envisager une surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent l'accouchement. Celle-ci portera sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la pression artérielle. Ces données seront consignées dans le dossier de la patiente.

Une prise en charge active de la délivrance comportera au minimum les gestes cliniques au moment du décollement placentaire, la traction contrôlée du cordon associée à une contre-pression sus-pubienne à l'aide de la main abdominale. De plus, un massage de l'utérus sera effectué après l'expulsion du placenta si l'utérus est hypotonique.

Effectuer un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine.

Faire une injection prophylactique d'ocytocine; cette administration peut être faite soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né (délivrance dirigée) soit après l'expulsion du placenta. Elle consiste en l'injection par voie intraveineuse directe lente (ou intramusculaire) de 5 à 10 UI d'ocytocine.

Envisager une délivrance artificielle lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes.

La précocité du diagnostic est un élément essentiel du pronostic de toute HDD.

La quantification peut être facilitée par la mise en place d'un sac de recueil placé sous la patiente dès la fin de l'expulsion fœtale. Son efficacité à réduire le risque ou la gravité des HDD reste cependant à établir.

Dans le cas de la césarienne, les pertes sanguines sont plus importantes que dans un accouchement par voie basse et l'estimation de ces pertes est particulièrement difficile. Il est recommandé de réaliser une délivrance dirigée plutôt que d'effectuer une délivrance manuelle immédiate.

Le misoprostol n'est pas recommandé en prophylaxie de l'HDD ; en effet, il est moins efficace que l'ocytocine dans cette indication et ses effets secondaires sont plus nombreux.

Malgré le développement des techniques médicales, obstétricales ou de radiologie interventionnelle, les techniques chirurgicales doivent être apprises et connues, car elles représentent parfois la solution ultime mais indispensable face à une hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) grave, lorsque la vie de la mère est en jeu.

Il paraît également indispensable, au vu de la multiplicité des techniques et de l'impératif de temps, qu'une démarche logique discutée au sein d'un service fait l'objet d'un protocole de soins écrit, clair et disponible dans l'urgence.

La communication de la notion d'hémorragie de la délivrance, doit être immédiate à tous les intervenants potentiels (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, infirmières), s'avère indispensable pour une prise en charge optimale, multidisciplinaire et réalisée de manière conjointe et simultanée.

Le facteur temps étant primordial, il est important de noter l'heure initiale du diagnostic de l'hémorragie, d'évaluer quantitativement les pertes sanguines, et de débiter un relevé chronologique des éléments de surveillance et de prise en charge sur une feuille spécifique.

L'équipe obstétricale doit se poser la question de l'étiologie obstétricale de l'hémorragie : inspection systématique du col et du vagin, si elle n'a pas déjà été réalisée et révision de la cavité utérine si nécessaire ; mais ces deux gestes ne doivent pas retarder la suite de la prise en charge.

La prise en charge par l'équipe d'anesthésie-réanimation : Le monitoring installé initialement (électrocardioscope, mesure régulière non invasive de la pression artérielle, oxymétrie de pouls), est complété par un sondage vésical permettant la surveillance de la diurèse horaire.

La mise en condition est complétée par la pose d'une deuxième voie d'abord veineuse et d'un prélèvement sanguin pour établir un bilan biologique standard (NFS-plaquettes, TP, TCA, groupage, fibrinogène).

Il pourra être associé une mesure immédiate du taux d'hémoglobine par un appareil portable (type Hemocue®). Les bilans seront répétés en fonction de l'évolution de la situation clinique.

Cette mise en condition minimale peut être complétée, en cas d'hémorragie abondante ou qui se prolonge, par :

- un remplissage vasculaire et une transfusion idéalement réalisés grâce à un accélérateur réchauffeur de perfusion (accord professionnel) ;*
- la mise en place d'un abord veineux fémoral gauche et d'un cathéter artériel (utile pour la surveillance hémodynamique et les prélèvements répétés).*

En cas d'hémorragie abondante, il faut d'emblée prévenir le site transfusionnel afin qu'il puisse gérer l'approvisionnement des divers produits sanguins labiles.

**La transfusion de culots globulaires est recommandée pour maintenir un taux d'hémoglobine entre 7 et 10 g/dl tant que l'hémorragie persiste. En cas de troubles de l'hémostase associés à une hémorragie, le plasma frais congelé (PFC) (10 à 15ml/kg) peut être utilisé en première intention.*

** Une transfusion de concentrés plaquettaires est recommandée en cas de thrombopénie inférieure à 50 G/L-1 associée à une hémorragie active au cours d'une césarienne, et pour une thrombopénie inférieure à 30 G/L -1 au cours d'un accouchement par voie basse .*

** En présence de troubles de la conscience et d'un état hémodynamique instable, l'intubation oro-trachéale avec ventilation mécanique est nécessaire pour optimiser la ventilation et l'oxygénation, ainsi que pour assurer la protection des voies aériennes de l'inhalation du contenu gastrique.*

** En cas de troubles de la coagulation, le cathéter péridural est laissé en place.*

Son retrait ne sera effectué qu'après normalisation du bilan biologique.

Il est recommandé d'administrer dans le délai de 15 à 30 min après le début de l'hémorragie un traitement par sulprostone en perfusion intraveineuse à la seringue électrique (les voies : intramusculaire et intramyométriale sont contre-indiquées). On débute à une posologie comprise entre 100 et 500 microgrammes par heure. Cette posologie est adaptée en fonction de la réponse au traitement jugé sur la persistance de l'hémorragie et la tonicité utérine ; la posologie maximale de perfusion est de 500 microgrammes par heure (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé d'utiliser le misoprostol en intra-rectal dans cette indication.

La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens : le service demandeur et le service d'accueil.

Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps (accord professionnel).

Un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place si les conditions des lieux le permettent.

Pendant le transport, seules des techniques de réanimation peuvent être envisagées, les gestes endo-utérins ne sont pas réalisables (accord professionnel).

Dès la décision de transfert de la patiente, et afin d'anticiper l'obtention des produits sanguins, les documents immuno-hématologiques et les informations nécessaires sont communiqués au service d'accueil. La malade doit être transférée avec ses documents originaux ou des copies de ceux-ci (accord professionnel).

Dans le cas particulier d'une hémorragie compliquant un accouchement survenu hors maternité et devant l'inefficacité du traitement initial (vacuité vésicale, massage utérin, ocytociques puis éventuellement révision utérine et sulprostone), il faut privilégier le transport médicalisé rapide vers une structure hospitalière adaptée et préalablement informée plutôt que de s'attarder sur place.

Dans les circonstances où l'hémorragie s'aggrave ou échappe au traitement médical, le recours à l'anesthésie générale est recommandé pour la chirurgie, même si une analgésie péridurale était déjà en place.

Si l'accouchement a eu lieu par césarienne ou si les conditions optimales de réalisation de l'embolisation ne sont pas réunies, les ligatures vasculaires, associées pour certains à un capitonnage des parois utérines, constituent le geste chirurgical le plus approprié en première intention. Ces ligatures peuvent être celles des artères utérines éventuellement associées à celles des ligaments ronds et des utéro-ovariens ou une ligature bilatérale des artères hypogastriques. Les ligatures des artères utérines sont plus simples à réaliser et ont une morbidité moindre. Il n'existe cependant pas de données permettant de privilégier l'une de ces techniques ; le choix repose essentiellement sur l'expérience du chirurgien (accord professionnel).

L'hystérectomie d'hémostase est 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, cette technique étant plus simple, plus

rapide et aussi efficace que l'hystérectomie totale en dehors de situations particulières (placenta prævia ou accrété, rupture complexe du segment inférieur ou déchirure cervicale grave associée).

Après embolisation ou chirurgie, la surveillance de la patiente dans une structure adaptée de type réanimation, soins intensifs ou salle de surveillance post interventionnelle est une mesure indispensable (accord professionnel).

Enfin après notre étude à l'EHS de Tlemcen, nous suggérons que chaque maternité dispose en salle de travail d'un Kit pour prise en charge d'une hémorragie de la délivrance. Le kit doit être de composition (contenu) la plus complète possible pouvant couvrir les premiers besoins de soins de la patiente, et qu'il soit d'un coût le plus bas possible facilement recouvrable, renouvelable, disponible et accessible en tout temps.

Conclusion

Pour conclure, actuellement une prise de conscience du risque lié à la survenue d'une hémorragie de la délivrance s'instaure progressivement. L'HDD est une pathologie grave engageant rapidement le pronostic vital de ces jeunes femmes.

Elle a fait l'objet de recommandations de pratique clinique récentes. Sa prise en charge multidisciplinaire nécessite une structure hospitalière performante. Des protocoles de soins adéquats et chronométrés, partagés au sein des réseaux de soins périnataux, garantiront la rapidité et l'efficacité du traitement.

La mort d'une femme jeune, le plus souvent bien portante, au moment de donner la vie, est toujours mal acceptée et mal vécue par l'entourage, alors que l'accent a été mis depuis longtemps sur la nécessité d'accoucher dans de bonnes conditions de sécurité. Cette sécurité au cours et au décours de l'accouchement sous-entend qu'une équipe obstétrico-anesthésique soit disponible en permanence dans une maternité correctement équipée.

Promouvoir une surveillance attentive de la délivrance et du post-partum immédiat et la tenue d'un recueil de données du suivi de cette période pour chaque parturiente, s'avèrent indispensables pour une meilleure prise en charge de ces femmes.

Une politique de diffusion des techniques préventives de l'hémorragie du post-partum et des recommandations du groupe doit être développée auprès des professionnels intervenant lors des accouchements : médecins, sages-femmes, infirmières.

Les services de gynécologie-obstétrique sont incités à définir une politique de prévention de l'hémorragie du post-partum adaptée aux conditions locales d'exercice.

Toute mise en place d'une politique de prévention de l'hémorragie du postpartum doit faire l'objet d'une évaluation pour en valider l'efficacité en routine.

L'information des patientes sur les orientations choisies par le service en matière de prévention de l'hémorragie du post-partum doit être réalisée en cours de grossesse.