



République Algérienne Démocratique et Populaire



Université Abou Bekr Belkaid
Faculté de Médecine « Dr. Benzerdjeb »

7^{ème} Année Médecine

Service de : gynécologie obstétrique

L'ENCADREUR DU TRAVAIL : "PR. OUALI"

Mémoire de fin d'étude :

L'hémorragie de la délivrance

Préparé par: LES INTERNES :

BELAIDI MERJEM ASSIA
BENCHACHOU RABAB
BENNABI WISSAM

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014/2015

Dédicaces:

On dédie affectueusement ce travail à:Allah le tout Puissant qui a guidé nos pas chaque jour, merci pour cette volonté et ce courage que tu nous as donné. Aide nous par cette formation à_sauver des vies et aussi à apaiser des cœurs blessés.

A notre cher **professeur Quali** :Professeur en gyneco-obstetrique CHU Tlemcen

C'est un grand honneur pour_nous de vous présenter ce modeste travail ; Nous avons apprécié vos qualités humaines votre esprit scientifique votre compétence et votre grande expérience en domaine ;

Acceptez ce travail comme témoignage de notre reconnaissance et notre profonde gratitude

Remerciements :

Nous tenons à remercier :

- _Monsieur le professeur Belarbi : chef de service de gynéco-obstétrique Chu Tlemcen
- _Tout le personnel médical paramédical et administratif de l'EHS Tlemcen
- _Nos chères familles pour leurs soutien et encouragements.
- _Tous nos confrères de la promotion nous n'avons que de bons souvenirs de vous tous, nous souhaitons d'avancer tous sur le bon chemin

Soyez amicalement remerciés

Hémorragie de la délivrance 72cas

PLAN :

- I)- Introduction
- II)- Objectifs
- III)- Définition et généralités :
 - 1) Définition de l'HDD
 - 2) Rappel de la physiologie de la délivrance
 - 1-1) La délivrance normale
 - 1-2) La délivrance dirigée
 - 3) Rappel anatomique de la vascularisation de l'utérus
- IV) Etiopathogénie et les facteurs de risque de survenue des hémorragies du post-partum.
- V) Les moyens diagnostiques
- VI) CAT devant une hémorragie de la délivrance

MATERIELS ET METHODES :

- I)- Le type et la durée d'étude
- II)- Le lieu d'étude
- III)- La sélection des patientes :
 - 1) Les critères d'inclusion
 - 2) Les critères d'exclusion
 - 3) Les variables analysées
 - 4) Les documents utilisés
- IV)- La collecte des données

RESULTATS :

- I)- La fréquence
- II)- La répartition des patientes selon :
 - 1) L'âge
 - 2) La parité
 - 3) Les antécédents
 - 4) Le déroulement du travail
- III)- La prise en charge :
 - 1) Les gestes pratiqués
 - 2) Les mesures de réanimation
 - 3) Le traitement médical
 - 4) Le traitement chirurgical
- IV)- Le diagnostic étiologique
- V)- L'évolution et les complications

Hémorragie de la délivrance 72cas

DISCUSSION :

I)- La prévalence

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

- 1) L'âge
- 2) La parité
- 3) Les antécédents
- 4) Le déroulement du travail

III)-Les étiologies de l'hémorragie de la délivrance :

- 1) Rétention de débris trophoblastique
- 2) Déchirures : Vaginales, Cervicales, Clitoridiennes, Périnéales
- 3) Episiotomie :
 - Mal faite
 - Non faite
- 4) Persistance de cotylédon
- 5) Inertie utérine
- 6) Hématome périnéal
- 7) Rupture utérine
- 8) Inversion utérine

IV)- Les mesures préventives

V)- Les moyens thérapeutiques de l'HDD :

- 1) Les buts
- 2) Les moyens :
 - 2-1) Les mesures de réanimation
 - 2-2) Les gestes pratiqués
 - 2-3) Le traitement médical
 - 2-4) Le traitement chirurgical
- 3) Les indications

VII)-Le pronostic maternel :

- 1) La morbidité maternelle
- 2) La mortalité maternelle

Les recommandations

Conclusion

Résumé

Bibliographie

I) INTRODUCTION :

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les suites de couches.

La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsque l'une de leurs filles est enceinte.

« La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel ». Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin d'établir les conditions les plus meilleures pour une issue favorable de la grossesse.

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 ; 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.

La connaissance des étiologies devrait permettre un dépistage précoce avant l'instauration des troubles cliniques majeurs.

C'est la coopération entre l'accoucheur, l'anesthésiste et l'infirmière, rapide et coordonnée, qui apportera la réponse adaptée et optimale à chaque cas évitant la survenue des complications gravissimes.

Hémorragie de la délivrance 72cas

II) OBJECTIFS :

L'Objectif principal :

Etudier la fréquence de l'hémorragie de la délivrance dans le service de gynéco-obstétrique de l'EHS MERE- ET ENFANT Tlemcen durant deux ans : 2013 et 2014 et apprécier l'efficacité de sa prise en charge immédiate.

Les objectifs secondaires :

- Savoir identifier les principaux facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance.
- Etablir le pronostic maternel
- Formuler des recommandations adéquates en matière d'HDD.

III) DEFINITION ET GENERALITES :

1) Définition :

L'hémorragie de la délivrance ou hémorragie du post-partum immédiat se définit par l'OMS comme étant un saignement provenant du tractus génital, anormal par son abondance supérieur à 500ml, survenant dans les 24 heures qui suivent l'expulsion foetale par les voies naturelles ou par césarienne.

La définition classique de l'OMS a été remplacée, par certains auteurs, par les valeurs suivantes :

500 mL pour un accouchement par voie basse, et 1 L pour une césarienne. Pour d'autres, c'est plutôt une diminution de l'hématocrite de 10 points suite à l'accouchement, et pour d'autres encore, c'est toute hémorragie mal tolérée par la mère ou nécessitant une transfusion sanguine .Elle peut être brutale, imprévisible et de grand débit.

2) RAPPEL DE LA PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE :

La délivrance « troisième stade du travail » comporte trois étapes successives:

Hémorragie de la délivrance 72cas

- décollement du placenta et hémostase
- migration du placenta dans le segment inférieur puis dans le vagin ;
- expulsion du placenta et des membranes hors de la vulve.

On distingue :

- **La délivrance normale** : où le décollement et la migration se font sous l'influence de la rétraction et des contractions utérines spontanées. Elle est dite **spontanée** si l'expulsion du placenta se fait également sous le simple effet de la gravité, des contractions musculaires réflexes du périnée et des efforts maternels, et **naturelles** si l'expulsion est aidée par une tierce personne ;
- **La délivrance dirigée** où l'on renforce artificiellement la rétraction et les contractions utérines au moyen de médicaments utérotoniques administrés dès le dégagement de l'épaule antérieure du nouveau né.
- **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, 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.

1) Délivrance normale :

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

Hémorragie de la délivrance 72cas

diminution de la hauteur utérine (le fond utérin descend au dessous de l'ombilic).

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

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.

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 clivage ouvre des sinus veineux et détermine une hémorragie formant un hématome inter-utéro-placentaire qui parachève le décollement (hématome rétro-placentaire physiologique).

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

C) Hémostase :

Hémorragie de la délivrance 72cas

- Une hémostase temporaire est assurée immédiatement par la rétraction de l'utérus qui obture dans ses mailles les vaisseaux utérins (« ligatures vivantes» de Pinard).
- 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 procoagulantes libérées lors du décollement.

D) Migration placentaire :

Elle se fait sous l'influence des contractions selon deux modalités distinctes : le mode de Baudelocque 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 foetale 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

Hémorragie de la délivrance 72cas

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 traction sont les 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 des téguments et des conjonctives;

- **la vulve** pour dépister un écoulement sanglant ;

- **l'utérus** par la palpation et l'inspection.

Hémorragie de la délivrance 72cas

Elle permet de suivre les différents temps de la délivrance, de reconnaître le moment où le placenta décollé, peut être extrait par différentes manoeuvres, et de déceler précocement les événements pathologiques.

* Critères du décollement :

–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.

–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 inconstant et ne garantit pas que le décollement est complet.

–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.

–Manoeuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut :

Une main déprime la région sus-pubienne, empaume la partie basse de

Hémorragie de la délivrance 72cas

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 celle du cordon .

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

Deux manoeuvres sont décrites dans la littérature :

- **La traction contrôlée sur le cordon** : 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 fondique** : 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 manoeuvre l'utérus est utilisé comme un piston pour propulser le placenta.

Toute manoeuvre 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 déplissant 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 :**

Hémorragie de la délivrance 72cas

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

- **La face foetale** : 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 intrautérin, 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.**

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 utérotonique 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.

3) Rappel anatomique de la vascularisation de l'utérus :

L'artère utérine, principale branche de l'artère iliaque interne, assure la vascularisation de la majeure partie de l'utérus et prend également en charge une partie des annexes (trompes et ovaires), du vagin et de la vessie. Au nombre de 2 droite et gauche, les artères utérine constituent donc, un des axes vasculaires principaux des organes pelviens chez la femme.

L'étude anatomique de l'artère utérine revêt plusieurs intérêts :

*Anatomique : l'importance de ses rapports avec les organes de voisinage, particulièrement avec l'uretère.

*Clinique : non accessible à l'examen clinique, d'où l'intérêt des explorations paracliniques.

*Paraclinique : artère explorable par échographie, échographie doppler et doppler couleur.

*Pathologique : au cours des hémorragies de la délivrance, le contrôle de l'artère est un point primordial, que ce soit dans le cadre d'une hystérectomie d'hémostase, ou lors d'embolisation artérielle en radiologie interventionnelle.

*Chirurgicale : au cours d'une hystérectomie chirurgicale pour cause néoplasique ou hémorragique la ligature de l'artère utérine s'impose. Anatomie descriptive :

Hémorragie de la délivrance 72cas

D'une longueur de 15 cm, et d'une largeur de 3mm en moyenne, l'artère utérine est classiquement décrite comme flexueuse. Sa particularité est de tripler sa longueur au cours de la grossesse, suivant ainsi l'augmentation de volume de l'utérus lui-même.

L'artère utérine est la principale branche viscérale de l'artère iliaque interne. Deux descriptions principales sont à noter, selon le mode de division de cette artère :

- Origine isolée au niveau d'un tronc antérieur de bifurcation (56% des cas)
- Origine par un tronc commun avec l'artère ombilicale (40% des cas)

Classiquement, son trajet est divisé en trois segments, selon sa disposition par rapport au ligament large : segments pariétal, paramétrial, mesométrial.

*Segment pariétal rétro ligamentaire :

Oblique en bas en dedans et en avant, l'artère utérine est située en arrière du ligament large, plaquée contre la paroi pelvienne, jusqu'à l'épine ischiatique, à 5 cm environ de la ligne médiane.

* Segment paramétrial sous ligamentaire :

Oblique en bas en dedans et en avant, l'artère utérine dans l'espace pelvi-rectal supérieur surcroise l'uretère sous le ligament large, puis décrit une crosse à concavité supérieure, située à 15 mm au-dessus et en dehors du cul de sac vaginal.

* Segment mesométrial intra ligamentaire :

En entrant dans le ligament large, l'artère est d'abord verticale longe le bord latéral du corps utérin sur 5 cm en suivant un trajet sinueux ; puis elle se coude et se dirige transversalement en dehors sous le ligament utéro-ovarien.

L'artère utérine se termine à l'extrémité inférieure de l'ovaire :

- En s'anastomosant le plus souvent avec l'artère ovarienne.

Hémorragie de la délivrance 72cas

-Rarement sans vasculariser ou au contraire en vascularisant seule l'ovaire.

Les branches collatérales :

1. Segment pariétal rétro ligamentaire : Pas de collatérales.

2. Segment paramétrial sous ligamentaire :

- Les artères vésico vaginales : nombreuses, naissent en aval du croisement de l'artère utérine avec l'uretère, elles croisent l'uretère en avant ou en arrière et vascularisent la base de la vessie et la paroi antérieure du vagin.

- Une artère urétérale : en T, au niveau du croisement avec l'uretère.

- Une artère cervico vaginale : en dedans du croisement avec l'uretère, se dirige en dedans et vascularise le col, le CDS latéral du vagin, le bas fond vésical, et la terminaison de l'uretère.

3. Segment mesométrial intra ligamentaire :

- Les artères du col utérin : au nombre de 6, naissent à distance du col et forment un réseau vasculaire superficiel péri cervical. La 1ère artère du col donne parfois une artère azygos du vagin. Chaque rameau se bifurque loin du col, lui permettant de se dilater au cours de la grossesse sans risque de rupture des artères.

- Les artères du corps utérin : au nombre de 8, pénètrent dans le myomètre et se divisent en 2 branches antérieure et postérieure formant ainsi un réseau vasculaire intra musculaire.

Les artères du corps utérin sont entourées de fibres musculaires constituant un véritable appareil sphinctérien qui lors de la délivrance permettent la ligature vivante de Pinard.

- Rameaux pour le ligament rond.

- Rameaux pour le ligament large.

Les branches terminales :

Au niveau de l'embouchure de la trompe l'artère utérine se divise en 2 branches terminales :

Hémorragie de la délivrance 72cas

- Artère rétrograde du fond utérin = la récurrente utérine, pour le fond utérin, la partie initiale de la trompe et parfois le ligament rond.

C'est une artère fonctionnelle importante car elle représente souvent la zone d'insertion placentaire.

- La branche annexielle : passe sous le ligament utéro ovarien et se divise en :

Artère tubaire interne : s'anastomose avec la tubaire externe branche de l'artère ovarienne.

Artère ovarique interne : s'anastomose avec l'ovarique externe branche de l'artère ovarienne.

Les anastomoses :

- Anastomoses homolatérales : verticales, unissant entre elles les branches horizontales du corps utérin.

- Anastomoses inter-utérines : relie les différentes branches corporeales et du col des artères utérines droites et gauches.

- Anastomoses diverses avec :

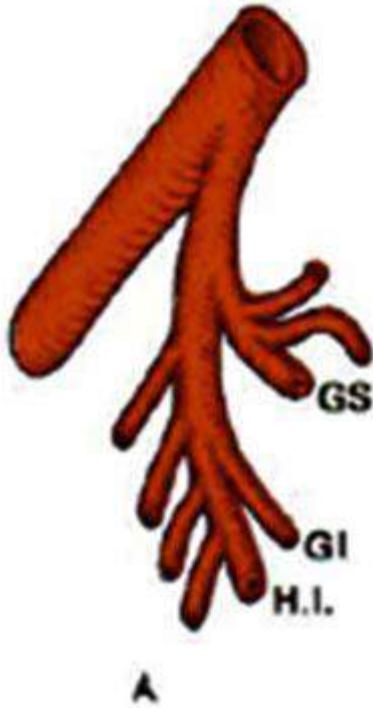
L'artère ovarienne : par les branches annexielles.

L'artère épigastrique : par l'artère du ligament rond.

L'artère vaginale longue : par les branches cervico vaginales.

C'est par ces anastomoses que la vascularisation de l'utérus est possible après ligature de l'artère hypogastrique.

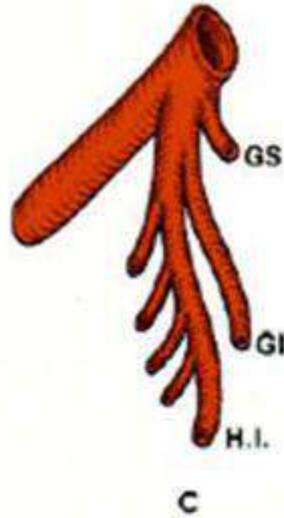
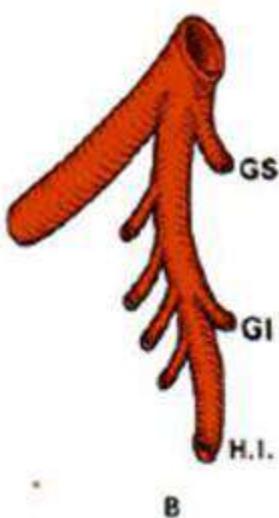
Hémorragie de la délivrance 72cas



A : Type I (65% des cas)

Figure 1 : les terminaisons de l'artère hypogastrique :

- GS : art. glutéale supérieure.
- GI : art. glutéale inférieure.
- HI : art. honteuse interne.



B : type II selon Farabeuf (32%)

C : Type III classique (13%)

Rapports :

A. Portion pariétale ou rétro ligamentaire :

L'artère utérine repose sur le fascia pelvien qui la sépare de l'obturateur interne en avant, le releveur de l'anus en bas, et le plexus sacré en arrière.

Elle est en rapport avec :

1. En avant et en haut :

- L'artère ombilicale.
- L'artère obturatrice.
- Les veines utérines antérieures.
- Les canaux lymphatiques principaux du col.

2. En arrière :

- Les volumineuses veines utérines et vaginales.

Les canaux lymphatiques accessoires du col.

- Les artères vaginale longue, honteuse interne, et ischiatique.
- Branche postérieure de l'iliaque interne.

3. En dedans :

- L'ovaire et le CDS de Douglas à travers le péritoine pariétal pelvien.

- L'uretère qui surcroise l'artère utérine à son origine.

Le rapport de proximité entre l'artère utérine et l'uretère explique la précaution que doit prendre le chirurgien lors de la ligature de l'artère utérine au cours d'une hystérectomie élargie.

B. Portion sous ligamentaire :

- Croisement avec l'uretère :

L'artère chemine transversalement dans le paramètre de dehors en dedans.

L'uretère prend une direction oblique en bas, en dedans et en avant.

Hémorragie de la délivrance 72cas

De ce fait les deux structures se croisent : l'artère utérine décrivant une crosse à concavité supérieure, venant surcroiser la face antéro-supérieure de l'uretère.

Ce point de croisement est variable d'un sujet à l'autre et peut être modifié par : les tumeurs pelviennes, l'acte chirurgical, et durant la grossesse.

- Pince vasculaire avec l'artère vaginale longue passant derrière l'uretère.
- Plexus veineux du pelvis : avec ses 2 groupes pré uretérique satellite de l'artère utérine et rétro uretérique satellite de la vaginale longue.
- Plexus lymphatique utérin : organisé en 2 groupes pré et rétro uretérique.
- Plexus nerveux hypogastrique inférieur : en arrière de l'artère utérine.

C. Portion viscérale ou intra ligamentaire :

- Bord latéral de la face postérieure de l'utérus.
- Le plexus veineux latéro utérin entourant l'artère utérine.
- Les collecteurs lymphatiques du corps et du col.
- Filets nerveux, en particulier le nerf latéral de l'utérus (Latarjet) toujours situé derrière l'artère.
- Organe de Rosenmüller.

D. Terminaison :

- En avant : le ligament rond
- En arrière et au-dessus : le ligament utéro-ovarien
- Au-dessous : la trompe

Hémorragie de la délivrance 72cas

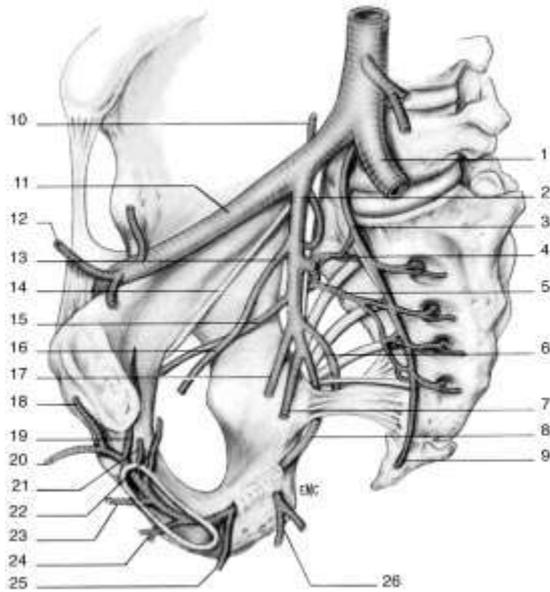


Figure 2: Artère hypogastrique : branches et distribution.

1. Artère iliaque commune ; 2. artère iliaque interne ; 3. artère sacrale médiane ;
4. artère glutéale supérieure ; 5. artère sacrale latérale ; 6. artère glutéale inférieure ;
7. artère rectale moyenne ; 8. artère pudendale moyenne ; 9. glomus coccygien ;
10. artère iliolumbaire ; 11. artère iliaque externe ; 12. artère épigastrique inférieure ;
13. artère ombilicale ; 14.nerf obturateur ; 15. artère obturatrice ; 16. artère utérine ;
17. artère vaginale ; 18. artère présymphysaire ; 19. artère rétrosymphysaire ;
20. artère dorsale du clitoris ; 21. artère graisseuse ; 22. artère vésicale antérieure ;
23. artère profonde du clitoris ; 24. artère bulbo-urétrale ; 25. artère périnéale ;
26. artère rectale inférieure.

III- Les étiologies et facteurs de risques de l'hémorragie de la délivrance :

1) l'inertie utérine :

Elle représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

Dans la littérature l'inertie complique environ 2 à 5 % des accouchements par voie basse.

Les facteurs favorisant sont multiples :

- l'épuisement musculaire, conséquence d'un travail prolongé ;
- la surdistension du muscle utérin rencontrée dans :
 - o les grossesses multiples.
 - o les hydramnios
 - o les macrosomies foetales
- la parité élevée ;
- un accouchement trop rapide ;
- les anomalies utérines modifiant les propriétés et les capacités contractiles du myomètre (fibrome ou malformation)
- les manoeuvres obstétricales (version...)
- les dystocies dynamiques (administration d'ocytocine)
- les chorioamniotites
- les hémorragies du per-partum
- les antécédents d'hémorragie du post-partum
- les interférences médicamenteuses :
 - o anesthésie à l'halothane
 - o utilisation des β -mimétiques
 - o arrêt des ocytociques après la naissance de l'enfant
 - o sulfate de magnésium...

Habituellement, l'inertie utérine entraîne une hémorragie continue, indolore, évoluant à bas bruit, qui peut atteindre plus de 2 L en quelques minutes. L'utérus peut également se remplir de sang qui se caillote. Dans ce cas, seule la palpation manuelle de

l'abdomen permet de découvrir un utérus mou et dont la hauteur augmente lors des examens successifs.

2) La rétention placentaire :

La rétention est définie par la persistance de la totalité ou d'un fragment du placenta dans la cavité utérine. Cette anomalie de la délivrance est la conséquence de circonstances qui peuvent être soit isolées, soit associées :

- troubles dynamiques à type d'inertie ou d'hypertonie utérine ;
- adhérences anormales du placenta à la caduque et/ou au myomètre
- anomalies morphologiques placentaires : cotylédon aberrant, anomalie d'insertion
- fautes techniques, causes fréquentes des rétentions placentaires par traction prématurée sur le cordon et expression utérine.

Deux situations peuvent exister : la rétention peut être complète ou incomplète. Dans ces deux circonstances, l'hémorragie peut devenir très abondante car elle est continue et évolue à bas bruit. Selon les cas, l'obstétricien doit réaliser une délivrance artificielle ou une révision utérine. Dans tous les cas, après avoir vérifié la vacuité utérine, il est souhaitable de profiter de l'anesthésie pour explorer systématiquement la filière génitale à la recherche de lésions cervicales, vaginales ou vulvaires.

1-Anomalies morphologiques

Il s'agit essentiellement de cotylédons accessoires séparés du gâteau placentaire principal et sur lesquels les contractions utérines ne sont pas assez efficaces pour les décoller.

2-Anomalies d'insertion

Le placenta peut être inséré au niveau du segment inférieur, sur une cloison d'un utérus malformé, ou sur une zone où la paroi est beaucoup plus mince et là encore les contractions utérines ne sont pas assez efficaces pour décoller le placenta.

Hémorragie de la délivrance 72cas

Ces anomalies morphologiques et d'insertion imposent la délivrance artificielle et la révision utérine qui assurent la vacuité parfaite de l'utérus autorisant alors une bonne rétraction de ce dernier et l'arrêt du saignement.

3-Adhérences anormales

Elles sont essentiellement représentées par le placenta accréta qui est caractérisé par l'adhérence anormale des villosités placentaires au myomètre sans interposition de caduque basale, empêchant alors son clivage. Parfois, les villosités peuvent pénétrer profondément dans le myomètre (placenta increta), voire le traverser jusqu'à la séreuse et les organes voisins (placenta percreta). Le placenta accréta peut être total ou partiel, limité à un seul cotylédon. Cette adhérence anormale du placenta qui atteint 1 pour 2 à 4 000 naissances, voit sa fréquence augmenter depuis quelques années parallèlement à l'augmentation du nombre de césariennes. Le placenta praevia et l'utérus cicatriciel sont les deux facteurs favorisants principaux du placenta accreta. En effet, un antécédent de placenta praevia est retrouvé dans 30 à 50 % des cas d'accreta. Il a été démontré que le risque d'accreta atteignait 24 % lors de l'association d'un antécédent de césarienne et d'une localisation praevia du placenta. Ce risque augmente avec le nombre de césariennes antérieures pour atteindre près de 50 % dès la deuxième césarienne.

Les autres facteurs prédisposants sont les malformations utérines, les antécédents de curetage et d'endométrite, l'hypoplasie de l'endomètre et l'adénomyose.

Le diagnostic est facilement évoqué lorsque la délivrance artificielle rencontre une adhérence placentaire inhabituelle et qu'elle s'accompagne d'une hémorragie de grande abondance. Cependant le diagnostic doit être suspecté avant l'accouchement afin de prendre les mesures de précautions nécessaires. Les tentatives répétées de décollement placentaire sont très

dangereuses car elles augmentent non seulement le saignement mais elles peuvent se compliquer de rupture et d'inversion utérine.

L'hystérectomie dite d'hémostase s'impose dans la plupart des cas.

3) La rupture utérine :

C'est une complication rare , Il est possible d'en distinguer trois types :

- les ruptures par altération de la paroi utérine qui surviennent sur un utérus cicatriciel (césarienne, myomectomie...) ou fragilisé (multiparité, curetages à répétition, hydramnios, grossesse multiple...)
- les ruptures par disproportion foeto-pelvienne ou travail prolongé
- les ruptures iatrogènes qui relèvent de trois grandes causes : manœuvres obstétricales, extraction instrumentale, administration d'ocytociques ou de prostaglandines (PG).

Les ruptures sur utérus cicatriciel se manifestent uniquement par une déhiscence de la cicatrice, les deux berges de la cicatrice se séparent, mais le péritoine et les membranes ovulaires restent intacts. La rupture est localisée dans 60 à 80 % des cas au niveau du segment antérieur. Ces déhiscences sont en règle très peu hémorragiques. Au contraire, les ruptures survenant sur un utérus préalablement intact sont habituellement très hémorragiques. Le diagnostic est quelquefois porté pendant le travail devant des modifications cardio-tocographiques, au décours d'une césarienne ou après un accouchement par voie vaginale lors de la révision utérine. Le diagnostic d'une rupture au cours d'une révision utérine impose la laparotomie, et le traitement, en fonction du siège et de l'importance des lésions, soit par une suture simple ou par une hystérectomie.

4) L'inversion utérine :

Hémorragie de la délivrance 72cas

Il s'agit d'une complication grave mais rare de la délivrance. L'inversion totale se définit comme le retournement en " doigt de gant " de l'utérus à la vulve. L'inversion partielle amène le fond utérin dans le segment inférieur. Elle peut être spontanée en cas de distension utérine après un accouchement rapide, ou être favorisée par la présence d'un myome sous muqueux. Elle peut être aussi d'origine iatrogène, provoquée par une traction intempestive et excessive sur le cordon ombilical ou par une expression utérine violente déprimant le fond utérin.

Quatre degrés ont été décrits en fonction de l'importance de l'inversion :

- 1er degré : le fond utérin est simplement déprimé en cupule.
- 2ème degré : l'utérus retourné franchit le col.
- 3ème degré : Il descend dans le vagin et s'extériorise.
- 4ème degré : les parois vaginales participent au retournement.

La symptomatologie associe classiquement une douleur brutale, mais celle-ci peut être masquée par l'analgésie péridurale, une hypotension artérielle, voire un collapsus cardiovasculaire, et une hémorragie d'abondance variable. Quelquefois le décès de la parturiente peut survenir par embolie gazeuse due à l'effet aspiratif des vaisseaux dilatés de la paroi utérine.

La réduction de l'inversion est d'autant plus facile qu'elle est réalisée immédiatement par un obstétricien expérimenté. À l'inverse, si le traitement est retardé, la contraction en anneau du col peut empêcher la réintégration du corps utérin. Après réduction, l'utérus demeure très souvent atone, imposant un traitement par les ocytociques afin d'éviter la récurrence.

Dans tous les cas, la prise en charge anesthésique impose le traitement symptomatique du choc et surtout l'obtention d'un relâchement musculaire d'excellente qualité. Classiquement l'usage, des myorelaxants utérins tels que les anesthésiques halogénés, est conseillé .

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

Elles sont de deux types :

– les déchirures des parois et du dôme vaginal ; elles sont faciles à diagnostiquer lorsqu'elles prolongent une déchirure périnéale ; très souvent, il est nécessaire de les rechercher par une exploration soigneuse à l'aide de valves ; les atteintes du dôme vaginal sont fréquemment associées à une déchirure du col utérin ; elles peuvent être favorisées par une fragilité de la muqueuse vaginale comme on en rencontre lors de malformations, de cicatrices et d'infection ; en outre, elles sont très souvent provoquées par un accouchement dystocique ou lors de manoeuvres instrumentales ;

– le thrombus vulvo-vaginal ; il a une fréquence de 1 pour 1 000 accouchements environ et est la résultante d'une rupture vasculaire qui se constitue dans l'épaisseur du vagin, après laminage de la paroi ; il réalise habituellement un hématome de la région vulvo-vaginale ; dans la plupart des cas, cet hématome est modéré, mais il peut se rompre au cours d'une déchirure ou d'une cicatrice d'épisiotomie rendant celle-ci particulièrement hémorragique, ou augmenter de volume et s'étendre dans l'espace pelvi-rectal supérieur et la région péri-utérine. L'hémostase de ces thrombi extensifs est généralement très difficile à réaliser. Le diagnostic est évoqué devant la persistance de l'hémorragie malgré une bonne rétraction de l'utérus. Les lésions périnéales sont accessibles habituellement par voie basse, mais la rupture vaginale impose assez souvent une laparotomie.

Ces plaies de la filière génitale doivent être systématiquement évoquées devant toute hémorragie du post-partum immédiat par un examen gynécologique soigneux, le plus souvent sous anesthésie générale .

6) Les troubles de la crase :

Hémorragie de la délivrance 72cas

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

-1) Les coagulopathies constitutionnelles :

La coagulopathie est le plus souvent connue avant l'accouchement, elle peut aussi se révéler à son décours. Elle peut concerner l'hémostase primaire ou la coagulation, les plus fréquentes sont la maladie de WILLEBRAND et le purpura thrompopénique idiopathique

-2) Les coagulopathies acquises :

Ces coagulopathies s'intègrent le plus souvent dans le cadre d'une pathologie vasculo-rénale de type pré-éclampsie, un hématome rétro-placentaire ou un HELLP syndrome (hémolyse, cytolysse et thrombopénie). Elles peuvent aussi être secondaires à une infection materno-foetale ou à une MFIU ancienne, ou encore à une embolie amniotique .

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 3ème phase de travail, la PEC d'une HDD, les étiologies d'HDD, les CPC d'une HDD

IV) Les moyens diagnostiques :

Le diagnostic des hémorragies de la délivrance est surtout un diagnostic

clinique qui repose sur :

* La surveillance de l'accouchée :

En l'absence de toute pathologie, la surveillance est maintenue pendant au moins 2 heures en salle de travail. Elle peut être prolongée dans certaines conditions pathologiques comme la césarienne, les antécédents hémorragiques, les délivrances artificielles.

Cette surveillance est assurée par la sage-femme qui doit obligatoirement vérifier le pouls, la pression artérielle, la

Hémorragie de la délivrance 72cas

coloration de la parturiente, les saignements vulvaires qui doivent rester inférieurs à 500 ml, et la rétraction utérine. Le recueil de ces différents paramètres est effectué tous les quarts d'heure et noté sur la feuille d'observation. Un accouchement normal est responsable d'une hémorragie d'environ 500 ml, et 500 à 1 000 ml sont perdus en cas de césarienne.

1) Les signes cliniques :

1-1) La quantification du saignement :

Il s'agit d'une hémorragie externe brutale et abondante survenant immédiatement après l'accouchement. Elle est recueillie grâce à l'utilisation d'un sac en plastique mis en place dès l'expulsion du fœtus qui est ensuite pesé, et comme la densité du sang est voisine de 1, on obtient directement la quantité du sang perdu. Le sac de recueil sous fessier est un moyen rapide, sûr et peu coûteux de diagnostiquer avec précision l'hémorragie de la délivrance en salle d'accouchement. Il permet une estimation visuelle quantitative non suggestive des pertes à l'accouchement.

1-2) Les 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.

1-3) L'examen clinique :

Hémorragie de la délivrance 72cas

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.

- **Éliminer 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 manoeuvres 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 vérifier l'absence de déchirure du col utérin et du vagin, ou noter la présence d'un hématome pelvi-génital.

1-4) En cas de Complications :

Hémorragie de la délivrance 72cas

- . Un Choc hypovolémique.
- . 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.
 - Une atteinte rénale : Elle est d'abord fonctionnelle et marquée par une oligoanurie 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.

2) Les signes biologiques :

L'utilisation de l'hématocrite pour calculer les pertes sanguines est un moyen efficace ; l'HDD se définit par une baisse de l'hématocrite de 10% entre les chiffres d'avant l'accouchement et du post-partum.

Cette méthode a

. trois avantages :

- objective et relativement précise.
- l'hématocrite avant et après accouchement est facilement praticable.
- L'hématocrite élément variable sur sa valeur, permet de décider de transfuser ou pas en cas d'hémorragie aiguë.

. trois inconvénients :

- l'hématocrite varie à cause de l'hémorragie au cours du travail.
- L'hématocrite ne peut être fiable si la personne a été transfusée.
- L'hématocrite change du fait de l'hémodilution du post-partum.

V) CONDUITE A TENIR DEVANT LES HEMORRAGIES DU POSTPARTUM:

– Méthodes:

1) obstétricales:

Hémorragie de la délivrance 72cas

A) Manœuvres:

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

1-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.

2-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 lorsqu'il y a une obésité.

Compression de l'aorte abdominale:

3-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:

Hémorragie de la délivrance 72cas

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

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.

Hémorragie de la délivrance 72cas

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.

4) 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 contro-latérale.

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.

Après 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
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:

Hémorragie de la délivrance 72cas

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 poursuivis 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.

Hémorragie de la délivrance 72cas

- Soit l'état hémodynamique est précaire et il faudra recourir aux moyens chirurgicaux,
- 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

Hémorragie de la délivrance 72cas

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:

Elle permet au personnel soignant, grossesse multiple, placenta prævia, grande multiparité).

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

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

MATERIEL

ET

METHODES :

Hémorragie de la délivrance 72cas

I- Le Type et la durée d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective durant une période de deux années du 01/01/2013 au 31/12/2014, 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'EHS Tlemcen.

III- La sélection des patientes :

1) Les critères d'inclusion :

- Les patientes incluent durant cette étude sont des parturientes admises en travail à la maternité de l'établissement hospitalier spécialisé EHS Tlemcen pour accouchement ayant présenté dans les 24H du post-partum une hémorragie de la délivrance.
- les patientes référées à la maternité de l'établissement hospitalier pour la 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 : vue l'insuffisance des informations.
- les patientes admises en travail à la maternité de l'établissement hospitalier pour accouchement avec suites de couche sans particularités.

3) Les variables analysées :

A fin 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
- Les caractéristiques du travail : travail dirigé, déclenchement du travail avec syntocinon, anomalie de contraction utérine.
- Les caractéristiques de l'accouchement: accouchement normale, épisiotomie, forceps, césarienne.
- prise en charge d'une hémorragie de la délivrance : révision utérine, suture du col utérin, examen sous valve, mèche vaginal, syntocinon, transfusion sanguine.

Hémorragie de la délivrance 72cas

- Etiologie de l'hémorragie de délivrance : rétention placentaire, inertie utérine, trouble hémorragique lésion cervico-vaginale, placenta accréta.
- Complications de l'hémorragie de la délivrance : choc hypovolemique, syndrome de CIVD, insuffisance rénale, choc septique, anémie, thrombophlébite.

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 présentant une hémorragie de la délivrance :
Démographiques, antécédents, détails de la grossesse actuelle, examen à l'admission, évolution du travail, mode d'accouchement, état du nouveau 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, les antécédents, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, le bilan para clinique, le diagnostic Étiologique, la prise en charge thérapeutique, l'évolution et le suivi.

III- La collecte des données :

Une autorisation préalable du responsable des internes (Pr Ouali) 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 de l'étude rapportée au nombre total des patientes accouchées durant cette période au service.

Hémorragie de la délivrance 72cas

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, la PEC d'une HDD, les étiologies d'HDD, les CPC d'une HDD.

RESULTATS :

I- La fréquence :

Durant la période de notre étude qui était du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014, 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 11745, soit une fréquence de 1,62 %.

II- La Répartition des patientes selon :

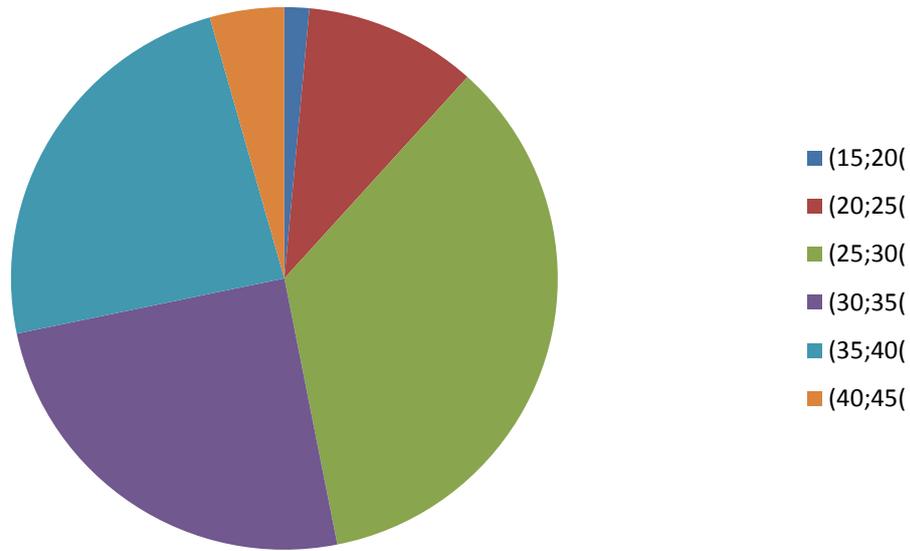
1) L'âge :

TRANCHE D'AGE	NOMBRE DE PATIENTE	POURCENTAGE
[15;20 [	01	1,5%
[20;25 [	07	10,45%
[25;30 [	24	36%
[30;35 [	17	25,4%
[35;40 [	15	24,4%
[40;45[	03	4,5%
[45;50[	0	0%

Tableau1 : pourcentage des tranches d'âge des cas d'hémorragies de délivrance observés.

Hemorragie de la délivrance 72cas

Graphique 1: représentation en fonction de l'age



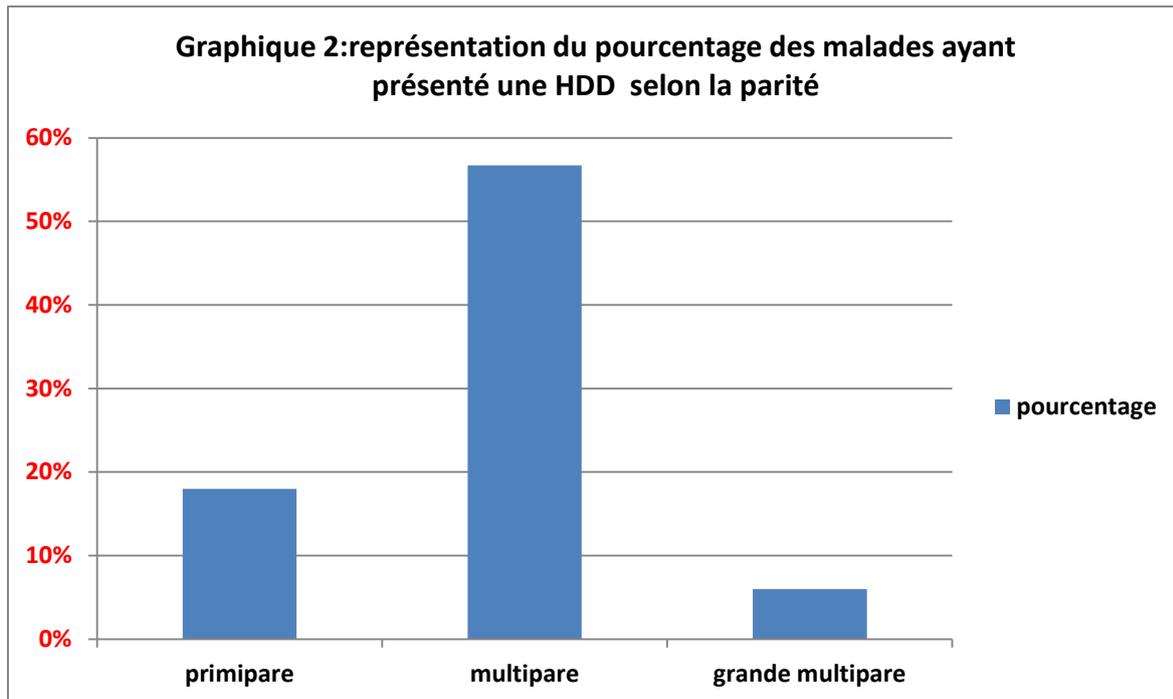
La moyenne d'âge des patientes est de $30,70 \pm 7,50$ ans, la tranche d'âge la plus représentée est située entre [20 30; [et [30 ;40 [, et ceci est représenté dans le tableau et le graphique précédents.

2) La parité :

PARITE	NBRE DE PATIENTES	POURCENTAGE
PRIMIPARE	12	18%
MULTIPARE	38	56,71%
GRANDE MULTIPARE	04	05,97%

Tableau2 : Le pourcentage des femmes ayant présenté une HDD selon le nombre de leurs parités.

Hémorragie de la délivrance 72cas



On constate que les multipares sont les plus touchées par l'hémorragie de la délivrance avec un nombre de 38 et une fréquence qui de 56.71%

3)La référence :

<u>Nbre de patientes évacuées</u>	51	70 ,14%
<u>Patientes accouchant dans le service</u>	21	29,86%

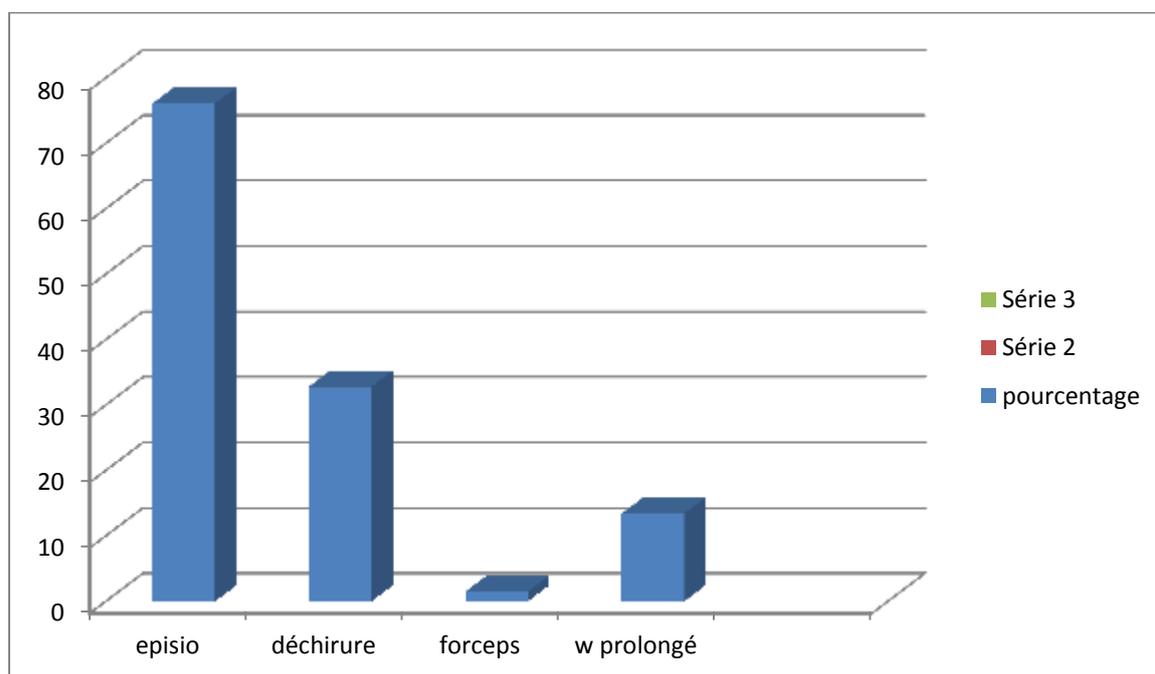
Les patientes référées sont plus nombreuses que celles admises directement à la maternité de l'EHS TLEMCEN : le pourcentage des patiente référées étant de 70,14%.

4)Les antécédents :

ATCDs	NBRE DE PATIENTES	POURCENTAGE
HDD	03	04,47%
FORCEPS	02	03%
AVORTEMENT	04	06%
01 seul :	03	
Plusieurs :	01	
UTERUS CICATRICIEL	04	06%
FIBROME UTERIN ASSOCIE	01	01,5%

Tableau3 : Le pourcentage des femmes ayant présenté une HDD selon le les ATCDs.

Hémorragie de la délivrance 72cas



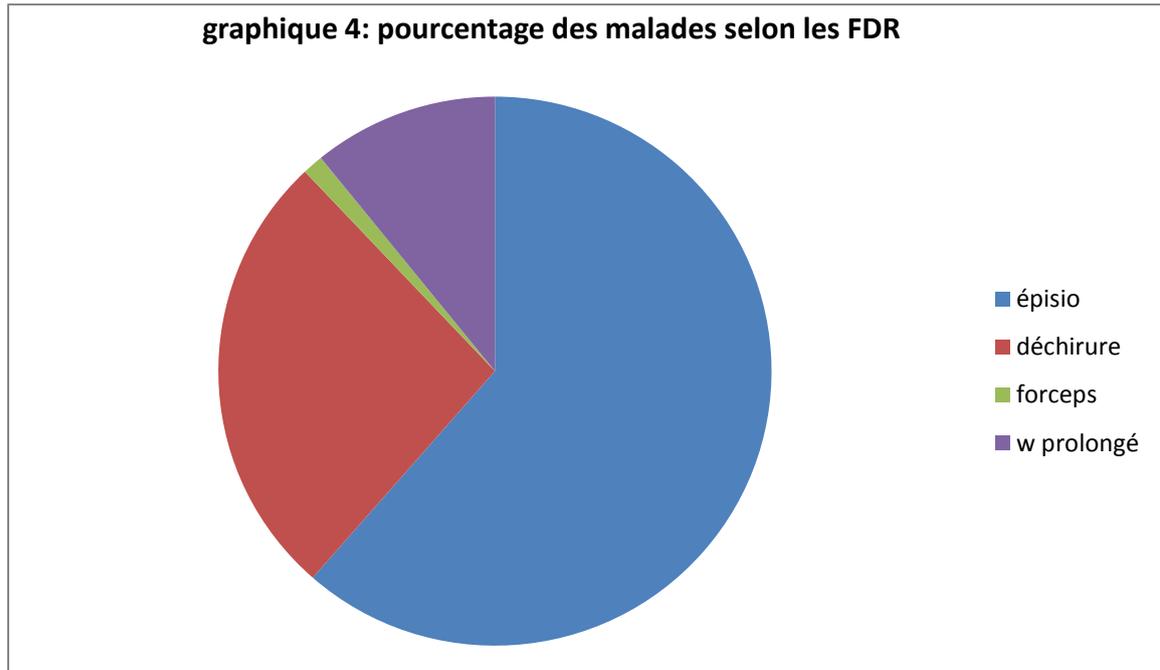
Graphique 3 : pourcentage des parturientes ayant une HDD selon les ATCDs.

4) Les facteurs de risque :

FDR	NBRE DE MALADES	POURCENTAGE
Episiotomie	51	76,11 %
Déchirure : cervicale, vaginale, périnéale, clitoridienne	22 07 05 09 03	32,83%
Extraction instrumentale	01	1,5%
Travail prolongé	09	13,43%

Hémorragie de la délivrance 72cas

graphique 4: pourcentage des malades selon les FDR



D'après le tableau et le graphique, on peut considérer que les facteurs de risque les plus incriminés sont les lésions cervico-vaginales et périnéales après les épisiotomies avec un taux de 32,83 %.

4) Déroulement du travail :

	NBRE DE MALADES	POURCENTAGE
Travail déclenché	17	25,37%
Travail dirigé	20	30%

Tableau5: Répartition des cas selon les caractéristiques du travail.

On remarque que dans la majorité des cas le travail est dirigé et déclenché.

Mode d'accouchement :

Mode d'accouchement	Nbre de malades	Pourcentage
Voies naturelles :	41	61 %
-spontané :	40	97,58 %
-extraction instrumentale :	01	2,5%
césarienne	10	15%

Tableau6: Répartition des cas selon le mode d'accouchement.

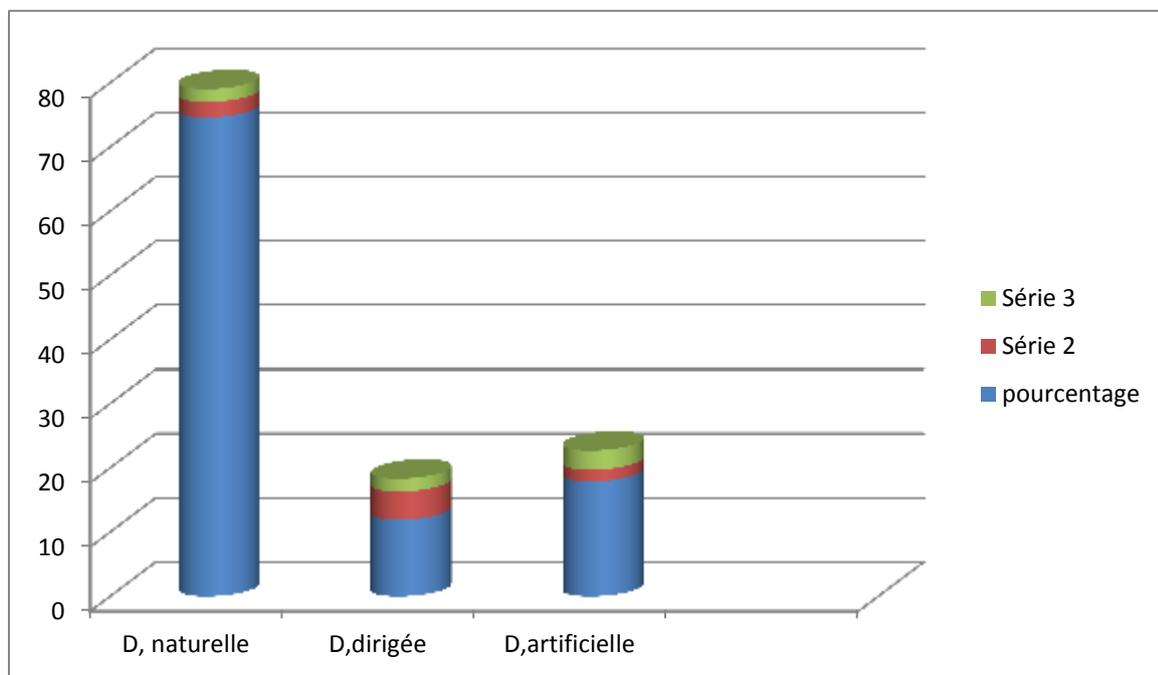
Hémorragie de la délivrance 72cas

On constate que seulement 15% des femmes ayant présenté une HDD ont accouché par césarienne et 61% par voie basse dont 2,5 % ont bénéficié d'une extraction instrumentale.

Mode de délivrance :

Mode de délivrance	Nbre de malade	pourcentage
délivrance naturelle	50	74,62%
délivrance dirigée	08	11,94%
délivrance artificielle	12	17,91%

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



Graphique5 : représentation des patientes ayant présenté une HDD selon la nature de délivrance.

La délivrance dans la majorité des cas était naturelle sans intervention.

Hémorragie de la délivrance 72cas

III)–La prise en charge :

1) Les gestes pratiqués :

geste	nbre de patiente	pourcentage
–Révision utérine	67	100 %
–Examen sous valve	46	68,65%
–DA+RU	12	17,91%

Tableau 8: Les gestes obstétricaux pratiqués.

Une fois le diagnostic est fait certains gestes associés au mesures de réanimation ont été instauré :

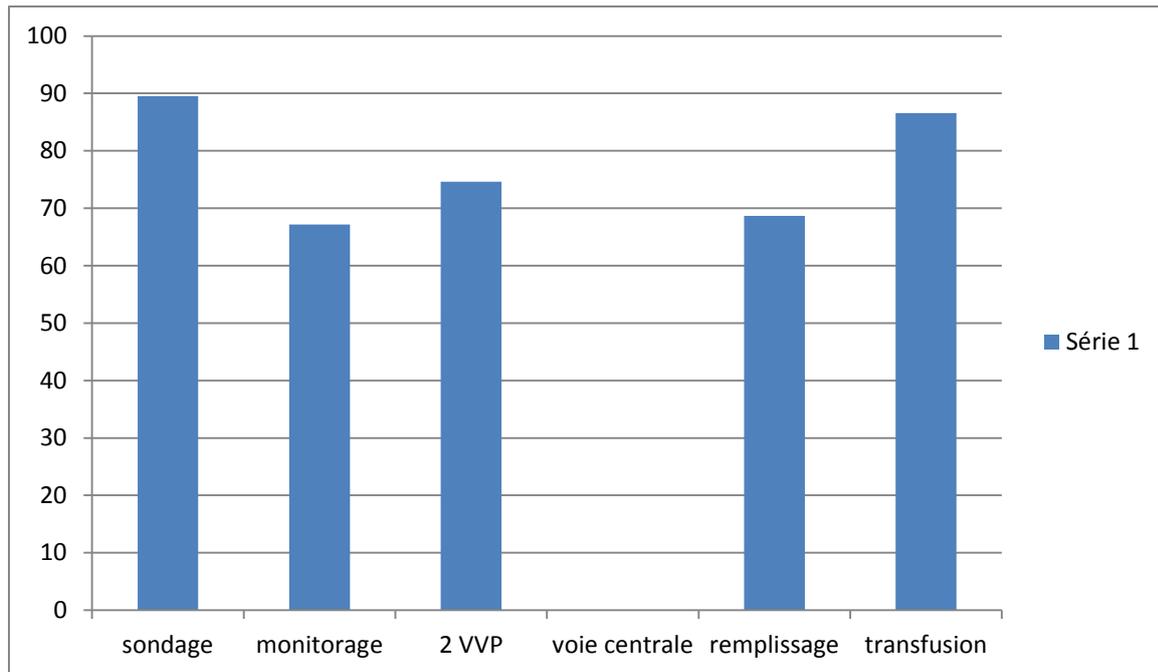
- Massage utérin avec expression contre la symphyse pubienne :0
- Sac de sable : 6%
- Tamponnement vaginal :16,41%
- Sutures des lésions cervico–vaginales : 28,35%
- Réduction d'une inversion utérine :0

2) Mesures de réanimation :

MESURE DE REANIMATION	NBRE DE MALADES	POURCENTAGE
2 VVP	50	74 ,62%
VOIE CENTRALE	0	0
REPLISSAGE	46	68,65%
TRANSFUSION	58	86,56%
SONDAGE VESICAL	60	89,5%
MONITORAGE	45	67,16%
OXYGENOTHERAPIE	10	14,9%

Tableau9 : les mesures de réanimation pratiquées.

Hémorragie de la délivrance 72cas



Graphique6 : les mesures de réanimation pratiquées.

5) Le traitement médical :

TRT	nbre de malades	pourcentage
OCYTOCIQUE :	59	88%
_IVD	10	15%
_PERFUSION	48	71,64%
_IM	1	1,5%
_INTRAMURAL	0	0
Méthylergométrine en IM	61	91%
PROSTAGLANDINE(misoprolol) en intraréctal	0	0

Tableau 10 : le traitement médical instauré.

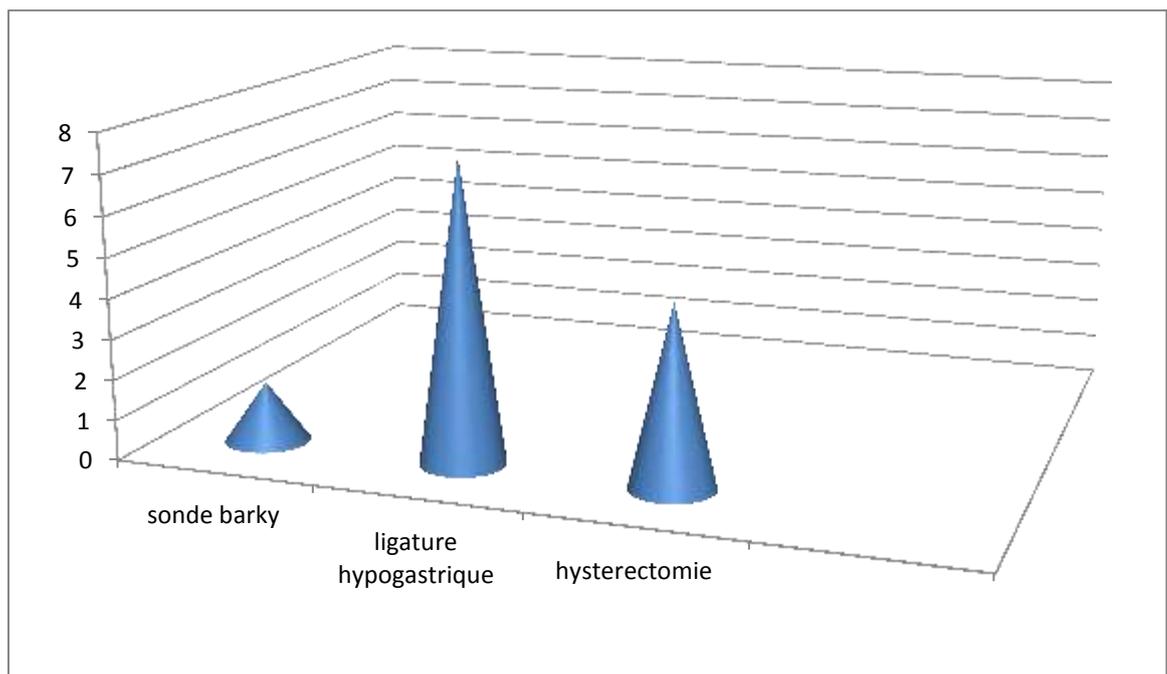
Le traitement médical était essentiellement à base d'ocytociques dans 59 cas soit un taux de 88 % ; On note que l'association d'ocytocine et de méthylergotamine était fréquente.

Hemorragie de la délivrance 72cas

6) Le traitement chirurgical :

TRT chirurgical	Nbre de malades	pourcentage
Sonde de barky	01	1,5%
Ligature des artères hypogastriques	05	7,5%
Hysterectomie	03	4,5%
-Interannexielle :	02	3%
-Totale+annexectomie bilaterale :	01	1,5%

Tableau 11: traitement chirurgical.



Graphique7 : traitement chirurgical.

On a eu recours au traitement chirurgical dans 11 cas, soit un taux de 16,41% des HDD prises en charge ; avec 03 cas d'hystérectomie d'hémostase : 01 totale et 02 subtotaux.

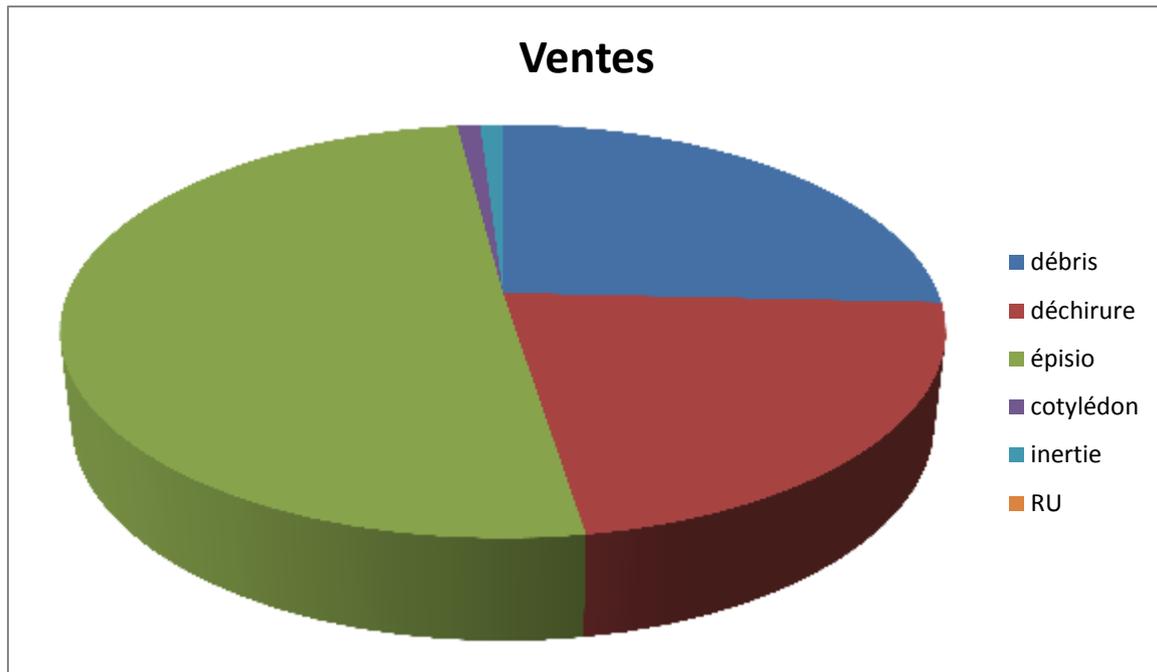
Hémorragie de la délivrance 72cas

V- Le diagnostic étiologique :

Etiologies	nbre de malades	pourcentage
Rétention de débris trophoblastique	26	38,8%
Déchirures	22	32,8%
Vaginales :	05	7,46%
Cervicales :	07	10,44%
Clitoridiennes :	03	4,5%
Périnéales :	09	13,43%
Episiotomie	51	76,11%
Mal faite :	29	56,86%
Non faite :	22	32,8%
Percistance de cotylédon	01	1,5%
Inertie utérine	01	1,5%
Hématome périnéal	01	1,5%
Rupture utérine	0	0
Inversion utérine	0	0

Tableau19 : répartition des cas selon l'étiologie de l'hémorragie.

Hémorragie de la délivrance 72 cas



Dans notre étude : la rétention placentaire représente un taux de 38,8%, les épisiotomies mal faites représente une cause importante.

VII)-EVOLUTION ET COMPLICATION :

L'évolution était favorable pour les patientes dont l'étiologie était une lésion cervico-vaginale ; cependant les autres cas, leur évolution est mal déterminée vus le manque de données.

DISCUSSION :

Hémorragie de la délivrance 72cas

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'EHS de tlemcen. 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 patientes admises pour accouchement et celles référées à la maternité de l'EHS TLEMEN, soit une prévalence de 1.62 % sur le nombre total des femmes admises à la maternité .

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%. Ainsi nous remarquons que notre taux de prévalence est en concordance avec la littérature .

par ailleurs au centre hospitalier de COCHIN en France, la fréquence de l'hémorragie de la délivrance rapportée est 4.9% ; 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.

Hémorragie de la délivrance 72cas

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 30.70+/- 7.50 ans (moyenne± écart-type); qui est concordant avec les résultats de l'étude faite à la maternité de TUNIS dont l'âge moyen est de 31ans et inférieur à celui enregistré lors d'une étude faite en France dont l'âge moyen des patientes était de 32,3 ± 4,9 ans (moyenne ± 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 56.71% qui concorde avec le résultat de plusieurs études faites à travers le monde.

AUTEUR	PAYS	ANNEE	PRIMIPARE	MULTIPARE
Hôpital Iariboisière Paris	France	1997	51%	49%
Y.Aouina	CHU CASA	2001	24.63%	44.21%
Derbal	Tunisie	1988	38.6%	8.2%
Notre étude	EHS tlemcen	2013/2014	18 %	56.71 %

Tableau : la fréquence de l'HDD selon la parité.

3-Les antécédents :

Certains antécédents gynéco-obstétricaux pourraient intervenir dans le déterminisme de l'hémorragie de la délivrance.

* La cicatrice utérine :

théoriquement, le facteur le plus important conduisant à une HDD est la présence d'une cicatrice de césarienne, et ceci dans 35.2% des cas. Alors que dans notre étude, la fréquence était de 06% des cas qui avaient un utérus cicatriciel.

* Les antécédents d'hémorragie de la délivrance :

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
Contrairement à l'étude du CHU Casa où elle a été retrouvée chez 14.49% des patientes.

4-Les facteurs de risque :

Certaines étiologies des hémorragies de la délivrance sont prévisibles, en particulier :

- les lésions de la muqueuse utérine entraînant des adhérences anormales du placenta (antécédent du curetage, endométrite, malformations utérines, fibrome, cicatrices, antécédents de délivrance artificielle ou de révision utérine) ;
- les insertions anormales du placenta (notion d'insertion basse) ;
- la diminution de la capacité contractile de l'utérus pouvant entraîner une atonie (utérus distendu dans les grossesses gémellaires ou les hydramnios, utérus des grandes multipares ou un travail long dyscinétique).

D'autres facteurs d'ordre iatrogène sont susceptibles d'entraîner une hémorragie de la délivrance, en particulier : une expression utérine maladroite, une application de forceps, une traction prématurée du cordon, un sevrage brutal d'ocytociques, un abus de substances dépressives ou anesthésiques.

De notre étude, nous avons pu dégager un certain nombre de facteurs

Hémorragie de la délivrance 72cas

influençant la survenue de l'hémorragie de la délivrance :

- **Facteurs propres à la mère :**

- la multiparité responsable d'une distension utérine et par la suite d'une anomalie de la contractilité utérine est retrouvée en première place avec une fréquence de 56.71 % qui est proche du résultat d'une étude faite en Uruguay en 1997.

- **facteurs propres au nouveau-né :**

-Le poids de naissance : (PN) supérieur à 4 000 g est décrit classiquement comme un facteur de risque d'HDD ; Bien sûr ce critère peut être suspecté avant l'entrée en travail, mais il ne devient certain qu'à la naissance, et à ce titre il doit être pris en compte dans les facteurs de risque qui apparaissent en cours du travail.

Dans la littérature, l'analyse de l'influence du poids de naissance apparaît parfois sous la forme de l'étude de la macrosomie, ce qui ne recouvre pas exactement les mêmes nouveaux-nés

Dans notre série, le poids du nouveau-né ne semble pas favoriser l'hémorragie de la délivrance, qui montrent le rôle du poids dans la genèse de l'HDD, par le biais de l'inertie utérine.

Dans notre série, le taux des nouveaux-nés de plus de 4kg ne dépasse pas 4.76%, mais ceci peut être expliqué par le fait que la majorité de nos patientes étaient référées et n'ont pas pu ramener leurs nouveaux-nés, donc notre résultat ne peut représenter la réalité.

Cependant, les effectifs de nos patientes, présentant un antécédent pathologique générateur de l'hémorragie de la délivrance, sont si faibles que nous ne pouvons pas retenir ce paramètre comme statistiquement significatif.

- **déroutement 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.

Hémorragie de la délivrance 72cas

- 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.

-malheureusement dans notre étude dans 92% des cas les circonstances de déroulement du travail des parturientes étaient méconnues du fait de la non précision du déroulement du travail. De ce fait on ne peut pas juger de l'impact de la durée du travail dans la survenue de l'hémorragie de la délivrance chez nos patientes.

- Le traitement reçu :

L'ocytocine est considérée comme traitement de choix en cas de dystocie dynamique, ce médicament est largement utilisé dans les maternités.

Les résultats de notre étude ne sont pas concluantes en matière d'incrimination de ce TRT dans la survenue d'HDD vue le manque de précision sur les dossiers des malades vue qu'il s'agit dans la majorité des cas de parturientes référées à la maternité de l'EHS TLEMCEN.

- **Le mode de délivrance :**

La délivrance normale requiert le décollement placentaire complet et son expulsion sous l'influence de contractions utérines. La phase de rétraction utérine permet une hémostase mécanique du lit placentaire en obturant la vascularisation terminale utérine (ligatures vivantes de Pinard). L'hémostase définitive est assurée par une coagulation intravasculaire locale initiée par le facteur tissulaire de l'endomètre .

Le bon déroulement de la délivrance nécessite une dynamique utérine correcte, une vacuité utérine complète, un placenta normalement inséré et une coagulation normale. Toute anomalie portant sur l'un de ces facteurs peut être à l'origine d'une hémorragie.

-Dans notre série, 50 patientes (un taux de 74,62%) ont eu une délivrance naturelle, et 08 autres (11,94%) ont bénéficié d'une délivrance dirigée. Ceci est en concordance avec une étude fait CHU de Saint Etienne en France où le taux de délivrance dirigée était de 22%.

RECOMMANDATIONS :

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 ;les acteurs potentiellement impliqués d'exercice qui doit être régulièrement réactualisé, ainsi que de faire figurer la liste téléphonique de tous 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 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

Hémorragie de la délivrance 72cas

la mesure de la pression artérielle. Ces données seront consignées dans le dossier de la patiente.

–une prise en charge active de la délivrance s’il est de la main abdominale. De plus, un massage de l’utérus sera effectué comportera au minimum les gestes cliniques au moment du décollement placentaire, la traction contrôlée du cordon associée à une contre-pression sus-pubienne

–après l’expulsion du placenta si l’utérus est hypotonique Effectuer un examen du placenta ;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 foetale. 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

Hémorragie de la délivrance 72cas

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

Hémorragie de la délivrance 72cas

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).

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

Hémorragie de la délivrance 72cas

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).

Hémorragie de la délivrance 72cas

-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

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

-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 structure hospitalière adaptée et préalablement informée plutôt que de

-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,

Hémorragie de la délivrance 72cas

constituent le geste chirurgical le plus approprié en première intention. Ces ligatures peuvent être celles des artères utérines éventuellement associées à celles de 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 praevia ou accreta, 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

Enfin après notre étude au EHS 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

Hémorragie de la délivrance 72cas

RESUME :

L'hémorragie de la délivrance est un problème de santé publique d'actualité.

Elle est la première cause de mortalité maternelle qui est estimée à 227 décès maternels pour 100000 naissances au Maroc.

Le but de ce travail est d'étudier la fréquence de cette complication, sa gravité, ses facteurs de risque, ses étiologies et ses méthodes de prise en charge.

C'est une étude rétrospective, de 72 cas d'hémorragie de la délivrance enregistrés à la maternité du EHS TLEMCEN durant 2ans (2013–2014). La fréquence de l'hémorragie de la délivrance dans notre série est de 1.62% . L'âge moyen des patientes est de (30.70 +/-7.5)ans. La parité moyenne est de 3.5 . Les facteurs de risque ressortant de notre série sont : multiparité 56.71%, épisiotomie(76.11%), déchirures (32.83%), extraction instrumental (1.5%), usage d'ocytociques au cours du travail (25.37%).

Les étiologies dans notre série sont: la rétention de débris 38.8%, l'atonie utérine dans 1.5% , Persistance de cotélydon 1.5% ;hématome périnéal 1.5%

La prise en charge doit être multidisciplinaire, systématisée, précoce et dynamique, des mesures préventives sont nécessaire pour une meilleure conduite à tenir.

Hémorragie de la délivrance 72cas

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] OMS,
Réduire la mortalité maternelle, Déclaration commune OMS/FNUP/UNICEF/Banque mondiale (1999).
- [2] : Jouppila P Postpartum haemorrhage.
Curr Opin Obstet Gynecol 1995 ; 7 : 446-450
- [3] Subtil D., Sommé A., Ardiet E
Recommandations de pratique clinique, Prise en charge de l'hémorragie du postpartum immédiat,
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 33 (8 Suppl) (2004).
- [4] Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle CNEMM. 2006.
Eds Inserm INVS Paris France.
- [5] Levy G, Dailland P.
Hémorragies en obstétrique. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris),
Anesthésie-Réanimation 1998; 36-820-A-10, 16 p.
- [6] M.H. Bouvier-Colle, P.Y. Ancel, N. Varnoux, B. Salavane, H. Fernandez, E.
Papiernik and G. Breart,
Intensive care of pregnant and puerperal women. Characteristics of patients and
health management structures,
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 26(1997), pp. 47-56.
- [7] : ACINET C et BERTHET J
Délivrance normale et pathologique.
Enc.Med.chir : 1982 ;51008M10 ;1 ;14
- [8] Arias F, Mancilla-Jimenez R
Hepatic fibrinogen deposits in preeclampsia.
N Engl J Med 1976 ; 295 : 578-582
- [9] Barela AL, Kleinman GE, Golditch IM, Menke DJ, Hogge WA, Golbus MS Septic
shock with renal failure after chorionic villus sampling.
Am J Obstet Gynecol 1986 ; 154 : 1100-1102
- [10] Bick RL
Disseminated intravascular coagulation and related syndromes : etiology,
pathophysiology, diagnosis and management.
Am J Hematol 1978 ; 5 : 265-282
L'hémorragie de la délivrance à propos de 72 cas
- 11] Bick RL
Disseminated intravascular coagulation and related syndromes : a clinical review.
Semin Thromb Hemost 1988 ; 14 : 299-338
- [12] Bidar K, Grenom A, Benardeau MH, Leroy G
Hématome sous-capsulaire du foie, complications de la dysgravidie. Cah Anesthesiol 1986 ; 34 : 245-247
- [13] Bonnar J.
Haemostasis and coagulation disorders in pregnancy.
In : Bloom AL, Thomas DP eds. Haemostasis and thrombosis. Edinburgh : Churchill-Livingstone, 1987 : 570-582
- [14] Bonnar J, Mcnicol GP, Douglas AS
Coagulation and fibrinolytic systems in pre-eclampsia and eclampsia.
Br Med J 1971 ; 2 : 12-16
- [15] Bonnardot JP, Brulé-Mery ML, Verdy E, Maillet M, Perier JF, Dreux B, Couderc N ,
et al.
Une héparine de bas poids moléculaire, la nadroparine (Fraxiparine®) traverse la barrière placentaire.
Ann Fr Anesth Reanim 1995 ; 14(suppl) : 90
- Egley CC, Simon LR, Haddox T
Hydatiform mole and disseminated intravascular coagulation.
Am J Obstet Gynecol 1975 ; 8 : 1122-1123
- [17]: P.Kamina,

Hémorragie de la délivrance 72cas

Anatomie gynécologie et obstétrique,
Maloines.a éditeur Paris.

[18] : Président et directeur de la thèse : M. le professeur Henri Jean Philipe.
Les ligatures artérielles dans les hémorragies de la délivrance. présenté par
M.Evrardsébastien en 2004.

[19] : Lansac,
la pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique, masson.

[20]: thèse de médecine de Manar
traitement de l'hémorragie de délivrance par ligature vasculaire.

[21] : Kamina P.
Vascularisation de l'utérus.
EMC 2007.

L'hémorragie de la délivrance à propos de 170 cas