

SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT OU HÉMORRAGIE DU POST PARTUM (HPP)

Dr AURELIEN PEKEZOU TCHOFFO, MD
MIH Emergency and Essential Care
PG Sexual and Reproductive Health

Stage d'actualisation et d'amélioration des connaissances et des
compétences en soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Mbrés, République Centrafricaine
12-16 Octobre 2009

DÉFINITION

- ✘ Une perte sanguine excédant 500 ml après l'accouchement.
- ✘ Survenue dans les 24 heures qui suivent l'accouchement: HPP immédiat.
- ✘ Survenue après 24 heures qui suivent l'accouchement: HPP tardif.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTICS PROBABLES

| Signes/affections | Atonie utérine | Rétention placentaire complet | Rétention placentaire partielle | Déchirure cervicale, vaginale ou périnéale | Inversion utérine | Rupture utérine | Endométrite du post partum |
|-------------------|--------------------------|--|---|--|---|---|---|
| Signes d'appel | Utérus mou non contracté | Absence de la délivrance 30 min après l'accouchement | Absence d'une portion de la face maternelle ou des membranes à l'inspection du placenta | Hémorragie immédiate | Fond utérin non palpation abdominale, Douleur légère ou intense | Saignement intra-abdominal ou vaginal Douleur abdominale intense qui peu cesser après la rupture | Saignement tardif |
| Autres signes | Signes de choc | Utérus contracté, signes de choc | Utérus contracté signes de choc | Placenta complet utérus contracté | Utérus inversé visible au niveau de la vulve | Signes de choc | Uterus subinvolué, lochies malodorantes, fièvre |

PRISE EN CHARGE GENERAL

- × Appeler à l'aide.
- × Évaluer rapidement la femme.
- × Si signes de choc, commencer rapidement la prise en charge.
- × Prendre une voie veineuse maintenue par une perfusion.
- × Sonder la femme.
- × Masser l'utérus pour expulser les caillots de sang qui entravent une bonne contraction utérine.
- × Rassurer vous que l'utérus est bien contracté.
- × Rassurer vous que le placenta est hors de l'utérus et qu'il est complet.
- × Examiner le périnée, la vulve, le vagin et le col à la recherche de lésions.
- × Une fois la cause trouvée, administrer le traitement adéquat pour maîtriser le saignement.
- × Après 24 h de stabilité mesurer le taux d'hémoglobine.

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

1- ATONIE UTERINE

- ✘ Pratiquer un massage utérin
- ✘ Utiliser les ocytociques pour renforcer le globe utérin :
 - Ocytocine : 20 UI dans 1 l d'une solution de perfusion à raison de 60 gouttes/minute ou 10 UI en IM. Par la suite placer en dose d'entretien 20 UI dans 1l d'une solution de perfusion à raison de 40 gouttes/minute.
 - Ergométrine : 0,2 mg in IM ou en IV lente puis comme dose d'entretien 15 minutes après la dose de charge 0,2 mg en IM ou IV lente toutes les 4 heures si nécessaire sans dépasser 5 doses (1 mg)
 - 15 méthyl prostaglandine F2Alpha : 0,25 mg en IM puis comme dose d'entretien 0,25 mg toutes les 15 minutes sans dépasser 8 doses (2 mg).
- ✘ Transfuser si persistance des signes de choc hypovolémique après un remplissage adéquat.

SAIGNEMENT PERSISTANT

En cas de persistance du saignement :

- ✘ Examiner à nouveau le placenta pour se rassurer qu'il est complet, si une portion manque procéder à une révision utérine manuelle.
- ✘ Évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente. S'il y a une perturbation de la coagulation sanguine procéder à une transfusion du sang total frais (séjourné moins de 72 heures à la banque de sang).
- ✘ Si le saignement persiste, procéder à une compression bimanuelle de l'utérus ou une compression de l'aorte.

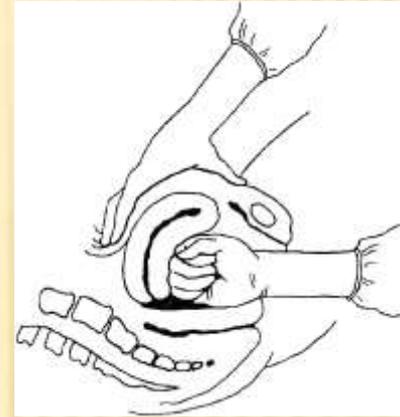
TEST DE COAGULATION AU LIT DE LA PATIENTE

Évaluer la qualité de la coagulation en utilisant le test de coagulation suivant au lit de la patiente :

- ✘ Prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm x 75 mm) propre et sec ;
- ✘ Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud ($\pm 37^{\circ}\text{C}$) ;
- ✘ Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube ;
- ✘ Si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

COMPRESSION BI-MANUELLE

- ✘ Placer le poing ganté dans le cul de sac antérieur et faire une pression contre la parois antérieure de l'utérus, l'autre main gantée exerce une forte pression sur la parois abdominale derrière le fond utérin en appuyant contre la parois postérieure de l'utérus qui est prise entre les 2 forces. Maintenir la pression jusqu'à la maîtrise du saignement.



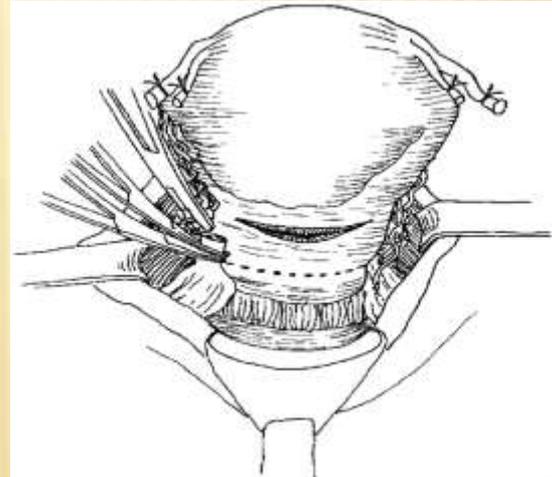
COMPRESSION DE L'AORTE

- ✗ Une compresse de l'aorte est aussi envisageable : avec le poing fermé exercer une pression vers le bas en comprimant légèrement à gauche de la ligne médiane, l'aorte abdominale sur la paroi abdominale postérieure de l'abdomen. Avec l'autre main rechercher les pouls fémoraux, leurs absences signant une compression efficace.



HYSTÉRECTOMIE

- ✘ Si le saignement persiste malgré ces manœuvres, procéder à une ligature de l'artère utérine et utéro-ovarienne. Si échec, procéder à une hystérectomie subtotale ou totale.



2- DÉCHIRURES CERVICALES, VAGINALES ET PERINÉALES.

- ✘ Examiner soigneusement ces lésions.
- ✘ Désinfecter la cavité vaginale et le périnée à l'aide d'un antiseptique.
- ✘ Procédé a des réparations.

POUR LES DÉCHIRURES CERVICALES

- ✘ Si les lésions sont étendues et hautes une anesthésie à la kétamine peut être nécessaire.
- ✘ Demander a un aide de pousser le fond utérin tout en massant l'utérus pour pousser le col dans le vagin.
- ✘ Placer des écarteurs.
- ✘ Pincer délicatement les berges du col avec des pinces à tampons.
- ✘ Inspecter totalement et minutieusement les lésions et suturer les lésions au fil 0 à résorption lente à partir de son extrémité supérieure.

POUR LES DÉCHIRURES CERVICALES

- ✘ Si la partie apicale est difficile à atteindre, placer une pince hémostatique longue et la laisser en place puis relâcher d'un cran les mors après 4 heures. Puis attendre 4 heures supplémentaires pour retirer complètement la pince.
- ✘ Administrer une antibiothérapie prophylactique.
- ✘ Pour des lésions hautes il peut être nécessaire de pratiquer une laparotomie.

POUR LES DÉCHIRURES VAGINALES ET PÉRINÉALES

- ✘ Examiner soigneusement les lésions et s'assurer que le sphincter anal n'est pas lésé par un toucher rectal.
- ✘ Pratiquer une anesthésie locale à la lidocaïne 0,5%.
- ✘ Badigeonner la lésion avec une solution antiseptique.
- ✘ Suturer la muqueuse vaginale avec un fil résorbable 2/0 en surjet en commençant à 2 cm de l'extrémité supérieure de la lésion.
- ✘ Suturer le périnée en 2 plans si nécessaire par des points séparés au fil résorbable lent 2/0. Pour le plan profond il faut faire attention de ne pas suturer le rectum.
- ✘

POUR LES DÉCHIRURES COMPLIQUÉES ET COMPLEXES DU PÉRINÉE

- ✘ Examiner soigneusement les lésions et s'assurer que le sphincter anal n'est pas lésé par un toucher rectal.
- ✘ Pratiquer une anesthésie locale à la lidocaine 0,5%, un bloc du nerf honteux peut être nécessaire de même qu'une anesthésie générale à la kétamine.
- ✘ Badigeonner la lésion avec une solution d'antiseptique régulièrement.
- ✘ Suturer avec du fil 3/0 à résorption lente le rectum par des points séparés distants de 0,5 cm pour reconstruire la muqueuse et la musculature.
- ✘ Saisir les 2 extrémités du sphincter avec pince d'Allis et suturer le avec 2 ou 3 points séparés au fil à résorption lente 2/0.

POUR LES DÉCHIRURES COMPLIQUÉES ET COMPLEXES DU PÉRINÉE

- ✘ Examiner de nouveau l'anus avec un doigt dans le rectum pour s'assurer de l'étanchéité de la réfection.
- ✘ Suturer la muqueuse vaginale, les muscles du périnée et la peau.
- ✘ Administrer une dose d'antibiotique prophylactique.
- ✘ Suivre pour pouvoir détecter à temps les signes d'infections locales.
- ✘ Éviter les lavements et les touchers rectaux pendant 2 semaines.
- ✘ Conseiller la femme de s'alimenter plus en fruit et légume pour éviter la constipation.

POUR LES LÉSIONS NÉGLIGÉES OU MÉCONNUES (LÉSION PÉRINÉALE NON FERMÉ DANS LES 12 HEURES)

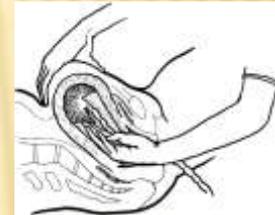
- ✘ Si la lésion est simple, faite un pansement pour éliminer l'infection et faire une suture secondaire après 6 jours.
- ✘ Si la lésion est complète ou compliquée, poser 2 ou 3 points sur l'aponévrose du sphincter anal, faire un traitement visant à éradiquer l'infection et faire une suture secondaire après 6 jours.

3- RETENTION PLACENTAIRE COMPLÈTE

- ✘ Vérifier que le placenta n'est pas décollé. S'il l'est, faite une légère traction sur le cordon pour le retirer de l'utérus.
- ✘ S'il n'est pas décollé, administrer 10 UI d'ocytocine en IM suivi d'une traction mesurée sur le cordon.
- ✘ Si ou bout de 30 minutes la délivrance n'a toujours pas eu lieu, essayer de nouveau une traction modérée sur le cordon. Si échec, procéder à une délivrance artificielle.

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

- ✗ Une fois la patiente sous anesthésie générale à la kétamine, une main gantée dans la cavité utérine localise les bords du placenta et repère un plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine. Décoller le placenta à partir de ce repère en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre les 2 surfaces jusqu'à ce que le placenta soit détaché. Pendant ce temps l'autre main maintient le fond utérin via la paroi abdominale pour éviter une inversion.



DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

- ✘ Administrer 20 UI d'ocytocine dans une perfusion à raison de 60 gouttes par minute.
- ✘ Administrer une antibiothérapie prophylactique.
- ✘ Continuer le massage utérin.
- ✘ Surveiller les signes vitaux toutes les 30 minutes pendant 6 heures.
- ✘ Bien examiner le placenta pour s'assurer qu'il est complet.
- ✘ Si la résistance à la délivrance manuelle est très forte, il se peut que se soit un placenta adhérent à l'utérus (accreta, increta ou percreta) indiquant le plus souvent une hystérectomie.

4 – INVERSION UTÉRINE

- ✘ Il faut le repositionner immédiatement car plus le temps passe plus l'utérus s'engorge de sang et plus l'anneau de rétraction qui entraîne l'utérus inversé devient rigide.
- ✘ Repositionner immédiatement l'utérus.
- ✘ Par réduction manuelle : avec un main ganté, empaumer l'utérus et le pousser à travers le col en direction de l'ombilic pour le ramener en position normale. Insérer en premier la partie sortie la dernière (la partie la plus proche du col). L'autre main sur l'abdomen assure le maintien de l'utérus.

INVERSION UTÉRINE

- ✘ Par réduction manuelle sous anesthésie : procéder comme précédemment mais la patiente est sous anesthésie générale à l'halothane qui a la propriété de relâcher le muscle utérin.
- ✘ Réduction chirurgicale par voie abdominale :
 - ✘ Inciser la paroi abdominale en sous ombilical.
 - ✘ Une fois dans la cavité abdominale dilater l'anneau de rétraction à l'aide des doigts, placer une pince de Pozzi sur le fond utérin et ramener le dans la cavité abdominale par une traction légère et continue. Se faire aider par une main en réduction manuelle par voie vaginale.

INVERSION UTÉRINE

- ✘ Si la traction échoue, faire une incision sur l'anneau de rétraction en arrière où il y a moins de risque de léser les gros vaisseaux et la vessie.
- ✘ Administrer 0,1 mg de morphine par Kg de poids en IM comme antalgique.
- ✘ Ne pas administrer d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée.
- ✘ Administrer une antibiothérapie prophylactique : 2g d'ampicilline IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV.
- ✘ En cas de nécrose placentaire, référer dans un centre approprié pour une hystérectomie par voie vaginale.

5- ENDOMÉTRITE DU POST PARTUM

L'endométrite puerpérale est une infection de l'utérus qui survient après l'accouchement et constitue une grande cause de mortalité maternelle.

- ✘ Administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h :
 - ✘ 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - ✘ PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24h ;
 - ✘ PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- ✘ Si la fièvre n'a toujours pas disparu 72 h après le début du traitement, réexaminer la patiente et revoir le diagnostic.

ENDOMÉTRITE DU POST PARTUM

- ✘ En cas de présomption de rétention placentaire partielle, faire une révision utérine pour extraire les caillots et les fragments de placenta. Utiliser une pince à faux germe ou une grande curette si nécessaire.
- ✘ Si les soins conservateurs ne produisent pas d'amélioration et si la patiente présente des signes de péritonite généralisée (fièvre, douleur abdominale à la décompression, douleur abdominale), réaliser une laparotomie pour drainer le pus.
- ✘ Si l'utérus est nécrotique et septique, faire une hystérectomie subtotale.

MANUELS DE RÉFÉRENCE

- ✘ *« Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin » (OMS et JHPIEGO)*
- ✘ *Surgical care at the district Hospital (WHO)*
- ✘ *Obstétrique en situation d'isolement: Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialiste (MSF)*

MERCI

THANK YOU

