

The Vietnam-France-Asia-Pacific XVIII conference
Ho Chi Minh City 17-18 May 2018

Techniques d'hémostase des hémorragies graves du post-partum

*Les hémorragies du post-partum restent un des fléaux de l'Obstétrique
pour les obstétriciens et les sages-femmes,*

et pourtant,

*nous avons les moyens de réduire leur fréquence, leur gravité et leur
morbidity.*

Pr Henri-Jean Philippe



Les hémorragies graves du post-partum

Quelle est la situation de ce problème ?

Définition

- HDD : Saignement > 500ml
- HDD sévère : : Saignement > 1000ml
- **HDD graves : : Saignement nécessitant une transfusion ou un geste hémostatique**

Fréquence :

- **environ 1-3/1000 naissances**

Conséquences :

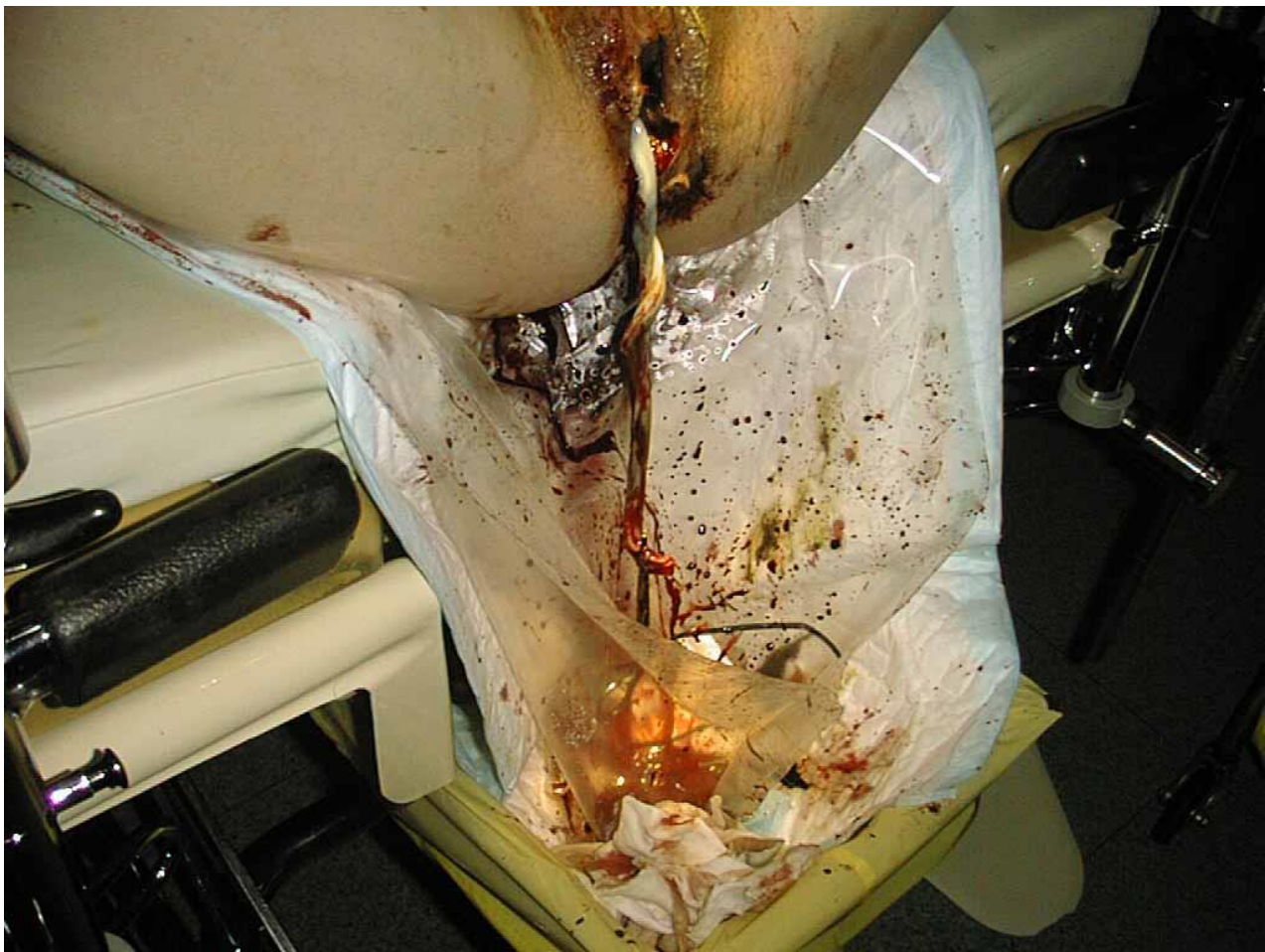
- **¼ des causes de mortalité maternelle dans le monde (135.000/an)**
- **Elle varie de 8 à 1000/100.000 naissances**

Évitabilité :

- **> 50 à 99 %**

Les 3 niveaux de prévention

- 1. La prévention primaire:** consiste à éviter =>
 - **orienter les patientes** vers un hôpital en cas de facteurs de risque élevé : grossesse multiple, antécédents d'hémorragie de la délivrance, hydramnios,...
 - **considérer toute femme comme à risque** car dans 40% des cas aucun facteur de risque identifié => Délivrance dirigée et sac de recueil



-
2. **La prévention secondaire** consiste à **prendre en charge précocement** une hémorragie afin d'éviter une forme grave => rapide, efficace et la moins invasive possible.
 3. **La prévention tertiaire** consiste à **accompagner** ces femmes qui ont des séquelles (comme hystérectomie).

Diagnostic

Prévenir tous les acteurs

Délivrance effectuée

Délivrance
non effectuée

Révision utérine
sous anesthésie

Délivrance artificielle
sous anesthésie

Ocytocine 5 à 10 UI IV lente
puis 20 UI en perfusion 2 heures
Sondage vésical, massage utérin
Examen col et vagin si doute
Antibioprophylaxie

Monitoring (pouls, PA, SpO₂)
Bonne voie d'abord
Remplissage (cristalloïdes)
Vérifier groupe (et RAI < 3 j)

En cas de saignement persistant après 15mn

Examen col/vagin si voie basse et si non réalisée auparavant
sulprostone : 100 à 500 µg/h par voie IV en seringue électrique
relais par ocytocine 10 à 20 UI en perfusion pendant 2 heures

Persistance de l'hémorragie plus de 30 mn sous sulprostone

radiologie interventionnelle accessible
état hémodynamique stable
transport médicalisé rapidement possible

EMBOLISATION ARTÉRIELLE

Indications préférentielles :
accouchement voie basse
lésion cervico-vaginale

Pose d'une 2^e voie veineuse.
Prélèvement sanguin : NFS plaquettes, TP, TCA, fibrinogène
Surveillance : scope, TA régulière, oxymétrie de pouls, sondage vésical à demeure
Remplissage (colloïdes), oxygénation
Prévenir le site transfusionnel et commander des Culots Globulaires et du Plasma Frais Congelé.
Si hémodynamique instable, traitement du choc hémorragique

Non

CHIRURGIE

Ligatures vasculaires
Indication préférentielle : HPP au cours d'une césarienne
Si échec, ou parfois d'emblée, hystérectomie

Échec

Notre sujet est
la place des techniques d'hémostase
dans la prévention secondaire.

Deux solutions conservatrices
peuvent être envisagées,

- 1. L'embolisation des artères utérines** mais nécessite :
 - un plateau technique de radiologie interventionnelle
 - avec une radiologue expérimenté
 - et un manipulateur en radiologie ;
- 2. Certaines techniques chirurgicales .**

Tout obstétricien devrait être capable de les pratiquer.

1. Embolisation artérielle

Embolisation des **deux artères utérines**

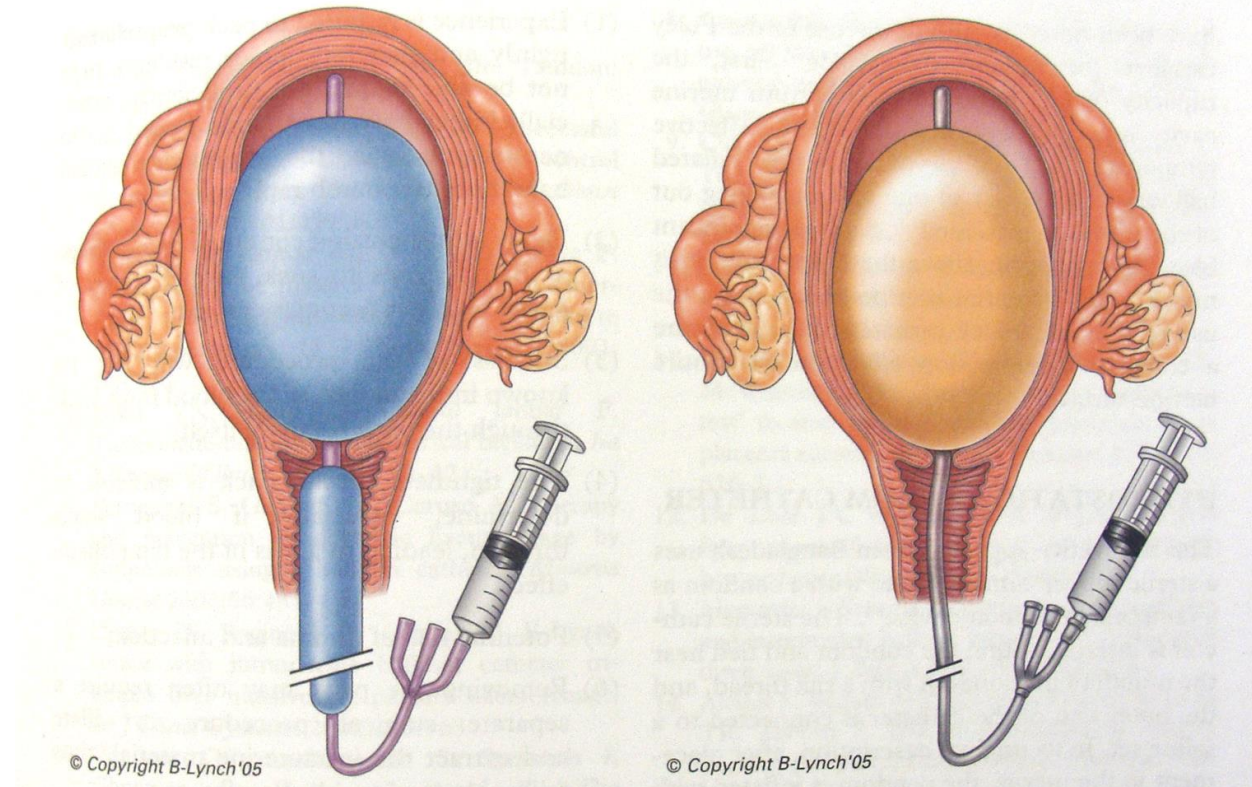
Technique efficace et sûre

Indication et prise en charge pluridisciplinaire (radiologue interventionnel, gynécologue-obstétricien et anesthésiste-réanimateur)

2. Techniques non chirurgicales

Ballon intra-utérin

- Principe : pression intra-utérine > pression artérielle
- 500ml sérum chaud
- Poursuite d'une perfusion d'ocytociques
- Antibioprophylaxie
- À laisser 8 H à 48H
- Différents types :
 - Sonde de Blakemore
 - Ballon de Rusch
 - Ballon de Bakri
 - Utilisation de condom



2. Techniques Chirurgicales

La bonne technique est celle que nous maîtrisons ?

Non !

Pour les hémorragies de la délivrance, la bonne technique est celle qui évitera le décès maternel et si possible préservera un utérus fonctionnel.

**Pour arrêter ou diminuer le débit utérin,
une solution est radicale et très utile :**

L'hystérectomie.

Tout obstétricien doit
être capable de la
pratiquer.



Techniques chirurgicales conservatrices

Par laparotomie :

- Des techniques d'hémostase par rétraction utérine
- La ligature des a. utérines
- La ligature de tous les pédicules utérins
- La ligature des artères hypogastriques

Par voie vaginale :

- La ligature des a. utérines

Technique de rétraction utérine

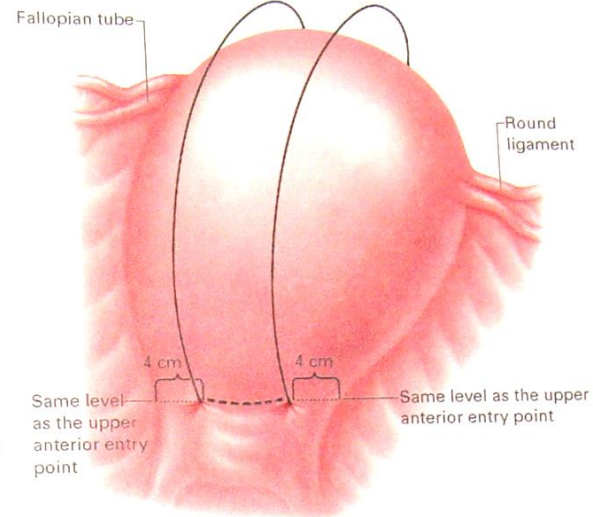
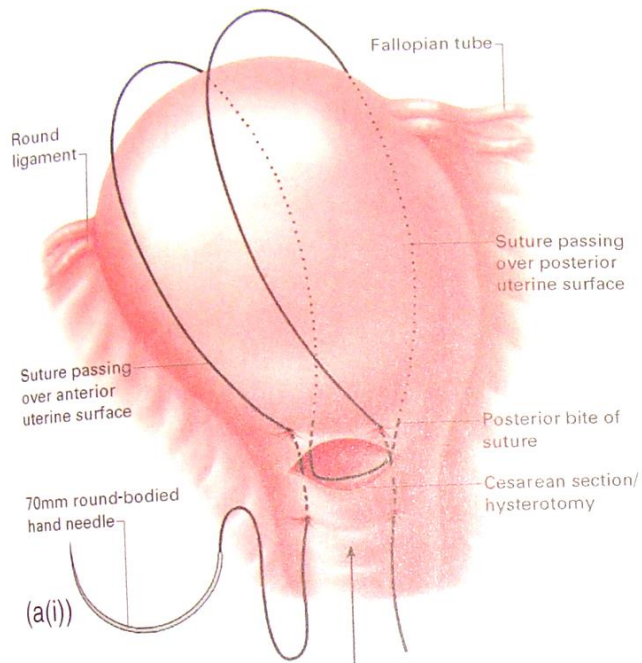
B-Lynch *BJOG* 1997 104, 372-375

Avantages

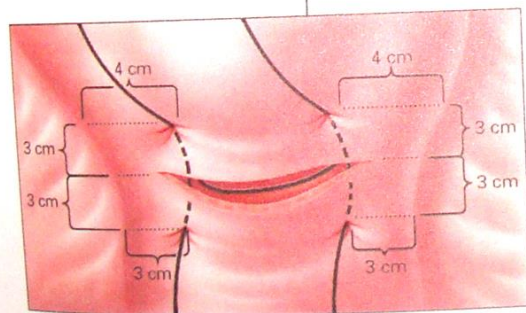
Test = compression bimanuelle

Inconvénients

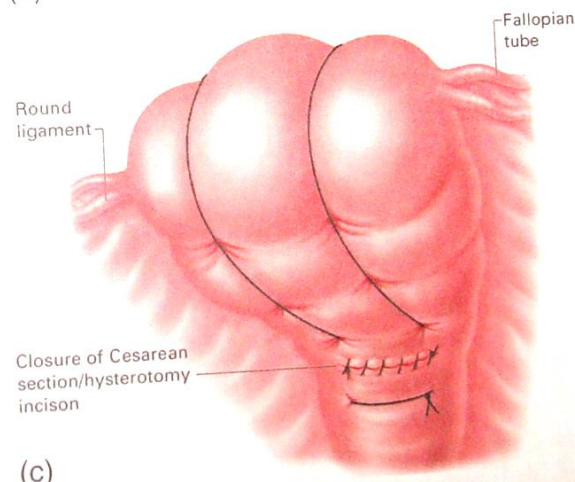
Faisabilité



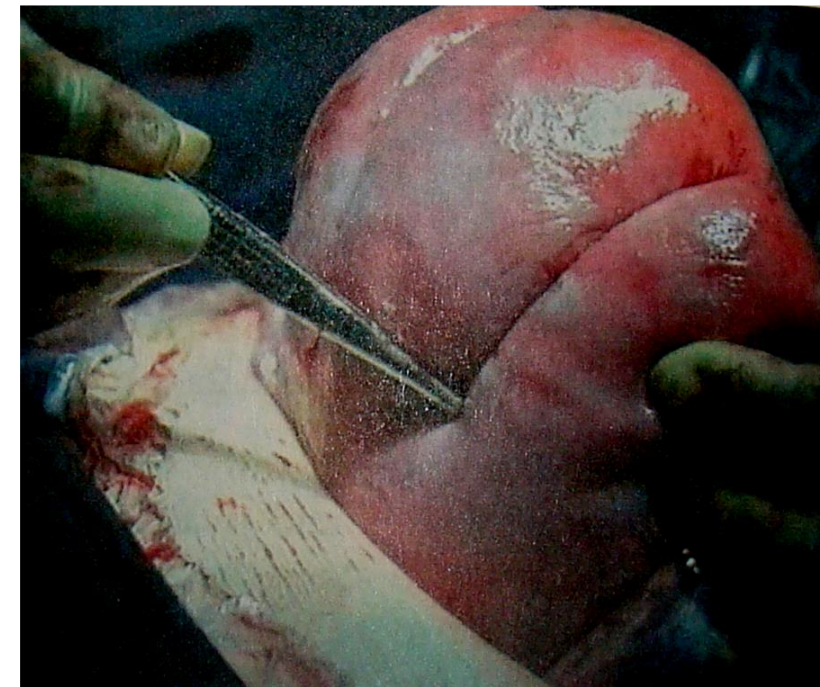
(b)



(a(ii))

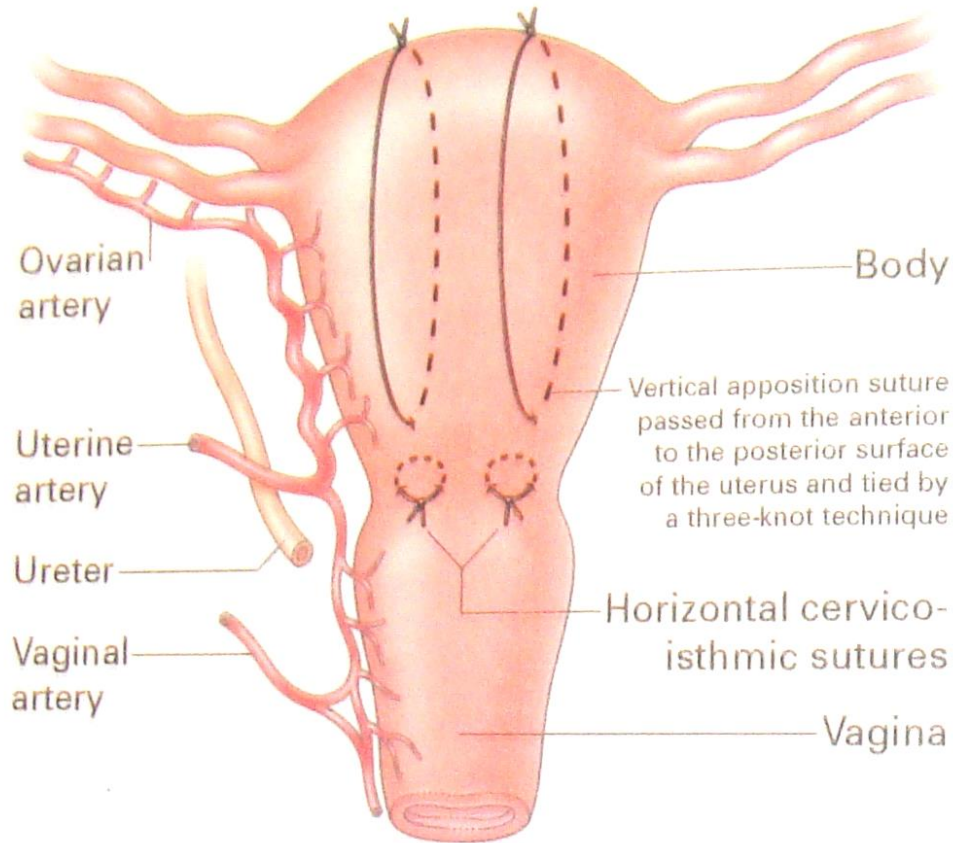


(c)



Technique de rétraction utérine

Technique de HAYMAN



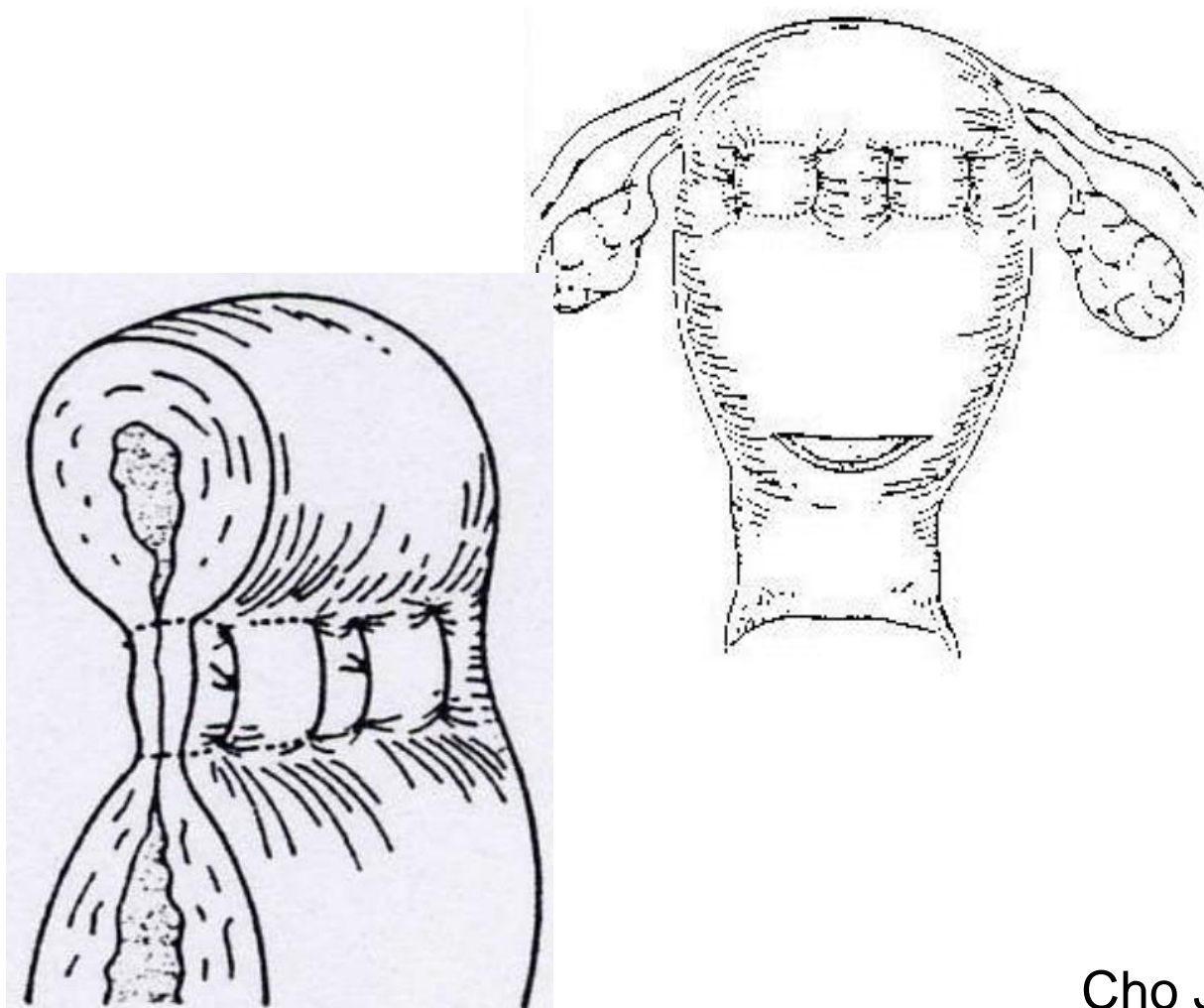
Identique à la technique de Lynch mais sans ouverture de la cavité utérine

Hayman RG Obstet Gynecol. 2002.

© Copyright B-Lynch'05

Technique de rétraction utérine

Technique de JH CHO



Capitonnage antéro-postérieur

Avantages

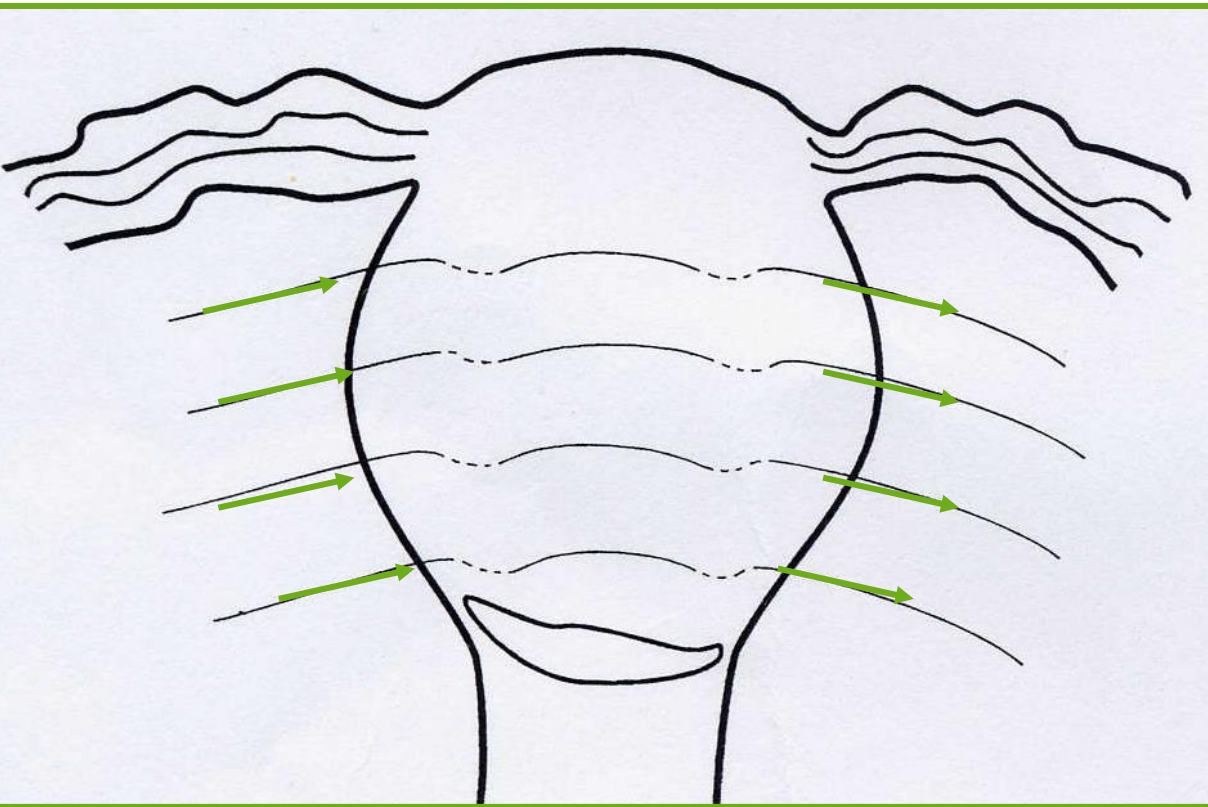
Simplicité

Inconvénients

Risque de synéchie

Techniques de rétraction utérine

Technique de PHILIPPE HJ



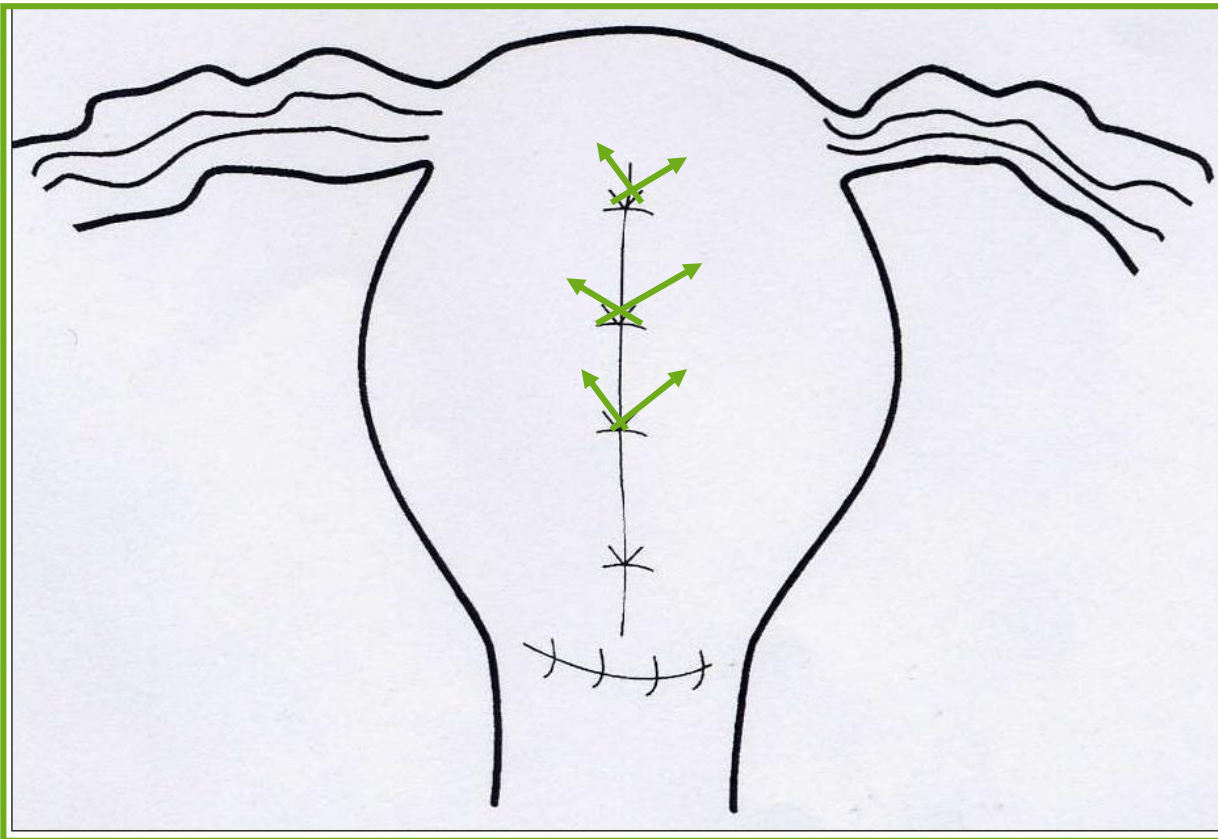
**Plicature des faces de
l'utérus**

=> Globe utérin

Avantages

Simple

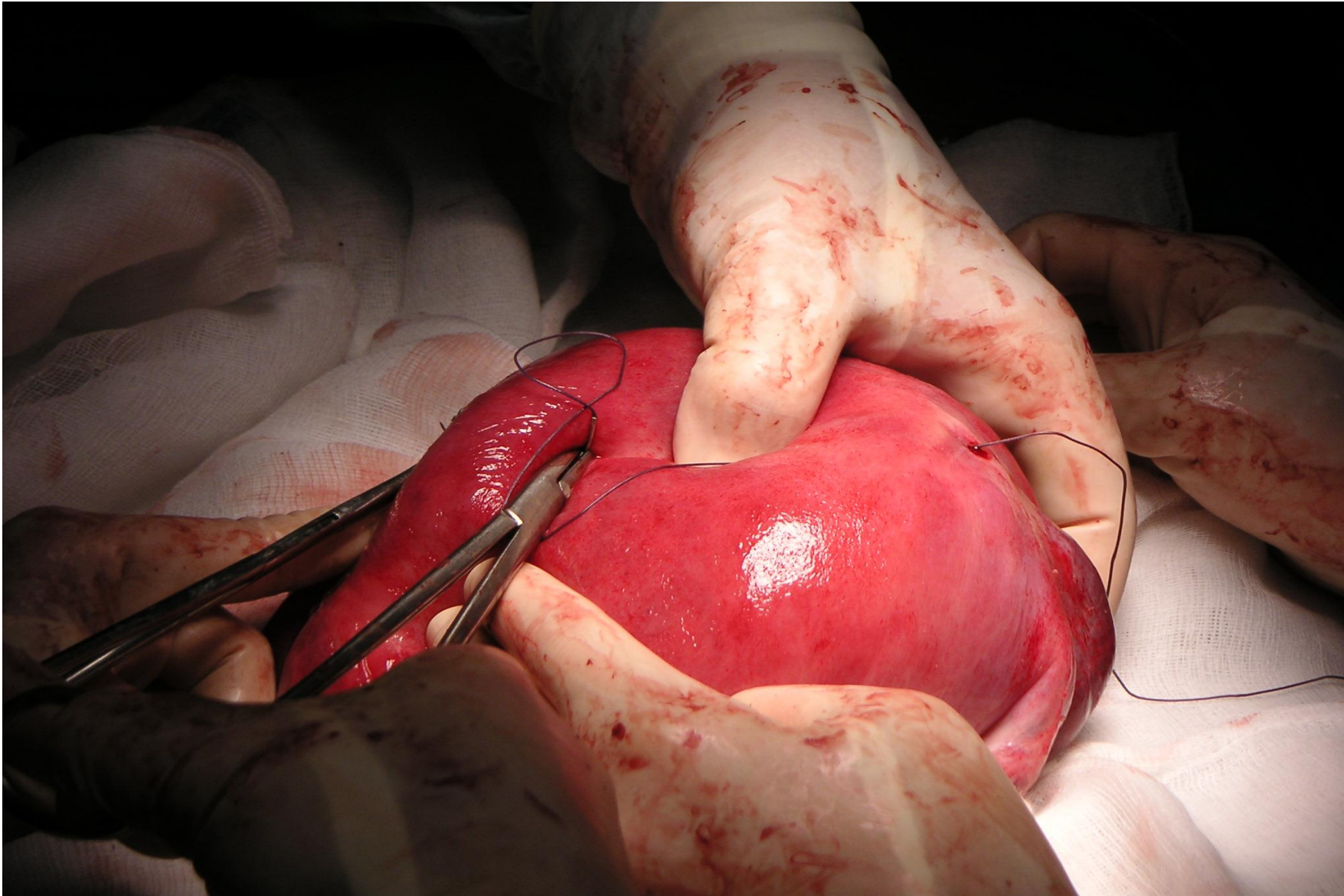
Techniques de rétraction utérine

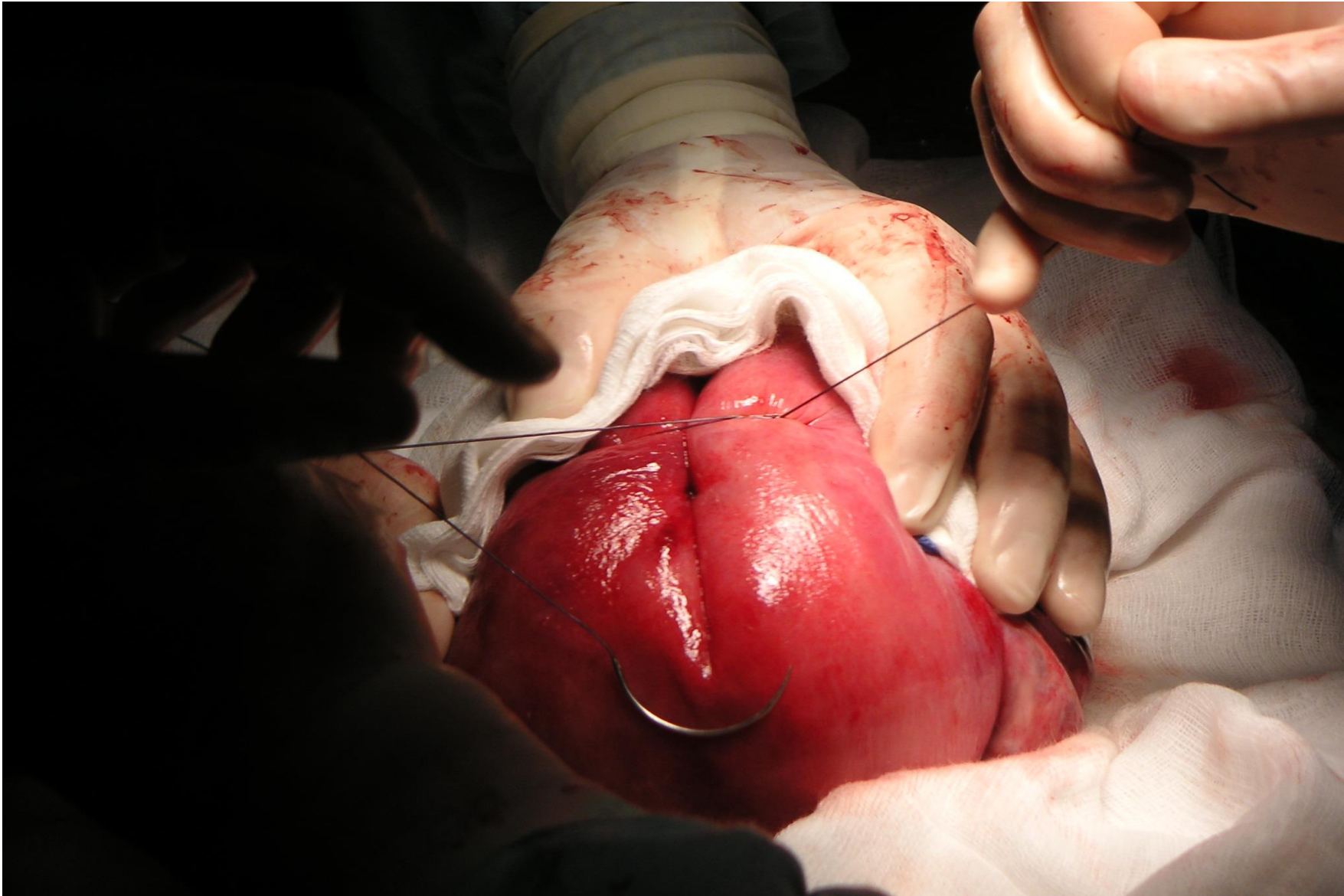


Plicature des faces de l'utérus

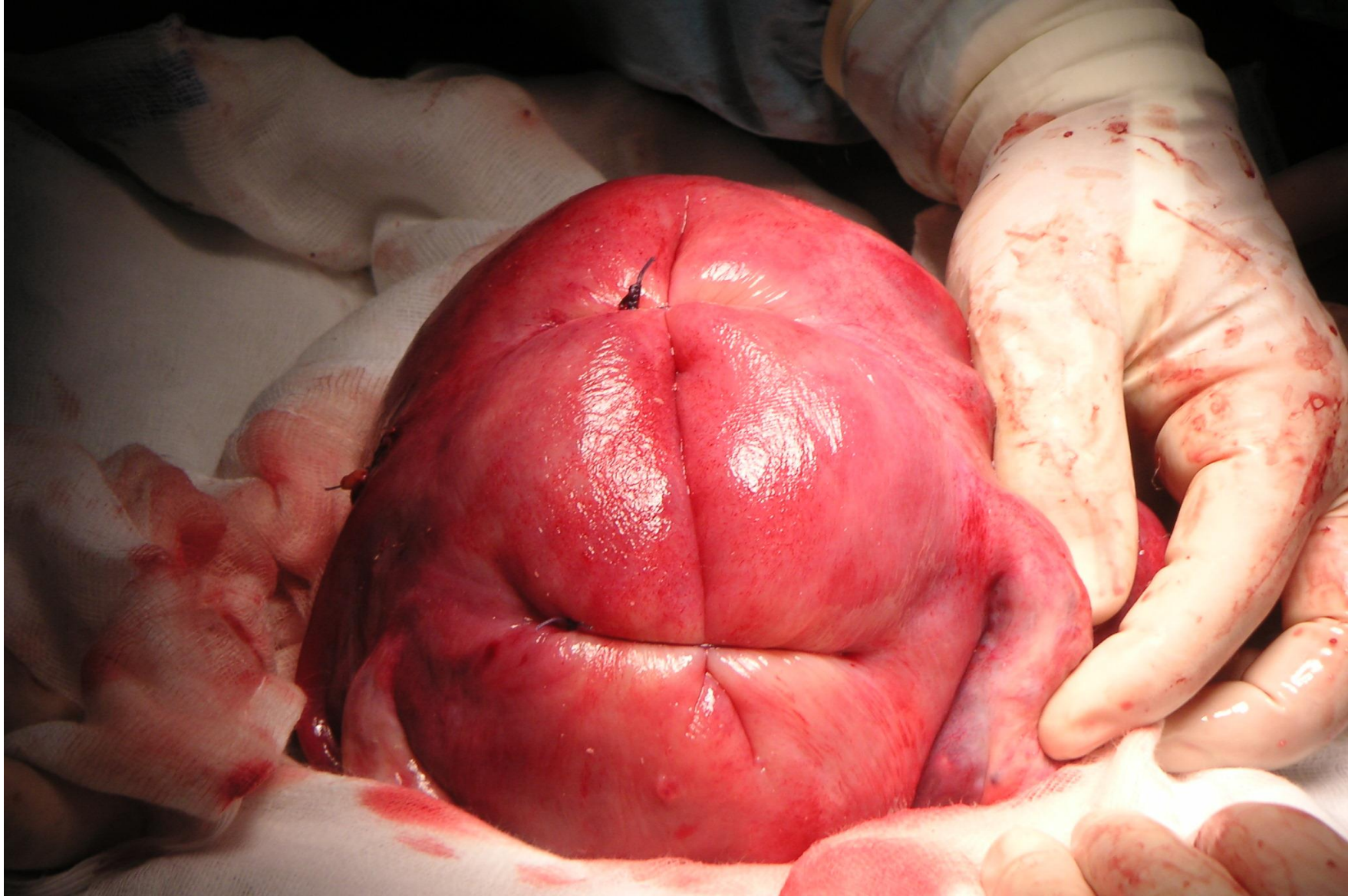
Point transfixiant la face antérieure de l'utérus







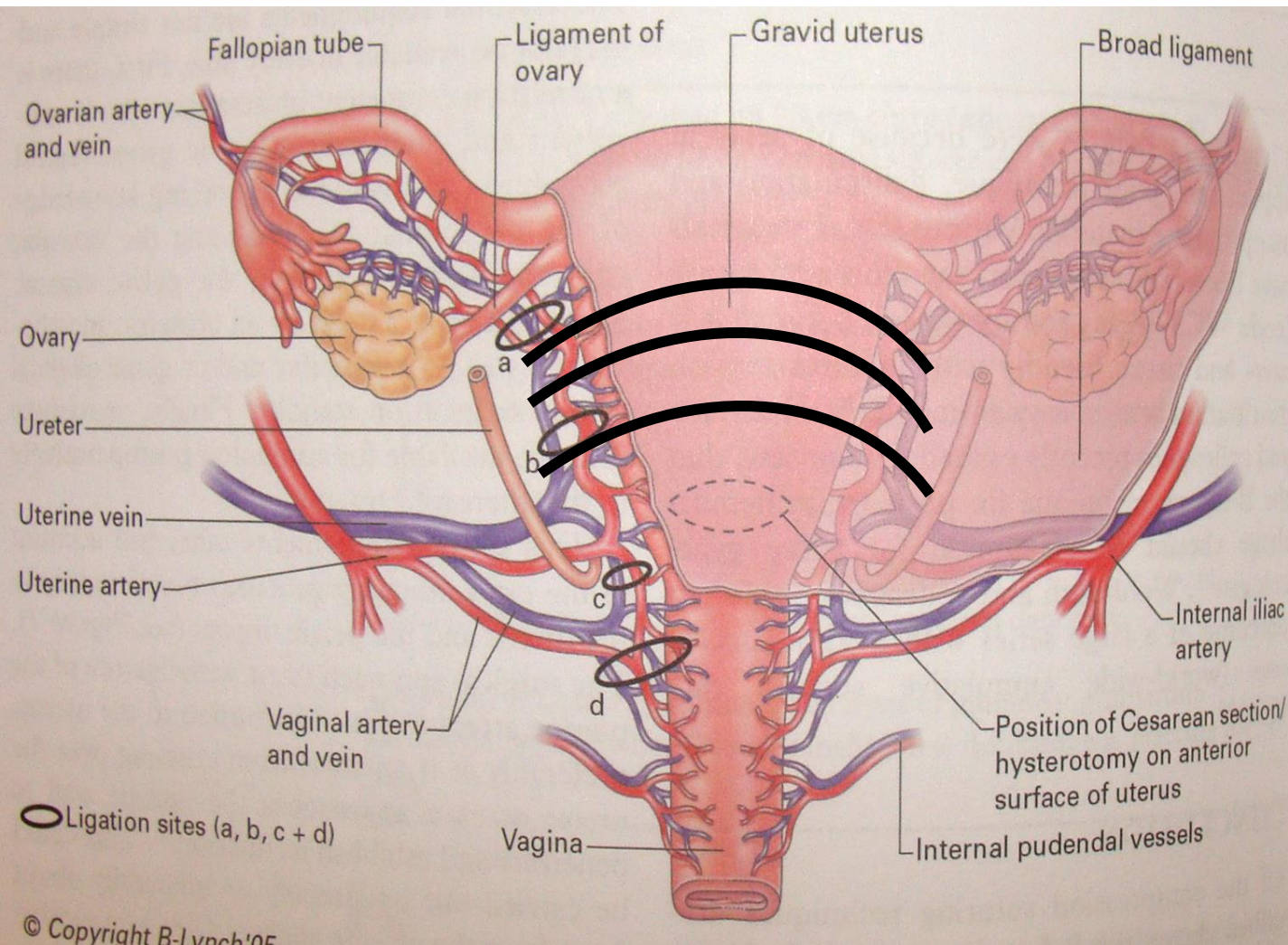
Rétraction de l'utérus



Technique PEREIRA

Sutures utérines non transfixiantes longitudinales et transversales prenant la branche ascendante de l'artère utérine

PEREIRA *Obstet Gynecol*, 2005 ; 106 : 569-72



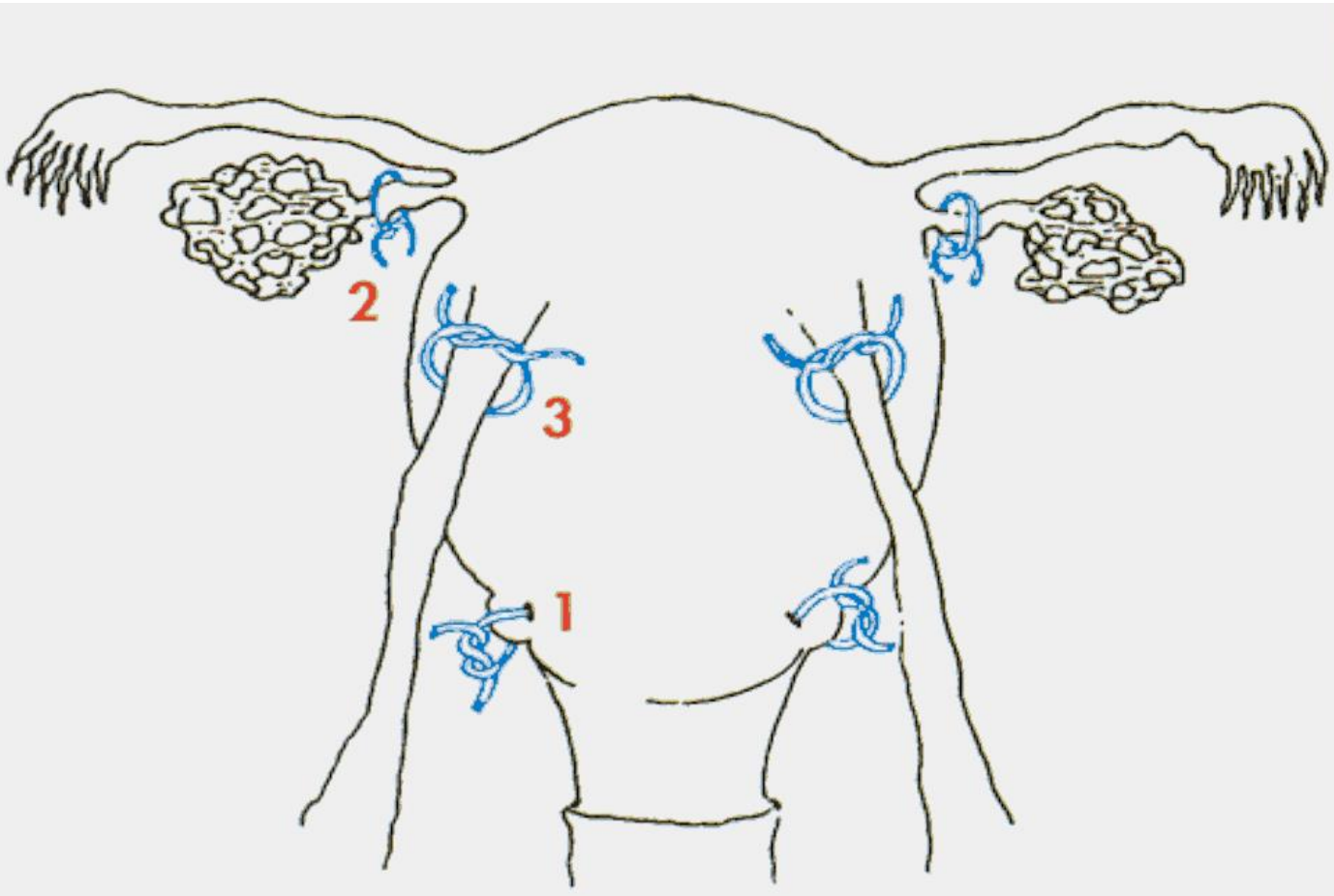
Avantages

Efficacité

Inconvénients

Risque de dévascularisation de l'utérus

Technique de TSIRULNIKOV



Avantages

Simple et rapide

Inconvénients

Insuffisance ovarienne

J.G.O..B..R., 1979, 8, 751-753

Ligatures des artères hypogastriques

Reich 1961

Avantages

Région peu modifiée par l'état
gravidique

Grossesses possibles

Inconvénients

Anastomoses +++

Impossibilité d'embolisation
secondaire

Difficultés Techniques

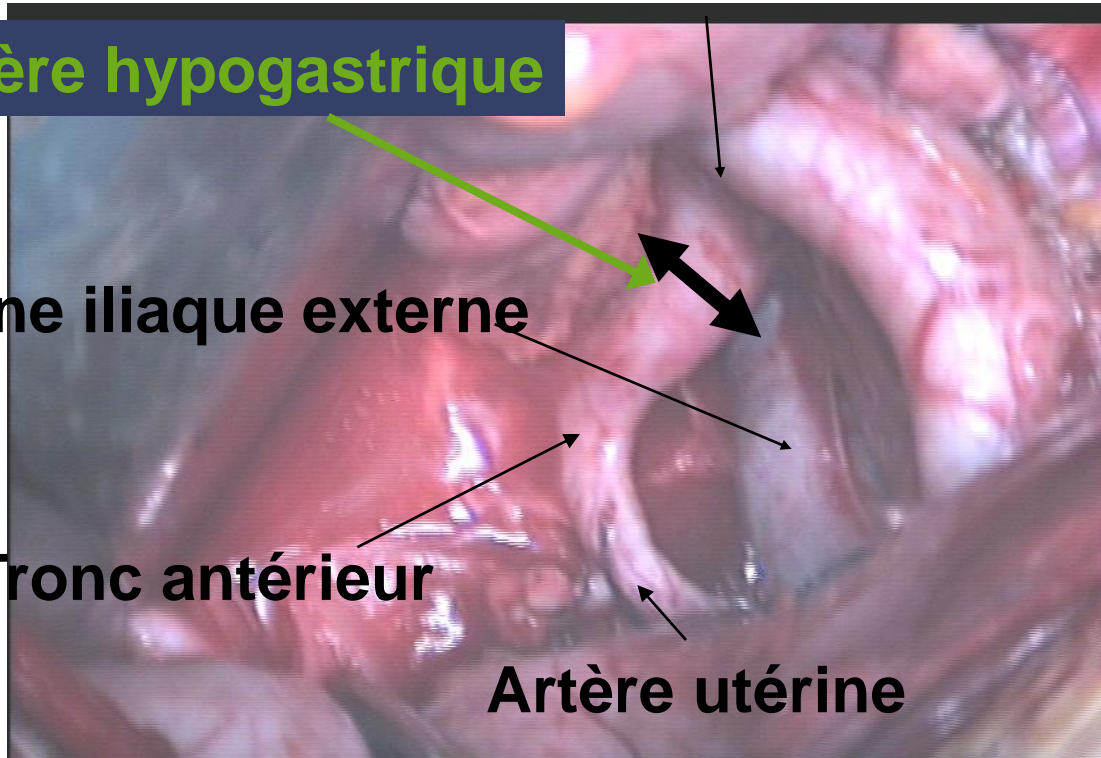
Artère iliaque externe

Artère hypogastrique

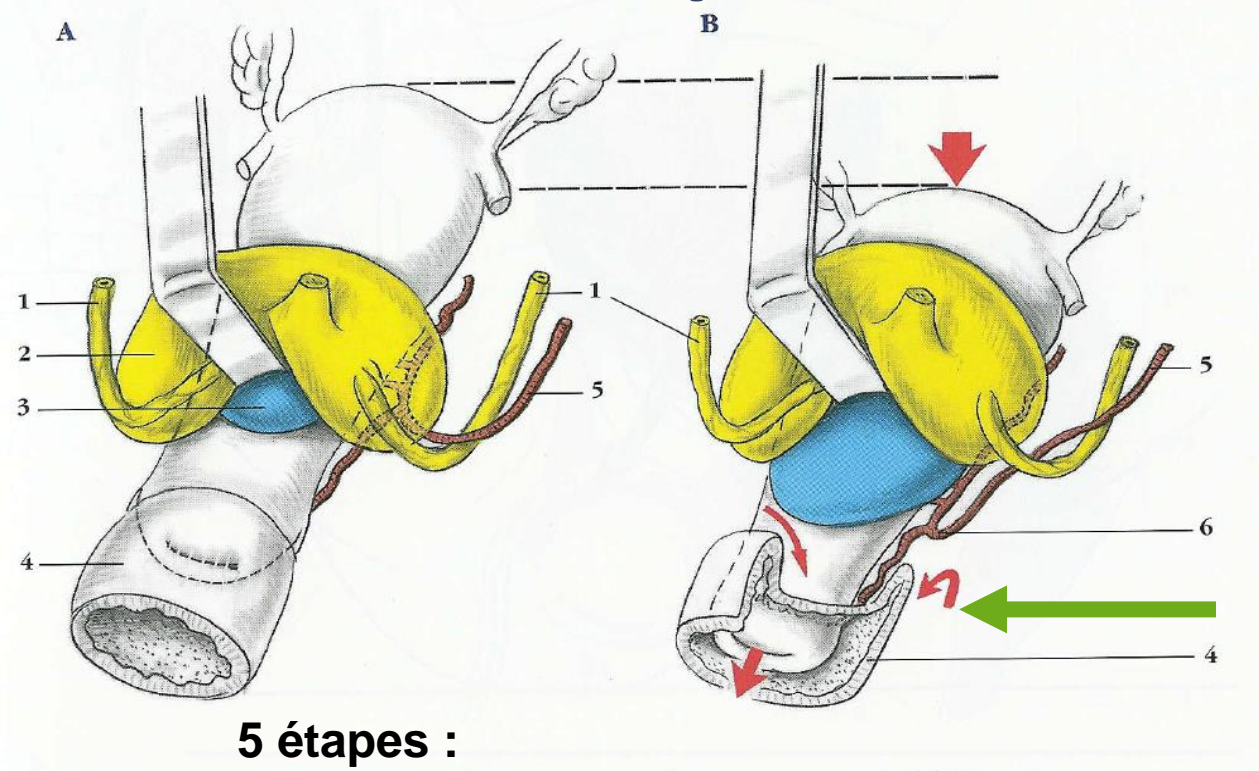
Veine iliaque externe

Tronc antérieur

Artère utérine

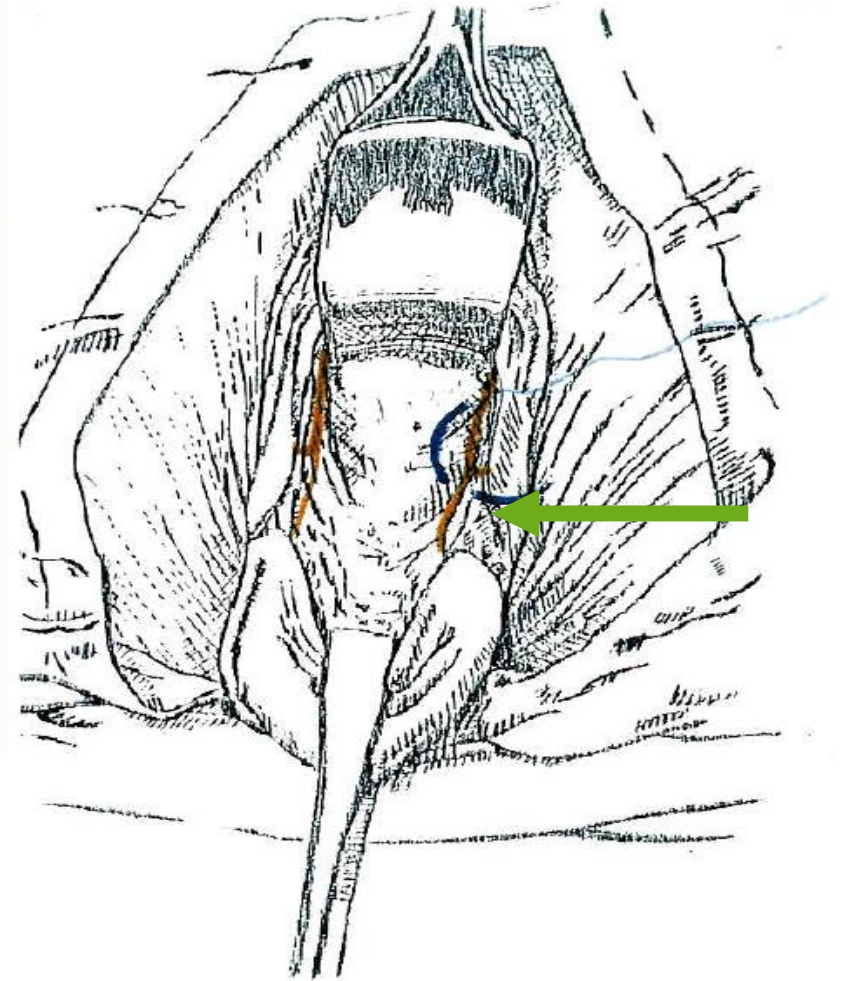


Ligature des artères utérines par voie basse



5 étapes :

1. Tracter le col utérin
2. Réaliser une colpotomie antérieure
3. Refouler la vessie
4. Ligaturer les pédicules utérins
5. Suturer la colpotomie



Ligature des artères utérines par voie basse

Avantages

- Simplicité
- Rapidité (10 à 15 mn) et précocité du geste (salle de travail)
- Caractère peu invasif
- Efficacité
- Possibilité d' embolisation secondaire

Inconvénients

Expérience de la chirurgie vaginale

Philippe / J G O 1997 ; 57 : 267-270

Les éléments du choix de la méthode :

- Le contexte obstétrical de cette patiente (âge, parité)
- L'état hémodynamique
- La présence de troubles de la coagulation
- Le moment de survenue (césarienne)
- La possibilité d'embolisation
- à l'expérience du chirurgien
- L'origine des saignements :
 - atonie
 - rupture utérine
 - placenta accreta
 - lésions des parties molles

En cas d'hémorragie de la délivrance au moment d'une
césarienne chez une **femme** jeune,

Soit le placenta a été difficile à décoller <=> Accreta?

- ⇒ Rapprochement des bords de la zone cruentée => Rétraction utérine
- ⇒ Puis, Pereira ou Ligatures vasculaires distales
- ⇒ Puis, Hystérectomie

Soit Atonie utérine sans cause et réfractaire au traitement médical

- ⇒ Techniques de rétraction utérine
- ⇒ Puis, Pereira ou Ligatures vasculaires distales
- ⇒ Puis, Hystérectomie

En cas d'hémorragie de la délivrance après un accouchement par voie basse,

Soit le placenta a été difficile à décoller <=> Accreta ?

- ⇒ Tentative courte de Ballon
- ⇒ Embolisation
- ⇒ Sinon Laparotomie c.f. après césarienne

Soit atonie utérine sans cause et réfractaire au Traitement médical

- ⇒ Ballon
- ⇒ Puis, embolisation ou Ligature des artères utérines par voie basse
- ⇒ Laparotomie c.f. après césarienne

Soit des manœuvres instrumentales ont été réalisées, le risque de lésions pelviennes non écartées

- ⇒ Embolisation
- ⇒ ou Ligature des artères hypogastriques

Soit, enfin, il existe **une rupture utérine** => Laparotomie

Conclusion

La prise en charge des hémorragies graves du post-partum nécessite une prise en charge rapide, efficace et la moins invasive possible

L'embolisation sélective des artères utérines répond au mieux à ces impératifs ... quand elle est réalisable...

Trois techniques sont fondamentales à connaître :

- **L'hystérectomie** pour sauver la vie de la patiente
- les techniques alternatives pour préserver l'utérus :
 - *Compression intra-utérine par ballon ou packing intra-utérin*
 - **Techniques de Rétraction utérine**
 - **Ligatures vasculaires**

Après hystérectomie,

Un packing pelvien est parfois la seule solution du fait de troubles de la coagulation

