Hémorragie du post-partum : Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF

Postpartum Hemorrhage: Guidelines for Clinical Practice Text of the Guidelines from CNGOF

Israël Nisand

*Président du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)
Service de gynécologie obstétrique - CHU Hautepierre - 1, avenue Molière 67098 Strasbourg Cedex.*

Résumé

L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale et anesthésique qui constitue la deuxième cause de mortalité maternelle en France. Or elle semble souvent évitable. Une fois l'hémorragie installée, tout retard ou hésitation dans la prise en charge pluridisciplinaire est préjudiciable car il favorise l'apparition de troubles de la coagulation et l'installation d'un cercle vicieux. Lorsqu'elle est possible, l'embolisation artérielle constitue un énorme progrès dans le traitement conservateur non invasif, surtout après les accouchements par voie basse. La dévascularisation utérine étagée est conservatrice de la fertilité maternelle et efficace.

Traitement chirurgical conservateur : en l'absence d'étude comparative portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales, aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier. L'efficacité sur l'arrêt des saignements des techniques de ligatures vasculaires (ligature bilatérale des artères utérines ou ligature bilatérale des artères hypogastriques) en première ligne de traitement chirurgical conservateur de l'HPP est de l'ordre de 70 %. La Ligature des artères utérines est une technique chirurgicale simple et à faible risque de complication immédiate sévère. Ces ligatures vasculaires ne semblent affecter ni la fertilité ni le devenir obstétrical ultérieur. L'efficacité des techniques de compression ou de plicature utérine sur l'arrêt des saignements en cas d'HPP résistant au traitement médical est de l'ordre de 75 % et n'entraînent pas non plus de complications pour une grossesse ultérieure.

Traitement chirurgical radical : l'hystérectomie totale ne semble pas augmenter significativement la survenue de plaie de l'appareil urinaire par rapport à la technique d'hystérectomie subtotale. Le type d'hystérectomie (totale ou subtotale) est laissé à l'appréciation de l'opérateur.

Stratégie chirurgicale : les traitements conservateurs de l'utérus sont peu morbides et efficaces, ils doivent être réalisés en priorité. Certaines situations (HPP massive, état hémodynamique précaire) doivent faire envisager une hystérectomie d'hémostase de première intention. En cas d'hémorragie per-césarienne (à ventre ouvert), la réalisation d'une embolisation n'est pas recommandée, un traitement conservateur par ligature vasculaire ou compression utérine doit être réalisé. Le choix de la technique chirurgicale conservatrice dépend des habitudes de chacun. L'hémorragie après césarienne conduit à la reprise chirurgicale. Cependant, en présence d'une unité de radiologie interventionnelle au sein de l'établissement, si l'état hémodynamique est conservé et en absence d'hémo-péritoine faisant craindre une complication chirurgicale, une embolisation artérielle peut être tentée.

L'hémorragie après accouchement par voie basse : un état hémodynamique instable contre-indique formellement le transfert inter-hospitalier et doit conduire à une chirurgie d'hémostase sur place. En présence d'une unité d'embolisation au sein de la maternité d'accouchement, il est préférable de s'orienter vers l'embolisation, si l'état hémodynamique maternel et l'organisation des soins le permettent. Si l'état hémodynamique est stable et en absence de saignement abondant, un transfert vers une structure hospitalière disposant d'une unité d'embolisation peut être licite. En cas d'échec du traitement médical, la réalisation d'un traitement chirurgical conservateur de l'utérus a une efficacité de l'ordre de 70 % sur l'arrêt des saignements quelle que soit la technique utilisée (ligature vasculaire ou compression utérine). En absence de réponse rapide à une première ligne de traitement conservateur, une hystérectomie d'hémostase doit être réalisée sans délai.

Face à l'hémorragie de la délivrance, il faut avoir un plan d'action univoque et progressif et lutter contre l'inertie de l'utérus, mais aussi contre celle de l'obstétricien.

Mots clés

- ◆ Hémorragie du post-partum
- ◆ Oxytocine
- ◆ Transfusion
- ◆ Hystérectomie d'hémostase
- ◆ Placenta accreta

Abstract

Postpartum hemorrhage (PPH) is an obstetrical and anesthetic emergency which constitutes the second cause of maternal mortality in France. Nevertheless, it seems often avoidable. Once the hemorrhage settled, all delay or hesitation in multidisciplinary caretaking is harmful, because it favors the outbreak of coagulation disorders and the setting of a pervert circle. When possible, the arterial embolization constitutes a great progress in the non-invasive conservative treatment, above all after low access birth. The uterine staged devascularization is efficient and conserves maternal fertility.

Conservative surgical treatment: When there is no comparative study concerning the efficiency of various surgical conservative techniques, no one has to be favored. The hemorrhage-stopping efficiency of vascular ligation technologies (bilateral ligation of uterine or hypogastric arteries) at the beginning of conservative surgical treatment of PPH is successful in about 70%. The ligation of uterine arteries is a simple surgical technique with small risk of severe immediate complication. These vascular ligations seem to have no negative effect on later fertility or later obstetrical state. In case of resistance to medical treatment, the efficiency of compressive techniques or of uterine plication to stop the bleeding, is about 75%; those, too, will not induce complication for further pregnancy.

Radical surgery treatment: Comparing to subtotal hysterectomy, total hysterectomy does not seem to increase significantly the occurrence of wounds in the urinary system.

The choice between those two kinds of hysterectomy is left to the operators' judgement.

Surgical strategy: The conservative treatments of the uterus are efficient and rarely dangerous for the patient. They must be achieved prior to other treatments. For some situations (massive PPH or precarious hemodynamic state) the surgeon will probably decide to do an hemostatic

hysterectomy in first intention. In case of hemorrhage during caesarean parturition (open surgery), the practice of embolization is not advisable; a conservative treatment with vascular ligation or uterine compression must be done. The choice of each conservative technique depends on the habits of the operating surgeons. A post-caesarian hemorrhage will lead to reoperation. However, if there is an interventional radiology unit in the hospital and if the hemodynamic state is preserved (of course without signs of peritoneal hemorrhage which may lead to surgical complications) an arterial embolization may be undertaken.

Hemorrhage after low-access birth: An unstable hemodynamic state is a strict contraindication of transferring the patient to other services and must lead to hemostatic surgery in place. If there is an embolization unit present in the birth-place it is better to prefer embolization, if the hemodynamic state of the mother and the hospital's organization of care allow to do it. If the hemodynamic state is stable and without any heavy bleeding of the patient, a transfer to another hospital having an embolization unit might be a good solution. If no medical treatment is efficient, the realization of a conservative surgical treatment of the uterus can be tried; we note an efficiency of 70% on stopping the bleeding whatever the used technique might be (vascular ligation or uterine compression).

If there is no rapid reply to the first conservative treatments, a hemostatic hysterectomy must be done without delay.

Facing the post-partum hemorrhage it is necessary to have a unambiguous and progressive plan and to fight against the uterine inertia (but also against the obstetrician's inertia?).

Keywords

- ◆ Postpartum hemorrhage
- ◆ Oxytocin
- ◆ Transfusion
- ◆ Peripartum hysterectomy
- ◆ Placenta accreta

Correspondance

Israël Nisand

Service de gynécologie obstétrique - CHU Hautepierre - 1, av Molière 67098 Strasbourg Cedex.

E-mail : israel.nisand@chru-strasbourg.fr

Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du post-partum (HPP) est définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine ≥ 1000 ml. Le seuil d'intervention clinique doit tenir compte du débit du saignement et du contexte clinique.

Dans les études en population, l'incidence de l'HPP se situe autour de 5 % des accouchements lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise, et autour de 10 % lorsque les pertes sanguines sont quantifiées. L'incidence de l'HPP sévère est de 2 %. L'atonie utérine est la principale cause d'HPP. Les plaies de la filière génitale sont responsables d'environ 1 cas d'HPP sur 5, et leur contribution est plus grande parmi les HPP sévères. La mortalité maternelle par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/100000 naissances vivantes), mais elle demeure la première cause de décès maternel (16 %), et la plus évitable (80 %). Dans les pays développés, l'HPP est la principale cause de morbidité maternelle sévère. Outre les conséquences directes de l'hypovolémie aiguë, elle expose la femme aux complications de la transfusion, de la réanimation, et à l'infertilité en cas d'hystérectomie. Les principaux facteurs de risque d'HPP sont des facteurs d'atonie utérine, mais ils sont globalement peu prédictifs. Le risque de récurrence lors d'un accouchement ultérieur est multiplié par 3, et augmente avec le nombre d'HPP. Une attention particulière doit être portée aux facteurs de risque correspondant à des éléments de prise en charge du travail ou de l'accouchement car ils sont potentiellement modifiables.

Prévention de l'hémorragie du post-partum

Accouchement par voie basse

L'administration préventive d'utérotoniques est efficace pour réduire l'incidence des HPP et l'ocytocine est le traitement à privilégier. Elle peut être administrée soit au dégainement des épaules ou rapidement après la naissance, soit après la délivrance si non réalisée précédemment. La dose de 5 ou 10 UI peut être administrée, par voie IV ou IM. L'utilisation systématique d'un sac de recueil est laissée au choix des équipes. Le drainage systématique du cordon, la traction contrôlée du cordon, le massage utérin et la vidange vésicale systématique n'ont pas d'impact sur l'incidence des HPP. De plus, il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander un clampage précoce ou tardif du cordon, une position particulière maternelle pendant le travail ou une mise au sein précoce pour prévenir les HPP. L'acide tranxamique ne doit pas être utilisé systématiquement dans la prévention de l'HPP. En cas de rétention placentaire l'administration d'un ocytocique par voie intrafuniculaire ou par voie IV ou IM, n'est pas efficace. En cas de non-délivrance, il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle en l'absence de saignement entre 30 et 60 minutes après l'accouchement. Après accouchement par voie basse en cas d'utérus cicatriciel, la révision utérine systématique n'est pas recommandée.

Accouchement par césarienne

Il n'y a pas d'argument pour privilégier une technique de césarienne à une autre pour prévenir l'HPP. La délivrance par traction contrôlée du cordon est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle. Une injection en IV lente sur au moins une minute de 5 à 10 UI d'ocytocine est recommandée sauf en cas de risque cardiovasculaire avéré où la durée d'injection doit être d'au moins 5 minutes afin de limiter les effets hémodynamiques. Un traitement d'entretien systématique par une perfusion IV d'ocytocine peut être entrepris sans dépasser 10 UI/h. Le traitement peut être interrompu au bout de deux heures si la tonicité utérine est satisfaisante et en l'absence de saignement anormal. L'acide tranxamique ne doit pas être utilisé systématiquement dans la prévention de l'HPP. L'estimation des pertes sanguines est essentielle lors de la césarienne et doit apparaître dans le compte-rendu opératoire.

Prise en charge initiale en cas d'hémorragie du post-partum après un accouchement par voie basse

Les acteurs (sage-femme, obstétricien, équipe anesthésique) doivent être appelés simultanément dès le diagnostic. En cas d'HPP avérée, la mise en place d'un sac de recueil est recommandée. Une fois le diagnostic établi, l'anesthésiste-réanimateur met en place immédiatement une réanimation adaptée basée sur la surveillance non invasive (fréquence cardiaque, pression artérielle, oxymétrie de pouls), la mise en place ou sécurisation d'un abord veineux, la réalisation de prélèvements biologiques initiaux si absents au préalable (RAI, NFS plaquettes, hémostase), une expansion volémique par des cristalloïdes, une oxygénothérapie et la lutte contre l'hypothermie. Enfin, il procure dans les conditions de sécurité optimale une anesthésie pour la pratique par l'obstétricien des gestes diagnostiques et le plus souvent thérapeutiques. Si l'HPP survient avant la délivrance, le premier geste obstétrical à réaliser est une délivrance artificielle, tandis qu'une révision utérine sera réalisée si le placenta est expulsé. Ce geste devrait être suivi d'un massage utérin. Le traitement médical consiste en une injection de 5 à 10UI d'ocytocine par voie intraveineuse lente ou intramusculaire suivie d'une perfusion d'entretien de 5 à 10UI/h pendant 2 heures. La dose cumulée de 40UI ne devrait pas être dépassée, d'autant que dans les 30 minutes d'inefficacité, un traitement de seconde intention doit être entrepris. Dans certaines situations à risque ou si l'HPP persiste après les gestes endo-utérins, la filière génitale doit être examinée sous valves avec une analgésie adéquate. L'antibioprophylaxie pour les gestes endo-utérins est recommandée au cours de la prise en charge initiale des HPP. Un protocole de service régulièrement actualisé et du personnel entraîné qui communique correctement sont les éléments essentiels du dispositif pour garantir rapidité et efficacité indispensables au contrôle de cette situation. Il est du ressort de chaque service de former à la gestion de l'hémorragie du post-partum les professionnels susceptibles d'y être confrontés.

Prise en charge en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste malgré les mesures initiales ou qui est sévère d'emblée, après accouchement par voie basse

Une hémorragie persistante dans les 15 à 30 minutes après diagnostic et prise en charge initiale bien conduite doit amener à mettre en œuvre des actions de prise en charge complémentaires. Une hémorragie très abondante d'emblée ou une mauvaise tolérance hémodynamique maternelle doivent amener à réduire ce délai. Le bilan étiologique (révision utérine et examen sous valves) doit avoir été réalisé. La sulprostone est efficace pour la prise en charge des HPP sévères ou persistantes et son utilisation est recommandée. L'administration de sulprostone devrait intervenir dans les 30mn suivant le diagnostic d'HPP en cas d'échec de l'ocytocine, ce délai pouvant être raccourci en fonction de la gravité du saignement. Il n'est pas recommandé d'utiliser du Misoprostol comme traitement de seconde ligne. Le tamponnement intra-utérin ballon semble présenter une efficacité. Il peut être proposé en cas d'échec de la prise en charge par sulprostone et avant un recours à une prise en charge chirurgicale ou par radiologie interventionnelle. Son utilisation est laissée à la libre appréciation du praticien.

L'évolution parfois rapide de la coagulopathie au cours de l'HPP justifie une surveillance biologique de la coagulation. Il est recommandé de pratiquer un remplissage vasculaire en cas d'HPP qui s'aggrave. La transfusion a pour objectif de maintenir une concentration d'hémoglobine Hb > 8 g/dl. Au cours d'une hémorragie active, il est souhaitable de maintenir un taux de fibrinogène $\geq$ 2 g/L. En fonction de l'importance de l'hémorragie ou de la coagulopathie, il est possible d'administrer du fibrinogène et des plasmas frais congelés (PFC) sans attendre les résultats biologiques. L'acide tranexamique pourrait avoir un intérêt dans la prise en charge des HPP, même si son intérêt clinique n'est pas démontré en contexte obstétrical. Il n'y a pas d'arguments pour recommander l'utilisation du rFVIIa de manière systématique en prévention ou précocement dans le traitement de l'HPP sévère.

Le recours à l'anesthésie générale avec intubation est recommandé lorsque l'état hémodynamique est instable, même si un cathéter péridural est en place, pour protéger les voies aériennes et pour contrôler la ventilation. Les femmes ayant reçu une polytransfusion après un accouchement par voie basse pourraient bénéficier d'une thromboprophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pendant 7 à 14 jours en post-partum. La durée peut être prolongée s'il existe des facteurs de risque thromboembolique supplémentaires.

Place de l'embolisation artérielle en cas d'hémorragie du post-partum

L'embolisation sélective des deux artères utérines ou à défaut des troncs antérieurs des artères iliaques internes sans utilisation de microcathéter est recommandée. L'embolisation artérielle doit être préférentiellement pratiquée à l'aide de fragments résorbables de gélatine plutôt qu'à l'aide de « bouillie » ou de poudre. L'arrêt de l'hémorragie après une séance d'embolisation artérielle est obtenu dans 73 à 100% des cas. L'arrêt de l'hémorragie après une deuxième embolisation est obtenu dans 85 à 100 % des cas. L'embolisation artérielle est indiquée préférentiellement en cas d'atonie utérine résistant aux utérotoniques en particulier après un accouchement par voie basse, en cas d'hémorragie cervico-utérine, de thrombus vaginal ou de déchirure cervico-vaginale suturée ou non accessible à un geste chirurgical. Le taux de complications graves imputables à l'embolisation est d'environ 5 %. L'existence d'une coagulopathie n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une embolisation. L'embolisation reste possible après échec des ligatures artérielles (sélectives ou proximales) ou après une hystérectomie même si elle est de réalisation technique plus difficile. Après embolisation, le potentiel de fertilité est conservé. Le taux de récurrence d'HPP ne paraît pas significativement différent après ligatures artérielles ou après embolisation artérielle.

Prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum

En absence d'études comparatives portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier plutôt qu'une autre. L'efficacité sur l'arrêt des saignements des techniques de ligatures vasculaires (ligature bilatérale des artères utérines [LBAU] ou ligature bilatérale des artères hypogastriques [LBAH]) en première ligne de traitement chirurgical conservateur de l'HPP serait de l'ordre de 60 à 70 %. La LBAU est une technique

chirurgicale simple à faible risque de complications immédiate sévère La LBAU comme la LBAH ne semble pas affecter la fertilité et le devenir obstétrical ultérieur.

L'efficacité des techniques de compression ou de plicature utérine sur l'arrêt des saignements en cas d'HPP résistant au traitement médical serait de l'ordre de 75 %. Aucune technique de compression utérine n'a démontré de supériorité dans le traitement de l'HPP. Les grossesses obtenues après plicature utérine ne semblent pas plus pourvoyeuses de complications de grossesse.

Le recours à une deuxième technique chirurgicale conservatrice après échec de ligature vasculaire ou de compression utérine a une efficacité pour arrêter l'HPP comprise entre 44 % et 100 %. Elle est donc possible après concertation avec le médecin anesthésiste mais elle ne doit pas retarder la réalisation d'une hystérectomie d'hémostase. Le type d'hystérectomie, qu'elle soit totale ou subtotale, est laissé libre à l'appréciation de l'opérateur.

Prise en charge des placentas praevia et accreta

Le placenta praevia

La caractérisation d'un placenta praevia devrait être faite à l'aide d'une échographie endovaginale, en particulier en cas de localisation postérieure, pour mesurer la distance entre l'orifice interne du col et le bord inférieur du placenta. L'échographie par voie endovaginale n'augmente pas le risque d'accident hémorragique. La tentative de voie basse est préférable lorsque la distance entre l'orifice interne du col et le bord inférieur du placenta est supérieure à 20mm. Lorsque la distance est inférieure à 20mm, la tentative de voie basse est possible selon l'importance et le contrôle des saignements. En cas de placenta praevia recouvrant asymptomatique, il est recommandé de planifier la césarienne entre 38+0 SA et 38+6 SA. L'extraction par décollement du placenta semble préférable à l'incision transplacentaire.

Placenta accreta

Les facteurs de risque de placenta accreta sont l'âge maternel, la fécondation in vitro, les antécédents de chirurgie utérine, la césarienne, le placenta praevia et l'antécédent d'un placenta accreta. Le risque de placenta accreta augmente avec le nombre de césariennes antérieures. Le dépistage anténatal du placenta accreta pourrait permettre d'améliorer la prise en charge. Le diagnostic de placenta accreta peut être suggéré par l'échographie 2D associée au doppler couleur. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est également une aide au diagnostic. Du fait de la possibilité de faux positifs et négatifs de l'imagerie il est conseillé d'avoir un avis spécialisé en cas de suspicion de placenta accreta. L'accouchement en cas de placenta accreta suspecté en anténatal doit être réalisé dans une structure aux moyens humains et techniques adaptés. La décision de faire naître l'enfant en concertation avec les parents est à évaluer au cas par cas en tenant compte de l'âge gestationnel, de l'organisation de la structure et du risque hémorragique. Il est préférable de programmer l'accouchement au-delà de 34 SA sans dépasser 38 SA. Il est recommandé de ne pas utiliser une technique extirpative en cas de placenta accreta. Lorsqu'un placenta accreta est suspecté et qu'une césarienne-hystérectomie a été décidée, l'intervention doit être réalisée avec des moyens humains et techniques suffisants : chirurgien gynécologue, anesthésiste, possibilité d'avoir un recours à un chirurgien urologue ou digestif, une structure de délivrance des produits sanguins, réanimation maternelle au sein du même établissement. Le traitement conservateur est possible en cas de placenta accreta chez une femme désireuse de ce traitement après information sur le risque de récurrence et les complications potentielles liées à cette prise en charge. Dans ce cas, l'utilisation de méthotrexate n'est pas recommandée.

En cas de découverte d'un placenta accreta lors de l'accouchement, il faut éviter une délivrance forcée. Le traitement conservateur est possible, tout comme la césarienne-hystérectomie. Pour les femmes présentant une anomalie d'insertion placentaire avec un haut risque hémorragique, la disponibilité rapide des produits sanguins doit être vérifiée auprès de la structure transfusionnelle. Lorsqu'un risque hémorragique majeur est identifié, l'anesthésie générale (AG) peut être choisie d'emblée pour éviter les conversions en urgence dans des conditions difficiles. Si une APM est choisie, l'analgésie péridurale ou la péri-rachi combinée est préférable.

Hémorragie secondaire du post-partum

Les hémorragies secondaires du post-partum (0,5 à 2 % des accouchements) sont définies comme les hémorragies survenant entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement et nécessitant une action thérapeutique quelle qu'elle soit. La cause la plus fréquente est une rétention de fragments placentaires et/ou l'endométrite plus ou moins associée à une involution utérine incomplète. Les autres causes sont les faux anévrysmes de l'artère utérine et les fistules artério-veineuses (anomalies vasculaires), le choriocarcinome et les coagulopathies. La prise en charge est fonction de l'étiologie et de la sévérité de l'hémorragie : antibiothérapie et utérotoniques. Ce traitement doit suivre les protocoles établis dans chaque établissement. Le plus souvent, cette prise en charge se fera en hospitalisation. En cas de persistance de l'hémorragie et de rétention de fragments placentaires, une aspiration- curetage sous contrôle échographique ou une hystérectomie opératoire sont recommandées. En cas d'anomalie vasculaire, l'embolisation sélective est le traitement de choix.

En conclusion

L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale et anesthésique qui constitue la deuxième cause de mortalité maternelle en France. Elle semble souvent évitable. Une fois l'hémorragie installée, tout retard ou hésitation dans la prise en charge pluridisciplinaire est préjudiciable car il favorise l'apparition de troubles de la coagulation et l'installation d'un cercle vicieux. Lorsqu'elle est possible, l'embolisation artérielle constitue un énorme progrès dans le traitement conservateur non invasif, surtout après les accouchements par voie basse. La dévascularisation utérine étagée est conservatrice de la fertilité maternelle et efficace.

Traitement chirurgical conservateur

En l'absence d'étude comparative portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales, aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier. L'efficacité sur l'arrêt des saignements des techniques de ligatures vasculaires (ligature bilatérale des artères utérines ou ligature bilatérale des artères hypogastriques) en première ligne de traitement chirurgical conservateur de l'HPP est de l'ordre de 70 %. La Ligature des artères utérines est une technique chirurgicale simple et à faible risque de complication immédiate sévère. Ces ligatures vasculaires ne semblent affecter ni la fertilité ni le devenir obstétrical ultérieur. L'efficacité des techniques de compression ou de plicature utérine sur l'arrêt des saignements en cas d'HPP résistant au traitement médical est de l'ordre de 75 % et n'entraînent pas non plus de complications pour une grossesse ultérieure.

Traitement chirurgical radical

L'hystérectomie totale ne semble pas augmenter significativement la survenue de plaie de l'appareil urinaire par rapport à la technique d'hystérectomie subtotale. Le type d'hystérectomie (totale ou subtotale) est laissé à l'appréciation de l'opérateur.

Stratégie chirurgicale

Les traitements conservateurs de l'utérus sont peu morbides et efficaces, ils doivent être réalisés en priorité. Certaines situations (HPP massive, état hémodynamique précaire) doivent faire envisager une hystérectomie d'hémostase de première intention. En cas d'hémorragie per-césarienne (à ventre ouvert), la réalisation d'une embolisation n'est pas recommandée, un traitement conservateur par ligature vasculaire ou compression utérine doit être réalisé. Le choix de la technique chirurgicale conservatrice dépend des habitudes de chacun. L'hémorragie après césarienne conduit à la reprise chirurgicale. Cependant, en présence d'une unité de radiologie interventionnelle au sein de l'établissement, si l'état hémodynamique est conservé et en absence d'hémopéritoine faisant craindre une complication chirurgicale, une embolisation artérielle peut être tentée.

L'hémorragie après accouchement par voie basse

Un état hémodynamique instable contre-indique formellement le transfert inter-hospitalier et doit conduire à une chirurgie d'hémostase sur place. En présence d'une unité d'embolisation au sein de la maternité d'accouchement, il est préférable de s'orienter vers l'embolisation, si l'état hémodynamique maternel et l'organisation des soins le permettent. Si l'état hémodynamique est stable et en absence de saignement abondant, un transfert vers une structure hospitalière disposant d'une unité d'embolisation peut être licite. En cas d'échec du traitement médical, la réalisation d'un traitement chirurgical conservateur de l'utérus a une efficacité de l'ordre de 70 % sur l'arrêt des saignements quelle que soit la technique utilisée (ligature vasculaire ou compression utérine). En absence de réponse rapide à une première ligne de traitement conservateur, une hystérectomie d'hémostase doit être réalisée sans délai.

Face à l'hémorragie de la délivrance, il faut avoir un plan d'action univoque et progressif et lutter contre l'inertie de l'utérus, mais aussi contre celle de l'obstétricien.

Bibliographie

Sentilhes L. Hémorragie du post-partum: recommandations pour la pratique clinique. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.10.009>