

Hémorragie de la délivrance

Les hémorragies de la délivrance seraient responsables d'environ un quart de la mortalité maternelle qui est estimée à 15 à 36/100 000. D'après « l'expertise » des dossiers des morts maternelles, le décès serait évitable dans 60 à 85 % des cas [1-3].

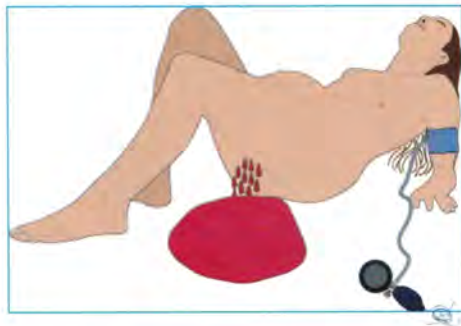


Figure 1 : Hémorragie de la délivrance. L'utérus est encore volumineux, les saignements impressionnants, le retentissement hémodynamique rapide.

Définition

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes sanguines maternelles supérieures à 500 ml (1 l pour pour hémorragies graves) dans les 24 premières heures qui suivent la naissance. Le plus souvent, elles ont leur source dans la zone d'insertion placentaire et surviennent au moment de la délivrance avant ou après l'expulsion du placenta (figure 1). Chaque étape de la délivrance peut être perturbée (décollement, expulsion, rétraction).

Le problème est de diagnostiquer l'hémorragie de la délivrance, en effet les pertes sanguines même si elles sont souvent impressionnantes, sont paradoxalement sous-estimées. D'où l'intérêt d'une évaluation quantitative des pertes sanguines dès la prise en charge de la patiente. Les pertes sanguines peuvent être brutales et très abondantes (pertes de plus d'un litre en quelques minutes, équivalentes à celles engendrées par une plaie de l'artère fémorale), ou au contraire distillantes, s'étalant sur une longue période de temps, mais anormales par leur abondance (> 500 ml cumulés).

Les précautions dans la direction de la délivrance représentent à la fois un traitement préventif et permettent le diagnostic précoce.

Les deux causes les plus fréquentes des hémorragies de la délivrance sont : l'atonie utérine et la rétention placentaire. Plus rarement, un trouble de l'hémostase ou une rupture utérine sont en cause.



Facteurs de risque des hémorragies de la délivrance

- Antécédents d'hémorragie de la délivrance
- Facteurs de risque d'atonie :
 - Surdistension utérine (grossesse gémellaire, hydramnios, macrosomie)
 - Multiparité
 - Travail prolongé ou très rapide (fréquent à domicile)
 - Traitement par β -mimétiques (tocolyse, asthme)
 - Chorioamniotite
- Facteurs de risque de rétention placentaire :
 - Utérus fibromateux ou malformé
 - Age maternel > 39 ans
 - Anomalies d'insertion placentaire (placenta prævia, accreta)
 - Manœuvres intempestives pour accélérer la délivrance
 - Facteurs de risque de troubles de coagulation :
- Hématome rétroplacentaire
 - Pré-éclampsie
 - Mort in utero
 - Pathologie de l'hémostase pré-existante (rare).

Le traitement spécifique de l'atonie est le massage utérin et l'utilisation de Syntocinon®. Celui de la rétention placentaire est la révision utérine. Dans tous les cas d'hémorragie de la délivrance, tu devras faire successivement et rapidement tous les gestes (ceux de la rétention et ceux de l'atonie), car le diagnostic exact n'est pas fait a priori.

Traitement préventif

Délivrance dirigée

Tu dois la faire de manière systématique et ce d'autant plus qu'il existe des facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance (cf plus haut).

Définition : la délivrance dirigée est une direction pharmacologique de la délivrance qui a pour but de raccourcir la période entre la naissance de l'enfant et la délivrance, en limitant ainsi les pertes sanguines. Elle consiste en l'administration IV d'ocytociques : Syntocinon® 5 UI en IVD de façon concomitante à la diminution du contenu utérin, c'est-à-dire **au moment du dégagement de l'épaule antérieure**.



Attention : la délivrance dirigée est une technique très rigoureuse.

Tu dois faire pratiquer l'injection par un aide **avant l'expulsion du tronc du fœtus ! Mais seulement quand tu es certain que tu pourras dégager les épaules**. Tu vérifies que le coude de la patiente perfusée est bien en extension pour éviter un clampage anatomique de la voie veineuse. Immédiatement après l'injection, ton aide doit accélérer le débit de la perfusion afin que l'ensemble du produit passe rapidement dans la circulation maternelle.

Résultats de cette prévention : la délivrance dirigée a permis de diminuer par 3 le nombre des hémorragies de la délivrance [4-6].

Entretien du tonus utérin

Pour l'entretien du tonus utérin, tu utilises une perfusion de Syntocinon® : 20 UI dans 250 ml de Ringer-Lactate® que tu débutes **après la délivrance complète**.



Il existe 2 complications découlant le plus souvent d'une erreur technique (traction excessive sur le cordon, erreur dans le moment de l'injection du Syntocinon®) :

- **Incarcération :** le placenta décollé est retenu au-dessus du segment inférieur dans un utérus où l'on passe à peine la main (figure 2)
- **Enchatonnement :** le placenta décollé en totalité ou en partie est retenu dans une corne séparée de la cavité utérine par un anneau de rétraction localisée (figure 3).

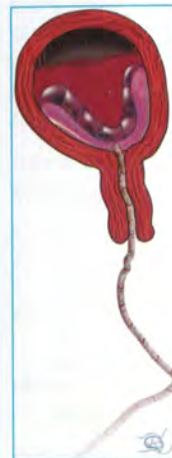


Figure 2 : Incarcération du placenta. Le col s'est refermé sur le placenta décollé

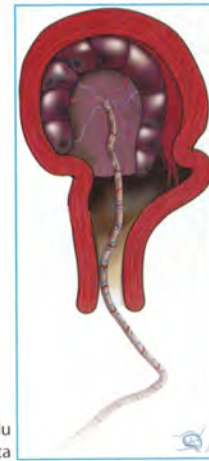


Figure 3 : Enchatonnement du placenta

Pour tous les transferts après la délivrance tu dois mettre en place cette perfusion de Syntocinon®.

Vidange vésicale

Tu penses à vider la vessie de la patiente, soit la patiente arrive à uriner de manière spontanée, soit tu utilises une sonde de petit calibre. Tu dois faire cette vidange vésicale systématiquement s'il existe une hémorragie de la délivrance. La vidange de la vessie favorise la rétraction de l'utérus qui n'est plus « remonté » par la vessie (figure 4).



Figure 4 : Délivrance artificielle. Sondage urinaire premier.

Assurer la vacuité utérine

Tu respectes la physiologie de la délivrance (pas de traction sur le cordon !), tu vérifies l'intégrité du placenta après son expulsion et tu masses systématiquement l'utérus après la délivrance.

Prise en charge d'une hémorragie de la délivrance

Équipement de la patiente

Tu mets en place 2 voies veineuses de gros calibre. Tu mets la patiente en position de Trendelenburg sous O₂ nasal : 8 l/min

Tu fais surveiller le pouls et la TA (scope, oxymètre de pouls).

Tu fais un remplissage vasculaire de 1000 ml en 15 min

Tu fais prélever les tubes pour : NFS, coagulation (bien noter l'heure du bilan, ceci permettra d'avoir une idée de la cinétique d'apparition d'éventuels troubles de coagulation), RAI, groupe (si non fait).

Premiers gestes à accomplir

Le massage utérin : il est préventif et curatif, il permet également le diagnostic d'atonie. Tu dois le pratiquer en continu au début. Si le saignement s'arrête, tu le fais pendant 5 minutes toutes les 15 minutes. Le but de ce massage est d'empêcher l'utérus de se remplir de sang et de caillots (« les caillots appellent les caillots ») et surtout « les caillots consomment les facteurs de coagulation » et de stimuler la contraction du muscle utérin.



Attention le repérage du fond utérin peut être difficile si l'utérus est atone et la vessie remplie !!

Tu appuies doucement mais fermement sur le fond utérin (expression utérine) pour évacuer les caillots. Puis tu masses l'utérus jusqu'à ce que tu sentes un globe utérin bien ferme (masse dure de la taille d'un melon).

Tu penses à recueillir le sang extériorisé pour apprécier la quantité perdue : c'est un précieux indice pour la surveillance. Pour cela, tu utilises un sac de recueil ou un simple sac-poubelle de grande contenance que tu places sous les fesses de la patiente.

Tu n'oublies pas qu'un utérus en post-partum immédiat peut contenir plusieurs litres de sang (il contenait bien le fœtus et le placenta !). L'hémorragie peut être abondante sans être extériorisée et avec un bon état général de la patiente. Si les signes généraux s'altèrent, il est déjà bien tard. Ni la tachycardie, ni la pâleur, ni la TA basse ne feront le diagnostic précoce de l'hémorragie. C'est pourquoi tu dois surveiller le **globe utérin**.

Deux mots d'ordre : **vigilance et surveillance**.

Gestes de deuxième intention

Gestes salvateurs : Délivrance Artificielle (DA) et Révision Utérine (RU).

Installation pour DA et/ou RU :

- Vidange vésicale volontaire ou par sonde jet
- Pas d'anesthésie générale en urgence, tu dois faire vite.
- Antibio prophylaxie : Augmentin® 2 g IVD systématique
- Asepsie soigneuse et rapide : lavage des mains jusqu'aux coudes, port de gants stériles, badiageonnage antiseptique du périnée, mise en place de champs propres, main utérine arrosée de Bétadine® juste avant son introduction dans les voies génitales de la patiente.

Délivrance artificielle (DA)

Définition : extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

Indication : en extra-hospitalier, hémorragie de la délivrance survenant alors que le placenta n'est pas expulsé. En hospitalier : même indication et on fait une DA si le placenta n'est pas décollé 30 minutes après la naissance.

Gestes : tu places la patiente en position gynécologique. Tu introduis ta main dominante gantée et « bétadinée » dans les voies génitales en la mettant dans la position dite de la « main d'accoucheur » : le pouce opposé aux quatre autres doigts légèrement pliés et rapprochés. (figure 5), ton « fil d'Ariane » est le cordon ombilical. Tu suis son trajet dans le vagin pour pénétrer par le col dans l'utérus (figure 6). Ton autre main empaume fermement le fond utérin et abaisse celui-ci vers le pubis, afin de rapprocher le champ d'action de ta main intra-utérine, le rôle de ta main abdominale est capital (figure 7).



Figure 5 : Révision utérine : « main d'accoucheur » prête à s'introduire dans le vagin, mais abdominale maintenant le fond utérin.

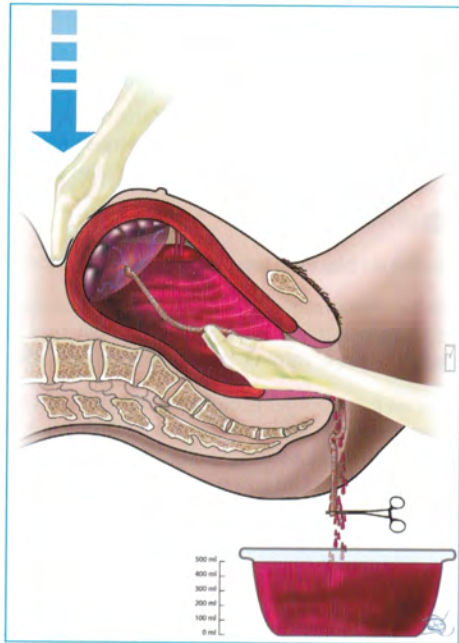


Figure 6 : Délivrance artificielle : suivre le cordon ombilical pour remonter vers le placenta. Toujours surveiller les pertes sanguines.

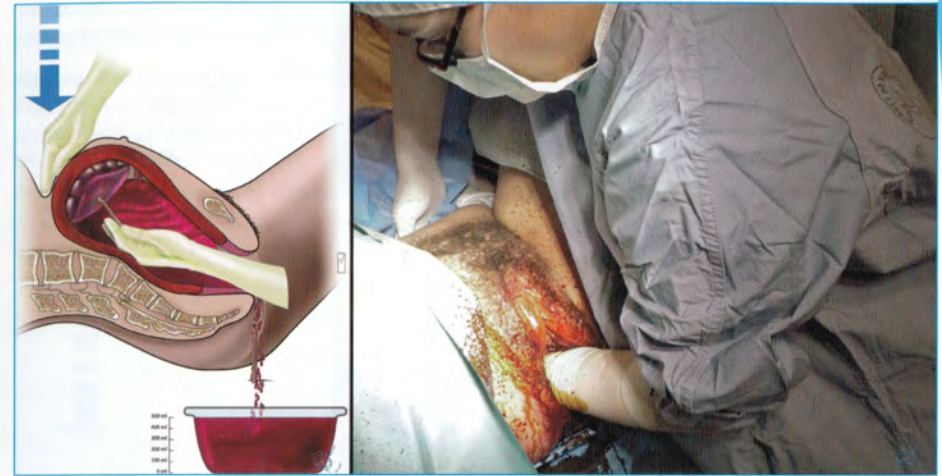


Figure 7 : Délivrance artificielle : ramener le fond utérin vers le bas avec la main abdominale pour que la main intra-utérine puisse mieux explorer la totalité de la cavité utérine.

Ta main intra-utérine doit repérer le bord du placenta pour décoller le placenta à l'aide de son bord cubital (figure 8). Une fois le plan de clivage repéré, tu décolles le placenta et tu l'amènes en un seul mouvement à l'extérieur afin d'éviter les allers-retours (figure 9).

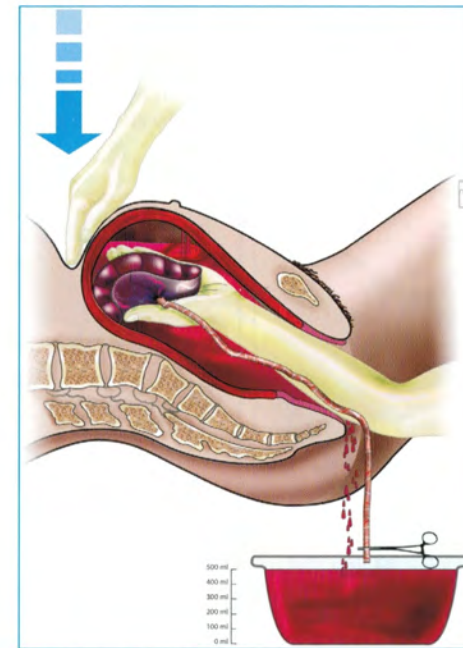


Figure 8 : Délivrance artificielle : décoller et extraire le placenta, toujours en maintenant le fond utérin et surveillant les pertes sanguines.

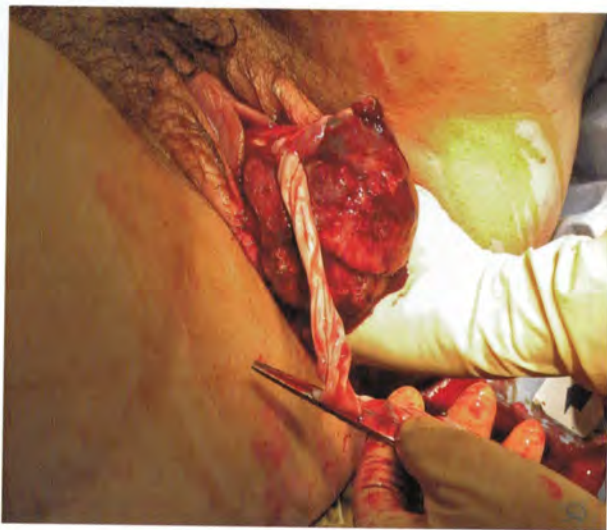


Figure 9 : Délivrance artificielle : retirer la main qui entraîne le placenta.

Tu feras toujours une révision utérine de principe pour compléter une DA, afin de vérifier la vacuité et la bonne rétraction utérine.

Révision utérine (RU)

Définition : vérifier manuellement la vacuité utérine après une expulsion placentaire spontanée suspecte d'être incomplète.

Une rétention placentaire signifie qu'un cotylédon est resté dans l'utérus après la délivrance (figure 10) ce qui va entraîner une hémorragie (figure 11). Ce peut être aussi une rétention membranaire. Les rétentions sont plus fréquentes dans les expulsions placentaires selon le mode Duncan.

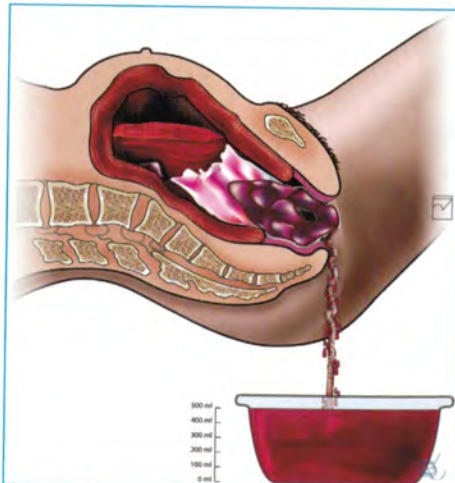
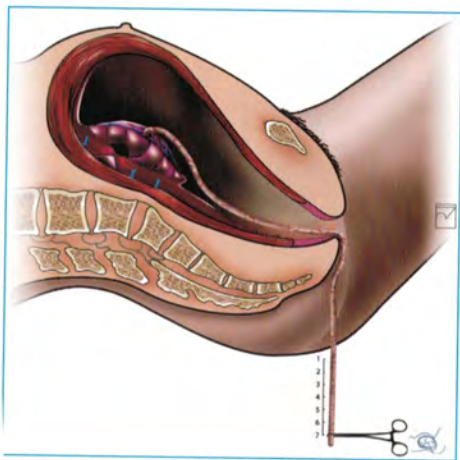


Figure 10 : Rétention utérine d'un cotylédon

Figure 11 : Hémorragie provoquée par la rétention utérine d'un cotylédon. Le globe de sécurité ne peut pas se fermer, l'utérus n'est pas complètement rétracté.

Indications : S'il existe une hémorragie de la délivrance, tu dois dans **tous les cas** faire une RU, même si à l'examen macroscopique le placenta semble complet.

Gestes : mêmes préparatifs et mêmes gestes que pour une DA, mais tu dois trouver l'intérieur de l'utérus sans l'aide du cordon ombilical. Ta main intra-utérine ramène les membranes et/ou le cotylédon manquant et effectue un décaillotage de l'utérus, elle doit évaluer de façon précise le degré du tonus de l'utérus (figure 12).

Si l'hémorragie persiste, tu dois masser l'utérus en permanence avec une main abdominale et parfois, pour être plus efficace, le comprimer en mettant un poing dans le vagin (figure 13) ou dans l'utérus.

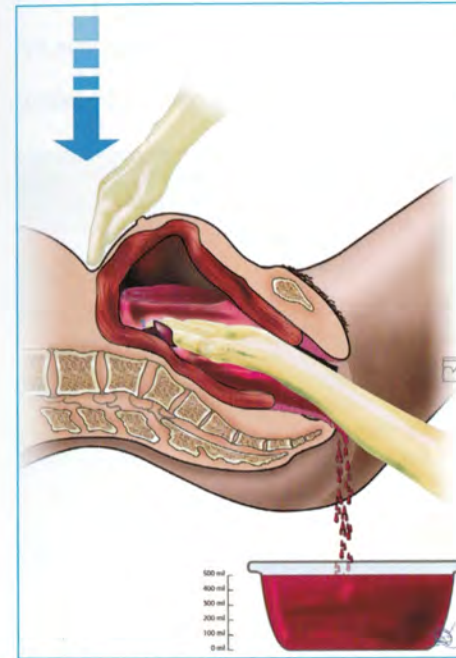


Figure 12 : Révision utérine. L'exploration de la cavité utérine recherche des membranes, un cotylédon ou des caillots empêchant la bonne rétraction utérine.

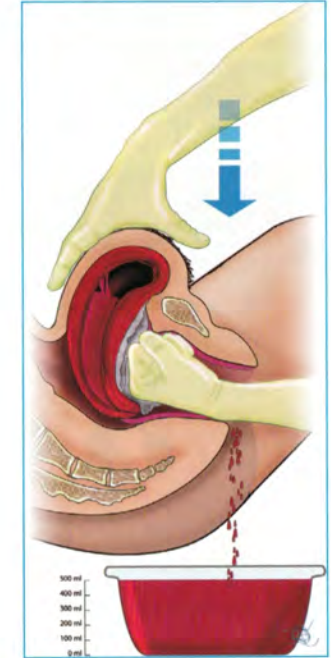


Figure 13 : Hémorragie de la délivrance : massage utérin par la main abdominale et compression utérine par tamponnement intra-vaginal. Le caillotage intra-utérin est ainsi limité.

Moyens médicamenteux

Tu dois utiliser les moyens médicamenteux seulement après l'expulsion placentaire et après avoir fait les gestes intra-utérins (DA-RU).

1^{ère} intention

Ocytocine (Syntocinon®) : 10 unités (2 ampoules) en IVD, puis 20 unités (4 ampoules) dans 500 ml de Ringer-Lactate® en perfusion rapide : débit 80 gouttes/min à maintenir pendant 4 heures et à moduler en fonction du tonus utérin (accélération si utérus mou).

Tu ne dépasses pas 40 unités en 20 min. Si ce traitement n'est pas efficace, tu dois prendre le relai par le traitement de 2^{ème} intention.

2^{ème} intention

Perfusion de Sulprostone (Nalador®) au pousse-seringue avec une surveillance sous scope obligatoire (jamais en IVD).

Tu dilues 1 ampoule de 500 µg dans 50 ml de sérum physiologique, tu débutes par palier de 10 ml/h soit 100 µg par heure, tu augmentes par palier de 10 ml/h selon l'efficacité sur l'hémorragie et le tonus utérin.

Tu ne dépasses pas le débit maximal de 50 ml/h = 500 µg par heure soit une ampoule en 1 heure. Dose maximale totale : 3 ampoules (soit 1500 µg) en 24 heures.

En règle générale, un débit de 20 ml/h permet de contrôler la plupart des situations.

Contre indications relatives (l'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital) :

- Cardiovasculaires : angor, maladie de Raynaud, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, antécédent thrombo-embolique
- Autres : asthme, bronchite spasmodique, comitialité, diabète déséquilibré, colite, ulcère gastro-intestinal, thyrotoxicose, trouble de la fonction hépatique et rénale.



L'ordre de tes actions est schématisé sur les figures 14 et 15.



Si tu ne disposes pas de sulprostone, tu peux utiliser le Misoprostol (Cytotec®) : 5 cp humidifiés en intra-rectal (hors AMM). Ce traitement n'a pas fait ses preuves mais dans l'urgence, c'est une alternative envisageable.

« Thérapeutiques extrêmes » de l'hémorragie de la délivrance

Ce n'est qu'en dernier recours, devant l'échec des moyens décrits, souvent alors que des troubles de coagulation s'installent, que tu devras discuter en urgence :

Si la patiente est stable sur le plan hémodynamique

L'embolisation artérielle sélective qui permet la préservation de l'utérus en faisant « l'économie » d'une intervention chirurgicale dans un contexte critique. Il faut alors que tu préviennes la structure accueillante pour que tous les intervenants « attendent » la patiente sur place (radiologue, réanimateur, obstétricien). L'embolisation ne souffre pas l'improvisation et doit faire l'objet de l'élaboration d'un protocole multidisciplinaire précis au sein d'un plateau technique performant et permanent. Cette technique est utile autant dans le cadre d'hémorragies aiguës rebelles aux traitements usuels décrits ci-dessus, que d'hémorragies moins importantes dont la persistance engage tout autant le pronostic vital (délabrement des tissus mous responsable d'hémorragie diffuse avec troubles de coagulation, thrombus pelvien disséquant).

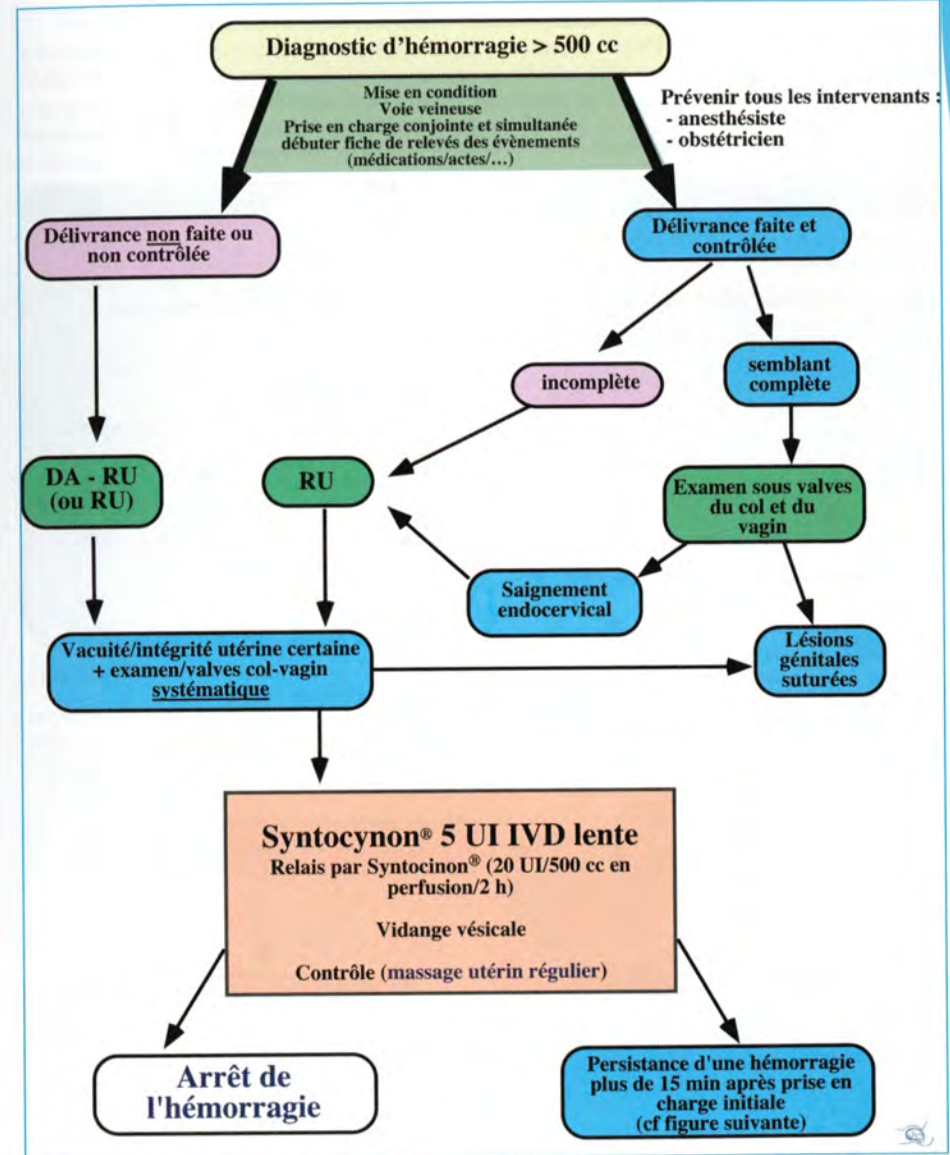


Figure 14 : Hémorragie de la délivrance. CaT (premiers gestes). Diagramme hospitalier à adapter aux possibilités de l'urgence (penser au tamponnement vaginal pour le transport).

Hémorragie qui persiste
Tous les intervenants sont déjà présents
Prise en charge conjointe et simultanée
Relevé des événements en cours

Obstétricien

Examen col/vagin si voie basse et si non réalisé auparavant

Nouvelle RU si saignement utérin pour évacuer caillots et assurer une bonne vacuité parallèlement à la mise en place du Sulprostone (Nalador®) (l'utérus doit se contracter "sur la main")

Sulprostone : 100 à 500 µg/h par voie IV en seringue électrique (cf modalités d'utilisation)

Anesthésiste

Pose d'une 2^{ème} voie veineuse

Prélèvements sanguins : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène

Surveillance : scope, TA régulière, oxymétrie de pouls, sondage vésical à demeure/diurèse

Remplissage (colloïdes), oxygénation

Prévenir le site transfusionnel et commander des CG, des PFC et des culots plaquettaire si nécessaire (attention : anticiper la commande de PFC dès le constat d'une hémorragie persistante)

Débuter antibioprofylaxie (Augmentin®)

Persistance de l'hémorragie sous Sulprostone (délai selon quantification et rapidité du saignement)

Radiologie interventionnelle accessible
État hémodynamique stable

Embolisation artérielle
Indication préférentielle : hémorragie persistante par atonie

Échec

Chirurgie : ligatures vasculaires ± hystérectomie
Indication préférentielle : au cours d'une césarienne

Arrêt de l'hémorragie : relais par Ocytocine 10 à 20 UI en perfusion pendant 2 h

Si n'était pas accessible

Si la patiente est instable sur le plan hémodynamique

Il n'y a que l'alternative chirurgicale, les techniques chirurgicales d'hémostase sont alors particulièrement utiles et souvent seules disponibles car ces techniques sont réalisables avec très peu de moyens par tout chirurgien. Elles consistent si l'on souhaite rester conservateur en une ligature étagée de tous les vaisseaux irriguant l'utérus ou en une ligature des artères hypogastriques. L'hystérectomie d'hémostase est faite en dernier recours.

Dystocie des épaules

Définition

La dystocie des épaules ne touche pas seulement les gros fœtus (diabète gestationnel, dépassement de terme), elle peut exister chez des fœtus de taille normale dont la morphologie n'est pas « adaptée » au bassin maternel. La dystocie des épaules se définit comme un **non-engagement** des épaules dans le bassin alors que la tête est expulsée. C'est une pathologie rare surtout en extra-hospitalier (car les accouchements rapides sont souvent des accouchements sans problème mécanique).

Il existe deux formes de la dystocie des épaules :

- La fausse dystocie : seule l'épaule antérieure est « coincée » au-dessus de la symphyse pubienne, l'épaule postérieure est dans le bassin (perceptible au TV)
- La vraie dystocie : les deux épaules du fœtus sont « coincées » au dessus du détroit supérieur (l'excavation pelvienne est vide)

Description

Après un dégagement laborieux de la tête, celle-ci est comme aspirée à la vulve, se cyanose et l'enfant gaspe (figure 16). C'est une situation impressionnante qui peut inciter à des manœuvres de traction intempestives. Ces manœuvres sont inefficaces. De plus, les manœuvres de traction peuvent entraîner des lésions irréversibles du plexus brachial de l'enfant.

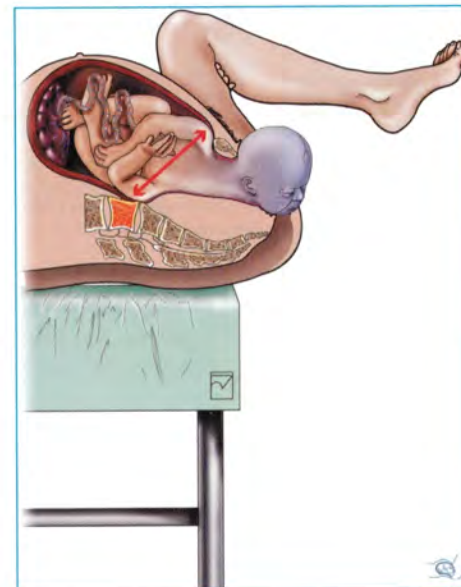


Figure 16 : Dystocie des épaules. La tête est comme « aspirée » à l'intérieur du vagin, la restitution menton vers le pubis est difficile, le visage du nouveau-né bleuit rapidement.

Complications de l'accouchement