

## **Cinquième journée du COMAGO**

vendredi 27 novembre 2009

### **Les résumés**

#### **FACTEURS DE RISQUE D'UNE HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM**

##### **Facteurs de risque avant l'accouchement**

- Antécédent d'hémorragie du post-partum
- Antécédent de coagulopathie
- Surdisension utérine : hydramnios, macrosomie fœtale, grossesse multiple
- Cicatrice utérine (césarienne antérieure, myomectomie,..)
- Toxémie gravidique
- Placenta prævia, placenta accreta
- Absence de suivi prénatal
- Multiparité
- Age maternel élevé

##### **Facteurs de risque au cours de l'accouchement**

- Déclenchement artificiel du travail
- Allongement de la durée du travail ou travail rapide
- Dystocie dynamique et/ou mécanique
- Rupture prématurée des membranes supérieure à 12h
- Infection ovulaire
- Opération césarienne réalisée en urgence
- Extraction instrumentale
- Déchirure génitale et épisiotomie
- Délivrance supérieure à 30 minutes
- Rétention placentaire

#### **PREVENTION D'UNE HPP**

En post-partum immédiat, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) consiste en une :

- injection de 5 à 10 UI d'Ocytocine (SYNTOCINON®) au dégagement de l'épaule antérieure
- surveillance du décollement placentaire avec traction douce en continu sur le cordon ombilical (TCCO) et contre pression sus pubienne pour éviter une inversion utérine
- surveillance toutes les 15min pendant 2h en salle de naissance (pouls, tension artérielle, pertes sanguines, globe utérin) avec massage utérin régulier

- examen du placenta et révision utérine si doute sur l'intégralité du placenta.

## **HEMORRAGIE DU POST-PARTUM (HPP) : CONDUITE A TENIR APPLICABLE A MADAGASCAR**

**Dès que le diagnostic est posé, noter temps 0 (T0) :**

- Prévenir tous les intervenants sans délai (anesthésiste réanimateur, obstétricien).

La prise en charge doit être multidisciplinaire et simultanée.

- Mettre en place une voie veineuse de bon calibre et perfuser des macromolécules

- En même temps, effectuer une prise de sang pour Groupage sanguin en urgence en vue d'une éventuelle transfusion + NFS et bilan de coagulation si possible

- Mettre en place une sonde urinaire à demeure pour quantifier la diurèse

- Administrer de l'oxygène : 6 l/min

- Mettre la patiente en position de Trendelenburg

- Dresser une fiche de surveillance (Conscience, pression artérielle, pouls, diurèse, pertes sanguines, globe de sécurité...) toutes les 15min et pendant deux heures en salle d'accouchement

- Pratiquer une révision utérine

- Installer une perfusion d'ocytocique : Oxytocine 10UI dans 500 ml de SGI 5%

(60gouttes/min), puis 20 UI/2h si atonie utérine (40gouttes/min), sans dépasser 50-60 UI/24h

- Effectuer un examen sous valve de la filière génitale : suturer immédiatement toutes lésions traumatiques (déchirure cervicale, ..)

**Après 15 min**, si l'hémorragie persiste, Méthylergométrine : Méthergin® 1Ampoule de 200µg en IM, avec respect des contre-indications

**Après 15 à 30 min**, si l'hémorragie persiste : Misoprostol 5cp intra rectale puis référer

**Après 15 à 30min**, si l'hémorragie persiste, décider un traitement chirurgical :

- Traitement conservateur : suture ou capitonnage utérin, ligatures des artères hypogastriques ou des pédicules utérins ou ligatures vasculaires étagées

- Traitement radical : hystérectomie d'hémostase.

L'hystérectomie d'hémostase constitue le traitement ultime.

Elle peut être envisagée d'emblée en cas de placenta accreta, de multiparité, de rupture utérine complexe, de déchirure cervicale grave associée, d'hémorragie grave d'emblée, d'un état hémodynamique instable avec des troubles de la coagulation.

En cas d'état hémodynamique stable, de sujet jeune primipare ou paucipare ou devant une HPP au cours d'une césarienne, il faut tenter un traitement conservateur de l'utérus.

## **HEMORRAGIE DU POST-PARTUM: ETIOLOGIES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT**

<sup>1</sup>FENOMANANA MS, <sup>1</sup>RAJAONARISOA M, <sup>1</sup>BOTOLAHY ZA,

<sup>1</sup>ANDRIANAMPANALINARIVO HR

<sup>1</sup>CHU d'Antananarivo, Service de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

L'hémorragie du post-partum (HPP) regroupe l'ensemble des syndromes hémorragiques supérieurs à 500ml pour un accouchement par voie basse ou de 1000ml par une césarienne dont l'origine se situe au niveau du tractus génital. Elle survient dans les 24 premières heures après l'expulsion fœtale et constitue une urgence obstétricale majeure qui peut mettre en jeu le pronostic vital maternel. Elle est responsable de 25 à 30% de mortalité maternelle dans les pays en développement.

Les causes les plus fréquentes sont l'inertie utérine, la rétention placentaire et la déchirure cervicale.

Le diagnostic est essentiellement clinique. La prise en charge nécessite une étroite collaboration entre sage-femme, anesthésiste réanimateur et obstétricien. Elle est basée sur le traitement simultané de la cause du saignement et de ses conséquences. Après la mise en place des conditions élémentaires de la patiente, une révision utérine soigneuse avec examen minutieux de la filière génitale et l'administration d'ocytociques permet de traiter l'hémorragie de façon rapide et efficace dans la plupart des cas. En cas d'échec du traitement médical ou obstétrical, une embolisation artérielle ou un traitement chirurgical peut être envisagé, conservateur ou radical en tenant compte de l'âge, du désir de fertilité, de l'état hémodynamique de la patiente, du dégât anatomique et du plateau technique dont on dispose.

Une consultation prénatale régulière pour dépister les situations à risque, un diagnostic précoce, une prise en charge immédiate, la prévention par une gestion active de la troisième période du travail, une surveillance accrue du post-partum sont importants pour améliorer le pronostic maternel.

**Mots-clés :** Hémorragie du post-partum, mortalité maternelle, prise en charge.