L'hémorragie post-partum

Seriez-vous prêt à la prendre en charge?

Carole Williams, MD

C'est la première cause de mortalité en grossesse dans le monde industrialisé, responsable pour 29 % des décès.

L'hémorragie post-partum est définie comme étant une perte sanguine de plus de 500 mL (ou une chute de l'hématocrite de plus de 10 %) pendant, ou après le troisième stade du travail. Elle est la première cause de mortalité en grossesse dans le monde industrialisé, responsable pour 29 % des décès.

Les complications qui y sont associées sont : le choc hypovolémique, l'insuffisance rénale, le syndrome de Sheehan et l'hystérectomie d'urgence, lorsque nécessaire.

Puisque l'hémorragie post-partum ne peut être anticipée, il est indispensable de poser le diagnostic rapidement et d'assurer une prise en charge immédiate.

Les causes les plus fréquentes

L'atonie utérine

Bien que souvent idiopathique, certaines femmes sont plus à risque d'atonie utérine. La multiparité (4e grossesse et plus), les utérus sur-distendus (gémellaire, polyhydramnios, macrosomie fœtale), le travail prolongé ou précipité, les fibromes utérins et un antécédent d'hémorragie post-partum sont des facteurs de risque importants.

La rétention placentaire

La rétention de fragments de placenta peut empêcher une bonne contraction utérine et provoquer un saignement. Il faut y penser devant un échec aux traitements initiaux, ou lorsque l'inspection du gâteau placentaire révèle un cotylédon manquant.

La **Dre Williams** est résidente IV au département d'obstétrique-gynécologie de l'Université de Montréal.

Copyright © Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

Les lacérations du tractus génital

Toute lacération a le potentiel de saigner abondamment, surtout celles du col ou du vagin. Il faut pratiquer une bonne révision vaginale dès la sortie du placenta, afin de les identifier.

Les coagulopathies

Toute femme ayant une coagulopathie connue ou ayant été anticoagulée pendant la grossesse est à risque d'hémorragie post-partum.

Devant une patiente sans antécédents, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. Si le coagulogramme est anormal, demandez l'aide d'un hématologue.

Les causes moins fréquentes

Inversion utérine

L'inversion du fond utérin vers le col survient surtout suite à une traction excessive sur le cordon lors du 3e stade. Face à une inversion, il faut demander de l'aide (gynécologue, anesthésiste). NE PAS retirer le placenta et tentez de repousser l'utérus vers l'intérieur avec la paume de la main ou le poing. Si cette manœuvre est inefficace, transférez rapidement la patiente au bloc opératoire afin de tenter la réduction sous anesthésie générale, ou par méthode chirurgicale.

Toute femme ayant une coagulopathie connue ou ayant été anticoagulée pendant la grossesse est à risque d'hémorragie post-partum.

Placenta accreta, increta ou percreta

Cette cause se présente surtout par une rétention placentaire. Si des efforts trop aggressifs sont faits pour retirer un placenta accreta, un saignement important survient rapidement.

Dès la suspicion d'un accreta (rétention placentaire, absence d'un plan de clivage à la révision utérine, saignement important), demandez de l'aide d'un gynécologue, car un traitement chirurgical s'impose.

Traitements

1. L'ABC (*Airway*, *Breathing*, *Circulation*) : si la patiente est en choc, initiez la réanimation. Pour le prévenir, monitorez les signes vitaux, débutez l'oxygène par masque, insérez deux grosses voies veineuses avec des solutés isotoniques à haut débit, demandez des prélèvements pour une formule sanguine, un coagulogramme et un groupé-croisé. Demandez aussi quatre unités de sang en réserve. Une sonde urinaire devrait être posée rapidement. Si nécessaire, demandez de l'aide (infirmière, collègue, gynécologue, anesthésiste).

2. Puisque la cause la plus fréquente d'hémorragie post-partum est l'atonie utérine, il est recommandé d'administrer de l'oxytocine dès la sortie de l'épaule antérieure du bébé

(diminue de 50 % les hémorragies). Une dose de 20 à 40 unités d'oxytocine dans 1000 mL de soluté à haut débit est la première étape. Si la patiente n'a pas de soluté, donnez 5u IV ou 10u IM. Un massage utérin peut aussi être pratiqué, suite à la sortie du placenta.

Face à une inversion (utérine), il faut demander de l'aide (gynécologue, anesthésiste).

3. Pratiquez rapidement une révision du col et du vagin, réparez toute lacération importante.

4. Si la révision du tractus génital est normale et que l'oxytocine est inefficace, vous pouvez soit administrer un autre médicament ou choisir de pratiquer la révision utérine, à ce moment, si une rétention placentaire est suspectée. Les options pharmacologiques sont :

- les dérivés de l'ergotamine (méthylergonovine 0,200 mg IM aux 5 minutes pour un maximum de 5 doses, contre-indication : hypertension);
- les prostaglandines du type PGF2a (0,250 mg IM aux 15 minutes pour un maximum de 8 doses, contre-indication : asthme sévère) ou du type PGE1 (misoprostol 5 comprimés de 200 mcg IR en une dose).

5. Si la révision utérine n'a pas encore été pratiquée, elle doit être faite à ce moment. Une analgésie ou anesthésie adéquate est indispensable. L'administration d'antibiotiques suite à une révision est controversée.

6. Si ces interventions sont infructueuses et que la patiente saigne toujours abondamment, une technique plus invasive s'impose. Les options sont :

- Paquetage utérin avec des compresses stériles, un cathéter de Foley de 30cc (gonflé à 60 ou 80 cc) ou un tube de Sengstaken-Blakemore (donner une antibioprophylaxie pendant 24 heures).
- Embolisation des artères utérines par l'équipe de radio-intervention.
- Ligature des artères utérines ou hypogastriques.
- Sutures de B-Lynch pour comprimer l'utérus.
- Hystérectomie d'urgence.

La prévention avant tout!

Comme la prévention demeure le meilleur traitement de l'hémorragie post-partum, il est donc important d'identifier les patientes à risque et d'être prêt à toute éventualité.

Les traitements discutés ci-haut devraient être disponibles dans toutes les salles d'accouchement. Leur utilisation rapide en cas d'hémorragie post-partum peut réduire la mortalité maternelle, les hystérectomies d'urgence et les transfusions. *Clin*