

**PRISE EN CHARGE DE
L'HEMORRAGIE DU
POST PARTUM**

DEFINITION

- L'hémorragie du post partum se définit par une perte sanguine provenant des voies génitales de la féminines, dépassant 500 ml pour un accouchement par voie basse et 1 000 ml (1 litre) pour une césarienne.
- On distingue:
 - HPP immédiat qui survient dans les 24 premières heures après un accouchement
 - HPP tardif au-delà de 24 heures.

CAUSES

- Plusieurs causes d'HPP qui se résument d'après les anglophones en « 4T » :
 - **Tonus** : Atonie utérine
 - **Traumatisme** : Rupture utérine, déchirures du col ou périnéales, inversion utérine
 - **Tissu** : Rétention placentaire, rétention de membrane
 - **Thrombus** : Troubles de la coagulation pré-existante ou acquise.
- Les principales causes de l'HPP immédiat sont : *l'atonie utérine +++*, *les déchirures et la rétention de tissus placentaires ou de membranes.*
- *L'HPP tardif est le plus souvent due à l'infection*

CONDUITE A TENIR

1- PREVENTIONS

- La prévention primordiale dans la PEC de l'HPP. Elle **commence depuis les consultations prénatales.**

➤ Communication

La communication se fait pendant la grossesse (CPNr), le travail, l'accouchement (expulsion, la délivrance et les heures qui suivent l'accouchement)

➤ Préparation à l'accouchement

- Dans la communauté par la sensibilisation de la population à :
 - Fréquenter les centres de santé (CPNr)
 - Reconnaître les signes de danger (fièvre, saignement, écoulement de liquide, perte de connaissance)
 - Accoucher dans les centres de santé.
- Dans les centres de santé : CPNr (Dépistage et PEC des facteurs de risque).

CONDUITE A TENIR

1- PREVENTIONS

- Respect de la physiologie de l'accouchement
- Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) (Voir accouchement normal et GATPA pour la technique):
 - La GATPA débute juste après la naissance et permet de réduire le risque d'HPP en :
 - Accélérant le décollement placentaire par l'augmentation de la fréquence et du rythme des contractions utérines
 - Diminuant les pertes sanguines par la réduction de l'hématome retro placentaire physiologique
 - Favorisant la rétraction utérine afin que les vaisseaux puissent se collaber rapidement.

CONDUITE A TENIR

Utérotoniques pouvant être utilisés pour la GATPA

Oxytocine : 10 UI en IM ou IV	<ul style="list-style-type: none">- Est le principal utérotonique recommandé par l'OMS et la FIGO dans la prévention de l'HPP à raison de 10 UI en IM ou en IV- NB: doit être conservé entre 2 et 8°C
Misoprostol : 600 µg par voie orale	<ul style="list-style-type: none">- Peut être utilisé dans plusieurs situations et par la plupart des prestataires (obstétricien, Sage-Femme, IDE)- Il se présente sous forme de blister (comprimé) et est administré par voie orale, sublinguale ou rectale- Effets secondaires : Tremblement des extrémités, fièvre- NB : Peut être conservé à la température ambiante
Ergométrine ou Méthyllergométrine : 0,2	<ul style="list-style-type: none">- Contre indication : Drépanocytose, HTA, pré éclampsie, éclampsie, cardiopathie

CONDUITE A TENIR

1- PREVENTIONS

➤ Examen de la région vulvo-périnéales et du Placenta

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou de l'épisiotomie.
- Examen routinier du placenta et des membranes (22% des décès maternels sont imputables à une rétention placentaire)
- Examen régulier du vagin et du périnée pour détecter les lésions.

➤ Vider la vessie

- Une vessie pleine empêche l'utérus de bien se contracter suite à un accouchement.
- La plupart des femmes n'ont pas de vessie pleine après l'accouchement (efforts de poussées). Cependant, il est important de s'assurer que la vessie est vide en demandant à la femme d'uriner ou en plaçant un cathéter urinaire.

CONDUITE A TENIR

1- PREVENTIONS

➤ **Mise au sein précoce**

- La mise au sein précoce du bébé aide à la contraction utérine. Si le bébé n'est pas capable de téter ou si la maman n'est pas capable de donner à téter, il faut procéder à une stimulation manuelle des mamelons.

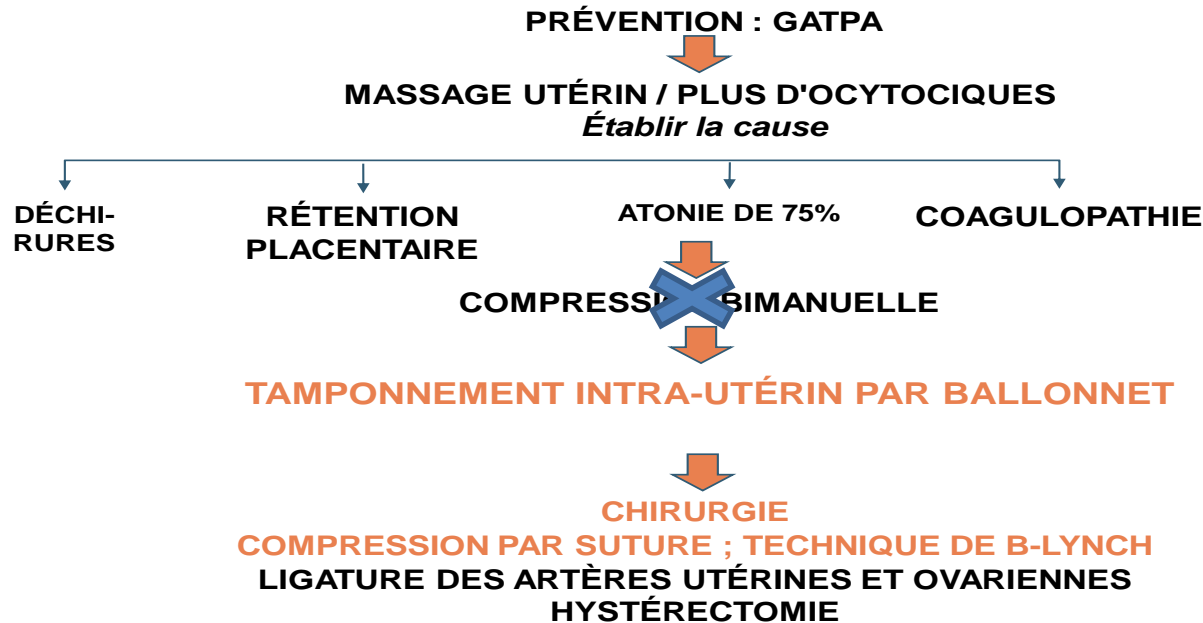
➤ **Surveillance active (selon les directives nationales):**

- La surveillance post- natale immédiate (Les 48-72 premières heures) des accouchées est une obligation et permet de lutter efficacement contre les éventuelles complications.

CONDUITE A TENIR

2- Traitement curatif atonie utérine:

Prise en charge de l'HPP provoquée par l'atonie



CONDUITE A TENIR

2- Traitement curatif atonie utérine:

➤ Traitement médical

- **Remplissage vasculaire**

- La réanimation doit débuter le plus tôt possible par un remplissage vasculaire (cristalloïde, sérum physiologique ou ringer lactate). En cas d'indisponibilité de solutés de remplissage, les solutions de réhydratation orale (SRO) peuvent être une alternative.
- En cas de saignement abondant, prendre deux (2) voies veineuses périphérique et une voie centrale si possible et commencer le remplissage vasculaire.

- **Massage Utérin**

- Il faut vérifier que l'utérus est bien rétracté au besoin procéder au massage utérin

CONDUITE A TENIR

2- Traitement curatif atonie utérine:

➤ Traitement médical

- **Révision utérine/ délivrance artificielle:**

- L'HPP peut être due une rétention placentaire ou de membrane dans ce cas, il faut faire une révision utérine.
- Si l'HPP est consécutive à une rétention du placenta en entier alors procéder à une délivrance artificielle.

- **Traitement médicamenteux:**

Le traitement médicamenteux fait appel à plusieurs molécules :

CONDUITE A TENIR

<p>Oxytocine : Perfusion de 20 à 40 UI/l (40 à 60 gouttes/mn)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Principal utérotonique recommandé par l’OMS et la FIGO dans la prévention et le traitement de l’HPP- Pour le traitement de l’HPP la perfusion IV est plus recommandé- La Posologie : 10 UI en IM ou en IV- NB : doit être conservé entre 2 et 8°C
<p>Misoprostol : 800 µg sublinguale</p>	<ul style="list-style-type: none">- Ne peut pas être utilisé dans pour le traitement de l’HPP si 600µg ont déjà été utilisés en prophylaxie- Peut être donné par voie rectale si la femme est instable- Effets secondaires : Tremblement des extrémités, fièvre <p>NB : Peut être conservé à la température ambiante</p>

CONDUITE A TENIR

<p>Ergométrine ou Méthyllergométrine : 0,2 mg en IM à répéter toutes les 2 à 4 heures pour un maximum de 6 doses (1mg) en 24 heures</p>	<p>- Contre indication : Drépanocytose, HTA, pré éclampsie, éclampsie, cardiopathie NB : doit être conservé entre 2 et 8°C</p>
<p>Syntométrine (Combinaison d'oxytocine 5 UI et ergométrine 0,5 mg) : 1 ampoule en IM</p>	<p>- Contre indication : Drépanocytose, HTA, pré éclampsie, éclampsie, cardiopathie NB : doit être conservé entre 2 et 8°C</p>

CONDUITE A TENIR

- **Autres médicaments :**

- Acide tranexamique : si l'utérotonique n'a pas pu arrêter le saignement ou si l'HPP est consécutive à un traumatisme
- Antibiotique : Si l'HPP est secondaire à une infection (endométrite)

- **Compression Bi manuelle**

La compression utérine bimanuelle peut être utile pour contrôler l'HPP en attendant l'administration et l'effet des Utérotoniques ou en attendant la mise en place du ballonnet intra utérin.

CONDUITE A TENIR

- **Tamponnement intra-utérin par ballonnet (UBT):**
 - En cas de persistance l'HPP après le massage utérin et le traitement médicamenteux, le ballonnet peut être placé dans la cavité utérine.
 - **NB : le tamponnement intra-utérin par ballonnet est une étape du plan de prise en charge de l'HPP.**
- ✓ **Mécanisme d'action:**
 - Augmentation de la pression intra-utérine qui est supérieure à la pression des vaisseaux sanguins capillaires
 - Compression du site de saignement par le préservatif gonflé
 - Contractions provoquées par la présence du préservatif à l'intérieur de l'utérus (en raison de la libération de prostaglandines ?)

CONDUITE A TENIR

- ✓ **Composantes du dispositif :**
 - 1 sonde urinaire (sonde de follet) de préférence unidirectionnelle
 - 1 préservatif
 - 1 grande seringue : 20 à 60 cc
 - 1 fil (fil de suture).

CONDUITE A TENIR

✓ Composantes du dispositif :



CONDUITE A TENIR

- ✓ **Indications du tamponnement intra-utérin par ballonnet**
 - Hémorragie du post-partum provoquée par une atonie, lorsque le massage utérin et la compression bimanuelle ont échoué à faire cesser les saignements
 - Lorsqu'un contrôle temporaire de l'HPP est nécessaire avant d'orienter la patiente vers un niveau de soins supérieur

CONDUITE A TENIR

- ✓ **Contre-indications du tamponnement intra-utérin par ballonnet**
 - Saignements artériels nécessitant une exploration chirurgicale ou une embolisation par angiographie
 - Cas nécessitant une hystérectomie
 - Anomalie utérine non traitée, cancer du col de l'utérus ou de l'utérus
 - Infections utérines
 - Coagulation intra vasculaire disséminée
 - Site chirurgical qui empêcherait le dispositif de contrôler l'hémorragie de manière efficace
 - Absence de prestataire formé.

CONDUITE A TENIR

- **Etales de pose du ballonnet en intra-utérin (Travaux de groupe pour pratique sur mannequin en salle)**
- **Etape 1 : Préparer le matériel et la parturiente**
 - Confirmer la cause de l'HPP (atonie)
 - Demander de l'aide
 - Expliquer à la femme son état et ce que vous allez faire
 - Administrer des antibiotiques en prophylaxie
 - Vérifier que la vessie est vide ou vider la vessie

CONDUITE A TENIR

- **Etales de pose du ballonnet en intra-utérin (Travaux de groupe pour pratique sur mannequin en salle)**
- **Etape 1 : Préparer le matériel et la parturiente**
- Assembler les éléments du kit UBT (Placer le préservatif sur la sonde de Foley en laissant une partie du préservatif dépasser de l'extrémité du cathéter, à l'aide d'une suture ou d'un fil stérile, nouer l'extrémité inférieure du préservatif sur la sonde de Foley, le lien doit être suffisamment serré pour empêcher la fuite de l'eau, mais ne doit pas bloquer la sonde et empêcher l'entrée de l'eau, on peut faire deux nœuds).

CONDUITE A TENIR

- Etapes de pose du ballonnet en intra-utérin (Travaux de groupe pour pratique sur mannequin en salle)
- Etape 1 : Préparer le matériel et la parturiente



CONDUITE A TENIR

- **Etape 2 : Mise en place du ballonnet dans l'utérus**
 - Insérer le préservatif attaché à la sonde de Foley dans l'utérus (vérifier que la totalité du préservatif est insérée au-delà du canal cervical et dans l'orifice interne du col)
- **Etape 3 : Technique de Remplissage du ballonnet**
 - Gonfler le ballonnet de sonde avec 15 cc d'eau
 - Gonfler progressivement (en fonction du volume de la seringue) le préservatif avec 300 à 500 cc d'eau ou de sérum physiologique

CONDUITE A TENIR

- **Etape 4 : Technique de retrait de l'eau du ballonnet**
 - Evaluer les saignements 15 minutes après la pose de le UBT:
 - Si le UBT initial ne parvient pas à arrêter les saignements au bout de 15 minutes, abandonner la procédure et procéder à une intervention chirurgicale d'urgence
 - Si le TIUB initial parvient à contrôler les saignements au bout de 15 minutes et que la l'état de la patiente est stable alors laisser le préservatif en place pendant 12 à 24 heures
 - Surveiller la patiente chaque 15 minutes et noter les observations sur la fiche de surveillance
 - Réanimer et/ ou traiter le choc au besoin
 - Poursuivre la transfusion sanguine au besoin

CONDUITE A TENIR

- **Etape 4 : Technique de retrait de l'eau du ballonnet**
- Poursuivre la perfusion d'utérotoniques pendant 6 à 8 heures
- Au bout de 12 à 24 heures, si l'état de la patiente est stable (après 12–24 heures), dégonfler progressivement le préservatif environ 200 cc d'eau par heure. (noter la quantité d'eau retirée et les constantes de la patiente sur la fiche de surveillance)
- NB : Regonfler le préservatif à son niveau précédent en cas de saignement pendant le dégonflage. (Des saignements persistants ou récurrents sont un signe qu'il faut adopter une option de traitement alternative). Regonfler le préservatif comme mesure temporaire, puis envisager un transfert ou une intervention chirurgicale.
- Le UBT peut être laissé en place pendant 24 heures maximum.

CONDUITE A TENIR

➤ Traitement Chirurgical

En cas d'échec du traitement médical, le traitement chirurgical s'impose. Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

- **Traitement chirurgical conservateur :**
 - Technique de capitonnage utérin
 - Triple ligature des artères
- **Traitement chirurgical radical :**
 - Hystérectomie subtotale : Lorsque les techniques de traitement chirurgical conservateur échouent le dernier recours est l'hystérectomie.

CONCLUSION

- L'HPP constitue la première cause de décès maternel dans le monde en général et dans les pays en développement en particulier.
- L'utilisation judicieuse des moyens thérapeutiques disponibles y compris le ballonnet intra-utérin pourrait réduire la létalité liée à cette pathologie. La plupart des cas de décès maternels par hémorragie du post partum pourraient et devraient être évités.
- L'utilisation du ballonnet intra-utérin dans le traitement de l'hémorragie du post partum constitue une avancée significative.

CONCLUSION

- Ce dispositif doit être disponible dans nos maternités pour prendre en charge les hémorragies résistant aux utérotoniques et aux manœuvres usuels