

HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

Dr . GUENDOUZE

L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

I - Définition

II - Rappel physiologique

III - Étiologies

III - La clinique

IV - Le traitement

Définition

Perte de sang ≥ 500 cc au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Ce critère quantitatif précis de la spoliation ≥ 500 cc est remis en cause ; car le retentissement sur l'état général n'est pas seulement en rapport avec le volume sanguin perdu, mais aussi avec les possibilités individuelles de compensation hémodynamique.

HDD atteint 25 % des accouchement par voie basse

Et environ 6% des césariennes.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

3 Phases :

- **Décollement placentaire.**
- **Migration et expulsion.**
- **Hémostase : ligature vivante de Pinard.**

4 conditions :

- **Insertion placentaire normale.**
- **Vacuité utérine totale.**
- **Dynamique utérine normale.**
- **Coagulation sanguine normale.**

Étiologies

- **La rétention placentaire**

empêche la rétraction de l'utérus et donc l'hémostase (PP, P accreta, cotylédon aberrant)

- **L'inertie utérine**

l'utérus vide ne se contracte pas (UT atone de la grande multipare, surdistention utérine, épuisement musculaire, iatrogène, fibromes)

- **Les anomalies de la coagulation**

Congénitales ou acquises

La clinique

- **AEG : sensation d'angoisse ou d'agitation, voire troubles de la conscience chez une post-accouchée qui devrait être calme et détendue.**
- **hémorragie extériorisée, indolore, abondante et généralement brutale**
- **utérus mou, atone et gros (pas de globe de sécurité)**
- **pouls rapide et mal frappé, ↓ de la pression artérielle, pâleur, vertiges**
- **à l'extrême : état de choc hémorragique, collapsus**

LE TRAITEMENT

- 1 - Le traitement préventif :

- Respecter une délivrance physiologique en évitant toute manœuvre intempestive.
- En l'absence de délivrance dans les 30 min qui suivent la naissance = faire une **délivrance artificielle**.
- Examen du placenta pour vérifier l'intégrité.
- TRT préventif de l'inertie utérine :
 - 0,2 mg de Methergin en IM dès dégagement des épaules
 - Ou par 5 UI de Synto en IM
 - Ou perf de 10 UI de Synto
- surveillance de la patiente en salle de naissance (globe utérin, saignements, constantes vitales)

-2- Le traitement curatif

- Délivrance artificielle, révision utérine
- Révision du col et du vagin sous valves
- Traitement hémostatique : utérotonique
 - Ocytocique (Syntocinon®) en IVD, IVL
 - Methergin
 - Prostaglandines
- Si insuffisant :
 - Embolisation (artères hypogastrique)
 - Hystérectomie

CONCLUSION

- La gravité de l'HDD incite à une attitude préventive tout au long du travail et de l'accouchement.