

# Item 17 : Principales complications de la grossesse – Hémorragie de la délivrance

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I Gestes obstétricaux immédiats .....</b>	<b>4</b>
<b>II Autres mesures.....</b>	<b>5</b>
<b>III En cas d'échec .....</b>	<b>5</b>
<b>IV Prévention.....</b>	<b>5</b>
<b>V Annexes.....</b>	<b>7</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>7</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>10</b>
<b>En savoir plus .....</b>	<b>11</b>
<b>Recommandation .....</b>	<b>11</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>12</b>

## PRE-REQUIS

- Anatomie et vascularisation utérine
- Physiologie de la contractilité utérine
- Physiologie de la délivrance normale
- Médicaments augmentant la contractilité utérine

## OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse : hémorragie génitale

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des hémorragies génitales au cours de la grossesse

CONSULTER AUSSI :

**Sur le campus de Gynécologie :**

*Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales.* : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/1.html>

*Cours de 3e cycle : Délivrance (ou troisième phase du travail).* : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/CAMPUS-GYNECO-OBST/cycle3/MTO/poly/19000fra.asp>

L'hémorragie de la délivrance (*cf. glossaire*) est une urgence obstétricale. Dans ses formes graves ou négligées, elle met en jeu le pronostic vital maternel. Son diagnostic précoce repose sur la surveillance rigoureuse de toute accouchée, en particulier pendant les deux heures après l'accouchement (*cf. Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales* : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html>). La délivrance normale est associée à une hémorragie < 500 ml. La constatation d'une

hémorragie anormale exige une prise en charge immédiate, associant des gestes obstétricaux, des mesures médicales et une surveillance constante.

**Facteurs de risques : schéma Recommandation pour la Pratique Clinique :**

- Fibromes (*cf. glossaire*),
- Placenta prævia (*cf. glossaire*),
- Utérus cicatriciel,
- ATCD d'hémorragie de la délivrance,
- Travail prolongé,
- Hyperthermie,
- Macrosomie (*cf. glossaire*), hydramnios (*cf. glossaire*), grossesse multiple,
- Grande multiparité.

## **I GESTES OBSTETRICIENS IMMEDIATS**

---

- Délivrance artificielle en urgence si l'hémorragie survient avant l'expulsion du placenta. Une main abdominale (gauche pour le droitier) empaume, abaisse et maintient le fond utérin. L'autre main, gantée, remonte le long du cordon ombilical dans la position dite « en main d'accoucheur », pénètre dans la cavité utérine, cherche le bord du placenta, s'insinue dans le plan de clivage entre placenta et paroi utérine, décolle artificiellement le placenta et l'extrait en douceur de l'utérus, sans déchirer les membranes. Suivie d'une révision utérine. Révision manuelle, selon la même technique, s'assurant de la vacuité et de l'intégrité de l'utérus et ramenant, le cas échéant, les derniers caillots et débris placentaires. L'utérus doit être vide !
- Massage utérin énergique par mouvements circulaires à travers la paroi abdominale jusqu'à obtention d'un globe tonique.
- Au moindre doute, inspection sous valves des voies génitales basses pour s'assurer de l'absence de déchirure du col ou des parois vaginales.

## II AUTRES MESURES

---

- Administration d'utérotoniques (*cf. glossaire*), après la révision utérine, pour obtenir une bonne rétraction utérine : ocytocine (*cf. glossaire*) dans un premier temps (Syntocinon\* en perfusion IV),
- en cas d'échec apprécié dans les 30 mn, traitement par prostaglandines (*cf. glossaire*) (Nalador\* à la seringue électrique) en respectant les contre-indications.
- Simultanément :
  - Voies veineuses de gros calibre, oxygène, remplissage avec des macromolécules.
  - Envisager une transfusion de culots globulaires (pour compenser les pertes) et de plasma frais (pour traiter une CIVD).
  - Bilan de coagulation en urgence, à la recherche d'une CIVD : formation de caillots ? plaquettes, TP, TCK, fibrinogène (*cf. glossaire*), facteurs II, V, VII, X, D-dimères (*cf. glossaire*), temps de lyse des euglobulines (*cf. glossaire*).
- Surveillance constante : état hémodynamique, diurèse (*cf. glossaire*), hauteur et consistance de l'utérus, quantification des écoulements vulvaires, bilan de coagulation, plaquettes, numération globulaire.

## III EN CAS D'ECHEC

---

Ces mesures sont habituellement suffisantes. Si l'hémorragie persiste, on peut proposer :

- Embolisation (*cf. glossaire*) artérielle sélective qui nécessite un radiologue entraîné et immédiatement disponible.
- Ou ligature chirurgicale des artères utérines ou des artères hypogastriques (*cf. glossaire*).
- En dernier recours : hystérectomie d'hémostase (*cf. glossaire*).

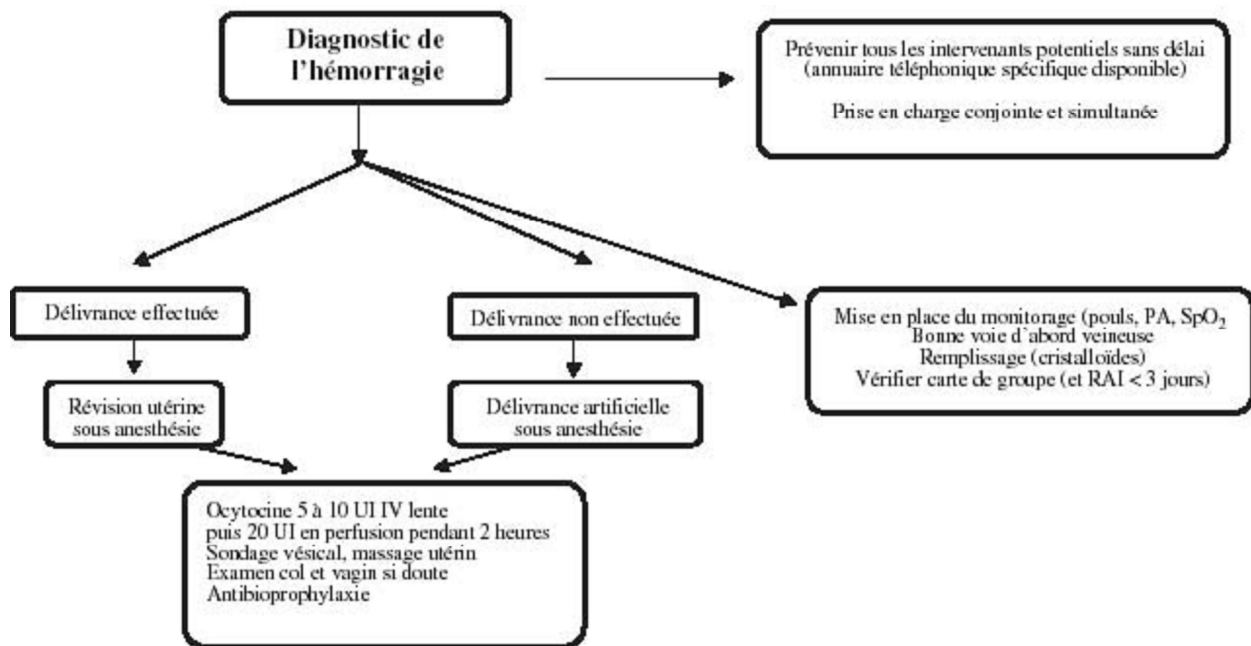
## IV PREVENTION

---

- Délivrance dirigée, systématique pour beaucoup : administration d'ocytocine dès la sortie de l'enfant.

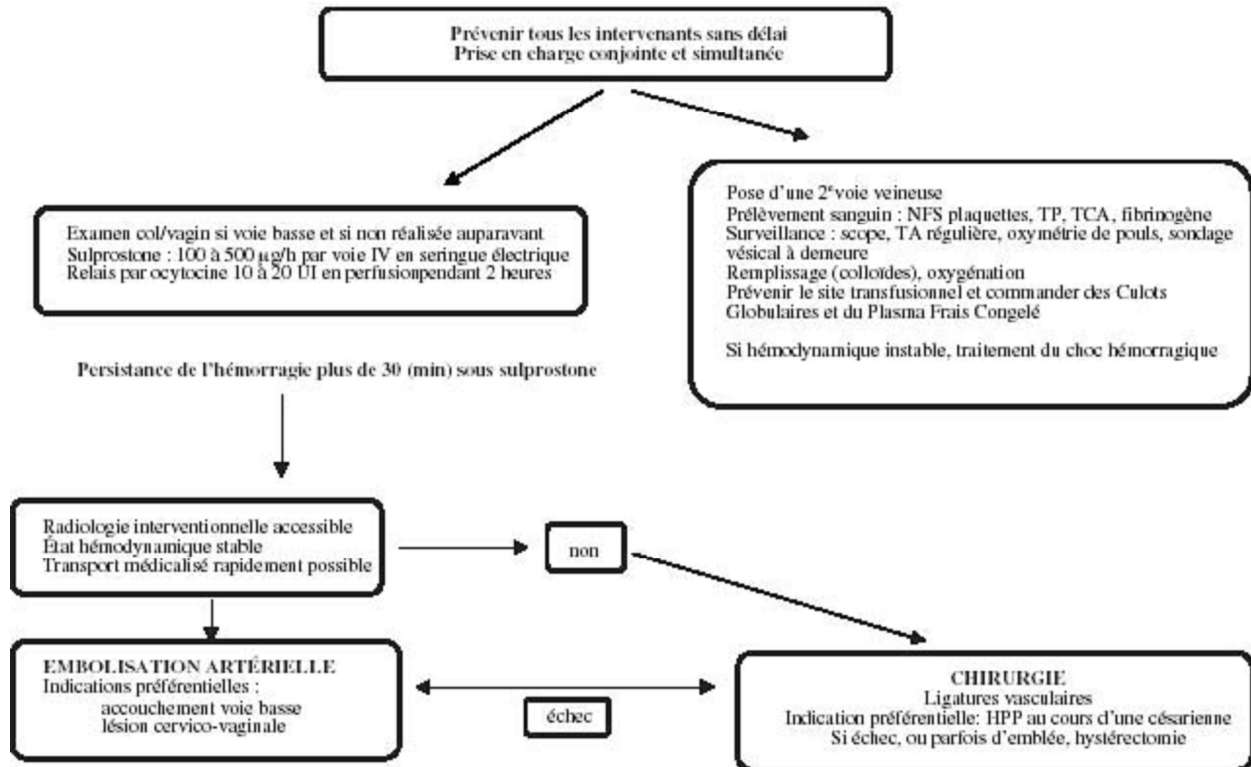
- Mise en place d'un sac de recueil des pertes sanguines, juste après l'expulsion permettant d'évaluer le volume.
- Surveillance de la délivrance normale par la manœuvre de mobilisation utérine vers le haut.
- Surveillance systématique de toute accouchée deux heures en salle de travail.
- Délivrance artificielle en cas de non-décollement 30 minutes après l'accouchement.

Figure 1 : CAT en cas d'hémorragie de la délivrance : Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat



Si l'hémorragie persiste plus de 15 à 30 minutes malgré cette prise en charge initiale, se reporter à la Figure 2.

Figure 2 : CAT en cas d'hémorragie de la délivrance : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste au-delà de 15 à 30 minutes



## V ANNEXES

### GLOSSAIRE

- artères hypogastriques : Artère hypogastrique ou artère iliaque interne : Artère principale du pelvis. Ses branches sont en effet à destination des organes génitaux internes et externes et du rectum. Son rôle est donc majeur et sa connaissance anatomique devient alors particulièrement importante pour comprendre les troubles d'origine vasculaire de toute cette région anatomique : les traumatismes pelviens avec rupture vasculaire, les oblitérations athéromateuses, les troubles pelviens provoqués par un anévrisme de l'artère iliaque interne...
- D-dimères : D-dimère : Produit de dégradation spécifique de la fibrine, qui est une protéine insoluble entrant dans la constitution de la majeure partie du caillot sanguin et provenant de la scission du fibrinogène sous l'action de la thrombine au cours de la coagulation sanguine. Sa recherche est demandée quand on soupçonne la constitution d'une thrombose. Plus précisément, la présence des D-dimères dans

le plasma (partie liquidienne du sang) est le témoin de l'existence d'un thrombus (caillot sanguin) en voie de fibrinolyse (de destruction).

- diurèse : Diurèse : Élimination de l'urine dans son ensemble, de façon qualitative et quantitative.
- Embolisation : Technique ayant pour but d'injecter à l'intérieur d'une artère, une substance ou un matériel qui vont permettre d'obstruer, c'est-à-dire de boucher totalement, cette artère. L'intérêt de boucher une artère est de pallier à son dysfonctionnement, c'est-à-dire à son mauvais fonctionnement, durant une maladie.
- fibrinogène : Fibrinogène ou Facteur I : Protéine du plasma sanguin qui se transforme en fibrine lors de la coagulation sanguine. C'est une glycoprotéine d'une masse molaire de 340 kDa synthétisée au niveau hépatique et dans les mégacaryocytes. Cette glycoprotéine est soluble et présente à une concentration normale comprise entre 1,8 et 4,0 g/L dans le plasma humain.
- Fibromes : Fibrome utérin ou fibromyome utérin : Tumeur bénigne, développée à partir du muscle de l'utérus. Les fibromes sont constitués de fibres musculaires lisses qui s'enroulent sur elles-mêmes et sont séparées par du tissu conjonctif fibreux. Il serait donc plus juste de parler de « fibromyome » pour rendre compte des deux composantes, mais le terme de fibrome est largement passé dans le langage courant.
- hémorragie de la délivrance : Hémorragie de la délivrance ou hémorragie du post-partum : Hémorragie définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une hémorragie d'origine utérine, survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement, et responsable d'une perte sanguine estimée à au moins 500 millilitres. C'est une complication redoutable de l'accouchement qui concerne 5 % des femmes, et est la première cause de mortalité maternelle au cours de la grossesse en France.
- hydramnios : Excès de liquide amniotique pendant la grossesse. Chez l'être humain, l'hydramnios se définit par la mesure de l'index amniotique. Un index supérieur à 25 cm établit le diagnostic.
- hystérectomie d'hémostase : Acte chirurgical qui consiste à enlever tout ou une partie de l'utérus, afin d'interrompre un saignement pour éviter l'hémorragie.
- Macrosomie : État d'un bébé dont le poids, à la naissance, dépasse 4 kg et, durant la grossesse (grâce à l'échographie), un bébé présentant des dimensions dépassant des valeurs normales maximales, c'est-à-dire, pour les spécialistes en pédiatrie, le 90e percentile (visible sur une courbe). Ceci signifie qu'un bébé atteint de macrosomie fœtale a avant tout le diamètre de son abdomen, et plus précisément le Diamètre



Abdominal Transverse (DAT), plus élevé que la moyenne ainsi qu'une circonférence de son abdomen (son ventre) également importante.

- **ocytocine** : Ocytocine ou oxytocine : Hormone peptidique synthétisée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus et sécrétée par l'hypophyse postérieure (neurohypophyse). Elle est impliquée lors de l'accouchement, mais elle semble aussi par ailleurs favoriser les interactions sociales amoureuses ou impliquant la coopération, l'altruisme, l'empathie, l'attachement voire le sens du sacrifice pour autrui, même pour un autrui ne faisant pas partie du groupe auquel on appartient. Dans certaines situations, l'ocytocine pourrait aussi induire des comportements radicaux, voire violents pour la défense du groupe, par exemple face à un autrui refusant de coopérer. Elle deviendrait alors une source d'agressivité défensive (et non offensive).
- **Placenta prævia** : Localisation anormale du placenta qui peut être responsable d'hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse. Le placenta est normalement inséré dans le fond de l'utérus ; il est dit prævia lorsque ce n'est pas le cas. Dans ce cas il est localisé sur le segment inférieur et peut alors être latéral, marginal (lorsqu'il affleure par son bord l'orifice du col de l'utérus), partiellement recouvrant, ou recouvrant lorsque il est tout entier situé au-dessus de l'orifice interne du col. Le placenta prævia est favorisé par les malformations utérines, les fibromes sous-muqueux, les antécédents de manœuvres endo-utérines (curetage, aspiration, IVG), un utérus cicatriciel (par césarienne en particulier), des grossesses nombreuses, l'âge avancé de la mère, le tabagisme, des antécédents personnels de placenta prævia.
- **prostaglandines** : Métabolites de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, elles jouent des rôles importants dans les organismes vivants. En effet, les prostaglandines sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.
- **temps de lyse des euglobulines** : Temps de lyse des euglobulines ou test de von Kaulla : Test qui consiste à faire précipiter en milieu acide les euglobulines (fibrinogène, activateurs du plasminogène et un peu de PAI-1), ce qui laisse dans le surnageant la majorité des inhibiteurs de la lyse ; on mesure la vitesse de lyse du caillot obtenu après addition de thrombine ( $N > 3H$ ). Dans la CIVD, le raccourcissement est modéré (différence avec la fibrinolyse primitive) ; au cours d'une CIVD un temps de lyse faible ( $< 30'$ ) signe une activation excessive de la

fibrinolyse et un risque de fibrinogénolyse et donc d'aggravation de l'hypocoagulabilité.

- utérotoniques : Utérotonique ou ocytocique : Produit/médicament qui augmente la tonicité des muscles de l'utérus.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- : Conduite à tenir devant une hémorragie de la délivrance du post-partum. Le praticien en anesthésie réanimation. 2000 May;4(2):104.
- : Hémorragie de la délivrance [Internet]. Faculté de Médecine de Strasbourg, Université Louis Pasteur; 2004.
- Aflak N, Levardon M. : Hémorragies graves de la délivrance. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2001; 5-103-A-10.
- Chabrot P, Gallot D, Louail B, Storme B, Brazzalotto I, Vidal V. : Hémorragie du post-partum [Internet]. Société Française d'Imagerie Cardiovasculaire (SFICV); 2009.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : III. Hémorragie de la délivrance. In: Gynécologie Obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 280-283.
- Descargues G, Piette P, Gravier A, Roman H, Lemoine JP, Marpeau L. : Les hémorragies non-diagnostiquées du post-partum. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Oct;30(6):590-600.
- Ducarme G, Bargy S, Grossetti A, Bougeois B, Levardon M, Luton D. : Prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance : étude rétrospective. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2007 Dec;35(12):1209-1214.
- Ducloy-Bouthors AS, Provost-Hélou N, Pougeoise M, Tournoy A, Ducloy JC, Sicot J, et al. : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum. Réanimation. 2007 Sept;16(5):373-379.
- Fournet S. : Hémorragies de la délivrance : prise en charge chirurgicale. Journal de Chirurgie Viscérale. 2008 May;145(3):226-233.
- Goffinet F. : Hémorragies de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 1997;26(S2):26-33.
- Hoffet M. : Hémorragie de la délivrance : les petits gestes à ne pas oublier [Internet]. 18es Journées de Gynécologie de Nice et de la Côte d'Azur; 2000 May.

- Morel O, Gayat E, Malartic C, Desfeux P, Rossignol M, Le Dref O, et al. : Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum - Choc hémorragique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2008; 5-082-A-10.
- Nadjafizadeh M. : L'hémorragie du post-partum. Vocation Sage-femme. 2010 Feb;9(79):24-29.
- Pelage JP, Le Dref O, Soyer P, Jacob D, Dahan H, Kardache M, et al. : Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle sélective. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1999 Mar;28(1):55.
- Rault P. : Hémorragies du post-partum - Hémorragies de la délivrance [Internet]. Adrén@line; 2005 Nov.
- Rudigoz RC, Dupont C, Clément HJ, Huissoud C. : Les hémorragies du post-partum. Congrès national d'anesthésie et de réanimation; 2009.
- Saint-Léger S. : Les hémorragies de la délivrance [Internet]. Ledamed.
- Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. : Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2004 Dec;33(S8):9-16.
- Warkus T, Denys A, Hohlfeld P, Gerber S. : Prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Revue Médicale Suisse. 2005 Nov 11;1(40):2600-2604.

### EN SAVOIR PLUS

- Cours de 3e cycle : Délivrance (ou troisième phase du travail). : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/CAMPUS-GYNECO-OBST/cycle3/MTO/poly/19000fra.asp>
- Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales. : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/1.html>

### RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé (HAS). Hémorragies du post-partum immédiat [Internet]. HAS; 2004 Nov. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272417/hemorragies-du-post-partum-immediat](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272417/hemorragies-du-post-partum-immediat)

- Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. HAS; 2007. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
- Initiative mondiale FIGO-ICM quant à la prévention de l'hémorragie post-partum – Déclaration de principe commune internationale [Internet]. Directives cliniques de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). 2004 Dec;152:1108-1111. : <http://www.sogc.org/guidelines/public/152FJPS-Decembre2004.pdf>
- Leduc D, Senikas V, Lalonde AB. Prise en charge active du troisième stade du travail : Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum [Internet]. Directives cliniques de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). 2009 Oct;235:1068-1084. : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui235CPG0910f.pdf>
- Lévy G, Goffinet F, Carbonne B, Courtois F, Dosquet P, Laissy JP, et al. Hémorragies du post-partum immédiat – Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2004. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_12.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM)

## **ABREVIATIONS**

- ATCD : AnTéCéDent
- CIVD : Coagulation IntraVasculaire Disséminée
- RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique
- TCK : Temps de Céphaline Kaolin
- TP : Taux de Prothrombine