

Item 17 : Principales complications de la grossesse – Hémorragie de la délivrance (Évaluations)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/4 :

À propos d'anatomie et de vascularisation utérine :

- A - La vascularisation de l'utérus et du vagin dépend des artères iliaques internes.
- B - La vascularisation de l'utérus est toujours issue de l'artère mésentérique inférieure.
- C - Le réseau veineux pelvien est très abondant.
- D - La vascularisation de l'utérus est de type terminal.

(Réponse : AC)

QUESTION 2/4 :

À propos de contractilité utérine :

- A - La production de PGF2 et de PGE2 augmente tout au long de la grossesse.
- B - L'injection de prostaglandines permet de déclencher le travail.
- C - Les prostaglandines participent à la maturation du col.
- D - La synthèse des prostaglandines peut être augmentée par l'amniotomie, une infection ou le décollement du pôle inférieur de l'œuf.

(Réponse : ABCD)

QUESTION 3/4 :

Quant à la délivrance normale :

- A - La période de délivrance est le quart d'heure qui suit l'expulsion du fœtus
- B - Le décollement du placenta est favorisé par la survenue d'un hématome rétroplacentaire physiologique après l'expulsion au moment de la reprise des contractions.
- C - Une délivrance mode Duncan concerne plus souvent les placentas bas insérés.
- D - En fin de grossesse certains facteurs de coagulation sont augmentés.

(Réponse : BCD)

QUESTION 4/4 :

À propos de médicaments et de contractilité utérine :

A - Les β -mimétiques sont tocolytiques en stimulant les récepteurs β -adrénergiques dans l'utérus.

B - Les inhibiteurs calciques n'ont aucune efficacité sur le muscle utérin.

C - Le syntocinon est un ocytocique qui peut s'injecter par voie intraveineuse directe, en perfusion, intramusculaire ou intra-murale

D - Le nalador est une prostaglandine que l'on peut injecter en intraveineuse directe ou en intramusculaire.

(Réponse : AC)

QCM

QUESTION 1/3 :

À propos de contractilité utérine :

A - La production de PGF2 et de PGE2 augmente tout au long de la grossesse.

B - L'injection de prostaglandines permet de déclencher le travail.

C - Les prostaglandines participent à la maturation du col.

D - La synthèse des prostaglandines peut être augmentée par l'amniotomie, une infection ou le décollement du pôle inférieur de l'œuf.

(Réponse : AC)

QUESTION 2/3 :

À propos de délivrance normale :

A - La période de délivrance est le quart d'heure qui suit l'expulsion du fœtus.

B - Le décollement du placenta est favorisé par la survenue d'un hématome rétroplacentaire physiologique après l'expulsion au moment de la reprise des contractions.

C - Une délivrance mode Duncan concerne plus souvent les placentas bas insérés.

D - En fin de grossesse certains facteurs de coagulation sont augmentés.

(Réponse : ABCD)

QUESTION 3/3 :

À propos de médicaments et de contractilité utérine :

A - Les β -mimétiques sont tocolytiques en stimulant les récepteurs β -adrénergiques dans l'utérus.

B - Les inhibiteurs calciques n'ont aucune efficacité sur le muscle utérin.

C - Le syntocinon est un ocytocique qui peut s'injecter par voie intraveineuse directe, en perfusion, intramusculaire ou intra-murale.

D - Le nalador est une prostaglandine que l'on peut injecter en intraveineuse directe ou en intramusculaire.

(Réponse : ABCD)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Vous êtes appelé à 2 heures du matin auprès de Mme X. qui vient d'accoucher d'un garçon de 4,1 kg. D'après votre interrogatoire, Mme X. a 42 ans, est arrivée en travail il y a 3 heures à 39 SA + 2 jours avec un col à un doigt et une tête appliquée, la grossesse a été correctement suivie et elle est à jour dans ses différents examens ; vous notez cependant qu'à la dernière échographie, son enfant était estimé au 95e percentile homogène, et au premier trimestre, la présence d'un petit fibrome de 3 cm intramural découvert fortuitement à l'échographie. Dans ses antécédents, vous notez une appendicectomie à l'adolescence et une pyélonéphrite à 25 ans, elle est 6e geste 5e pare (5 accouchement par voie basse, dont trois extractions instrumentales). L'accouchement s'est déroulé sans particularités, la sage-femme a arrêté le Syntocinon mis en place pour diriger l'accouchement dès l'expulsion puis a attendu la délivrance en exerçant une expression utérine. Le placenta est venu 5 minutes après l'expulsion accompagné d'une hémorragie de sang rouge évalué d'après la sage femme à plus d'1 litre. C'est à ce moment qu'elle vous a appelé pour hémorragie de la délivrance avec doute sur l'intégrité du placenta.

QUESTION 1/5 :

En quoi cette situation aurait-elle pu être prévisible ?

Réponse attendue :

La patiente présente de nombreux facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance sur inertie utérine : multiparité, poids fœtal élevé, présence d'un fibrome intramural, travail

rapide. Ces différents facteurs sont susceptibles de gêner la dynamique utérine au cours de la délivrance.

QUESTION 2/5 :

Quels sont les points négatifs dans l'attitude de la sage-femme ?

Réponse attendue :

Devant la somme des facteurs de risque de la patiente, la sage-femme aurait dû demander à l'interne de garde d'être présent en salle au moment de l'accouchement. Le Syntocinon n'aurait pas dû être arrêté au moment de l'expulsion, mais au contraire une délivrance dirigée aurait dû être faite (5 UI de Syntocinon au dégageant des épaules). La délivrance doit se dérouler seule et sans intervention mécanique extérieure (expression utérine) avant un délai de 30 minutes. Le recueil des pertes sanguines ne doit pas être « évalué » mais quantifié à l'aide de poches de recueil.

QUESTION 3/5 :

Quel doit être votre premier geste en tant qu'interne d'obstétrique ?

Réponse attendue :

Révision utérine à la recherche d'un caillot qui pourrait entretenir le saignement et de débris placentaires ou de membranes restés dans la cavité utérine (conditions nécessaires réunies : analgésie correcte, antibioprophyllaxie).

QUESTION 4/5 :

Votre geste ne retrouve pas de cause à cette situation. La palpation abdominale retrouve le fond utérin à 2 doigts au dessus de l'ombilic. Quel est votre diagnostic ?

Réponse attendue :

Inertie utérine compliquée d'hémorragie grave de la délivrance.

QUESTION 5/5 :

Quels sont les principes de la prise en charge en urgence ?

Réponse attendue :

Mise en condition d'urgence : présence de l'équipe obstétricale et anesthésique, mise en place d'une réanimation : pose de voie veineuses périphériques, commande de culots

globulaires, perfusion de macromolécules, oxygénothérapie, ces mesures doivent être adaptées à l'état de la patiente, évaluées par le monitoring cardio-tensionnel et des bilans d'hémostase réguliers de manière à prévenir la survenue d'une CIVD. Traitement étiologique : perfusion d'ocytocique, de PGE2 sans retard, exclusion d'un diagnostic différentiel : révision sous valves, suture des plaies hémorragiques ; recours à des moyens mécaniques : tamponnement, tractions sur le col ; recours à l'embolisation sélective des artères utérines selon les possibilités des centres ; recours à des moyens chirurgicaux : ligature des artères utérines par voie basse, ligatures artérielles par voie haute, en dernier recours hystérectomie d'hémostase. Surveillance en continu de la patiente, équilibration de la réanimation, prévention éventuelle de l'immunisation sanguine foëto-maternelle dans les 72 heures. (Voir aussi « Stratégie de prise en charge des hémorragies de la délivrance » dans le cours).