

# Prise en charge chirurgicale des hémorragies du post partum immédiat

L. Reyftmann - Service de Gynécologie-Obstétrique B et médecine de la reproduction  
CHU A. de Villeneuve. Montpellier

La prise en charge chirurgicale des hémorragies du post partum ne peut s'intégrer que dans le cadre d'une approche multidisciplinaire associant les obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs, les radiologues interventionnels et les biologistes. Le choix des techniques chirurgicales doit s'adapter à une grande variabilité de situations (type et gravité de l'hémorragie, compétences chirurgicales des opérateurs, disponibilité d'un plateau d'embolisation). De plus, les données de la littérature sont le plus souvent rétrospectives, concernant seulement de petites séries pour les techniques les plus récentes, ce qui ne permet pas de réaliser des recommandations standardisées. Ainsi, chaque équipe devra savoir s'adapter à des situations parfois inédites (par exemple rupture utérine mal systématisée ou placenta percreta,) avec les moyens dont elle dispose.

## Rappel physiologique

La vascularisation de l'utérus gravide dépend de trois pédicules principaux. Ce sont les artères utérines (qui proviennent des artères iliaques internes), les artères des ligaments ronds (qui proviennent des artères iliaques externes) et les branches terminales des artères ovariennes (qui suivent les ligaments lombo-ovariens puis les ligaments utéro-ovariens, ces branches provenant donc de l'aorte). Ces trois réseaux sont anastomosés entre eux au niveau de la corne utérine. Il existe par ailleurs d'autres anastomoses entre les circulations iliaques et aortiques au niveau des artères ilio-lombaires et des artères sacrales et rectales moyennes.

Cette richesse de réseau explique qu'une dévascularisation chirurgicale ne provoquera jamais une ischémie complète de l'utérus, tout au plus une hypoperfusion permettant aux mécanismes de l'hémostase primaire de se mettre en place grâce à une réanimation efficace.

Parmi les techniques chirurgicales à notre disposition, on peut décrire des techniques de ligature et de matelassage de l'utérus qui sont conservatrices et préservent la fertilité de la patiente ; on pourra utiliser en dernier lieu l'hystérectomie d'hémostase. Il n'existe pas vraiment d'attitude systématique et le **chapitre de stratégie n'est qu'une proposition de traitement**. Le tableau 1 récapitule les différentes techniques disponibles et on pourra se référer pour plus de détails à deux excellentes références en français(1, 2).

## 1. Ligatures vasculaires

La technique la plus ancienne est la ligature bilatérale des artères hypogastriques.

Après ouverture du péritoine pariétal et abord des vaisseaux iliaques, on pratique au fil résorbable la ligature des deux artères iliaques internes en ayant pris soin au préalable de repérer les uretères.

Les techniques développées plus récemment n'impliquent plus l'abord du rétropéritoine.

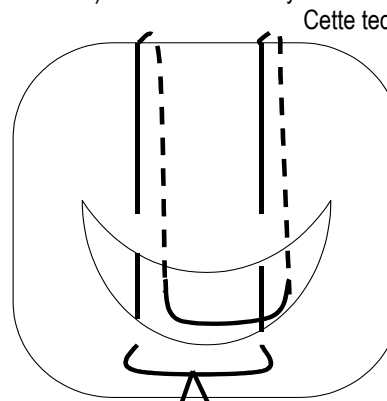
La technique la plus simple consiste en une dévascularisation sélective des pédicules qui atteignent l'utérus gravide. Après une dissection généralement aisée sur un utérus extériorisé, on pratiquera avec un fil résorbable une ligature appuyée des pédicules utérins, des ligaments utéro-ovariens et des ligaments ronds. Cette technique globale a été popularisée sous le nom de Tsurulnikov qui l'a proposé dans les années soixante dix.

De façon plus récente, le protocole a été affiné avec une stratégie progressive de ligatures étagées permettant de ne pas dévasculariser la totalité de l'utérus, si cela n'est pas nécessaire. C'est la technique de « Stepwise ligation » des anglo-saxons en 5 étapes : branche ascendante d'un pédicule utérin unilatéral puis bilatéral, ligature plus basse des 2 artères utérines avec leurs branches cervicovaginales, ligature d'un des pédicules lombo-ovariens puis de l'autre en cas d'échec. Chaque étape est réalisée au bout de 10 minutes après échec de la précédente.

## 2. Matelassage utérin

Il existe plusieurs alternatives.

### a) Bretelles de B-Lynch.



Cette technique a été décrite en cas d'atonie utérine. Elle se propose d'assurer une compaction mécanique de l'utérus atone par une suture en bretelles, à l'aide d'un fil transfixiant le segment inférieur de l'utérus à deux reprises.

Figure 1 : Bretelles de B-Lynch

### b) Le capitonnage utérin (technique de Cho)

On réalise grâce à des points transfixiants une suture en cadre d'une zone utérine. Cette technique est particulièrement indiquée dans le cas d'anomalie d'insertion placentaire, comme le placenta accreta.

### c) Autres techniques

On mentionnera pour mémoire les techniques de tamponnement intra utérin et de forcipressure qui n'ont plus beaucoup de place dans l'arsenal actuel.

## 3. Hystérectomie d'hémostase

### a) Description

Etape ultime de la prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance, l'hystérectomie d'hémostase présente plusieurs

particularités. Elle peut être réalisée en cours de césarienne ou après un accouchement par voie basse. Elle est généralement inter annexielle et souvent subtotale (la dissection du col gravide étant parfois mal aisée surtout en cours de travail, la technique subtotale expose moins au risque de plaie vésicale ou urétérale). Le choix de la technique subtotale ou totale dépend en réalité de la cause de l'hémorragie. La totalisation ne se discute pas en cas d'hémorragie sur praevia bas inséré, de rupture du segment inférieur ou de déchirure cervicale complexe.

#### b) Indications de l'hystérectomie d'hémostase

L'hystérectomie doit être envisagée lorsque le pronostic vital de la patiente est engagé après échec des mesures conservatoires chirurgicales, après échec d'une embolisation bien conduite ou d'embliée en cas de situation gravissime. Il est à noter qu'il existe une augmentation parallèle du taux de césarienne et de celui d'hystérectomie d'hémostase.

En effet, si l'estimation du taux de placenta accreta était de 1/20 000 dans les années 50, elle est passée à 1/1 000 dans les séries récentes du fait de l'augmentation des utérus cicatriciels et de l'âge maternel. On pourrait donc s'attendre à une augmentation du taux d'hystérectomie d'hémostase dans les années qui viennent.

#### c) Complications de l'hystérectomie

Si la mortalité maternelle est actuellement estimée à moins de 9 à 10 pour 100 000, on peut retenir que la morbidité reste lourde : hémorragie de 2 à 3 l avec polytransfusion (en moyenne 4 culots globulaires), plaies vésicales et urétérales, taux de réintervention estimé à 1%.

### 4. Stratégie devant une hémorragie

Les paramètres décisionnels sont la cause de l'hémorragie et son degré d'urgence (instabilité hémodynamique), les moyens techniques et humains disponibles, le nombre d'enfants de la parturiente et son souhait de grossesse ultérieure.

#### a) En cas d'atonie utérine

- En cours de césarienne : ligatures des utérines et Tsurulnikov et matelassage utérin complémentaire. En cas de trouble majeurs

de l'hémostase on peut réaliser une ligature étagée en 5 temps pendant la réalisation de la réanimation. En cas d'échec on effectuera une hystérectomie d'hémostase, le plus souvent subtotale.

- En cours d'accouchement voie basse : hémostase de toutes les causes traumatiques pelvipérinéales et embolisation. En cas d'impossibilité (patiente intransportable, plateau technique trop éloigné), l'intervention chirurgicale est similaire à celle décrite plus haut grâce à une laparotomie transversale le plus souvent.

#### b) En cas de placenta accreta

La situation sera parfois suspectée, par exemple en cas de placenta praevia antérieur sur cicatrice de césarienne précédente, (risque estimé à 24 % en cas d'unicatriciel et 40% en cas de bicatriciel). Il est alors prudent d'effectuer en anténatal le transfert de la parturiente dans un établissement disposant d'un plateau technique de réanimation maternelle et d'embolisation.

- En cours de césarienne : hystérotomie à distance du placenta et choix délibéré de le laisser en place en l'absence d'hémorragie. Un traitement complémentaire est possible : ligature vasculaire, embolisation, résection utérine partielle, injection de méthotrexate, matelassage utérin complémentaire (sans niveau de preuve suffisant dans la littérature). En cas d'hémorragie on pratiquera les gestes conservateurs habituels et on pourra aller jusqu'à l'hystérectomie d'hémostase qui sera le plus souvent totale.

- En cours d'accouchement par voie basse, on peut faire le choix délibéré de laisser le placenta en place en l'absence d'hémorragie. Un traitement complémentaire est possible : embolisation, injection de méthotrexate (sans niveau de preuve suffisant dans la littérature). En cas d'hémorragie, on réalisera une laparotomie qui permettra de réaliser les ligatures ou l'hystérectomie.

#### c) En cas de plaie cervico-utérine et d'hématome pelvien

Un traitement local par voie vaginale est possible. En cas d'échec, on peut proposer une embolisation. En cas d'impossibilité d'embolisation, l'indication privilégiée est la ligature des hypogastriques.

En cas d'échec, l'hystérectomie d'hémostase pourra être totale si le segment inférieur est trop délabré.

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes techniques

	Ligatures étagées	Tsurulnikov	Ligature des hypogastriques	B-Lynch	Points de Cho
<b>Avantages</b>	Rapidité et facilité du geste	Rapidité et facilité du geste	Efficace sur tous les types d'hémorragies	Complément utile des ocytotiques en cas d'atonie	Hémostase locale des anomalies d'insertion placentaire
<b>Inconvénients</b>	Etape 2 et 4 rallongeant la procédure	Inefficace sur un saignement d'origine cervico- vaginale	Geste parfois délicat. Risque de plaie veineuse iliaque et urétérale	Si inefficace, ne doit pas ralentir le recours à l'hystérectomie	Risque théorique de synéchies utérines
<b>Indications préférentielles</b>	Tout type d'hémorragie	Tout type d'hémorragie	Tout type d'hémorragie, y compris sur placenta praevia ou thrombus vaginal	Atonie résistante au Nalador® en complément des ligatures	Anomalie d'insertion placentaire

#### Références

- D'ercole C, Shojai R, Desbriere R, Cravello L, Boubli L. [Hémorragies du post partum immédiat: techniques et indications de la chirurgie]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2004;33(8 Suppl):4S103-4S119. –
- Sergent F, Resch B, Verspyck E, Rachet B, Clavier E, Marpeau L. [Les hémorragies graves de la délivrance : doit-on lier, hystérectomiser ou emboliser ?]. Gynecol Obstet Fert. 2004;32(4):320-9.

Octobre – Novembre – Décembre 2005

Janvier – Février – Mars 2006 – Numéro 20 -21