

Hémorragie du post partum Les techniques chirurgicales

D Vardon
CHU Côte de Nacre, Caen

Prévention primaire

éviter les circonstances favorisant de l'HPP
(obésité, grossesses multiples, césarienne ...)

Prévention secondaire

éviter l'apparition d'une hémorragie grave du post-partum
(prise en charge optimale et protocolée de l'HPP)

Prévention tertiaire

éviter l'hystérectomie d'hémostase et/ou le décès maternel
(radiologie interventionnelle, chirurgie conservatrice ou non)

Embolisation ou chirurgie ?

La pratique de la chirurgie demeure incontournable

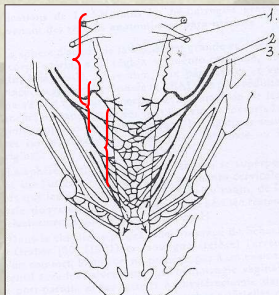
- ❖ 2/3 des HPP sont imprévisibles (transfert)
- ❖ permet une prise en charge immédiate de l'HPP (délai)
 - ❖ traitement étiologique de l'HPP (plaies)
- ❖ performances comparables (pas de supériorité)
- ❖ peut précéder l'embolisation (compatibilité)

- ❖ Rappels anatomiques
- ❖ Les indications
- ❖ Les techniques

Anatomie artérielle du pelvis

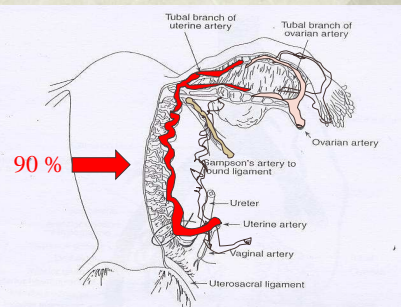
Negura A. Rev fr Gynécol Obstet 1988; 83: 271-9.

CORPS UTERIN
SEGMENT INF
COLE ET VAGIN



Anatomie artérielle du pelvis

Pelage P. et al., J Radiol 2000; 81: 1863-72.



Les techniques

❖ Techniques conservatrices

- Ligature des artères hypogastriques
- Ligature des artères utérines
- Triple ligature des vaisseaux afférents de l'utérus
- « Stepwise »
- Technique de B-Lynch
- Technique de CHO

❖ Techniques radicales : hystérectomie d'hémostase

- Totale
- Subtotale

Choix de la technique

❖ L'indication et le type de l'intervention se discutent en fonction de plusieurs paramètres

- Cause de l'hémorragie
- Degré d'urgence lié à l'état hémodynamique de la patiente
- Moyens techniques et humains disponibles
- Situation obstétricale (césarienne ou voie basse)

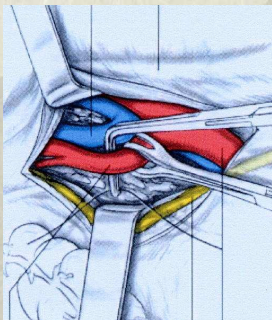
❖ Nécessité d'un protocole

❖ Une technique est jugée efficace dans les 15-20 mn après sa réalisation

Ligature des artères hypogastriques

- ❖ Décrite par Reich en 1961 .
- ❖ Ligature bilatérale au fil résorbable des artères hypogastriques (lier le tronc antérieur de l'artère hypogastrique à environ 2 cm de la bifurcation iliaque afin de respecter les branches postérieures à destinée fessière.)
- ❖ Les petits « trucs » :
 - Extérioriser l'utérus et le basculer en avant
 - Refouler vers le haut les anses digestives
 - Débuter par le côté droit (plus aisé)
 - Attention à
 - la veine iliaque interne (rappel : la veine iliaque interne droite se situe en arrière et en dehors de l'artère ; à gauche, elle se trouve en arrière et en dedans)
 - l'uretère
 - Privilégier un clip plutôt que le classique dissecteur

Ligature des artères hypogastriques



Ligature des artères hypogastriques

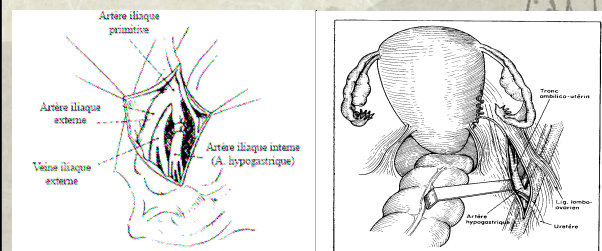


Fig. 2 - La découverte de l'artère hypogastrique et du tronc utéro-utérin.

Ligature des artères hypogastriques

- ❖ Diminution du débit artériel des artères utérines de 50%
Khelifi A et al. J Radiol 2000;81:607-10
- ❖ Anatomie non modifiée par l'état gravidique et rarement par la cause de l'hémorragie
- ❖ Nécessite un certain entraînement chirurgical
- ❖ Risque urétéral et veineux hypogastrique
- ❖ Efficacité incertaine: 42 à 100 % selon les auteurs
 - séries de 12 à 49 patientes

Aklak N. et al. Mises à jour CNGOF 1998:277-91F
Sergent et al. Gynecol Obstet fertil 2004; 32:320-29

Ligature des hypogastriques

- ❖ L'efficacité est proportionnelle à la rapidité avec laquelle l'indication est portée
- ❖ Peut être réalisée devant
 - Atonie utérine ; Placenta accreta, percreta
 - → voir les « nouvelles techniques »
 - Rupture utérine
 - Hématome extensif du ligament large
 - Déchirure cervicovaginale
 - Après hystérectomie d'hémostase

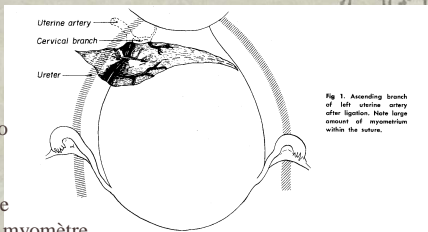
Ligature des artères utérines

Ligature bilatérale, appuyée sur le myomètre, de la branche ascendante de l'artère utérine et de sa veine adjacente, au fil résorbable n°1

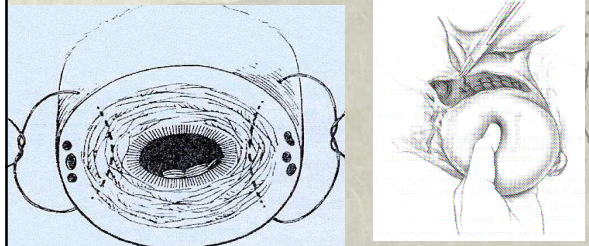
Traction de l'utérus vers le haut et du côté opposé

A la limite segmento corporeale

Pénétration profonde de l'aiguille dans le myomètre



ligature bilatérale des artères utérines



Ligature des artères utérines

- ❖ technique éprouvée :
 - n = 201, taux de succès de 99 % (2 échecs)
AbdRabbo SA. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 694-700
 - n = 265, taux de succès 95% (10 échecs)
O'Leary JA. J Reprod Med 1995; 40: 189-93
- ❖ complications exceptionnelles : 2 hématomes non compliqués du pédicule
- ❖ inconvénient : laparotomie (césarienne)

Ligature des artères utérines

- ❖ Les échecs +++ = Placenta praevia, placenta accreta
 - Une part significative de l'apport sanguin provient des artères CERVICALES et VAGINALES
 - Voir CHO !!!

Triple ligature des vaisseaux afférents de l'utérus

Ligature bilatérale des ligaments ronds, pédicules utéro-ovariens et des artères utérines au fil résorbable n°2

Tsirulnikov MS. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1979;8:751-3

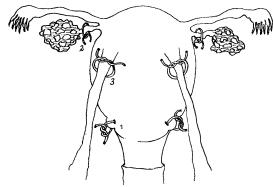


FIG. 2. — Ligature des principaux vaisseaux de l'utérus suivant la méthode de Tsirulnikov M.

Triple ligature des vaisseaux afférents de l'utérus

- ❖ Simple, rapide
- ❖ 24 cas : 24 succès sans complication
- ❖ Atonie utérine, placenta praevia et accreta, CIVD
- ❖ Cycles menstruels normaux et fertilité conservée (2 grossesses obtenues sur 4 désirées)

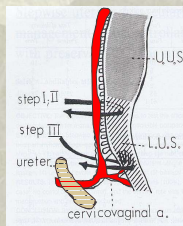
Tsirulnikov MS. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1979;8:751-3

« stepwise » ou ligature étagée

Dévascularisation progressive des pédicules afférents de l'utérus en 5 étapes successives au fil résorbable n°1

- 1-ligature haute d'un pédicule utérin
- 2-ligature haute du pédicule utérin controlatéral
- 3-ligature bilatérale basse des pédicules utérins
- 4-ligature unilatérale d'un pédicule lombo-ovarien
- 5-ligature du pédicule lombo-ovarien controlatéral

Abdrabbo SA. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:694-700



(n = 7)

« Stepwise »

- ❖ contrairement à la lig. des art. utérines cette tech. dévascularise le SI
- ❖ reste facile et assez rapide (risque urétéral)
- ❖ 103 cas (49% voie basse, 51% césarienne)
 - ☑ Atonie (66), HRP (26), Praevia (5), Accreta (2), CIVD (4)
- ❖ 100 % de succès sans complications
 - étapes 1 + 2 ont donné 85% de succès
 - 3^e étape nécessaire dans 4% des cas (praevia et accreta)
 - 4^e et 5^e étapes nécessaires dans 11% des cas (coagulopathies)
- ❖ Respect des menstruations et de la fertilité (11 grossesses obtenues sur 15 désirées)

Abdrabbo SA. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:694-700

Fig 1 : Triple ligature de Tsirulnikov Fig 2 : Stepwise

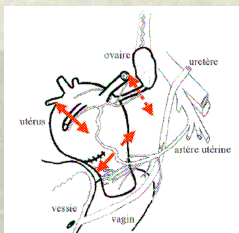


Fig. 1. La triple ligature de Tsirulnikov : ligature des ligaments ronds (1), ligature des artères utérines (2-3), ligature des ligaments utéro-ovariens (4-5).

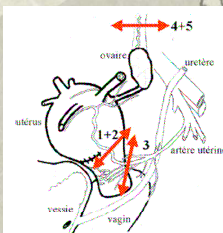
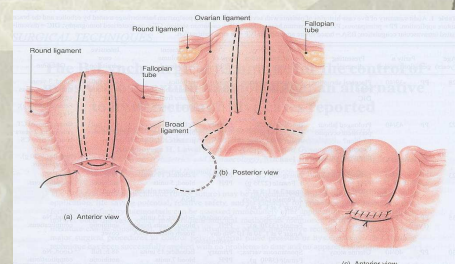


Fig. 2. La ligature étagée ou stepwise : ligature unilatérale puis bilatérale des artères utérines (1-2), ligature bilatérale des veines utérines (3), ligature unilatérale puis bilatérale des pédicules lombo-ovariens (4-5).

suture hémostatique en « bretelle »

B-Lynch C 1997 (n = 5), Ferguson JE (n = 2), Hayman RG 2002 (n = 3)



B Lynch

- ❖ Meilleure indication = ATONIE

Traitement chirurgical des HPP provenant du segment inférieur

placenta praevia et accreta

Taux d'échecs élevés, de l'ordre de 50 %, quelle que soit la procédure thérapeutique

➔ première cause d'hystérectomie d'hémostase

Kastner ES et al. Obstet Gynecol 2002; 99: 971-4.

- ❖ Traitement prophylactique +++
- ❖ Sinon urgence thérapeutique (notion de délai)
- ❖ Ne pas enlever si percreta sinon retirer le maximum de placenta

Traitement chirurgical des HPP provenant du segment inférieur

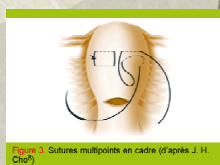
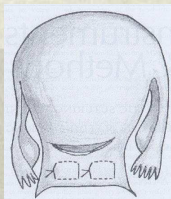


Figure 3. Sutures multipoints en cadre (d'après J. H. Cho?)

HoCho J Obstet Gynecol 2000; 96:129-31 (6 PP dont 2 accretas)

initialement sur le segment inférieur si placenta accreta. Peut être utilisé aussi si atonie. Plusieurs technique de « capitonnage » ont été publiées

Technique de Cho

- ❖ Réalise une compression antéro-postérieure par adossement des deux faces utérines
- ❖ Test d'efficacité: compression bimanuelle de l'utérus
- ❖ Facile, rapide, sans danger
- ❖ On peut utiliser l'endoclose™
- ❖ 23 cas au cours de césariennes - 23 succès sans complication
 - ☑ atonie (12), placenta accreta (7) et praevia (4)
- ❖ Fonction menstruelle et fertilité conservées (4 grossesses sur 10 désirées)

Technique de Cho

- ❖ Un cas de pyométrie puis Sd Asherman *Ochoa 2002*
- ❖ Série de 17 patientes *Mattei S, communication SFMP, 2002*
 - Dans 15 cas pour atonie
 - 16 HYSTEROSCOPIES de contrôle
 - 1 synéchie vélamenteuse, 1 synéchie fibreuse

À gonfler jusqu'à 500 ml

À retirer après 24

heures à utiliser

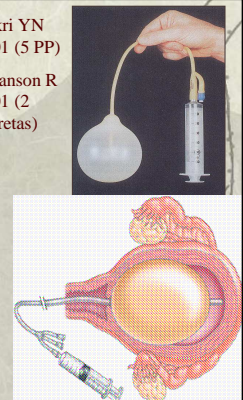
Après un accouchement par voie basse suivi d'une hémorragie atone de la délivrance ne répondant pas aux utérotoniques et ce, avant

d'envisager les procédures radiologiques interventionnelles ou les interventions chirurgicales, telles que la suture de B-Lynch, la ligature de l'artère iliaque ou l'hystérectomie.

Il peut être utilisé pendant ou après une césarienne et chez les femmes qui accouchent par voie basse ayant un antécédent de césarienne compliquée d'une hémorragie de la délivrance. On peut utiliser un tube de Sengstaken ou un ballon de Rüsck ou de Bakri

Bakri YN
2001 (5 PP)

Johanson R
2001 (2
accretas)



Traitement chirurgical des lésions traumatiques obstétricales

- ❖ rupture extensive du segment inférieur, déchirures vaginales ou cervicales, thrombus vaginaux ou pelvien
- ❖ souvent négligées : retard au diagnostic avec morbidité et mortalité maternelle augmentées
- ❖ chirurgie réparatrice précoce et adaptée puis transfert immédiat pour embolisation avec tamponnement vaginal hémostatique si déchirure cervico-vaginale ou thrombus
- ❖ sinon ligatures bilatérales des artères hypogastriques

Hystérectomie d'hémostase

Réalisée de première intention chez la grande multipare, en cas de délabrement du SI, état de choc

Doit être conservatrice (femme jeune)

Doit être totale si hémorragie du SI, sinon sub-totale

Si hémorragie persistante (tamponnement pelvien, ligature des artères hypogastriques)

Stratégie chirurgicale

- ❖ Placenta accreta, saignement du segment inférieur
 - Accreta (anticiper+++)
 - Capitonnnage type Cho
 - Si ligature vasculaire privilégier lig; des hypogastriques plutôt que des utérines
- ❖ Atonie si césarienne, si VB et état hémodynamique instable (ne devrait pas se voir ...)
 - Ligatures artérielles (la quelle choisir ?...la plus simple ?!)
 - B-Lynch (voir capitonnnage type Cho)
 - Association
 - Hystérectomie d'hémostase

Conclusion (1)

Se préparer à l'éventualité d'une hémorragie grave du post-partum au sein d'une maternité (ballon hémostatique, chirurgien référent, techniques d'attente = cervicotorsion, protocoles)

Il faut savoir les reconnaître et les traiter le plus précocement possible (obsession)

Conclusion (2)

Sa prise en charge est alors multidisciplinaire

Les différentes techniques chirurgicales doivent être maîtrisées par l'équipe

L'hystérectomie d'hémostase ne doit pas être considérée comme un échec mais comme un geste salvateur