

Article original

Prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance : étude rétrospective

Surgical management of peripartum hemorrhage: A retrospective study

G. Ducarme^{a,*}, S. Bargy^a, A. Grossetti^a, B. Bougeois^b, M. Levardon^a, D. Luton^a

^a Service de chirurgie gynécologique et d'obstétrique, hôpital Beaujon, AP-HP, université Paris-7,
100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

^b Département d'anesthésie et réanimation, hôpital Beaujon, AP-HP, université Paris-7,
100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

Reçu le 25 mai 2007 ; accepté le 5 septembre 2007

Disponible sur Internet le 26 novembre 2007

Résumé

Objectif. – L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale, le pronostic vital étant rapidement mis en jeu. L'objectif de cette étude est de rapporter notre expérience dans la prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance.

Patientes et méthodes. – Une série rétrospective de 16 patientes ayant nécessité un traitement chirurgical pour une hémorragie de la délivrance (ligatures vasculaires, capitonage utérin et/ou hystérectomie d'hémostase) entre 1985 et mars 2007.

Résultats. – L'incidence du traitement chirurgical d'une hémorragie de la délivrance a été de 0,047 %. Les traitements conservateurs efficaces ont consisté en trois capitonages utérins. Huit patientes avaient bénéficié de ligatures vasculaires (hypogastriques ou utérines) préalables mais qui se sont révélées inefficaces dans sept cas ; une ligature isolée des pédicules utéro-ovariens a été efficace. Une hystérectomie d'hémostase a été réalisée dans 12 cas. L'atonie utérine était l'étiologie principalement retrouvée (43,8 % des cas). Il n'a pas été rapporté de complications opératoires majeures. Aucun décès maternel n'a été recensé.

Discussion et conclusion. – Chez les patientes hémodynamiquement stables, le traitement médical, voire l'embolisation des artères utérines, suffit le plus souvent. La ligature des artères utérines peut toujours être réalisée car elle constitue le premier temps d'une éventuelle hystérectomie d'hémostase. Quant aux nouvelles techniques de cloisonnement utérin, elles sont des alternatives intéressantes. En cas d'échec des traitements conservateurs, l'hystérectomie d'hémostase reste le geste ultime de sauvetage maternel. Mais le choix du type de traitement est à adapter à chaque patiente, à chaque plateau technique et à l'expérience de l'équipe obstétricale présente.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – Peripartum haemorrhage is an obstetrical emergency and requests a life saving procedure. The purpose of this study is to describe our experience with the surgical management of peripartum haemorrhage.

Patients and methods. – We performed a retrospective study including 16 patients who necessitated a surgical management of peripartum haemorrhage (artery ligations, uterine compression and/or emergency peripartum hysterectomy) between 1985 and 2007.

Results. – The incidence of surgical management of peripartum haemorrhage was 0.047%. Conservative surgical management consisted in uterine compression sutures in three cases. Artery ligations were performed without success in seven patients; only one case of isolated utero-ovarian artery ligations was effective. An emergency peripartum hysterectomy was necessary in 12 cases. Uterine atony was the principal etiologic factor (43.8% of cases). There were no significant perioperative complications. No maternal death was reported.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : g.ducarme@gmail.com (G. Ducarme).

Discussion and conclusion. – In cases of non life-saving procedure, medical treatment and uterine arteries embolisation are often sufficient. Uterine compression suturing techniques are interesting alternatives and uterine arteries ligations can always be performed before hysterectomy. In cases of failure of conservative treatment, the emergency peripartum hysterectomy must be performed. Then, the choice concerning the surgical technique for the management of peripartum haemorrhage may be adapted to the patient, the centre and the obstetrical team.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hémorragie de la délivrance ; Atonie utérine ; Capitonage utérin ; Ligatures vasculaires ; Hystérectomie d'hémostase

Keywords: Peripartum haemorrhage; Uterine atony; Artery ligations; Uterine compression; Emergency peripartum hysterectomy

1. Introduction

L'hémorragie de la délivrance est définie comme une perte sanguine supérieure ou égale à 500 cc dans les 24 heures suivant l'accouchement. L'hémorragie de la délivrance peut rapidement mettre en jeu le pronostic vital. Elle est la première cause de mortalité maternelle dans notre pays et de morbidité maternelle en péripartum [1]. Son traitement classique consiste en un certain nombre de gestes (massage utérin permanent, révision utérine, sondage vésical à demeure, examen de la filière génitale, perfusion d'ocytociques, voire de prostaglandines) et des mesures de réanimation (remplissage vasculaire, transfusions de concentrés globulaires) qui devront être réalisées systématiquement avant d'envisager une escalade thérapeutique [2,3]. En cas d'échec de ces mesures et si l'état hémodynamique de la patiente le permet et en fonction du plateau technique, une embolisation des artères utérines pourra alors être envisagée. En cas de patiente instable ou d'échec de l'embolisation, un traitement chirurgical sera alors décidé [4]. Bien que de nombreux progrès aient été faits dans les traitements chirurgicaux conservateurs (ligatures vasculaires, plicatures et capitonages utérins selon diverses techniques) [5–14], le traitement chirurgical radical (l'hystérectomie d'hémostase) reste le geste ultime en cas d'hémorragie de la délivrance massive non contrôlable.

L'objectif de ce travail est de recenser toutes les hémorragies de la délivrance ayant été traitées chirurgicalement soit par méthode conservatrice, soit par hystérectomie d'hémostase au sein de notre maternité entre 1985 et mars 2007. Cette étude rétrospective nous permet d'étudier la fréquence, l'indication et le type de traitement chirurgical utilisé, ainsi que la morbidité et mortalité maternelles induites.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive, concernant toutes les patientes au sein de la maternité et ayant nécessité une prise en charge chirurgicale de l'hémorragie de la délivrance entre 1985 et mars 2007.

Le seul critère d'inclusion était le recours à un traitement chirurgical d'une hémorragie de la délivrance quelle que soit la technique chirurgicale utilisée (B-Lynch, Cho, ligatures vasculaires, hystérectomie d'hémostase), après échec des traitements médicamenteux et/ou après échec d'embolisation

des artères utérines. La notion de ligature vasculaire comprenait la ligature des artères utérines et/ou des artères hypogastriques¹ et/ou des pédicules utéro-ovariens.

Les données ont été récupérées rétrospectivement par l'analyse du dossier médical des patientes. Les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de chaque patiente ont été relevés. Concernant la grossesse, le type de conception, la parité, les pathologies maternelles ou fœtales, les anomalies de la placentation, le terme de l'accouchement, le type et la durée du travail, la présentation du fœtus, la quantité de liquide amniotique, le mode d'accouchement et le type d'anesthésie ont été recensés.

Concernant l'hémorragie de la délivrance, le délai entre la naissance et la fin de l'hémorragie, les traitements médicamenteux mis en place, le nombre et le type de produits sanguins labiles utilisés, le type de traitement chirurgical utilisé et les complications maternelles ont été recensés.

3. Résultats

Entre 1985 et mars 2007, 34 316 accouchements ont été recensés au sein de notre maternité. Nous avons colligé 16 cas de patientes ayant nécessité des traitements chirurgicaux pour des hémorragies sévères de la délivrance, ce qui représente une fréquence de 0,47 pour 1000 accouchements. L'incidence annuelle des traitements chirurgicaux de l'hémorragie de la délivrance n'a pas varié de façon majeure et cela même avec l'arrivée de l'embolisation au sein de l'hôpital en 1993 et la description des techniques chirurgicales conservatrices de Abdrabbo en 1994 [14], de B-Lynch en 1997 [6] ou de Cho en 2000 [5].

Trois patientes ont été traitées chirurgicalement et efficacement de façon conservatrice (un cas de plicature utérine selon B-Lynch et deux cas de compressions utérines selon Cho). Aucune patiente n'avait présenté de troubles majeurs de l'hémostase (telle une coagulation intravasculaire disséminée : CIVD). Les causes de l'hémorragie étaient un cas de placenta accreta traité par la technique de B-Lynch et deux cas d'atonie utérine traités par la technique de Cho.

¹ Voir, sur ce sujet, dans ce même numéro de *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, l'article (rubrique Actualités techniques) de B. Resch, F. Sergent, S. Blanc, M. Baron, L. Sentilhes, C. Trochet, H. Roman, A. Diguet, E. Verspyck, L. Marpeau : Comment je fais... une ligature des artères hypogastriques au décours d'une hémorragie grave de la délivrance. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950496>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950496>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)