

Hémorragies du post-partum immédiat (2004)

Note sur les **Niveaux de preuve scientifique (NP)**

Le groupe de travail...

Les conclusions en version intégrale ("texte court").

- La problématique
- Facteurs de risque
- Principes de base applicables à toute femme enceinte en période anténatale
- Prévention clinique et pharmacologique de l'HPP au moment de l'accouchement
- Prise en charge initiale de l'HPP
- Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave
 - *Prise en charge par l'équipe d'anesthésie-réanimation :*
 - *Méthodes invasives*
 - *Décision et organisation d'un transfert*
- Stratégie de prise en charge par les méthodes invasives
 - *L'embolisation artérielle*
 - *La chirurgie*
 - *Cas particulier du placenta accreta*
- Principales abréviations utilisées

Les textes complets rédigés par les experts et la bibliographie sont réunis dans le numéro spécial du **JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION** - J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33 (supplément au n°8): 4S1-4S136.

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en partenariat avec l'ANAES, à la demande du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et de la Direction Générale de la Santé. Elles ont été établies conformément aux Ègles méthodologiques préconisées par l'ANAES. Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées, en toute indépendance, par le groupe de travail de ces recommandations pour la pratique

clinique. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES. Les organismes et sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicités pour participer à ce travail : Collège National des Sages-Femmes ; Direction Générale de la Santé ; Établissement Français du Sang ; Société Française d'Anesthésie Réanimation; Société Française de Médecine Périnatale; Société Française de Radiologie.

Promoteur : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (en partenariat avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

Comité d'organisation :

G. Lévy (Président), F. Goffinet (Coordonnateur, CNGOF), B. Carbonne (CNGOF), F. Courtois (Etablissement Français du Sang), P. Dosquet (ANAES), J.-P. Laissy (Société Française de Radiologie), F. Mercier (Société Française d'Anesthésie Réanimation), C. Revel (ANAES), V. Tessier et F. Teurnier (Collège National des Sages-Femmes)

Experts du groupe de travail :

G. Bagou (anesthésiste-réanimateur, Lyon), F. Bayoumeu (anesthésiste-réanimateur, Nancy), G. Boulay (anesthésiste-réanimateur, Paris), F. Caumel-Dauphin (sage-femme secteur privé, Paris), F. Courtois (Établissement Français du Sang, Paris), C. d'Ercole (gynécologue-obstétricien, Marseille), M. Dreyfus (gynécologue-obstétricien, Caen), A. François (Etablissement Français du Sang, Paris), J.-P. Laissy (radiologue, Paris), B. Langer (gynécologue-obstétricien, Strasbourg), O. Le Dref (radiologue, AP-HP Paris), A. Mignon (anesthésiste-réanimateur, Paris), J. Patureau (médecin inspecteur de santé publique, DGS Paris), J.-P. Pelage (radiologue, Paris), F. Pierre (gynécologue-obstétricien, Poitiers), D. Subtil (gynécologue-obstétricien, Lille), V. Tessier (sage-femme, Paris), E. Verspyck (gynécologue-obstétricien, Rouen).

Lecteurs :

J.-P. Agher (gynécologue-obstétricien, CH Toulon), B. Bailleux (gynécologue-obstétricien, CH Seclin), F. Berthier (SAMU, CHU Nantes), M.-L. Bidet (EFS Angers), F. Bretelle (gynécologue-obstétricien, CHU Marseille), T. Champlon (radiologue, CH Melun), M. Corbillon (sage-femme, CHU Amiens), L. Cravello (gynécologue-obstétricien, CHU Marseille), M.-J. Darmon (cadre infirmière, CHU Nice), C. Dognin (gynécologue-obstétricien, CH Douai), E. Drahi (médecin généraliste, St Jean de Braye), A.-S. Ducloy-Bouthors (anesthésiste, CHU Lille), H. Faruel-Fosse (sage-femme secteur privé, Tarbes), D. Foster (radiologue secteur privé, Neuilly), P. Gillard (gynécologue-obstétricien, CHU Angers), N. Helou-Provost (anesthésiste, CHU Lille), D. Krause (radiologue, CHU Dijon), R. Kutnahorsky (gynécologue-obstétricien, CHU Colmar), N. Laurenceau (sage-femme secteur public, Lyon), M. Le Dû (sage-femme maternité publique, Château-Gontier),

A.-M. Lehr-Drylewicz (médecin généraliste, Parçay-Meslay), P. Mahiou (anesthésiste secteur privé, Grenoble), A. Maubon (radiologue, CHU Limoges), A. Mayaud (anesthésiste, CHU Caen), P. Monnier-Barbarino (gynécologue-obstétricien, CHU Nancy), O. Multon (gynécologue-obstétricien secteur privé, St Herblain), F. Nguyen (sage-femme, CHI Poissy St-Germain), P. Nguyen-Thanh (médecin généraliste, Vernon), J. Padovan (sage-femme secteur privé, Paris), O. Parant (gynécologue-obstétricien, CHU Toulouse), A. Pascal (gynécologue-obstétricien secteur privé, Marseille), E. Peynaud (biologiste, AP-HP Colombes), H.-J. Philippe (gynécologue-obstétricien, CHU Nantes), B. Politur (médecin généraliste, Cayenne), P. Poulain (gynécologue-obstétricien, CHU Rennes), H. Réali (sage-femme maternité privée, Reims), D. Riethmuller (gynécologue-obstétricien, CHU Besançon), F. Roubinet (Directeur Général EFS Centre Atlantique, Tours), P. Rozenberg (gynécologue-obstétricien, CH Poissy), J.-F. Schved (biologiste, CHU Montpellier), B. Senez (médecin généraliste, Eyzin-Pinet), D. Therby (gynécologue-obstétricien, CH Roubaix), O. Thiebaugeorges (gynécologue-obstétricien, CHU Nancy), R. Thiery-Bajolet (cadre infirmière, Saint-Brice Courcelles), C. Vayssière (gynécologue-obstétricien, CHU Schiltigheim), N. Winer (gynécologue-obstétricien, CHU Nantes)

[< Sommaire des](#)

[RPC <](#)

[Haut de page](#)

La problématique

Durant les années 1990-2000, l'hémorragie du post-partum (HPP) a constitué la principale cause de décès maternel en France. Le taux de décès par hémorragie obstétricale a été au moins deux fois supérieur à celui d'autres pays développés. Cette constatation justifie la publication de recommandations pour la pratique clinique.

L'HPP se définit par une perte sanguine de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance. Bien que l'HPP concerne environ 5 % des naissances et que la plupart de ces hémorragies soient bien tolérées, le volume de 500 ml doit rester le seuil à partir duquel une prise en charge active doit être déclenchée (accord professionnel).

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque connus d'hémorragie — avant ou pendant le travail — ne permettent pas de sélectionner avec une sensibilité et une spécificité suffisantes les patientes devant faire l'objet de mesures préventives spécifiques avant la naissance. Ainsi, la majorité des HPP surviennent sans qu'aucun facteur de risque soit clairement retrouvé. Par conséquent, il n'est pas possible en l'état actuel des connaissances de

recommander une stratégie de prévention de l'HPP qui reposerait sur l'identification de facteurs de risque (accord professionnel).

Principes de base applicables à toute femme enceinte en période anténatale

En plus des consultations prénatales, chaque femme enceinte sera adressée en consultation d'anesthésie.

La collaboration avec l'équipe d'anesthésie a pour objet de mettre en place les mesures minimales nécessaires à la prise en charge de l'ensemble des patientes en cas de survenue d'une HPP (accord professionnel).

Il est rappelé que dans le cadre de l'HPP, comme pour l'ensemble de la prise en charge de la grossesse, les professionnels sont tenus d'informer les patientes au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement des bénéfices et inconvénients des interventions proposées en vue d'une prise de décision éclairée (RPC « Informations aux femmes enceintes », ANAES 2004, à paraître).

Il est recommandé que tout établissement prenant en charge des accouchements organise les modalités d'approvisionnement et d'acheminement des produits sanguins labiles (PSL) de telle sorte que leur délai d'obtention soit inférieur à 30 minutes. Une procédure décrivant cette organisation sera établie entre la maternité et le site transfusionnel dont elle dépend (accord professionnel).

Dans chaque maternité, il est recommandé de décrire les modalités de prise en charge des HPP dans un protocole adapté aux conditions locales d'exercice et régulièrement réactualisé, ainsi que d'y faire figurer la liste téléphonique de tous les acteurs potentiellement impliqués (accord professionnel). Par ailleurs, il est recommandé de vérifier régulièrement la disponibilité des drogues susceptibles d'être utilisées en cas d'HPP. Enfin, il est recommandé que chaque maternité réalise un audit de ses cas d'HPP afin de vérifier le respect des procédures (accord professionnel).

Il est recommandé que chaque maternité dispose d'un praticien dont les compétences chirurgicales sont suffisantes pour l'exécution des gestes d'hémostase en cas d'HPP sévère (accord professionnel). Pour toute femme enceinte, il est recommandé de disposer, à l'entrée en salle de naissance, des documents transfusionnels comportant : les deux déterminations du groupe sanguin ABO RH1 (D) et du phénotype RH et KEL 1 valides, ainsi que le résultat d'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) datant de moins d'un mois (accord professionnel). En leur absence, ces examens doivent être prélevés et acheminés vers le laboratoire dans les plus brefs délais. En cas de situation à très haut risque hémorragique dépistée avant la naissance ou en cas de césarienne programmée, il est recommandé de disposer d'une RAI datant de moins de 3 jours (accord professionnel). Les consultations prénatales et d'anesthésie permettent en outre d'identifier le plus précocement possible les patientes à risque très élevé d'HPP et de planifier leur prise en charge. Il s'agit essentiellement des patientes présentant un placenta recouvrant, une suspicion de placenta accreta ou des troubles sévères de l'hémostase (accord professionnel). Lorsque le diagnostic est posé, il est recommandé :

— d’orienter la patiente vers un centre comportant un plateau médico-technique adapté (soins intensifs maternels, produits sanguins disponibles sur place, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes- réanimateurs présents 24 h/24) (accord professionnel) ;

— de réaliser une numération formule sanguine (NFS) afin de dépister une anémie et de prescrire, dans ce cas, une supplémentation en fer et en folates. Ce traitement améliore les paramètres biologiques (grade A) et pourrait permettre de diminuer la nécessité de transfusion en cas d’hémorragie (grade C).

La transfusion autologue programmée n’a pas d’indication dans les situations à risque élevé d’HPP. Elle peut être envisagée en cas de phénotype érythrocytaire rare ou d’allo-immunisation complexe (grade C).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Prévention clinique et pharmacologique de l’HPP au moment de l’accouchement

Il est recommandé de réaliser systématiquement :

— une surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent un accouchement (accord professionnel). Cette surveillance porte sur l’importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la pression artérielle. Ces données seront consignées dans le dossier de la patiente (accord professionnel) ;

— une prise en charge active de la délivrance qui doit comporter au minimum des gestes cliniques : au moment du décollement placentaire, traction contrôlée du cordon associée à une contrepression suspubienne à l’aide de la main abdominale. De plus, un massage de l’utérus sera effectué après l’expulsion du placenta si l’utérus est hypotonique (grade A) ;

— un examen du placenta afin de vérifier s’il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine (accord professionnel) ;

— une injection prophylactique d’ocytocine (grade B) ; cette administration peut être faite soit au moment du dégagement de l’épaule antérieure de l’enfant (délivrance dirigée) soit après l’expulsion du placenta (grade B). Elle consiste en l’injection par voie intraveineuse directe lente (ou intramusculaire) de 5 à 10 UI d’ocytocine ;

— une délivrance artificielle lorsque le placenta n’est pas expulsé dans un délai de 30 minutes (grade C).

La précocité du diagnostic est un élément essentiel du pronostic de toute HPP. La quantification peut être facilitée par la mise en place d'un sac de recueil placé sous la patiente dès la fin de l'expulsion foetale (grade C). Son efficacité à réduire le risque ou la gravité des HPP reste cependant à établir.

Dans le cas de la césarienne, les pertes sanguines sont plus importantes que dans un accouchement par voie basse et l'estimation de ces pertes est particulièrement difficile. Il est recommandé de réaliser une délivrance dirigée plutôt que d'effectuer une délivrance manuelle immédiate (grade B).

Le misoprostol n'est pas recommandé en prophylaxie de l'HPP ; en effet, il est moins efficace que l'ocytocine dans cette indication et ses effets secondaires sont plus nombreux (grade A).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Prise en charge initiale de l'HPP

La notion d'hémorragie du post-partum doit être immédiatement communiquée à tous les intervenants potentiels (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, infirmières), la prise en charge optimale étant multidisciplinaire et réalisée de manière conjointe et simultanée (accord professionnel).

Le facteur temps étant primordial, il est important de noter l'heure initiale du diagnostic de l'hémorragie, d'évaluer quantitativement les pertes sanguines, et de débiter un relevé chronologique des éléments de surveillance et de prise en charge sur une feuille spécifique (accord professionnel).

La cause du saignement doit être recherchée sans délai, les plus fréquentes étant l'atonie utérine, la rétention placentaire et les plaies cervico-vaginales (accord professionnel).

La mise en condition minimale comporte :

- la vérification qu'une voie veineuse fonctionnelle est en place ;
- la mise en place d'une surveillance : scope, pression artérielle non invasive, oxymètre de pouls ;
- la réalisation d'une expansion volémique initialement avec des cristalloïdes.

Une anesthésie adaptée à la pratique des gestes obstétricaux est réalisée dans les conditions de sécurité optimale et dans de brefs délais (accord professionnel). Si la femme ne dispose pas d'une RAI datant de moins

de 3 jours, il est recommandé de faire une nouvelle RAI et de prévenir la structure transfusionnelle de la situation (accord professionnel).

Si la délivrance n'a pas eu lieu, une délivrance artificielle effectuée sous anesthésie est impérative pour permettre d'obtenir la vacuité utérine (accord professionnel). Si elle a déjà eu lieu, la révision utérine s'impose, même si la délivrance semble complète (accord professionnel).

La vessie doit être vide et l'utérus massé s'il est hypotonique (accord professionnel).

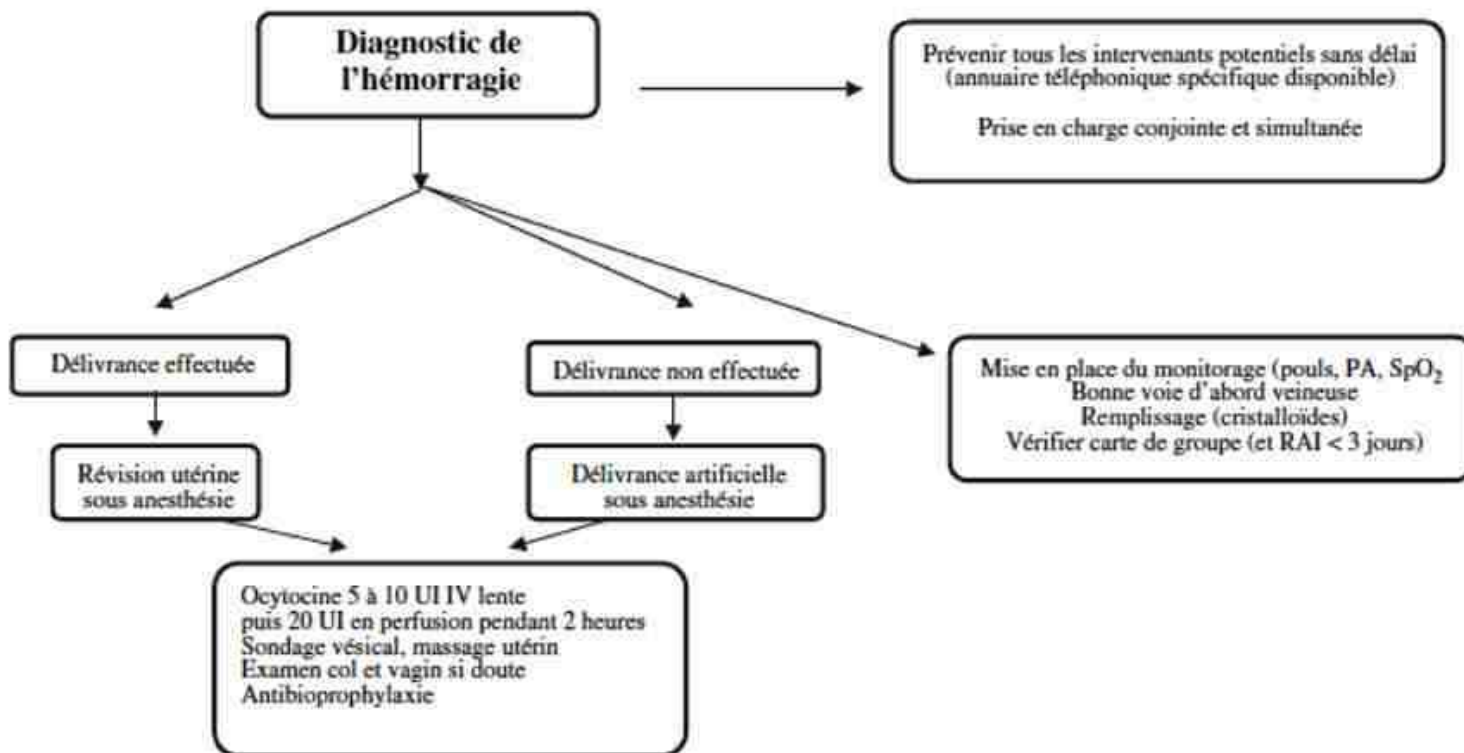
Un examen de la filière génitale sous valves est recommandé en cas de suspicion de lésion cervico-vaginale, ou systématiquement si une anesthésie générale est réalisée pour les gestes endoutérins (accord professionnel).

Parallèlement, il est recommandé d'administrer des utérotoniques de façon systématique (grade C). L'ocytocine est préconisée en première intention à la posologie de 5 à 10 UI par injection intraveineuse lente (grade C). Un traitement d'entretien est ensuite instauré à l'aide d'une perfusion au débit de 5 à 10 UI par heure pendant deux heures.

Les prostaglandines ne sont pas recommandées en première intention dans le traitement de l'HPP (accord professionnel).

La réalisation de gestes endo-utérins est associée à la pratique d'une antibioprofylaxie à large spectre (grade C).

Il est nécessaire de recourir aux phases suivantes du traitement si l'hémorragie persiste au-delà de 15 à 30 minutes (accord professionnel). Ce délai sera modulé en fonction de l'abondance de l'hémorragie, de son retentissement hémodynamique et des moyens thérapeutiques mis en oeuvre pour maintenir l'état hémodynamique.



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

Figure 1 Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat.

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave

Comme dans l'étape précédente, la prise en charge optimale est multidisciplinaire, réalisée de manière conjointe et simultanée ; le facteur temps est, là encore, un facteur pronostique majeur (accord professionnel).

L'équipe obstétricale doit se poser la question de l'étiologie obstétricale de l'hémorragie : inspection du col et du vagin systématiquement si elle n'a pas déjà été réalisée et révision de la cavité utérine, si nécessaire ; mais ces deux gestes ne doivent pas retarder la suite de la prise en charge.

Il est recommandé d'administrer dans le délai de 15 à 30 min après le début de l'hémorragie un traitement par sulprostone en perfusion intraveineuse à la seringue électrique (grade C). Les voies intramusculaire et intramyométriale sont contre-indiquées (grade C). On débute à une posologie comprise entre 100 et 500

microgrammes par heure. Cette posologie est adaptée en fonction de la réponse au traitement jugée sur la persistance de l'hémorragie et la tonicité utérine ; la posologie maximale de perfusion est de 500 microgramme par heure (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé d'utiliser le misoprostol en intra-rectal dans cette indication (accord professionnel).

Prise en charge par l'équipe d'anesthésie-réanimation :

Le monitoring installé initialement (électrocardioscope, mesure régulière non invasive de la pression artérielle, oxymétrie de pouls) est complété par un sondage vésical à demeure permettant la surveillance de la diurèse horaire (accord professionnel).

La mise en condition est complétée par la pose d'une deuxième voie d'abord veineuse et d'un prélèvement sanguin pour établir un bilan biologique standard (NFS-plaquettes, TP, TCA, fibrinogène). Il pourra être associé une mesure immédiate du taux d'hémoglobine par un appareil portable (type Hemocue®). Les bilans seront répétés en fonction de l'évolution de la situation clinique.

Cette mise en condition minimale peut être complétée, en cas d'hémorragie abondante ou qui se prolonge, par :

- un remplissage vasculaire et une transfusion idéalement réalisés grâce à un accélérateurréchauffeur de perfusion (accord professionnel) ;
- la mise en place d'un abord veineux fémoral gauche et d'un cathéter artériel (utile pour la surveillance hémodynamique et les prélèvements répétés) (accord professionnel).

En cas d'hémorragie abondante, il faut d'emblée prévenir le site transfusionnel afin qu'il puisse gérer l'approvisionnement des divers produits sanguins labiles (accord professionnel).

Si la RAI date de plus de 3 jours, l'attente du résultat ne doit pas faire retarder la transfusion en cas d'urgence vitale potentielle (accord professionnel). La transfusion de culots globulaires est recommandée pour maintenir un taux d'hémoglobine entre 7 et 10 g/dl tant que l'hémorragie persiste. En cas de troubles de l'hémostase associés à une hémorragie, le plasma frais congelé (PFC) (10 à 15 ml/kg) peut être utilisé en première intention (accord professionnel).

Une transfusion de concentrés plaquettaires est recommandée en cas de thrombopénie inférieure à 50 G.L

-1 associée à une hémorragie active au cours d'une césarienne, et pour une thrombopénie inférieure à 30 G.L

-1 au cours d'un accouchement par voie basse (RPC AFSSAPS, 2003).

En présence de troubles de la conscience et d'un état hémodynamique instable, l'intubation oro-trachéale avec ventilation mécanique est nécessaire pour optimiser la ventilation et l'oxygénation, ainsi que pour assurer la protection des voies aériennes de l'inhalation du contenu gastrique (grade C).

En cas de troubles de la coagulation, le cathéter péridural est laissé en place. Son retrait ne sera effectué qu'après normalisation du bilan biologique (grade C).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Méthodes invasives

Si après 30 min de perfusion de sulprostone il n'est pas noté d'amélioration ou si la situation s'aggrave, il faut choisir d'autres stratégies thérapeutiques (embolisation, chirurgie) (accord professionnel).

Si la stratégie appropriée n'est pas possible sur place, il faut envisager un transfert pour effectuer le geste d'hémostase (accord professionnel).

Décision et organisation d'un transfert

La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens (service demandeur, SAMU-SMUR, service d'accueil) (accord professionnel). Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps (accord professionnel).

Un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place (accord professionnel). Pendant le transport, seules des techniques de réanimation peuvent être envisagées, les gestes endo-utérins ne sont pas réalisables (accord professionnel).

La surveillance et l'anesthésie-réanimation de la patiente lors de l'embolisation ne relèvent pas de l'équipe du SMUR mais des médecins de la structure d'accueil (accord professionnel).

Dès la décision de transfert de la patiente, et afin d'anticiper l'obtention des produits sanguins, les documents immuno-hématologiques et les informations nécessaires sont communiqués au service d'accueil. La malade doit être transférée avec ses documents originaux ou des copies de ceux-ci (accord professionnel).

Dans le cas particulier d'une hémorragie compliquant un accouchement survenu hors maternité et devant l'inefficacité du traitement initial (vacuité vésicale, massage utérin, ocytociques puis éventuellement révision

utérine et sulprostone), il faut privilégier le transport médicalisé rapide vers une structure hospitalière adaptée et préalablement informée plutôt que de s'attarder sur place (accord professionnel).

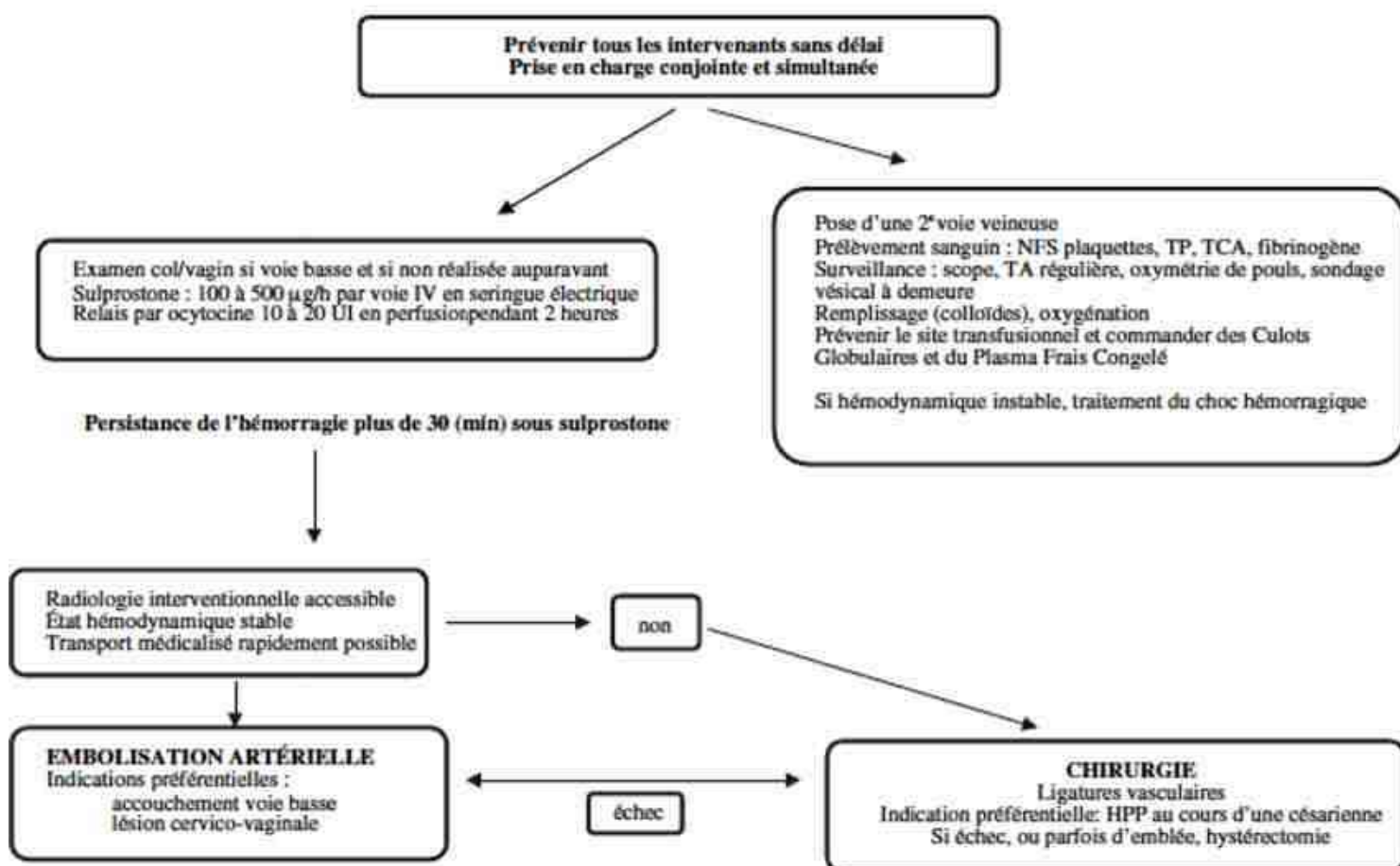


Figure 2 Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste au-delà de 15 à 30 minutes.

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Stratégie de prise en charge par les méthodes invasives

L'embolisation artérielle

L'indication de recourir à l'embolisation doit être posée de façon pluridisciplinaire entre les équipes de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation et de radiologie interventionnelle (accord professionnel).

L'embolisation artérielle est réalisée dans une salle d'angiographie disposant d'un matériel de réanimation, sous la surveillance constante d'une équipe d'anesthésie-réanimation et d'obstétrique (accord professionnel).

La présence d'un gynécologue-obstétricien est recommandée afin de pouvoir effectuer dans les meilleurs délais un geste chirurgical d'hémostase en cas d'échec de la procédure ou d'apparition d'un état de choc hémorragique (accord professionnel). Une situation hémodynamique instable peut conduire à renoncer à une embolisation qui paraissait initialement indiquée, notamment si son délai de réalisation et/ou les moyens de réanimation sur place apparaissent moins favorables qu'un passage immédiat au bloc opératoire (accord professionnel).

Si les conditions requises sont réunies (hémodynamique stable, proximité du plateau technique, possibilité de transfert rapide), l'embolisation artérielle est recommandée en cas :

- d'atonie utérine résistant aux utérotoniques, en particulier après un accouchement par voie basse ;
- d'hémorragie d'origine cervico-utérine (placenta recouvrant) ;
- de thrombus vaginal ;
- de déchirure cervico-vaginale déjà suturée ou non accessible (grade C).

L'embolisation artérielle n'est pas contre-indiquée par l'existence d'une coagulopathie (accord professionnel).

L'embolisation peut également être discutée en cas d'hémorragie persistant après des ligatures artérielles (sélectives ou proximales) ou une hystérectomie (grade C).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

La chirurgie

Dans les circonstances où l'hémorragie s'aggrave ou échappe au traitement médical, le recours à l'anesthésie générale est recommandé pour la chirurgie, même si une analgésie péridurale était déjà en place (accord professionnel).

Si l'accouchement a eu lieu par césarienne ou si les conditions optimales de réalisation de l'embolisation ne sont pas réunies, les ligatures vasculaires, associées pour certains à un capitonnage des parois utérines, constituent le geste chirurgical le plus approprié en première intention (grade C). Ces ligatures peuvent être

celles des artères utérines éventuellement associées à celles des ligaments ronds et des utéro-ovariens ou une ligature bilatérale des artères hypogastriques.

Les ligatures des artères utérines sont plus simples à réaliser et ont une morbidité moindre. Il n'existe cependant pas de données permettant de privilégier l'une de ces techniques ; le choix repose essentiellement sur l'expérience du chirurgien (accord professionnel).

L'hystérectomie d'hémostase est en général décidée après l'échec de l'embolisation ou des ligatures vasculaires ; elle peut cependant être réalisée d'emblée si la situation l'impose (accord professionnel).

Elle sera préférentiellement subtotale, cette technique étant plus simple, plus rapide et aussi efficace que l'hystérectomie totale en dehors de situations particulières (placenta praevia accreta, rupture complexe du segment inférieur ou déchirure cervicale grave associée) (accord professionnel).

Après embolisation ou chirurgie, la surveillance de la patiente dans une structure adaptée de type réanimation, soins intensifs ou salle de surveillance post-interventionnelle est une mesure indispensable (accord professionnel).

Cas particulier du placenta accreta

Deux situations principales peuvent être envisagées :

- en l'absence d'hémorragie, le placenta peut être laissé en place en partie ou en totalité car cela limite les risques d'hémorragie à court terme (grade C). Il n'existe actuellement pas de preuve suffisante pour affirmer l'utilité d'un traitement complémentaire systématique associé (ligatures artérielles, embolisation ou méthotrexate) ;
- en cas d'hémorragie modérée, une ligature artérielle éventuellement associée à un capitonnage utérin (en cas de césarienne) ou une embolisation artérielle (en cas de voie basse) peuvent être réalisées. Une hystérectomie s'impose en cas d'échec ou d'hémorragie grave d'emblée (accord professionnel).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Principales abréviations utilisées

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
- ALR : anesthésie loco-régionale.
- AMM : autorisation de mise sur le marché.

- APD : anesthésie péridurale.
- CIVD : coagulation intravasculaire disséminée.
- EFS : Établissement Français du Sang.
- Hb : hémoglobine.
- HPP : hémorragie du post-partum.
- IM : intramusculaire.
- IV : intraveineuse.
- NFS : numération formule sanguine.
- NP : niveau de preuve.
- PFC : plasma frais congelé.
- PN : poids de naissance.
- PSL : produit sanguin labile.
- RAI : recherche d'agglutinines irrégulières.
- RCF : rythme cardiaque foetal.
- RPC : recommandations pour la pratique clinique.
- SA : semaines d'aménorrhée.
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.
- SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation.
- SFTS : Société Française de Transfusion Sanguine.
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
- TCA : temps de céphaline activé.
- TP : temps de prothrombine.
- UI : unité internationale.

[< Sommaire des
RPC <](#)