



Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin

- Index
- Liste des diagnostics
- Abréviations
- Page d'accueil

Section 2 - Symptômes

Saignement vaginal après l'accouchement

On définit tout saignement vaginal excédant 500 ml après l'accouchement comme une hémorragie du post-partum (HPP). Cette définition pose cependant quelques problèmes.

- En effet, les estimations du volume de sang perdu sont notoirement en deçà de la réalité, et ne correspondent souvent qu'à la moitié de la quantité de sang effectivement perdue. Le sang est mélangé à du liquide amniotique et parfois à de l'urine. Il est répandu sur des compresse, des serviettes et des linges, dans des seaux et sur le sol.
- En outre, l'importance que peut avoir la perte d'un volume de sang donné pour une femme est fonction du taux d'hémoglobine de celle-ci. Une femme qui a un taux d'hémoglobine normal peut supporter une perte de sang qui serait fatale à une femme anémique.

Une perte de sang peut avoir des conséquences dramatiques même pour une femme qui est en bonne santé et ne souffre pas d'anémie.

- Le saignement peut avoir un débit lent et durer plusieurs heures de sorte qu'il arrive qu'on ne diagnostique pas l'affection avant que la patiente entre subitement en état de choc.

L'évaluation des risques pendant la période prénatale ne permet pas de prévoir avec certitude quelles sont les femmes qui auront une HPP. **Il convient de procéder à une prise en charge active du troisième stade du travail pour toutes les parturientes dans la mesure où cela permet de réduire l'incidence des HPP résultant d'une atonie utérine.** Il faut surveiller attentivement toutes les accouchées récentes pour déterminer lesquelles ont une hémorragie du post-partum.

PROBLEMES

- Saignement vaginal supérieur à la normale survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement (hémorragie du post-partum immédiat).
- Saignement vaginal supérieur à la normale survenant au-delà des 24 heures qui suivent l'accouchement (hémorragie du post-partum tardif).

Un saignement lent et continu ou la survenue soudaine d'un saignement constituent une urgence. Intervenir rapidement et efficacement.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- **Si l'état de la patiente évoque un choc, commencer immédiatement le traitement.** Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. **Si un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.

Principes cliniques

Evaluation initiale rapide

Etablir un dialogue avec la patiente et sa famille

Soutien affectif et psychologique

Urgences

Principes généraux à observer pour les soins

Utilisation clinique du sang, des produits sanguins et des liquides de remplissage vasculaire

Antibiothérapie

Anesthésie et analgésie

Principes à observer pour les soins opératoires

Travail et accouchement eutociques

Principes à observer pour les soins néonatales

Liens entre le prestataire de soins et la communauté

Symptômes

Choc

Saignement vaginal en début de grossesse

Saignement vaginal en fin de grossesse et pendant le travail

Saignement vaginal après l'accouchement

Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance, tension artérielle élevée

Déroulement défavorable du travail

Positions et présentations dystociques

Dystocie des épaules

Travail sur utérus surdistendu

Travail sur utérus cicatriciel
Souffrance foetale pendant le travail

Procidence du cordon

Fièvre pendant la grossesse ou le travail

Fièvre après l'accouchement

Douleurs abdominales en début de grossesse

Douleurs abdominales en fin

- Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots. Les caillots de sang retenus dans l'utérus inhibent les contractions utérines, qui sont par conséquent moins efficaces.
- Administrer 10 unités d'ocytocine en IM.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser.
- Sonder la vessie.
- Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet (**tableau S-7**).
- Examiner le col, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.
- Une fois que **le saignement est maîtrisé** (24 h après l'arrêt du saignement), faire un dosage de l'hémoglobine ou une mesure de l'hématocrite pour vérifier si la patiente est anémique :

- si **le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl** ou si **l'hématocrite est inférieur à 20%** (anémie sévère) :

- donner 120 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois ;

- après 3 mois, poursuivre la supplémentation à raison de 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;

- si **le taux d'hémoglobine est compris entre 7 et 11 g/dl**, donner 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;

- dans **les régions d'endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 20%), administrer un des traitements anthelminthiques suivants :

- de l'albendazole à prendre par voie orale, à raison de 400 mg en une seule fois ;

- OU du mébendazole à prendre par voie orale, à raison de 500 mg en une seule fois ou de 100 mg deux fois par jour pendant 3 jours ;

- OU du lévamisole à prendre par voie orale, à raison de 2,5 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours ;

- OU du pyrantel à prendre par voie orale, à raison de 10 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours ;

- dans les **régions de forte endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 50%), renouveler le traitement anthelminthique après 12 semaines.

DIAGNOSTIC

Tableau S-7

Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présent	Diagnostic probable
		de grossesse et après l'accouchement Difficultés respiratoires Disparition des mouvements fœtaux Rupture prématurée des membranes Pathologies et affections de l'enfant à la naissance

Interventions

Bloc paracervical
Bloc des nerfs honteux internes
Anesthésie locale pour césarienne
Rachianesthésie (anesthésie sous-arachnoïdienne)
Anesthésie à la kétamine
Version par manoeuvre externe
Déclenchement artificiel du travail et stimulation de l'activité utérine
Extraction par ventouse obstétricale
Extraction par forceps
Accouchement par le siège Césarienne
Symphysiotomie
Craniotomie et craniocentèse
Dilatation et curetage
Aspiration manuelle intra-utérine
Culdocentèse et colpotomie
Episiotomie
Délivrance artificielle
Réfection des déchirures cervicales
Réfection des déchirures vaginales et périnéales
Réduction d'une inversion utérine
Suture d'une rupture utérine
Ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne
Hystérectomie post-partum
Salpingectomie dans la grossesse ectopique

Appendice

Médicaments essentiels
Index

• HPP du post-partum immédiat ^a	• choc	<u>atonie utérine</u>
• Utérus mou/non contracté		
• HPP du post-partum immédiat ^a	• placenta complet	<u>déchirures cervicales, vaginales ou périnéales</u>
	• utérus contracté	
• Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement	• HPP du post-partum immédiat ^a	<u>rétenion placentaire complète</u>
	• utérus contracté	
• Absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux	• HPP du post-partum immédiat	<u>rétenion placentaire partielle</u>
	• utérus contracté	
• Fond utérin non perçu à la palpation abdominale	• utérus inversé, visible au niveau de la vulve	<u>inversion utérine</u>
• Douleur légère ou intense	• HPP du post-partum immédiat ^b	
• Survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement	• saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond)	<u>hémorragie du post-partum tardif</u>
• utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement	• anémie	
• HPP du post-partum immédiat ^a (saignement intra-abdominal et/ou vaginal)	• choc	<u>rupture utérine</u>
• Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture)	• abdomen sensible	
	• pouls rapide	

^a Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

^b En cas d'inversion complète, il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.

PRISE EN CHARGE

ATONIE UTERINE

L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions, notamment après l'accouchement.

- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des ocytociques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres (tableau S-8, ci-dessous).

Tableau S-8

Utilisation des ocytociques

	Ocytocine	Ergométrine/ méthylergométrine	15-méthyl prostaglandine F2α
Voie d'administration et posologie	IV: 20 unités dans 1 l de solution intraveineuse à raison de 60 gouttes par minute IM: 10 unités	IM ou IV (en injection lente): 0,2 mg	IM: 0,25 mg

Dose d'entretien	IV: 20 unités dans 1 l de solution intraveineuse, à raison de 40 gouttes par minute	IM: 0,2 mg 15 minutes après la dose de charge IM ou IV: 0,2 mg (en injection lente) toutes les 4 h si nécessaire	0,25 mg toutes les 15 minutes
Dose maximale	3 l de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine	5 doses (total:1,0 mg)	8 doses (total: 2 mg)
Précautions/Contre-indications	ne pas administrer sous forme de bolus intraveineux	hypertension artérielle, pré-éclampsie, maladie cardiaque	asthme

Ne pas administrer de prostaglandines par voie intraveineuse. Cela pourrait être fatal.

- Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins.

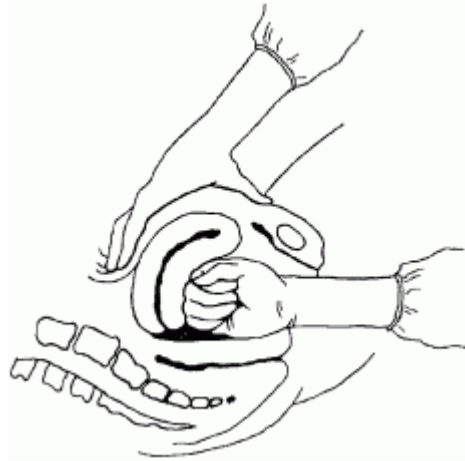
- Si **le saignement persiste** :

- examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet ;
- si **des débris placentaires ont apparemment été retenus** (absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux), extraire le tissu placentaire restant ;
- évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

- Puis, si **le saignement n'a toujours pas cessé** :

- procéder à une compression bimanuelle de l'utérus (figure S-4. ci-dessous) :
 - après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, introduire une main dans le vagin et fermer le poing ;
 - fermer la main
 - placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
 - avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus ;
 - maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.

Figure S-4
Compression bimanuelle de l'utérus



- A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte (figure S-5, ci-dessous)).

- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale :

- le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche ;

- pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale.

- Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante:

- si **le pouls est palpable pendant la compression**, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;

- si **le pouls fémoral n'est pas palpable**, la pression est suffisante.

- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.

Figure S-5

Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral



Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.

- Si **le saignement persiste** malgré la compression
 - procéder à une ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne ;
 - si après la ligature, **le saignement persiste et met le pronostic vital en danger**, procéder à une hystérectomie subtotale.

DECHIRURES CERVICALES, VAGINALES OU PERINEALES

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté, le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale.

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

RETENTION PLACENTAIRE COMPLETE

Il arrive que la rétention du placenta ne s'accompagne pas d'un saignement.

- Essayer d'exercer une traction mesurée du cordon.

Note: Eviter les tractions énergiques sur le cordon et les fortes pressions sur le fond utérin, ce qui pourrait provoquer une inversion utérine

- Si **le placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.

Ne pas administrer d'ergométrine car cela provoque des contractions toniques de l'utérus qui pourraient retarder l'expulsion du placenta.

- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Sonder la vessie si besoin.
- Si **la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine** et que l'utérus est contracté, essayer

d'exercer une traction mesurée sur le cordon et faire une tentative de délivrance artificielle.

Note : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrége facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.

RETENTION PLACENTAIRE PARTIELLE

Il arrive que la rétention de débris placentaires n'entraîne pas de saignement.

Lorsqu'une portion du placenta – un ou plusieurs lobes – est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement.

- Introduire la main à l'intérieur de l'utérus pour y rechercher des fragments de placenta. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle.
- Extraire les fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.

Note : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrége facilement, cela évoque une coagulopathie.

INVERSION UTERINE

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne pendant la délivrance. Dans ce cas, il faut le repositionner immédiatement. Plus le temps passe, plus l'anneau de rétraction qui entoure l'utérus inversé devient rigide et plus l'utérus est engorgé de sang.

- Si **la douleur est très forte**, injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (sans dépasser 100 mg au total), en IM ou en IV ou administrer 0,1 mg de morphine par kg en IM.

Note : Ne pas administrer d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot se désagrége facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques à la patiente après avoir corrigé l'inversion utérine :

- 2 g d'ampicilline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV ;
- OU 1g de céfazoline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV.

- Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.
- En cas de **nécrose présumée**, procéder à une hystérectomie par voie vaginale. Il peut être nécessaire pour cela de transférer la patiente dans un centre de soins tertiaires.

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM TARDIF (« SECONDAIRE »)

- En cas d'**anémie sévère** (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl ou hématocrite inférieur à 20%), prendre les dispositions nécessaires pour une transfusion et administrer du fer et de l'acide folique par voie orale.
- Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.

Une hémorragie prolongée ou tardive du post-partum peut être un signe d'endométrite.

- Administrer des ocytotiques (**tableau S-8**).
- Si **le col est dilaté**, faire une révision utérine et extraire les gros caillots et les débris placentaires. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle.
- Si **le col n'est pas dilaté**, évacuer l'utérus pour en retirer les débris placentaires.
- Si **le saignement persiste**, ce qui est rare, envisager de procéder à une ligature de l'artère utérine ou utéro-ovarienne ou à une hystérectomie.
- Si possible, faire un examen histologique des éléments extraits au curetage ou d'un échantillon de tissu utérin recueilli lors de l'hystérectomie pour exclure l'hypothèse d'une tumeur trophoblastique.

[top of page](#)