

## Prise en charge initiale des complications obstétricales

### Source :

OMS. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* Genève: OMS, 2003.<sup>14</sup>

### Définitions pour la session

**État du choc** – Souffrance cellulaire dû au déficit d'apport en oxygène à la cellule. Cette situation provoque un réflexe de préservation des fonctions vitales :

- Le corps concentre le sang vers l'intérieur du corps, afin d'irriguer les organes importants (cœur, poumons, cerveau) et de limiter les pertes de chaleur ; il y a donc une vasoconstriction au niveau de la peau (les vaisseaux sanguins périphériques se ferment).
- Le rythme cardiaque et le rythme respiratoire s'accroissent afin d'améliorer l'afflux d'oxygène vers les organes importants.

### Prise en charge initiale d'une urgence obstétricale

**Si la femme souffre d'une complication obstétricale quelconque :**

1. **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.  
*Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.*
2. Faire une évaluation rapide de l'état général de la femme, en particulier des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).  
*Ceci permet de déterminer l'état au début du traitement, de choisir le traitement correct et de suivre le progrès du traitement.*
3. Si l'état de la femme **évoque un choc**, commencer immédiatement le traitement. Même si la femme 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.
4. Installer une voie veineuse, faire un prélèvement de sang, et commencer à perfuser (sérum physiologique, Ringer lactate).  
*Ceci assure la présence d'une voie veineuse en cas de besoin d'une perfusion de liquides ou de médicaments.*
5. Référer au centre spécialisé sans délai.

## Choc

Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux. C'est **une affection qui met en danger le pronostic vital** et qui nécessite un **traitement immédiat et intensif**.

**Redouter ou s'attendre à un choc** si la femme présente au moins un des signes suivants :

- saignement en fin de grossesse ou pendant le travail (placenta prævia, hématome rétroplacentaire, rupture utérine, par exemple) ;
- saignement après l'accouchement (rupture utérine, atonie utérine, lésions traumatiques des voies génitales, rétention placentaire partielle ou complète, par exemple) ;
- trauma (rupture utérine, lésions traumatiques des voies génitales, par exemple).

### **Symptômes et signes cliniques du choc**

Diagnostiquer un choc si la femme présente les symptômes ou signes cliniques suivants :

- pouls rapide et filant (110 btts/min ou plus) ;
- tension artérielle basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg).

Il existe d'autres symptômes et signes cliniques de choc tels que :

- pâleur (en particulier des conjonctives, de la paume des mains et du contour de la bouche) ;
- sueurs ou peau moite, extrémités froides ;
- respiration rapide (30 respirations par minute ou plus) ;
- anxiété, confusion, perte de connaissance ;
- débit urinaire très faible (inférieur à 30 ml/h).

### **Prise en charge du choc**

#### **Prise en charge dans l'immédiat**

1. **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.

*Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.*

2. Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).

*Ceci permet de déterminer l'état au début du traitement, de choisir le traitement correct et de suivre le progrès du traitement.*

3. Tourner la femme sur le côté afin de limiter le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.

*Ceci limitera le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.*

4. Éviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer car cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.

*Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux ; si la femme se surchauffe, cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.*

5. Surélever les jambes de la femme afin de permettre au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit).

*Ceci permet au sang de retourner vers les organes vitaux – le cœur et le cerveau.*



6. Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant un cathéter ou une aiguille de gros calibre (d'un diamètre de 16 G ou du plus grand diamètre disponible).

*Une voie sera pour assurer une perfusion rapide et l'autre voie sera pour administrer des médicaments, tels que l'ocytocine.*

7. Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.

**Le prélèvement de sang** aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion sanguine éventuelle

8. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes, pour commencer.

Ceci remplace le liquide perdu.

**Note :** Éviter d'utiliser des succédanés du plasma (par exemple, du dextran). En effet, il n'est pas prouvé qu'ils soient plus efficaces que le sérum physiologique pour ranimer une femme en état de choc et, à forte dose, le dextran peut être nocif.

Administrer au moins 2 l de solution pendant la première heure, ce qui est supérieur aux quantités de liquides de remplissage vasculaire indiquées pour compenser les pertes de sang en cours.

**Note :** Pour traiter un choc résultant d'une hémorragie, il est nécessaire de perfuser à un débit plus important afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu.

### Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.

S'il est **impossible de mettre en place une voie veineuse**, faire une dénudation veineuse.

9. Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire.
10. Si l'oxygène est disponible, administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

*Ceci améliore l'oxygénation des organes vitaux au moment où le système circulatoire est incapable d'entretenir une bonne irrigation des organes vitaux.*

11. Déterminer et traiter la cause du choc une fois que la patiente est stabilisée.
12. Continuer à surveiller les signes vitaux toutes les 15 minutes.

### Réévaluation

- Au bout de 30 minutes, réexaminer la patiente pour voir si la perfusion lui a été bénéfique. Les signes d'amélioration sont notamment :
  - une stabilisation du pouls (à 90 btts/min ou moins) ;
  - une hausse de la tension artérielle (TA systolique de 100 mm Hg ou plus) ;
  - une amélioration de l'état mental (apaisement) ;
  - une augmentation du débit urinaire (30 ml/h ou plus).
- Si l'état de la patiente s'améliore :
  - abaisser le débit de la perfusion à 1 l en 6 h ;
  - continuer à traiter la cause du choc.

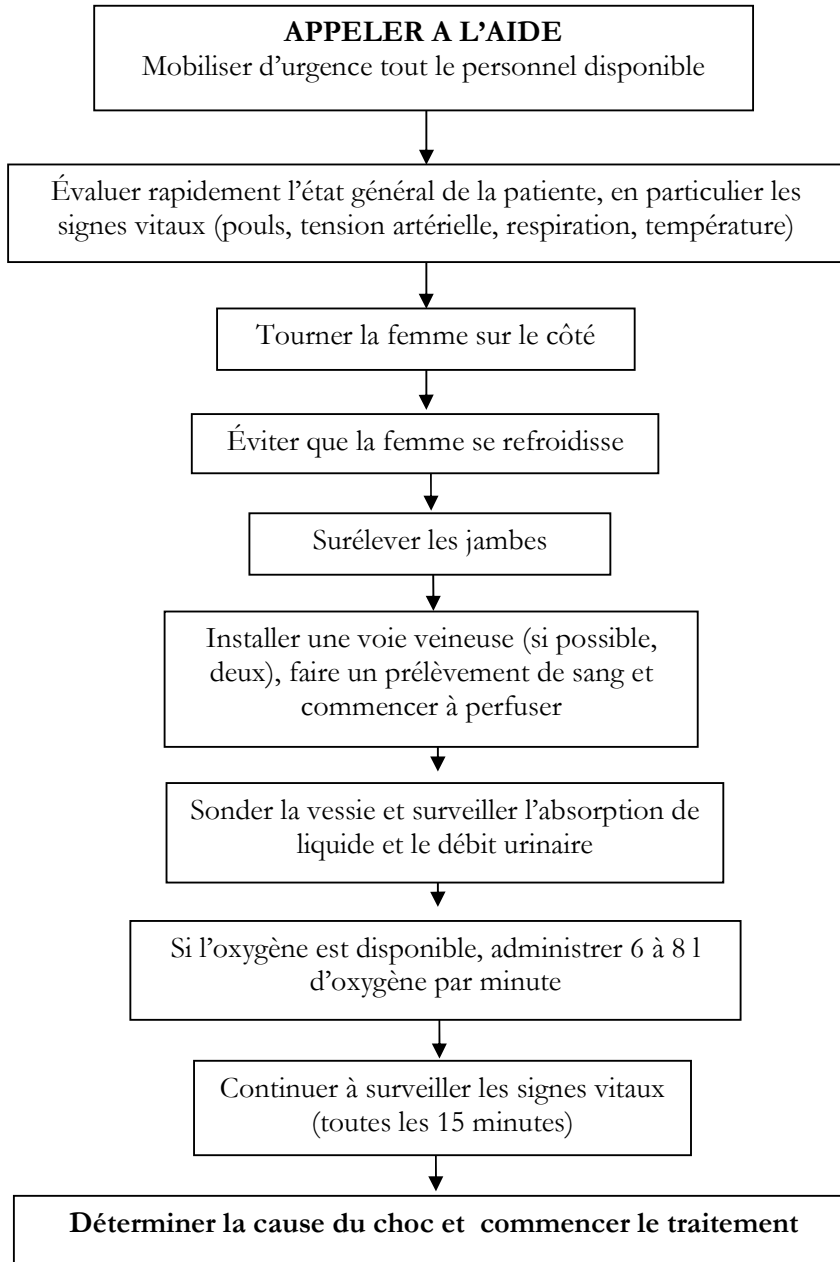
- Si **l'état de la patiente ne s'améliore ni ne se stabilise**, une prise en charge complémentaire s'impose (voir ci-dessous).

***Prise en charge complémentaire***

- Maintenir la perfusion en abaissant le débit à 1 l en 6 h et continuer à administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute.
- Surveiller attentivement la patiente.
- Faire des analyses biologiques, notamment un dosage de l'hématocrite, un groupage sanguin et une recherche de facteur Rhésus ainsi qu'un test de compatibilité. Si l'établissement dispose du nécessaire, faire un ionogramme et mesurer la créatininémie et le pH sanguin.



## Aide-mémoire : Prise en charge du choc





## Prise en charge immédiate de l'HPP

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.

Pour pouvoir instituer rapidement un traitement, il est nécessaire de pouvoir **reconnaître immédiatement le problème** et d'**agir rapidement**. Quand une femme saigne après l'accouchement, tout le personnel devrait être mobilisé et la prise en charge générale assurée immédiatement. Les étapes à suivre pour la **PEC générale** vont à la fois aider avec le diagnostic de la cause de l'HPP (rechercher une atonie utérine, une vessie distendue, une rétention placentaire et une déchirure des parties génitales) et assurer les premiers soins (massage utérin, administration de l'ocytocine, installation d'une voie veineuse et perfusion et vider la vessie).

---

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

---

#### Prise en charge générale

1. **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.

*Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.*

2. Évaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les **signes vitaux** (pouls, tension artérielle, respiration, température).

*L'évaluation de l'état général aide le personnel à décider si la femme a besoin d'un traitement pour le choc et donne des informations de base pour pouvoir évaluer le traitement installé.*

3. 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.

4. **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.

*Le massage utérin aide le prestataire à vérifier si l'utérus est atone, expulse le sang ou les caillots qui peuvent prévenir la contraction utérine et stimule les contractions utérines. Ne pas oublier que la cause principale de l'HPP est l'atonie utérine.*

5. Administrer **10 unités d'ocytocine** en IM.

*L'administration de l'ocytocine assure le commencement précoce d'un traitement pour l'atonie utérine (la cause principale de l'HPP).*

6. **Installer une voie veineuse** et commencer à perfuser.

*L'installation d'une voie veineuse prévient ou traite un choc en remplaçant le liquide perdu.*

7. **Faire un prélèvement de sang** pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.



**Le prélèvement de sang** aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion sanguine éventuelle

8. Aider la femme à **vider sa vessie**. Si elle n'en est pas capable et sa vessie est distendue, sonder la vessie.

*Une vessie pleine déplace l'utérus et peut empêcher ou gêner la contraction utérine. L'examen de la vessie : (1) aide à déterminer si une vessie distendue est la cause de l'atonie utérine et (2) prévient une atonie utérine en assurant que la vessie reste vide.*

9. **Vérifier si le placenta** a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.

*L'examen du placenta aide à déterminer si une rétention placentaire est la cause des saignements.*

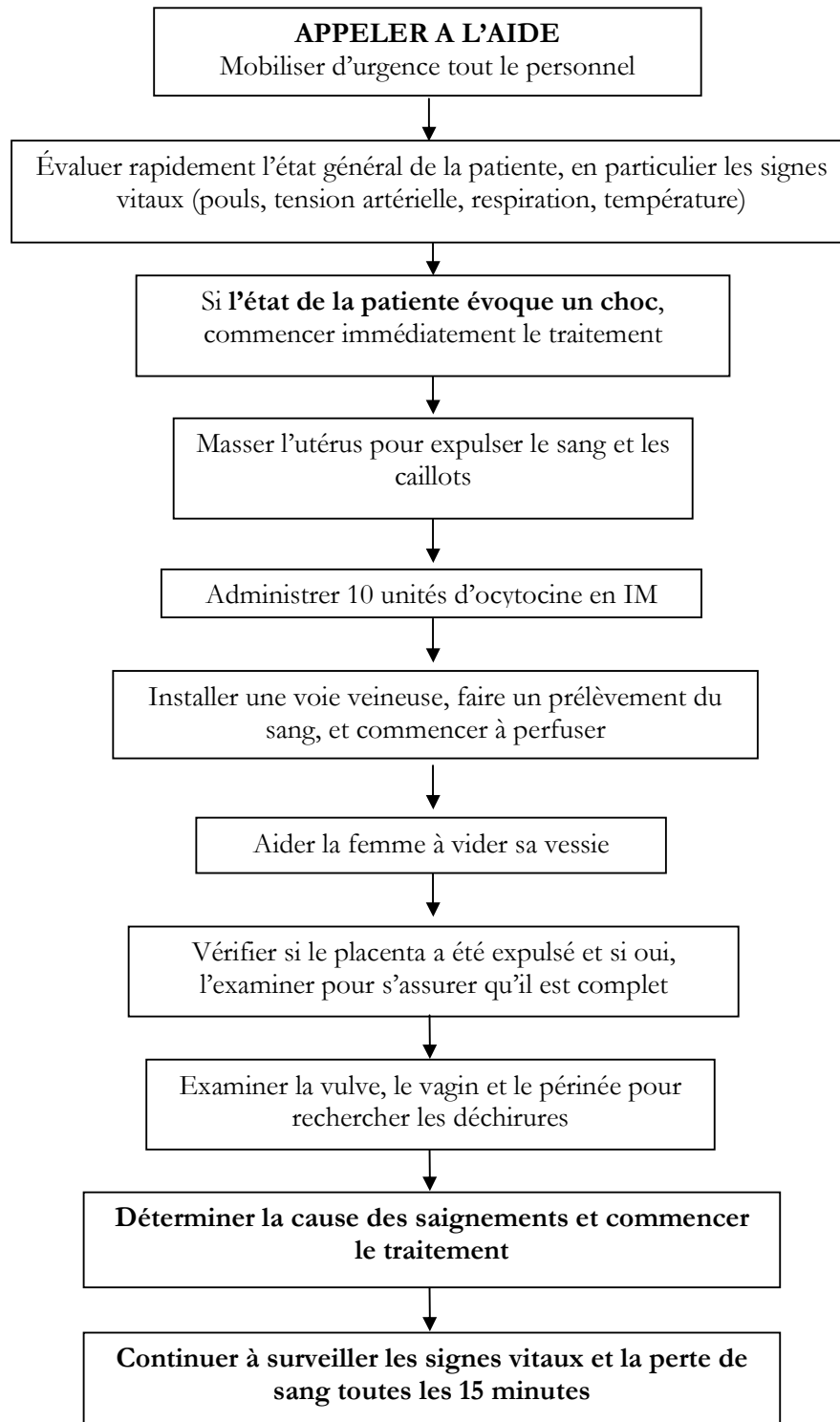
10. Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles **lésions traumatiques**. S'il n'y a pas de déchirures à la vulve, le vagin et le périnée mais la femme continue à saigner, son utérus est bien contracté et le placenta est complet, penser à une déchirure cervicale et procéder à un examen au spéculum.

*L'examen des parties génitales aide à déterminer si une déchirure est la cause des saignements.*

11. **Déterminer la cause des saignements et commencer le traitement.**

12. Continuer à surveiller les signes vitaux et les saignements toutes les 15 minutes.

## Aide-mémoire : Prise en charge immédiate de l'HPP





- Continuer à surveiller les signes vitaux (toutes les 15 minutes) et la perte de sang.
- 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 **mébéndazole** 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 d'une HPP

**Tableau 11. Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement**

<b>Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents</b>	<b>Symptômes et signes cliniques parfois présents</b>	<b>Diagnostic probable</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> <li>utérus mou/non contracté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> </ul>	<b>atonie utérine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>placenta complet</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>déchirures cervicales, vaginales ou périnéales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>rétenion placentaire complète</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>rétenion placentaire partielle</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>fond utérin non perçu à la palpation abdominale</li> <li>douleur légère ou intense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utérus inversé, visible au niveau de la vulve</li> <li>HPP du post-partum immédiat **</li> </ul>	<b>inversion utérine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement</li> <li>utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond</li> <li>anémie</li> </ul>	<b>hémorragie du post-partum tardif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat (saignement intra-abdominal et/ou vaginal)</li> <li>forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> <li>abdomen sensible</li> <li>pouls rapide</li> </ul>	<b>rupture utérine</b>

\* 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.

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

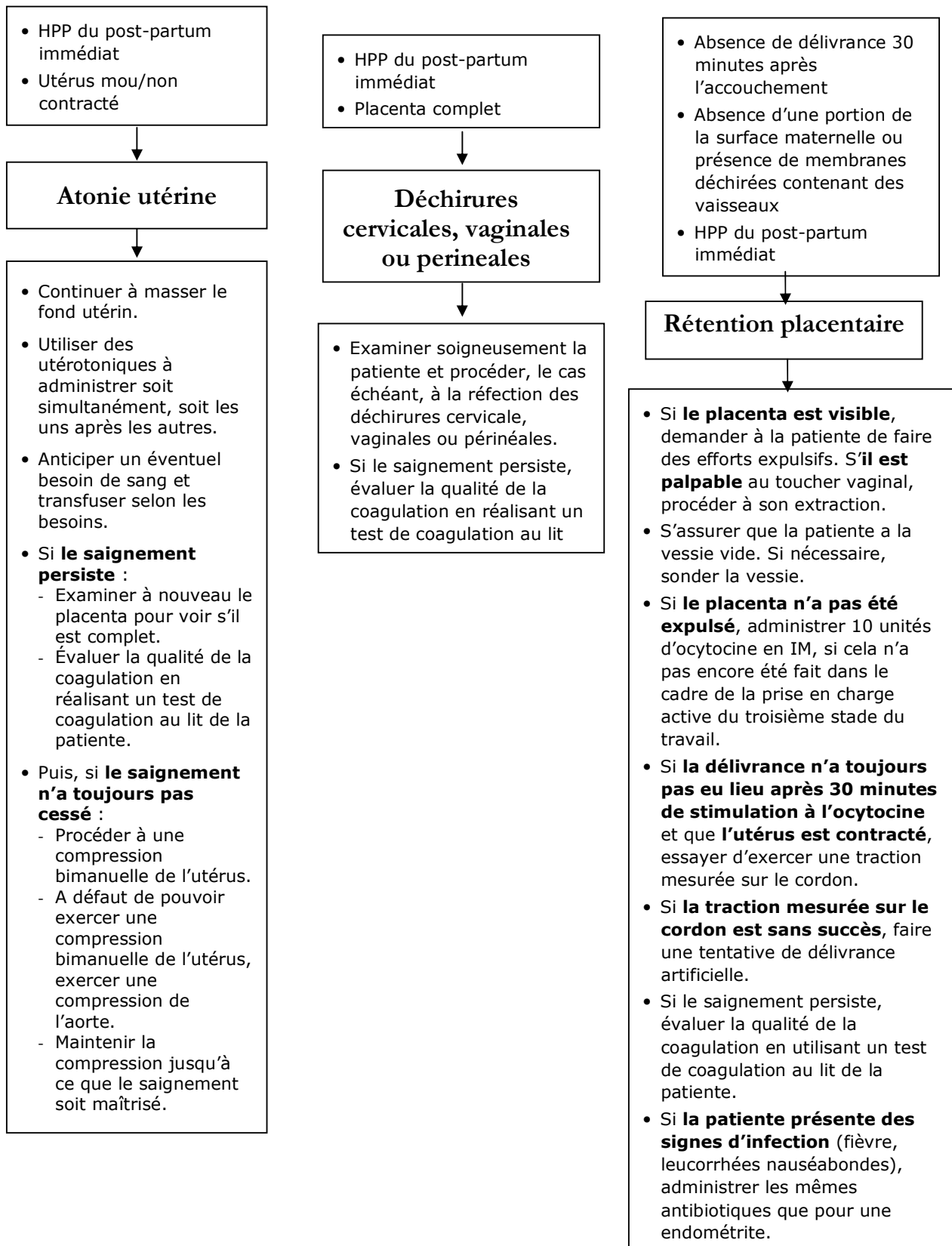


## Test de coagulation au lit de la femme

- Évaluer la qualité de la coagulation en utilisant le **test de coagulation** suivant **au lit de la femme** :
  - Prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm × 75 mm) propre et sec.
  - Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud ( $\pm 37^{\circ}\text{C}$ ).
  - Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube.

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.

## Aide-mémoire : Prise en charge spécifique de l'HPP



## Atonie utérine

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

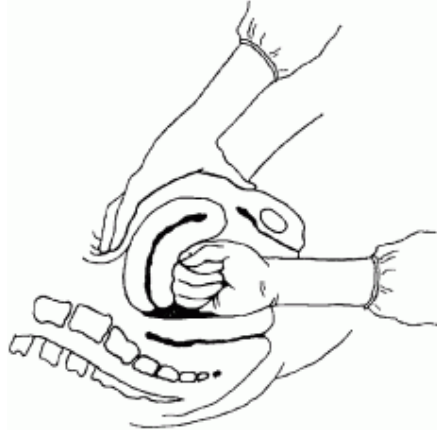
- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des utérotoniques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres (**tableau 12**).

**Tableau 12. Utilisation des utérotoniques**

	Ocytocine	Ergométrine	Misoprostol
Dose et voie d'administration	IV : infuser 20 unités dans 1L à 60 gouttes/min IM : 10 unités	IM : 0,2 mg	1,000 mcg par voie rectale
Dose continue	IV : infuser 20 unités dans 1L à 40 gouttes/min	Répéter 0,2 mg IM après 15 min. Si nécessaire, donner 0,2 mg IM toutes les 4 heures.	Pas connu
Dose maximale	Pas plus de 3L de liquides IV	5 doses	La dose par voie orale ne doit pas dépasser 600 mcg

- 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 (**voir « Test de coagulation au lit »**) ; 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 20**) :
    - après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, introduire une main dans le vagin et fermer le poing ;
    - 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 20. Compression bimanuelle de l'utérus**



- A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte (**figure 21**).
  - o 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.
  - o 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.
  - o Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.



**Figure 21. 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, préparer la patiente pour une intervention chirurgicale.



## Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales

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.

## Rétention placentaire complète

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

- Si **le placenta est visible**, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. **S'il est palpable** au toucher vaginal, procéder à son extraction.
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- 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 gestion active de la troisième période de l'accouchement.

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

- 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.  
**Note** : Éviter les tractions énergiques sur le cordon et les fortes pressions sur le fond utérin, car cela risquerait de provoquer une inversion utérine.
- Si **la traction mesurée sur le cordon est sans succès**, faire une tentative de délivrance artificielle (voir « 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 désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.



## Rétention 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 (voir « Délivrance artificielle »).
- Extraire les fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.

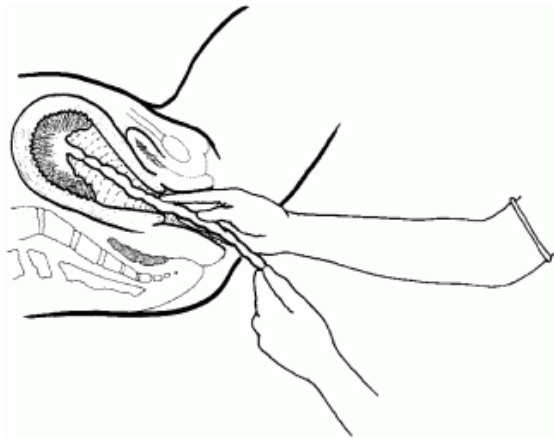
**Note** : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- 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 désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

### Délivrance artificielle

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de délivrance artificielle.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement en IV ou de la kétamine, ou faire un bloc des nerfs honteux internes.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques:
  - 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV ;
  - OU
  - 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus (**figure 22**).

**Figure 22. Engager une main dans le vagin, le long du cordon**

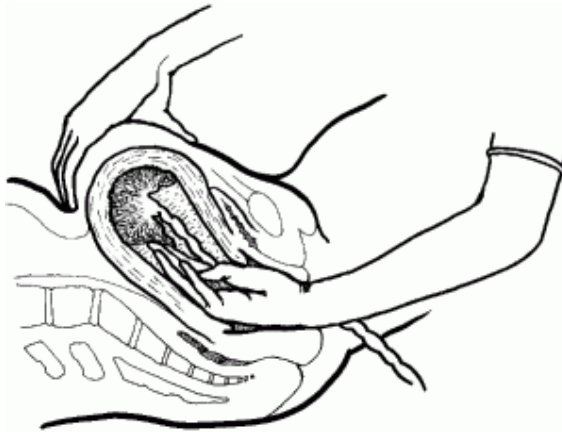


- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus (**figure 23**).

**Note : En cas d'inversion utérine**, repositionner l'utérus (**voir « Réduction d'une inversion utérine »**).

- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.
- Si **le cordon a été préalablement rompu**, introduire une main dans la cavité utérine. Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.

**Figure 23. Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta**

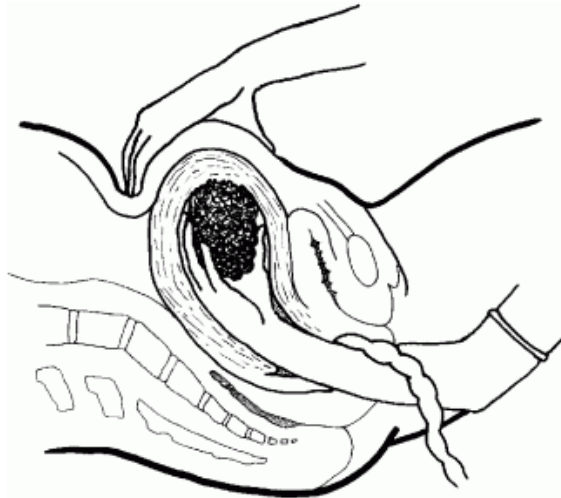


- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.
- Procéder ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.



- Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine sous l'effet du mouvement latéral effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, redouter un placenta accreta et faire une laparotomie et éventuellement une hystérectomie subtotale.
- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta (**figure 24**).
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée.

**Figure 24. Retirer la main de l'utérus**



- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.
- Si la patiente **continue à saigner abondamment**, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines (**tableau 12**).
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. **S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire**, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

### Problèmes

- Si la **rétenion placentaire est due à un anneau de rétraction** ou si **elle dure depuis plusieurs heures voire depuis plusieurs jours**, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus. Dans ce cas, extraire le placenta en plusieurs fois avec deux doigts, une pince à faux germe ou une grosse curette.

## Inversion utérine

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'utérotonique 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 désagrège 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
  - 1 g 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.

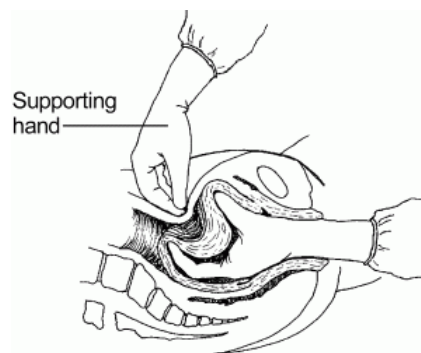
### Réduction d'une inversion utérine

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de réduction de l'inversion utérine.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse
- Injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement, en IV. Si nécessaire, faire une anesthésie générale.
- Nettoyer soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
- Comprimer l'utérus inversé à l'aide d'une serviette mouillée, chaude et stérile jusqu'à ce qu'il soit prêt pour l'intervention.

### Réduction manuelle

- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, empaumer l'utérus d'une main et le pousser à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position normale, la deuxième main se trouvant sur l'abdomen pour assurer le maintien de l'utérus (**figure 25**). Si **le placenta n'est toujours pas décollé**, procéder à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion.

**Figure 25. Réduction manuelle de l'utérus inversé (main droite soutenant l'utérus)**



- Si **la réduction échoue**, faire une réduction hydrostatique.



### **Réduction hydrostatique**

- Installer la patiente en position de Trendelenburg fortement déclive (la tête de la patiente doit se trouver 50 cm plus bas que le périnée).
- Préparer un appareil de douche désinfecté doté d'un gros pommeau, d'une longue tubulure (2 m) et d'un réservoir d'eau chaude (de 3 à 5 l).

**Note :** Il est aussi possible de réaliser la réduction avec du sérum physiologique qu'on aura fait chauffer et un matériel de perfusion ordinaire.

- Repérer le cul-de-sac postérieur. Cela est aisé lorsque l'inversion est partielle et que l'utérus est toujours dans le vagin. Dans les autres cas, on reconnaît le cul-de-sac postérieur à ce qu'il constitue une démarcation entre le vagin rugueux et le vagin lisse.
- Insérer le pommeau de douche dans le cul-de-sac postérieur.
- Simultanément, maintenir les lèvres jointes sur le pommeau avec l'autre main et maintenir le pommeau en place à l'aide de l'avant-bras.
- Demander à un aide de mettre l'appareil en marche à pleine pression (soulever le réservoir d'eau à 2 m du sol au moins). L'eau a pour effet de distendre progressivement le cul-de-sac postérieur, de sorte que celui-ci s'étire, ce qui entraîne un accroissement de la circonférence de l'orifice, un relâchement de l'anneau de rétraction et, par voie de conséquence, une réduction de l'inversion.

