

Techniques chirurgicales au cours de HPP

Introduction

- ❖ **Hémorragie du post partum : un problème de santé publique mondiale.**
- ❖ **Hémorragie du post partum : 1ère cause de décès maternel.**

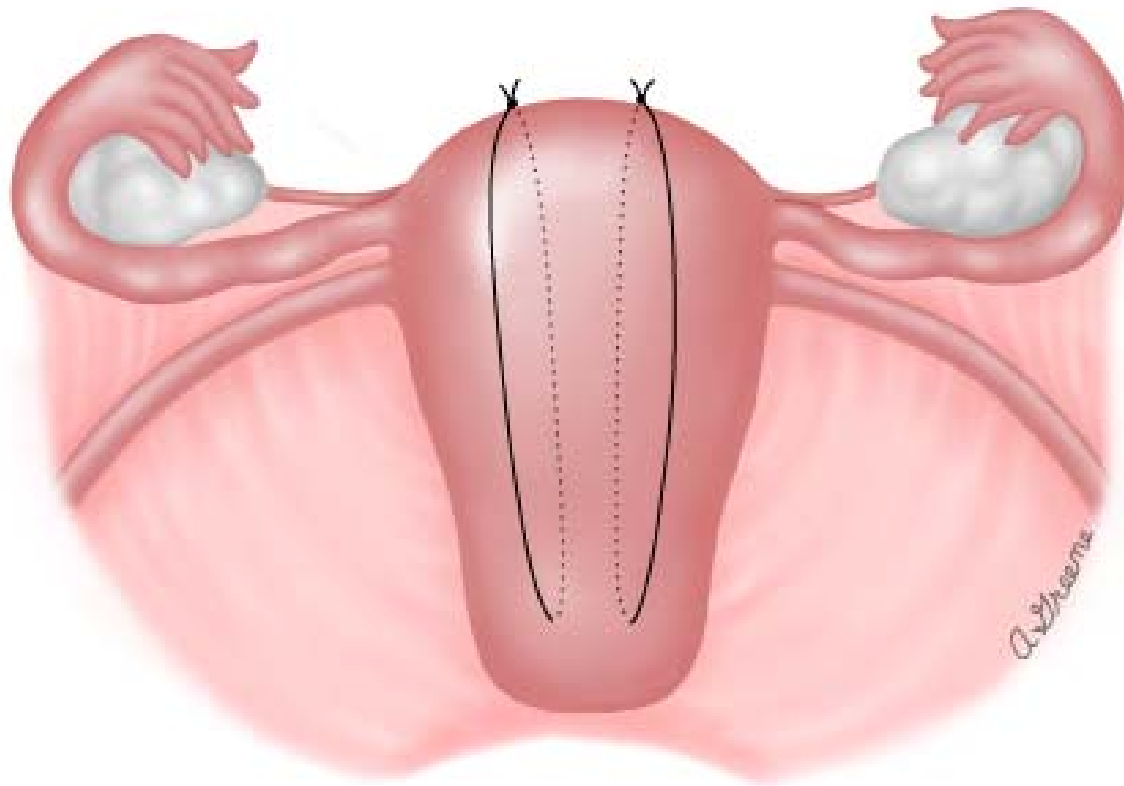
Objectif

- **Interet des techniques chirurgicales utilisées au cours de l'hémorragie du post-partum résistante aux traitements médicaux.**

Indications

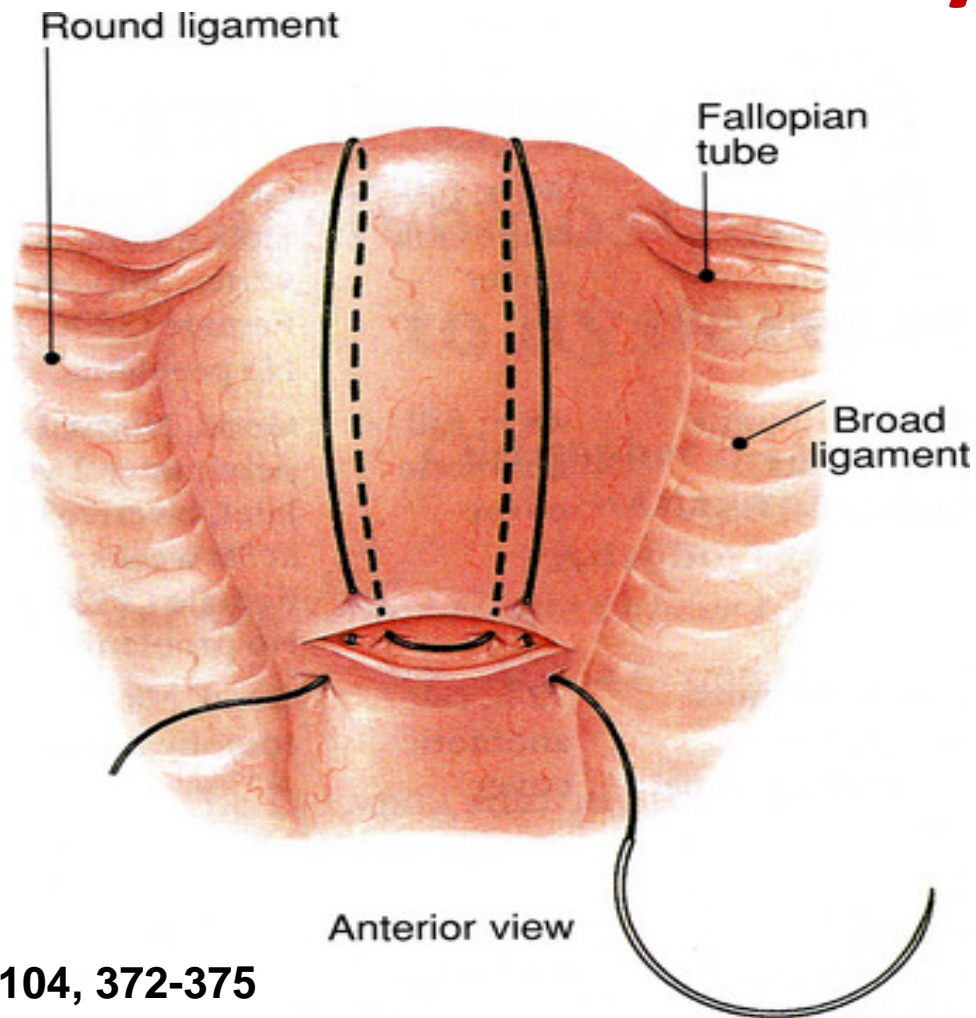
- **Post-partum:**
 - atonie utérine avec état hémodynamique instable.
 - hémorragie persistante après les gestes endo-utérins et les filières génitales intactes.
- **Per et post-césarienne:**
 - atonie utérine.
 - placenta prévia central.
 - grossesse gémellaire/hydramnios/gros fœtus.
 - saignement excessif de zone d'implantation du placenta.
 - taux d'hémoglobine bas.

Plicature utérine selon Hayman



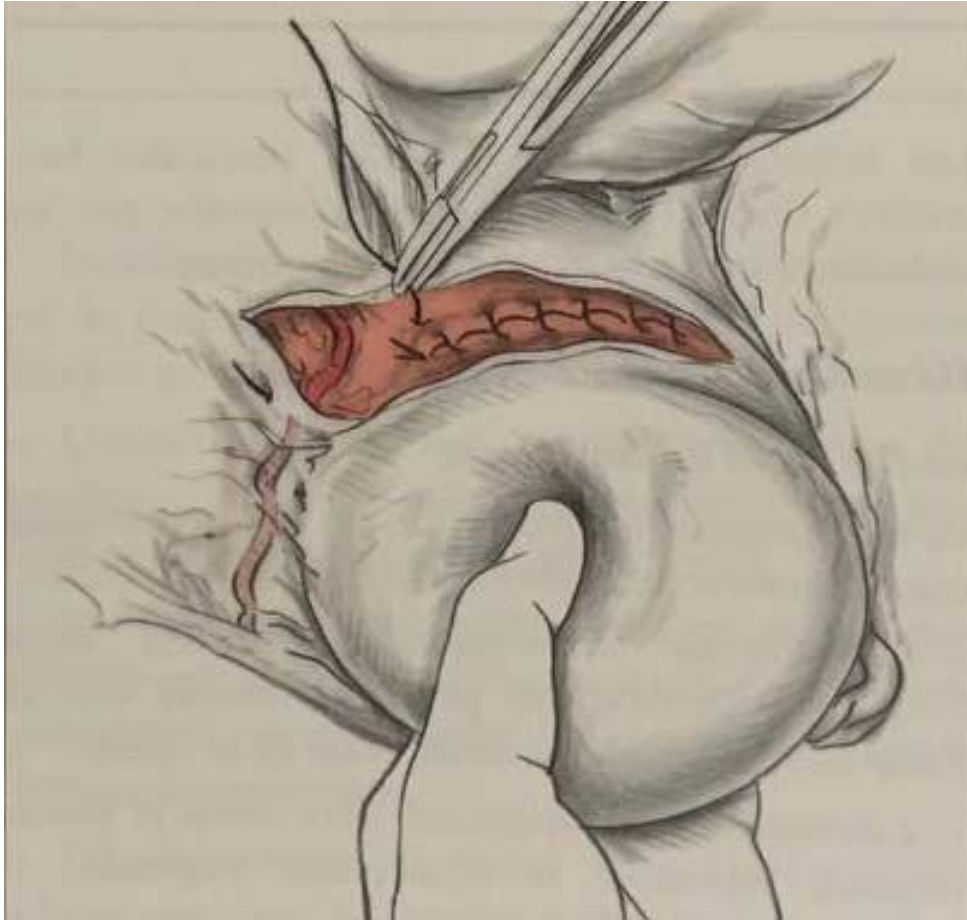
Hayman RG Obstet Gynecol. 2002.

Plicature utérine selon B. Lynch.



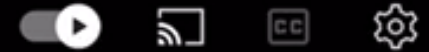
B-Lynch *BJOG* 1997 104, 372-375

Ligature des artères utérines



Bilateral uterine artery ligation at caesarean section. >

Dr Rahul Jadhao



Bilateral uterine artery ligation

Dr Rahul Jadhao

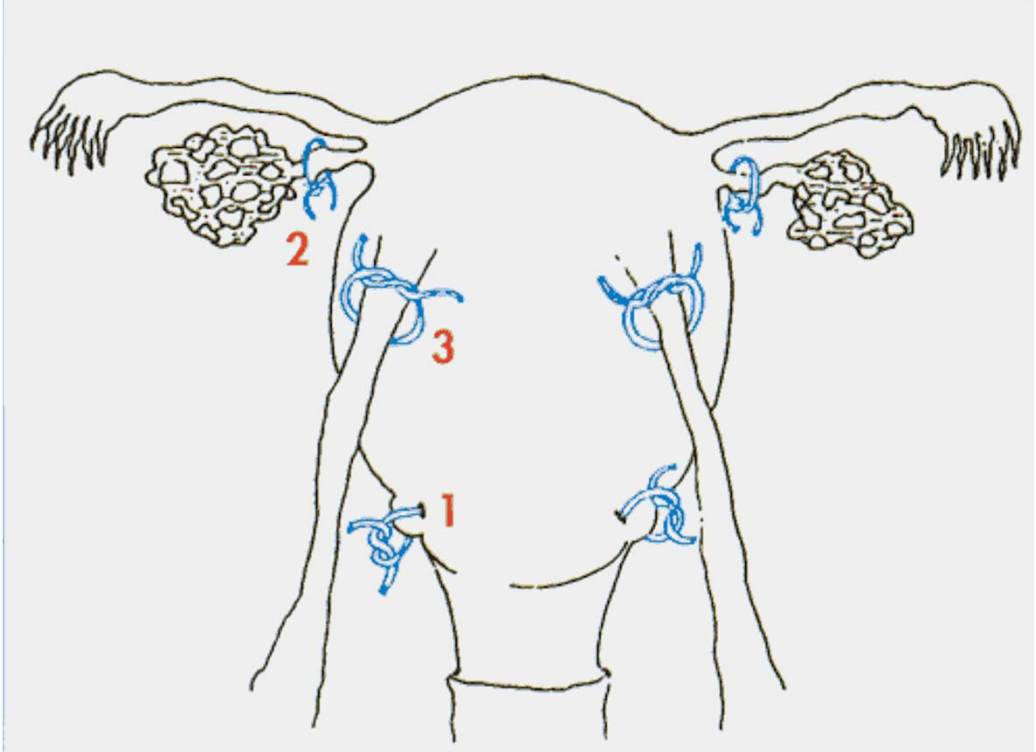
0:00 / 2:01



More videos
Tap or swipe up to see all



Tsirulnikov: Triple ligature



Ligature de l'artère hypogastrique

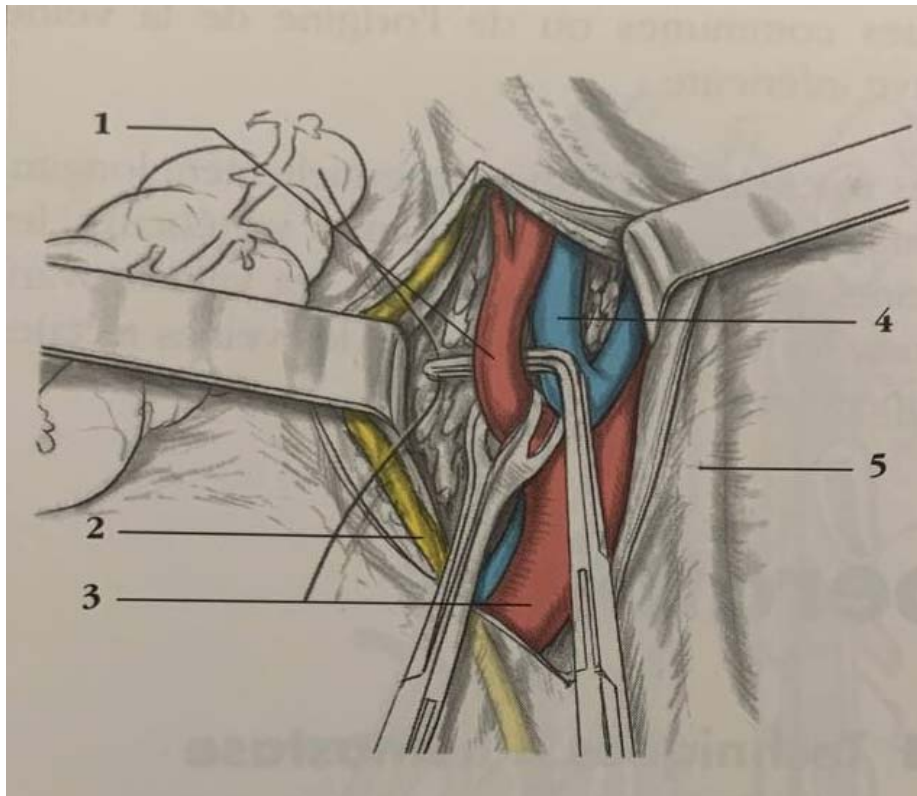


Fig. 5.20. Ligature de l'artère iliaque interne.

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. a. iliaque int. droite | 4. v. iliaque interne droite |
| 2. uretère droit récliné | 5. lig. suspenseur de l'ovaire droit récliné |
| 3. a. iliaque commune droite | |

Ligature bilatérale des artères hypogastriques



Cas clinique 1:

- **G₁, P₀ âgée de 19 ans.**
- **A 6H25mn du 21/02/2023, césarienne en urgence pour SFA et travail prolongé.**
- **Suite opératoire immédiate: saignement vaginal important et état de choc.**
- **A 9H30m de même jour : laparotomie exploratrice :**
 - **Utérus puerperal, pale, atonique. Les annexes : normaux.**
 - **Pratique: Triple ligature selon Tsirulnikov et plicature utérine selon Hayman.**

Cas clinique 1(suite):

- **Révision par voie basse: saignement persiste
=>Ligature bilatérale de l'artère hypogastrique.**
- **Révision par voie basse: saignement minime (lochie).**

- **Transfusions sanguine de groupe O⁺: 03 sacs.**
- **Suite opératoire: normale.**
- **Patiente sortie en J7.**

Cas clinique 2:

- **G₇, P₅, C₁ (2020) âgée de 34 ans.**
- **Transferée de HR pour hémorragie du post-partum + choc.**
- **Histoire: Accouchement spontané depuis 3H avant son entrée.**
- **A l'entrée à 13H25mn du 26/02/2023:**
 - **Etat somnolent, TC: très pâles, Métrorragie+++.**
 - **TA: 78/35mmHg, pouls: imprenable.**
 - **Groupe B⁺, Hb:5.9g/100ml, Ht: 18%.**

Cas clinique 2(suite):

Au Bloc à 13H45mn:

1^{er} étape: exploration par voie basse:

- Vulve, périnée, vagin et col sont intacts.**
 - Utérus mou et saignement venant de l'endocol.**
 - Curetage de propreté: débris placentaires et caillots ≈100ml.**
- => Saignement continue.**

Cas clinique 2(suite):

2^e étape: laparotomie exploratrice,

- **Utérus puerpéral, pâle, atonique. Les annexes : normaux.**
- **Réalisation:**
 - **Ligature bilatérale de l'artère utérine selon O'leary.**
 - **Plicature utérine selon Hayman.**
- **Révision par voie basse: saignement minime (lochie).**
- **Transfusions sanguine de groupe B⁺: 5 sacs.**
- **Suite opératoire: normale.**
- **Patiente sortie en J7.**

Cas clinique 3:

- **G₂, C₁ (2021) âgée de 30 ans.**
- **Admis à 131H00mn du 27/03/2023 pour métrorragie chez grossesse à 28SA5J.**
- **Histoire: 1er césarienne à H Ang Duong en 2021 pour arrêt de dilatation.**
- **A l'entrée :**
 - **Métrorragie++, TC: pâles, CU (-).**
 - **TA: 112/65mmHg, pouls:104/mn, HU:22cm, Pés. Siège,BCF:140bpm.**
 - **Groupe B⁺, Hb:7.2g/100ml, Ht: 24,3%.**

Cas clinique 3(suite):

- **Transfusions sanguine de groupe B⁺: 02 sacs, 28/03/2023.**
- **A 9H00 du 29/03/2023, césarienne programmée pour PPC compliqué hémorragique (suspc. Percreta) chez grossesse à 29SA sur UMC.**
- **Réalisation:**
- **Hystérotomie corporéale et transversale.**
- **Grande extraction du siège d'un GV:1200g, d'Agar: 6, 7, 8.**
- **DA possible: Placenta accretta vrai et partiel.**

Cas clinique 3(suite):

- **Prévention de l'hémorragie post-césarienne:**
 - Triple ligature selon Tsirulnikov.
 - Plicature utérine selon Hayman.
- **Révision par voie basse: saignement minime(lochie).**
- **Transfusions sanguine de groupe B⁺: 03 sacs en per opératoire.**
- **Suite opératoire: normale.**
- **Patiente sortie en J7.**

Conclusion

- **Connaître toutes ces techniques et de bien choisir les indications en fonction de l'urgence hémorragique.**
- **Eviter le décès maternel et si possible préserver un utérus fonctionnel.**

ដើម្បីអោយមានសុវត្ថិភាពនៅពេលបញ្ជូនអ្នកជំងឺតើយើងគួររៀបចំអ្វីខ្លះ ?

1. រក្សាស្ថានភាពស្រ្តីអោយមានលំនឹង
2. ផ្តល់សេរ៉ូម LR ឬសេរ៉ូមប្រៃ (Catheter 16-18)
3. រកមធ្យោបាយបញ្ជូន
4. មានឆ្មបមធ្យមម្នាក់មកជាមួយ
5. មានឯកសារអ្នកជំងឺគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ
6. ពិនិត្យឈាម ថតស្ទូត និងការពិនិត្យផ្សេងទៀតតាមករណីអ្នកជំងឺ និងមួយៗតាមតែអាចធ្វើបាន
7. ទាក់ទងទៅមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបញ្ជូនជាមុន ដើម្បីឲ្យគេរៀបចំទទួល
8. (លេខមជ្ឈមណ្ឌល:០២៣ ៧២ ៥៩ ៧៣)

Références

1) François Goffinet: Hémorragies obstétricales du post-partum, Traité d'obstétrique, page: 932-946.

2) Henri-Jean Philippe : Techniques chirurgicales en cas d'hémorragie de la délivrance, 5ème Congrès de Gynécologie et obstétrique Pointe Noire.

Merci de votre attention