

Concours National d'Accès au TCEM

Cours Commun

Sujet : 53

Diagnostic des métrorragies

OBJECTIFS :

1. Définir les métrorragies.
2. Expliquer les mécanismes des métrorragies fonctionnelles
3. Etablir à partir des données cliniques et para cliniques, les diagnostics étiologiques des métrorragies selon le terrain en dehors de la grossesse.
4. Etablir la démarche du diagnostic étiologique des métrorragies au cours de la grossesse, du travail et du post-partum.
5. Identifier les éléments de gravité d'une métrorragie.
6. Indiquer les premiers gestes d'urgence devant une métrorragie grave.

1. Introduction/définition :

Les hémorragies génitales représentent un motif fréquent de consultation en gynécologie. La première étiologie à rechercher chez la femme jeune est la grossesse.

Les hémorragies génitales sont les pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin et extériorisées par l'orifice vulvaire en dehors des règles normales.

On distingue :

- **Les hémorragies génitales basses** : les saignements en provenance de la partie basse de l'appareil génital. Ce sont les cas des hémorragies vulvaires, des hémorragies vaginales et des hémorragies cervicales (la partie visible du col et non l'endocol).
- **Les hémorragies génitales hautes** : les saignements en provenance de la cavité utérine, extériorisés par le col. Il est habituel de classer ces saignements en fonction de leur survenue par rapport aux règles, en ménorragies (règles anormales : abondantes et/ou prolongées) et métrorragies (saignements anormaux en dehors des menstruations).

En réalité, il existe fréquemment des ménométrorragies associant des saignements au moment des règles et en dehors des règles.

Les hémorragies génitales imposent une conduite diagnostique et thérapeutique bien codifiée en fonction de l'abondance de l'hémorragie, du siège et de l'étiologie du saignement.

2. Expliquer les mécanismes des métrorragies fonctionnelles :

Les métrorragies fonctionnelles sont des saignements utérins anormaux survenant en dehors des règles, en l'absence d'un substratum histopathologique utérin à l'origine de ces saignements (fibrome, polype, adénomyose, cancer, etc.). Elles relèvent principalement de désordres hormonaux d'origine centrale ou ovarienne, entraînant une désorganisation du cycle endométrial. Les mécanismes possibles sont :

2.1. Dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (HHO)

a. Anovulation chronique

- Étiologie : fréquente en période de puberté, péri-ménopause, SOPK, hyperprolactinémie, troubles de l'alimentation, stress, anomalies hypothalamiques.
- Physiopathologie :
 - Absence de pic de LH → pas d'ovulation → pas de corps jaune → pas de progestérone.
 - Stimulation œstrogénique continue → hyperplasie endométriale glandulo-kystique.
 - Remodelage vasculaire incomplet → instabilité endométriale → saignements irréguliers.

b. Insuffisance lutéale

- Ovulation présente mais corps jaune hypofonctionnel.
- Phase lutéale courte ou faible → mauvaise maturation endométriale.
- Désynchronisation hormonale → spottings, règles rapprochées et irrégulières, saignements prémenstruels.
- Fréquente en cas de pathologie thyroïdienne, hyperprolactinémie, SOPK.

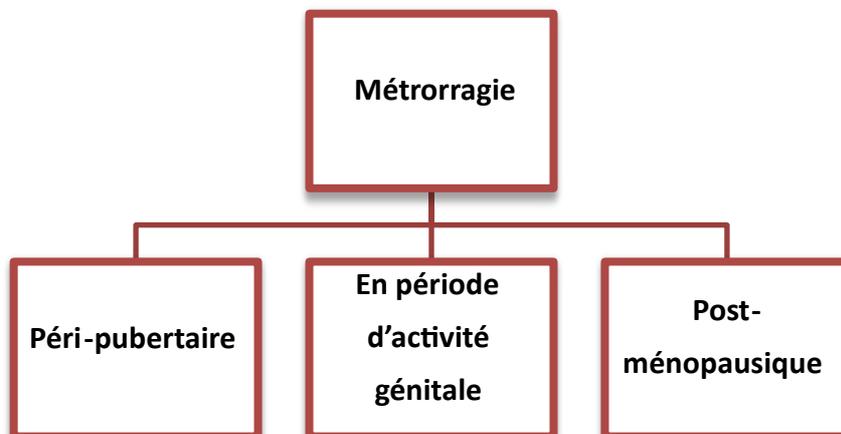
2.2. Troubles de la réceptivité endométriale

- Anomalies des récepteurs endométriaux aux hormones stéroïdiennes (œstrogènes/progestérone).
- Réponse inadéquate à la progestérone → prolifération désorganisée.

Les causes fonctionnelles sont un diagnostic d'élimination après avoir évalué la possibilité de causes organiques.

3. Etablir à partir des données cliniques et para cliniques, les diagnostics étiologiques des métrorragies selon le terrain en dehors de la grossesse

Devant des métrorragies en dehors de la grossesse, il faut distinguer la période de survenue de l'hémorragie :



3.1. Démarche diagnostique

a. Interrogatoire :

<p><u>La plainte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Le volume (>80ml est considéré comme abondant et un signe de gravité), -La fréquence quotidienne de changement des serviettes/tampons (3 à 6 protections / jour ,10 à 15 protections trempées/ cycle est en faveur de l'abondance et un signe de gravité) -La présence de caillots (un signe de gravité) -La durée du saignement -La nature : Saignement inter menstruel, Saignement post coïtal, post-ménopausique ou prépubertaire 	<p><u>Antécédents gynécologiques et obstétricaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Date des dernières menstruations -Contraception, Histoire sexuelle, antécédents d'IST, Âge de la ménarche -Âge de la ménopause -Régularité du cycle, Durée habituelle, Volume habituel, dysménorrhée -Syndrome prémenstruel
<p><u>Antécédents familiaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Problèmes gynécologiques -Coagulopathies -Troubles thyroïdiens -Cancer de l'endomètre, de l'ovaire, du sein ou du côlon 	<p><u>Signes de coagulopathie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Saignements utérins abondants -Hémorragie post-chirurgicale ou post-partum -Saignement après des interventions dentaires -Ecchymoses, épistaxis, gingivorragies -Histoire familiale de saignements -Prise de médicaments (anticoagulants)
<p><u>Signes d'anovulation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Régularité du cycle -Maladie systémique récente -Stress, variations du poids -Exercice excessif, médicaments -Galactorrhée, céphalée, hirsutisme -Acné, obésité, bouffées de chaleur 	

b. L'examen physique :

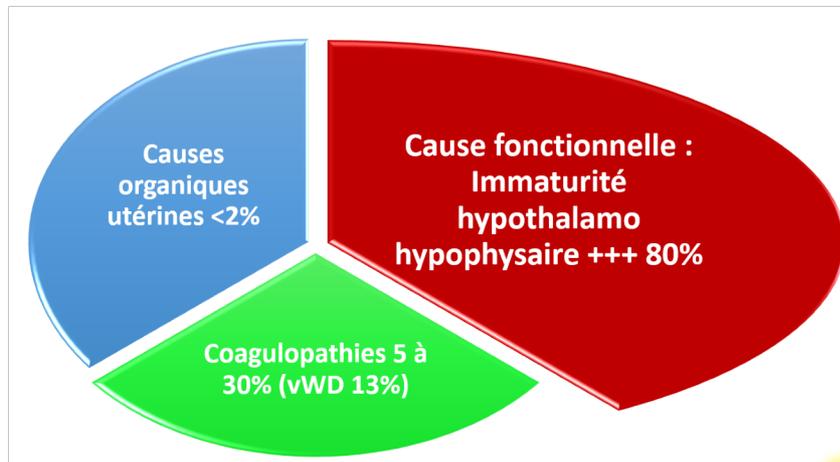
- Examen général : état hémodynamique (TA, pouls, conjonctives), signes d'hyperandrogénie (acné, hirsutisme, alopecie...)
- Examen des seins : tendus (grossesse), examen de la thyroïde
- Examen abdominopelvien: douleur provoquée, défense, contracture, masse.
- Examen gynécologique comportant :
 - ✓ Une inspection de la vulve et du périnée
 - ✓ Examen au spéculum : une exploration du col utérin et la réalisation du frottis de dépistage (en l'absence de saignement).
 - ✓ Toucher vaginal : Taille de l'utérus, douleur à la mobilisation, perception des annexes, masse, douleur et nodules au niveau du cul de sac de Douglas
 - ✓ Un toucher rectal pour apprécier la face postérieure de l'utérus, les ligaments utérosacrés et le cul de sac de Douglas.

3.2. Etiologies des métrorragies de la période péri-pubertaire

La période péri-pubertaire constitue une étape charnière du développement féminin, marquée par l'activation progressive de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien et l'apparition des premières menstruations. Durant cette phase d'adaptation hormonale, les anomalies du saignement utérin, sont fréquentes. Si, dans la majorité des cas, ces saignements traduisent une immaturité fonctionnelle transitoire, ils peuvent parfois révéler des pathologies organiques, hématologiques, infectieuses ou tumorales nécessitant une attention particulière. Le tableau suivant résume les principales étiologies durant cette période.

Immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien	
Trouble de la coagulation	Thrombopathie – Maladie de Willebrand – PTI
Infections du tractus génital	Cervicite, vaginite, salpingite, endométrite
Endocrinopathies	Syndrome des ovaires polykystiques, hyperprolactinémie, dysthyroïdie
Dysfonction hypothalamique	Stress, anorexie, excès de sport
Lésions bénignes de l'appareil génital	Polype cervical, adénose vaginale, fibrome, endométriose
Lésions malignes de l'appareil génital	Adénocarcinome à cellules claires du vagin, cancer du col, tumeurs ovariennes
Origine iatrogénique	Médicaments, hormones
Autres	Traumatismes, corps étranger intravaginal
Complication d'une grossesse	Fausse couche, grossesse extra utérine, maladie trophoblastique

Les examens para cliniques à demander de première intention devant des métrorragies péri pubertaires sont : NFS et taux de plaquettes, BHCG, le bilan d'hémostase (TP, TCA, fibrinogène) et le bilan hormonal (FSH, LH, oestradiolémie, TSH, FT4, prolactinémie).



Etiologies des Métrorragie de la période péri-pubertaire par ordre de fréquence

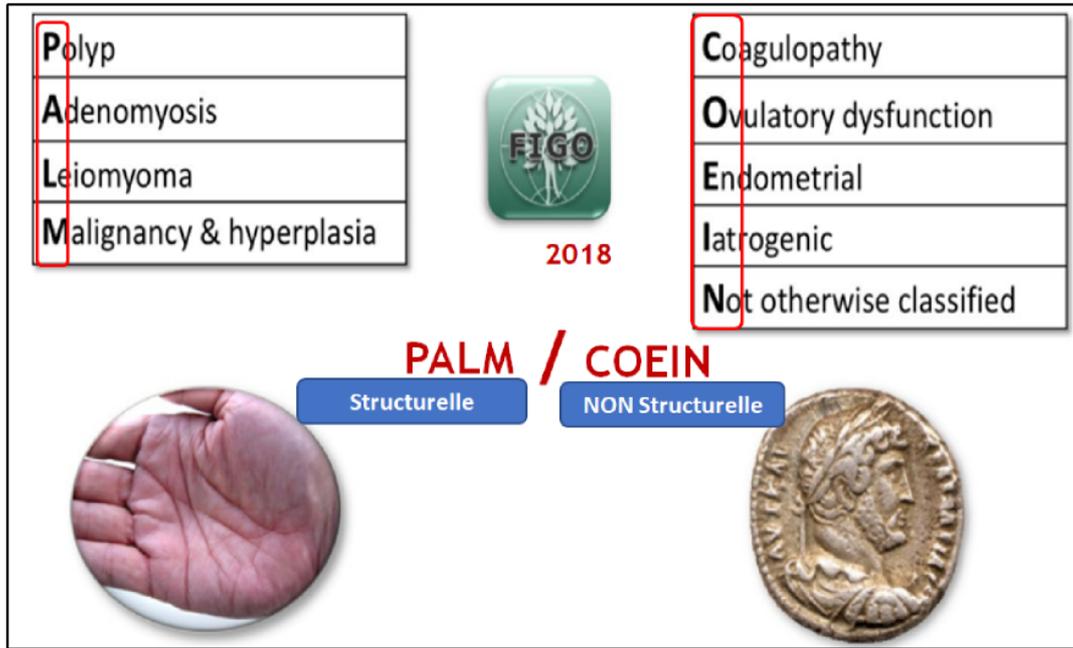
3.3. Etiologies des métrorragies de la période d'activité génitale

Devant toute métrorragie en période d'activité génitale, le premier réflexe est de rechercher une grossesse

Il faudra au minimum :

- Vérifier la date des dernières règles
- Réaliser un examen clinique complet
- Réaliser systématiquement une échographie pelvienne qui permet une exploration précise de l'endomètre, de la cavité utérine, du myomètre et des ovaires.
- L'hystéroskopie diagnostique n'est pas systématique dans le bilan étiologique des métrorragies de la femme en âge de procréation

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a développé une classification pour les étiologies des saignements anormaux d'origine utérine, qui les regroupe en causes structurelles et non structurelles : **PALM-COEIN**.



a. **Pathologies structurelles (PALM)** : Identifiables par l'imagerie ou l'histologie.

Lettre	Diagnostic	Description
P	Polype	Tumeurs épithéliales de l'endomètre contenant des glandes et du stroma retrouvés chez 8% des femmes et chez 10-30% de celles avec saignement inter menstruel L'examen au spéculum peut montrer le polype accouché par le col
A	Adénomyose	Glandes et stroma endométrial présent dans le myomètre, souvent on a une dysménorrhée tardive avec des métrorragies abondantes
L	Léiomyome	Les fibromes responsables de métrorragies sont les fibromes type 0, type 1, 2 et 3 de FIGO
M	Malignité et hyperplasie	Cancer de l'endomètre, hyperplasie avec/sans atypies

b. **Pathologies non structurelles (COEIN)** : Non identifiables par l'imagerie, d'origine fonctionnelle, iatrogène ou systémique :

Lettre	Diagnostic	Description
C	Coagulopathie	Maladie de von Willebrand, troubles plaquettaires
O	Dysfonction ovulatoire	Anovulation, SOPK, péri ménopause
E	Endométriale	Anomalie de l'hémostase locale de l'endomètre
I	Iatrogène	Médicaments (contraceptifs, anticoagulants), DIU
N	Non classé	Causes rares ou idiopathiques (isthmocèle, malformation artérioveineuse...)

Toute femme de plus de 40 ans présentant une hémorragie génitale haute nécessite une biopsie de l'endomètre, car il s'agit d'un néoplasie de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire.

Pour les causes iatrogènes, il peut s'agir de :

- ✓ Un traitement œstroprogestatif, par exemple lors d'un arrêt prématuré ou d'un oubli de pilule. Elles peuvent également se voir avec des traitements oestro-progestatifs faiblement dosés et il convient alors de prescrire un traitement plus oestrogénique ;
- ✓ Un traitement progestatif (par voie orale, sous-cutanée, dispositif intra-utérin) responsable de spotting par atrophie endométriale ;
- ✓ Une œstrogénothérapie mal contrebalancée par les progestatifs induisant une hypertrophie de l'endomètre, par exemple chez une femme ménopausée prenant un traitement hormonal de la ménopause ;
- ✓ Un dispositif intra-utérin (malposition, infection) ;
- ✓ Un traitement anticoagulant.

3.4. Métrorragies post-ménopausiques

Toute métrorragie post ménopausique est un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire.

Après avoir éliminé un cancer de l'endomètre, on peut évoquer :

- Cancer du col
- Sarcome utérin
- Tumeurs de l'ovaire :
 - ✓ Métastase à l'endomètre (tumeurs ovariennes sécrétante : tumeur de la granulosa) → métrorragies.
 - ✓ Toute masse annexielle à cet âge est suspecte
- Tumeurs des trompes
- Atrophie de l'endomètre : La Cause la plus fréquente ++ chez les femmes ne prenant pas de traitement substitutif de la ménopause. Le diagnostic est à évoquer à l'échographie vaginale (endomètre très fin) et à l'hystéroscopie diagnostique
- Hypertrophie de l'endomètre : une cause fréquente chez la femme prenant un traitement hormonal substitutif de la ménopause, tamoxifène

Les biopsies dirigées par hystéroscopie sont obligatoires pour confirmer le diagnostic et déterminer le type de l'hyperplasie

4. Identifier les éléments de gravité d'une métrorragie

Devant toute métrorragie, le premier réflexe est d'éliminer les signes de gravité nécessitant une prise en charge en urgence

4.1. Interrogatoire

A l'interrogatoire, il faut toujours rechercher les signes de gravité à savoir :

- L'abondance du saignement : quantifiée par le nombre de serviettes et de tampons hygiéniques utilisés, leur imprégnation (simple tache, moyennement imprégnée, totalement imprégnée), l'existence de caillots ou de débordements de la protection périodique utilisée.
- Troubles connus de la coagulation
- Traitement anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire en cours
- Anémie connue

4.2. Examen clinique

A l'examen clinique, il faut apprécier le retentissement hémodynamique :

- Examen des conjonctives à la recherche d'une pâleur cutanéomuqueuse
- Soif témoignant de l'hypovolémie
- Tachycardie
- Baisse de la tension artérielle (TA)
- voire un état de choc hémorragique

4.3. Biologie

Le taux d'hémoglobine permet de diagnostiquer les anémies graves nécessitant une transfusion : (taux d'Hb <7g/dl)

Le bilan d'hémostase à la recherche de troubles de la coagulation (Plq, TP, TCA, fibrinémie).

5. Indiquer les premiers gestes d'urgence devant une métrorragie grave

5.1. Stabilisation de la patiente

- L'hospitalisation en milieu hospitalier s'impose
- La pose de deux voies veineuses périphériques de bon calibre
- Le remplissage vasculaire : administration de solutés cristalloïdes (Ringer lactate, solution saline) pour compenser la perte de volume et prévenir le choc hypovolémique.
- Le sondage vésical
- La réserve de sang phénotypé et la transfusion, si la patiente présente des signes d'anémie aiguë (hémoglobine inférieure à 7 g/dL), ou en cas de saignement massif continu
- Oxygénation : Si nécessaire, supplémentation en oxygène pour assurer une bonne oxygénation des tissus.
- Le monitoring (TA, pouls, diurèse, état de conscience)

5.2. Traitement pharmacologique

- Œstrogène conjugué par voie intra veineuse : 25 mg/4-6h x 24h
- Pilule oestroprogestative (35µg éthinylestradiol): 1cp*3/j pdt 7j
- Acétate de norethisterone (primolut-nor) : 20mg*3/j pdt 7j
- Acide tranexamique (Exacyl) : 1,5 g 3*/j/VO x 05j ou 10mg/kg/IV (max : 600mg/dose) /8h

5.3. Traitement non pharmacologique

- Sonde de Foley en intra utérin remplie de 30cc de sérum physiologique pour exercer un effet hémostatique mécanique.
- Un geste chirurgical : un curetage hémostatique en cas d'endomètre épais.
- Embolisation des artères utérines.

Une fois le cap aigu est passé, le traitement sera modifié en fonction de l'étiologie.

6. Etablir la démarche du diagnostic étiologique des métrorragies au cours de la grossesse, du travail et du post-partum

6.1. Métrorragies du premier trimestre

- **Toute femme qui saigne au premier trimestre de la grossesse est une grossesse extra-utérine (GEU) jusqu'à preuve du contraire.**
- **Prévention de l'iso-immunisation rhésus si femme rhésus négatif (+++) quel que soit la cause du saignement**

- a. **Le premier temps : ELIMINER UNE URGENCE VITALE** (voir chapitres 4 et 5)
- b. **2^{ème} étape** : une démarche diagnostique qui comporte un interrogatoire, un examen physique et des examens complémentaires (échographie pelvienne +/- dosage BHCG) pour étayer l'enquête étiologique :
 - ✓ **Interrogatoire** : âge, ATCD gynécologiques (cycle menstruel, DDR, contraception, facteur de risque de GEU...), ATCD obstétricaux (gestité, parité, accouchements, FCS, IVG, GEU...), caractères des métrorragies (abondance, aspect, spontanés ou provoqués), signes associés : douleurs pelviennes, signes sympathiques de grossesse
 - ✓ **Examen physique** :
 - Apprécier abondance du saignement, état hémodynamique
 - Palpation abdominale
 - Examen au Spéculum + TV (col, volume utérin, douleur ou masse annexielle)

6.2 Les étiologies des métrorragies T1 :

Etiologies	GEU	Avortement hémorragique & Menace d'avortement	Maladie trophoblastique gestationnelle	Grossesse arrêtée
Clinique	Voir cours commun : Sujet 32	-Hémorragies franches, de sang rouge, avec caillots et débris. -Douleurs pelviennes médianes, intermittentes, à type de contractions -Col utérin mou, ouvert.	-Utérus augmenté par rapport au terme -Exagération des signes sympathiques de la grossesse	Disparition récente des signes sympathiques de grossesse
Echographie		-Sac isthmique en cours d'expulsion	L'utérus est occupé par une masse hétérogène, floconneuse, contenant de multiples petites vésicules. - Il n'y a ni cavité ovulaire, ni embryon visible.	-Sac ovulaire intra-utérin bien visible, reconnaissable par sa couronne trophoblastique échogène -Embryon sans activité cardiaque -œuf clair, sans écho embryonnaire, souvent aplati, à contours irréguliers, plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.
Taux de BHCG		-Cinétique à la baisse	Elevé $>10^3$	Cinétique à la baisse
Prise en charge		-Aspiration	-Aspiration échoguidée -Suivre la décroissance des β -hCG jusqu'à négativation	-Traitement médical par prostaglandines -Traitement chirurgical (aspiration)

6.3. Métrorragies du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre

Devant des métrorragies T2/T3 :

- **L'hospitalisation est systématique**
- **Un placenta prævia est à éliminer en premier lieu par une échographie pelvienne ± endovaginale avant de faire un toucher vaginal qui est à proscrire dans ce cas (risque de déclencher une hémorragie cataclysmique).**
- **La Prévention de l'iso-immunisation rhésus si femme rhésus négatif (+++) quel que soit la cause du saignement**

a. Démarche diagnostique

- Interrogatoire :
 - ✓ Groupe sanguin Rhésus.
 - ✓ Antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.
 - ✓ Terme précis de la grossesse.
 - ✓ Suivi de la grossesse, notamment suivi échographique.
 - ✓ Il précise également :
 - Le mode de survenue des saignements, spontanés ou provoqués (ex : rapport sexuel).
 - L'existence de contractions utérines associées.
 - L'existence de douleurs abdominales associées dont on précise les caractéristiques.
- Examen clinique :
 - ✓ Tension artérielle, pouls => recherche un contexte hypertensif, un choc hémorragique. Le risque est de sous-estimer le saignement car le volume de sang extériorisé ne présage parfois pas de son abondance (des métrorragies minimales peuvent s'accompagner d'un choc hypovolémique par hémorragie intra-utérine). La mesure de la hauteur utérine (HU) et appréciation du tonus utérin.
 - ✓ Examen au spéculum élimine une cause cervico-vaginale et précise l'origine du saignement.
 - ✓ Toucher vaginal prudent, réalisé après l'échographie

b. Étiologies

Deux causes dominantes : le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire (HRP).

b1. Causes placentaires

✓ **Placenta prævia +++ :**

- Insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.
- Il peut être : latéral, marginal, ou recouvrant.
- Facteurs de risque : la multiparité, l'âge maternel avancé, les antécédents d'avortement spontané ou provoqué, de cicatrice utérine, les antécédents de placenta prævia et les manœuvres endo-utérines, la gémellité, le tabagisme.
- Saignement rouge vif spontané, d'abondance variable, non douloureux, volontiers récidivant.
- Fœtus vivant.

✓ **Hématome rétro-placentaire** (voir cours commun 60 : Pré-éclampsie et éclampsie)

✓ **Hémorragies déciduales**

✓ **Rupture d'un vaisseau prævia (hémorragie de Benkiser) :** Il s'agit d'un accident exceptionnel rencontré au cours du travail lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes, à l'origine d'hémorragie massive avec souffrance fœtale suraiguë.

b2. Causes non placentaires

✓ **Lésions cervico-vaginales**

✓ **Rupture utérine :** Elle est exceptionnelle en dehors du travail et survient pratiquement toujours sur un utérus cicatriciel (utérus fragilisé par un antécédent de césarienne ou de chirurgie utérine comme un antécédent de myomectomie). Le tableau clinique comporte une douleur abdominale violente d'apparition brutale pendant le travail, une hémorragie génitale d'apparition concomitante, d'abondance modérée avec anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal. Le traitement repose sur une césarienne en urgence.

✓ **L'hémorragie du post partum (HPP) :**

L'hémorragie du post partum est la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Elle est définie par une hémorragie de la filière génitale dépassant les 500cc dans les 24 heures dépassant l'accouchement. On parle d'hémorragie grave du post partum lorsque le saignement dépasse les 1000cc.

○ **Facteurs étiologiques d'HPP**

L'hémorragie de la délivrance

L'hémorragie de la délivrance est définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml pour un accouchement par voie basse survenant dans les 24h suivant l'accouchement. Cette hémorragie prenant naissance au niveau du lit d'insertion placentaire.

✓ **L'atonie utérine :**

- Il s'agit d'une mauvaise rétraction de la fibre musculaire utérine en post partum, elle représente 70 à 80 % des cas d'hémorragies du post-partum.
- Les facteurs favorisants sont :
 - La sur distension utérine (grossesse multiple, hydramnios, macrosomie fœtale)
 - Un travail long ou au contraire trop rapide
 - Une anomalie de la contractilité utérine (multiparité, fibrome utérin, chorioamniotite, malformation utérine)
 - Certaines drogues (salbutamol, dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, halogénés, ocytocine),
 - La rétention placentaire (même partielle ou ne concernant qu'une rétention de membranes)
 - Une prédisposition personnelle.

✓ **La rétention placentaire :**

Elle peut être complète, le placenta n'est pas décollé 30 minutes après l'expulsion, ou partielle lorsque l'examen du placenta après expulsion de celui-ci ne paraît pas complet avec suspicion qu'une partie du placenta ou qu'un cotylédon soit resté dans l'utérus. Elle est favorisée par une cicatrice utérine, des antécédents du curetage, d'infections utérines ou anomalies placentaires. Elle impose une délivrance artificielle ou une révision utérine.

Les anomalies placentaires : Il existe des anomalies :

- De taille : excès de volume (grossesse gémellaire, diabète ou anasarque)
- De forme : placenta porteur de cotylédons accessoires qui se déchirent facilement
- D'insertion : placenta prævia ou accréta

✓ **Les troubles de l'hémostase :**

Ils sont la cause ou la conséquence des hémorragies obstétricales graves et toutes les causes précitées peuvent s'accompagner de troubles de l'hémostase. Ces anomalies de l'hémostase peuvent être congénitales (maladie de Von Willebrand, hémophilie...) ou acquise par

insuffisance hépatique, défibrination, CIVD et/ou fibrinogénolyse) ou le plus souvent par coagulopathie de dilution.

✓ Les traumatismes obstétricaux

Une plaie du col, du vagin ou du périnée doit être évoquée devant la persistance d'une hémorragie malgré une bonne rétraction utérine et la vérification de la vacuité utérine. Elles sont favorisées par une extraction instrumentale, un accouchement rapide, des efforts expulsifs sur dilatation incomplète. L'épisiotomie peut être à l'origine d'une hémorragie significative et doit être suturée rapidement.

Ainsi on peut résumer ces étiologies en « **LES QUATRES T** »

- Anomalies des contraction utérines (**Tonus**)
- Rétention de produits de la conception (**Tissu**)
- Traumatisme du tractus génital (**Traumatisme**)
- Anomalies de la coagulation (**Thrombine**)

○ Prise en charge :

- **Volet obstétrical :**

Si le placenta n'est pas délivré, il faudra avoir recours à la délivrance artificielle.

La révision utérine systématique vérifie la vacuité utérine et l'intégrité des parois utérines (absence de perforation ou de rupture utérine).

Un examen complet de filière génitale sera fait sous valves suivi de la suture de l'épisiotomie.

Le massage utérin est préconisé ainsi que le sondage vésical.

- **Volet médical :** Traitement médical par les utéro toniques

Ils favorisent la rétraction utérine en relais ou complément du massage utérin.

- ✓ Les ocytociques : le Syntocinon Le plus utilisé en première intention par voie intraveineuse.
La dose maximale de Syntocinon est de 40UI
- ✓ S'il est inefficace après 15 minutes, il est licite de proposer des prostaglandines (Nalador).
Elles ont une action puissante et précoce sur le myomètre utérin. L'efficacité est excellente si le Nalador est administré précocement après le début de l'hémorragie.

▪ Volet réanimation :

La priorité de la réanimation va à la restauration de la volémie associée à une bonne oxygénation. Il est impératif de lutter le plus précocement possible contre le choc hypovolémique.

- ✓ Monitoring : PA, FC, SpO2, diurèse, coloration, feuille de surveillance, 2 VVP de gros calibre.
- ✓ Oxygénation au masque.
- ✓ Bilan biologique en urgence : GS, RAI, NFS Plaquettes, bilan d'hémostase, bilan pré transfusionnel, fibrinogène.
- ✓ Remplissage vasculaire par les cristalloïdes
- ✓ Réserve de sang et transfusion de concentré globulaire, si nécessaire.
- ✓ Le traitement d'une CIVD repose sur l'apport de plasma frais congelé et de concentré de plaquette.

▪ Volet chirurgical :

Le choix de la technique dépend des antécédents obstétricaux de la patiente, de l'importance de l'hémorragie, de la stabilité hémodynamique et de l'expérience du chirurgien.

✓ Ligatures vasculaires

La ligature des artères utérines est plus intéressante, son taux de succès est très important. Elle peut être complétée par la ligature des artères des ligaments ronds et des ligaments utéro-ovariens, cette technique conserve la fertilité maternelle.

En cas d'échec de la triple ligature, une ligature des artères hypogastriques s'avère nécessaire.

✓ Embolisation des artères hypogastriques

Elle a une place de choix après l'échec du traitement médical. Le taux de succès de la technique est excellent et le taux de complications est faible. C'est une technique qui permet d'éviter l'hystérectomie d'hémostase et donc de conserver l'avenir obstétrical de ces patientes. Cette technique n'est possible que si l'on peut disposer d'un plateau radiologique adapté à proximité de la maternité. La principale condition est l'état hémodynamique stable.

✓ Traitement radical : Hystérectomie d'hémostase

C'est l'intervention ultime, et radicale. Elle est réservée à un échec du traitement conservateur/chirurgical ou radiologique ou lorsque la patiente présente un état hémodynamique difficilement contrôlable avec échec des traitements médicaux ou en cas de rupture utérine complexe.