

L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale et anesthésique qui constitue la deuxième cause de mortalité maternelle en France. Or elle semble souvent évitable. Une fois l'hémorragie installée, tout retard ou hésitation dans la prise en charge pluridisciplinaire est préjudiciable car il favorise l'apparition de troubles de la coagulation et l'installation d'un cercle vicieux. Lorsqu'elle est possible, l'embolisation artérielle constitue un énorme progrès dans le traitement conservateur non invasif, surtout après les accouchements par voie basse. La dévascularisation utérine étagée est conservatrice de la fertilité maternelle et efficace. Traitement chirurgical conservateur : En l'absence d'étude comparative portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales, aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier. L'efficacité sur l'arrêt des saignements des techniques de ligatures vasculaires (ligature bilatérale des artères utérines ou ligature bilatérale des artères hypogastriques) en première ligne de traitement chirurgical conservateur de l'HPP est de l'ordre de 70 %. La Ligature des artères utérines est une technique chirurgicale simple et à faible risque de complication immédiate sévère. Ces ligatures vasculaires ne semblent affecter ni la fertilité ni le devenir obstétrical ultérieur. L'efficacité des techniques de compression ou de plicature utérine sur l'arrêt des saignements en cas d'HPP résistant au traitement médical est de l'ordre de 75 % et n'entraînent pas non plus de complications pour une grossesse ultérieure. Traitement chirurgical radical : L'hystérectomie totale ne semble pas augmenter significativement la survenue de plaie de l'appareil urinaire par rapport à la technique d'hystérectomie subtotale. Le type d'hystérectomie (totale ou subtotale) est laissé à l'appréciation de l'opérateur. Stratégie chirurgicale : Les traitements conservateurs de l'utérus sont peu morbides et efficaces, ils doivent être réalisés en priorité. Certaines situations (HPP massive, état hémodynamique précaire) doivent faire envisager une hystérectomie d'hémostase de première intention. En cas d'hémorragie per-césarienne (à ventre ouvert), la réalisation d'une embolisation n'est pas recommandée, un traitement conservateur par ligature vasculaire ou compression utérine doit être réalisé. Le choix de la technique chirurgicale conservatrice dépend des habitudes de chacun. L'hémorragie après césarienne conduit à la reprise chirurgicale. Cependant, en présence d'une unité de radiologie interventionnelle au sein de l'établissement, si l'état hémodynamique est conservé et en absence d'hémopéritoine faisant craindre une complication chirurgicale, une embolisation artérielle peut être tentée. L'hémorragie après accouchement par voie basse : Un état hémodynamique instable contre-indique formellement le transfert inter-hospitalier et doit conduire à une chirurgie d'hémostase sur place. En présence d'une unité d'embolisation au sein de la maternité d'accouchement, il est préférable de s'orienter vers l'embolisation, si l'état hémodynamique maternel et l'organisation des soins le permettent. Si l'état hémodynamique est stable et en absence de saignement abondant, un transfert vers une structure hospitalière disposant d'une unité d'embolisation peut être licite. En cas d'échec du traitement médical, la réalisation d'un traitement chirurgical conservateur de l'utérus a une efficacité de l'ordre de 70% sur l'arrêt des saignements quelle que soit la technique utilisée (ligature vasculaire ou compression utérine). En absence de réponse rapide à une première ligne de traitement conservateur, une hystérectomie d'hémostase doit être réalisée sans délai. Face à l'hémorragie de la délivrance, il faut avoir un plan d'action univoque et progressif et lutter contre l'inertie de l'utérus, mais aussi contre celle de l'obstétricien.