



Rencontres d'Anesthésie SANOFI

Pr. Loïc Sentilhes
Service de Gynécologie-Obstétrique
CHU Bordeaux

Liens d'intérêts
FERRING, SANOFI, BAYER,
GSK, SIGVARIS, GENERAL ELECTRICS

HAS, CNGOF, ARS, SHAM, PHRCN, RCOG, FIGO, SMFM
Biarritz, le 25 juin 2017



- **Sanofi ne recommande en aucun cas l'usage des produits en dehors de leurs indications approuvées par leurs AMM.**
- **Merci de consulter le résumé des caractéristiques du (des) produit (s) avant de le (s) prescrire.**
- **Les informations ci après sont fournies pour un usage médical et scientifique uniquement, et sont destinées exclusivement aux participants de cette manifestation scientifique.**



RPC : Hémorragie du post-partum

Comité d'organisation

Président : François Goffinet.

Coordonnateurs : **Loïc Sentilhes** (représentant de la SFMP) et Christophe Vayssière

Méthodologistes : François Goffinet et Loïc Sentilhes

Représentant de la SFAR : Frédéric Mercier

Représentant des Etablissements Français du Sang (EFS) : Anne François

Représentant du CNSF : Véronique Tessier

Représentant du CIANE : Chantal Ducroux-Schouwey et Emmanuelle Phan

Experts

Aya, Bayoumeu, Bonnet, Deneux-tharoux, Djoudi, Dolley, Dreyfus, Dupont, Gallot, Haumonte, Huissoud, Kayem, Keïta-Meyer, Langer, Mignon, Morel, Parant, Pelage, Rossignol



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations (texte court)



*Postpartum hemorrhage: Guidelines for clinical practice —
Text of the Guidelines (short text)*

L. Sentilhes^{a,*}, C. Vayssière^{b,c}, F.J. Mercier^{e,f}, A.G. Aya^{g,h},
F. Bayoumeuⁱ, M.-P. Bonnet^{j,k}, C. Deneux-Tarau^k, R. Djoudi^l,
P. Dolley^m, M. Dreyfus^m, C. Ducroux-Schouweyⁿ, C. Dupont^{o,p},
A. François^q, D. Gallot^{r,s}, J.-B. Haumonté^t, C. Huissoud^{o,u},
G. Kayem^v, H. Keita-Meyer^w, B. Langer^x, A. Mignon^y, O. Morel^z,
O. Parant^{aa,ab,ac}, J.-P. Pelage^{ad}, E. Phanⁿ, M. Rossignol^{ae},
V. Tessier^{d,af}, F. Goffinet^{d,ag,ah}



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biologyjournal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrbPostpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the
French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF)
in collaboration with the French Society of Anesthesiology and
Intensive Care (SFAR)

Loïc Sentilhes^{a,*}, Christophe Vayssière^{b,c}, Catherine Deneux-Tharaux^d,
Antoine Guy Aya^{e,f}, Françoise Bayoumeu^g, Marie-Pierre Bonnet^{d,h}, Rachid Djoudiⁱ,
Patricia Dolley^j, Michel Dreyfus^{j,k}, Chantal Ducroux-Schouwey^l, Corinne Dupont^{m,n},
Anne François^o, Denis Gallot^{p,q}, Jean-Baptiste Haumonté^r, Cyril Huissoud^{m,s},
Gilles Kayem^t, Hawa Keita^{u,v}, Bruno Langer^w, Alexandre Mignon^g, Olivier Morel^x,
Olivier Parant^{y,z,A}, Jean-Pierre Pelage^B, Emmanuelle Phan^l, Mathias Rossignol^C,
Véronique Tessier^{D,E}, Frédéric J. Mercier^{F,G,H}, François Goffinet^{d,E,I}

EXPERT REVIEW OF HEMATOLOGY, 2016

VOL. 9, NO. 11, 1043–1061

<http://dx.doi.org/10.1080/17474086.2016.1245135>

REVIEW

Postpartum haemorrhage: prevention and treatment

Loïc Sentilhes^a, Benjamin Merlot^a, Hugo Madar^a, François Sztark^b, Stéphanie Brun^a and Catherine Deneux-Tharaux^c um



Epidémiologie

- **HPP = perte sanguine ≥ 500 mL ($\approx 5\%$ accts)**
- **HPP sévère = perte sanguine ≥ 1000 mL ($\approx 2\%$ accts)**
dans les 24h suivant l'accouchement
 - **Quelle que soit la voie d'accouchement**
- **1ère cause de mortalité maternelle en France**
 - **Essentiellement par atonie utérine (54%)**
 - **80% évitable / soins non optimaux**
- **FDR d'HPP peu prédictifs individuellement**
⇒ Stratégie de prévention doit s'adresser à toutes les femmes

Incidence et mortalité

- HPP \geq 500 mL : \approx 5% des accouchements
 - si mesure PS imprécise / bases de données de routine
 - \approx 10% si mesure PS précise / études ad hoc
- HPP \geq 1000 mL : \approx 2%
- HPP avec transfusion: \approx 0.5 %
- Mortalité maternelle:
 - Demeure 1^{ère} cause de MM, mais en (\downarrow 16% des morts maternelles)
soit \approx 13 morts maternelles /an
Essentiellement par atonie utérine (54%)
80% évitable / soins non optimaux (Données ENCMM 2007-2009)
 - Par rapport aux pays voisins (Royaume-Uni, Pays-Bas)
 - Plus fréquente (\times 2 à 4)
 - Notamment HPP/atonie utérine

Morbidité maternelle associée à l'HPP

- A court terme:
 - Admission en Réanimation : **≈ 2 % des HPP**
1^{ère} indication obstétricale d'hospit en Réanimation (1/3 en France)
 - Transfusion : **≈ 10 % des HPP**
 - Hystérectomie d'hémostase : **≈ 1 % des HPP (1/2000 acc)**
 - Complications TEV du postpartum
 - **risque × 2 à 5 en cas d'HPP (sévère)**
- A moyen/long terme:
 - Retentissement psychologique évoqué
 - Stress post-traumatique?
 - Récidive HPP lors d'un accouchement ultérieur : X 3

Etiologies des HPP

- Atonie utérine: **cause principale (50 à 80%)**
- Rétention placentaire (**10 à 30%**)
- Plaies/traumas (**15 à 20%**)
(**déchirures cervico-vaginales / hystérotomie/vasculaires**)
 - Contribution + grande parmi les HPP sévères
- Autres: **PI praevia, PI accreta, Rupture utérine, HRP**
 - Contribution + grande parmi les HPP sévères
- Non identifiée **jusqu'à 20%**

Facteurs de risque d'HPP

- Essentiellement **FDR d'atonie utérine**
- Les classiques :
 - Antécédent d'HPP
 - G multiple, Travail long, Chorioamniotite, Macrosomie
 - Primiparité
- Les potentiellement « modifiables » :
 - Ocytocine pendant le travail
 - Extraction instrumentale, Episiotomie
 - Césarienne
- Globalement peu prédictifs individuellement
 - ⇒ **Stratégie de prévention doit s'adresser à toutes les femmes : 5 UI OXYTOCINE**



Prise en charge anténatale des patientes à risque d'HPP

Risque modéré

(exemples: jumeaux / ATCD HPP avec bonne réponse aux utérotoniques)

Naissance maternité d'origine

Encouragement péridurale

Risque très élevé

(anomalies insertion placenta / ATCD HPP avec gestes d'hémostase par laparotomie ou radiologie interventionnelle / anomalies hémostase)

Naissance maternité choisie après concertation multidisciplinaire

(accès rapide produits sanguins labiles / maîtrise techniques hémostase / compétences spécifiques pour anomalies hémostase)

- **Prévention de l'anémie sévère par supplémentation en fer (grade B)**
- **La prise d'aspirine ne contre indique pas le recours à une rachianesthésie et/ou péridurale (grade B)**



Prévention clinique et pharmacologique lors de la troisième phase du travail Accouchement voie basse et césarienne

Administration préventive d'utérotonique

- Réduit ~ 50% le risque d'HPP et d'HPP sévère, quel que soit le niveau de risque
- **OXYTOCINE** = traitement à privilégier (Grade A) (APO=Administration Préventive d'Oxytocine)
5 ou 10 UI en IV ou IM sur 1 minute (5 min si FDR cardiovasculaires)
au dégageement des épaules ou rapidement après la naissance
- L'utilisation systématique d'un **sac de recueil** est laissée au choix des équipes (AP)
- Surveillance et traçabilité des informations quelle que soit la voie d'accouchement (AP)



Prévention clinique et pharmacologique lors de la troisième phase du travail

- Après AVB:
 - Pas d'effet sur l'incidence des HPP de:
 - TCC (NP1), drainage du cordon (NP2), massage utérin (NP1), vidange vésicale (AP), moment du clampage du cordon (AP), position maternelle (AP), mise au sein précoce (AP)
 - **Perfusion d'entretien systématique** par oxytocine n'est pas recommandée (AP)
 - Il est recommandé de pratiquer une **délivrance artificielle** entre **30 et 60 minutes** après l'accouchement (AP).
- Après césarienne:
 - La **délivrance par traction contrôlée du cordon** est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle (Grade B)
 - Un traitement d'entretien systématique d'oxytocine peut être entrepris sans dépasser 10 UI/h (2h) (AP)

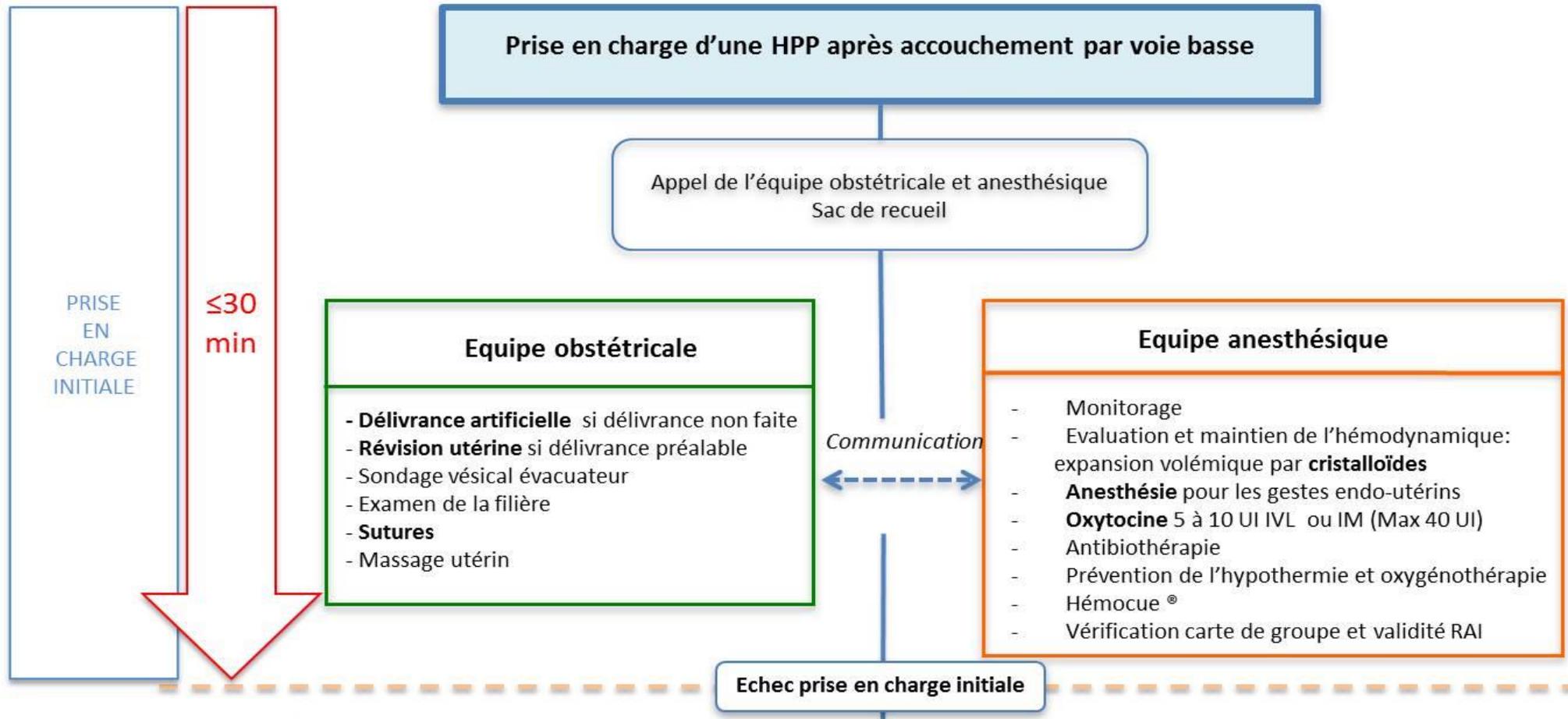


Prise en charge obstétricale/anesthésique initiale en cas d'HPP après un accouchement par voie basse

- Mise en place d'un sac de recueil gradué pour quantifier précisément les saignements (AP)
- Appel immédiat : Obstétricien et anesthésiste (AP) : communications++++
- Délivrance artificielle et/ou révision utérine (AP)
 - le plus rapidement possible (AP)
 - sondage vésical évacuateur (AP)
 - Analgésie adéquate avec ALR si possible à privilégier (AP)
- Examen de la filière génitale immédiat si FDR ou si HPP persistante (AP)
- Oxytocine recommandée :
 - 5 à 10 UI renouvelables IVL ou IM puis perfusion d'entretien de 5 à 10 UI/h pendant 2 heures (max: 40 UI)
- Evaluation hémodynamique/ Feuille de surveillance/ Monitoring clinique et biologique
- Vérifier disponibilité des produits sanguins (EFS) pour anticiper transfusion si HPP sévère (AP)
- Antibioprophylaxie (AP), Massage utérin (AP), lutte contre l'hypothermie (AP)
- Expansion volémique (Cristalloïdes à privilégier) (AP)



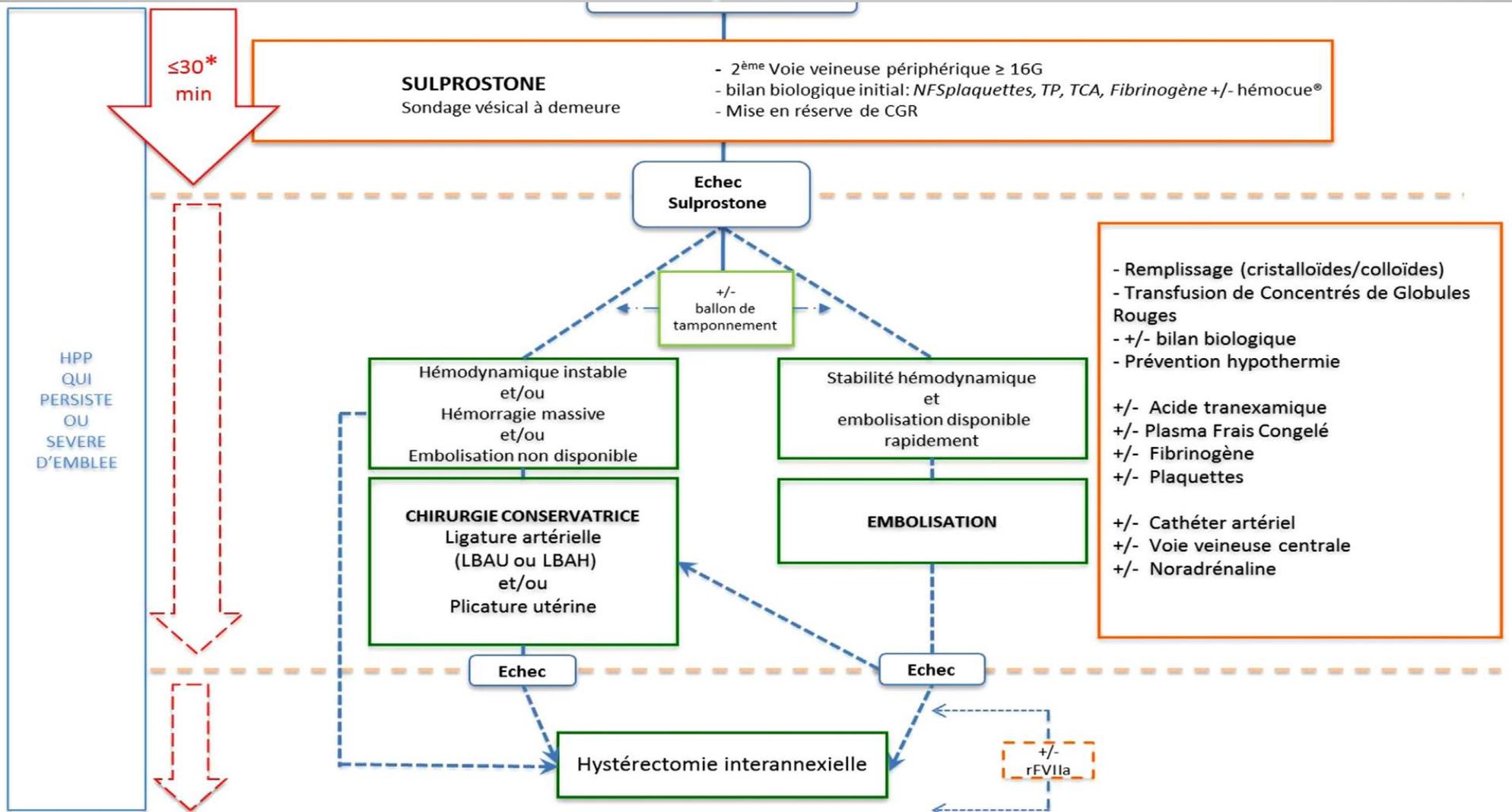
Algorithme





Prise en charge obstétricale en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste malgré les mesures initiales ou qui est sévère d'emblée, après accouchement par voie basse

- **HPP grave d'emblée: mesure initiales identiques** (DA/RU, examen sous valves, analgésie, oxytocine, massage, antibiotiques, monitoring, expansion volémique, etc)
- **HPP persistante :**
 - 15 à 30 minutes après diagnostic et prise en charge initiale (Grade C)
- **Sulprostone: recommandée en cas de résistance aux ocytociques (grade B):**
 - administration dans les 30 minutes suivant le diagnostic d'HPP en cas d'échec de l'oxytocine (AP)
 - délai pouvant être raccourci en fonction de la gravité du saignement (Grade C)
- **Tamponnement intrautérin:**
 - peut être proposé en cas d'échec de la sulprostone et avant recours à l'embolisation ou la chirurgie (AP)
 - un arrêt immédiat du saignement doit être constaté à la mise en place du tamponnement (AP)
 - **Utilisation laissée à l'appréciation libre du praticien (AP)**
 - **Ne doit pas retarder la mise en œuvre des procédures invasives (AP)**





Indications, techniques et résultats de l'embolisation artérielle

- **L'embolisation artérielle est indiquée préférentiellement en cas:**
 - d'atonie utérine résistante aux utérotoniques en particulier après un accouchement par voie basse,
 - d'hémorragie cervico-utérine, de thrombus vaginal ou de déchirure cervico-vaginale suturée ou non accessible à un geste chirurgical (Grade C).
- **L'arrêt de l'hémorragie après embolisation est obtenu dans 73 à 100% (NP3) des cas.**
- **Le taux de complications graves imputables à l'embolisation est d'environ 5% (NP4).**
- **L'embolisation artérielle doit être préférentiellement pratiquée à l'aide de fragments résorbables de gélatine (Grade C).**
- **L'existence d'une coagulopathie n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une embolisation (AP).**
- **L'embolisation reste possible après échec des ligatures artérielles (sélectives ou proximales) ou après une hystérectomie (AP).**
- **Après embolisation, le potentiel de fertilité est conservé (NP3). Le taux de récurrence d'HPP ne paraît pas significativement différent après ligatures artérielles ou après embolisation artérielle (NP3).**

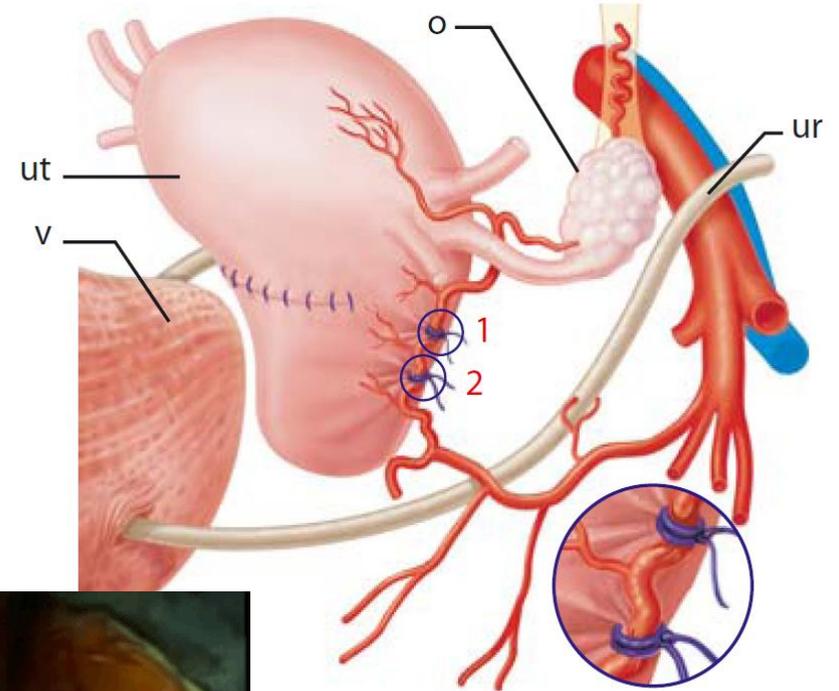
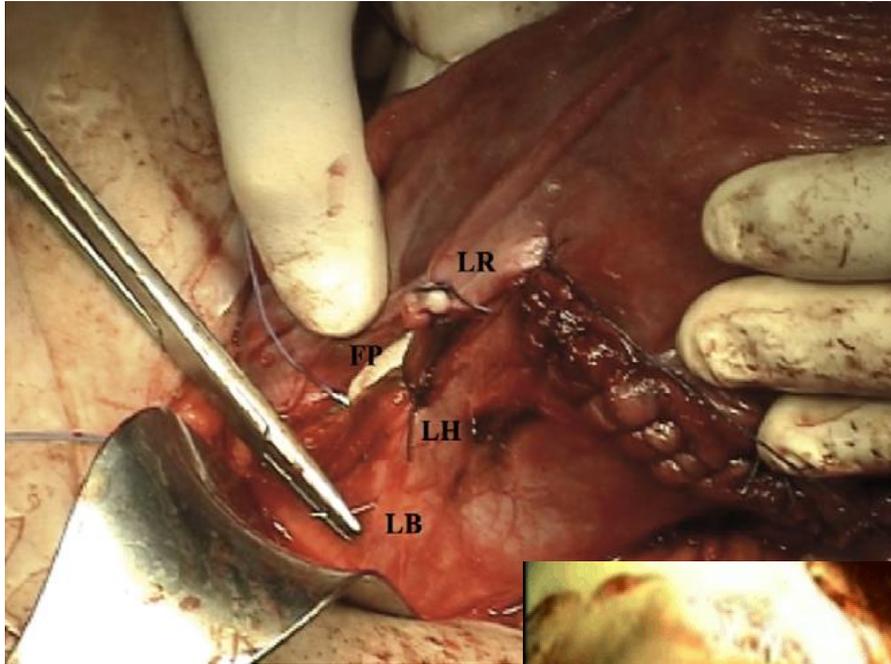


Prise en charge chirurgicale d'une HPP

- **En absence d'études comparatives portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales, aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier plutôt qu'une autre (AP).**
- **Ligature bilatérale des artères utérines ou des artères hypogastriques:**
 - Arrêt du saignement: 60 à 70% (NP4)
 - Pas d'altération de la fertilité (NP4)
- **Compressions utérines:**
 - Arrêt du saignement: environ 75% (NP4)
 - Ne semble pas altérer le pronostic obstétrical si procédure isolée (NP4)
- **Recours possible à une procédure de 2ème ligne (compression utérine ou ligature vasculaire) car arrêt de saignement dans 44 à 100% (NP4)**
- **Le type d'hystérectomie, qu'elle soit totale ou subtotale, est laissé libre à l'appréciation de l'opérateur (AP).**

Bilateral uterine artery ligation

O'Leary J Reprod Med 1995

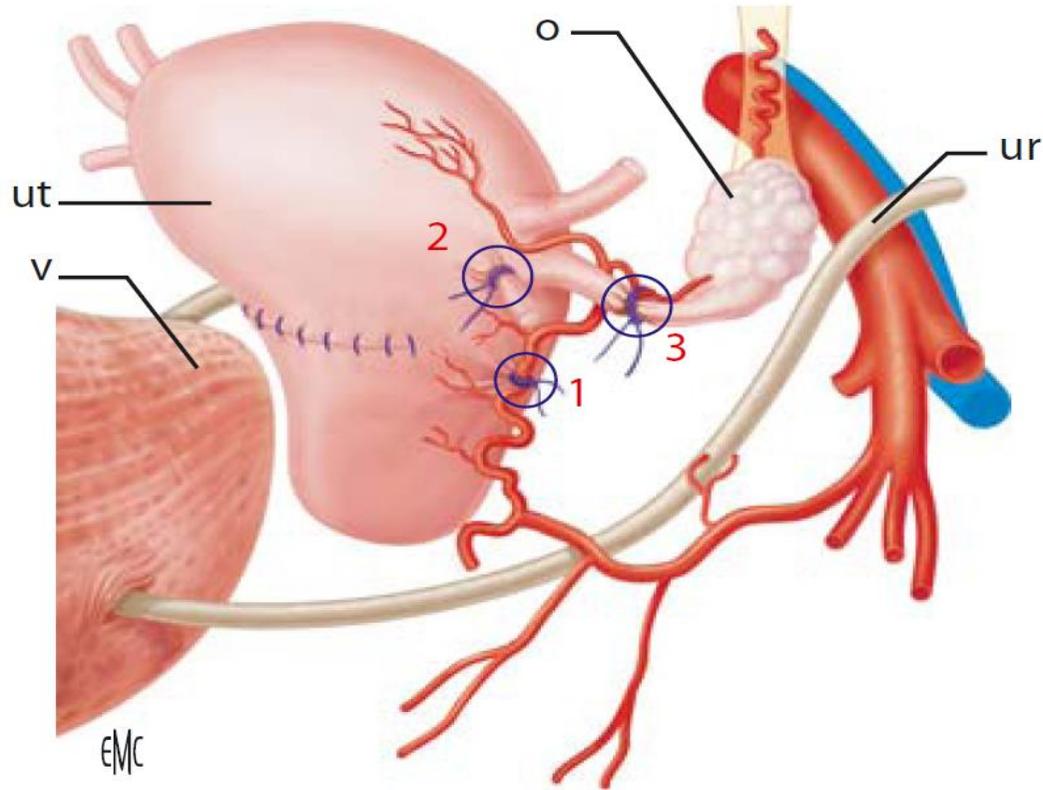


Sentilhes EMC 2010



Triple ligation

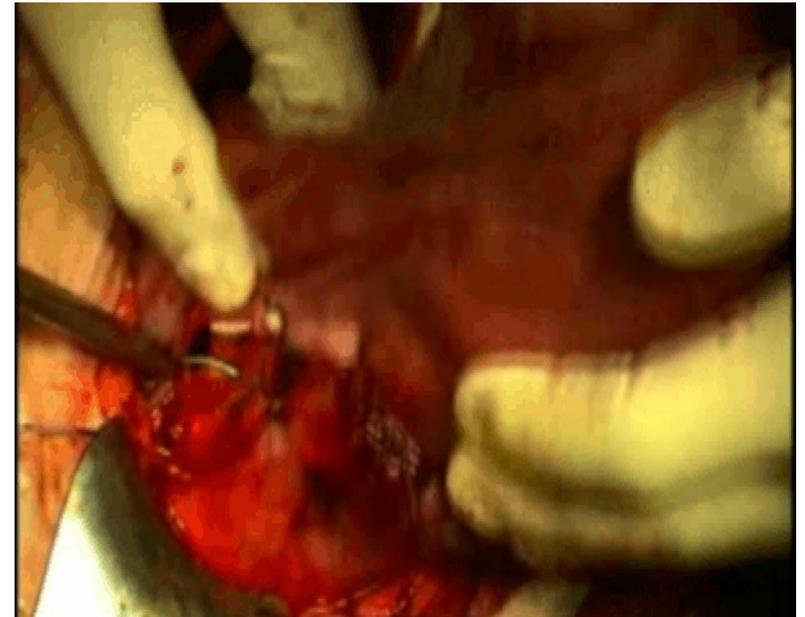
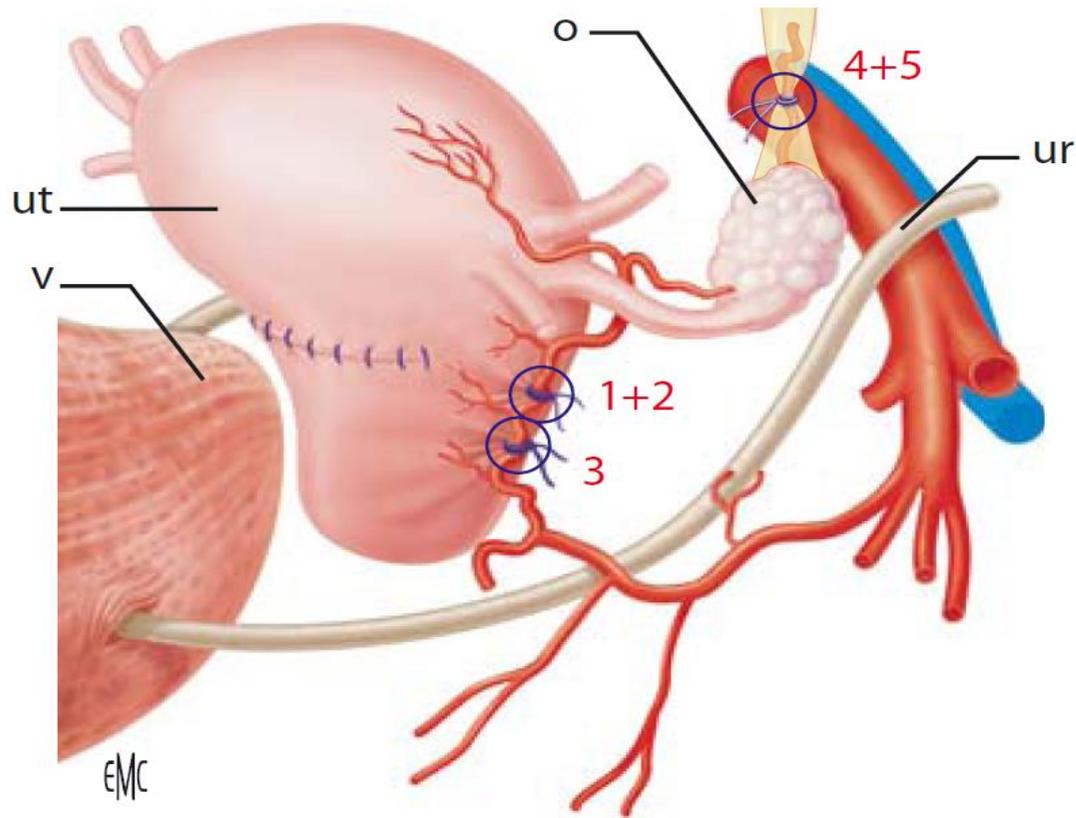
Tsirulnikov JGOBR 1979



Sentilhes EMC 2010

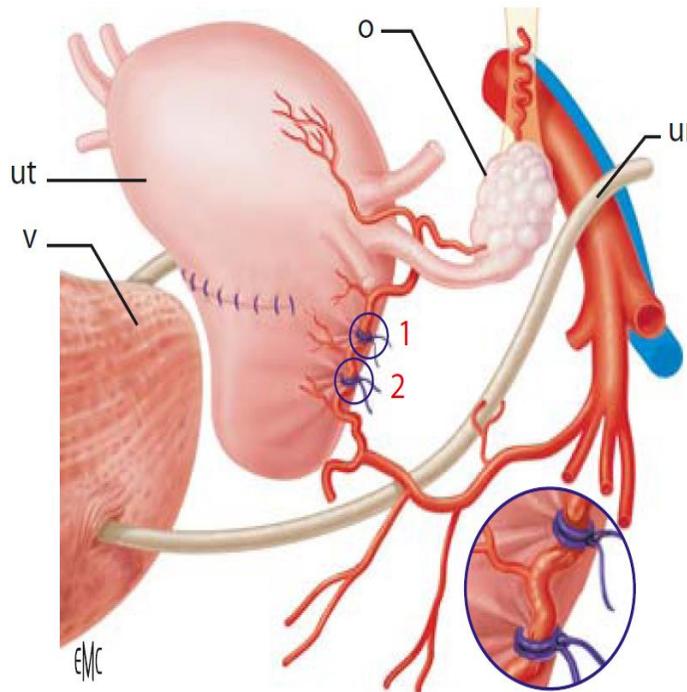
The stepwise uterine devascularization

AbdRabbo AJOG 1994

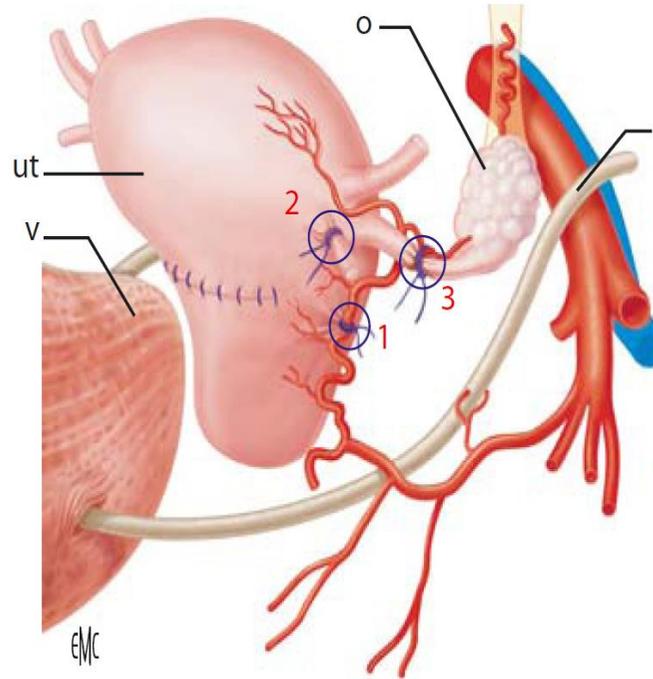


Sentilhes EMC 2010

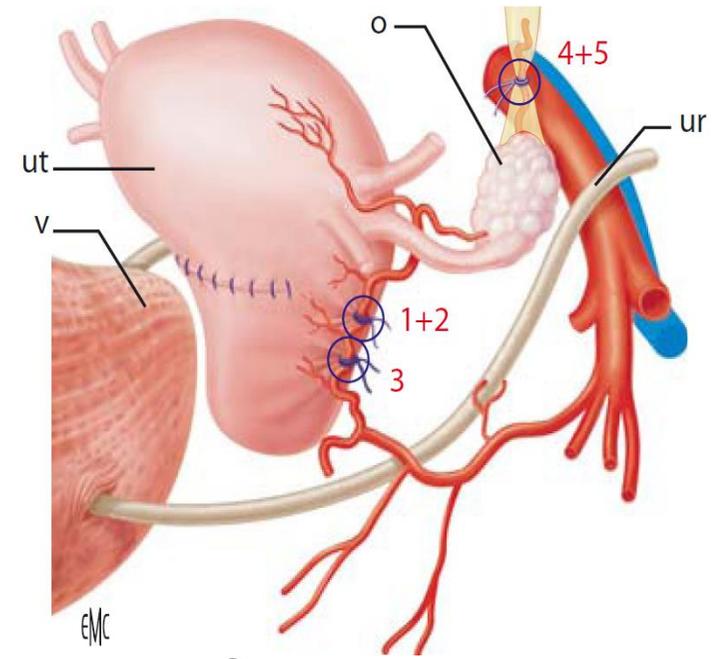
Vessel ligation - involving uterine artery ligation



Uterine artery ligation
O'Leary



Triple ligation
Tsirulnikov



Stepwise uterine
devascularization
AbdRabbo

Success rate of 94.7% (288/304)

Sentilhes Acta Obstet Gynecol 2009; Sentilhes Fertil Steril 2011

Vessel ligation

involving uterine artery ligation

- Adverse events:
 - Immediate:
 - Only two broad ligament haematomas in a series of 265 uterine artery ligations O'Leary J Reprod Med 1995.
 - Delayed
 - Uterine artery ligation, whether or not associated with utero-ovarian ligament ligation:
 - No intrauterine synechia.
 - No impact on subsequent fertility or obstetrical outcome.
 - Suspensory ligament of ovary ligation:
 - Fertility altered (33%)
 - » Ovarian failure
 - » Uterine necrosis
 - » Intrauterine synechia
 - **This ligation must not be performed!**

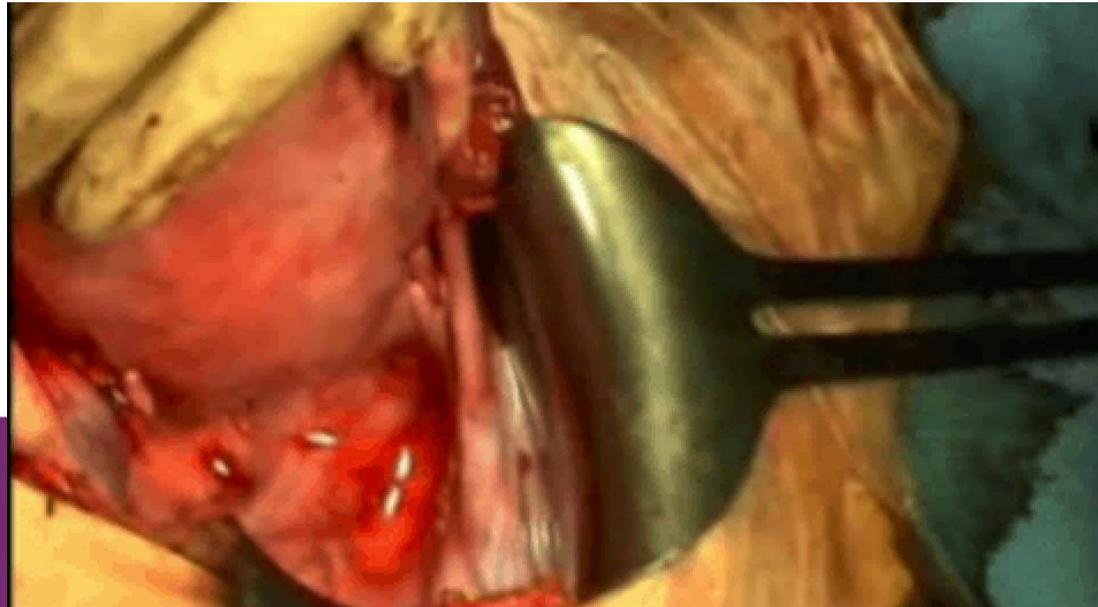
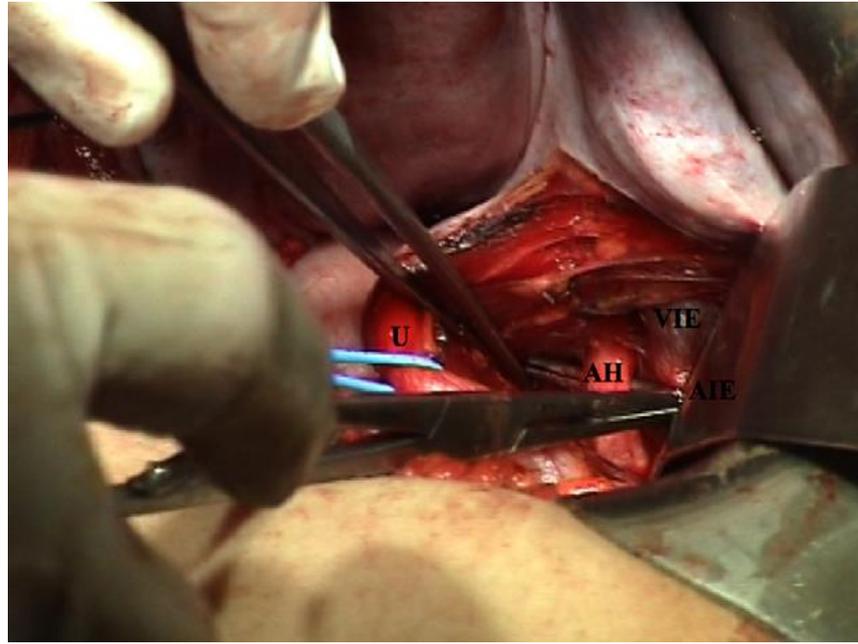
Vessel ligation involving uterine artery ligation

Advantages

- Easy and fast to perform.
- Reproducible.
- Being one of the first step of peripartum hysterectomy.
- Allowing a subsequent embolization in case of recurrent hemorrhage.
- Effective.
- With low morbidity.

Internal iliac artery ligation

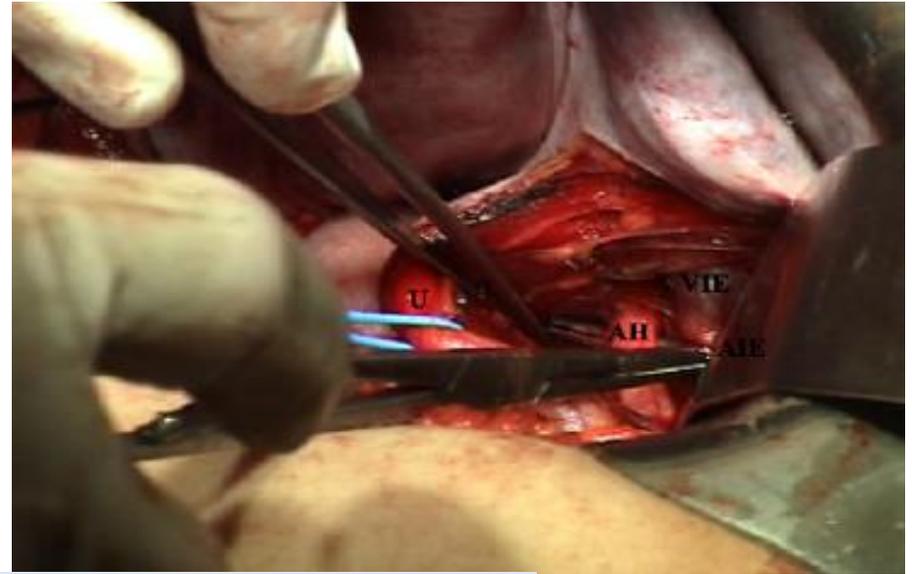
Check the pedal pulse



Internal iliac artery ligation

- **Success rate of 69.0% (136/197)**

Sentilhes Acta Obstet Gynecol 2009



Indication	Total number of women	Hysterectomy carried out, <i>n</i> (%)	Uterine salvage rate (%)
Uterine atony	36	13 (36.2)	63.8
Placenta praevia	21	3 (14.3)	85.7
Uterine rupture	19	15 (79)	21
Placental abruption	4	0 (0)	100
Uterine inversion	3	1 (33.3)	66.6
HELLP syndrome	1	1 (100)	0
Total	84	33 (39.3)	60.7

Joshi BJOG 2007

Internal iliac artery ligation

- Adverse events:
 - Immediate (1%): Joshi BJOG 2007
 - uterine and bladder necrosis, sepsis,
 - vascular or ureteral injury, transient buttock numbness
 - ischemic nerve injury, etc
 - Delayed:
 - No impact on subsequent fertility or obstetrical outcome
Nizard Hum Reprod 2003

Internal iliac artery ligation

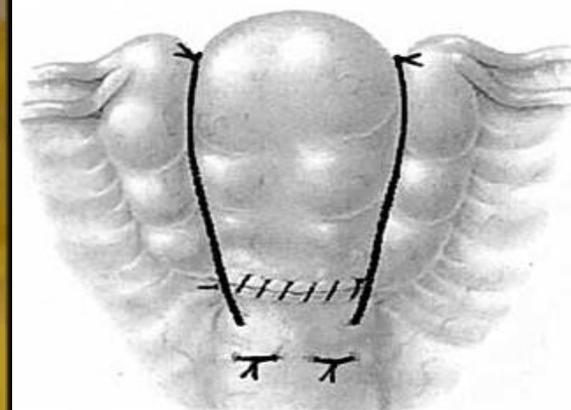
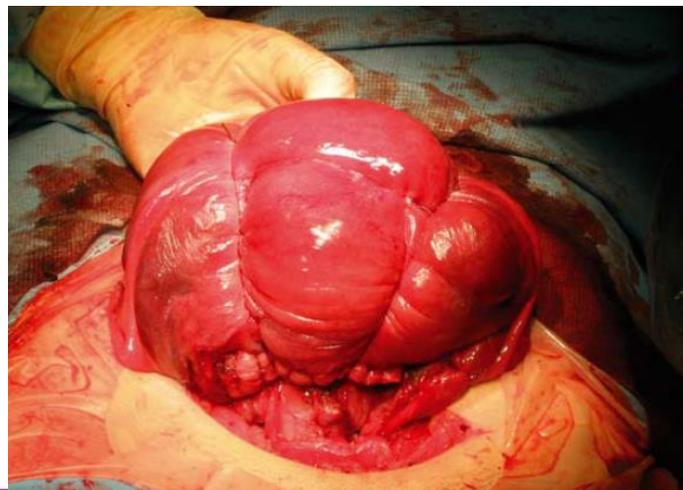
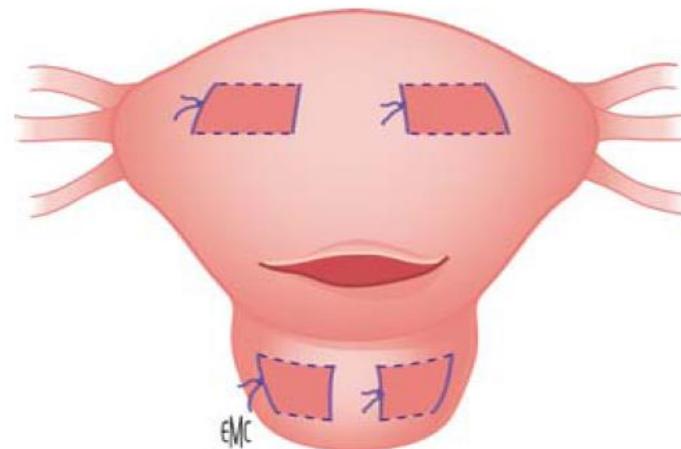
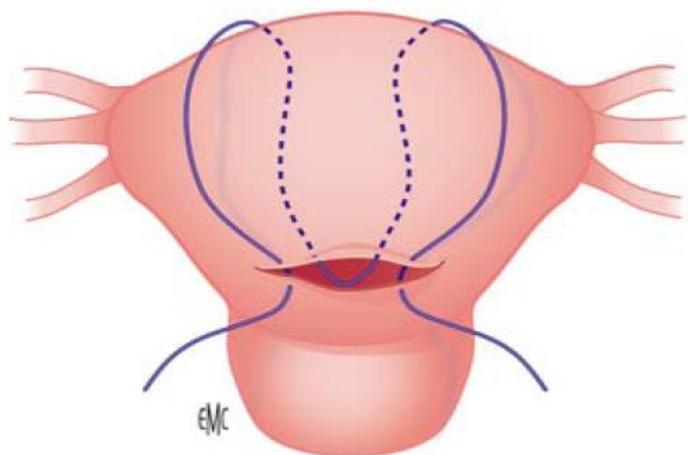
Disadvantages

- Not so easy and fast to perform. It also requires extensive training.
- Leading to a difficult subsequent embolization in cases of recurrent haemorrhage.
- Less successful than previously thought
- With rare but severe immediate morbidity.

Uterine compression sutures

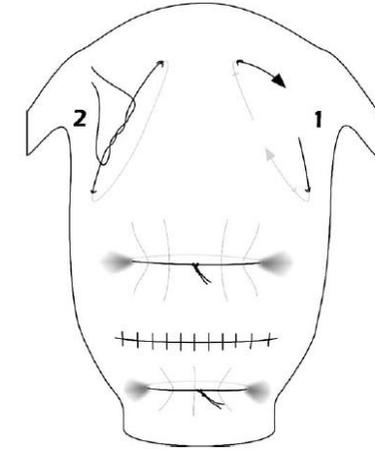
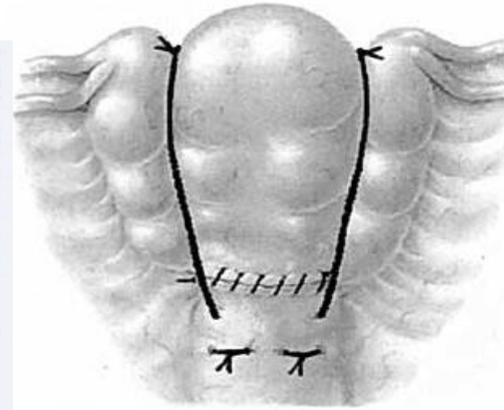
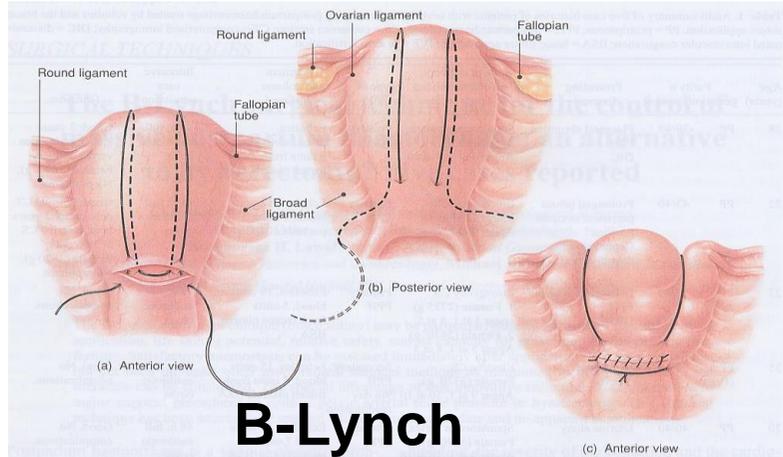
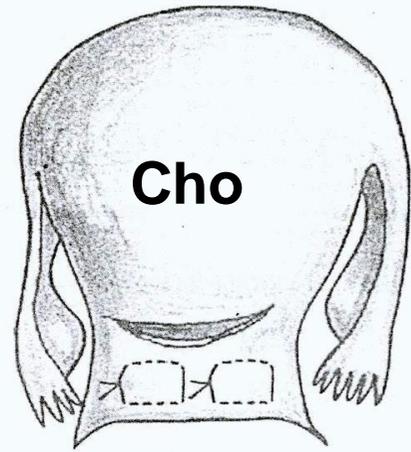
B-Lynch, Cho and other

Sentilhes EMC 2010



Hayman Obstet Gynecol 2002

Uterine compression sutures



B-Lynch

Hayman or modified B-Lynch

Ouahba

- **Success rate of 75% (159/211).** Kayem Obstet Gynecol 2010
- No significantly differences depending on the method of uterine compression suture used. Kayem Obstet Gynecol 2010
- Less effective in cases of placenta accreta (61%).
- Effective in cases of failed vessel ligation (80%) Sentilhes Acta Obstet Gynecol 2008

Kayem Obstet Gynecol 2010	Women (n=211)	Women Undergoing Hysterectomy (n=52)
B-Lynch	79 (37)	19 (24 [15-35])
Modified B-Lynch	48 (23)	17 (35 [22-51])
Other*	32 (15)	4 (13 [4-29])
Unspecified	52 (25)	12 (23 [12-37])
Any suture	211 (100)	52 (25 [19-31])

Kayem Obstet Gynecol 2010	Women (n=211)	Women Undergoing Hysterectomy (n=52)
Atony	129 (61)	33 (26 [18-34])
Placenta praevia without accreta	15 (7)	2 (13 [2-40])
Placenta accreta	18 (9)	7 (39 [17-64])
Uterine tear	27 (13)	9 (33 [17-54])
Others*	22 (10)	1 (5 [0-23])

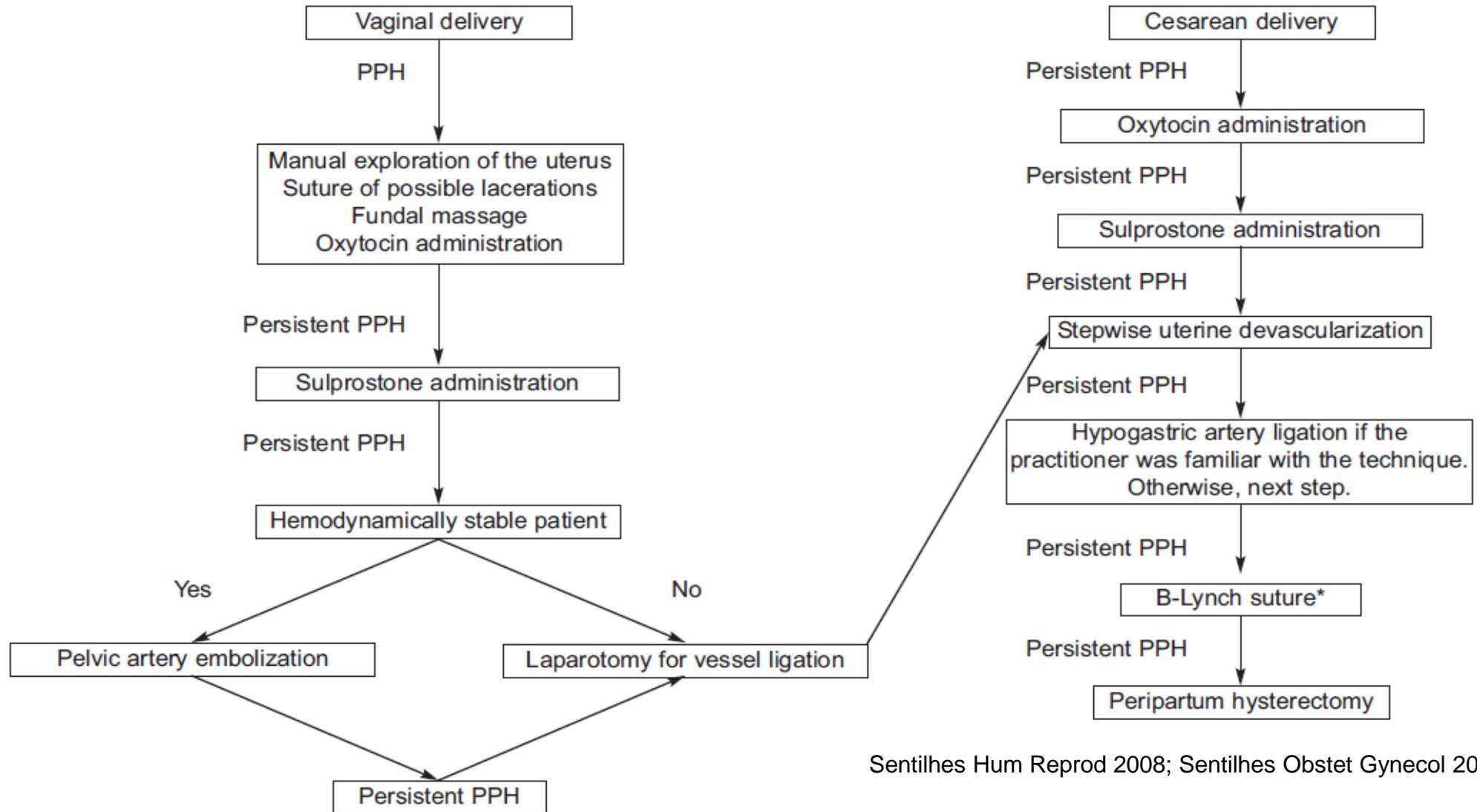
Uterine compression sutures

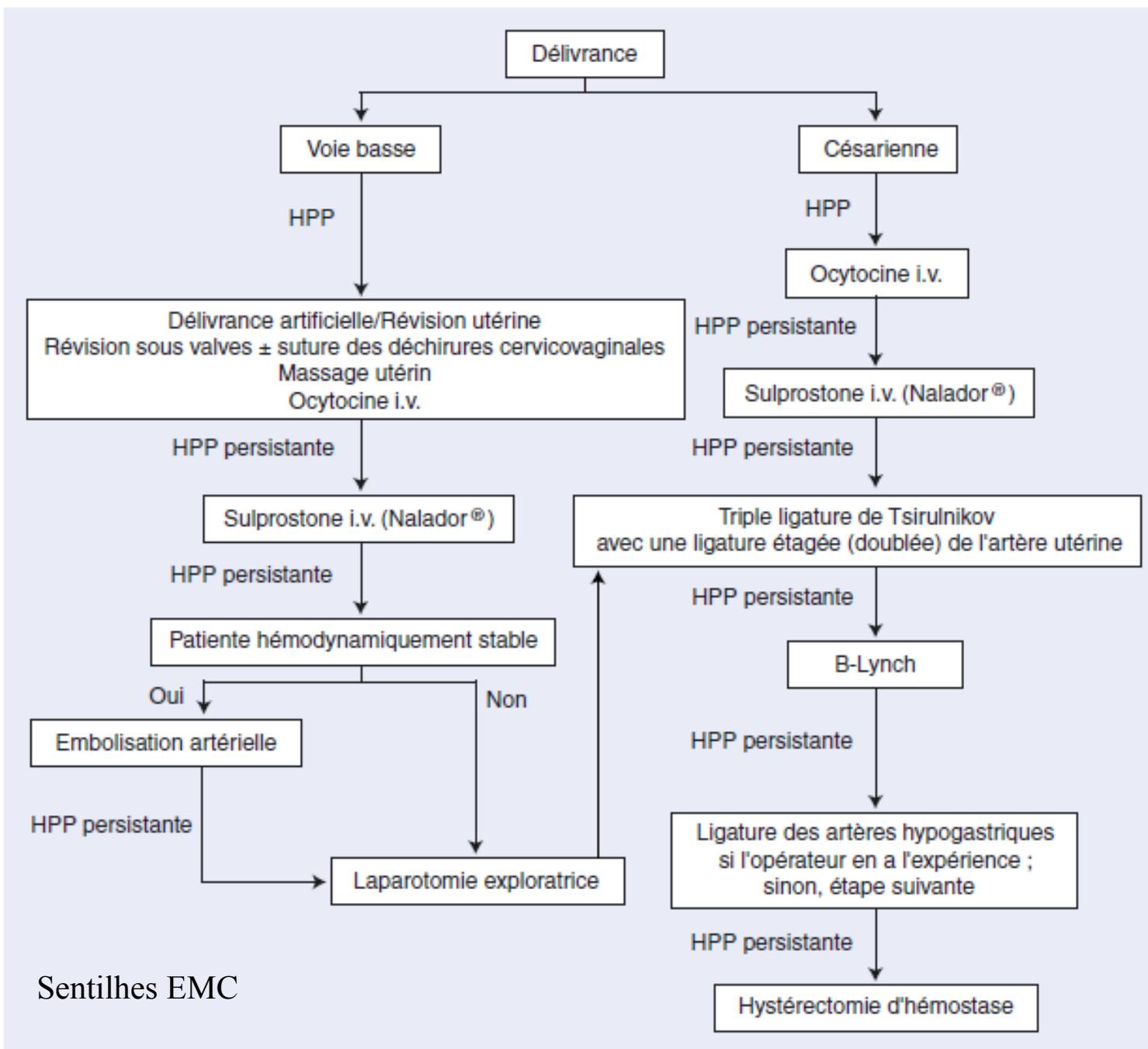
- **Adverse events:** Doumouchtsis Obstet Gynecol Surv 2007
 - **Immediate (Incidence 5%?):**
 - **Pyometria requiring peripartum hysterectomy** Ochoa Obstet Gynecol 2002
Sentilhes Acta Obstet Gynecol Scand 2008; Friederich AJOG 2007
 - **Uterine necrosis** Joshi BJOG 2004; Treloar BJOG 2006
 - **Erosion of a B-Lynch suture through the uterine wall** Grotegut J Reprod Med 2004
 - **Delayed:** Sentilhes Fertil Steril 2011
 - **Intrauterine synechia (5-10%?)** Roman, Sentilhes Fertil Steril 2005; Sentilhes Acta Obstet Gynecol Scand 2008; Alouini AJOG 2011; Poujade BJOG 2011
 - **Reassuring (in absence of synechia) but limited data regarding the fertility and obstetrical outcome.** Sentilhes Fertil Steril 2009

Uterine compression sutures

- Advantages:
 - Easy and fast to perform.
 - Reproducible.
 - Allowing a subsequent embolization in cases of recurrent haemorrhage.
 - Effective
- Disadvantages:
 - Immediate morbidity requiring subsequent hysterectomy?
 - Possible hidden long-term effect (synechia)

Proposed algorithm for the management of severe PPH in 2008





Sentilhes EMC

Figure 8. Arbre décisionnel. Prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP) résistantes au traitement médical. i.v. : intraveineux.

Prise en charge d'une HPP *en cours* de césarienne

Diagnostic d'HPP:

Mesure du volume aspiré
(sans liquide amniotique)
+ pesée des champs } ≥ 500 ml

+/- altération des constantes maternelles

Equipe obstétricale

Hémostase chirurgicale rapide
(hystérorraphie, suture des plaies)

Equipe anesthésique

- Oxytocine 5 à 10 UI IV Lente (40 UI au max)
- Feuille de surveillance HPP
- Maintien de l'hémodynamique
(expansion volémique par cristalloïdes)

Communication

HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques

(échec de la prise en charge initiale)

Utérotoniques (Sulprostone)

- 2^{ème} voie veineuse périphérique $\geq 16G$
- bilan biologique initial: NFSp, TP, TCA, Fibrinogène +/- hémocue[®]
- Mise en réserve de culots de globules rouges

Echec

Hémostase chirurgicale conservatrice :
capitonnage ou compression
et/ou ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH)

- **Oxygène**
- **Prévention de l'hypothermie**
- **Maintien de la pression artérielle**
remplissage cristalloïdes +/- colloïdes
+/- vasopresseurs

- **Conversion éventuelle en AG,**
si instabilité hémodynamique
- **Limiter la concentration des halogénés,**
notamment si atonie

- +/- Acide Tranexamique
- +/- Transfusion de CGR
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes

Echec

+/- rFVIIa

Hystérectomie inter-annexielle
(totale ou subtotale)

Prise en charge d'une HPP retardée* après césarienne

- . Remplissage (cristalloïdes +/- colloïdes)
- . +/- vasopresseurs
- . Bilan biologique : NFSp, TP, TCA, Fibrinogène. ± Hémocue®
- . Evaluation hémodynamique
- . Feuille de surveillance HPP
- . Concertation anesthésiste / obstétricien

Diagnostic :

saignement vaginal excessif
et/ou altération des constantes
maternelles

+/- **Echographie** abdo-pelvienne
(rétention, hémopéritoine)

Atonie utérine

- **Massage utérin**
- **Oxytocine** IV Lente (40 UI au maximum)
- **Sulprostone** si échec ou d'emblée selon gravité

Hémopéritoine

ou autre cause de saignement

(notamment doute sur une plaie utérine,
du pédicule utérin, lombo-ovarien, autre)

Echec

Patiente instable

Patiente stable

Laparotomie
(AG si instable)

- . Ballon intra-utérin
- . Embolisation +/- transfert

Echec

* **Suture éventuelle des plaies**
et déchirures ± ligatures vasculaires

* **Hémostase chirurgicale conservatrice :**
capitonnage ou compression
et/ou ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH)

Echec

- **Prévention de l'hypothermie**
- **Maintien de la pression artérielle**
remplissage cristalloïdes +/- colloïdes
+/- vasopresseurs

- **Limiter la concentration des halogénés,**
notamment si atonie
- **Poursuite des utérotoniques**
(oxytocine ou sulprostone)

- +/- **Acide Tranexamique**
- +/- **Transfusion de CGR**
- +/- **Plasma frais congelé**
- +/- **Fibrinogène**
- +/- **Plaquettes**

Hystérectomie inter-annexielle
(totale ou subtotale)

+/- rFVIIa



HPP: transport inter-hospitalier **Il est possible sous *certaines conditions***

- **Contact direct est indispensable entre la maternité d'origine et l'équipe du centre multidisciplinaire pour:**
 - Valider l'indication et la faisabilité du transfert
- **Décision multidisciplinaire:**
 - SAMU/SMUR et GO/MAR des 2 maternités (AP)
- **Transfert médicalisé après correction des défaillances vitales et évaluation hémodynamique juste avant le départ (AP)**
- **Les traitements de l'HPP (oxytocine, sulprostone, ballonnet de tamponnement intra-utérin) initiés dans la maternité d'origine doivent être poursuivis pendant le transport (AP).**



Prise en charge des placentas praevia

- **Définition: Latéral (5 cm), marginal, recouvrant**
- **Caractérisation: échographie endovaginale (grade C)**
 - Distance OI - bord du placenta, non associée à une majoration du risque hémorragique (NP4)
 - Recommandée si suspicion et localisation postérieure
- **Si hémorragie anténatale (modérée):**
 - Expectative et tocolyse 48h (grade C)
 - Ambulatoire possible après l'épisode hémorragique (AP)
- **L'accouchement (accord professionnel):**
 - Centre adapté (produits sanguins accessibles ++)
 - Age gestationnel à discuter au cas par cas mais si placenta praevia recouvrant asymptomatique, césarienne préférable entre 38⁺⁰ SA et 38⁺⁶ SA
 - Voie basse possible si non recouvrant (même si distance OI-placenta < 20mm)

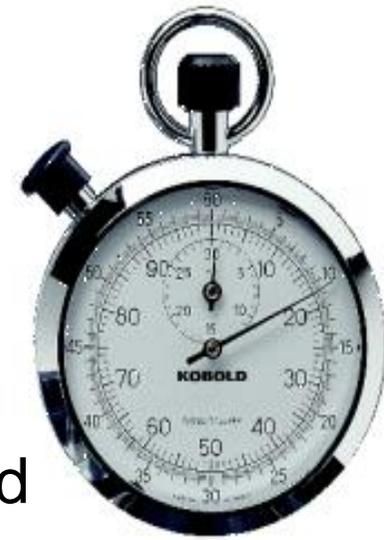


Prise en charge des placentas accretas

- **FDR principal: césariennes+++ mais aussi toute cicatrice utérine**
- **Le risque de placenta accreta augmente avec le nombre de césariennes antérieures (NP2).**
- **Dépistage anténatal (écho et IRM) du placenta accreta pourrait permettre d'améliorer la prise en charge (NP3).**
- **Du fait de la possibilité de faux positifs et négatifs de l'imagerie, il est conseillé d'avoir un avis spécialisé en cas de suspicion de placenta accreta (AP).**
- **L'accouchement en cas de placenta accreta suspecté en anténatal doit être réalisé dans une structure aux moyens humains et techniques adaptés (AP).**
- **Il est préférable de programmer l'accouchement au-delà de 34⁺⁰ SA sans dépasser 38⁺⁰ SA (AP).**
- **2 options possibles: césarienne-hystérectomie ou traitement conservateur (AP)**

Conclusions

- Management of PPH requires a **multidisciplinary team** (anesthesiologist, midwives).
- Uterine-sparing surgical procedures must not be multiplied and **delayed** the peripartum hysterectomy particularly:
 - In case of multiparity.
 - And if the patient's hemodynamic is unstable
- In case of placenta accreta, regardless of the chosen option, the patient and her partner should be warned of the high risk of maternal complications related to the placental disease.





TECHNIQUES CHIRURGICALES
gynécologie
obstétrique

Chirurgie en obstétrique

Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement

Philippe Deruelle, Gilles Kayem, Loïc Sentilhes

Ce livre permet de rappeler que la pratique obstétricale, pour être efficiente, doit pouvoir s'appuyer quand c'est nécessaire, sur une technique chirurgicale parfaitement maîtrisée. Il rappelle et expose au sein d'un livre didactique et pédagogique les techniques de chirurgie nécessaires pour assurer l'actus obstétricale et ses complications.

L'ouvrage réunit à la fois les techniques chirurgicales de base en obstétrique : césarienne, épisiotomie, obarienne, etc. mais aussi les techniques spécifiques indispensables pour faire face à des situations rares mais à haut risque pour la sécurité des patientes : ligatures vasculaires, hystérectomie d'hémostase, hystérectomie dans un contexte de placenta accretus, traitement conservateur du placenta accretus, prise en charge du périnée complet compliqué, réparation chirurgicale des fissures ano-vaginales et recto-vaginales après délabrement obstétrical, prise en charge des ruptures utérines, techniques d'appendicectomie chez une femme enceinte.

Chaque temps opératoire essentiel est décrit et expliqué par de nombreuses photographies doublées de dessins chirurgicaux de grande précision, ainsi que par des vidéos dans le but d'approcher au plus près la réalité du geste chirurgical.

Cet ouvrage s'adresse aux gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique.

Philippe Deruelle est professeur des universités, praticien hospitalier au Pôle d'obstétrique Femme, mère et nouveau-né du CHU de Lille.

Gilles Kayem est professeur des universités, praticien hospitalier, chef de service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Trousseau à Paris.

Loïc Sentilhes est professeur des universités, praticien hospitalier en gynécologie-obstétrique au CHU d'Angers.

Retrouvez tous nos ouvrages sur
www.elsevier-masson.fr



© C. Collin-Jean S.A.



TECHNIQUES CHIRURGICALES
gynécologie
obstétrique

TECHNIQUES CHIRURGICALES
gynécologie
obstétrique



Chirurgie en obstétrique

Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement

Philippe Deruelle
Gilles Kayem
Loïc Sentilhes

Chirurgie en obstétrique

P. Deruelle
G. Kayem / L. Sentilhes

ELSEVIER
MASSON

