

24.3 PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE

Le diagnostic de chaque situation repose sur l'examen clinique.

MENACE D'AVORTEMENT

- En général, aucun traitement médical n'est nécessaire.
- Conseillez à la patiente d'éviter les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'elle garde le lit.
- Si le saignement cesse, faites suivre la patiente en consultation prénatale. Si le saignement reprend, la réexaminer.
- Si le saignement persiste, appréciez la viabilité du fœtus (test de grossesse/échographie) ou recherchez une grossesse ectopique (échographie). Un saignement persistant, en particulier si l'utérus est trop gros pour le terme, peut indiquer la présence de jumeaux ou une grossesse molaire.
- Ne pas administrer d'hormones (comme les estrogènes ou les progestatifs) ni de tocolytiques (comme le salbutamol ou l'indométacine) car ils n'empêchent pas une fausse couche.

AVORTEMENT INÉVITABLE

Si la grossesse a moins de 16 semaines

1. Prévoyez d'évacuer le contenu de l'utérus. S'il est impossible de procéder immédiatement à une évacuation de la cavité utérine :
 - administrez 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire)

OU

 - 400 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 heures si nécessaire).
2. Prenez les dispositions nécessaires pour pouvoir procéder à l'évacuation utérine au plus vite.

Si la grossesse a plus de 16 semaines

1. Attendez l'expulsion spontanée des produits de conception puis, le cas échéant, évacuez les débris intra-utérins ;
2. Si nécessaire perfusez 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) à raison de 40 gouttes par minute pour faciliter l'expulsion des produits de conception.
3. Assurez le suivi de la patiente après l'avoir traitée.

Diagnostic et prise en charge des complications de l'avortement

Symptômes et signes cliniques	Complication	Conduite à tenir
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales basses • Douleur abdominale à la décompression • Utérus sensible • Saignement prolongé • Malaise • Fièvre • Leucorrhées nauséabondes • Collection suppurée au niveau du col • Douleur à la mobilisation du col 	Infection/ septicémie	Commencez à administrer les antibiotiques ¹ le plus tôt possible avant de procéder à une aspiration manuelle intra-utérine.
<ul style="list-style-type: none"> • Crampes/douleurs abdominales • Douleur abdominale à la décompression • Distension abdominale • Défense ou contracture abdominale • Douleur scapulaire • Nausées/vomissements • Fièvre 	Lésions traumatiques utérines, vaginales ou intestinales	Pratiquez une laparotomie pour réparer la lésion et procédez simultanément à une aspiration manuelle intra-utérine. Cherchez de l'aide si nécessaire.

¹ Traitement IV

- 2 g d'ampicilline toutes les 6 heures,
- PLUS 5 mg/kg de gentamicine toutes les 24 heures,
- PLUS 500 mg de métronidazole toutes les 8 heures,

Traitement à poursuivre en IV pendant 48 heures après disparition de la fièvre.

AVORTEMENT INCOMPLET

Si le saignement est léger à modéré et si la grossesse a moins de 16 semaines

Extraire les produits de conception faisant protrusion à travers le col, manuellement ou à l'aide d'une pince porte-tampons.

Si le saignement est important et si la grossesse a moins de 16 semaines

Évacuez les débris intra-utérins. La méthode d'évacuation recommandée est l'aspiration manuelle intra-utérine. Ne faites une évacuation par curetage instrumental que si l'aspiration manuelle n'est pas disponible.

S'il n'est pas possible de procéder immédiatement à une évacuation de la cavité utérine

- administrez 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) ;
OU
- 400 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 heures si nécessaire).

Si la grossesse a plus de 16 semaines

1. Perfusez 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) à raison de 40 gouttes par minute jusqu'à expulsion des produits de conception.
2. Si nécessaire, administrez 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les 4 heures jusqu'à expulsion des produits de conception, mais ne pas dépasser 800 µg.
3. Évacuez tous les produits de conception restant dans l'utérus.
4. Assurez le suivi de la patiente après l'avoir traitée.

AVORTEMENT COMPLET

1. En général, il n'est pas nécessaire d'évacuer la cavité utérine.
2. Observez la patiente et recherchez un saignement abondant.
3. Assurez le suivi de la patiente après l'avoir traitée (voir ci-dessous).

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (ECTOPIQUE)**Symptômes et signes cliniques de grossesse ectopique rompue ou non rompue**

Grossesse ectopique non rompue	Grossesse ectopique rompue
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de grossesse débutante (microrragies et métrorragies irrégulières, nausées, tension mammaire, coloration bleuâtre du vagin et du col, ramollissement du col, léger agrandissement de l'utérus, mictions fréquentes) • Douleurs abdominales et pelviennes 	<ul style="list-style-type: none"> • Malaises et asthénie • Pouls rapide et filant (110/min ou plus) • Hypotension • Hypovolémie • Douleurs abdominales et pelviennes aiguës • Distension abdominale¹ • Douleur abdominale à la décompression • Pâleur

¹ Associé à une matité mobile, un abdomen distendu peut indiquer la présence de sang libre dans la cavité abdominale.

Les symptômes et signes cliniques sont extrêmement variables selon que la grossesse s'est rompue ou non.

La culdocentèse (ponction du cul-de-sac de Douglas) est un bon moyen de diagnostic de la rupture d'une grossesse ectopique, mais elle est moins

fiable que l'association d'un test de grossesse sanguin et d'une échographie. Si le sang ramené à la culdocentèse ne coagule pas, prendre la patiente en charge immédiatement.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la grossesse ectopique le plus courant est la menace d'avortement. Néanmoins, d'autres diagnostics différentiels comme une infection génitale haute aiguë ou chronique, une torsion ou une rupture de kyste ovarien ou une appendicite aiguë sont possibles.

Si l'établissement dispose du matériel nécessaire, une échographie peut faciliter le diagnostic différentiel entre une menace d'avortement, une torsion de kyste de l'ovaire et une appendicite aiguë.

Prise en charge immédiate

1. Faites un contrôle de compatibilité du sang et prendre les dispositions nécessaires pour pratiquer immédiatement une laparotomie.

N'attendez pas l'arrivée de sang pour commencer l'opération.

2. Pendant l'intervention, inspectez les ovaires et les trompes de Fallope :
 - Si la trompe est gravement altérée, faire une salpingectomie (exciser ensemble la trompe qui saigne et les produits de conception) : c'est le traitement de choix dans la plupart des cas.
 - Plus rarement, si la trompe n'est que peu altérée, faites une salpingotomie (ce qui permet d'extraire les produits de conception tout en conservant la trompe) : il importe de ne procéder de la sorte que lorsqu'il est très important pour la patiente de préserver sa fécondité, le risque d'une autre grossesse ectopique étant élevé.

Autotransfusion péri-opératoire

En cas d'hémorragie importante, on peut recourir à la récupération du sang épanché et à la transfusion autologue. Le sang épanché doit être indiscutablement frais et libre d'infection. Dans les stades avancés de la grossesse, le sang est contaminé par le liquide amniotique et ne doit pas être utilisé pour des autotransfusions. On peut récupérer le sang soit avant l'opération, soit une fois que l'abdomen a été ouvert :

1. Lorsque la patiente est allongée sur la table d'opération, avant l'intervention, et que son abdomen est distendu par le sang, il est parfois possible d'introduire une aiguille dans la paroi abdominale et de récupérer le sang dans une poche de don.
2. Si ce n'est pas possible, pratiquer la laparotomie et récupérer le sang épanché pour autotransfusion comme indiqué page 121.

HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE

L'hématome rétroplacentaire (abruptio placentæ) est le décollement du placenta normalement inséré, qui se détache de la paroi utérine avant l'accouchement.

1. Évaluez 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.
2. Transfusez selon les besoins, de préférence du sang frais.
3. Si le saignement est abondant (apparent ou non), procédez à l'accouchement le plus vite possible.
 - Si le col est complètement dilaté, extrayez le fœtus par ventouse obstétricale.
 - Si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent, pratiquez une césarienne.

Pour tous les cas d'hématome rétroplacentaire, se préparer à faire face à une hémorragie du post-partum.

4. Si le saignement est léger à modéré (la patiente n'est pas en danger dans l'immédiat), la conduite à tenir dépend des bruits du cœur fœtal :
 - Si le rythme cardiaque fœtal est normal ou absent, rompez les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher.
 - Si les contractions sont de mauvaise qualité, administrez de l'ocytocine pour renforcer l'activité utérine.
 - Si le col est défavorable à l'accouchement (col ferme, épais, fermé), pratiquez une césarienne.
 - Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 100/min ou supérieur à 180/min) :
 - procédez rapidement à un accouchement par voie basse,
 - si l'accouchement par voie basse est impossible, pratiquez immédiatement une césarienne

COAGULOPATHIE (DÉFAUT DE COAGULATION)

La coagulopathie est à la fois une cause et une conséquence de l'hémorragie obstétricale massive. Ses causes peuvent être multiples :

- hématome rétroplacentaire,
- mort fœtale *in utero*,
- éclampsie,
- embolie amniotique.

Le tableau clinique de la coagulopathie va de l'hémorragie grave associée ou non à des complications de type thrombose à un état cliniquement stable dans lequel l'affection ne peut être détectée que par des analyses biologiques.

Dans de nombreux cas de pertes de sang importantes, il est possible d'empêcher le développement d'une coagulopathie en rétablissant rapidement le volume sanguin par une perfusion de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate).

1. Traitez la cause éventuelle de la déficience.
2. Utilisez des produits sanguins pour contenir l'hémorragie.
3. Injectez du sang total frais, si possible, pour remplacer les facteurs de coagulation et les globules rouges.
4. Si l'établissement ne dispose pas de sang total frais, optez pour une des solutions suivantes, en fonction des possibilités :
 - injectez du plasma frais congelé pour remplacer les facteurs de coagulation (15 ml/kg),
 - injectez un concentré de globules rouges (ou des globules rouges sédimentés) pour compenser les pertes,
 - injectez un cryoprécipité pour remplacer le fibrinogène,
 - injectez des concentrés de plaquettes (si le saignement n'a pas cessé et que la numération plaquettaire est inférieure à 20 000/mm³).

Pour en savoir plus, voir *The Clinical Use of Blood* (WHO, 2001, pp. 223-224).

RUPTURE UTÉRINE

Le sang provenant d'une rupture utérine s'écoule généralement par le vagin, à moins que la tête fœtale n'obstrue le pelvis. Dans ce cas, le saignement peut aussi être intra-abdominal. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'une rupture du segment inférieur de l'utérus qui s'étend jusqu'au ligament large, le sang ne se déverse pas dans la cavité abdominale.

1. Rétablissez le volume sanguin en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) avant l'intervention chirurgicale.
2. Dès que la patiente est stabilisée, pratiquez une laparotomie et extrayez l'enfant et le placenta.
3. S'il est moins risqué de réparer l'utérus que de faire une hystérectomie et que les berges de la déchirure ne sont pas nécrosées, procéder à la suture de la brèche utérine. Cela demandera moins de temps et entraînera une perte de sang moins importante qu'une hystérectomie.

Le risque de rupture lors des grossesses à venir étant élevé, une fois l'urgence traitée, il est nécessaire d'aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente.

4. S'il est impossible de réparer l'utérus, procédez à une hystérectomie subtotal. Si la plaie s'étend au col et au vagin, il peut être nécessaire de pratiquer une hystérectomie totale.

PLACENTA PRÆVIA

Le placenta prævia est caractérisé par son insertion à proximité du col ou dans celui-ci (Figure 24.1).

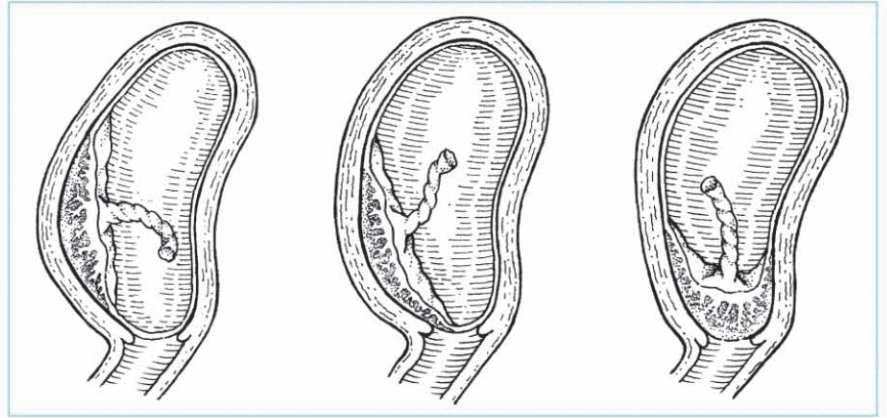


Figure 24.1 : Insertion du placenta à proximité du col ou dans celui-ci : a) placenta prævia latéral, b) placenta prævia partiel, c) placenta prævia recouvrant

Ne faites pas d'examen vaginal à moins que tout soit prêt pour procéder immédiatement à une césarienne.

1. Faites un examen prudent au spéculum pour éliminer d'autres causes de saignement telles que les cervicites, les lésions traumatiques, les polypes endocervicaux ou les tumeurs malignes du col. En revanche, la présence d'une de ces affections n'exclut pas la possibilité d'un placenta prævia.
2. Rétablissez le volume sanguin en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate).
3. Évaluez l'importance du saignement :
 - si le saignement est abondant et continu, prendre les dispositions nécessaires pour un accouchement par césarienne, sans tenir compte de la maturité du fœtus,
 - si le saignement est faible ou s'il a cessé et que le fœtus est vivant mais risque d'être prématuré, envisager la solution d'expectative (c'est-à-dire attendre, en surveillant la patiente) jusqu'à ce que l'accouchement ait lieu ou que le saignement redevienne abondant :
 - gardez la patiente à l'hôpital jusqu'à l'accouchement,
 - corrigez l'anémie en lui donnant 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois,
 - assurez-vous qu'il y a du sang disponible pour le cas où une transfusion serait nécessaire,
 - si le saignement reprend, comparer les avantages et les risques qu'il y aurait pour la patiente et le fœtus à ce que l'on continue à attendre au lieu de procéder à l'accouchement, puis prenez une décision.

Confirmation diagnostique

Si l'établissement dispose d'un matériel fiable, pratiquez une échographie pour localiser le placenta. Si l'échographie confirme le diagnostic de placenta prævia et que le fœtus est mature, programmez l'accouchement.

Si l'établissement ne dispose pas de matériel d'échographie ou si les résultats de l'échographie ne sont pas fiables et si la grossesse a moins de 37 semaines, prenez la patiente en charge comme pour un placenta prævia jusqu'à 37 semaines.

Si l'établissement ne dispose pas de matériel d'échographie ou si les résultats de l'échographie ne sont pas fiables et si la grossesse a 37 semaines ou plus, examinez la patiente et prenez les dispositions nécessaires pour pouvoir réaliser aussi bien un accouchement par voie basse qu'une césarienne.

La patiente est installée en salle d'opération et l'équipe chirurgicale est prête.

1. Assurez-vous que deux voies veineuses soient en place, avec remplissage en cours et que du sang compatible avec celui de la patiente soit disponible.
2. Procédez à l'examen du col avec un spéculum stérile.
 - Si le col est partiellement dilaté et le tissu placentaire visible, confirmez le placenta prævia et démarrez l'accouchement par césarienne.
 - Si le col n'est pas dilaté, palpez avec précaution les culs-de-sac vaginaux :
 - si le toucher révèle la présence d'un tissu spongieux, confirmez le placenta prævia et démarrez l'accouchement par césarienne ;
 - si le toucher révèle la présence d'une tête fœtale ferme, écarter l'éventualité d'un placenta prævia grave et déclenchez l'accouchement par voie basse.
 - Si le diagnostic de placenta prævia n'est toujours pas certain, procédez à un toucher vaginal prudent :
 - si le toucher révèle la présence de tissus mous dans le col, confirmez le placenta prævia et démarrez l'accouchement par césarienne (voir ci-dessous) ;
 - si le toucher révèle la présence de membranes et de parties du corps fœtal à la fois au centre et au bord du col, éliminez l'hypothèse de placenta prævia et déclenchez l'accouchement par voie basse.

Les femmes avec un placenta prævia présentent un haut risque d'hémorragie du post-partum et de placenta accreta, affection relativement fréquente au niveau d'une ancienne cicatrice utérine.

Si après un accouchement par césarienne, il existe une hémorragie au site d'insertion placentaire :

1. Faites des points d'hémostase.
2. Perfusez de l'ocytocine à raison de 20 unités par litre de perfusion (sérum salé ou Ringer-lactate) à 60 gouttes/min.
3. Si l'hémorragie survient dans le post-partum, faites le traitement adéquat qui peut aller jusqu'à la ligature des artères utérines ou à l'hystérectomie.

ATONIE UTÉRINE

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

1. Continuez à masser le fond utérin.
2. Utilisez des ocytociques soit simultanément, soit de manière séquentielle.

Utilisation des ocytociques

	Ocytocine	Ergométrine/ méthylergométrine	15-méthyl prostaglandine F2α
Voie d'administration et posologie	IV : 20 unités dans 1 litre de solution intraveineuse à raison de 60 gouttes par minute IM : 10 unités	IM ou IV (en injection lente) : 0,2 mg	IM : 0,25 mg
Dose d'entretien	IV : 20 unités dans 1 litre de solution intraveineuse, à raison de 40 gouttes par minute	IM : 0,2 mg 15 minutes après la dose de charge IM ou IV : 0,2 mg (en injection lente) toutes les 4 heures si nécessaire	0,25 mg toutes les 15 minutes
Dose maximale	3 litres de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine	5 doses (total : 1,0 mg)	8 doses (total : 2 mg)
Précautions/ contre-indications	Ne pas administrer sous forme de bolus intraveineux	hypertension artérielle, prééclampsie, maladie cardiaque	asthme

Ne pas administrer de prostaglandines par voie intraveineuse. Cela pourrait être fatal.

3. Anticipez un éventuel besoin de sang et transfusez selon les besoins.
4. 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), procédez à l'extraction du tissu placentaire restant ;
 - évaluez 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.
5. Puis, si le saignement n'a toujours pas cessé :
 - Procédez à une compression bimanuelle de l'utérus (Figures 24.2 et 24.3) et maintenez la compression jusqu'à ce que l'hémorragie soit contrôlée et que l'utérus se contracte.

- À défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercez une compression de l'aorte (Figure 24.4).
- Si l'hémorragie persiste malgré la compression, faites une ligature des artères utérines et utéro-ovariennes : si l'hémorragie persiste mettant en jeu le pronostic vital, faites une hystérectomie subtotale.

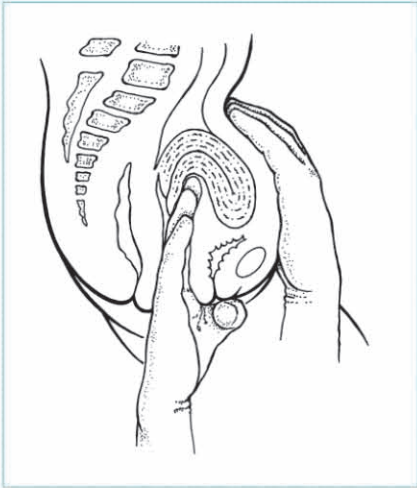


Figure 24.2 : Compression bimanuelle de l'utérus

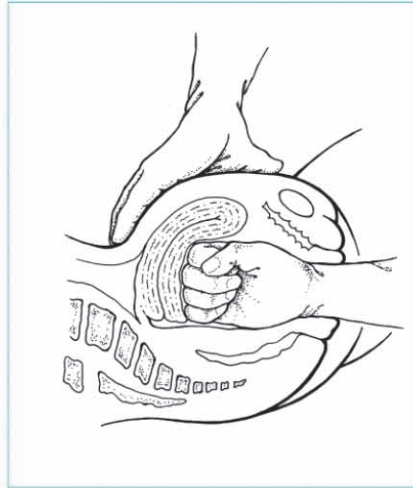


Figure 24.3 : Compression bimanuelle de l'utérus

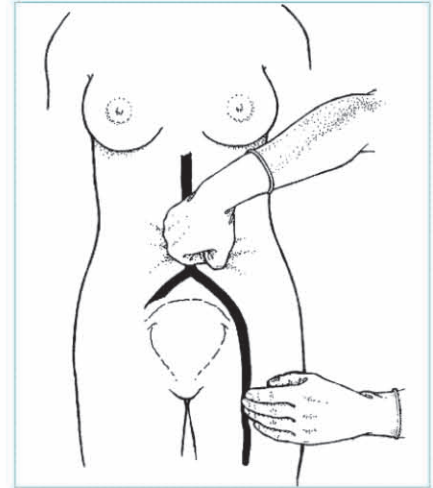


Figure 24.4 : Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral

TECHNIQUE

- Enfilez des gants stériles ou désinfectés.
- Introduisez une main dans le vagin et fermez le poing.
- Fermez la main.
- Placez le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercez une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.
- Avec l'autre main, exercez une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus.
- Maintenez la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte

Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.

DÉCHIRURES DU COL, DU VAGIN OU DU PÉRINÉE

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.

1. Examinez soigneusement la patiente et procédez, le cas échéant, à la réparation des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.
2. Si le saignement persiste, évaluez la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente.

RÉTENTION PLACENTAIRE COMPLÈTE

1. Si vous pouvez voir le placenta, demandez à la patiente de l'expulser. Si vous sentez le placenta dans le vagin, enlevez-le.
2. Assurez-vous que la vessie soit vide. Au besoin, posez une sonde.
3. Si le placenta n'a pas été expulsé, administrez 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.
4. N'administrez pas d'ergométrine car cela provoquerait des contractions toniques de l'utérus qui pourraient retarder l'expulsion du placenta.
5. Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine, essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon.

Évitez les tractions énergiques sur le cordon et les fortes pressions sur le fond utérin, ce qui pourrait provoquer une inversion utérine.

6. Si la traction mesurée du cordon est infructueuse faites une délivrance manuelle. 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.
7. Si le saignement persiste, évaluez 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.
8. Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrez les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.

RÉTENTION PLACENTAIRE PARTIELLE

Lorsqu'une portion du placenta – un ou plusieurs lobes – est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement.

- Introduisez 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.
- Procédez à l'extraction des fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.
- Si le saignement persiste, évaluez la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente.

INVERSION UTÉRINE

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne pendant la délivrance.

1. Repositionnez-le 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.
2. Si la douleur est très forte, injectez 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 ou IV très lente.
3. Administrez 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.
4. Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrez-lui les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.
5. En cas de nécrose présumée, procédez à une hystérectomie par voie vaginale. Il peut être nécessaire pour cela de transférer la patiente dans un centre de soins tertiaires.
6. N'administrez pas d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée.

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM TARDIF (« SECONDAIRE »)

1. En cas d'anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl ou hématokrite inférieur à 20 %), prenez les dispositions nécessaires pour une transfusion et administrez du fer et de l'acide folique par voie orale.
2. Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrez-lui les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.

Une hémorragie prolongée ou tardive du post-partum peut être un signe d'endométrite.

3. Administrez des ocytociques.
4. Si le col est dilaté, faites une révision utérine et extrayez les gros caillots et les débris placentaires. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle.
5. Si le col n'est pas dilaté, évacuez l'utérus pour en retirer les débris placentaires.
6. Si le saignement persiste, ce qui est rare, envisagez de procéder à une ligature des artères utérines ou utéro-ovariennes ou à une hystérectomie.
7. Si possible, faites un examen histologique des éléments extraits au curetage ou d'un échantillon de tissu utérin recueilli lors de l'hystérectomie pour exclure l'hypothèse d'une tumeur trophoblastique.

24.4 INTERVENTIONS

ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE

1. Apportez un soutien psychologique à la patiente, encouragez-la et administrez-lui du paracétamol 30 minutes avant l'intervention. Dans certains cas rares, il se peut qu'un bloc paracervical soit nécessaire.
2. Préparez la seringue à AMIU (dans le cas d'une grossesse molaire, si le contenu de l'utérus risque d'être important, se munir de trois seringues prêtes à l'emploi) :
 - assemblez la seringue,
 - fermez la valve de compression,
 - tirez sur le piston jusqu'à ce que les bras soient bloqués.
3. Même si le saignement est léger, administrez 10 unités d'ocytocine ou 0,2 mg d'ergométrine en IM avant d'entreprendre l'intervention, pour contracter le myomètre et limiter le risque de perforation.
4. Faites un examen pelvien bimanuel pour apprécier le volume et la position de l'utérus et l'état des culs-de-sac vaginaux.
5. Badigeonnez le vagin et le col avec une solution antiseptique (en particulier au niveau de l'orifice). Insérez un spéculum ou un écarteur dans le vagin.
6. Examinez le col et recherchez des déchirures ou une extériorisation des produits de conception. Si les produits de conception sont présents dans le vagin ou le col, procédez à leur extraction en utilisant une pince porte-tampons.
7. Saisissez délicatement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux ou une pince de Pozzi à un seul mors (Figure 24.5).
 - Dans le cas d'un avortement incomplet, il est préférable d'utiliser une pince porte-tampons qui a moins de chances que la pince de Pozzi de léser le col lors de la traction et dont la pose ne nécessite pas l'injection de lidocaïne.
8. Si on se sert d'une pince de Pozzi pour abaisser le col, il convient de commencer par injecter 1 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % dans la lèvre antérieure ou postérieure du col après l'avoir exposée à l'aide du spéculum (la position à 10 heures ou à 12 heures est habituellement utilisée).
9. La dilatation n'est nécessaire que dans les cas de rétention d'œuf mort ou lorsque des débris ovulaires sont restés dans l'utérus pendant plusieurs jours après l'avortement :
 - introduisez délicatement la sonde ou la curette la plus large possible ;
 - n'utilisez des dilateurs numérotés que si la canule ou la curette ne pénètre pas ; allez du plus petit au plus gros pour obtenir une dilatation adéquate (en général de 10 à 12 mm) (Figure 24.6) ;
 - veillez à ne pas léser le col et à ne pas créer de fausse route.

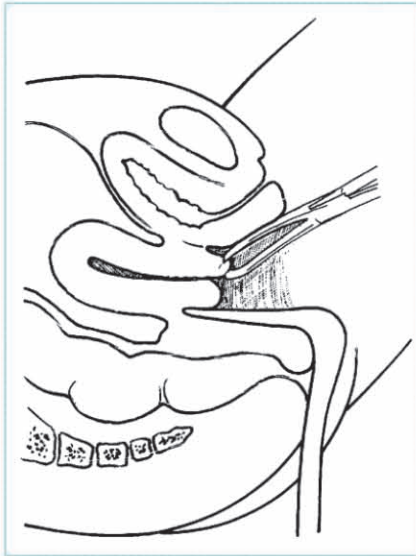


Figure 24.5 : Aspiration manuelle intra-utérine : exposition du col utérin

10. Tout en exerçant une légère traction sur le col, faites passer la canule dans le col puis faites-la pénétrer dans la cavité utérine, juste au-delà de l'orifice interne (Figure 24.6). Imprimez un mouvement de rotation à la canule en même temps qu'une légère pression pour faciliter son passage dans le canal cervical.

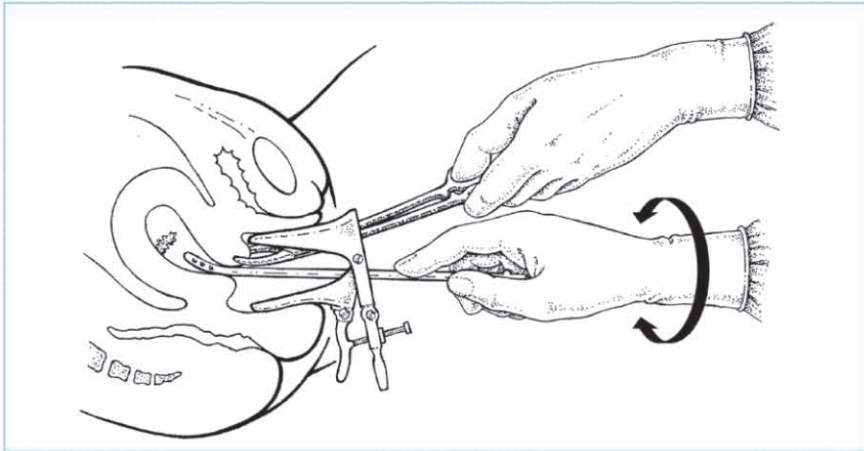


Figure 24.6 : Aspiration manuelle intra-utérine : mise en place de la canule

11. Poussez doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, sans dépasser 10 cm. Mesurez la hauteur utérine au nombre de stries visibles sur la canule puis tirez légèrement la canule vers l'arrière.
12. Fixez la seringue à AMIU préparée à la sonde en tenant la pince de Museux (ou la pince de Pozzi) et l'extrémité de la canule dans une main et la seringue dans l'autre.
13. Ouvrez la ou les valves de compression de la seringue de façon à créer un vide dans la cavité utérine. Évacuez le contenu de l'utérus en imprimant une légère rotation à la seringue d'un côté à l'autre (entre les positions 10 h et 12 h) puis en faisant lentement reculer et avancer la sonde dans la cavité utérine. (Figure 24.7).

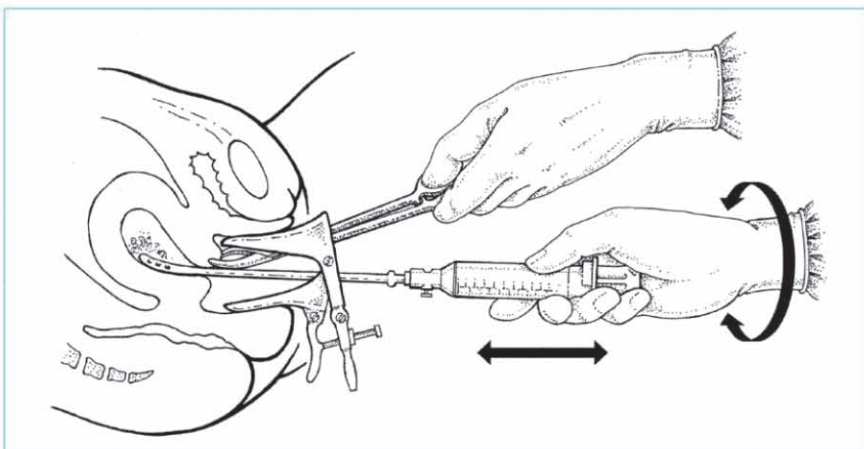


Figure 24.7 : Aspiration manuelle intra-utérine : évacuation du contenu de l'utérus

- 14 Vérifiez la présence de signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus :
- apparition d'une mousse rouge ou rose dans la canule et absence de tissus ;
 - sensation de crissement à l'entrée en contact de la canule avec la surface de l'utérus une fois celui-ci évacué ;
 - l'utérus se contracte (se resserre sur la canule).
15. Retirez la sonde, détachez la seringue et placez-la dans une solution décontaminante. Ouvrez la valve et videz le contenu de la seringue à AMIU dans une cupule dotée d'un filtre en poussant sur le piston. Mettez la seringue vide sur un plateau ou dans un récipient désinfecté jusqu'à ce que la parfaite vacuité de l'utérus soit confirmée.
16. Retirez la pince de Pozzi et le spéculum puis faites un examen bimanuel pour vérifier le volume et la fermeté de l'utérus.
17. Faites une inspection rapide des tissus extraits de l'utérus de façon à en évaluer la quantité et à vérifier la présence de produits de conception, à vous assurer de l'évacuation complète de l'utérus et à vous assurer de l'absence de grossesse molaire (affection rare). Si les débris évacués ne contiennent apparemment pas de produits de conception :
- ils peuvent avoir été expulsés avant l'aspiration manuelle intra-utérine (avortement complet) ;
 - la cavité utérine peut paraître vide mais ne pas l'être complètement, dans ce cas, renouvelez l'évacuation ;
 - le saignement vaginal peut ne pas être dû à un avortement incomplet (métrorragies observables notamment avec les contraceptifs hormonaux ou en cas de fibrome utérin, par exemple) ;
 - l'utérus peut être anormal (il peut s'agir par exemple d'un utérus double et que la canule ait été introduite du côté qui ne contenait pas les produits de conception).
18. L'absence de produits de conception chez une femme présentant des symptômes de grossesse a de grandes chances d'être le signe d'une grossesse ectopique. Insérez doucement un spéculum dans le vagin et y rechercher un saignement. Si l'utérus est toujours mou et n'a pas diminué de volume ou si le saignement persiste et s'il est intense, renouveler l'évacuation.

LE PRÉLÈVEMENT

Si nécessaire, filtrez et rincez les tissus pour en retirer l'excès de caillots sanguins, puis mettez-les dans un récipient contenant de l'eau claire, du sérum physiologique ou de l'acide acétique dilué (vinaigre) pour les examiner. Il est souhaitable chaque fois que c'est possible d'en envoyer des échantillons au laboratoire pour examen anatomopathologique.

DILATATION ET CURETAGE

Pour l'évacuation de l'utérus, utilisez de préférence la méthode de l'aspiration manuelle intra-utérine. Ne recourez à la dilatation et au curetage que si le matériel d'aspiration manuelle intra-utérine n'est pas disponible.

1. Suivez les étapes initiales décrites pour l'aspiration manuelle intra-utérine.
2. Introduisez délicatement un hystéromètre dans le col pour évaluer la hauteur et l'orientation de l'utérus. Introduisez prudemment une curette la plus large possible. N'utilisez des dilateurs numérotés que si la canule ou la curette ne pénètre pas. Allez du plus petit au plus gros pour obtenir une dilatation adéquate (en général de 10 à 12 mm) (Figure 24.8). Veillez à ne pas léser le col et à ne pas créer de fausse route.
3. Évacuez le contenu de l'utérus avec une pince porte-tampons ou une grosse curette (Figure 24.9). Curetez délicatement les parois de l'utérus jusqu'à perception d'un crissement.
4. Faites un examen pelvien bimanuel pour apprécier le volume et la position de l'utérus et l'état des culs-de-sac vaginaux. Examinez le matériel évacué. Envoyez le matériel pour analyse histopathologique, chaque fois que possible.

Soins postopératoires

1. Administrez 500 mg de paracétamol par voie orale à la patiente, chaque fois que c'est nécessaire.
2. Encouragez-la à manger, à boire et à marcher à sa convenance.
3. Proposez-lui si possible, d'autres services de santé, notamment une prophylaxie antitétanique, un conseil ou une méthode de planification familiale.
4. Pour les cas sans complications, laissez la patiente quitter l'établissement après une à deux heures.
5. Indiquez-lui quels sont les symptômes et signes cliniques auxquels elle doit prêter attention :
 - crampes prolongées (plus de quelques jours) ;
 - saignement prolongé (plus de 2 semaines) ;
 - saignement plus important que le saignement menstruel habituel ;
 - douleur aiguë ou croissante ;
 - fièvre, frissons ou malaises ;
 - pertes de connaissance.

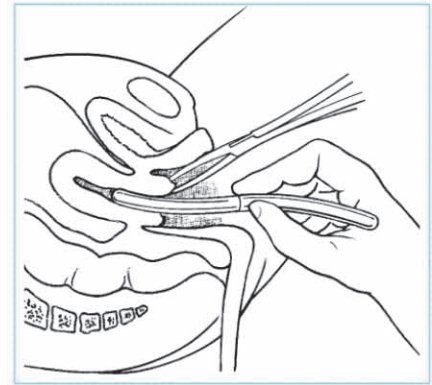


Figure 24.8 : Dilatation du col

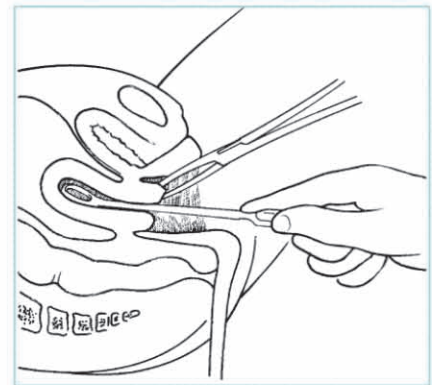


Figure 24.9 : Curetage utérin

CULDOCENTÈSE

1. Badigeonnez le vagin avec une solution antiseptique (en particulier le cul-de-sac postérieur) avec une solution antiseptique.
2. Apportez un soutien psychologique à la patiente et encouragez-la. Si nécessaire, faire une infiltration locale de lidocaïne.
3. Saisissez doucement la lèvre postérieure du col avec une pince de Pozzi et relevez doucement le col de façon à le porter en avant et à exposer la paroi postérieure du vagin.
4. Adaptez une longue aiguille (aiguille à ponction lombaire par exemple) sur une seringue et enfoncez-la dans la paroi postérieure, juste en dessous de la lèvre postérieure du col (Figure 24.10).

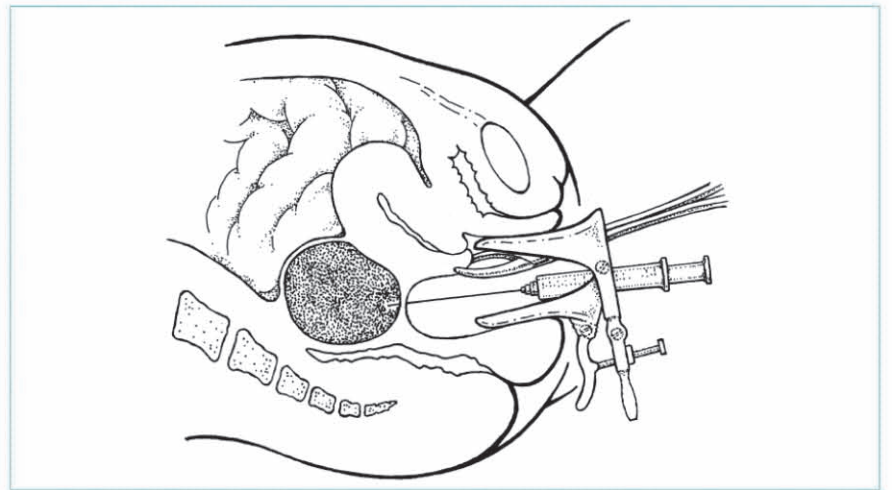


Figure 24.10 : Ponction diagnostique du cul-de-sac de Douglas

5. Tirez le piston de la seringue pour aspirer le contenu du cul-de-sac de Douglas (l'espace qui se trouve derrière l'utérus) :
 - Si la ponction ramène du sang non coagulable, redoutez une grossesse ectopique.
 - Si la ponction ramène du sang coagulable, il se peut que l'aspiration ait été faite dans une veine ou une artère. Retirez l'aiguille, modifiez-en la position et aspirez à nouveau.
 - Si la ponction ramène un liquide clair ou jaune, c'est qu'il n'y a pas de sang dans le péritoine. Il se peut cependant que la patiente ait développé une grossesse ectopique qui ne se soit pas encore rompue et qu'une observation et des examens complémentaires soient nécessaires.
 - Si la ponction ne ramène aucun liquide, retirez l'aiguille, modifiez-en la position et aspirez à nouveau. Si la ponction ne ramène toujours pas de liquide, il se peut que la patiente ait développé une grossesse ectopique qui ne se soit pas encore rompue.
 - Si la ponction ramène du pus, laissez l'aiguille en place et procédez à une colpotomie (voir ci-dessous).

COLPOTOMIE

1. Si la culdocentèse donne issue à du pus, laissez l'aiguille en place et faites une incision à l'aide d'un instrument coupant à l'endroit où la ponction a été faite. Retirez l'aiguille et introduisez une pince non tranchante ou un doigt dans l'incision pour rompre les cloisons de l'abcès (Figure 24.11).

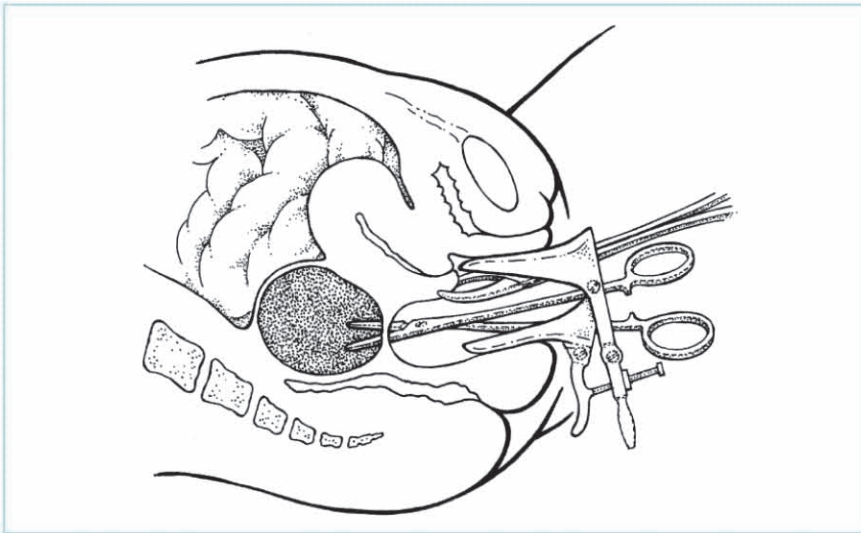


Figure 24.11 : Colpotomie pour abcès pelvien

2. Laissez le pus s'écouler. Faites passer une lame ondulée en caoutchouc souple stérile à l'endroit de l'incision. Si nécessaire, faites un point de suture en passant dans le drain pour le fixer dans le vagin. Retirez le drain lorsque l'écoulement de pus aura cessé.
3. Si le drain ne ramène pas de pus, il se peut que l'abcès se situe au-delà du cul-de-sac de Douglas. Dans ce cas, il est nécessaire de procéder à une laparotomie pour faire un lavage péritonéal.

SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE

1. Administrez une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (2 g d'ampicilline en IV ou 1 g de céfazoline en IV).
2. Posez une sonde urinaire pour vider la vessie.
3. Pratiquez une laparotomie sous-ombilicale :
 - incisez verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne,
 - faites une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose,
 - saisissez les berges de cette dernière incision avec des pinces et prolongez-la vers le haut et vers le bas aux ciseaux,
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparez les grands droits (muscles de la paroi abdominale),

- avec les doigts, réalisez une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic. Agrandissez l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible. Séparez les différents plans et ouvrez la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie,
 - placez une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
4. Repérez la trompe de Fallope dans laquelle se développe la grossesse ectopique et exposez-la, ainsi que l'ovaire adjacent.
 5. Saisissez la trompe avec une pince de traction (pince de Babcock, par exemple) pour qu'elle soit mieux exposée et clampez le mésosalpinx pour stopper l'hémorragie.
 6. Aspirez le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillotez.
 7. Écartez avec une grande compresse abdominale de gaze imbibée de sérum physiologique tiède l'intestin et le grand épiploon du champ opératoire.
 8. Sectionnez le mésosalpinx sur pinces (Figure 24.12) au ras de la trompe pour préserver la vascularisation de l'ovaire.
 9. Remplacez les pinces sur le mésosalpinx par des ligatures au fil à résorption lente.



Figure 24.12 : Clampage et section du mésosalpinx

10. Faites une suture proximale autour de la trompe, au niveau de l'extrémité isthmique, et terminez la salpingectomie.

11. Fermez l'abdomen :

- assurez-vous qu'il n'y a plus de saignement et décaillotez à l'aide d'une compresse ;
- recherchez systématiquement une plaie de vessie, et s'il y en a une, réparez-la ;
- suturez l'aponévrose avec un surjet de fil à résorption lente ;
- suturez la peau à points séparés de matelassier (Blair-Donati) au fil non résorbable 2/0 ou 3/0 et appliquez un pansement stérile.

Salpingotomie

Dans certains cas rares, lorsque la trompe n'est que peu endommagée, il est possible d'en retirer le sac gestationnel et de la conserver. Il importe de ne procéder de la sorte que dans les cas où il est très important pour la patiente de préserver sa fécondité, dans la mesure où cette décision expose au risque d'une nouvelle grossesse ectopique.

1. Incisez la paroi abdominale et exposez l'ovaire et la trompe de Fallope pathologiques.
2. Appliquez une pince de traction atraumatique (pince de Babcock, par exemple) de chaque côté du sac gestationnel encore intact et soulevez la trompe de façon à l'exposer.
3. À l'aide d'un bistouri, faire une incision linéaire dans la séreuse jusqu'à la muqueuse du côté opposé au mésosalpinx, dans l'axe de la trompe, en veillant à ne pas couper le sac gestationnel.
4. À l'aide du manche du bistouri (sans la lame !), ou de tout autre instrument mousse, expulsez le sac gestationnel de la trompe.
5. Faites les hémostases en posant des points de fil résorbable très fin.
6. Remplacez l'ovaire et la trompe de Fallope dans la cavité pelvienne.
7. Fermez l'abdomen.

Soins postopératoires

1. Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, administrez-lui un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 heures :
 - 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures plus 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures plus 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.
2. Administrez les antalgiques appropriés.
3. Si la patiente a subi une salpingotomie, expliquez-lui qu'elle risque de faire une autre grossesse ectopique et offrez-lui des services de planification familiale.

RUPTURE UTÉRINE

1. Administrez une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (2 g d'ampicilline en IV *ou* 1 g de céfazoline en IV).
2. Posez une sonde urinaire pour vider la vessie.
3. Pratiquez une laparotomie sous-ombilicale :
 - incisez verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne,
 - faites une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose,
 - saisissez les berges de cette dernière incision avec des pinces et prolongez-la vers le haut et vers le bas aux ciseaux,
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparez les grands droits (muscles de la paroi abdominale),
 - avec les doigts, réalisez une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic. Agrandissez l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible. Séparez les différents plans et ouvrez la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie,
 - examinez l'abdomen et l'utérus pour identifier l'endroit de la déchirure et enlevez les caillots de sang,
 - placez une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
4. Extrayez l'enfant et le placenta.
5. Perfusez 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) à raison de 60 gouttes par minute jusqu'à ce que l'utérus se contracte puis réduisez le débit à 20 gouttes par minute.
6. Soulevez l'utérus pour le dégager du bassin, de façon à examiner la rupture dans sa totalité.
7. Examinez à la fois les faces antérieure et postérieure de l'utérus.
8. Séparez la vessie du segment inférieur de l'utérus en disséquant aux ciseaux ou au tampon. S'il existe des adhérences cicatricielles vésico-utérines, libérez-les aux ciseaux.

Suture d'une rupture utérine (hystérorraphie)

1. Réparez la déchirure par un surjet passé au fil 0 non résorbable ou à résorption lente. Si les endroits qui saignent sont profonds, faites des points en X. Si le saignement persiste, ou que la rupture se situe sur une ancienne incision utérine classique (horizontale) ou verticale, faites un deuxième plan de suture.
2. Assurez-vous d'avoir identifié et récliné l'uretère afin d'éviter de l'inclure dans un point.
3. Si la patiente a demandé une ligature de trompes, faites-la à ce temps de l'intervention.
4. Si la rupture est trop étendue pour une réparation, optez pour une hystérectomie.

Rupture intéressant le col et le vagin

1. Si la rupture de l'utérus intéresse le col et le vagin, décollez la vessie au moins 2 cm au-dessous de la rupture.
2. Si possible, faites un point 2 cm en dessous de la berge de la déchirure cervicale et maintenez une traction sur ce point de façon à exposer la berge inférieure de la déchirure pendant que vous suturez le reste de la déchirure.

Rupture étendue latéralement et intéressant l'artère utérine

1. Si la rupture s'étend latéralement et intéresse une ou les deux artères utérines, faites une ligature de la ou des artères.
2. Repérez l'artère et l'uretère avant de ligaturer les vaisseaux utérins.

Rupture associée à un hématome du ligament large

1. Si la rupture a provoqué un hématome du ligament large, clampez, sectionnez et ligaturez le ligament rond.
2. Ouvrez le feuillet antérieur du ligament large et évacuez l'hématome.
3. Inspectez soigneusement la région et recherchez une éventuelle lésion de l'artère utérine ou de ses collatérales. Ligaturez tout vaisseau qui saigne.

Réparation d'une lésion vésicale

1. Déterminez l'étendue de la lésion en saisissant chacune des deux extrémités avec une pince et en exposant avec précaution la déchirure. Déterminez si cette déchirure se trouve à proximité du trigone vésical (uretères et urètre).
2. Décollez la vessie du segment inférieur de l'utérus à l'aide de ciseaux fins ou d'un tampon monté sur pinces.
3. Dégagez une marge de tissu vésical de 2 cm autour de la lésion.
4. Suturez la plaie en 2 plans par des surjets de fil à résorption lente (jamais de fil non résorbable : formation de lithiase) :
 - suturez en un premier plan la muqueuse vésicale (mince paroi interne) et le muscle vésical (paroi externe) ;
 - enfouissez le premier plan de suture par un deuxième plan séreux ;
 - veillez à ce que les points ne pénètrent pas dans la région du trigone.
5. Vérifiez qu'il n'existe pas de fuite dans la zone suturée :
 - remplissez la vessie de sérum physiologique stérile par la sonde urinaire ;
 - si la suture présente des fuites, défaites-la, recommencez votre réparation et testez à nouveau.
6. S'il n'est pas certain que les uretères et l'urètre ne sont pas pris dans la suture, achevez la réparation et évacuez la patiente vers un établissement où elle puisse bénéficier d'une urographie intraveineuse.
7. Laissez la sonde vésicale en place pendant un minimum de 7 jours et jusqu'à ce que les urines soient claires.
8. Maintenez les perfusions pour garantir un flux vésical suffisant.

Soins postopératoires

1. Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, administrez-lui un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 heures :
 - 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures plus 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures *plus* 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.
2. Administrez les antalgiques appropriés.
3. Si un drainage avait été placé, retirez-le à la 48ème heure (en l'absence d'infection).
4. Si la patiente n'a pas eu de ligature de trompes, offrez-lui des services de planification familiale.

Si la patiente souhaite avoir d'autres enfants, conseillez-lui de demander d'office une césarienne pour les prochains accouchements. Le risque de rupture lors de grossesses ultérieures étant accru, une fois l'urgence traitée, il convient de discuter avec la patiente de la possibilité d'une contraception définitive. Aucune contraception définitive ne devra être pratiquée sans le consentement éclairé de la patiente.

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

1. Apportez un soutien affectif à la patiente et encouragez-la. Une sédation ou une anesthésie peuvent être nécessaires.
2. Sondez la vessie pour vous assurez qu'elle est bien vidée.
3. Administrez 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.
4. Tenez le cordon ombilical avec une pince et le tirez doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
5. Après avoir enfilé des gants stériles (utilisez des gants longs de préférence), engagez une main dans le vagin et remontez jusque dans l'utérus.
6. Lâchez le cordon et amenez 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 24.13). En cas d'inversion utérine, repositionnez l'utérus.
7. Effectuez un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.
8. Si le cordon a été préalablement rompu, introduisez une main dans la cavité utérine. Explorez la totalité de la cavité jusqu'à repérer le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.

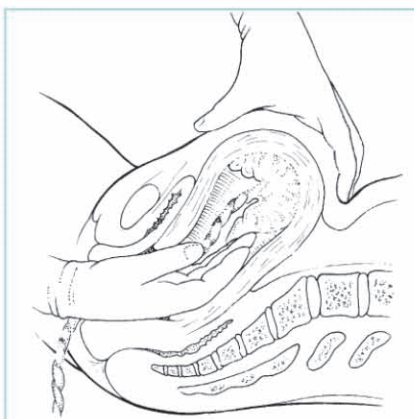


Figure 24.13 : Délivrance artificielle : une main est engagée dans le vagin, le long du cordon

9. Décollez le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en vous servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.
10. Procédez ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.
11. 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, enlevez les fragments de placenta. Si le tissu placentaire est très adhérent, redoutez un placenta accreta et optez pour une laparotomie et une hystérectomie subtotale.
12. Saisissez le placenta et retirez lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta (Figure 24.14). De l'autre main, continuez à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée.
13. Explorez l'intérieur de la cavité utérine pour vous assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
14. Administrez 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
15. Demandez à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.
16. Si la patiente continue à saigner abondamment, injectez lui 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines.
17. Examinez la surface externe du placenta pour vous assurer qu'il est complet. S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire, procédez à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
18. Examinez soigneusement la patiente et, le cas échéant, procédez à la réparation des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.



Figure 24.14 : Délivrance artificielle : le placenta est décollé pendant que le fond utérin est retenu de l'autre main

Problème

Si la rétention 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, procédez à l'extraction du placenta en plusieurs fois avec 2 doigts, une pince à faux germe ou une grosse curette.

Soins postopératoires

1. Observez attentivement la patiente jusqu'à ce que l'effet de la sédation intraveineuse se soit dissipé.
2. Surveillez les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) toutes les 30 minutes pendant les 6 heures suivantes ou jusqu'à ce que l'état de la patiente soit stable.
3. Palpez le fond utérin pour vous assurer que l'utérus est toujours contracté.
4. Vérifiez les pertes de lochies.
5. Maintenez les perfusions.
6. Transfusez la patiente si nécessaire.

RÉPARATION DES DÉCHIRURES CERVICALES

1. Badigeonnez le vagin et le col avec une solution antiseptique.
2. Apportez un soutien psychologique à la patiente et l'encourager. Pour la plupart des déchirures du col, l'anesthésie n'est pas nécessaire.
3. Demandez à un aide de masser l'utérus et d'exercer une pression sur le fond utérin.
4. Utilisez des écarteurs pour bien exposer le col.
5. Saisissez doucement le col avec des pinces porte-tampons. Saisissez les deux berges de la plaie avec les pinces et tirez doucement dans diverses directions pour inspecter la totalité du col. Il se peut qu'il y ait plusieurs lésions.
6. Suturez les lésions cervicales avec un surjet de fil à résorption lente en partant de la partie apicale (extrémité supérieure de la lésion), qui est souvent la source du saignement (Figure 24.15). Si une grande portion du bord de l'orifice est déchirée, suturez-la par un surjet de fil à résorption lente.
7. Si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer, peut-être est-il possible de la saisir avec une pince hémostatique ou une pince porte-tampons. Laissez la pince en place pendant 4 heures. Ne renouvelez pas les tentatives de suture des sources de saignement, cela risquerait d'accroître le saignement. Après 4 heures desserrez partiellement le mors de la pince mais ne pas la retirer.
8. Attendez 4 heures supplémentaires et retirez complètement la pince.

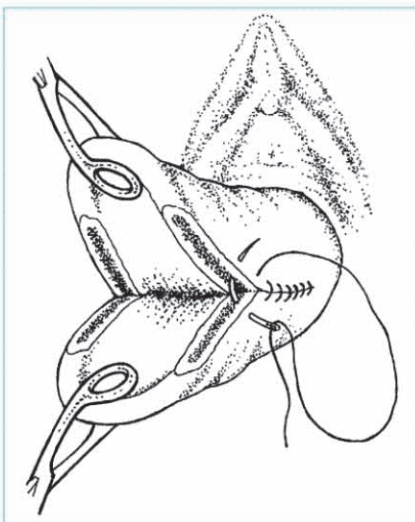


Figure 24.15 : Réfection d'une déchirure du col

Il peut être nécessaire de faire une laparotomie pour réparer une déchirure du col qui s'étend bien au-delà du cul-de-sac vaginal.

RÉPARATION DES DÉCHIRURES VAGINALES ET PÉRINÉALES

Quatre degrés de déchirures peuvent survenir au cours de l'accouchement :

- Premier degré Muqueuse vaginale + tissu conjonctif
- Deuxième degré Muqueuse vaginale + tissu conjonctif + muscles
- Troisième degré Déchirure complète du sphincter anal
- Quatrième degré La muqueuse rectale est également atteinte.

Réparation des déchirures périnéales des 1^{er} et 2^e degrés

La plupart des déchirures périnéales des premier et deuxième degrés se ferment spontanément, sans qu'il y ait besoin de les suturer.

1. Faites une infiltration locale de lidocaïne. Si nécessaire, faites un bloc des pudendaux (nerfs honteux internes). Laissez le temps à l'anesthésie d'agir.
2. Demandez à un aide de masser l'utérus et d'appuyer sur le fond.
3. Examinez soigneusement le vagin, le périnée et le col (Figure 24.16). Si la déchirure périnéale est longue et profonde, inspectez-la pour vous assurer qu'il ne s'agit pas d'une déchirure du troisième ou du quatrième degré :
 - insérez un doigt ganté dans l'anus ;
 - soulevez délicatement le doigt et repérez le sphincter ;
 - appréciez le tonus et la contraction du sphincter au toucher ;
 - changez vos gants pour des gants stériles.
4. Si le sphincter est lésé, la réparation des déchirures des 3^e et 4^e degrés est exposée plus loin.
5. Si le sphincter est intact, procédez à la réparation de la déchirure.
6. Badigeonnez la région de la déchirure avec une solution antiseptique.
7. Suturez la muqueuse vaginale avec un surjet de fil 2/0 (Figure 24.17) :
 - Commencez la suture environ 1 cm au-dessus de la partie apicale (la plus externe) de la déchirure vaginale et suturez jusqu'au niveau de l'orifice vaginal ;

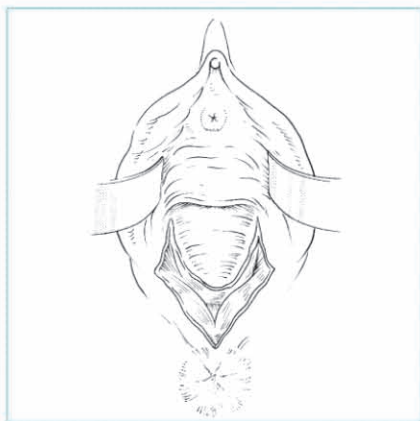


Figure 24.16 : Exposition d'une déchirure périnéale

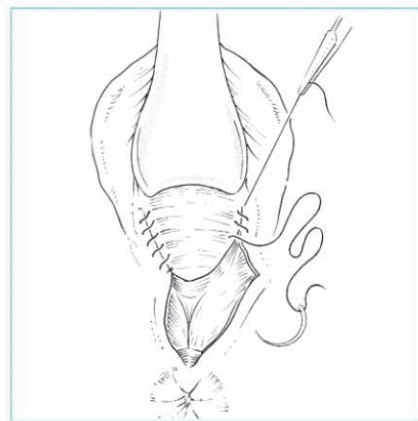


Figure 24.17 : Réfection de la muqueuse vaginale

- Au niveau de l'orifice vaginal, affrontez les berges de la déchirure ;
 - Faites passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et faites-la ressortir par la déchirure périnéale, puis nouez.
8. Suturez les muscles du périnée avec des points séparés de fil 2/0 (Figure 24.18). Si la plaie est profonde, faites un deuxième plan identique au premier pour obtenir un bon affrontement.
 9. Suturez la peau avec des points séparés (ou par un surjet intradermique) de fil 2/0, en commençant à l'orifice vaginal (Figure 24.19). Si la plaie était profonde, faites un toucher rectal. Assurez-vous qu'il n'y a aucun point de suture dans le rectum.

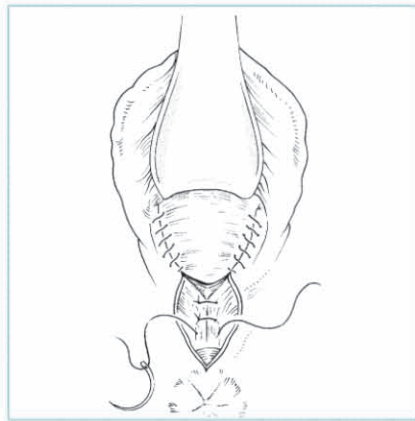


Figure 24.18 : Réfection des muscles du périnée

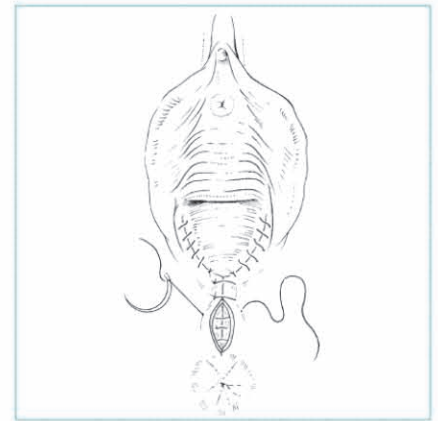


Figure 24.19 : Réfection de la peau

Réparation des déchirures périnéales des 3^e et 4^e degrés

La patiente risque de ne plus pouvoir maîtriser ses défécations ni ses émissions de gaz si le sphincter anal est déchiré et n'est pas correctement réparé. Si on omet de suturer une déchirure du rectum, la patiente est exposée à un risque d'infection et de fistule recto-vaginale (émission de selles par le vagin).

Suturez la déchirure en salle d'opération.

1. Si vous ne pouvez pas voir les berges de la déchirure, utilisez une anesthésie locorégionale ou générale. Si vous pouvez voir la totalité de la déchirure, utilisez une infiltration locale à la lidocaïne.
2. Demandez à un aide de masser l'utérus et assurez-vous que l'utérus se contracte bien.
3. Examinez le vagin, le col, le périnée et le rectum. Pour voir si le sphincter est déchiré :
 - insérez un doigt ganté dans l'anus et soulevez légèrement ;
 - repérez le sphincter ou l'absence de sphincter ;
 - palpez la surface du rectum et recherchez soigneusement la présence d'une déchirure.

4. Changez vos gants pour des gants stériles, badigeonnez la déchirure avec une solution antiseptique et retirez, le cas échéant, les matières fécales.
5. Suturez le rectum avec des points séparés de 3/0 ou de 4/0 distants de 0,5 cm pour reconstruire la paroi (Figure 24.20). Prenez la musculuse avec vos points (et pas seulement la muqueuse).
6. Couvrez le plan musculaire en affrontant les berges de l'aponévrose et en suturant avec des points séparés.
7. Badigeonnez fréquemment la région avec une solution antiseptique.
8. Si le sphincter est déchiré, saisissez chacune de ses extrémités avec une pince d'Allis (le sphincter se rétracte lorsqu'il est déchiré). Le sphincter est résistant et ne se déchirera pas lorsque vous tirerez dessus avec les pinces. Suturez le sphincter avec 2 ou 3 points séparés de fil 2/0 (Figure 24.21).

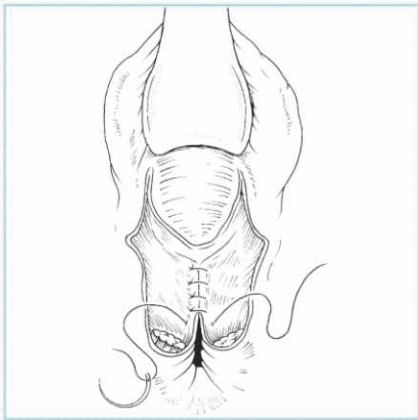


Figure 24.20 : Suture de la paroi musculaire du rectum

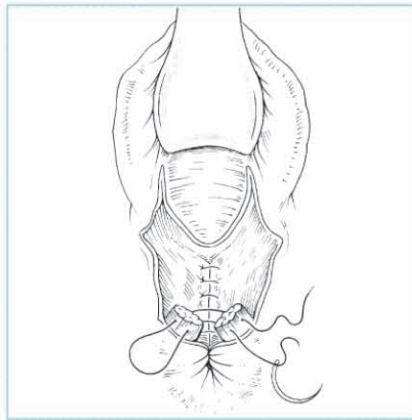


Figure 24.21 : Suture du sphincter anal

9. Badigeonnez à nouveau la région avec une solution antiseptique. Examinez l'anus avec un doigt ganté pour vous assurer de la bonne réfection du rectum et du sphincter. Ensuite, retirez les gants et mettez en d'autres, stériles. Suturez la muqueuse vaginale, les muscles du périnée et la peau.

Soins postopératoires

1. En cas de déchirure du périnée du 4^e degré, administrez une dose unique d'antibiotiques prophylactiques :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale plus 400 mg de métronidazole par voie orale.
2. Assurez un suivi étroit de la patiente pour pouvoir détecter, le cas échéant, les signes d'une infection locale.
3. Évitez les lavements ou les touchers rectaux pendant 2 semaines.
4. Si possible, donnez un émoullient des selles pendant 1 semaine.

Prise en charge des cas négligés

Une déchirure périnéale peut être contaminée de matières fécales. Si la fermeture de la plaie n'est pas faite dans les 12 heures, l'infection est inévitable. Dans ces cas-là, il est recommandé de faire une suture primaire différée.

- Pour les déchirures des 1^{er} et 2^e degrés, laissez la plaie cicatriser spontanément.
- Pour les déchirures des 3^e et 4^e degrés, fermez la muqueuse rectale en appuyant vos points sur les tissus avoisinants et rapprochez les berges de l'aponévrose du sphincter anal par 2 ou 3 points. Fermez 6 jours plus tard le muscle, la muqueuse vaginale et la peau du périnée.

Complications

S'il y a un hématome, faites une incision et drainez-le. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection et si le saignement a cessé, il est possible de refermer la plaie.

Si la patiente présente des signes d'infection, ouvrez la plaie et drainez-la. Retirez les sutures infectées et débridez la plaie.

Si l'infection est légère, les antibiotiques ne sont pas nécessaires.

Si l'infection est sévère mais n'intéresse pas les tissus profonds, administrez un traitement associant plusieurs antibiotiques :

- 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours plus 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.

Si l'infection est profonde, si elle intéresse les muscles et est à l'origine d'une nécrose (fasciite nécrosante), faites un parage chirurgical complet en urgence. Ne réalisez la suture secondaire que 2 à 4 semaines plus tard, en fonction de l'évolution de l'infection.

En cas d'infection profonde, administrez en outre un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à l'exérèse des tissus nécrosés et disparition de la fièvre depuis plus de 48 heures :

- 2 000 000 unités de pénicilline G en IV, toutes les 6 heures plus 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 heures plus 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures.

Une fois que la fièvre a disparu depuis 48 heures, administrez :

- 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours plus 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.

Il arrive qu'une rupture complète du sphincter engendre une incontinence des matières fécales. Beaucoup de femmes arrivent à garder la maîtrise de leur défécation en utilisant d'autres muscles du périnée. Lorsque l'incontinence persiste, il faut faire une chirurgie reconstructrice 3 mois voire davantage après l'accouchement dans un service spécialisé.

Une fistule recto-vaginale nécessite une chirurgie reconstructrice 3 mois ou davantage après l'accouchement dans un service spécialisé.

INVERSION UTÉRINE

1. Mettez en place une perfusion intraveineuse.
2. Administrez une sédation et une analgésie suffisante et, si besoin, utilisez une anesthésie générale.
3. Nettoyez soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
4. Comprimez 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

1. Après avoir enfilé des gants stériles, empaumez l'utérus d'une main et le poussez 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 24.22). Si le placenta n'est toujours pas décollé, procédez à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion.
2. Si la réduction échoue, faites une réduction hydrostatique.

Il est important que la partie de l'utérus qui est sortie en dernier (la partie qui est la plus proche du col) soit remise en place en premier.



Figure 24.22 : Réduction manuelle de l'utérus inversé

Réduction hydrique

1. Installez la patiente en position de Trendelenburg fortement déclive (la tête de la patiente doit se trouver 50 cm plus bas que le périnée).
2. Préparez 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 litres). Il est aussi possible de réaliser la réduction avec du sérum physiologique qu'on aura fait chauffer et un matériel de perfusion ordinaire.
3. Repérez 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.
4. Insérez le pommeau de douche dans le cul-de-sac postérieur.
5. Simultanément, maintenez les lèvres jointes sur le pommeau avec l'autre main et soutenez le pommeau à l'aide de l'avant-bras.
6. Demandez à un aide de mettre l'appareil en marche à pleine pression (soulevez 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.

Réduction manuelle sous anesthésie générale

Si la réduction hydrique est sans succès, essayez de repositionner l'utérus manuellement sous anesthésie générale, en utilisant de l'halothane. L'halothane est recommandé parce qu'il détend l'utérus.

1. Saisissez l'utérus et poussez-le à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position anatomique normale, la main abdominale servant à le maintenir (Figure 24.22).
2. Si le placenta n'est toujours pas décollé, procédez à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion.

Réduction chirurgicale par voie combinée abdominale et vaginale

Une réduction chirurgicale par voie combinée abdominale et vaginale est nécessaire lorsque les gestes ci-dessus ont échoué.

1. Incisez verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne.
2. Pratiquez une laparotomie sous-ombilicale :
 - faites une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisissez les berges de cette incision avec des pinces et prolongez-la vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparez les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, réalisez une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandissez l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparez les divers plans et ouvrez la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placez une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
3. Dilatez l'anneau de rétraction qui se situe au niveau du col avec le doigt.
4. Insérez une pince de Pozzi dans l'anneau de rétraction et saisissez le fond utérin inversé.
5. Exercez une traction légère et continue sur le fond utérin pendant qu'un aide tente une réduction manuelle par voie vaginale.
6. Si la traction est sans succès, faites une incision à l'arrière de l'anneau de rétraction (là où il y a le moins de risque de léser la vessie ou les vaisseaux utérins). Procédez à nouveau à la dilatation digitale, à la pose de la pince de Pozzi et à la traction. Refermez l'anneau de rétraction.
7. Si la réduction est réussie, fermez l'abdomen :
 - assurez-vous qu'il n'y a pas de saignement et, le cas échéant, décaillotez la cavité abdominale à l'aide d'une compresse ;
 - suturez l'aponévrose avec un fil à résorption lente ;
 - suturez la peau à points séparés.

Soins postopératoires

1. Une fois l'inversion corrigée, perfusez 20 unités d'ocytocine diluées dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) à raison de 10 gouttes par minute :
 - en cas d'hémorragie, augmentez le débit de perfusion à 60 gouttes par minute ;
 - si l'utérus ne se contracte pas après la perfusion d'ocytocine, administrez 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines en IV.
2. Administrez une dose unique d'antibiotiques 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.
3. Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 heures : 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures *plus* 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures *plus* 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures.

LIGATURE DE L'ARTÈRE UTÉRINE ET DE L'ARTÈRE UTÉRO-OVARIENNE

1. Administrez une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : 2 g d'ampicilline en IV *ou* 1 g de céfazoline en IV.
2. Posez une sonde urinaire.
3. Pratiquez une laparotomie sous-ombilicale :
 - incisez verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faites une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisissez les berges de cette incision avec des pinces et prolongez-la vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparez les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, réalisez une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandissez l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparez les divers plans et ouvrez la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placez une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.

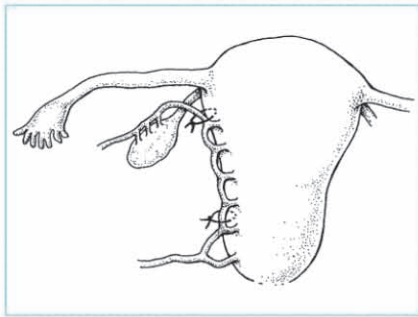


Figure 24.23 : Emplacement des ligatures de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne

4. Tirez sur l'utérus pour exposer la partie inférieure du ligament large.
5. Recherchez les pulsations de l'artère utérine près de la jonction entre l'utérus et le col.
6. Avec un gros fil à résorption lente serti faites le tour de l'artère avec l'aiguille puis passez-la dans le myomètre (muscle utérin) sur 2 à 3 cm, au niveau où l'on ferait une césarienne segmentaire. Nouez solidement le point.
7. Faites les points le plus près possible de l'utérus, l'uretère n'étant, en général, qu'à 1 cm de l'artère utérine sur le côté.
8. Répétez l'opération de l'autre côté.
9. Si l'artère a été déchirée, clamppez et ligaturez les extrémités qui saignent.
10. Liez l'artère utéro-ovarienne juste en dessous du point de rencontre du ligament utéro-ovarien et de l'utérus (Figure 24.23).
11. Répétez l'opération de l'autre côté.
12. Observez un moment pour voir si le saignement est bien arrêté ou si un hématome se forme.
13. Faites une toilette péritonéale. Assurez-vous toujours qu'il n'y a pas de plaie de la vessie. Si une plaie vésicale est découverte, suturez-la. Refermez l'abdomen plan par plan.

Soins postopératoires

1. Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, administrez-lui un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 heures :
 - 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures *plus* 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures *plus* 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.
2. Administrez les antalgiques appropriés.
3. Si un drainage avait été placé, retirez-le à la 48^e heure (en l'absence d'infection).

HYSTÉRECTOMIE D'HÉMOSTASE

L'hystérectomie pratiquée après l'accouchement peut être subtotale, à moins qu'elle n'intéresse aussi le col et le segment inférieur de l'utérus, auquel cas elle est totale.

L'hystérectomie totale peut se révéler nécessaire dans les cas de déchirures du segment inférieur qui s'étendent au col ou de saignement résultant d'un placenta prævia.

1. Administrez une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : 2 g d'ampicilline en IV ou 1 g de céfazoline en IV.
2. Posez une sonde urinaire.
3. Si la patiente présente une hémorragie massive après un accouchement par voie basse, gardez à l'esprit que la rapidité est essentielle. Pratiquez une laparotomie sous-ombilicale:
 - incisez verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faites une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisissez les berges de cette incision avec des pinces et prolongez-la vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparez les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, réalisez une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandissez l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparez les divers plans et ouvrez la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placez une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
4. Si la patiente a été accouchée par césarienne, clampez les sources de saignement qui se trouvent le long de la brèche utérine.
5. Si le saignement est extrêmement abondant, demandez à un aide de comprimer l'aorte avec les doigts, dans le bas de l'abdomen, ce qui permet de réduire le saignement intrapéritonéal.
6. N'hésitez pas à agrandir la laparotomie vers le haut pour bien vous exposer.

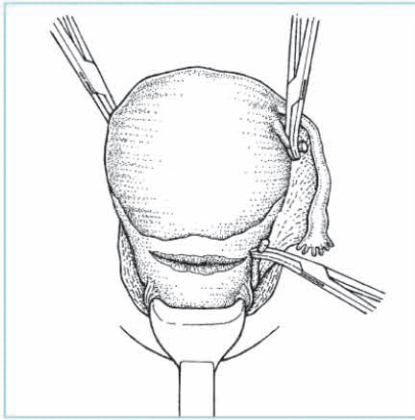


Figure 24.24 : Section des ligaments ronds

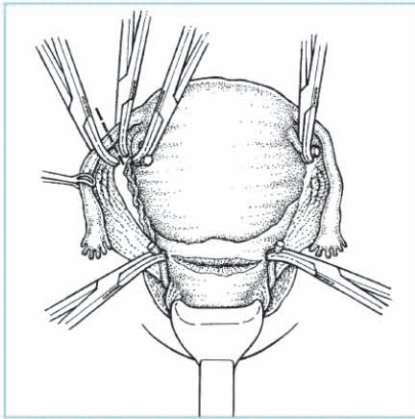


Figure 24.25 : Section de la trompe et des ligaments utéro-ovariens

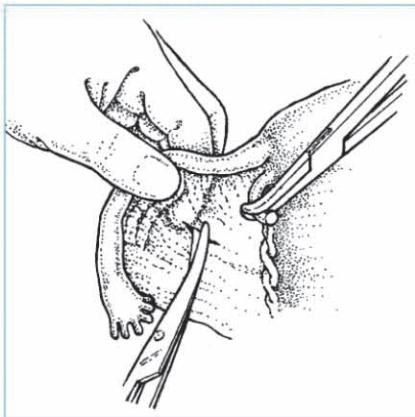


Figure 24.26 : Section du mésosalpinx

Hystérectomie subtotale

1. Extériorisez l'utérus en le soulevant et maintenez-le en légère traction.
 2. Clampez les ligaments ronds en deux endroits et sectionnez-les aux ciseaux, (Figure 24.24). Pour ne pas perdre de temps, on ne les ligaturera qu'après clampage des artères utérines.
 3. Ouvrez le feuillet antérieur du ligament large en partant de l'extrémité du ligament rond sectionné. Incisez jusqu'au point où le péritoine viscéral se réfléchit sur la partie inférieure de l'utérus, au niveau de la ligne médiane ou jusqu'à l'incision péritonéale réalisée lors de la césarienne.
 4. Placez deux doigts juste en dessous de la trompe et de l'ovaire, près du bord de l'utérus, et repoussez le feuillet postérieur du ligament large vers l'avant. Avec des ciseaux, créez un orifice de la taille d'un doigt dans le ligament large. De chaque côté, clampez et sectionnez la trompe, le ligament utéro-ovarien et le ligament large à travers l'orifice réalisé dans le ligament large (Figures 24.25 et 24.26).
-
- Les uretères sont proches des vaisseaux utérins. Il faut les repérer et les exposer afin d'éviter de les léser pendant l'intervention chirurgicale ou de les inclure dans un point de suture.*
-
5. Sectionnez le feuillet postérieur du ligament large aux ciseaux, de haut en bas, en direction des ligaments utéro-sacrés.
 6. Saisissez le bord du repli vésical avec une pince. Décollez la vessie du segment inférieur de l'utérus, en progressant vers le bas entre les deux aux doigts ou aux ciseaux. Orientez la dissection vers le bas et vers l'intérieur, en direction du col et du segment inférieur de l'utérus. Mettez en place une valve sus-pubienne et refoulez la vessie vers l'avant.
 7. Repérez l'emplacement de l'artère et de la veine utérines de chaque côté de l'utérus. Repérez au toucher le point de jonction entre le corps et le col de l'utérus.
 8. Double clampez les vaisseaux utérins des deux côtés, les pinces fortes à la perpendiculaire du col. Sectionnez-les et faites une double ligature avec un gros fil à résorption lente (Figure 24.27).
 9. Observez attentivement la patiente et recherchez tout saignement qui persisterait. Si les artères utérines ont été liées correctement, le saignement devrait cesser et l'utérus devrait être pâle.
 10. Retournez ensuite aux pédicules déjà clampés des ligaments ronds et des ligaments tubo-ovariens et liez-les avec un fil à résorption lente.
 11. Réséquez l'utérus aux ciseaux, au-dessus de la ligature des artères utérines (Figure 24.28).

12. Fermez le moignon cervical par des points séparés de fil à résorption lente 2/0 ou 3/0.
13. Inspectez soigneusement les sutures du moignon cervical, des feuillets du ligament large et autres sutures du plancher pelvien et recherchez un saignement.
14. Si un saignement léger persiste ou si la patiente a des troubles de la coagulation, placez un drain à travers la paroi abdominale. Ne pas faire passer de drain dans le moignon cervical, car cela risquerait de provoquer une infection postopératoire.
15. Faites une toilette péritonéale. Assurez-vous toujours qu'il n'y a pas de plaie de la vessie. Si une plaie vésicale est découverte, suturez-la. Refermez l'abdomen plan par plan.

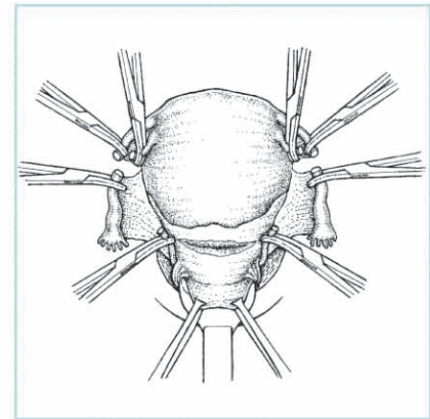


Figure 24.27 : Section des vaisseaux utérins

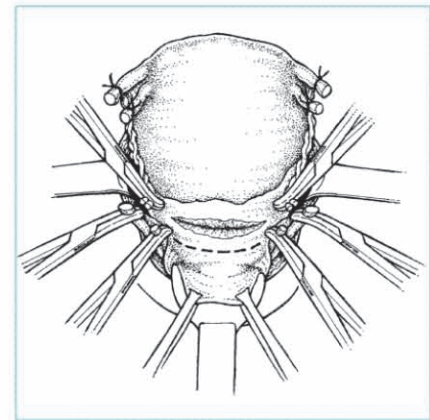


Figure 24.28 : Ligne de résection

Hystérectomie totale

Pour l'hystérectomie totale, il est nécessaire de réaliser, en outre, les temps suivants :

1. Refoulez la vessie vers le bas pour dégager le haut du vagin sur 2 cm.
2. Ouvrez le feuillet postérieur du ligament large.
3. Clampez, ligaturez et sectionnez les ligaments utéro-sacrés.
4. Clampez, ligaturez et sectionnez les ligaments cardinaux (*ligamentum transversalis colli* ou ligament de Mackenrodt) qui comportent les ramifications descendantes des vaisseaux utérins ; ce geste constitue le point critique de l'opération :
 - saisissez le ligament verticalement avec une pince à mors larges (pince de Kocher, par exemple) ;
 - placez une pince à 5 mm du col, latéralement et sectionnez le ligament à proximité du col, en laissant une pince au milieu du moignon, par précaution ;
 - si le col est long, renouvelez ce geste deux ou trois fois, selon les besoins ;
 - les 2 cm du haut du vagin devraient à présent être entièrement libérés ;
 - réséquez le vagin aussi près du col que possible et clampez les sources de saignement à mesure qu'elles apparaissent.
5. Faites de chaque côté un point d'angle hémostatique prenant les ligaments ronds, cardinaux et utéro-sacrés.
6. Suturez le dôme vaginal par un surjet pour stopper l'hémorragie.
7. Fermez l'abdomen (voir plus haut) après avoir mis en place un drain dans l'espace extra-péritonéal, à proximité du moignon vaginal.

Soins postopératoires

1. Surveillez la diurèse. S'il y a du sang dans les urines ou si la patiente souffre de douleurs lombaires, il faut l'adresser à un centre de soins de niveau tertiaire, si possible, pour le traitement d'un uretère obstrué.
2. Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, administrez-lui un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 heures.
3. Administrez les analgésiques appropriés.
4. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, retirez le drain abdominal au bout de 48 heures.

24.5 SOINS POSTOPÉRATOIRES ET SUIVI

AVORTEMENT

Avant d'autoriser la patiente à quitter l'établissement, si elle a subi un avortement spontané, expliquez-lui que l'avortement spontané est un phénomène courant qui intéresse au moins 15 % des grossesses cliniquement établies (soit une sur sept). Rassurez-la : elle a toutes les chances de pouvoir mener une nouvelle grossesse à terme, à moins qu'elle ait contracté une septicémie ou que l'on ait déterminé que la cause de l'avortement pouvait avoir un effet défavorable sur les grossesses à venir (ce qui est rare).

Lorsqu'elles ont subi un avortement incomplet, certaines femmes souhaitent entreprendre rapidement une nouvelle grossesse. Il faut leur conseiller d'attendre d'avoir complètement récupéré.

Il est important de conseiller les femmes qui ont subi un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Si elles ne souhaitent pas entreprendre une nouvelle grossesse, elles peuvent adopter certaines méthodes de planification familiale immédiatement (dans les 7 jours) dans la mesure où elles n'ont pas de complications graves qui nécessitent un traitement plus important.

Déterminez également les autres services de santé génésique dont la patiente peut avoir besoin. Elle peut avoir besoin, par exemple :

- d'une prophylaxie antitétanique ou d'un rappel de vaccin antitétanique ;
- d'un traitement contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- d'un dépistage du cancer du col.