

**LA LIGATURE DES ARTERES  
HYPOGASTRIQUES (LAH) DANS LA  
PRISE EN CHARGE DE  
L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM**

*AMARIS.*

*Service C du Centre de Maternite de Tunis*

## INTRODUCTION:

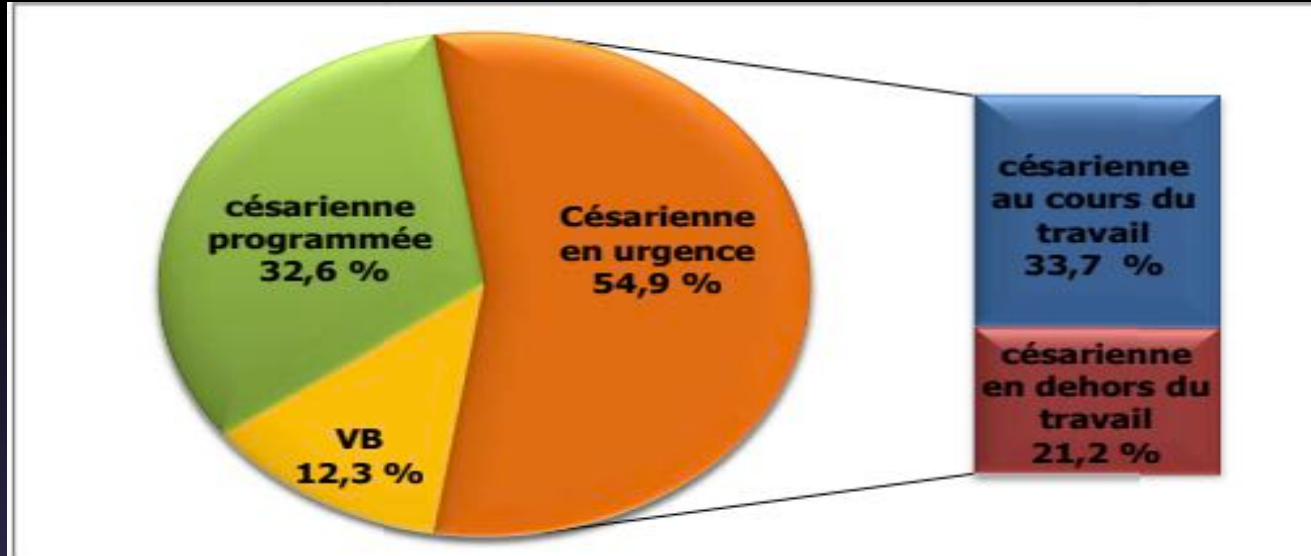
- L'HPP est une urgence : diagnostic et prise en charge rapides et codifiés.
- Après échec du traitement médical : mesures chirurgicales conservatrices ou radiologiques interventionnelles.
- L'hystérectomie d'hémostase: geste ultime de sauvetage maternel.
- Etude rétrospective (3 ans), analytique, portant sur 202 cas d'HPP du Service C : nécessitant le recours à une LUAH ou LBAH.

## DEFINITIONS:

- HEMORRAGIE DU POST-PARTUM
- HEMORRAGIE SEVERE DU PP (>1000 ML)
- HEMORRAGIE GRAVE DU PP:
  - pertes sanguines >1500 ml
  - chute de l'Hb = ou > 4g/dl
  - tranfusion de 4 CGR ou plus
  - chute de la fibrinémie < ou = 2g/L

## MATERIEL ET METHODES:

- 202 patientes (age moyen de 31 ans)



- La LAH : indiquée dans le cas des HPP rebelles au sulprostone (Nalador®), à la triple ligature vasculaire ou au techniques de capitonnage.

- LUAH seule a été proposée en cas de :
  - Stabilité hémodynamique.
  - Saignement minime à modéré.
  - Pronostic vital non mis en jeu.
  - conditions locales ne permettant pas un accès facile à l'artère hypogastrique controlatérale.

- **LBAH s'impose :**
  - D'emblée en cas de
  - Instabilité hémodynamique.
  - Pronostic vital mis en jeu.
  - Saignement de grande abondance.
  - Certaines étiologies telles que le placenta accreta.
  
  - Secondairement devant l'échec de la LUAH.

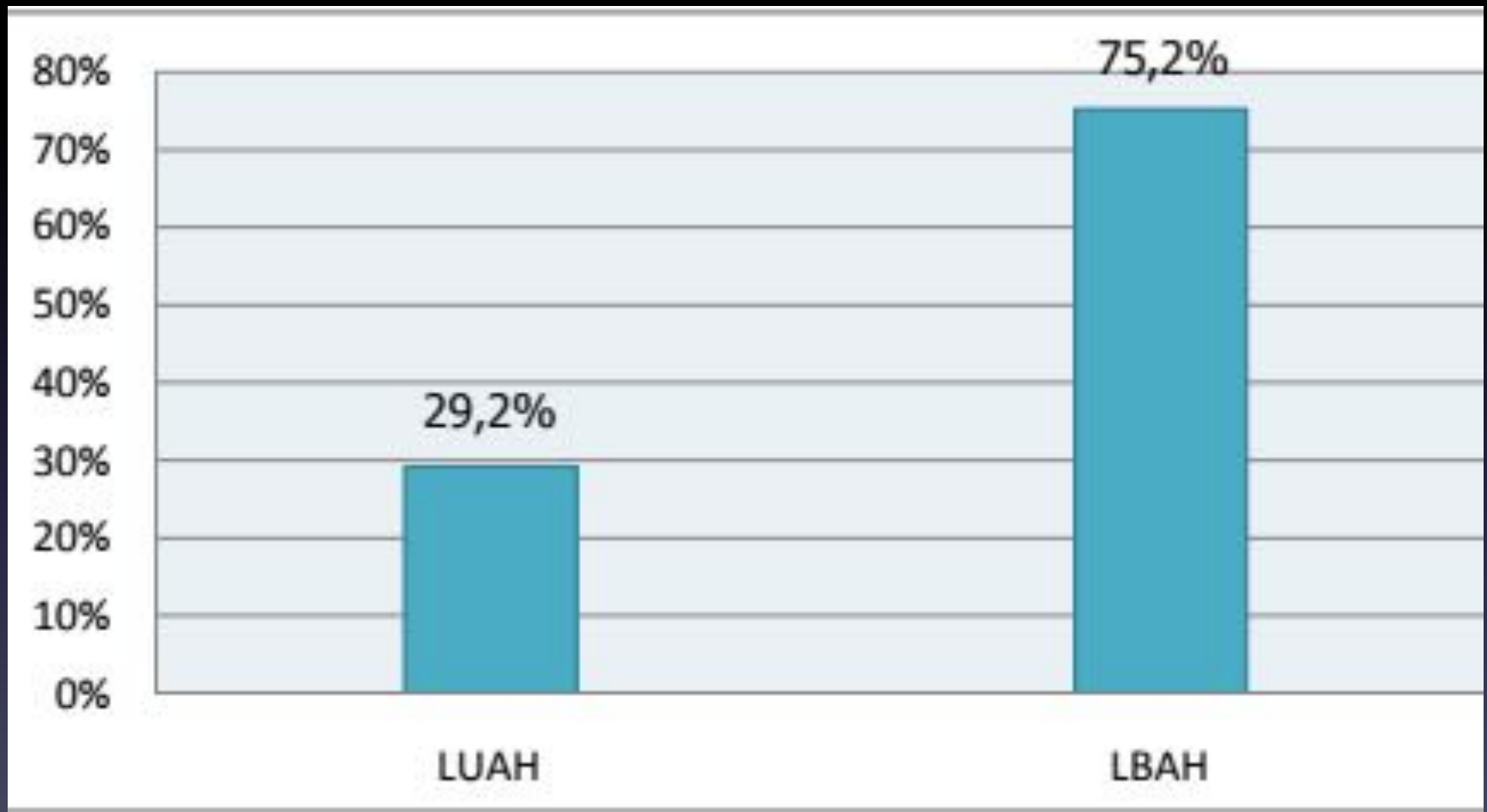
# RESULTATS :

*Répartition des patientes selon les FDR d'HPP nécessitant la LAH*

FDR		Pourcentage (%)
<b>FDR de l'atonie</b>	Multiparité	42,5
	Fibrome	4,9
	Chorioamniotite	2,4
	Surdistension utérine	36,6
	Travail prolongé	21,3
<b>Troubles de l'hémostase</b>	HRP	2,4
	Thrombophilie	1,4
<b>Les AIP et leurs FDR</b>	Utérus cicatriciel	47
	Placenta prævia	13,4
	Placenta accreta	9,4

FDR : facteurs de risque. HRP : hématome rétro-placentaire. AIP : anomalies d'insertion placentaire.

Repartition des patientes selon la technique de LAH:

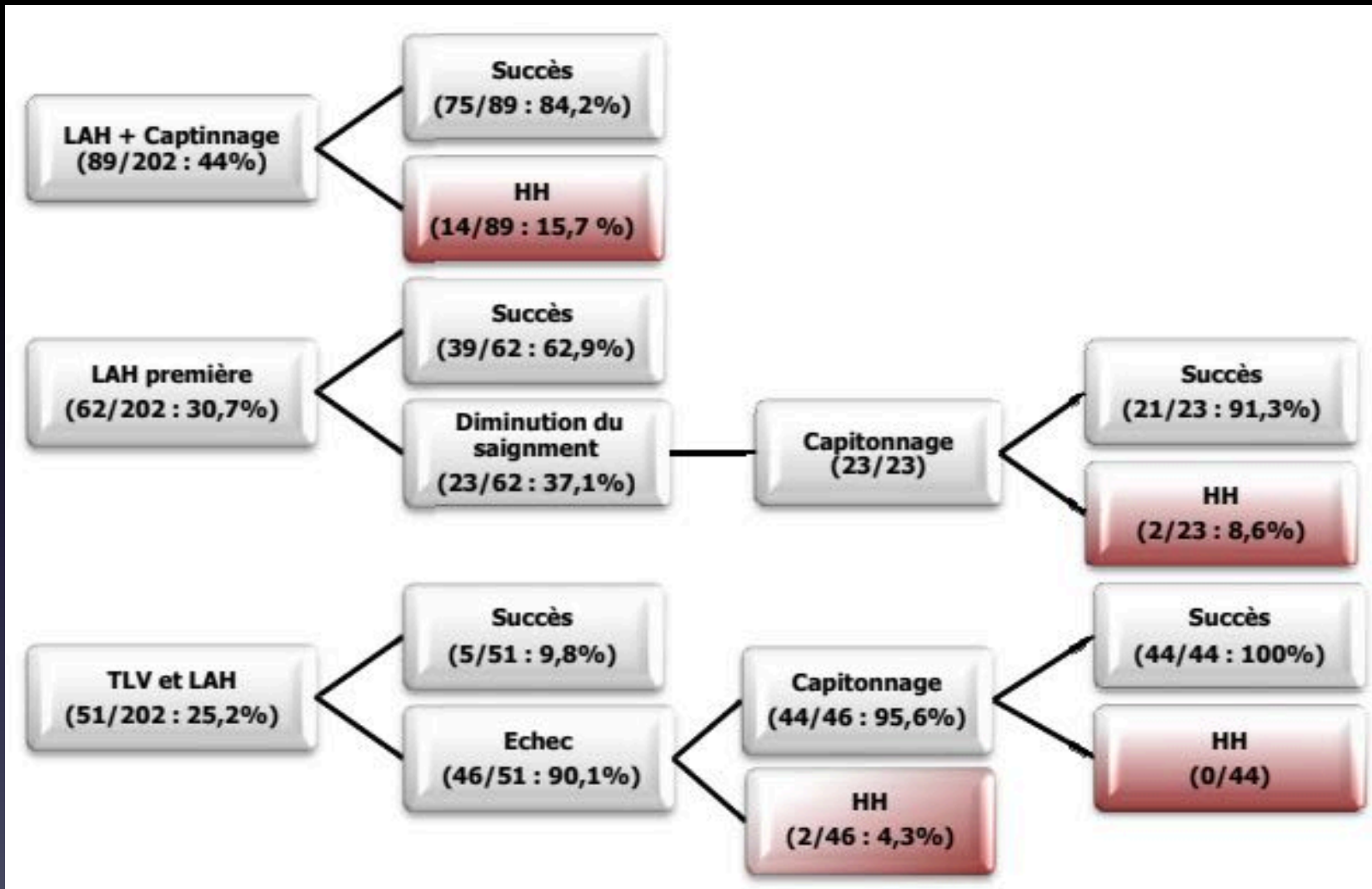




## Efficacite de LAH selon l'etiologie :

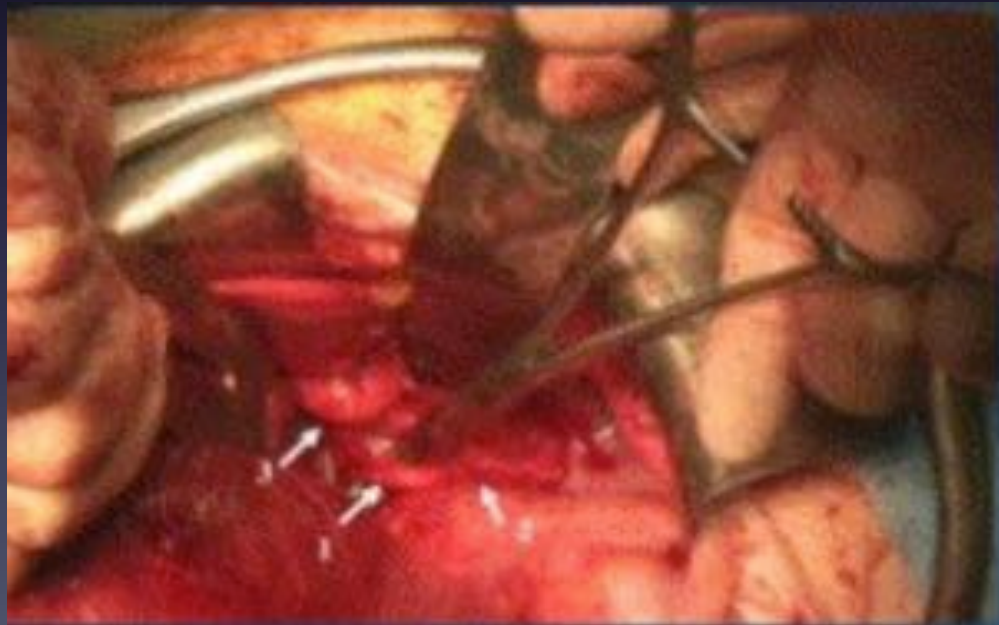
<b>Etiologie</b>	<b>Succès</b>	<b>Echec</b>	<b>P</b>
<b>Atonie (%)</b>	97,1	2,9	$\leq 0,001$
<b>Rupture utérine (%)</b>	100	0	1
<b>Placenta accreta (%)</b>	47,4	52,6	$\leq 0,001$
<b>Placenta prævia (%)</b>	80	20	0,137
<b>Rétention placentaire (%)</b>	100	0	0,367
<b>Hématome rétro-placentaire (%)</b>	100	0	0,479
<b>Troubles de l'hémostase (%)</b>	85,7	14,3	0,485
<b>Déchirure de la filière génitale (%)</b>	100	0	0,367

Répartition des patientes selon les gestes chirurgicaux associés :



- LAH : juguler l'HPP dans la majorité des cas (184/202 soit 91%)
- L'efficacité dépend de plusieurs facteurs:
  - l'âge
  - la durée du travail
  - l'instabilité hémodynamique
  - l'administration de certaines substances (F. VII 80%,  
a.tranéxamique 71%)
  - les gestes hémostatiques associés
  - l' étiologie ++

- Dans notre série : **4 cas de deces maternel.**
- **3 cas de complications majeures :**
  - 1 cas de plaie urétérale
  - 1 plaie de l'artere hypogastrique
  - 1 plaie de la veine iliaque interne, par valve au cours de l'exposition.



# CONCLUSION:

- LAH : méthode de dévascularisation utérine de référence.
- Connaissance parfaite de la région hypogastrique.
- Chirurgien de préférence, expérimenté.
- Geste salvateur, précieux, qui doit être enseigné convenablement surtout dans les services ne disposant pas d'un plateau technique d'embolisation artérielle.

MERCI.