Quand prendre la bonne décision d'une hystérectomie d'hémostase

Pr Hassine Saber Abouda

Centre de maternité et de néonatologie de Tunis , Service C



HPP

2%

Des femmes qui accouchent

1/4

Tous les décès maternels dans le monde

20%

Décès maternels dans régions en développement

1ère

Cause de mortalité maternelle dans la plupart des pays à revenu faible

8%

Décès maternels dans régions développées

1. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 12 nov 2024]. 41 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/141487
2. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. N Engl J Med. 2021 Apr 29;384(17):1635-1645. doi: 10.1056/NEJMra1513247. PMID: 33913640; PMCID: PMC10181876.

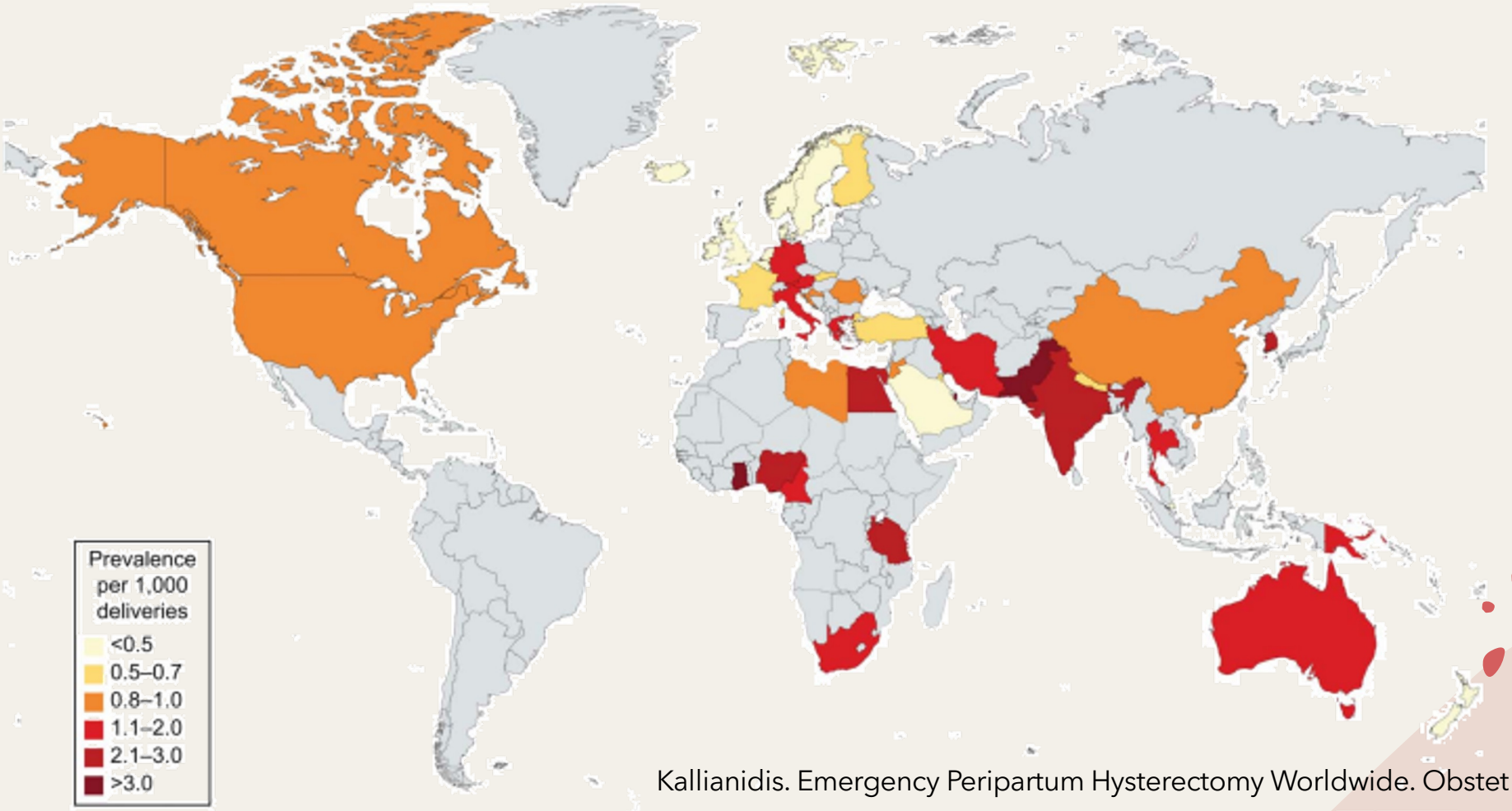
"

Every day 810 women die from preventable causes related to pregnancy and childbirth.

Embolism (3.2 %), abortion (7.9%), hypertensive disorders (14.0%), postpartum haemorrhage and antepartum haemorrhage (27.1%), other direct causes (9.6%), indirect causes[2] (27.5%), sepsis (10.7%)[3]

World Health O, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, Nations Population Division: executive summary. In. Geneva: World Health Organization; 2019.

Incidence, Indications, Risk Factors, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide A Systematic Review and Meta-analysis

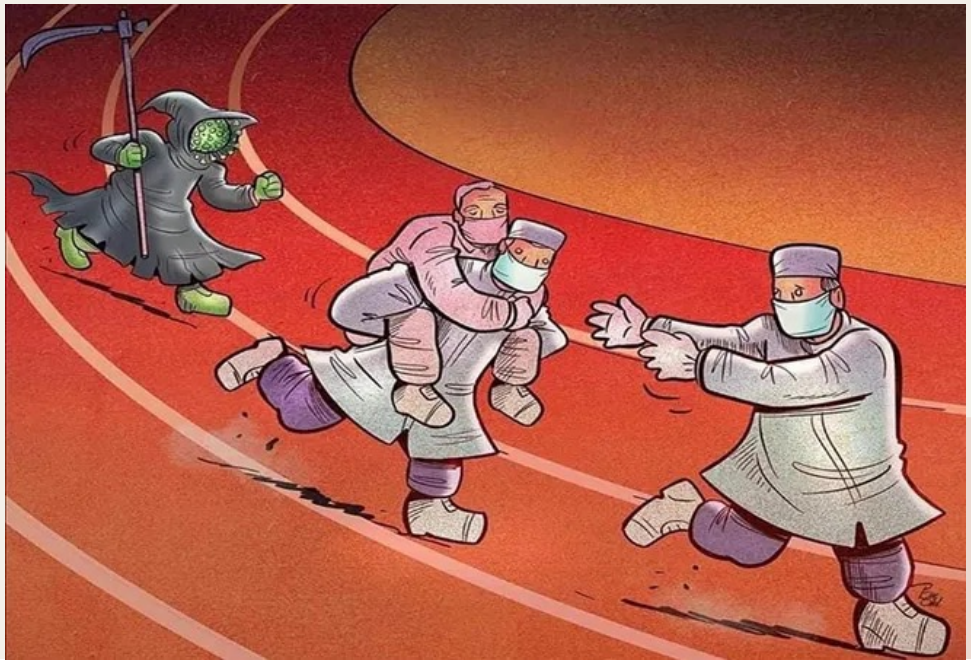


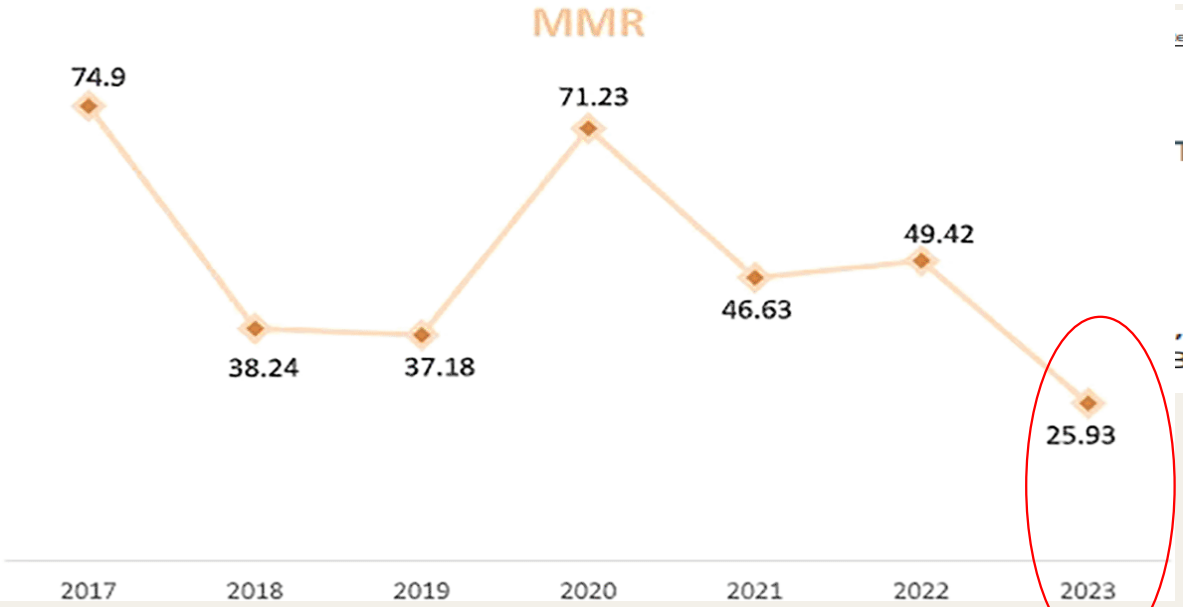
Kallianidis. Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide. Obstet Gynecol 2023

Income Setting	Placental Pathology		Uterine Atony		Uterine Rupture	
	Proportion (95% CI)	No. of Studies	Proportion (95% CI)	No. of Studies	Proportion (95% CI)	No. of Studies
Low	25 (—)	1	36 (—)	1	25 (—)	1
Lower middle	20.7 (15.8–26.8)	44	20.9 (17.6–24.7)	38	44.5 (36.6–52.7)	44
Upper middle	41.8 (33.3–50.9)	35	31.0 (25.0–37.6)	33	13.8 (9.8–19.2)	34
High	48.4 (43.4–53.4)	77	28.9 (25.7–32.3)	71	9.3 (7.0–12.1)	77

* Proportion of indications per 100 emergency peripartum hysterectomies, calculated using random-effects model.

- Difficultés d'accès aux établissements de santé
- Disponibilité limitée des options de prise en charge conservatrices
- Nombre de professionnels de santé qualifiés





esearch 2024, 13:1218 Last updated: 13 NOV 2024

Check for updates

Tunis between 2017

Ratio and the main

, Sirine E

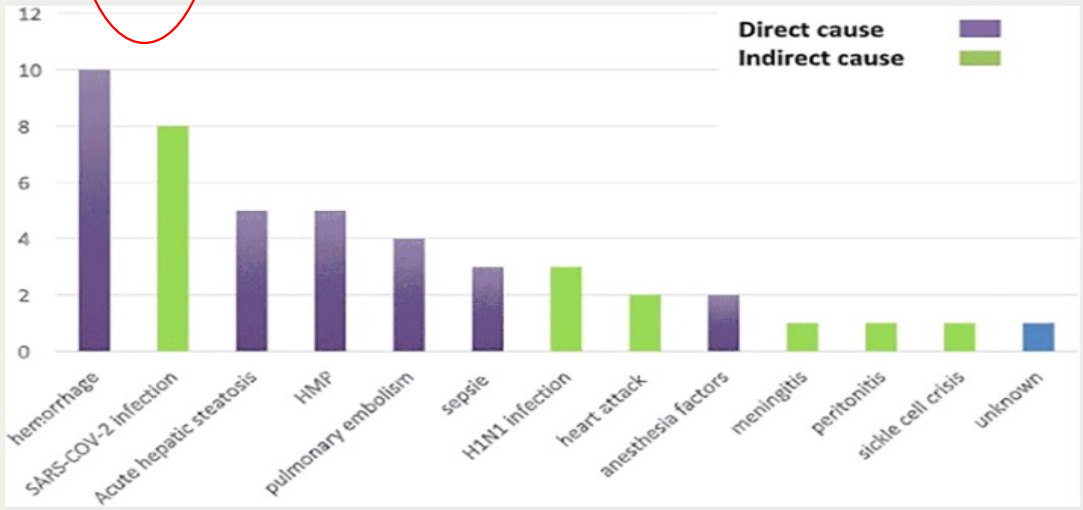
Ben Hmi

25,93%

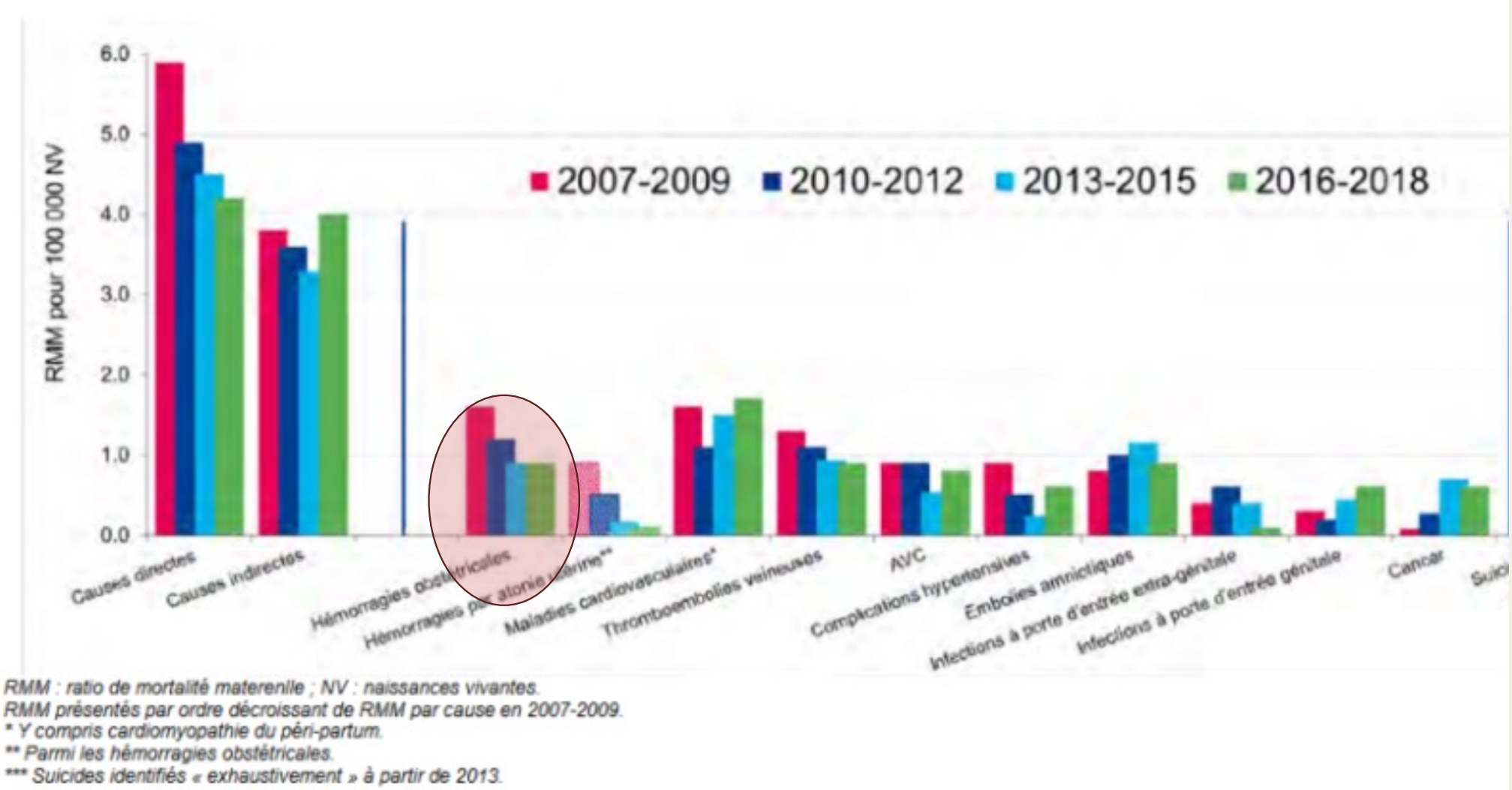
MMR en 2023

20,8%

l'hémorragie était la cause du décès maternel



magdoud k, rezigui h, Arifi N *et al.* Maternal Mortality in the Governorate of Tunis between 2017 and 2023: evolution of Maternal Mortality Ratio and the main causes of death



RMM : ratio de mortalité maternelle ; NV : naissances vivantes.
RMM présentés par ordre décroissant de RMM par cause en 2007-2009.
** Y compris cardiomyopathie du péri-partum.*
*** Parmi les hémorragies obstétricales.*
**** Suicides identifiés « exhaustivement » à partir de 2013.*

Evolution de la mortalité maternelle par cause de décès, RMM triennaux, France entière 2007-2018, Données ENCMM

Diminution de la mortalité par hémorragie : Meilleure prise en charge globe ??

Mais ...



- Une incidence toujours élevée …
- Cause de décès **évitable ?**
- Inadéquation de soins dans 94% des cas, défaut d'organisation..
- Diff entre les pays

INSERM, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018



Managem
Haemorrh

The American College of Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG PRACTIC

Clinical Management Guidelines fo

NUMBER 183, OCTOBER 2017

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was de
Committee on Practice Bulletins–Obstetrics in collaboration with Laurence E. Sh

Postpartum Hemorrhag

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists
Excellence in Women's Health

Recommandations pour la pratique clinique

rragies du post-partum

e Collège national des gynécologues
t obstétriciens français

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

n and Management of Postpartum
age

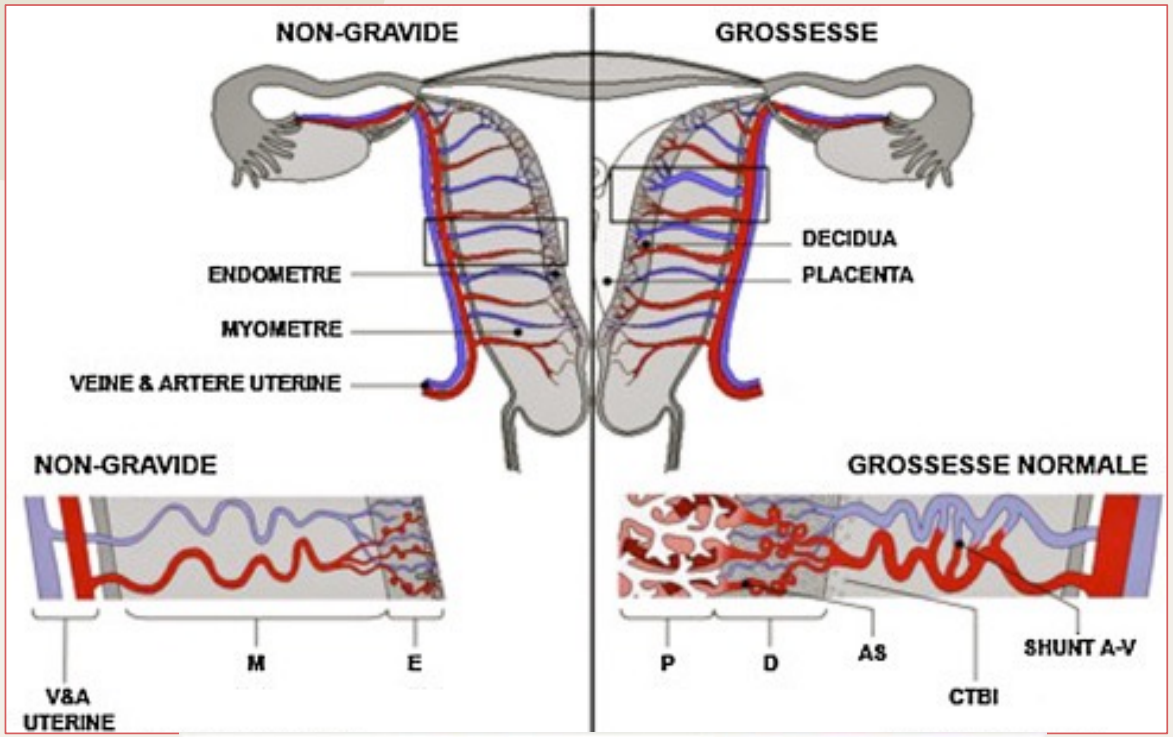
ine No. 52

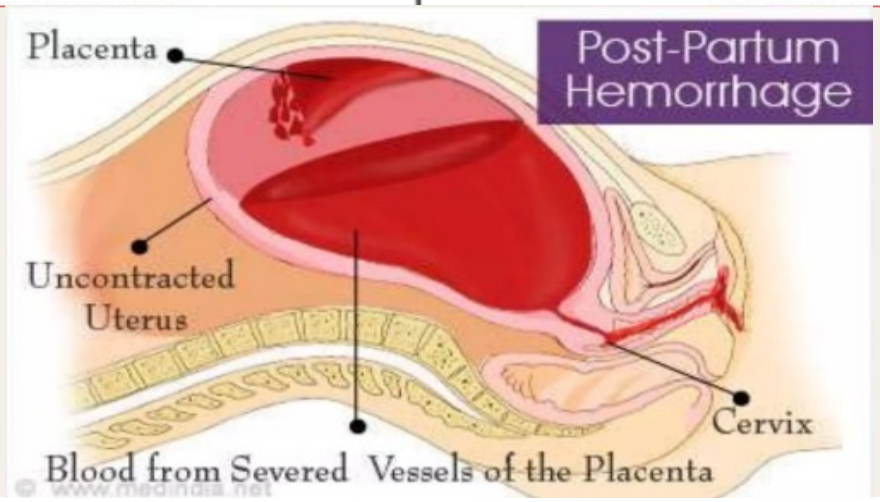
2

Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage


Radiologue
CCV
Expert en DAN
Chirurgie
n viscéral
Pédiatre
Chirurgien Gynécologue
Anesthésiste
urologue







500-800 mL/mn

Vs

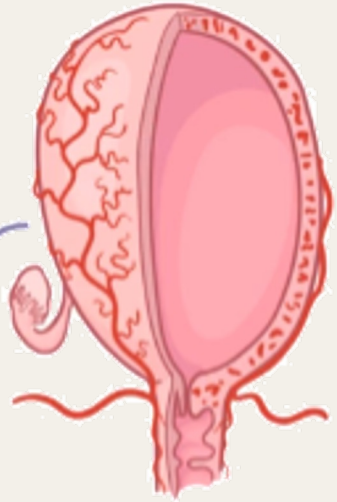
100 mL/ mn

Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 28 oct 2024 [cité 13 nov 2024]; Disponible sur: https://emedicine.medscape.com/article/796785-overview#a6

4 T's:

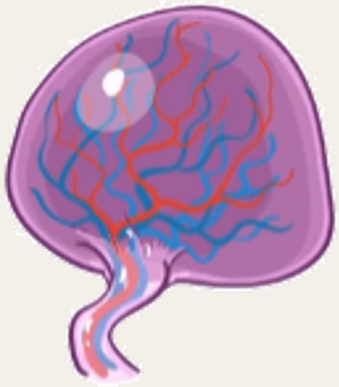
TONE

UTERINE ATONY



TISSUE

ISSUES w/ the PLACENTA





TRAUMA

DAMAGE to the GENITAL TRACT STRUCTURES



THROMBIN

COAGULATION DISORDERS

SFAR

- □ Appel de l'équipe obstétricale et anesthésique
- □ Sac de recueil gradué
- □ Démarrer feuille spécifique HPP

≤ 30 min

Equipe d'anesthésie réanimation

- □ Monitorage et Vérifier VVP
- □ Anesthésie pour gestes endo-utérins
  Eviter les halogénés
- □ Ocytocine 5 à 10 UI IVL
- □ Remplissage par cristalloïdes
- □ ± Ephédrine ou Néosynéphrine
  (objectif PAM 60-65 mmHg)
- □ Oxygénothérapie
- □ Hémoglobine capillaire
- □ Vérification carte de groupe
- □ Validité RAI
- □ Prévention de l'hypothermie
- □ Antibioprophylaxie

Equipe obstétricale

- □ Délivrance artificielle
- □ Révision utérine
- □ Sondage vésical évacuateur
- □ Examen de la filière
- □ Sutures
- □ Massage utérin

Poursuite du saignement

≤ 30 min

- □ **Sulprostone :** une ampoule de 0,5 mg dans 50 ml de Nacl 0,9% sur une heure
- □ **Acide Tranexamique** 1g IVL 10 minutes
- □ 2ème VVP ≥ 16G
- □ Bilan : NFS plaquettes, TP, TCA, Fibrinogène ± Hb capillaire
- □ Sondage vésical à demeure
- □ Précommande ou commande de PSL *[contact EFS]*

Si besoin d'une AG: faire induction séquence rapide

Poursuite du saignement

- □ Option : **Ballon de tamponnement**
- □ Post césarienne ou doute sur saignement interne : **Echographie** pour éliminer un hémopéritoine

Hémodynamique instable et/ou hémorragie massive et/ou embolisation non disponible → **CHIRURGIE CONSERVATRICE** (Ligatures artérielles et/ou plicature utérine)

Stabilité Hémodynamique et embolisation disponible → **EMBOLISATION**

- □ Remplissage vasculaire
- □ Bilans biologiques + lactates répétés (si besoin KTA)
- □ Poursuite sulprostone : 2nde ampoule sur 5h.
- □ Acide tranexamique : renouvellement 1 g sur 4h
- □ Fibrinogène (objectif : ≥ 2 g/l)
- □ Calcium : 1 g IVL

- □ Activer le protocole de transfusion massive
- □ CGR (objectif > 8 g/dl)
- □ PFC (ratio 1:1 à 1:2)
- □ Plaquettes (objectif : > 50 G/l)
- □ Réanimation du choc hémorragique (cf ACC): noradrénaline, cathéters artériel et central

Poursuite du saignement

- □ **HYSTÉRECTOMIE INTERANNEXIELLE**
- □ Option : Facteur VII activé recombinant 60-90 µg/kg

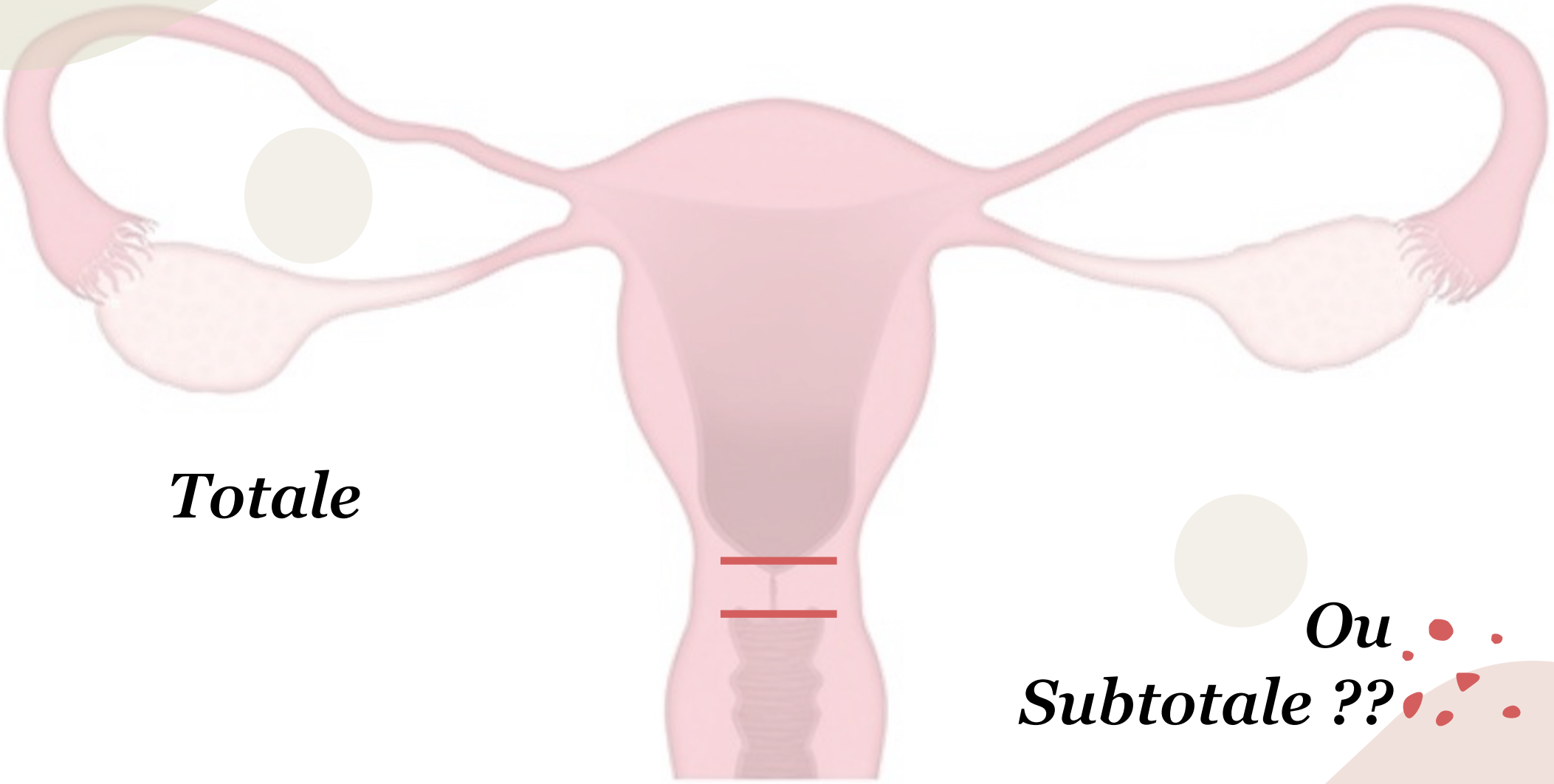
AR

TRIPLE LIGATURE + CAPITONNAGE B LYNCH





Geste Salvateur!

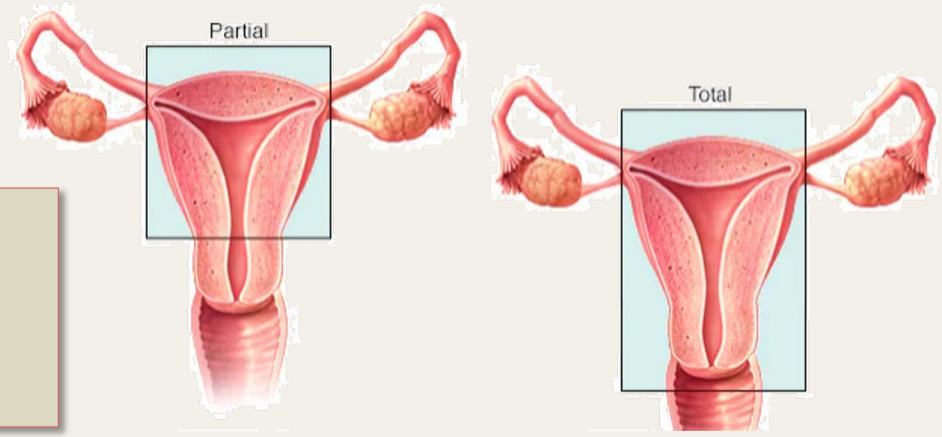


Totale

Ou

Subtotale ??

Le type d'hystérectomie à réaliser dépend de la préférence et de l'expertise de l'opérateur ainsi que de l'état clinique de la patiente ; d'autres facteurs, tels que l'âge, la cause de l'hémorragie, la stabilité hémodynamique et l'anatomie pelvienne, doivent également être pris en compte. *Gungor et al, Arch Gynecol Obstet. 2009*



il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale en termes de complications, de transfusions sanguines et d'admissions en soins intensifs. Zhang et al, Medicine. 2017

L'hystérectomie subtotale a été associée à un contrôle hémorragique plus rapide et des durées opératoires plus courtes, ce qui en fait l'approche préférée par rapport à l'hystérectomie totale. **Zhang et al, Medicine. 2017**

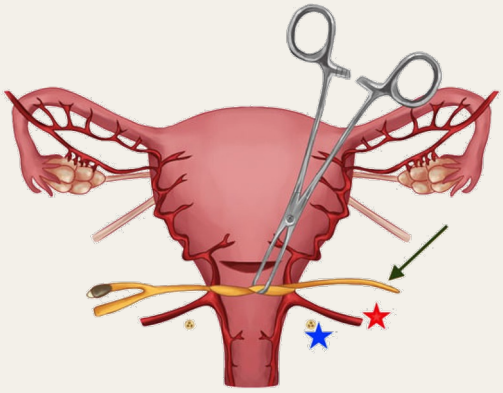
Mise en place d'un tourniquet

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X
Volume 21, March 2024, 100285

Tourniquet on the low segment of the uterus reduces blood loss in postpartum hemorrhage during hysterectomy for placenta accreta: Old but gold

Hassine S. Abouda [a], Sofiene B. Marzouk [b], Yecer Boussarsar [b], Haithem Aloui [a,*], Hatem Frikha [a], Rami Hammami [a], Badis Chennoufi [a], Hayen Maghrebi [b]

[a] *Department 'C' of Gynecology and Obstetrics, University of Tunis El Manar, Faculty of Medicine of Tu*
[b] *Department of Anesthesiology and Intensive Care, University of Tunis El Manar, Faculty of Medicine of*





Hysterectomy : When??



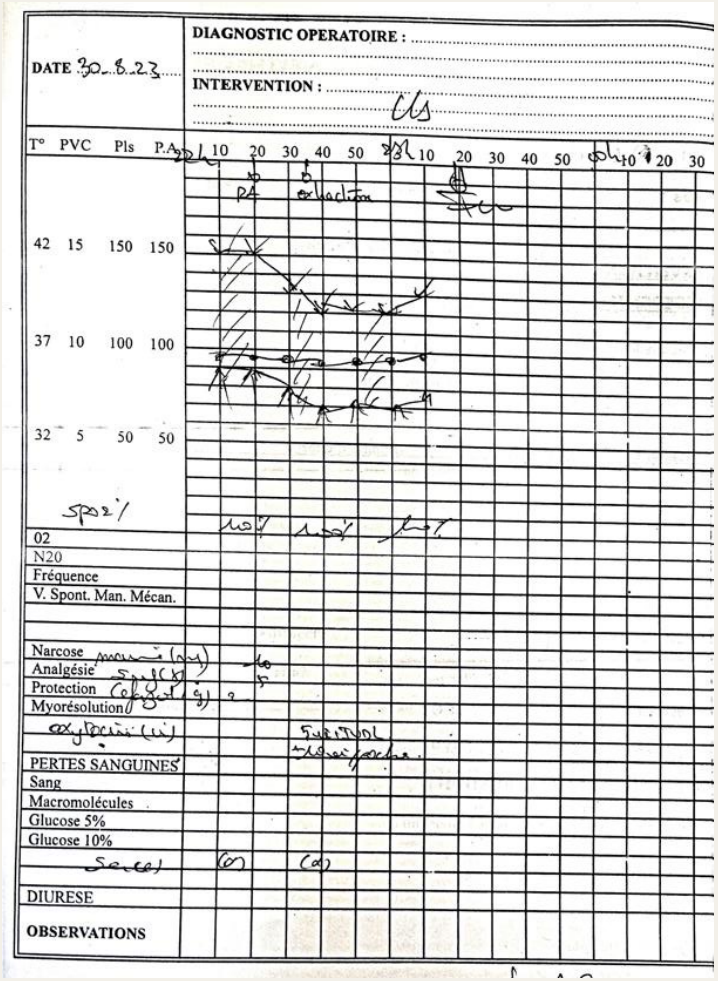
Cas clinique n1

•Mme RM, 45 ans, G6P3 (2 césariennes, 3 IVG).

•**Suivi obstétrical :** Grossesse suivie pour diabète gestationnel,

•**Admission :** Entrée spontanée en travail à 30/08/2023 (38 SA+2).

•Césarienne en urgence pour utérus bicicatriciel en travail.



•Césarienne réalisée sous rachianesthésie, extraction d'un nouveau-né de sexe féminin (2885 g, Apgar 9/10).

•Acte sans complications immédiates.

En post-partum immédiat (2h30 post op) :

•Apparition brutale :

- Dyspnée, oppression thoracique, cyanose, agitation, désaturation (SpO_2 : 88%).
- Examen : tachycardie (110 bpm), TA normale.
- Bon globe, saignement minime.
- Échographie abdominale :RAS
- Bilan :Hb 13.3 g/dl ,Plaquettes à 120000 éléments/ml TP 100% Troponine à 6 ng/l.

Transfert au bloc opératoire pour évaluation

- Installation d'un Rouge vif, faible à moyenne abondance. Pouls à 115 bpm, TA 120/70, diurèse conservée.

Décision initiale : Perfusion de Nalador devant la stabilité HD

Réévaluation à 10 minutes

- Persistance du saignement, globe utérin mou

→ Décision de reprise chirurgicale.

- **Exploration chirurgicale** Hémopéritoine pelvien de faible abondance, saignement diffus non collioté. Tissus hyperhémiés et œdématiés (muscle grand droit). foie, rate, gouttières pariéto-coliques : RAS.

Gestes réalisés :

Ligature bilatérale des artères utérines.

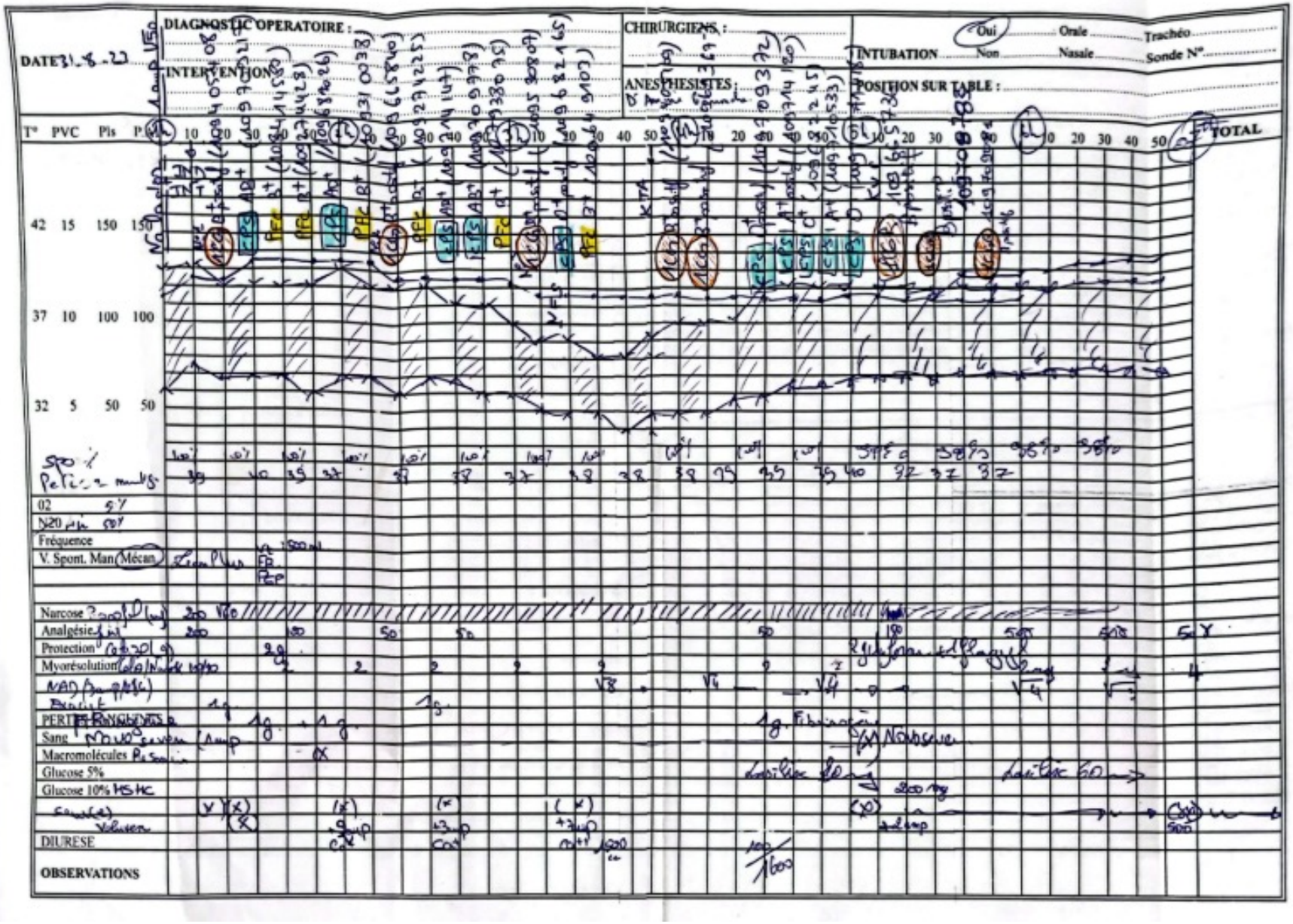
Capitonnage B-Lynch modifié.

Ligature de l'artère hypogastrique gauche (surseoir côté droit pour raisons anatomiques).

- Persistance de saignement diffus → CIVD suspectée malgré réanimation et transfusion (fibrinogène, Exacyl).

Hystérectomie d'hémostase :

Subtotale interanexielle, Packing pelvien (12 champs), drain de Redon.



Post-opératoire immédiat :

- Tachycardie à 130 bpm, PA stable sous faibles doses de drogues vasoactives.
- Diurèse réduite.

•Bilan biologique :

- Hb : 8.3 g/dl → 11.4 g/dl (post-transfusion, facteur 7 recombinant administré).
- Plaquettes : 104 000 → 66 000.
- TP : 64%.



Deuxième réintervention : devant un Saignement persistant (Redon : 200 ml sang rouge vif).

•**Exploration** :

- Dépacking : 12 champs imbibés de sang.
- Annexectomie gauche : Ovaire et trompe gauche violacés, saignant spontanément.
- Uretères et vessie intègres, gouttières, foie, et rate sans anomalies.

•Repositionnement du Redon, deuxième dose de facteur 7 recombinant.

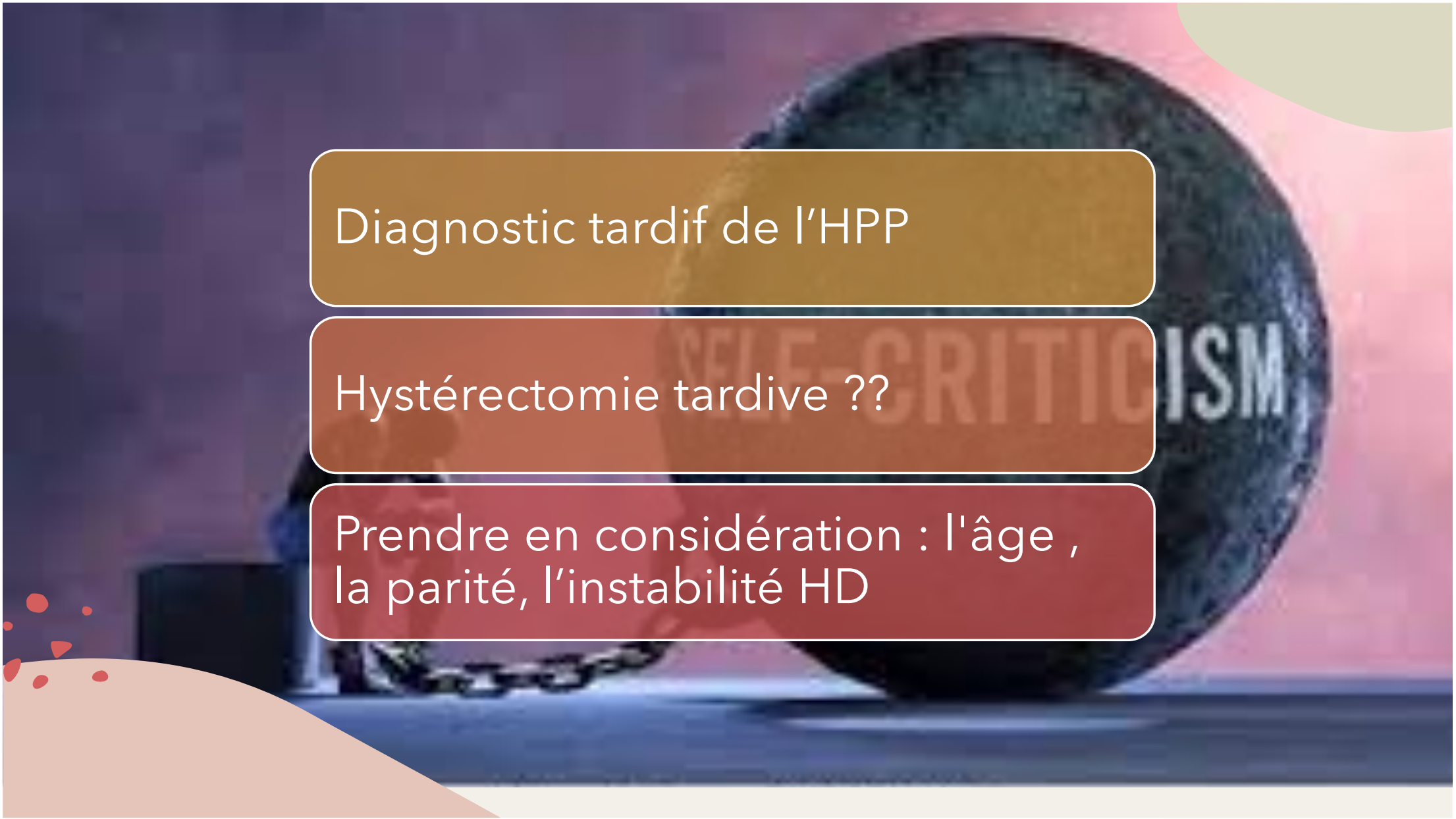
Évolution en réanimation :

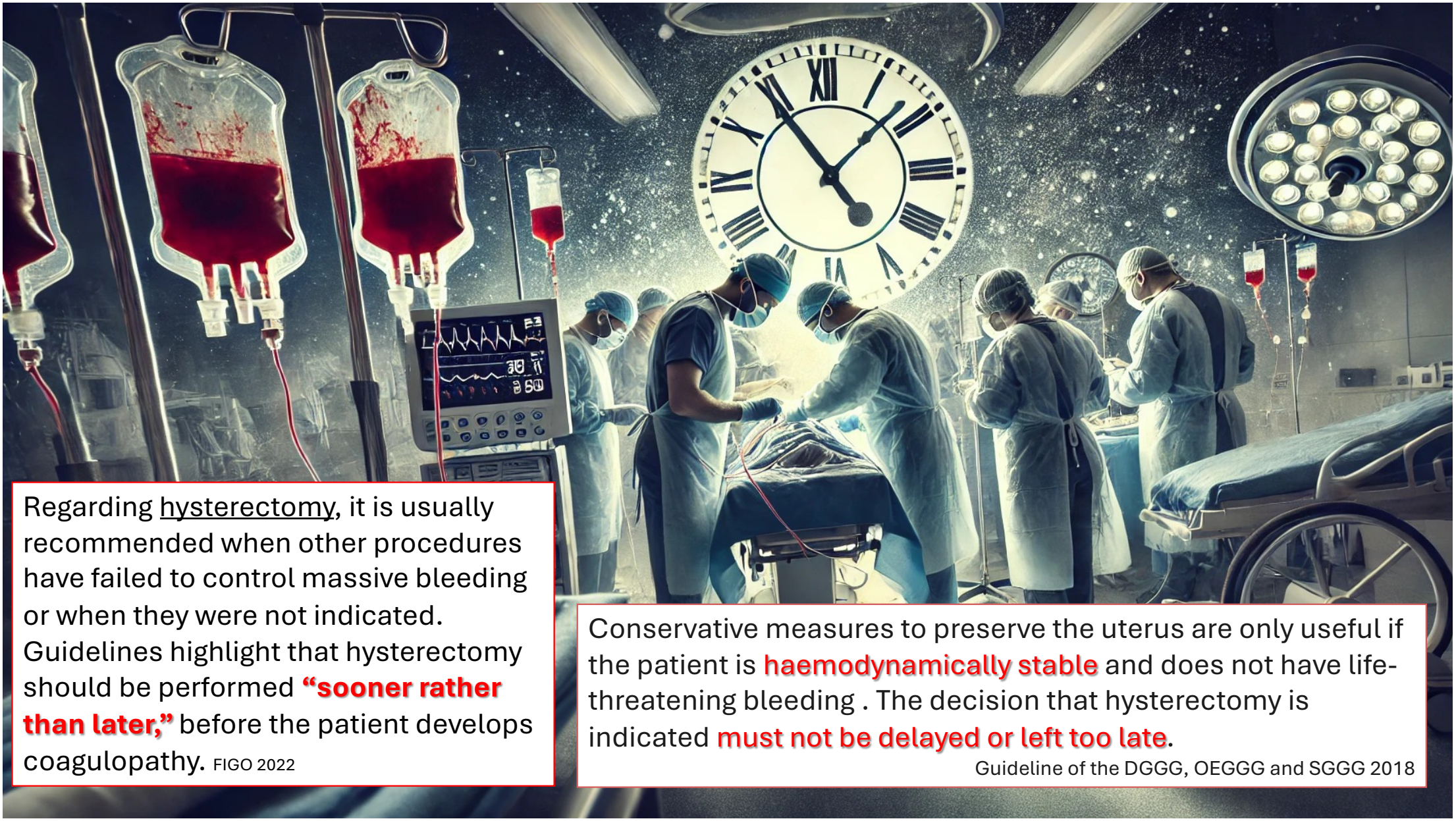
•**Biologie** :

- 12h : Hb 9.2 g/dl, Plaquettes 87 000.
- 18h : Hb 8.5 g/dl, Plaquettes 85 000, TP 100%.

•Diurèse altérée.

- Patiente décédée au service de réanimation à J21 post op par défaillance multiviscérale.


Diagnostic tardif de l’HPP
Hystérectomie tardive ??
Prendre en considération : l'âge , la parité, l’instabilité HD



Regarding hysterectomy, it is usually recommended when other procedures have failed to control massive bleeding or when they were not indicated. Guidelines highlight that hysterectomy should be performed **"sooner rather than later,"** before the patient develops coagulopathy. FIGO 2022

Conservative measures to preserve the uterus are only useful if the patient is **haemodynamically stable** and does not have life-threatening bleeding . The decision that hysterectomy is indicated **must not be delayed or left too late**.

Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG 2018

L’hémorragie massive et la coagulopathie sont des facteurs de risque d’échec de procédures d’hémostase par embolisation ou ballon de compression utérin .

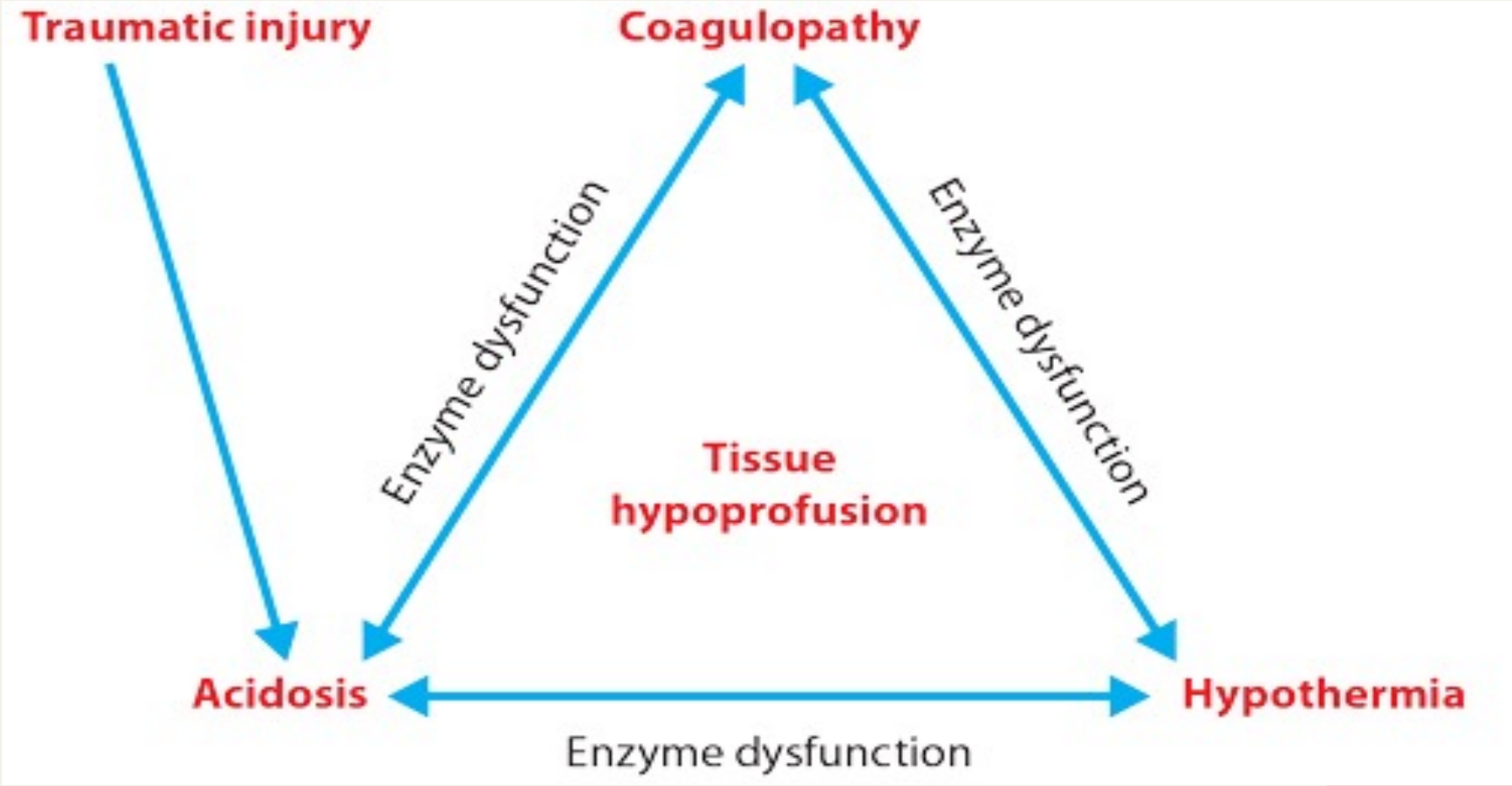
En cas d’atonie utérine et/ou d’hémorragie persistantes et sévères, une décision d’hystérectomie d’hémostase est préférable, court-circuitant les techniques conservatrices habituellement recommandées dans l’hémorragie du post-partum.

Cette prise en charge non conservatrice s’appuie également sur des connaissances physiopathologiques argumentant que l’utérus est l’organe responsable de libération de facteur tissulaire en lien avec la pérennisation de la fibrinolyse.

➔ **L’hystérectomie doit être envisagée sans délai en cas d’hémorragie profuse et concomitamment aux procédures de réanimation maternelle.**

Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de ENCMM; 2024

Damage control resuscitation in PPH







DCS

Ralentir l'hémorragie

Réanimation +++

Tentatives hémostase

Hypothermie
Acidose
Perte sanguine
Coagulopathie
CIVD

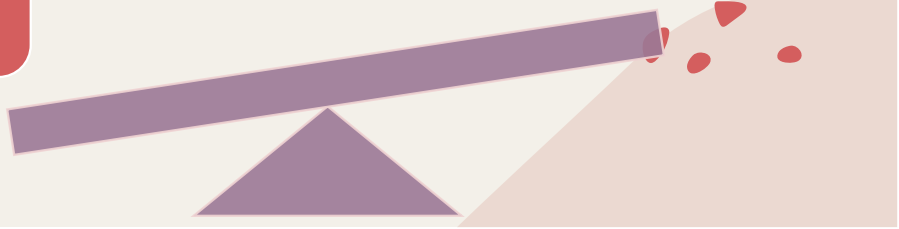


TABLE 9 Alternative indications for damage control surgery secondary to postpartum hemorrhage[a]

Indication
Systolic blood pressure <70 mm Hg
Body temperature <34°C
Maternal blood pH <7.1
Venous bleeding not suitable for surgical control
Persistent bleeding despite several transfusions of blood products (>10 units of PRBC)
Massive transfusion: 6 units of Red Blood Cells (during the first 4 h)
Increasing and continuous need for fluids due to active nonarterial bleeding
Hemodynamic instability, requiring persistent vasopressor support or that results in the development of ventricular arrhythmias
Coagulopathy resulting from a combination of hypothermia (temperature <35°C), acidosis (pH <7.3), and loss of coagulation factors
Duration of surgery >90 min

[a]Source: Carvajal et al. [4] and Pacheco et al. [7]. Adapted with permission.



hemorrhage control

=

Abdominal hysterectomy

+

Packing Pelvien

Packing pelvien

Pelvic Packing for Intractable Obstetric Hemorrhage After Emergency Peripartum Hysterectomy: A Review

Omar Touhami, MD,* Arij Bouzid, MD,† Sofiene Ben Marzouk, MD,‡
Mahdi Kehila, MD,§ Mohamed Badis Channoufi, MD,§¶ and Hayen El Magherbi, MD||

Decision to pack the pelvis is generally taken when nonsurgically controllable hemorrhage associated with clinical and laboratory evidence of coagulopathy has developed and blood loss cannot be replaced adequately in the face of continuous hemorrhage after an EPH. Therefore, pelvic packing can be considered as a "rescue ending procedure."

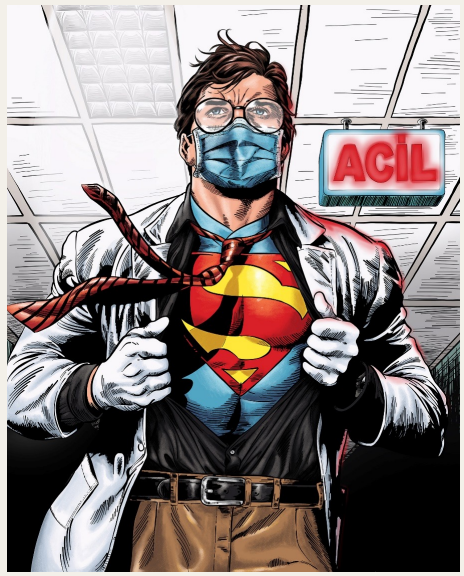
In our opinion, the decision to perform a packing or not takes mostly into consideration the severity of the bleeding following the hysterectomy and therefore is rather subjective and often based on the surgeon's clinical judgment.





If bleeding does not stop in spite of treatment with uterotonics, other conservative interventions (e.g. uterine massage), and external or internal pressure on the uterus, surgical interventions should be initiated. Conservative approaches should be tried first, followed – if these do not work – by more invasive procedures. For example, compression sutures may be attempted first and, if that intervention fails, uterine, utero-ovarian and hypogastric vessel ligation may be tried. If life-threatening bleeding continues even after ligation, subtotal (also called supracervical or total hysterectomy) should be performed. **(Quality of evidence: no formal scientific evidence of benefit or harm. Strength of recommendation: strong.)**

Remark The Consultation acknowledged **that the level of skill of the health care providers** will play a role in the selection and sequence of the surgical interventions.



➔ Le niveau de compétence du chirurgien déterminera :
QUAND : Le moment optimal pour intervenir
QUOI : le type d'intervention à privilégier

WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta

2009

1 Last option :

BOX 13 FIGO recommends abdominal hysterectomy as treatment for PPH when all other medical, nonsurgical, and surgical treatment modalities have failed to control PPH.

Care must be taken to have adequate blood supplies. Subtotal hysterectomy can shorten the procedure and is important in a hemodynamically unstable patient.



- Ressources insuffisantes
- La compétence des praticiens dispo
- Instabilité HD ⏱
- Echec des autres mesures

« Sonner rather than later..... »

Cas clinique n2

- Mme X., 32 ans, GVPIV (UTC) mal suivie.
- Placenta prævia antérieur au 3e trimestre, suspicion accreta (IRM à 32 SA).
- Admission en urgence
- Motif : Contractions utérines sans saignement à 33 SA.
- Bilan initial : Hb > 12 g/dL.

Décision : Césarienne d'urgence .

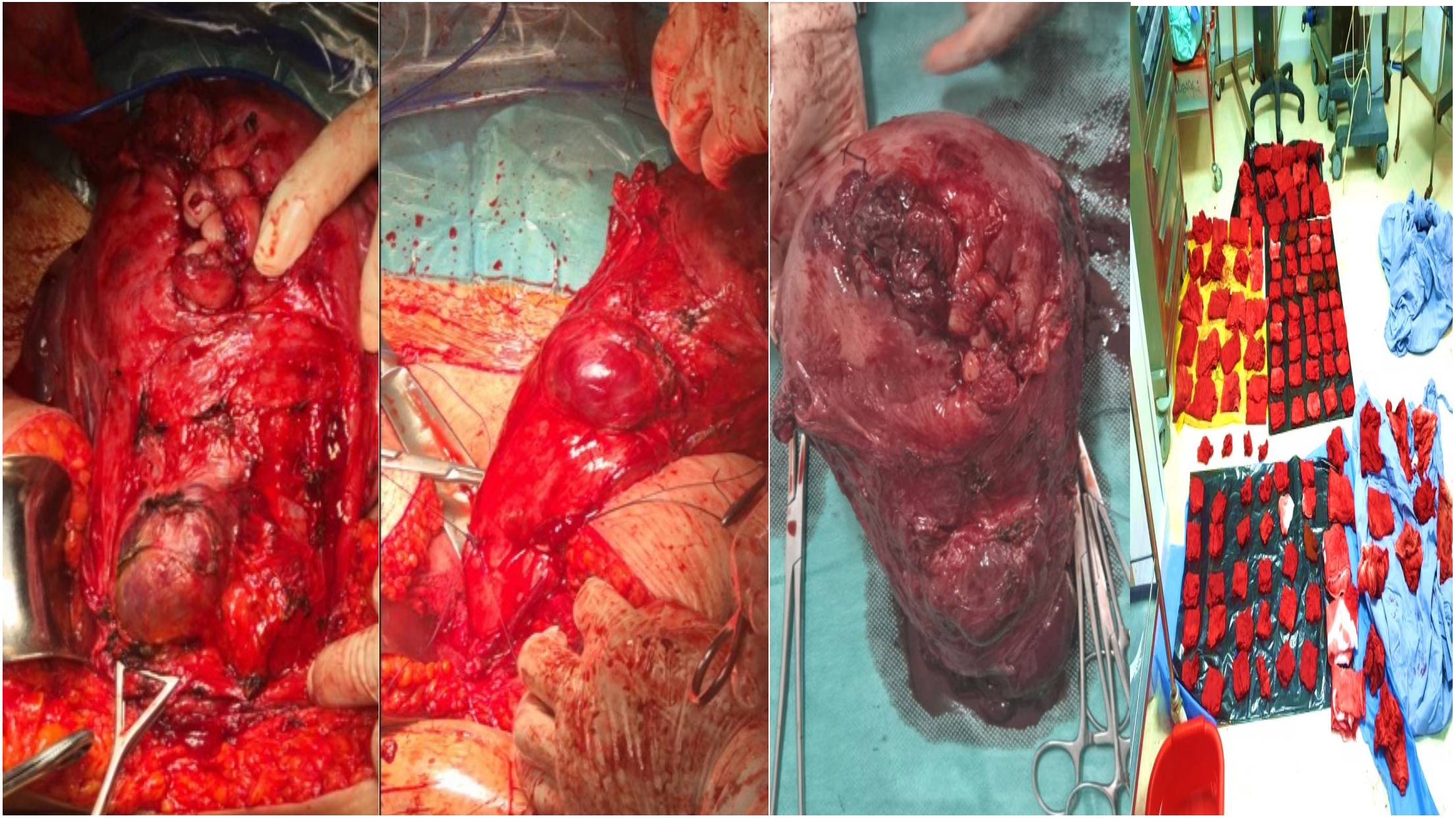
Décision de réaliser une hystérectomie d'hémostase en urgence.

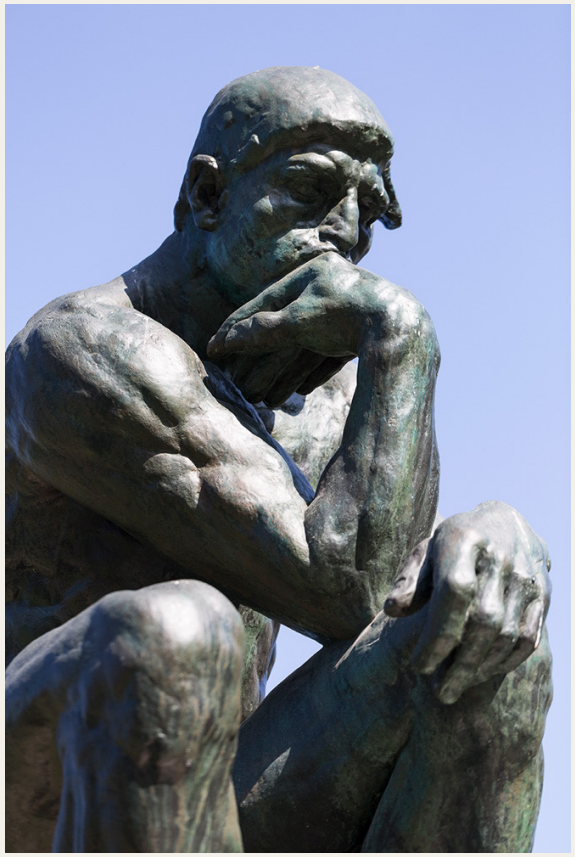
- Anesthésie générale **Incision** :fundique
- Pas de signes d'accreta en per op
- Délivrance artificielle complète.
- En per opératoire : tachycardie, hypotension, saignement de grande abondance d'origine vaginale.
- ACR sur table opératoire récupéré

- Transfusion par 10 CGR , 10 PFC , fibrinogène.
- Noradrénaline peropératoire.
- Packing pelvien

Transférée au service de réanimation intubée ventilée sous DVA

- Hb à 9 g/dl en post op
- Dépacking après 24H, champs non imbibés
- Extubation J1 post dépacking .





Mesures de réanimation conformes

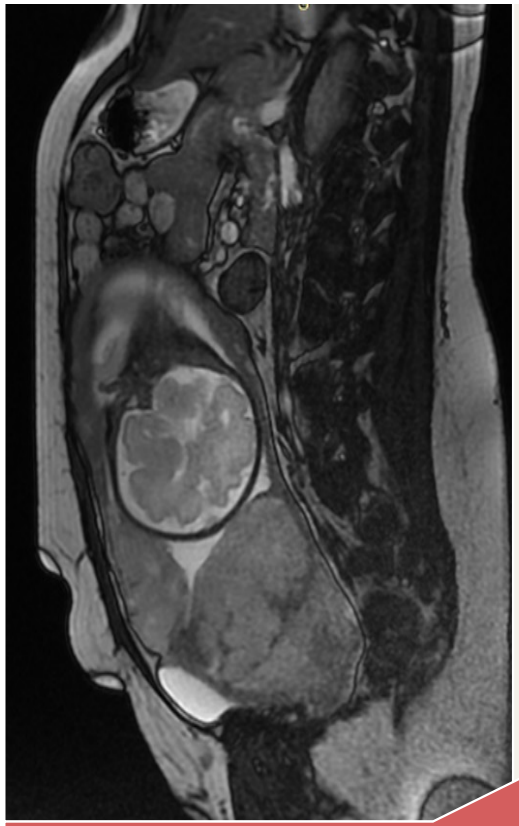
Hystérectomie + Packing réalisés à temps et rapidement

Absence de planification anticipée adaptée au contexte à haut risque

Tentative de délivrance « un peu forcée » malgré une suspicion de placenta accreta.

Mauvaise estimation du saignement vaginal initial : absence d'évaluation post-délivrance.

Cas clinique n3

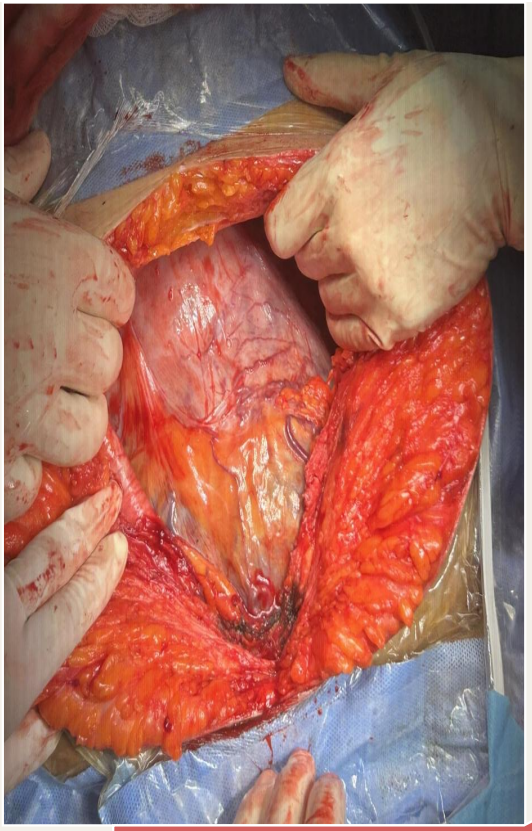


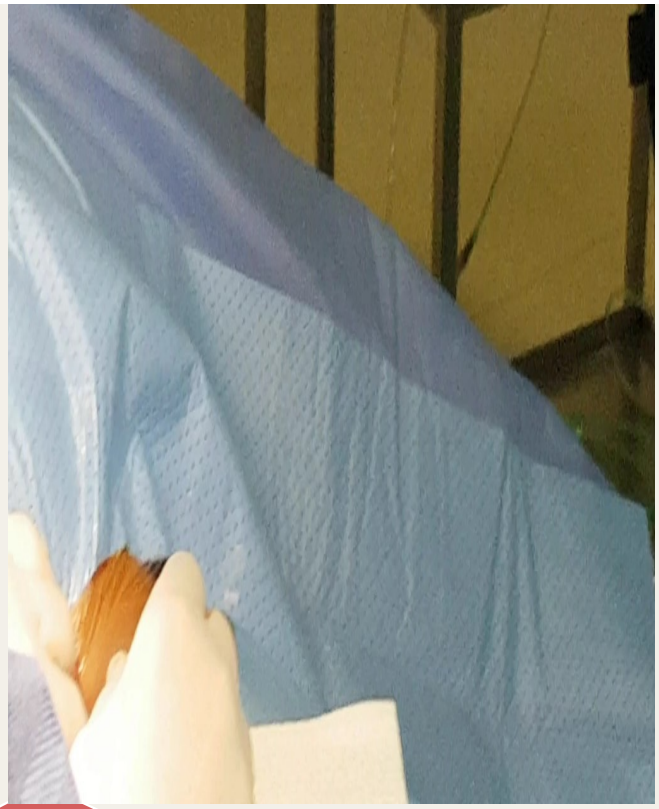
Information de la patiente réalisée avec obtention d'un consentement éclairé

Césarienne avec hystérectomie subtotale programmée à 35 SA

Pose de sondes JJ en préopératoire

Ballonnet vasculaire





Mme Y., 37 ans, G4P4 :

Utérus tricicatriciel (UTC)

Grossesse actuelle : Dg de placenta totalement recouvrant antérieur établi lors de l'échographie du 2e trimestre +IRM réalisée à 32 SA confirmant une forte suspicion de placenta accreta

Détails peropératoires :

Dg de placenta accreta confirmé => Cs – Hystérectomie

Transfusion peropératoire de 2 CGR
Pas de nécessité de transfert en réanimation

Traitement radical

The American College of Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS
COMMITTEE OPINION

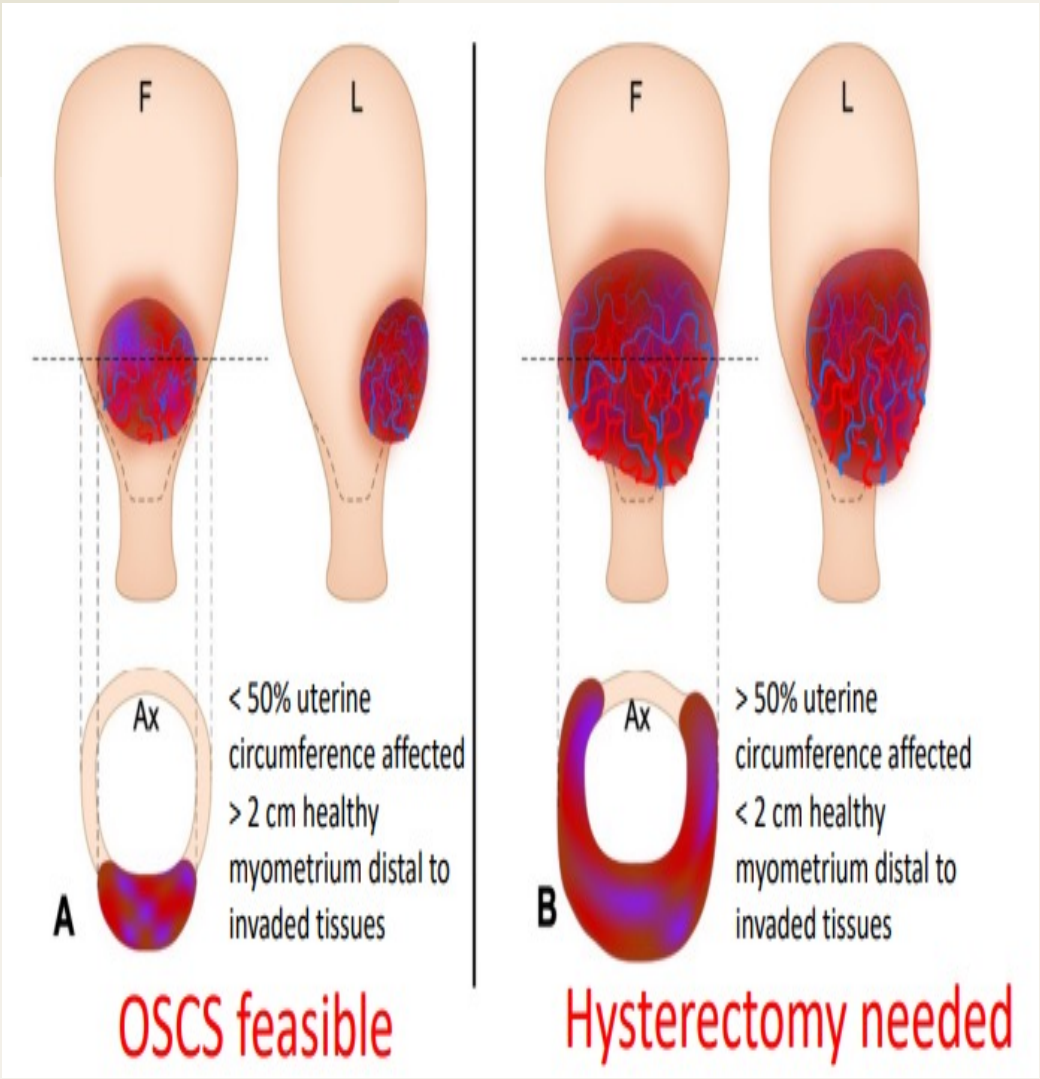
Surgical Approach

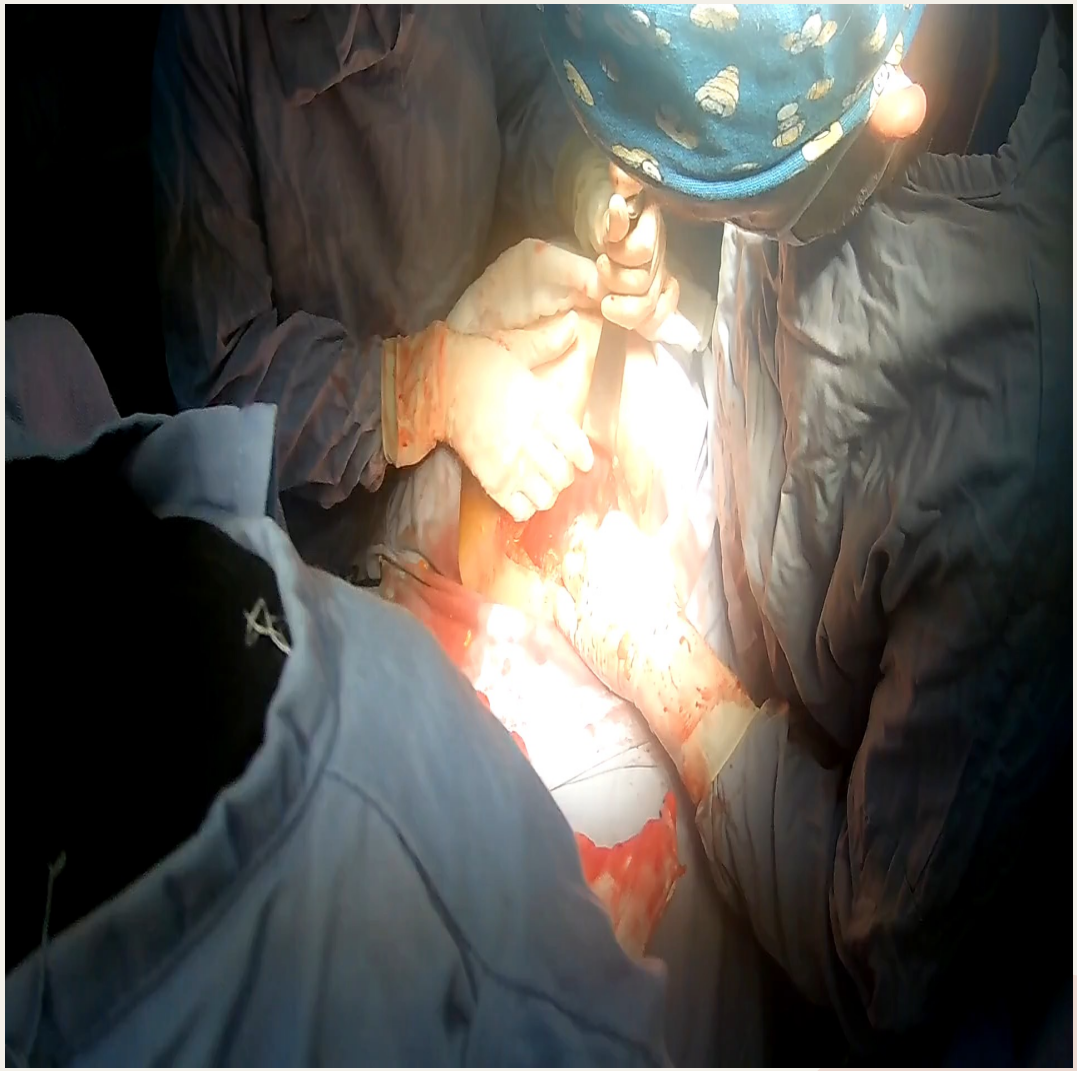
Generally, the recommended management of suspected placenta accreta is planned preterm cesarean hysterectomy with the placenta left in situ



=

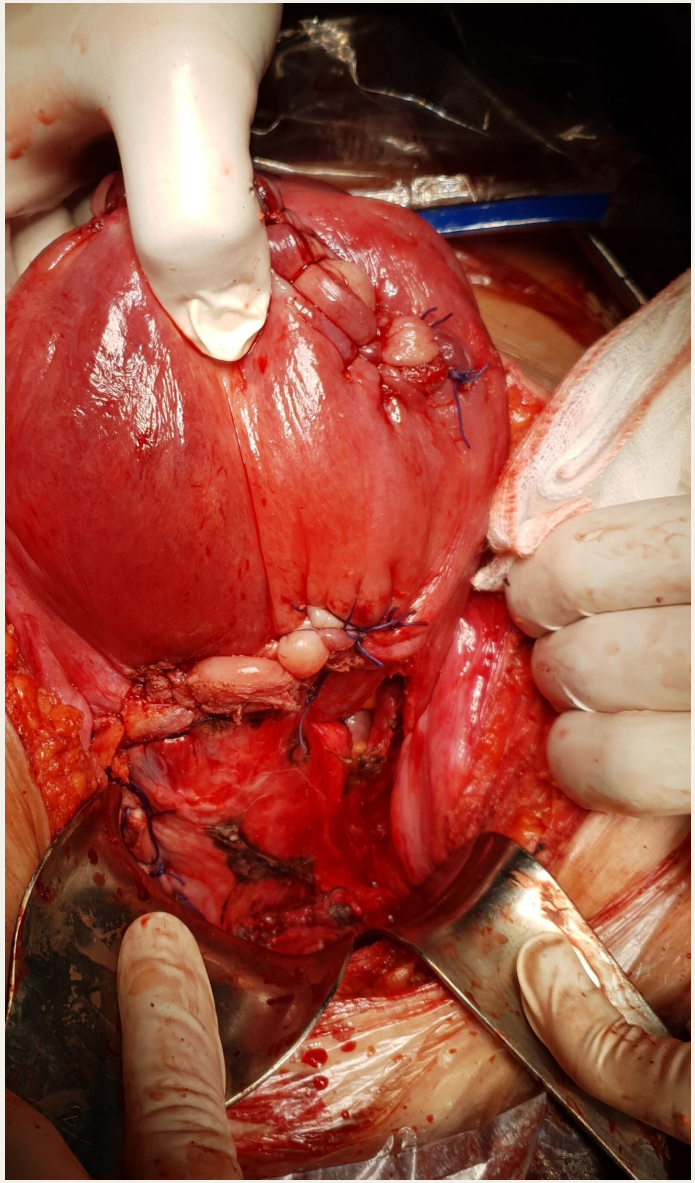


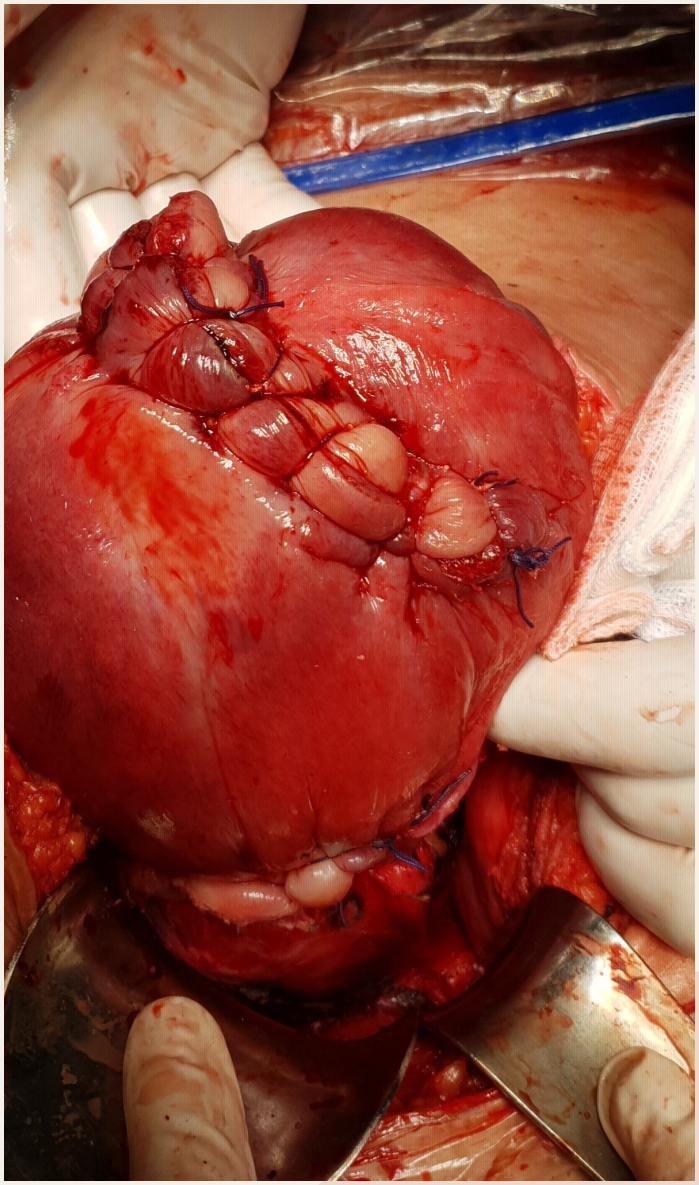




Nieto-Calvache. How to perform the one-step conservative surgery for placenta accreta spectrum move by move. AJOG MFM 2022







Cas clinique n4

Mme H.A., 32 ans, G4P3

ATCDs :

- 3 Cs (sans CRO disponible).
- Pas de suivi prénatal pour la grossesse actuelle.

Circonstances de l'admission :

- Dls pelviennes aiguës.
- DDR imprécises (estimées à environ 4 mois avant l'admission).
- Présence d'un saignement minime une semaine auparavant, accompagné de légères douleurs négligées.
- Transférée depuis un hôpital régional en raison de l'indisponibilité du médecin de garde.

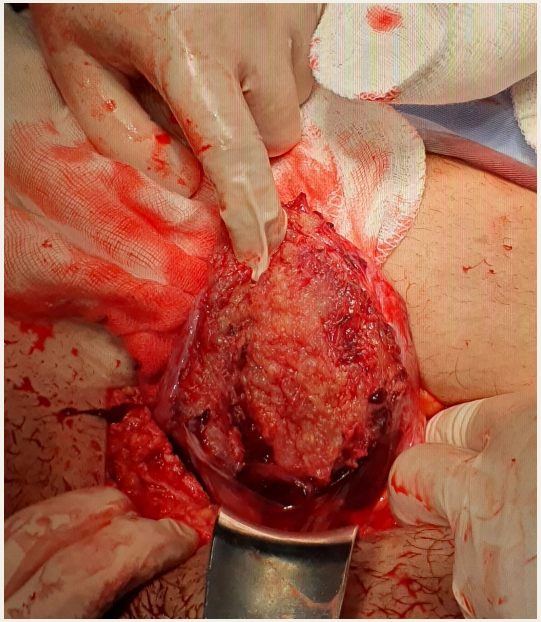
À l'examen :

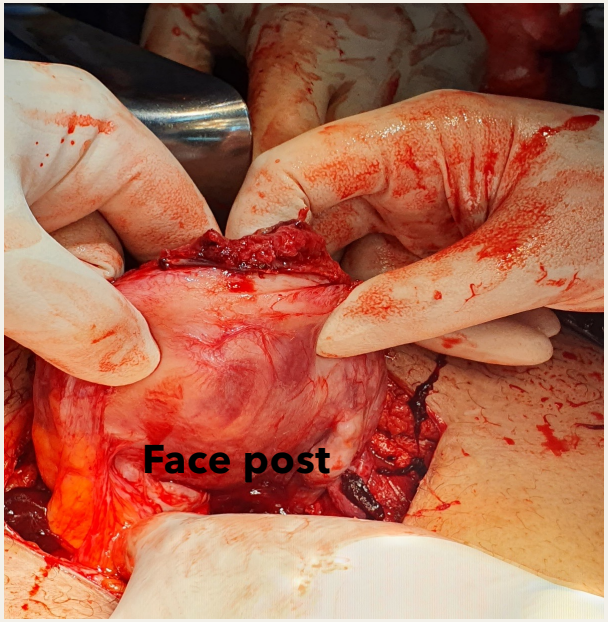
- TA : 95/54 mmHg.
- Pouls : 113 bpm.
- FR : 25/min.
- Agitation, pâleur conjonctivale.
- Abdomen sensible à la palpation, sans ballonnement.
- Col postérieur, long, fermé, avec sensibilité au toucher du Douglas.

- **Échographie :**
  - Fœtus de 18 semaines sans activité cardiaque.
  - Épanchement péritonéal significatif.
- **Biologie :**
  - Hb : 9 g/dL.
  - GS O +

Laparo exploratrice









Management of women with uterine rupture at laparotomy

REPAIR

Uterine repair may leave behind unhealthy tissue which may predispose to infection, abscess formation, haemorrhage and DIC, and all these factors may be exacerbated by increased operative time.

HYSTERECTOMY

hysterectomy : the best treatment for patients who have completed their family PROJECT

Ozdemir I, Yucel N, Yucel O. Rupture of the pregnant uterus: a 9-year review. Arch Gynecol Obstet. 2005 Sep;272(3):229-31. doi: 10.1007/s00404-005-0733-3. Epub 2005 Apr 21. PMID: 15843950.

Depends on the extent of uterine damage, patient's stability, patient future reproduction plans and surgeon's experience. However, if an adequate closure and haemostasis cannot be achieved, hysterectomy should be performed.

Guideline for the Management of Uterine Rupture NHS WALES 2020

Uterine repair preferred but if extensive defect consider hysterectomy - if the defect is large
or extends into the broad ligament with associated haemorrhage, then hysterectomy is more likely. It is important that the obstetric consultant is involved in the decision-making and is present in obstetric theatres.

Guideline for the Management of Uterine Rupture NHS WALES 2024



Étendue des lésions utérines



Stabilité HD de la patiente



Fertilité ultérieure



Compétence du chirurgien


Autres facteurs
Age
Parity

Peripartum hysterectomy due to severe postpartum hemorrhage: A hospital-based study

Pettersen et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2022

	Hysterectomy *n* (%)	Deliveries[a] *n* (%)	Hysterectomy rate per 1000 deliveries (95% CI)	Crude IRR (95% CI)	Adjusted IRR (95% CI)[b]
All	42	96 313	0.44 (0.31–0.59)		
Age at delivery, years		96 312			
<30	2 (4.8)	29 315 (30.4)	0.07 (0.01–0.25)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
30–39	26 (61.9)	61 762 (64.1)	0.42 (0.27–0.62)	**6.16 (1.46–26.0)**	3.66 (0.80–16.6)
≥40	14 (33.3)	5235 (5.5)	2.67 (1.46–4.49)	**39.2 (8.91–172.2)**	**12.3 (2.67–56.7)**
Gestational age, weeks		95 907			
≥37	26 (61.9)	89 365 (93.2)	0.29 (0.19–0.43)	1.00 (ref)	
<37	16 (38.1)	6542 (6.8)	2.45 (1.4–3.97)	**8.41 (4.51–15.7)**	
Parity		96 313			
Para 0	9 (21.4)	47 682 (49.5)	0.19 (0.09–0.36)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Para 1	14 (33.3)	33 549 (34.8)	0.45 (0.25–0.74)	2.21 (0.96–5.11)	0.91 (0.35–2.37)
Para ≥2	19 (45.3)	15 082 (15.7)	1.26 (0.76–1.97)	**6.67 (3.02–14.8)**	2.24 (0.88–5.69)
Country of origin		96 313			
Norway	17 (40.5)	64 033 (66.5)	0.27 (0.15–0.43)	1.00 (ref)	
High income countries	3 (7.1)	8491 (8.8)	0.35 (0.07–1.03)	1.33 (0.39–4.54)	
LMIC	21 (50.0)	22 580 (23.5)	0.93 (0.58–1.42)	**3.50 (1.85–6.64)**	
Unknown	1 (2.4)	1209 (1.2)	0.83 (0.02–4.61)	3.12 (0.41–23.41)	
Multiple pregnancy					
No	39 (92.9)	94 162 (97.8)	0.41 (0.29–0.57)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Yes	3 (7.1)	2151 (2.2)	1.39 (0.29–4.08)	**3.37 (1.04–10.9)**	**3.68 (1.12–12.1)**
Previous CS		96 313			
No	20 (47.6)	86 779 (90.1)	0.23 (0.14–0.36)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Yes	22 (52.4)	9534 (9.9)	2.31 (1.45–3.49)	**9.10 (4.97–16.7)**	**4.69 (2.27–9.66)**
Mode of delivery		96 313			
Vaginal delivery	8 (19.0)	77 038 (80.0)	0.1 (0.04–0.2)	1.00 (ref)	
CS	34 (81.0)	19 275 (20.0)	1.76 (1.22–2.46)	**17.0 (7.87–36.7)**	
Placenta previa		96 313			
No	28 (66.7)	95 942 (99.6)	0.29 (0.19–0.42)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Yes	14 (33.3)	371 (0.4)	37.7 (20.6–63.3)	**129.3 (68.1–245.6)**	**71.6 (36.7–139.7)**

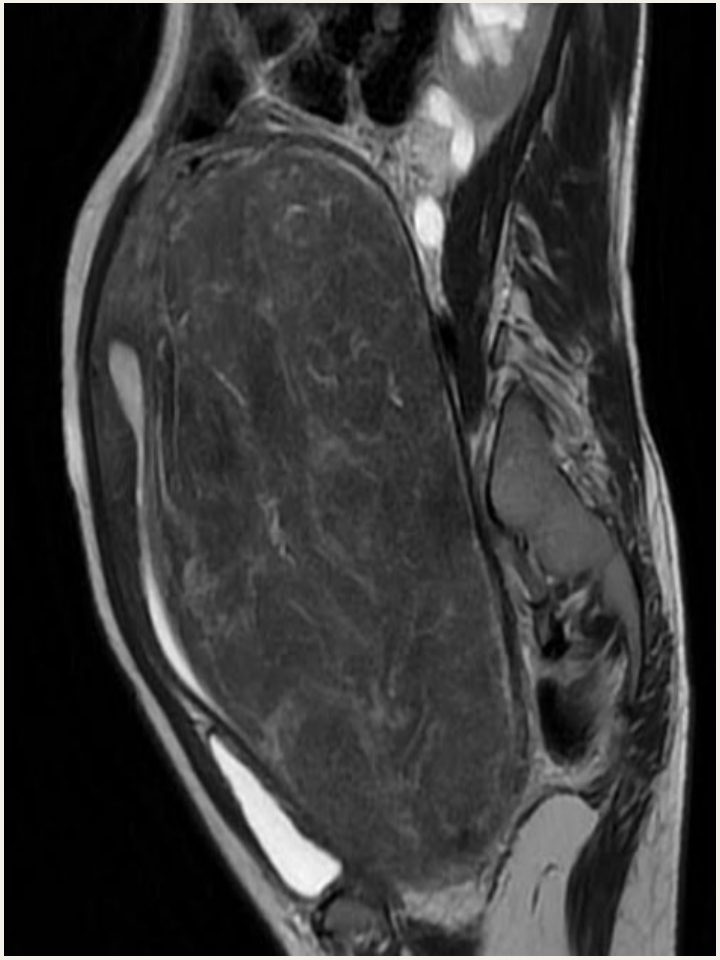
- **Population** : Femmes ayant accouché à partir de 23 semaines de gestation avec hémorragie post-partum ≥1500 mL ou transfusion sanguine, à l'Hôpital Universitaire d'Oslo (2008-2017).
- **Critères d'inclusion** : Femmes ayant subi une hystérectomie dans les 42 jours post-partum.

- Age > 40 (IRR =12,3)
- Parité > 1 (IRR =2,44)
- Gsse multiple (RR=3,68)
- ATCDs de Cs (RR=4,69)
- Placenta praevia (RR=71,6)

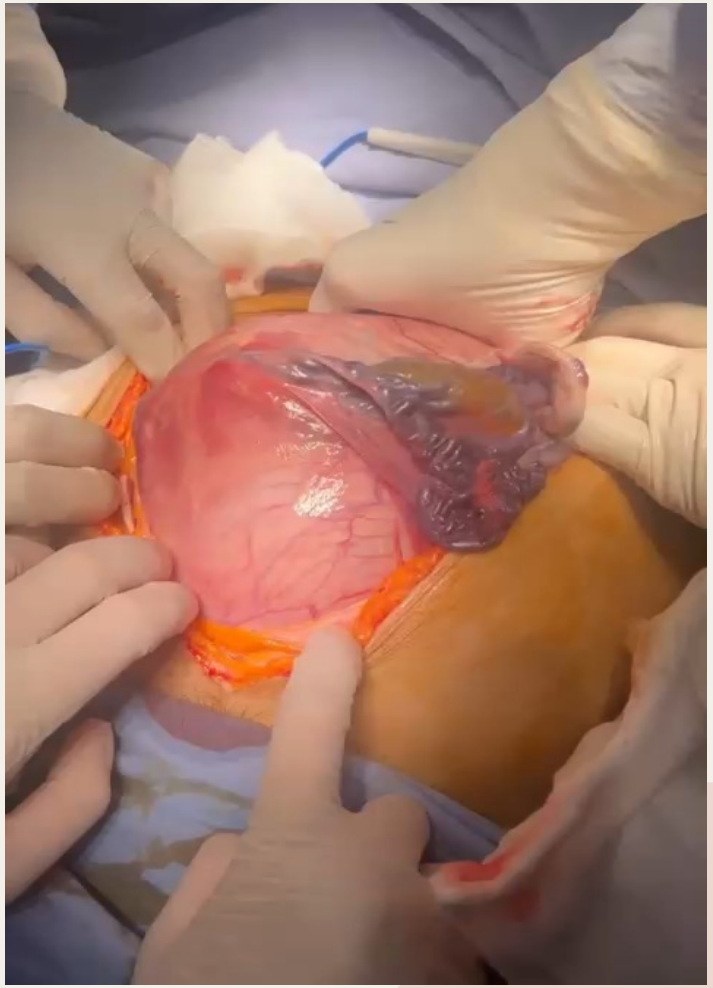
➔ *D'autres facteurs, tels que l'âge maternel et la parité, seront pris en compte dans la décision d'effectuer une hystérectomie .*



Hystérectomie d’Hémostase : Au-delà de l’obstétrique







Message clés :

>> Identifica

1. Dép
pré

2. P
dapté

3. Inf
opti
otentiels, les
oductive et sa



Previous uterine curettage



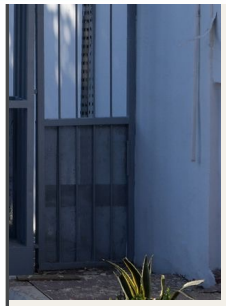
Myomas



Prolonged labour







Messc

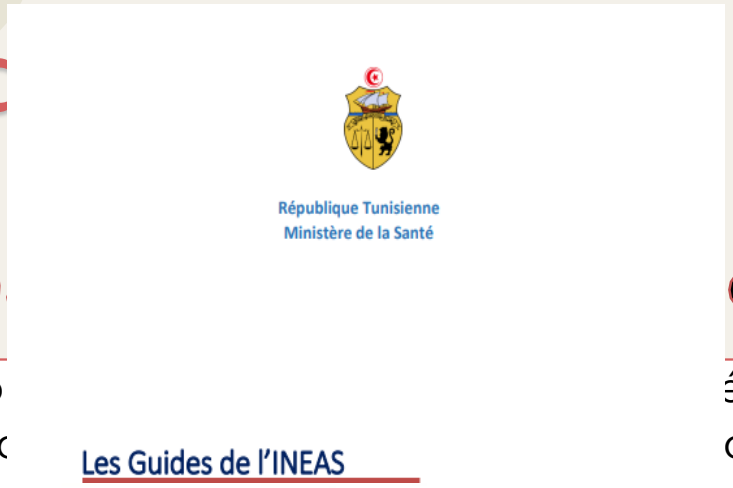
>> Form

édi

4

Fo
rec

équip
d'HP











7

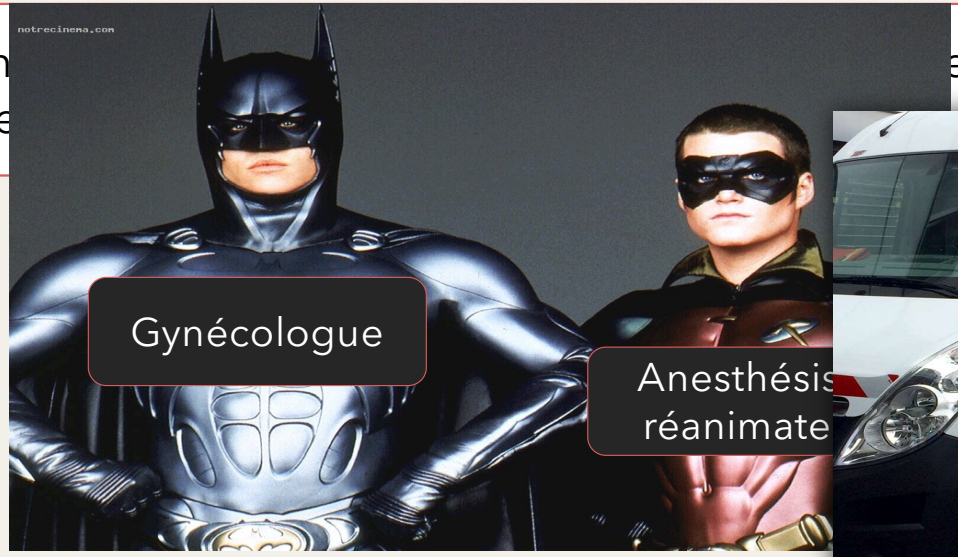
Simulation régulière de scénarios d'HPP pour renforcer la coordination et la réactivité des équipes.

Message clés :

>> Approche multidisciplinaire

8 Collaboration entre obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs pour la prise en charge optimale des cas complexes.

9 Établissemen ...entes nécessitant des soins inte





Message clés :



>> Suivi post partum

10 Prise en charge psychologique pour aborder l'impact émotionnel et psychologique de l'HPP.

« Je me suis sentie triste, perdue et vide... Je voulais cinq enfants à moi, mais je n'en ai plus que deux maintenant, être une femme a perdu tout son sens... »

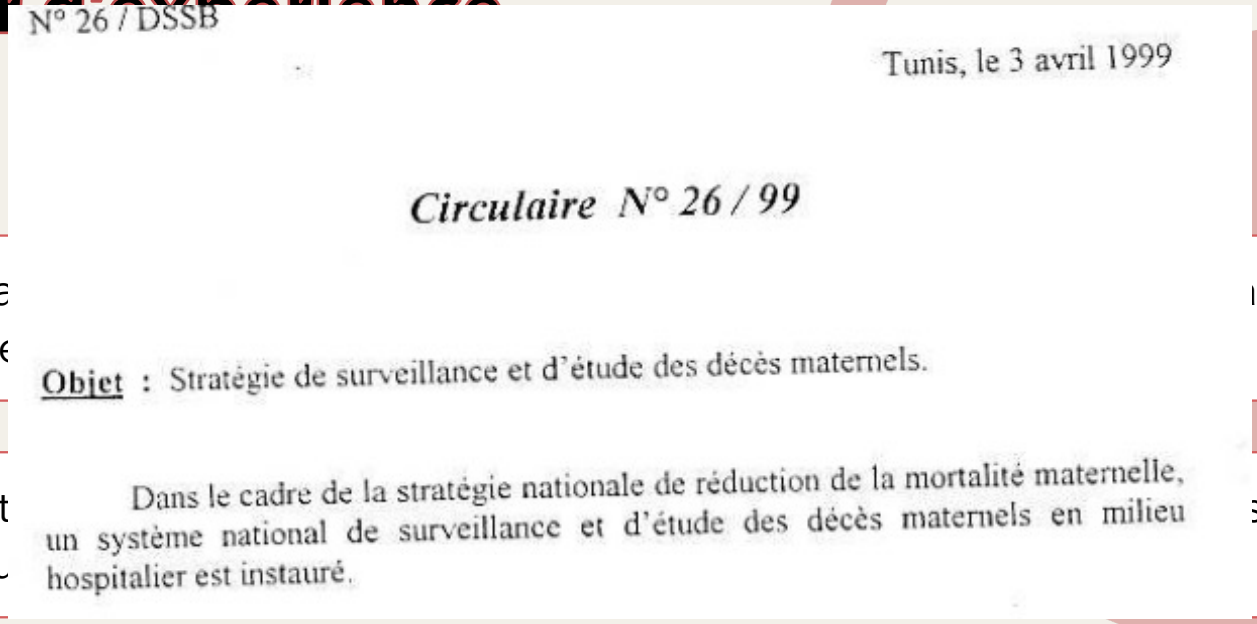
« Nous nous sommes séparés un an après l'opération, mon mari me battait et m'abusait en me disant que j'étais une boîte vide... »

« Après avoir appris que mon utérus avait été retiré, je me suis sentie très peu attirante pour mon mari, j'ai perdu confiance en moi. Mon mari a également eu l'impression que je n'étais plus assez femme, et nous avons fini par divorcer. »

Women's experiences following emergency Peripartum hysterectomy at St. Francis hospital Nsambya. (2020)

Message clés :

>> Retour d'expérience



N° 26 / DSSB

Tunis, le 3 avril 1999

Circulaire N° 26 / 99

Objet : Stratégie de surveillance et d'étude des décès maternels.

Dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, un système national de surveillance et d'étude des décès maternels en milieu hospitalier est instauré.

11 Ana … ibles et ame…

12 Part… sur l'HPP pou…

13 Elaboration d'un comité de surveillance de décès maternels

Quand prendre la bonne décision d'hystérectomie d'hémostase?



Atonie uterine

Syntocinon
Sulprostone
Triple ligature vasc
Capitonnage
Tamponnement intra utérin
Lig des hypogastriques

Si Etat HD stable :
Embolisation

Anomalie d'insertion placentaire

Rupture utérine complexe

Hystérectomie +/-
Packing pelvien

Si CIVD

Toujours prendre en considération :

- **L'Age**
- **La parité**
- **Les ressources dispo**
- **Présence de chirurgien expérimenté**
- **....**

"sooner rather than later"



Greffe uterine : nouvelles perspectives

—*Marcel Metzger 1928*

"« […] l'accoucheur doit avoir une mentalité chirurgicale […] mais habile à éviter les interventions intempestives et à savoir opérer au moment convenable […] bien poser l'indication du traitement est presque toujours plus difficile que de l'appliquer […] le meilleur traitement est en général le plus simple…

Behind the scenes




36ème Congrès
National de la STGO
5,6 et 7
Novembre
2026
Thèmes :
1- Foetopathies infectieuses
2- Insuffisance ovarienne prématurée
3- STGO-FEFOG
4- Pathlogie Cerviale
5- Endométriose
6- Groupe de travail STGO
7- Greffe utérine
8- Thérapies foetales
9- AMP