

# Session 4: Prise en charge des complications liées à l'avortement

[jhpiego.org](https://jhpiego.org)

Johns Hopkins University Affiliate



---

## Objectifs (1)

A la fin de la session les apprenants seront en mesure de:

1. Décrire les complications possibles et leurs signes/symptômes
2. Décrire le traitement initial et les autres mesures pour les complications suivantes:
  - a. Choc
  - b. Saignement vaginal sévère

---

## Objectifs (2)

- c. Infection et septicémie
  - d. Blessure intra-abdominale
  - e. Perforation utérine
- 
- 3. Expliquer les éléments de la réanimation d'urgence/préparation à l'aiguillage et au transport vers un hôpital de soins tertiaires

---

# 1. Complications communes après avortement (1)

- Des complications peuvent survenir à n'importe quel moment, même avant que la femme ne cherche à se faire soigner, quel que soit le type d'avortement
- Si l'on n'agit pas promptement, les complications peuvent menacer la vie dans un délai de quelques minutes.
- Lorsqu'une femme se présente pour des soins, **le prestataire doit être capable de reconnaître les complications et les prendre en charge.**

---

## Complications communes après avortement (2)

- Pour éviter que la complication qui menace la vie ne s'aggrave, il est essentiel d'initier le traitement immédiatement.
- Les signes révélateurs chez les clientes de SAA peuvent inclure:
  - ❖ Choc
  - ❖ Saignement vaginal sévère
  - ❖ Infection et septicémie
  - ❖ Blessure intra-abdominale
  - ❖ Perforation utérine

---

## 2. Traitement initial

- Les étapes initiales sont similaires, indépendamment des complications.
- Le traitement définitif peut varier:
  - › Suivre les protocoles/directives locales.
- Le but est de reconnaître le problème et éviter qu'il ne s'aggrave pour sauver la vie de la femme.

---

## 3. Prise en charge des complications

### (a) Choc

- Condition qui menace la vie et qui **nécessite un traitement immédiat et intensif pour sauver la vie de la patiente.**
- Condition caractérisée par l'échec du système circulatoire, empêchant le flux sanguin aux organes vitaux, les privant ainsi d'oxygène.

---

## Choc (2)

- Associé à l'avortement incomplet, le choc est généralement causé par une perte de sang (hémorragie), par la dilatation des vaisseaux sanguins (vasodilatation) due à l'infection/à la septicémie ou au traumatisme.
- Il est impératif de traiter immédiatement les clientes souffrant du choc et de les surveiller étroitement parce que leur condition peut s'aggraver rapidement.



---

## Choc (3)

- Le but primaire du traitement du choc consiste à **stabiliser la patiente pour rétablir le volume et l'efficacité du système circulatoire, tels que mesurés par la tension artérielle et la diminution des taux du pouls et de la respiration.**
- Bien que le traitement du choc immédiat et intensif soit essentiel pour sauver la vie de la femme, ce n'est que la première étape : **Il importe aussi de traiter la cause sous-jacente immédiatement afin d'éviter que sa condition s'aggrave.**

---

## Signes et symptômes du choc

- Pouls rapide et filant (taux  $\geq 110$  par minute)
- Faible tension artérielle (systolique  $< 90$ )
- Pâleur (surtout de la paupière, des paumes ou autour de la bouche)
- Sueurs froides ou peau moite et froide
- Respirations rapides ( $\geq 30$  par minute)
- Anxiété confusion ou perte de conscience
- Débit urinaire peu abondant ( $< 30$  ml par heure)

---

## Traitement initial du choc

- Appeler à l'aide
- Contrôler les signes vitaux
- Retourner la patiente sur le côté pour minimiser le risque d'aspiration si elle vomit
- S'assurer que les voies respiratoires sont libres
- Administrer l'oxygène à un taux de 6 à 8 litres par minute (par masque ou canule)
- Garder la patiente au chaud (mais ne pas trop la réchauffer)

---

## Traitement initial du choc (2)

- Elever les jambes pour augmenter le retour du sang au cœur
- Administrer des liquides IV (sérum physiologique ou lactate de Ringers), 1 litre en 15 à 20 minutes avec une aiguille à grand trou (seringue no 16 ou 18).

---

## Traitement initial du choc (3)

Note :

- Il faut un remplacement plus rapide pour la prise en charge du choc résultant d'un saignement.
  - ❖ Remplacer 2 à 3 fois la perte estimative de liquides.
  - ❖ **Référez** si les liquides IV ne sont pas disponibles.
- Ne donner aucun liquide par voie orale.

---

## Traitement initial du choc (4)

- Surveiller les signes vitaux, les liquides IV et le débit urinaire.
- Recueillir du sang pour l'hémoglobine ou l'hématocrite – une hémoglobine de 5g/100ml ou inférieure ou un hématocrite de 15 ou moins menace la vie et nécessitera une transfusion sanguine.
- Effectuer immédiatement une épreuve de compatibilité croisée et un test de coagulation au chevet du lit.

---

## Traitement initial du choc (5)

- Administrer des antibiotiques IV ou IM polyvalents.
- Référer la patiente si les antibiotiques IV/IM ne sont pas disponibles.
- Enlever tout produit de conception visible; ceci peut aider l'utérus à se contracter et contrôler le saignement. **Ne pas effectuer d'examen gynécologique pour le moment.**

---

## Traitement initial du choc (6)

- Si l'état de la femme s'améliore, ajuster le taux de la perfusion IV à un litre en 6 heures et continuer la prise en charge de la cause sous-jacente du choc.



---

## **(b) Saignement vaginal sévère**

- Un saignement vaginal prolongé ou excessif est le symptôme d'un avortement incomplet
- **Le saignement est généralement causé par les produits de la conception retenus, ou une blessure du vagin, du col ou de l'utérus, dont la perforation utérine.**
- L'action prompte pour arrêter le saignement et remplacer le volume de liquides ou de sang peut sauver la vie.

---

## Saignement vaginal sévère (1)

- Il importe de surveiller étroitement la tension artérielle et la fréquence cardiaque car le choc peut survenir à n'importe quel moment.
- La tension artérielle, le taux du pouls, l'hématocrite ou l'hémoglobine, et le débit urinaire sont les mesures primaires du volume de sang perdu.

---

## Saignement vaginal sévère (2)

- Le traitement inclut le contrôle du saignement, la perfusion intraveineuse (si disponible) pour remplacer le volume liquide, les antibiotiques pour combattre l'infection et la stabilisation avant d'entreprendre l'évacuation utérine.
- Il se peut que la chirurgie soit nécessaire pour identifier et réparer la source du saignement:
  - › Référer la cliente à un niveau de soins plus avancé dès qu'elle est stable.

---

## Signes d'un saignement vaginal grave (3)

- Saignement vaginal abondant, rouge vif, avec ou sans caillots
- Serviettes, torchons ou habits trempés de sang
- Pâleur (des conjonctives et autour de la bouche, ou des paumes).
- Vertige, évanouissement

---

## Traitement initial du saignement grave

- Même étapes que pour le choc:
  - › Vérifier les signes vitaux
  - › Elever les jambes ou, si possible, élever le pied du lit
  - › Assurer la liberté des voies respiratoire;
  - › si disponible, débiter l'oxygène à un taux de 6 à 8 litres par minute, par masque ou canule nasale
  - › Pour rétablir le volume de liquides
    - Débiter l'IV avec une aiguille à gros trou ou un cathéter (jauge 16 ou plus gros)

---

## Traitement initial du saignement grave (1)

- Surveiller le volume de sang perdu:
  - › Fréquence cardiaque
  - › Tension artérielle
  - › Hématocrite (si les services de laboratoire sont disponibles)
  - › Nombre de serviettes trempées de sang ou volume de sang sur les draps, le matelas, les habits de la patiente, etc.

---

## Traitement initial du saignement grave (2)

- Surveiller les signes vitaux, liquides IV et débit urinaire.
- Recueillir le sang pour l'hémoglobine ou l'hématocrite. Effectuer immédiatement une épreuve de compatibilité croisée et un test de coagulation au chevet du lit.
- S'il y a des signes de blessure intra-abdominale ou de grossesse extra-utérine, effectuer immédiatement une évaluation ultérieure et le traitement approprié.

---

## (C) Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)

- Si la cliente saigne de plusieurs endroits et le saignement ne s'arrête pas facilement après les étapes initiales,
- Évaluer rapidement si elle souffre de coagulation intravasculaire disséminée, un trouble de coagulation qui est parfois associé à une septicémie sévère.



---

## Signes de CID

- Un saignement provenant de l'intérieur de la bouche, de la vessie, d'un site d'injection ou de ponction veineuse.
- Sang dans les urines.
- Echec de coagulation dans le sang de la patiente:
  - › Si les services de laboratoire ne sont pas disponibles, regarder les endroits où le sang est accumulé, tel que le lit ou le plancher pour évaluer la coagulation.
- Diminution du taux des plaquettes.

---

## Traitement du CID

- Le traitement de la cause sous-jacente est le point d'appui de la prise en charge de la coagulation intravasculaire disséminée.
- L'administration des produits sanguins, tels que du sang frais complet ou du plasma frais congelé peut aider à contrôler le saignement en traitant l'infection.
- Il est généralement nécessaire de **référer** la patiente à un niveau de soins plus avancés (tertiaire).

---

## **(d) Infection et septicémie**

- L'Infection est une complication commune de l'avortement incomplet
- La présence des produits de conception retenus facilite le développement de l'infection, surtout quand ils résultent d'un avortement à risque, effectué par des méthodes dangereuses ou l'utilisation d'instruments contaminés.
- Les infections localisées peuvent rapidement mener à une septicémie plus générale et au choc septique, qui peut être mortel.

---

## Signes/symptômes d'infection ou de septicémie (1)

- Frissons, fièvre, sueurs, malaise générale (tel que les symptômes de la grippe)
- Pertes vaginales nauséabondes
- Douleur du bas abdomen/sensibilité (avec ou sans douleur à la palpation appuyée)
- Muco-pus provenant du col de l'utérus
- Sensibilité au mouvement cervical lors de l'examen bi-manuel

---

## Signes/symptômes d'infection ou de septicémie (2)

- Abdomen distendu
- Antécédents d'un effort de terminer cette grossesse ou d'une fausse-couche récente
- Saignement prolongé (> 8 jours)

# Evaluation du risque pour le choc septique

Evaluation du risque du choc septique	
Bas risque	Haut risque
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fièvre basse</li><li>• Avortement du premier trimestre</li><li>• Pas d'évidence de blessure intra-abdominale</li><li>• Signes vitaux stables</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fièvre élevée (&gt;40C) ou température sous-normale (&lt;36.5C)</li><li>• Avortement du deuxième trimestre</li><li>• Toute évidence de blessure intra-abdominale</li><li>• Toute évidence de choc (chute de la TA et taux du pouls montant)</li></ul>

---

## Traitement initial de l'infection/septicémie (1)

- Vérifier les signes vitaux.
- Ne rien donner par voie orale car il faudra peut-être une intervention chirurgicale.
- S'assurer que la voie aérienne est ouverte. Si la patiente est instable, donner 6 à 8 litres/minute d'oxygène par canule ou masque.

---

## Traitement initial de l'infection/septicémie (2)

- Débuter immédiatement des antibiotiques polyvalents. (Si les cultures sanguines sont disponibles, recueillir les cultures avant de débiter les antibiotiques.)
- Si la patiente a été exposée au tétanos et si ses antécédents de vaccination sont incertains, lui donner l'anatoxine antitétanique.



---

## Traitement initial de l'infection/septicémie (3)

- Si la femme devient instable, donner des liquides IV (sérum physiologique ou Lactate de Ringers), 1 litre en 15 à 20 minutes ou plus rapidement. Il lui faudra peut-être l'administration de plusieurs litres pour rétablir l'équilibre liquide.
- Si la patiente a perdu beaucoup de sang ou si elle semble être anémique, vérifier l'hémoglobine ou l'hématocrite.
- Effectuer un test de coagulation, si disponible.

---

## Traitement initial de l'infection/septicémie (4)

- Il importe d'identifier et de traiter toutes les sources d'infection.
- Surveiller les signes vitaux, les liquides IV et le débit urinaire.

---

## (e) Blessure intra-abdominale

- Inclut la perforation utérine et dommages éventuels des organes environnants, y compris le col, le vagin ou l'intestin.
- Risque très élevé d'infection, de septicémie, de péritonite et de tétanos.
- La perforation utérine peut survenir lors de l'examen physique ou plus tard lors d'une évacuation utérine (rare dans les cas d'AMIU).

---

## Blessure intra-abdominale (1)

- Une blessure intra-abdominale peut être présente à l'origine sans symptômes et ensuite progresser rapidement vers des complications graves, qui menacent même la vie.
- Une grossesse extra-utérine ou un kyste ovarien peuvent présenter avec des symptômes d'hémorragie intra-abdominale semblables à ceux d'une blessure intra-abdominale:

---

## Blessure intra-abdominale (2)

- › Une patiente avec des antécédents de grossesses extra-utérines, d'infection pelvienne ou d'utilisation de certaines méthodes de contraception a des possibilités accrues d'une grossesse extra-utérine.
- › Tout retard au niveau du traitement est très dangereux et peut mener à la mort, à moins qu'il n'y ait une intervention chirurgicale.

---

## Signes/symptômes de blessure intra-abdominale (1)

- Douleurs/crampes abdominales sévères
- Abdomen distendu
- Nausées/vomissements
- Fièvre
- Douleur dans l'épaule

---

## Signes/symptômes de blessure intra-abdominale (2)

- Bruits intestinaux décreus ou abolis
- Abdomen tendu, dur
- Sensibilité à la palpation appuyée
- L'un des symptômes quelconque ci-dessus combiné avec des signes de choc, peut indiquer une hémorragie intra-abdominale majeure

---

## Traitement initial: Blessure intra-abdominale (1)

- Vérifier les signes vitaux.
- Ne rien donner par voie orale car il faudra peut-être une intervention chirurgicale.
- S'assurer que la voie aérienne est ouverte. Si la patiente est instable, donner 6 à 8 litres/minute d'oxygène par canule ou masque.
- S'il y a des indications d'infection (fièvre, frissons, pus), donner un large spectre d'antibiotiques polyvalents (IV ou IM).



---

## Traitement initial: Blessure intra-abdominale (2)

- Si la patiente a été exposée au tétanos et si ses antécédents de vaccination sont incertains, administrer l'anatoxine antitétanique.
- Pour rétablir le volume, donner des liquides IV: (sérum physiologique ou lactate de Ringers), 1 litre en 15 à 20 minutes ou plus rapidement; utiliser une aiguille de grand calibre
- Il se peut qu'une patiente ait besoin d'un à trois litres de liquides IV si elle a perdu beaucoup de sang ou si elle est en choc.

---

## Traitement initial: Blessure intra-abdominale (3)

- Vérifier l'hémoglobine ou l'hématocrite de la patiente.
- Effectuer une épreuve de compatibilité du groupe sanguin et un test de coagulation.
- Donner une analgésie IV ou IM pour contrôler la douleur.
- Contrôler le débit urinaire.
- Si possible, faire des radiographies abdominales.

---

## Signes de perforation avant l'aspiration par le vide

- Pouls rapide ( $\geq 110$  par minute)
- Chute de la tension artérielle (diastolique  $< 60$ )
- Saignement excessif
- Signes et symptômes de blessure intra-abdominale

---

## Signes de perforation pendant l'aspiration par le vide

- La canule, le dilatateur ou un autre instrument pénètre au delà de la taille attendue de l'utérus.
- Le vide dans la seringue diminue lorsque la canule est bien insérée dans utérus.
- Saignement excessif provenant de l'utérus vidé.
- On trouve de la matière grasse ou du tissu aspiré après la procédure.

---

## Traitement initial: Perforation utérine (1)

- Si l'évacuation utérine n'a pas encore commencé:
  - › Vérifier pour détecter des signes de blessure intra-abdominale:
    - Si présents, traiter selon le cas, avant d'effectuer l'évacuation.
    - Si non, procéder prudemment à l'évacuation.

---

## Traitement initial: Perforation utérine (2)

- Traitement lors de l'évacuation utérine (évacuation pas encore complète):
  - › Débuter les liquides IV et les antibiotiques.
  - › Vérifier l'hématocrite; prendre les dispositions pour une transfusion sanguine si indiquée (hématocrite < 15% ou hémoglobine < 5 mg/100ml).

---

## Traitement pendant l'évacuation utérine

- Compléter l'évacuation sous contrôle visuel direct (laparoscopie ou laparotomie) pour évaluer les dommages qu'ont subi les organes pelviens et pour éviter des dommages ultérieurs. Si une laparoscopie n'est pas disponible, référer la patiente à un niveau de soins plus avancé.
- Réparer les dommages tel que nécessaire.

---

## Traitement initial: Perforation utérine (2)

- Après l'intervention, donner des ocytociques (si la patiente n'a pas subi une hystérectomie) et observer les signes vitaux toutes les 15 minutes, pendant 2 heures.
- Si l'état de la patiente est stable et le saignement ralentit, donner de l'ergométrine (0,2 à 0,5 mg IM—si ce n'est pas contre-indiqué) et l'observer jusqu'au lendemain.
- Si l'état de la patiente s'empire, la transférer à un niveau de soins plus avancé.



---

## Traitement d'une perforation si l'évacuation est complète (1)

- Débuter la perfusion (IV) d'antibiotiques polyvalents.
- Administrer de l'ergométrine, 0,2 à 0,5 mg IM ; répéter tel que nécessaire jusqu'à 3 doses.
- Observer la patiente pendant 2 heures ; vérifier les signes vitaux fréquemment.
- Si la cliente devient stable et le saignement ralentit, donner une dose supplémentaire d'ergométrine (même dosage) et continuer l'observation jusqu'au lendemain.

---

## Traitement d'une perforation si l'évacuation est complète (2)

- Si l'état de la patiente s'empire, donner une dose supplémentaire d'ocytocine ou d'ergométrine.
- Si le saignement persiste, une laparoscopie ou une mini-laparotomie sera peut être nécessaire.
- Transférer la patiente dans les meilleurs délais à un niveau de soins plus avancé

---

## 4. Lignes de conduite pour la référence

- Lorsqu'une patiente doit être référée ou transférée, les dispositions doivent être prises en temps voulu et de manière efficace.
- Le site référent devrait avoir tout ce qu'il faut pour stabiliser et traiter la patiente.
- Des dispositions permanentes pour la référence devraient exister dans toutes les structures sanitaires.

---

## Lignes de conduite pour la référence (1)

- Stabiliser la patiente.
- Préparer l'information pour la référence.
- Si possible, un membre du personnel formé devrait accompagner la patiente.
- Dans la mesure du possible, continuer les traitements, dont l'oxygène et la thérapie IV.
- Tenir la patiente au chaud.