

HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

Prise en charge

Dr.Omar TIBOURTINE

Département d'Anesthésie-réanimation-SMUR

Hôpital Lariboisière, 75010 Paris

Service du Pr Didier Payen

Définition

Perte de sang ≥ 500 cc au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Ce critère quantitatif précis de la spoliation \geq ou $=$ à 500 cc est remis en cause , car le retentissement sur l'état général n'est pas seulement en rapport avec le volume sanguin perdu, mais aussi avec les possibilités individuelles de compensation hémodynamique.

ETIOLOGIES

La rétention placentaire : empêche la rétraction de l'utérus et donc l'hémostase (PP, P accreta, cotylédon aberrant)

L'inertie utérine: l'utérus vide ne se contracte pas (Ut. atone de la grande multipare, surdistention utérine, épuisement musculaire, iatrogène, fibromes)

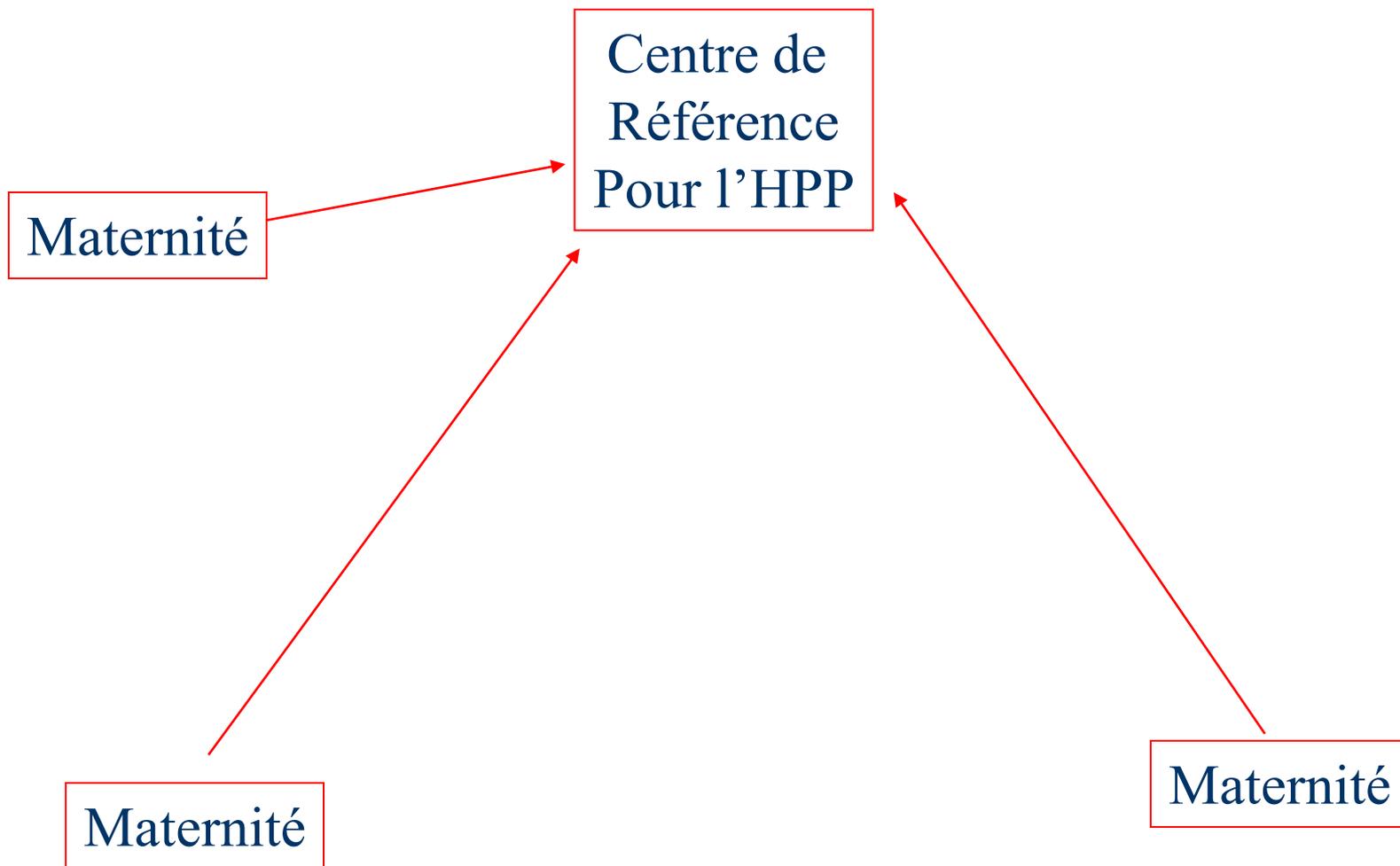
Les anomalies de la coagulation: Congénitales ou acquises

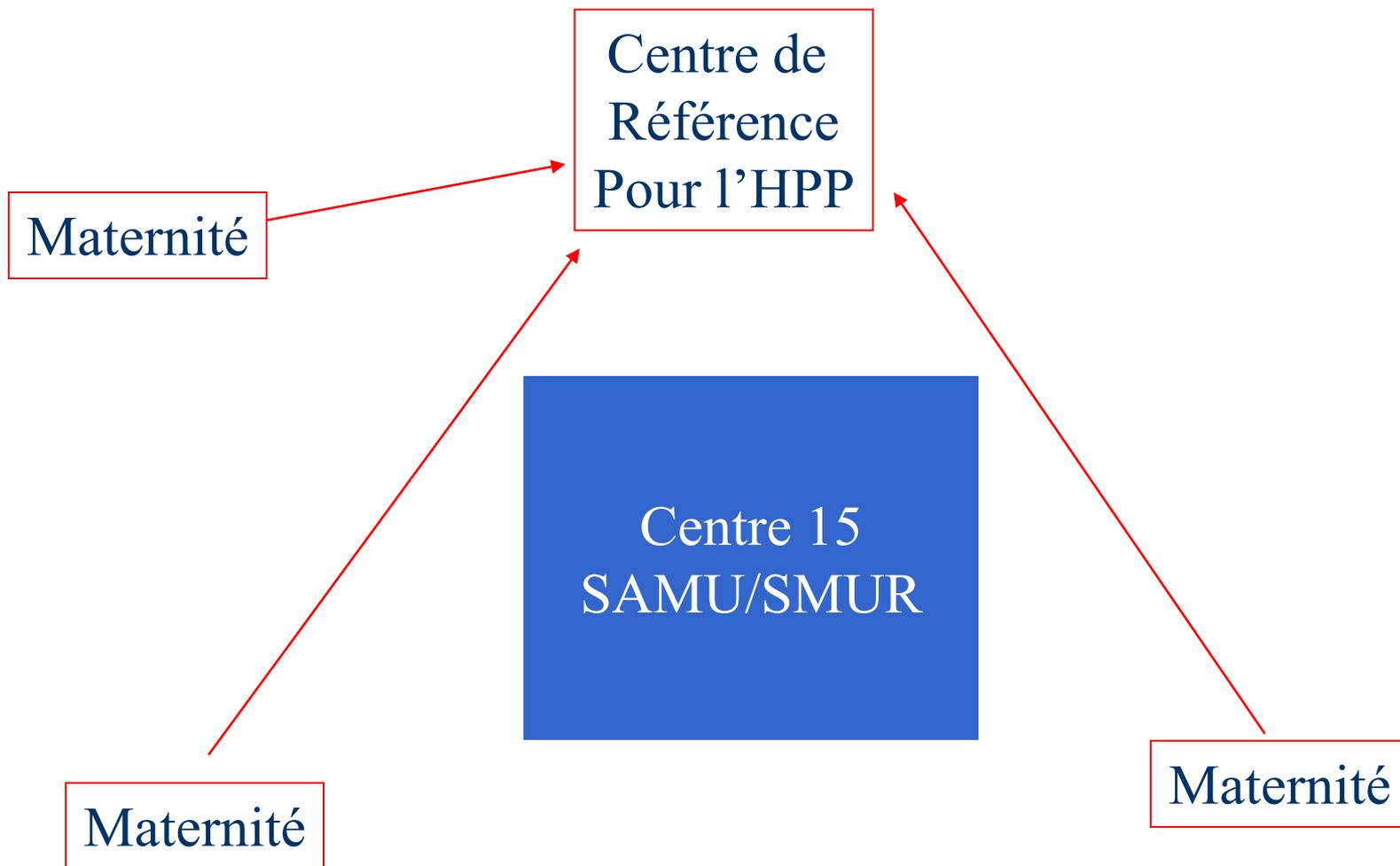
FREQUENCE

- Il est couramment admis que le taux d'HPP est d'environ 5 %.
- Sur 140 000 accouchements réalisés en une année dans 106 maternités françaises, des auteurs (Etude.Pythagore) retrouvent : 6,38 % d'hémorragies du post-partum dont 1,7 % d'hémorragies graves du post-partum.
- Au Canada, le taux d'HPP est passé de 4,1 % en 1991 à 5,1 % en 2004 .
- En Autriche, le taux d'HPP est passé de 4,7 % en 1994 à 6 % en 2002.

POINTS IMPORTANTS

- La fréquence des hémorragies, notamment les plus graves, est en augmentation.
- La première cause de l'hémorragie du post-partum est l'atonie utérine.
- L'application rapide des protocoles et la mesure systématique des pertes sanguines permettent de diminuer l'incidence des hémorragies d'environ 50 %.
- L'hémorragie du post-partum nécessite une prise en charge multidisciplinaire parfaitement coordonnée, entre l'obstétricien, le médecin anesthésiste et les autres membres de l'équipe.
- La mise en route des traitements utérotoniques (Ocytocine puis Sulprostone) doit être entreprise rapidement après révision de l'utérus et de la filière génitale basse.
- En cas de persistance des saignements, un traitement chirurgical conservateur (ligature vasculaire et/ou plicature utérine) ou une embolisation artérielle peuvent être envisagés rapidement.





SAMU/SMUR

l'élément incontournable

- Transfert médicalisé de patientes en choc hémorragique
- Renfort dans les petites maternités
 - Médecin + infirmière
 - Transfusion sanguine +++
- Rôle du centre multidisciplinaire
 - Évaluation lors du premier contact
 - Conseils à l'équipe initiale
 - Appel de la régulation du SAMU
 - Bilan de gravité/moyen nécessaires

Centre multidisciplinaire

Des moyens, encore des moyens, toujours des moyens

- Expertise de la prise en charge de patients en choc hémorragiques
 - HPP = hémorragie grave
 - Patientes transférées = choc hémorragique prolongé
- Moyens lourds de réanimation
 - Au déchocage
 - Au bloc
 - En embolisation
- Équipe de gynécologie obstétrique motivée, séniorisée avec possibilité de renforts
 - Plusieurs sites
 - Alourdissement de la garde
- Radiologue vasculaire entraîné
 - Grand nombre d'HPP (> 120 patientes acceptées / an)
 - Trauma du bassin
 - Trauma thoraciques ...
- Fonctionnement H24, J365

Lieu d'accueil

Stratégique

- Structure entraînée et équipée
 - 2 MAR + 1 interne d'AR
 - 2 IDE + 1 IADE
 - Accélérateurs de transfusion
 - Échographie cardiaque, doppler trans-oesophagien, doppler sus sternal
 - Pantalon antichoc
 - Renfort réanimation chirurgicale (1 MAR + 1 Interne)
- Collaboration routinière
 - Banque du Sang, laboratoires
 - Services de chirurgie
 - Radiologie (imagerie + interventionnelle)

Coordination du centre « HPP »

1. Appel: *Réanimateur, Obstétricien, Reveil*
2. Coordination: *Réanimateur chirurgical*
 - toujours rapidement disponible
 - vision d 'ensemble des disponibilités (salle de radiologie interventionnelle)
 - habitué à organiser l'accueil (écho, astreinte radio, banque du sang, régulation avec les autres patients admis au déchocage...)
3. Acceptation: *Réveil, réanimation, obstétricien*
4. Stratégie hospitalière:
 - Autres acteurs (Viscéraux, orthopédistes)
 - Graduation des urgences
 - Samu (refus d'autres urgences vitales)
 - LRB = urgences vitales => moins de polytraumatisés

BUT

- Toujours accepter
- Le plus souvent d'emblée
- Parfois après geste chirurgicale initial sur place si:
 - La patiente n'est pas transportable
 - Le traitement est avant tout chirurgical
- Transfert secondaire pour prise en charge réanimatoire

A l'arrivée

- Transmission avec le SAMU
 - Intensification de la réanimation
 - Pose artère/KT fémoral
 - Noradrénaline si choc hémorragique réfractaire au remplissage
 - Examen obstétrical
 - Echographie abdominopelvienne
- => Stratégie d'hémostase

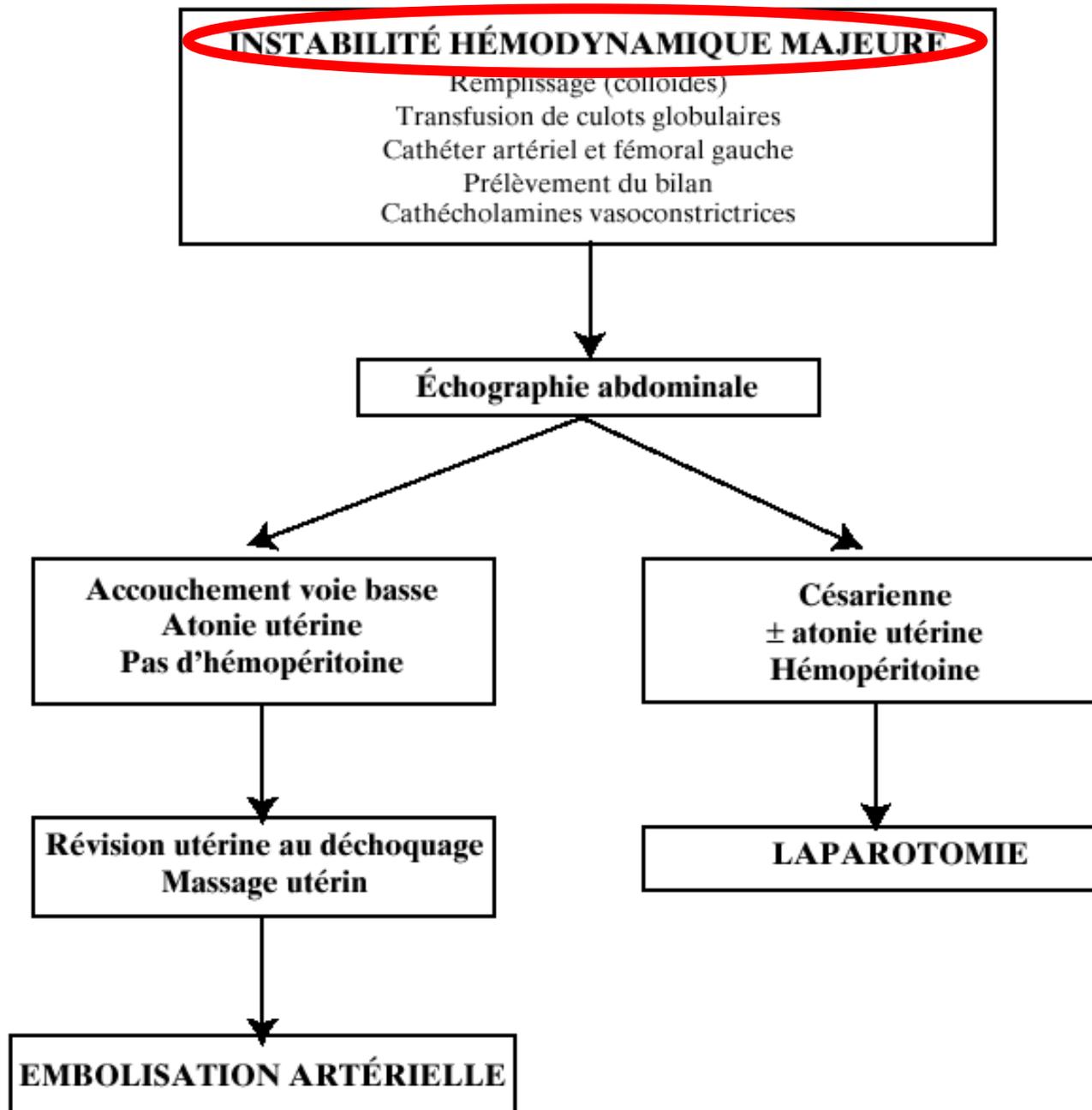


Figure 2. Arbre décisionnel n° 2.

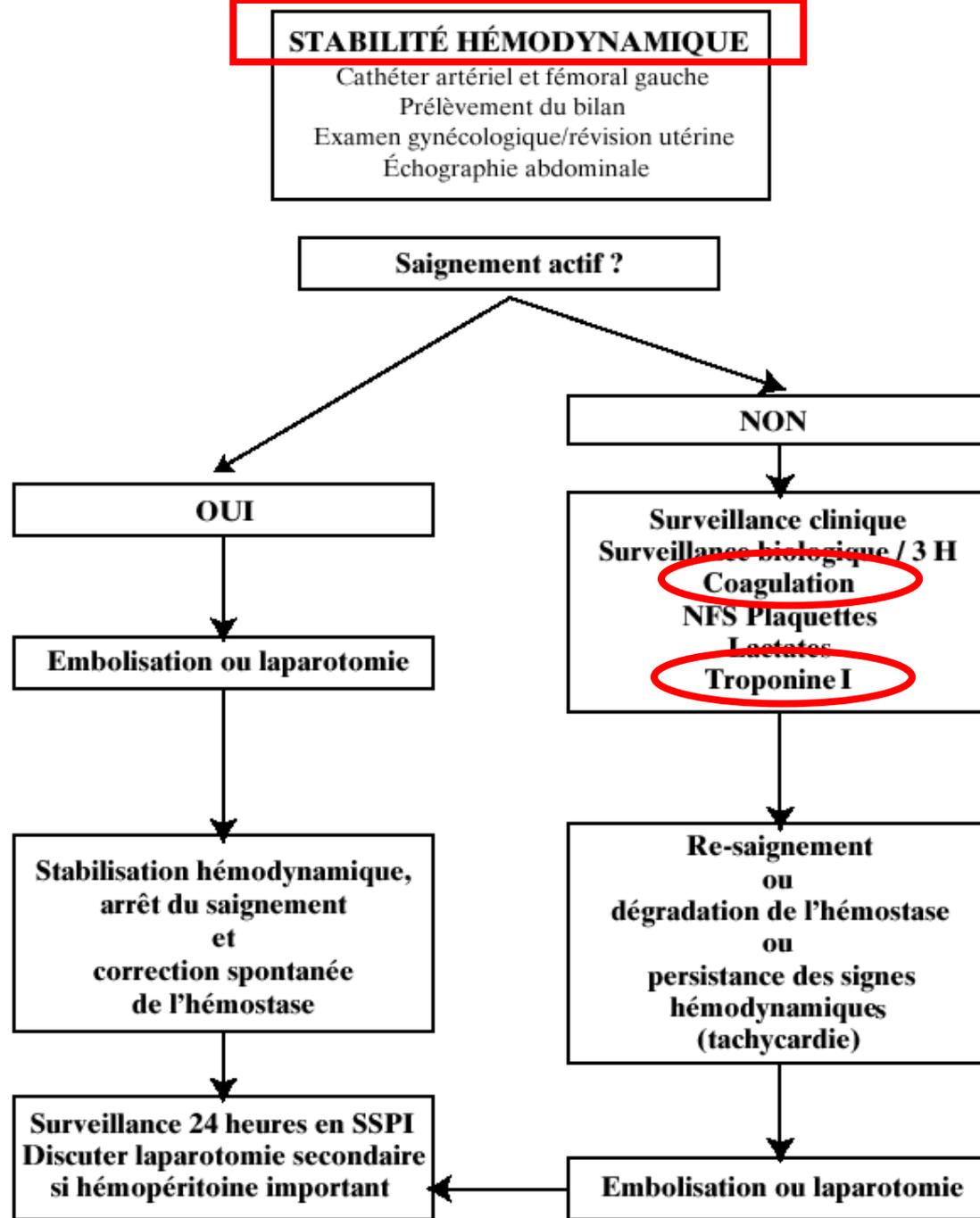


Figure 1. Arbre décisionnel n° 1.

Conclusion

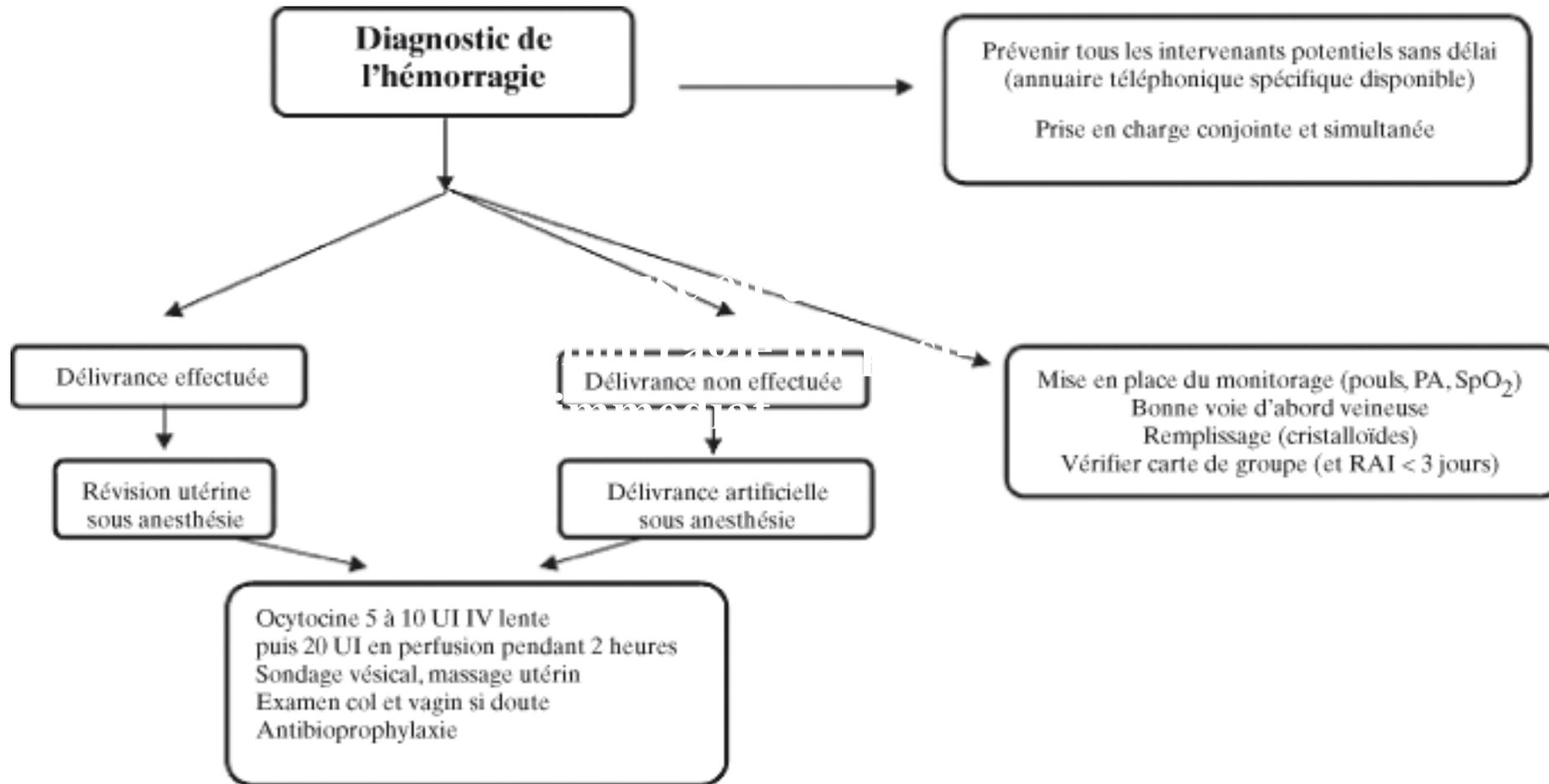
Centre multidisciplinaire

- Organisation en réseau
- Capacité de réanimation en embolisation identique au bloc
- Choisir la stratégie d'hémostase en fonction de critères médicaux en non de stabilité hémodynamique
- Coagulopathie:
 - Signe de gravité
 - Critère de guérison

RETENIR

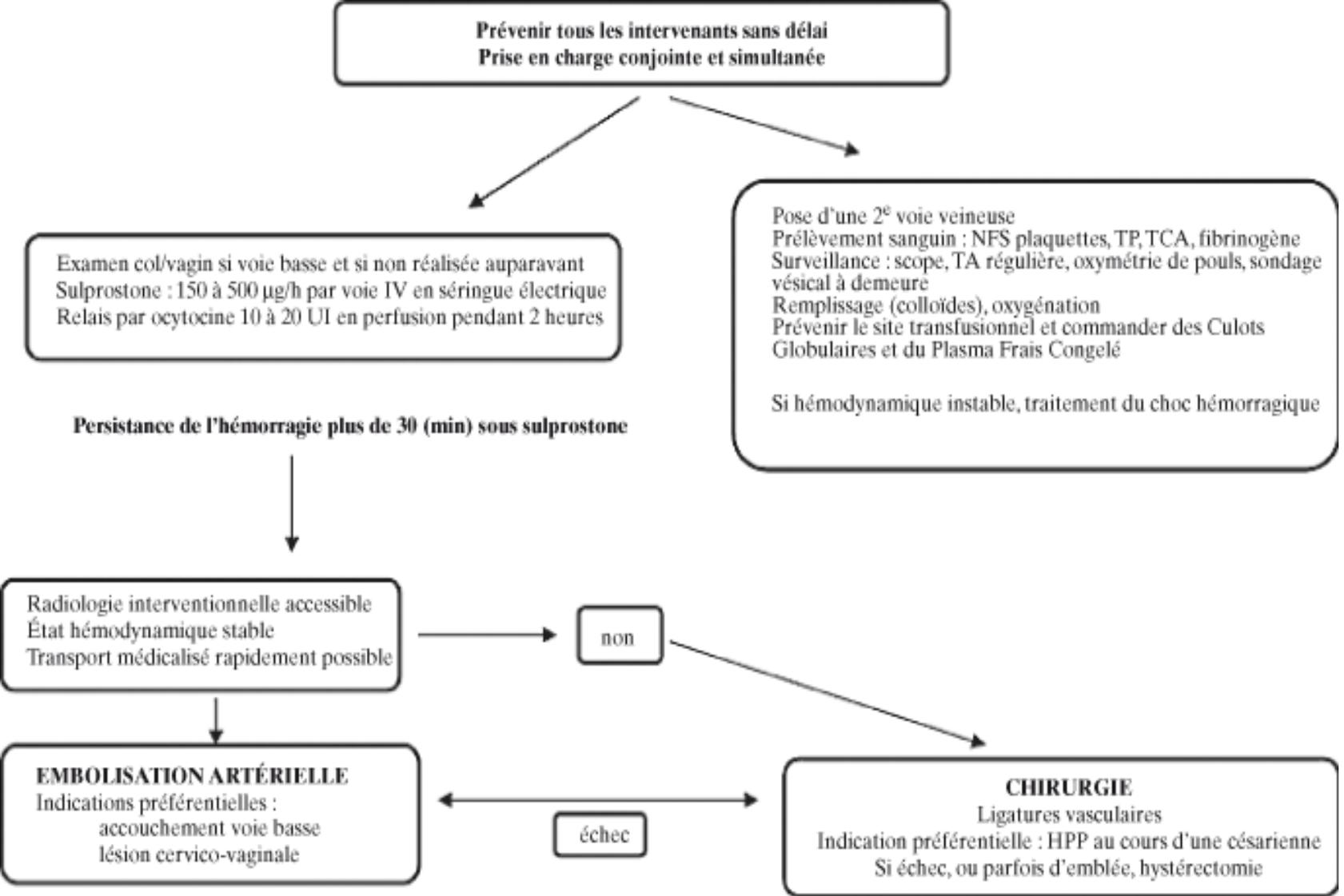
- *Le repérage des patientes à très haut risque* : utérus multicatriciel, placenta praevia, placenta accreta, utérus polyfibromateux, antécédent d'hémorragie de la délivrance grave.
- Le transfert pour embolisation doit, lui aussi, être décidé avec parcimonie. Il ne peut concerner que des patientes hémodynamiquement stables.
- Mieux vaut une patiente hystérectomisée vivante qu'une patiente décédant en cours de transfert pour embolisation.
- La prise en charge doit faire l'objet d'une réflexion préalable multidisciplinaire au sein d'un réseau structuré : il n'y a aucune place pour l'improvisation.

F1. Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat.



Si l'hémorragie persiste plus de 15 à 30 minutes malgré cette prise en charge initiale, se reporter à la figure 2

Figure 2. Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste au-delà de 15 à 30 minutes [NB des auteurs : un « Hemocue® » doit être réalisé systématiquement à l'occasion de la pose de la 2^e voie veineuse].



SOLIMED VOUS REMERCIE

Dr .Omar TIBOURTINE
Médecin Anesthésiste-Réanimateur
CHU Lariboisière(Paris)