

# Hémorragies du post partum immédiat

Recommandations de  
l'ANAES

*NOVEMBRE 2004*

P. Boccara\*, S. Soltane\*\*

# DEFINITION

- Pertes sanguines :
  - > 500 cc dans les 24 h suivant un acc VB,
  - > 1 l lors d'une césarienne.
- L'OMS estime à à 150 000 le nombre de décès annuels dans le 1/3 monde.
- En France :
  - première cause de mortalité maternelle,
  - 1 à 2 décès pour 100 000 naissances.
- 8 à 9 décès sur 10 seraient évitables.

# Facteurs de risques

- La majorité des HPP ( + de 80%) surviennent sans qu'aucun des FDR classiquement connus ne soit identifié.
- Quelques situations à très haut risque :
  - placenta recouvrant,
  - placenta accreta,
  - troubles de l'hémostase.

## ***Principes de base en période anténatale***

- information de la patiente au cours de la grossesse et de l'accouchement des bénéfices et inconvénients des interventions proposées.
- Prise en charge conjointe par l'obstétricien et l'anesthésiste au cours des consultations prénatales afin d'identifier les situations à très haut risque d'HPP.

# *Principes de base en période anténatale*

- orienter ces patientes vers un centre comportant un plateau médico-technique adapté ou sont présents 24H/24 :
  - *des gynécologues obstétriciens,*
  - *des anesthésistes réanimateurs,*
  - *une USI,*
  - *une équipe de radiologie interventionnelle.*

# ***Principes de base en période anténatale***

- Dépister et traiter l'anémie  
(diminue le recours à la transfusion),
- Chaque femme doit disposer en salle de naissance :
  - de 2 déterminations ABO Rh avec phénotype valides,
  - des RAI de moins de 1 mois,
- Si situation à très haut risque d'HPP ou si césarienne :
  - RAI de moins de 3 j.

## ***Principes de base en période anténatale***

- Chaque maternité doit disposer d'un praticien rompu aux gestes d'hémostase pouvant faire face aux HPP sévères,
- Toute maternité doit organiser l'approvisionnement et l'acheminement des produits sanguins labiles dont le délai d'obtention doit être  $< 30$  mn.

## ***Principes de base en période anténatale***

- Vérifier régulièrement la disponibilité des drogues susceptibles d'être utilisées en cas d'HPP,
- Chaque maternité doit établir un protocole de prise en charge des HPP adapté aux conditions locales d'exercice,
- Réaliser un audit interne des cas d'HPP afin de vérifier le respect des procédures.

# *Prévention clinique et pharmacologique de l'HPP au moment de l'accouchement*

- Prise en charge active de la délivrance par :
  - Traction contrôlée du cordon associée à une contre pression sus-pubienne,
  - Délivrance dirigée par administration de 5 à 10 UI d'ocytociques IVL au dégagement de l'épaule antérieure,
  - Délivrance artificielle en l'absence d'expulsion dans un délai de 30 mn.

# *Prévention clinique et pharmacologique de l'HPP au moment de l'accouchement*

- Examen systématique du placenta :
  - si cotylédon manquant → RU
- Surveillance régulière en SdN pdt 2h > acct :
  - pertes sanguines (sac de recueil),
  - globe utérin,
  - pouls, TA.
- Le misoprostol n'est pas recommandé en prophylaxie de l'HPP.

# *Prise en charge initiale de l'HPP*

- Dès le diagnostic de l'HPP, prévenir tous les intervenants sans délais :
  - obstétriciens,
  - sages-femmes,
  - anesthésistes réanimateurs,
  - Infirmières (IADE, IBODE,...)
  - Laboratoire, CTS,...

# Prise en charge initiale de l'HPP

## DIAGNOSTIC DE L'HEMORRAGIE

DELIVRANCE EFFECTUEE

NON DELIVREE

pouls, TA, SpO2  
BONNE VOIE D' ABORD

REVISION UTERINE

DELIVRANCE ARTIIFIICIELLE

OCYTOCINE : 5 – 10 UI IVL PUIS 20 UI / 2 H  
SONDAGE VESICAL  
MASSAGE UTERIN  
EXAMEN COL/VAGIN SOUS VALVES  
ANTIBIOPROPHYLAXIE

# Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave

L'HEMORRAGIE > 15 A 30 MN MALGRE LA PRISE EN CHARGE INITIALE

EXAMEN COL/VAGIN  
SI NON REALISE

SULPROSTONE :  
100 A 500 $\mu$ G/h A LA SE

RELAIS OCYTOCYNE :  
10 A 20 UI / 2 h

2eme VOIE VEINEUSE

NFS, plaq,TP,TCA, fibrinogène

Surveillance :  
scope, TA, Oxymétrie, sondage urinaire

Remplissage (colloïde)  
oxygénation  
commander CG et PFC

traitement du choc hémorragique.

# Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave

Persistance de l'hémorragie > 30 mn sous sulprostone

Radiologie interventionnelle accessible  
État hémodynamique stable  
Transport médicalisé rapidement possible

oui

**Embolisation artérielle**

Surtout si:

- Acct/VB

- Lésions cervico-vaginales

non

**Chirurgie :**

Ligatures vasculaires

B lynch

Hystérectomie

↔  
échec

# ***Décision et organisation d'un transfert***

- Se fait par transport médicalisé par une équipe du SAMU-SMUR vers une structure hospitalière adaptée préalablement informée,
- Un état hémodynamique instable contre-indique le transfert,
- La surveillance et l'anesthésie réanimation de la patiente lors de l'embolisation ne relèvent pas de l'équipe du SMUR.



*Stratégie de prise en charge par  
les méthodes invasives :*

# L'Embolisation artérielle

- Conditions requises :
  - *Hémodynamique stable,*
  - *Proximité du plateau technique,*
  - *Possibilité de transfert rapide.*
- Indications :
  - *Atonie utérine résistante aux utérotoniques,*
  - *Placenta praevia,*
  - *Thrombus vaginal,*
  - *Déchirure cervico-vaginales déjà suturée ou non accessible.*

# L'Embolisation artérielle

- réalisée par un radiologue,
- dans une salle d'angiographie,
- avec matériel de réanimation,
- Sous surveillance constante :
  - d'une équipe d'anesthésie réanimation
  - et d'une équipe obstétricale.
- Peut être réalisé après :
  - hystérectomie d'hémostase,
  - ligatures artérielles.

# La chirurgie

- Indications:
  - *Hémorragie grave malgré traitement médical,*
  - *En cas de césarienne,*
  - *Conditions de l'Embolisation non réunies.*

# La chirurgie

- Moyens :
  - **Ligatures artérielles :**
    - *Utérines + ronds + utero-ovariens,*
    - *a. hypogastriques.*
  - **B. Lynch :**
    - *Peut-être associé aux ligatures*
  - **Hystérectomie d'hémostase :**
    - *après échec de l'Embolisation ou des ligatures artérielles,*
    - *d'emblée si la situation l'impose,*
    - *simplement sub-totale sauf si :*
      - *placenta praevia accreta,*
      - *rupture complexes du segment inférieur,*
      - *déchirure cervicale grave associée.*

# *Cas particulier : placenta accreta*

- Absence d'hémorragie :
  - le placenta peut rester sur place,
  - utilité d'un traitement complémentaire discutée.
- Hémorragie modérée :
  - ligature artérielle +/- capitonnage utérin (césarienne),
  - embolisation artérielle (VB).
- Hémorragie grave d'emblée :
  - hystérectomie d'hémostase.

# *Conclusion*

- **Les hémorragies graves du PP :**
  - sont trop souvent la conséquence d'un retard ou d'une insuffisance diagnostique et thérapeutique,
  - Surviennent le plus souvent de manière inopinée.
- **Leur prise en charge doit être :**
  - immédiate,
  - multidisciplinaire,
- **Leur traitement est basée sur :**
  - Des gestes obstétricaux systématiques,
  - Des prescription d'uterotoniques,
  - Des options thérapeutiques invasives,
  - Une réanimation agressive.