



# Hémorragie de la délivrance au CHV

Evaluation des pratiques cliniques

Entre 1998 et 2005

J.P. LE MEAUX, D. AMIOT, P. POLYMENAKOS, P. PANEL

Service de Gynécologie-Obstétrique Centre Hospitalier A. MIGNOT. LE CHESNAY

# Objectifs

➤ Mortalité maternelle et HDD:

	France 1995-1997	G.B. 1997-1999	E.U. 1991-1999
<b>Mortalité ( /10<sup>5</sup> naiss.)</b>	10,8	11,4	11,8
<b>Part de l'HDD</b>	17,3%	5,4%	5,1%

- 87% des Décès par hémorragie: EVITABLES  
(CNEMM 2001)
- Progrès à réaliser en terme de Mortalité et de morbidité.  
(Plan Périnatalité 1994)
- But de l'étude: évaluer l'efficacité de la modification de nos pratiques entre 1998 et 2005. (CNGOF, 2004)

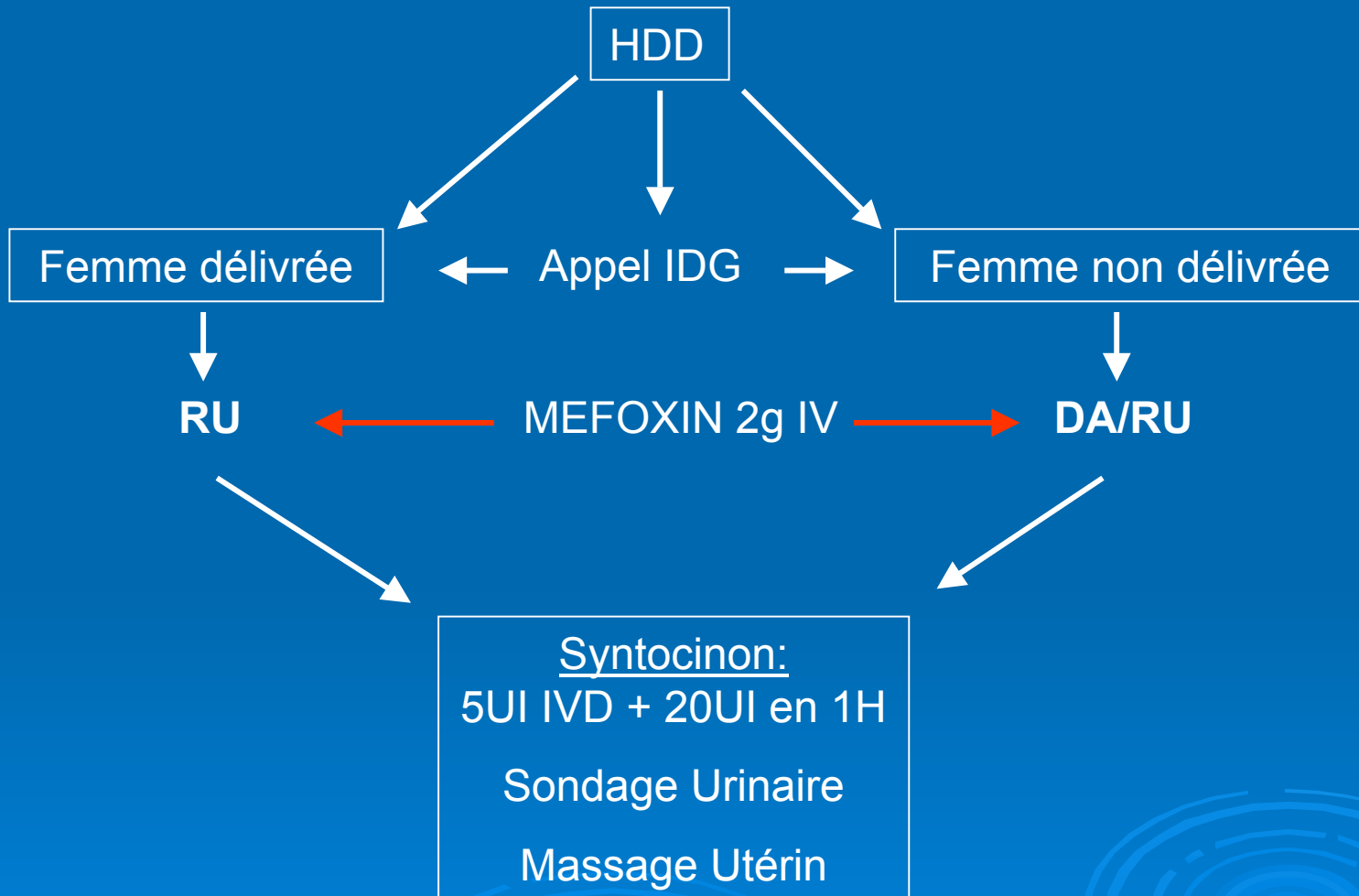
# Matériel et méthodes:

- Etude Rétrospective unicentrique.
- Evaluation « Avant-Après » modification de la prise en charge des HDD.
- Critères d'inclusions.
- Critères de jugements
- Méthodes statistiques: analyse univariée par test du Chi-2.

# Evolutions des Pratiques entre 1998 et 2005

- Protocole HDD en salle de travail.
- Protocole d'utilisation du Sulprostone (NALADOR®)
- Protocole d'obtention de produits sanguins labiles.
- Expertises du Dr PANEL dans le cadre du comité national d'expert sur la mortalité maternelle.

# Protocole HDD



# Protocole HDD

Persistance des saignements au-delà de 20 min.

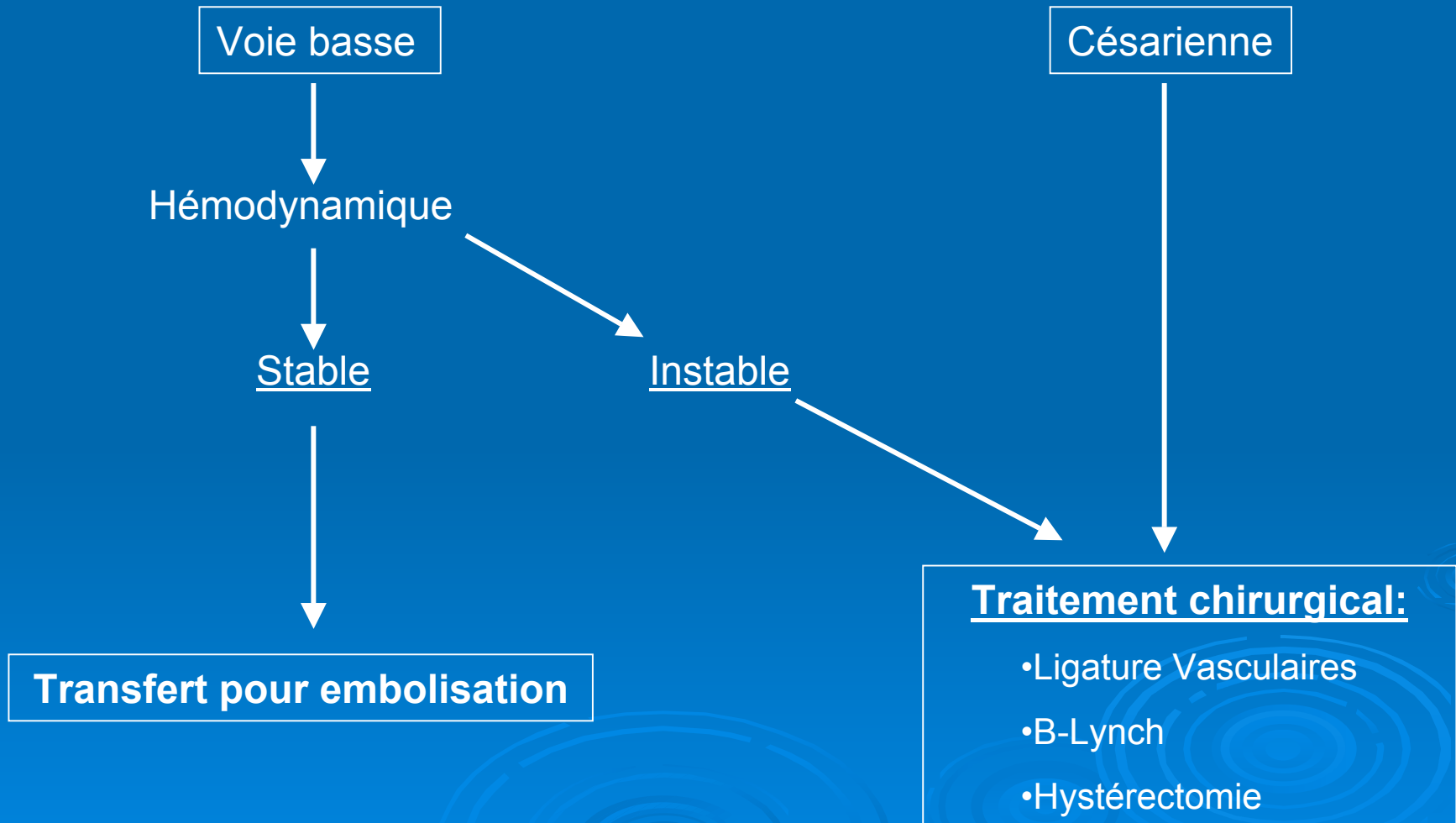
Appel Chefs de Gardes: Obstétrique + Anesthésie

- Révision du col si non fait.
- +/- 2<sup>ème</sup> RU.
- NALADOR selon protocole.
- Sonde Urinaire à demeure.
- MEFOXIN 1g/4H pdt 24H.

- Bilan d'hémostase complet:  
NFS, Fibrine, PDF, TP/TCA
- Remplissage maternel
- Commande CG et PFC
- RAI

# Protocole HDD

Persistence des saignements >30 min



# Protocole NALADOR®

- Sulprostone: dérivé de synthèse de la PG-E1.
- Voie intraveineuse lente.
- Posologie: -1 ampoule en 1H. (500 mcg/h)  
-puis 1 ampoule en 5H. (100 mcg/h)
- Maximum 3 ampoules.
- Surveillance TA.
- Contre-indications:
  - Insuffisance Cardiaque, HTA, Angor
  - ATCD Thrombo-emboliques
  - Diabète décompensé
  - Glaucome
  - Ulcère Gastrique
  - Insuffisances hépatique et rénale
  - ATCD comitiaux
  - Thyréotoxicose
- Relais par Ocytocine: 10 à 20 UI en 2h.

# Protocole d'obtention des produits sanguins labiles (PSL).

- Examens pré-transfusionnels et information du patient.
- Commande de PSL.
- Acheminement des prélèvements et des PSL.
- Réception des PSL.
- Contrôle ultime pré-transfusionnel.
- Surveillance transfusionnelle.
- CAT en cas d'incident transfusionnel.
- Traçabilité.
- Dossier transfusionnel.

# Critères d'inclusion

- **Accouchement au CHV dans les périodes d'études:**
  - 06/1996 à 11/1998 (30 mois)
  - 01/2003 à 03/2005 (27 mois)
- **Saignement du post partum immédiat ayant nécessité une prise en charge complémentaire:**
  - Manœuvres (DA-RU, RU, révision du col)
  - Traitement médical (Sulprostone, Misoprostol)
  - Traitement radio-interventionnel (Embolisation)
  - Traitement Chirurgical (Ligature vasculaire, Hystérectomie)

# Critères de jugements

- Incidence globale diagnostiquée.
- Voie d'accouchement
- Chute de l'hémoglobine à 48H
- Etiologie (utérine, voies génitales, trouble de l'hémostase)
- Prise en charge initiale
- Prise en charge en cas d'échec (Chirurgie, embolisation)

# Résultats

# Données épidémiologiques générales

	1996-1998 (30 mois)	2003-2005 (27 mois)	Sig.
Accouchements	3771	3771	
Taux de césarienne	17,6% 664	19,6% 739	$p < 0,05$
HDD diagnostiquées	3% 114	6,2% 236	$p < 0,01$

Taux d'incidence nationale de l'HDD: 2 à 9% des Accouchements.

# Gravité des hémorragies

## Chute de l'hémoglobine

	1996-1998	2003-2005	Sig.
>4g Population totale	1%	1,3%	NS

# Voie d'accouchement

	1996-1998	2003-2005	Sig.
Voie Basse	93% (106)	90% (209)	NS
Césarienne	7% (8)	10% (23)	

## Période 2003-2005:

	HDD	Pop. Tot.	Sig.
Voie Basse	90,3% (213)	80,4% (3032)	p<0,01
Césarienne	9,7% (23)	19,6% (739)	

Accouchement voie basse: OR=2,26 IC 95% [1,46 - 3,5]

# Analyse étiologique

		1996-1998	2003-2005	Sig.
<b>Causes Utérines</b>	Atonie	51,7% (59)	53,3% (126)	NS
	Rétention placentaire	39,6% (42)	39,4% (84)	NS
	Anomalies de placentation	1,8% (2)	5,5% (13)	-
	Rupture utérine	0,9% (1)	0	-
	Inversion	0,9% (1)	0	-
<b>Déchirure voies génitales</b>		6,6% (7)	16,4% (35)	p<0,05
<b>Thrombus</b>		0,9% (1)	0	-
<b>Causes Maternelles (CIVD, embolie amniotique)</b>		7% (8)	1,3% (3)	-

# Prise en charge médicale

Au sein de la population totale:

Total: 1996-1998: 3771 ; 2003-2005: 3771

VB: 1996-1998: 3107 ; 2003-2005: 3032

Tot.  
VB

	1996-1998	2003-2005	Sig.
DA+RU	1,5% (46)	2% (61)	NS
RU seule	1,6% (50)	4,6% (139)	p<0,01
Examen sous valves	0,7% (23)	2,1% (65)	p<0,01
NALADOR	0,4% (16)	1,1% (42)	p<0,01

Misoprostol (CYTOTEC) par voie rectale: utilisé jusqu'en 2004

**Efficacité** →

Cytotec: 63% (Shojai, 2004)

Nalador: 70% , 85% dans les 30 min. (SVP, 2004)

# Echecs du traitement médical

Echecs

	1996-1998	2003-2005
Embolisation	7	2
Ligature des hypogastriques	4	4
Hystérectomie d'hémostase	1	0
<b>Décès</b>	0	0

	1996-1998	2003-2005	Sig.
<b>Echecs</b>	12	6	-
Echecs / pop. totale	0,32%	0,16%	NS
Echecs / patientes >4g	30,6%	12,5%	p<0,05

Période 1996-2005: 1 décès maternel par embolie amniotique (non évitable).

# Conclusion

- Amélioration de la sensibilité diagnostique vis-à-vis des HDD (+ 100%).
- Amélioration de la prise en charge.
- Taux stable d'HDD graves.
- Moins d'échec de traitement médical.
- Aucun décès maternel par HDD depuis 1996

## Perspectives:

- Poursuivre les progrès réalisés en terme de diagnostic et de prise en charge.
- Evaluer régulièrement nos pratiques.



Versailles



Versailles



Versailles