

Les hémorragies de la délivrance

Pr N CHERFI

MATERNITE CHU MUSTAPHA

Définition

- Classiquement : hémorragie > 500 ml dans les 24 h qui suivent l'accouchement
- HPP grave si > 1000 ml quel que soit le mode d'accouchement (1% des parturientes)

L'état de choc maternel signe une hémorragie grave avec hypovolémie majeure

Tolérance maternelle à l'HDD

- ↗ volume circulant en fin de grossesse de 40 % (+ 1200 à 1500 ml)
- Modifications de la coagulation
 - Tendance à l'hypercoagulabilité : I, II, VII, X et VIII
 - ↘ de la capacité fibrinolytique en fin de grossesse mais ↗ après délivrance
- **Attention! tolérance hémodynamique correcte jusqu'à 1000 ml de pertes sanguines (piège!)**

FACTEURS DE RISQUE HPP

- Facteurs de risque faibles :
 - Situation socio-économique défavorable
 - Age maternel élevé
 - Multiparité
 - Grossesse multiple
 - Hydramnios
 - Traitement tocolytique en cours
- Facteurs de risque forts:
 - ATCD de syndrome hémorragique
 - Anomalie de la coagulation
 - Anomalie d'implantation placentaire
 - HRP, Placenta bas inséré (PBI)
 - Utérus cicatriciel avec + PBI
 - Infection
 - Facteurs organisationnels et lieu d'accouchement (prise en charge pluridisciplinaire et plateau technique disponible)

Étiologies des HPP

- Atonie utérine (50 à 75 % des cas): Multiparité, surdistension utérine, travail long ou trop rapide, chorioamniotite, interférences médicamenteuses
- Rétention placentaire (10 %) responsable d'atonie utérine secondaire
- Anomalie d'insertion placentaire
- Placenta praevia (0,5 % des grossesses) PBI recouvrant ou sur cicatrice utérine
- Placenta accreta et percreta (0,02 %)

Étiologies des HPP

- Plaies de la filière génitale : col, vagin, épisiotomie
- Thrombus génital et hématomes pelviens
- Inversion utérine
- Rupture utérine
- Anomalies de coagulation pré ou per- partum : HRP, MFIU, EA
- Césarienne

Diagnostic

- Mesure des pertes sanguines 'à l'œil' sous estimées: sac de recueil +++
- Examen périnée (thrombus et hématome pelvien)

PREVENTION DE L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

- AVANT L'ACCOUCHEMENT :

Prise de connaissance et vérification du dossier

Commande de sang si RAI + (2 CE +PC)

S'ASSURER DE LA BONNE QUALITE DE LA VOIE VEINEUSE

FAIRE UN HEMOCUE A L'ENTREE EN SALLE:

NFS Coag RAI à l'admission

- PENDANT L'ACCOUCHEMENT :

DELIVRANCE DIRIGEE (5 à 10 UI de SYNTO en IVD) +++

Sac de recueil systématique + + +

Mais....

- +++ En dehors des FR vus plus haut 50% des HPPI survienne chez une patiente n'ayant aucun facteur de risque

Prise en charge immédiate

URGENCE VITALE

- Pronostic vital directement lié au facteur TEMPS : attitude agressive et précoce +++ Prise en charge pluridisciplinaire selon le protocole du service (feuille de surveillance à débiter)
- Le traitement associe la correction du choc hémorragique et des troubles de l'hémostase à des gestes obstétricaux et/ou chirurgicaux dont la rapidité va conditionner l'évolution du processus

Gestes obstétricaux

- Sous asepsie chirurgicale et ATB prophylaxie systématique
- Sondage vésical
- Délivrance artificielle
- Révision utérine systématique
- Révision sous valves de la filière génitale
- Suture épisiotomie et/ou déchirure vaginale
- Massage utérin si atonie

Traitement médical

- utéro-toniques
- Toujours administrés dans ce contexte
- But : favoriser la rétraction utérine

Les ocytociques :

- Ocytocine de synthèse : SYNTOCINON[®]
- Agoniste de l'ocytocine: (césarienne+) PABAL[®]

Les prostaglandines : le NALADOR[®]

Réanimation maternelle

- Priorité : restauration et maintien de la volémie et de l'oxygénation +++
- Lutte contre « cercle vicieux » hypovolémie troubles de coagulation
- Réchauffement
- Bilan complet dès que pertes > 1000 ml et à répéter dans le temps selon évolution et jusqu'à arrêt de l'hémorragie
- Bilan en urgence : GS ABO phénotypé, RAI, NFS plaquettes, TP, TCA, facteurs I, II, V, PDF, D dimères, temps de lyse des euglobulines
- Commande de CGUA
- Au lit de la patiente, 2 examens : HEMOCUE[®] et Temps de coagulation sur tube sec

- Correction de l'hypovolémie
 - 2 VVP (≥ 16 G)
 - Surveillance : PA, scope, SpO2, diurèse
 - Remplissage cristalloïdes, colloïdes puis CGUA
 - Transfusion CE pour maintenir un taux d'Hb entre et 7 et 10 g/dl tant que l'hémorragie n'est pas contrôlée

CIVD obstétricales

- plutôt la conséquence de l'HPP
- surtout hémorragiques

Association de signes cliniques et biologiques

Paramètre (unité)	Majeur	Mineur
Plaquettes (g/l)	≤ 50	$50 < \leq 100$
TP (%)	< 50	$50 \leq < 65$
Fibrinogène (g/l)	-	≤ 1

(Critères de consommation (XXII^e conférence consensus SRLF 2002) : CIVD en réanimation)

Traitement des troubles de coagulation

- PFC pour maintenir un TP > 40% et facteur V > 30% (10 à 15 ml/kg)
- Fibrinogène 3 g si taux < 1 à 2 g/l (0,5 à 1 g/10 kg de poids)
- Plaquettes si taux < 30 000/mm³ et hémorragie persistante
- Antifibrinolytiques : acide tranexamique EXACYL[®] (antifibrinolytique) 4 gr / en 20 min à 30 min puis 1 g/heure pendant 6 heures si TC* > 8 minutes + PDF ou si dissolution secondaire du caillot
- Facteur VIIa recombinant : NOVOSEVEN[®]

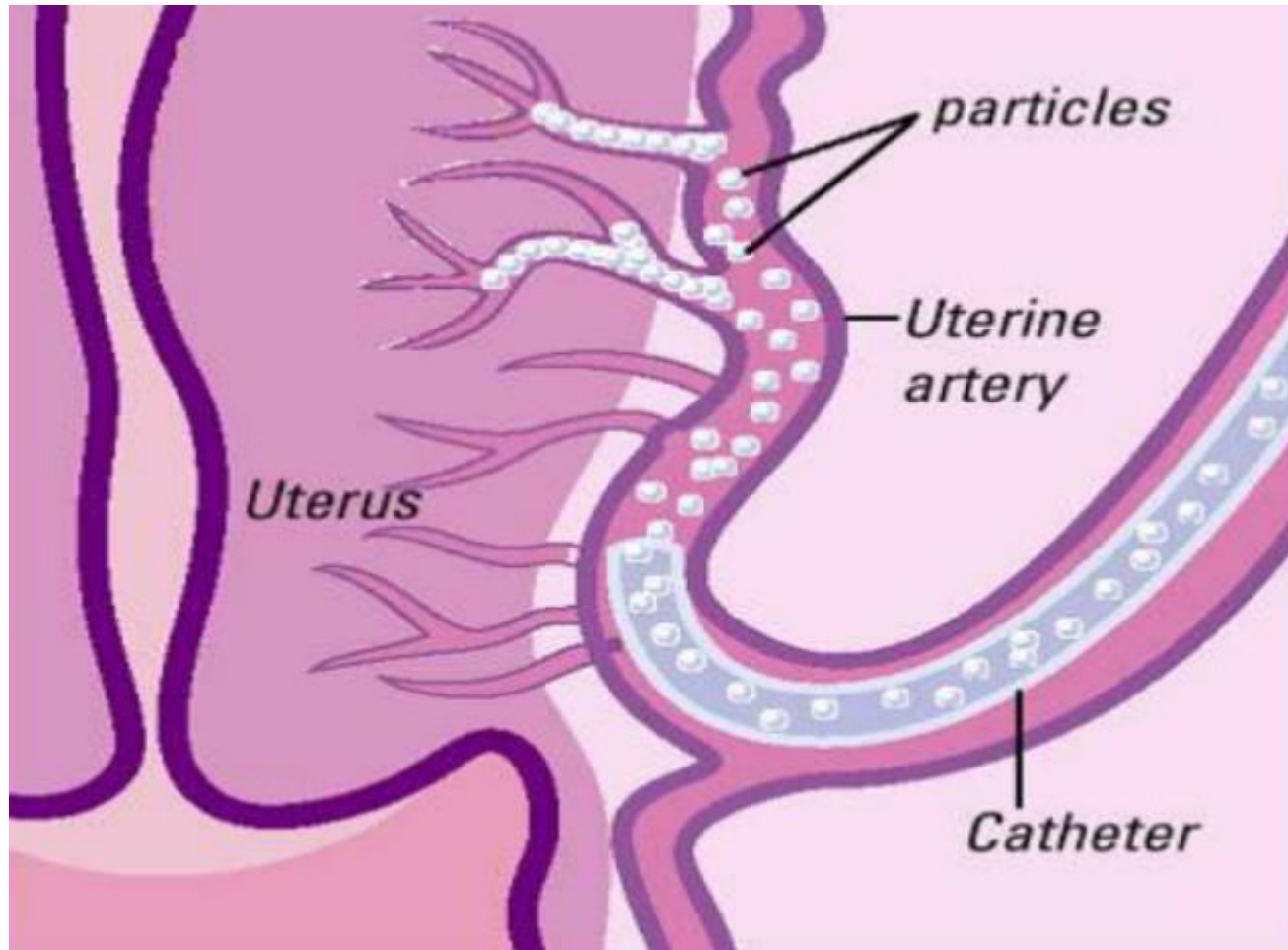
Embolisation des artères pelviennes

- Place de choix après échec du traitement conservateur local (95% de succès)
- Indication posée collégialement
- Préserve l'avenir obstétrical des parturientes
- Réservée aux patientes correctement réanimées et stables sur le plan hémodynamique sinon sanction chirurgicale sur place
- Accompagnement par un anesthésiste et un obstétricien

Indications de l'embolisation

- Atonie utérine résistante aux utéro-toniques (surtout si AVB)
- Hémorragie cervico-utérine et du site d'insertion placentaire (PBI recouvrant)
- Thrombus vaginal et hématome du ligament large
- Déchirure cervico-vaginale déjà suturée ou inaccessible (AU, AVL)

Indications de l'embolisation



Les alternatives chirurgicales

- Le choix de la technique est basé sur :
 - les ATCD obstétricaux de la patiente
 - la gravité de l'hémorragie
 - la stabilité hémodynamique
 - l'expérience du chirurgien.
- ✓ Ligatures vasculaires
- ✓ Techniques de compression (B Lynch, Cho)
- ✓ Techniques de capitonnage
- ✓ Hystérectomie d'hémostase

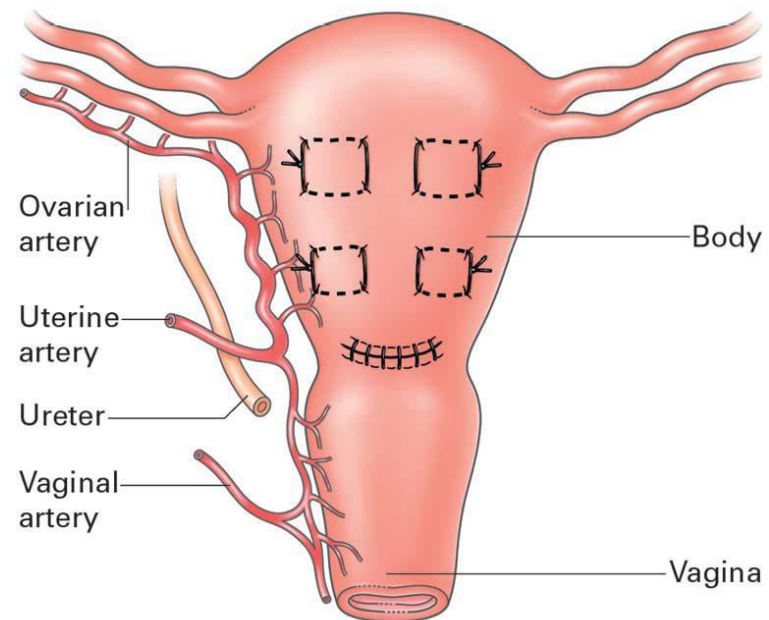
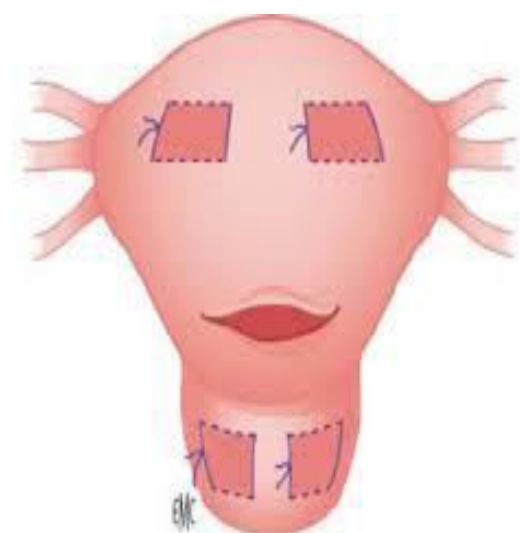
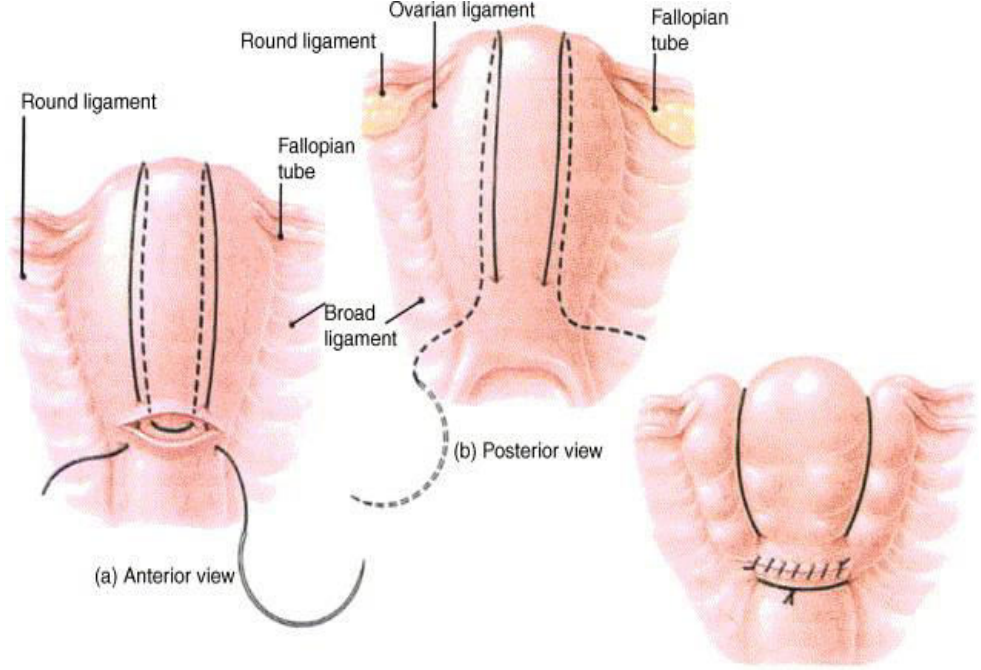


Figure 4 Technique de capitonage utérin décrite par Cho [48].
 Cho haemostatic brace suture.

Gestion d'une hémorragie de la délivrance :

Prise en charge multidisciplinaire

Noter l'heure de début. Débuter une feuille de surveillance et

Prévenir toutes les personnes concernées : Sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin anesthésiste-réanimateur, technicien anesthésiste, infirmier en soins généraux.

Le matériel pour une délivrance, des valves vaginales, l'ocytocine doit être prêt

1^{ère} Etape

PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE

- Vérifier la vacuité utérine par une révision utérine et une délivrance artificielle en l'absence de délivrance (gestes à effectuer si possible, sous anesthésie)
- Sondage vésical à demeure.
- Vérifier la filière génitale sous valves et suture des lésions.
- Vérifier la rétraction utérine et massage utérin.
- Ne faire une 2^{ème} révision utérine que si mauvaise rétraction utérine et caillots sanguins dans la cavité utérine

PRISE EN CHARGE EN REANIMATION

Obtenir le groupe sanguin phénotypé, FNS, TP, TCK (bilan de départ), remplir les imprimés pour commande de produits sanguins labiles (PSL) et prévenir le CTS

- Deuxième voie veineuse (cathéter 16-18 G)
- Monitoring : PA – FC – SatO₂
- Donner de l'O₂ par sonde nasale (8 L/mn)
- Réchauffer la patiente
- Antibiotrophylaxie à large spectre en IVD si gestes endo-utérins
- Evaluer et maintenir l'état hémodynamique par une expansion volémique utilisant cristalloïdes ou colloïdes selon les paramètres hémodynamiques.
- Mettre en réserve des culots globulaires iso-groupe, iso-rhésus et phénotypés
- Injecter 5 à 10 UI d'ocytocine en IVD lente, puis 5 à 10 UI / heure pendant 2 heures sans dépasser 40UI.

À 30mn: Si persistance du saignement malgré réparation des lésions
Si inertie utérine et dose d'ocytocine > 40UI.
Ou directement si hémorragie d'emblée grave

2^{ème} Etape

- Commande CGR, de Plasma Frais Congelés et culots plaquettaires en fonction de l'importance de l'hémorragie ou de l'existence de trouble de la coagulation
- (Re) faire : FNS, TCK, TP, Fibrinogène, groupage (2^{ème} détermination)
- Perfuser 1g d'Acide tranéxamique (Exacyl®) dilué dans 100 ml de SSI sur une durée de 10mn renouvelable une fois en cas de persistance du saignement
- SULPROSTONE : 500 µg (1 ampoule) dans 50 ml, 1^{ère} ampoule sur 1 h = 50 ml/h (8 µg/min) IVSE, puis 2^{ème} ampoule sur 5-6 h = 8-10 ml/h (1,5 µg/min) sans dépasser 3 ampoules au total
- Misoprostol (Cytotec® (200 microg), Gymiso® (200 microg), Misoone® (400 microg)), Sulprostone (Nalador®)
- Continuer réchauffement de la parturiente
- Monitorer : PA – FC – Sat O₂, Capnographe, scope et diurèse horaire
- Introduire les vasoconstricteurs : éphédrine en bolus de 3-6 mg/min, puis perfusion continue de noradrénaline à la dose de 0,5 µg/Kg/mn (3 amp de 8mg dans 50cc de SGI : 1cc/h). Vitesse d'administration modulée en fonction de la PA si état de choc hémorragique et en attente des produits sanguins labiles
- Maintenir PAM à 60-80 mm Hg.
- Transfuser culots globulaires compatibles pour maintenir une Hb >8g/dl,

30mn

30mn

phenotypes
> Injecter 5 à 10 UI d'ocytocine en IVD lente, puis 5 à 10 UI / heure pendant 2 heures sans dépasser 40UI.

**À 30mn: Si persistance du saignement malgré réparation des lésions
Si inertie utérine et dose d'ocytocine > 40UI.
Ou directement si hémorragie d'emblée grave**

2^{ème} Etape

- > Commande CGR, de Plasma Frais Congelés et culots plaquettaires en fonction de l'importance de l'hémorragie ou de l'existence de trouble de la coagulation
- > (Re) faire : FNS, TCK, TP, Fibrinogène, groupage (2^{ème} détermination)
- > Perfuser 1g d'Acide tranéxamique (Exacyl[®]) dilué dans 100 ml de SSI sur une durée de 10mn renouvelable une fois en cas de persistance du saignement
- > SULPROSTONE : 500 µg (1 ampoule) dans 50 ml, 1ère ampoule sur 1 h = 50 ml/h (8 µg/min) IVSE, puis 2ème ampoule sur 5-6 h = 8-10 ml/h (1,5 µg/min) sans dépasser 3 ampoules au total
- > Misoprostol (Cytotec* (200 microg), Gymiso* (200 microg), Misoone* (400 microg)) , Sulprostone (Nalador*)
- > Continuer réchauffement de la parturiente
- > Monitorer : PA – FC – Sat O2, Capnographe , scope et diurèse horaire
- > Introduire les vasoconstricteurs : éphédrine en bolus de 3-6 mg/min , puis perfusion continue de noradrénaline à la dose de 0,5µg/Kg/mn (3 amp de 8mg dans 50cc de SGI : 1cc/h). Vitesse d'administration modulée en fonction de la PA si état de choc hémorragique et en attente des produits sanguins labiles
- > Maintenir PAM à 60-80 mm Hg.
- > Transfuser culots globulaires compatibles pour maintenir une Hb >8g/dl,
- > Transfuser PFC pour maintenir un TP > 40% avec un Ratio CGR/ PFC 1/1 ou 1/2 selon disponibilité
- > Transfuser culots plaquettaires pour maintenir un taux >50 000/mm3 (1CPA /10 Kg)
- > Perfuser des concentrés de Fibrinogène 3g (2amp) sans attendre le bilan biologique pour maintenir un taux > 2g/l
- > Donner du Calcium 1g (car transfusion massive et aide à la rétraction utérine).

Faire un tamponnement utérin, si inertie persistante: (Ballon de Bakri ou sonde de Blackmore, ou gaze chirurgicale)

Si échec après 30mn

3^{ème} Etape

En dernier recours après échec de toutes les thérapeutiques (persistance du saignement actif, hémostasie laborieuse, persistance de l'état de choc avec besoins transfusionnels importants) et/ou avant l'hystérectomie d'hémostasie

Donner du facteur VII activé (Novo seven*) à conditions que TP>24%, Fibrinogène > 1-1,5 g/l et Plqqttes> 50 000/ml.

Dose : 60- 90 ug/ Kg en IVD à renouveler 20 à 30 mn après.

Embolisation

Faire une laparotomie :

- ligatures vasculaires
- Plicature utérine
- Hystérectomie d'hémostasie en dernier recours

Important : n'envisager un transfert que s'il est médicalisé avec patiente stabilisée sur le plan hémodynamique autant que possible, et accord préalable

