

# Prise en charge des hémorragies du post partum

K Dilworth  
Département Médical MSF  
4 décembre 2010

# Incidence

- France

- 2-3 % accouchements
- 25 % mortalité maternelle

10 décès / 100 000 accouchements

- Monde

- 2 -10 % accouchements
- 30 % mortalité maternelle

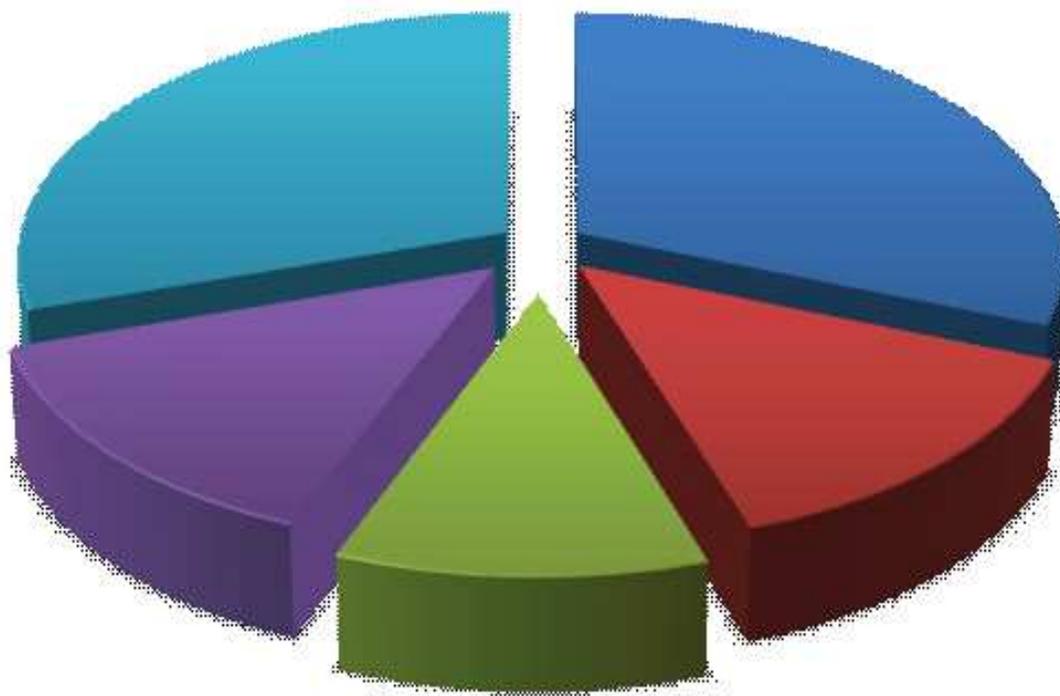
1 décès / 1000 accouchements

- Programme MSF Jahun, Nigeria

- 14 % mortalité par choc hémorragique

# Mortalité maternelle par cause : jan 2009 - juill 2010

Nigeria



- Pré-éclampsie/éclampsie
- Choc hémorragique
- Infection
- Anémie subaiguë
- Etiologie mixte ou inconnue

# Etiologie

- Atonie utérine : 70 %
- Rétention placentaire : 10 %
- **Traumatisme filière génitale**
- Placenta praevia
- Rupture utérine
- Inversion utérine

# Facteurs de risque

- **Placenta praevia**

DAN placenta praevia (n = 154)\*

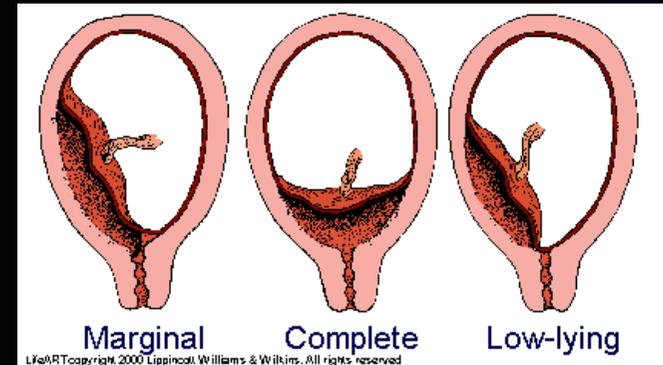
Pertes sanguines

> 2 L (66 %)

> 5 L (15 %)

> 10 L (6 %)

Tranfusion : 55 %



- **TOUTE FEMME POST PARTUM**

\* Miller et coll. Am J Obs Gynecol 1997

# Précautions et prévention

- **Grossesse**

- HQ, suppl. martiale

- **A l'admission de toute femme en travail**

- Contrôle HQ  $\pm$  GS, KT  $\leq$  18G

- **Lors de l'accouchement**

- Délivrance dirigée : Oxytocine 10 UI + cord traction
- Délivrance artificielle si délai > 30 min
- Massage utérin, examen placenta + périnée

- **Après l'accouchement**

- Surveillance rigoureuse  $\rightarrow$  H+2

**Signes vitaux, tonicité globe utérin, saignement**

# Prise en charge HPP

## “Course contre la montre”

- **Risques**

- Hypoperfusion
- CIVD
- Besoins transfusionnels élevés

- **Conséquences**

- Saignements diffus
  - cercle vicieux choc hémorragique
  - patiente « inopérable »
- Complications du choc hémorragique
- Complications du traitement



# Protocole HPP “cascade”

- **Enchaînement des phases (30 min)**
  - Pluridisciplinaire
  - Escalade : réanimation + traitement
  - Temps respecté
- **Simulation-based training**  
**“Hemorrhage fire drills”**

# Ligne de départ

## Diagnostic HPP

Perte sanguine > 500 ml dans 24 h (> 1000 ml dans 48 h) (ne)



Comment quantifier les pertes sanguines ?

Estimation visuelle



Clinique Hb



Mesure directe



Autres



# Ligne de départ

## Diagnostic HPP

Perte sanguine > 500 ml dans 24 h (> 1000 ml si césarienne)

## Immédiat

**Noter l'heure**  
**= T<sub>0</sub>**  
Feuille de  
surveillance HPP

**Evaluation rapide**  
FC, TA, SpO<sub>2</sub>, conscience  
Volume pertes sanguines  
Tonicité du globe utérin

**Prévenir tous les intervenants  
sans délai**  
Obstétricien / chirurgien  
Equipe d'anesthésie  
Sage-femme  
Technicien banque du sang

# Rappel physiologique : réponse à HPP

Saignement estimé (ml)	Réduction volémie (%)	FC (bt / min)	TAS (mm Hg)	Symptômes
500 – 1000	10 – 15	< 100	Normal	Aucun
1000 – 1500	15 – 25	100 à 120	Chute mineure	Sueurs, extrémités froides
1500 – 2000	25 – 35	120 à 140	< 80	Agitation, oligurie
2000 - 3000	35 - 45	> 140	< 60	Conscience altérée, pré-arrêt

# 0 – 30 minutes

Diagnostic HPP

Immédiat

Premières 30 min

## REANIMATION MATERNELLE IMMEDIATE

Oxygénothérapie  
2e VVP (G14 / 16)  
Remplissage vasculaire rapide  
Cimétidine effervescent PO  
Contrôler HQ  
Goupe sanguin  
Evaluer disponibilité du sang  
Surveillance rapprochée

## GESTES

1. Oxytocine 10 UI en IVD + relais 20 UI/500 ml RL en 4h
2. TRANSFERT AU BLOC
3. Sondage vésicale
4. Geste obstétrical par obstétricien au bloc pour assurer la vacuité utérine (antibioprophylaxie)  
Si délivrance non effectuée : *Délivrance artificielle sous AG*  
Si délivrance effectuée : *Révision utérine sous AG*
5. Examen de la filière génitale pour vérifier l'absence de plaie vaginale ou cervicale  
Si déchirure, suture au bloc par l'obstétricien à l'aide de boîte de trauma cervicovaginal

# 30 – 60 minutes

Diagnostic HPP

Immédiat

Premières 30 min

**Si pas d'amélioration**

## 30 à 60 min

### REANIMATION MATERNELLE AVANCEE

#### 1. Maintien d'une hémodynamique correcte

PAS > 100 mmHg, SpO<sub>2</sub> > 95 %, diurèse ≥ 30 ml / heure, GCS 15

Remplissage vasculaire : RL (max 2L), colloïdes ± sang

Ephédrine 6 mg IV bolus (max 60 mg)

Si échec, catécholamines en perfusion IV

#### 2. HQ, rechercher des donneurs, transfuser le sang

#### 4. Réchauffement

[Acide tranéxamique (Exacyl®) 1 g en IVL + 2<sup>e</sup> dose 1 g à 4h]

### 2<sup>e</sup> LIGNE UTEROTONIQUE

Misoprostol

200 mcg SL

OU

Méthylergométrine

0,2 mg IM

# Stratégie transfusionnelle

- Ne pas favoriser l'installation coagulopathie
  - CIVD
  - Dilution = transfusion massive
  - Hypothermie, hypocalcémie
- Cibles
  - Hb : 7 g/dl (saignement actif )
  - Plaquettes : 50
  - INR, TCA patient/témoin < 1,5
  - Fibrinogène > 1 g/l
- Privilégier le sang (ultra)frais en cas de CIVD

# Agents hémostatiques

- Les plus simples ...

- Calcium ionisé
- Normothermie

- Tranéxamic acide (Exacyl®)

- Antifibrinolytique
- 3 RCTs (n = 461)  
Prévention du saignement postpartum (92 ml)
- « World Maternal Antifibrinolytic Trial » en cours
- Peu de complications
- OMS recommandation C pour HPP réfractaire

# Après 60 minutes

Diagnostic HPP



Immédiat



Premières 30 min



30 à 60 min



**Si pas d'amélioration**

## Après 60 min

### GESTE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE AU BLOC OPERATOIRE

1. Pose ballon de Bakri si pas de contre-indication
2. Laparotomie immédiate en cas d'échec d'hémostase rapide ou de reprise du saignement
  - chirurgie conservatrice et/ou
  - hystérectomie d'hémostase

*Ne pas attendre l'installation d'une CIVD pour réaliser une hystérectomie d'hémostase*

**ADMISSION EN UNITE DE SOINS INTENSIFS POUR TOUS LES PATIENTS**

# Tamponnement intra-utérin

- **Intérêt**

- Performant, simple
- Très peu de complications

- **Indications**

- Atonie utérine réfractaire aux utérotoniques  
Traitement définitif, stabilisation
- Geste complémentaire

- **Contre-indications**

- Grossesse en cours
- Infection purulente de la filière génitale
- Suspicion : rupture utérine, hémorragie artérielle



# SOS Bakri ballon

- **Ballon fait exprès**

- **En pratique**

- Respect de « test de tamponnement »
- Nécessite surveillance très rapproché + analgésie

On ne pose pas un ballon de Bakri et s'éloigner du patient pour déjeuner !

- Toute patient avec un Ballon → USI

- Laparotomie immédiate si :

Echec d'hémostase rapide

Reprise de saignement

Instabilité hémodynamique persistante

# Ligatures vasculaires

- **Techniques**

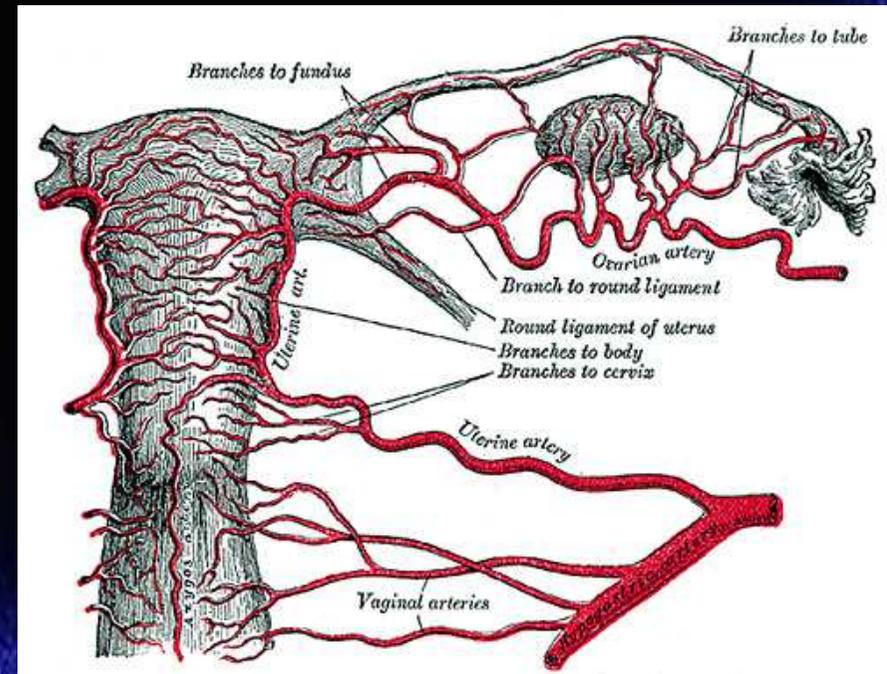
- Ligatures sélectives  
Utérines ± ovariens ± artères des ligaments ronds
- Ligatures des aa hypogastriques

- **Avantages**

- Bonne efficacité
- Capacité reproductrice préservée

- **Inconvénients**

- Rare complications neurovasculaires



# Suture utérine

- **Technique B-Lynch + variations (7)**

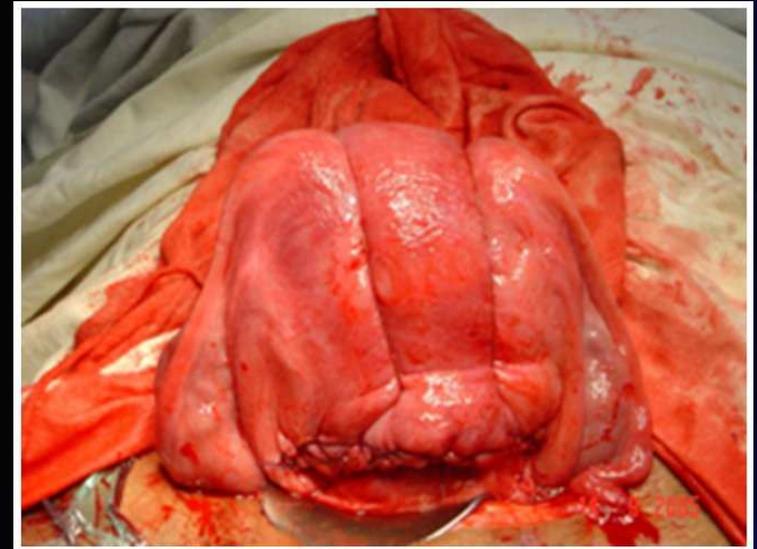
Compression utérine effectuée en reliant la face antérieure à la face postérieure de l'utérus par un gros fil résorbable (Monocryl 1/0)

- **Avantages**

- Bonne efficacité
- Simple
- "Sandwich utérine"

- **Inconvénients**

- Echec si CIVD
- Complications
  - pyométrie
  - nécrose utérine
  - bandes utérines
  - adhérences abdominales



# Hystérectomie d'hémostase

- **Techniques\***

- Sub-totale
- Totale

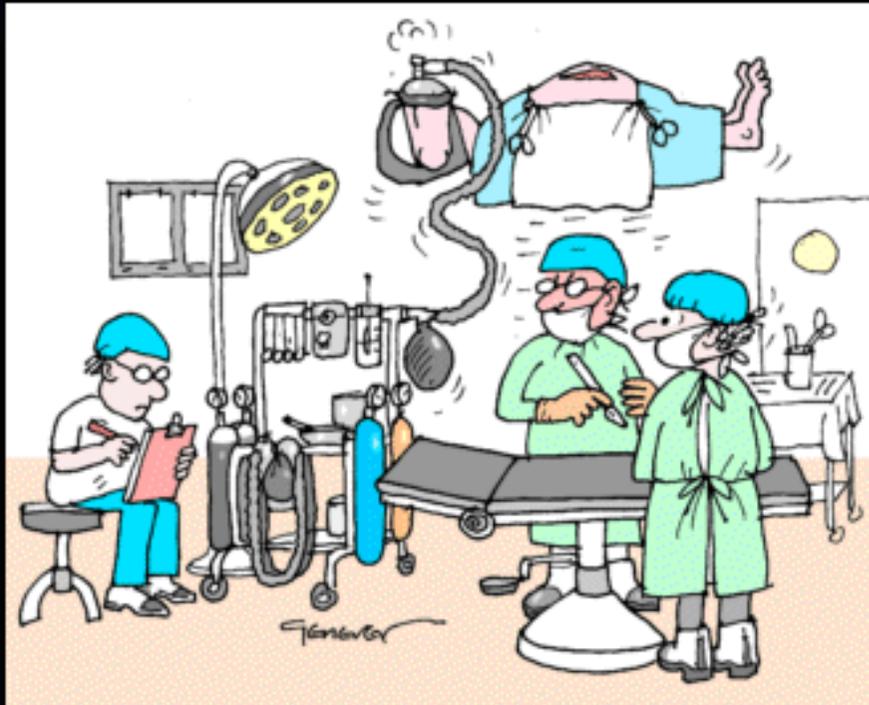
- **Suites**

- Traumatisme vésical 6-12 %
- Traumatisme urétérale 2-5 %
- Re laparotomie 12-30 %
- Fièvre, sepsis 30 %
- Mortalité 3-6 %

\* **Pas de différence : durée, hémorragie, complications**

# Conclusion

- **Complication grave de grossesse**
- **Retard au diagnostic / PEC**
- **CIVD ou MODS = souvent TROP TARD**
- **Protocoles “dans les murs” sont indispensables**
- **Acheminement de patiente au bloc au bon moment que le geste soit endo-utérin ou plus invasif**
- **Rôle réel de ballon Bakri**
- **Hémostase par laparotomie au bon moment**



**Merci**