



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**



GYNEPOLE MARSEILLE

PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DE LA GROSSESSE ET DE LA DELIVRANCE

Docteur Katia Barde

LES JEUDIS DE L'URGENCE

www.SMURBMPM.FR



2014 / 2015



2014 / 2015

HEMORRAGIE DU POST PARTUM (HPP)

HPP: définition

- Complication fréquente: 5% des accouchements
- **1^{ère} cause de mortalité maternelle** en France: 17%
- HPP: pertes sanguines > 500ml
sévère si > 1000ml
- **Deux situations:**
 - **HPP précoce:** 24 premières heures après un accouchement
 - **HPP secondaire:** survenant après les 24 premières heures et dans les 6 semaines suivant un accouchement

HPP: régulation centre 15

- **Identification des patientes à risque d'HPP:**
 - Âge > 35ans
 - Délivrance > 30min
 - Distension utérine
 - HRP ou anomalie d'insertion placentaire
 - Utérus cicatriciel
 - Catégorie socio-professionnelle défavorisée
 - Hyperthermie pendant le travail
 - Coagulopathie
 - Antécédent d'HPP (30% de récidence)
- **Dépistage anténatal** des patientes à risque et programmation de la naissance dans un centre disposant d'une radiologie interventionnelle: ++ si anomalie d'insertion placentaire

HPP: régulation centre 15

- **Formes trompeuses:** sans facteurs de risque, distillantes, non extériorisées
- **Cause les plus fréquentes:**
 - l'atonie (60% cas)
 - rétention placentaire (30%)
 - plaie de la filière génitale (10%)

HPP: après accouchement extra-hospitalier

- **Evaluation initiale: reconnaissance rapide d'une HPP**
 - **Quantification des pertes: sac de recueil**
 - Paramètres vitaux, hémoglobine
 - **Facteur temps++++: noter les heures**
- **Prévention: 5 éléments: délivrance < 30min**
 - Vacuité de la vessie
 - Absence de traction du cordon, clampage précoce
 - Retrait du placenta et des caillots de la filière génitale
 - Massage du fond utérin, évaluation du tonus utérin régulière
 - **Délivrance dirigée : ocytocine:**
 - 5 ui IV entre le dégagement de l'épaule antérieure et la 1^{ère} minute de vie
 - Puis 10 ui IV lente en 20-30min, renouvelé si besoin (max 40UI)

HPP: après accouchement extra-hospitalier

- **En cas d'HPP immédiate:** délivrance artificielle, ou révision utérine si celle-ci a eu lieu
- **Tout geste endo-utérin impose:**
 - Asepsie
 - Antibioprophylaxie à large spectre
 - Anesthésie avec induction en séquence rapide et intubation
- **Éliminer une lésion du périnée ou du vagin: méchage ou compression**

HPP: après accouchement extra-hospitalier

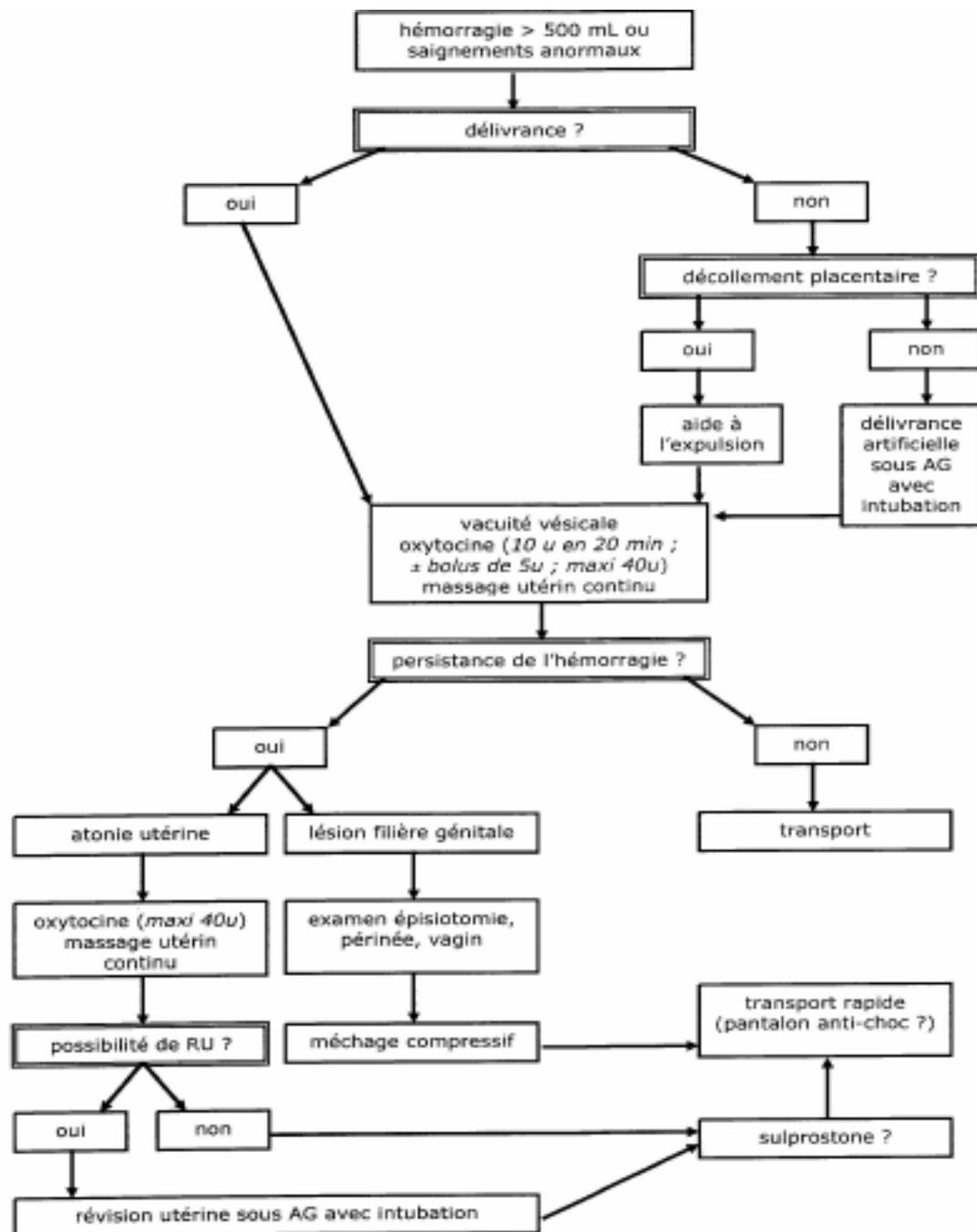
Démarche secondaire en cas de persistance de l'hémorragie:

- **Traitement par prostaglandines: sulprostone (Nalador®)**
- Dans les 30min suivant le diagnostic d'HPP
- Après vacuité utérine
- Arrêt de l'ocytocine
- 100 à 500 µg/h
- Massage utérin poursuivi

HPP: après accouchement extra-hospitalier

Stratégie d'orientation définie en fonction de :

- La tolérance clinique
- Plateau technique nécessaire (moyens obstétricaux, chirurgicaux / embolisation, réanimation)
- Conditions géographiques et sanitaires
- Maternité de suivi



HPP: transfert inter-hospitalier secondaire

RPC 2014:

- Toute maternité doit pouvoir prodiguer les soins nécessaires lors d'un accouchement, et gérer une HPP:
 - Transfusion médicaments pro-coagulants
 - Techniques chirurgicales conservatrices ou non
 - PEC anesthésie-réanimation initiale
- **Le transfert inter-hospitalier SMUR/SAMU ne doit pas être considéré comme pouvant compenser une insuffisance d'organisation, de moyens ou de compétences**

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire

Motifs de transfert inter-hospitalier pour HPP:

- effectuer un geste d'hémostase d'emblée ou cas d'échec des tmt chirurgicaux (embolisation+++)
- poursuivre la prise en charge réanimatoire et la surveillance après contrôle du saignement
- **Situation a haut risque justifiant une décision collégiale réfléchie et une médicalisation: rapport bénéfice/ risque**

Choix de la destination:

- De la gravité et des conditions locales (temps de transport, disponibilité des PSL)
- Plateau technique adapté nécessaire
- **L'argument de proximité ne doit pas aboutir à un transfert dans une structure inadaptée**

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire

Procédure de demande de transfert:

- **Indication** posée par l'équipe demandeuse en accord avec le centre receveur après transmission des informations du dossier
- **Faisabilité** du transport appréciée par l'équipe demandeuse et le médecin régulateur du SAMU
- **Réévaluation au moment du départ** (obst/anesth/SMUR)

**Hémodynamique instable = contre indication au transport:
chirurgie d'hémostase sur place++, conservatrice ou non**

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire: qui transporter?

Rapprochement d'un centre d'embolisation après contrôle de l'HPP:

- Réévaluer la situation au moment du départ (délai écoulé++)
- Vérifier et **corriger un retard de réanimation**: transfusion avant transport?
- Eliminer la reprise ou la poursuite d'un **saignement occulte** (hémopéritoine++)

Ne pas sous estimer le transport (Hb > 8g/dl++)

PSL disponible pour le transport

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire: qui transporter?

Transfert d'une HPP toujours active, en alternative à la chirurgie d'hémostase sur place justifié par:

- **L'indication d'embolisation:**
 - HPP sur atonie utérine ou déchirure complexe de la filière génitale
 - Echographie abdominale++: éliminer un hémopéritoine faisant privilégier la reprise chirurgicale sur place (HPP post césarienne)
- **État hémodynamique compatible avec le transport: réévaluation avant le départ++:**
 - Choc hémorragique stabilisé
 - Évaluation de l'état hémodynamique: Shock Index (IS): FC/PAS entre 0,5 et 0,7
 - PSL disponible pour le transport

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire: qui transporter?

Transport pour embolisation ou admission en réanimation en post opératoire d'une chirurgie d'hémostase:

➤ **Transport dangereux mais inévitable**

- Bilan biologique succin avant le transport: lactates, GDS, kaliémie, Hb, glycémie
- Appréciation de la sévérité du choc++
- Transport séniorisé
- Poursuite de l'intégralité des soins: sédation, ventilation, catécholamines, transfusion

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire:

Mise en condition et monitoring du transport:

- **Pression artérielle invasive**
 - Souhaitable dans les HPP sévères (monitorage continu de la PA)
 - Détection plus précoce des insuffisances circulatoires aigues
 - Posée par l'équipe d'anesthésie avant l'arrivée du SMUR
- **KT central**
 - Préférable si catécholamines (perfusion continue, évite les bolus)
 - Ne doit pas faire perdre du temps, catécholamines possible sur VVP
- **Transfusion sanguine**
 - Indispensable pour le transport si HPP active
 - Objectif: HB>8g/100ml
 - L'absence de PSL disponible contre indique le transport des HPP sévères
- **Sédation et anesthésie générale**
 - Induction à haut risque de désamorçage
 - Si trouble de la conscience: remettre en question le transport

HPP: transfert inter-hospitalier secondaire:

Poursuite des thérapeutiques spécifiques

- **Acide tranéxamique (Exacyl®)**
 - Poursuivre si en cours
 - Peut être introduit par le SMUR
- **Utérotoniques: sulprostone**
 - Doit être poursuivi pendant le transport sans interruption
 - Le relai 1^{ère} ampoule (500µg/h) – 2^{ème} ampoule (100µg/h) doit pouvoir être fait pendant le transport
- **Ballonnet de tamponnement intra-utérin**
 - À maintenir pendant le transfert
 - Permet de monitorer les pertes
 - Contre-indique l'expression et le massage utérin
- **Surveillance pendant le transport**
 - Surveillance du globe utérin
 - Quantification des saignements
 - Poursuite de la réanimation pendant le transport

Tamponnement endo-utérin par sonde de Bakri®

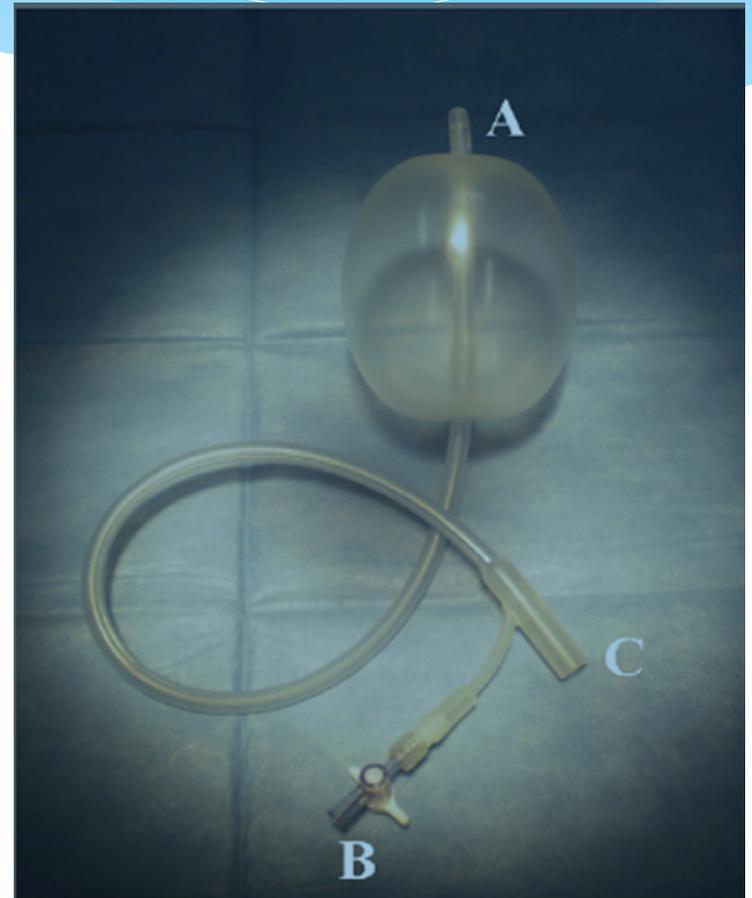
- Utilisation croissante en France
- Spécifiquement conçu pour la prise en charge de l'HPP
- FIGO recommande le tamponnement endo-utérin pour la prise en charge des HPP **après échec du traitement initial et avant les mesures invasives**

FIGO, Int J Gynecol Obstet 2006

- Dans notre maternité: **indiqué devant la persistance de saignements après 20 minutes de sulprostone (Nalador®):**
1ère ½ ampoule
- **Intérêt pour les transferts** inter-hospitaliers en cas d'efficacité?

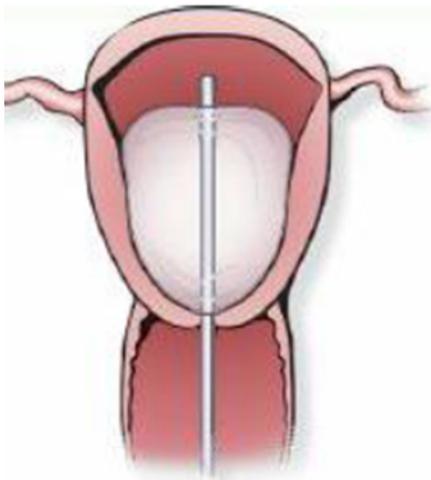
Tamponnement endo-utérin par sonde de Bakri®

- Mise en place simple et rapide: voie vaginale / hystérotomie
- **Efficacité obtenue en quelques minutes**
- Drain relié à une poche graduée: **estimation des pertes**
- Taux de succès de 80 à 91%
- Cout: 297.41 euros

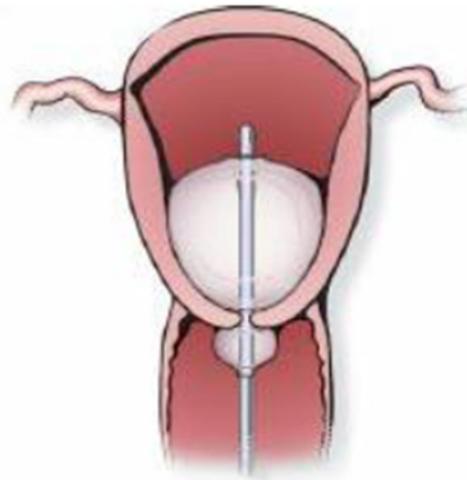


Tamponnement endo-utérin par sonde de Bakri®

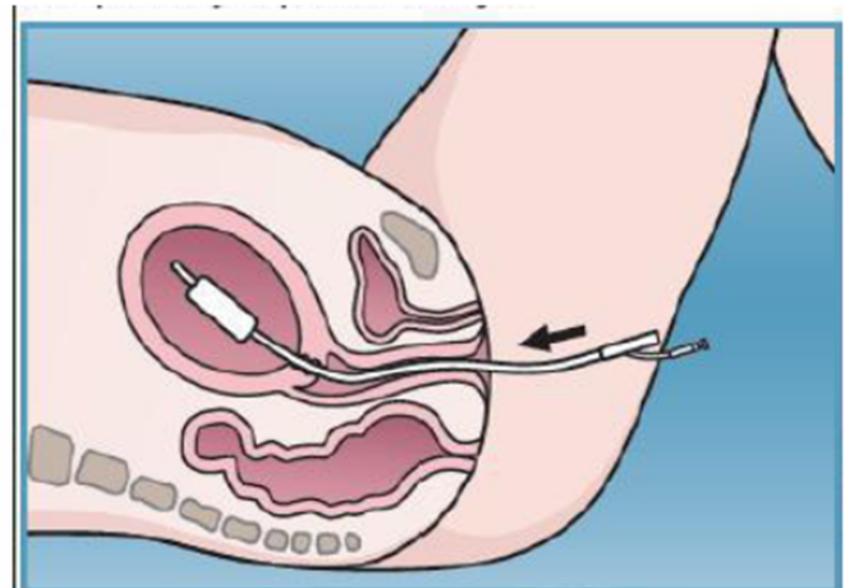
- La paroi du ballonnet doit être apposée contre les tissus
- antibioprophylaxie



Proper Placement



Improper Placement



Conclusion HPP

- **Dépistage anténatal** des patientes à risque et programmation de la naissance dans un centre disposant d'une radiologie interventionnelle (++) anomalies d'insertion placentaire)
- **Prévention primaire** au moment de l'accouchement: délivrance dirigée
- **Identification et prise en charge rapide** en cas d'HPP déclarée: **facteur temps primordial**



2014 / 2015

HEMORRAGIE DES 2^{ème} ET 3^{ème} TRIMESTRES

HEMORRAGIE DES 2ème ET 3ème TRIMESTRES

- **Urgences diagnostiques et thérapeutiques**
- Retentissement maternel et/ou foetal majeur

- **Engagement du pronostic vital**

- **Deux grandes étiologies:**
 - Hématome rétroplacentaire
 - Anomalie d'insertion placentaire

HEMORRAGIE DES 2ème ET 3ème TRIMESTRES

Métrorragie + absence de PP connu = HRP jusqu'à preuve du contraire+++

| | placenta praevia | hématome rétro-placentaire |
|----------------------|--|--|
| facteurs favorisants | utérus cicatriciel | HTA gravidique, pré-éclampsie, traumatisme abdominal |
| douleurs | absentes ou peu intenses | brutales, intenses, permanentes |
| utérus | souple, indolore en dehors des contractions | hypertonie, hypercinésie, « utérus de bois » |
| saignement | rouge, modéré à abondant, avec ou sans caillots | noir, peu abondant, incoagulable |

HEMORRAGIE DES 2ème ET 3ème TRIMESTRES

Régulation par un médecin urgentiste:

- Terme de la grossesse
- Notion de placenta praevia / accreta connu, HTA
- **Caractéristiques des saignements / retentissement**
- **Signes associés:** douleurs abdominales, CU, mouvements actifs fœtaux perçus, signes de PE

HEMORRAGIE DES 2ème ET 3ème TRIMESTRES

- **SMUR si suspicion d'PP ou d'HRP car risque de survenue rapide de troubles de la coagulation et de collapsus**
- **Prise en charge pré-hospitalière:**
 - Remplissage vasculaire avec cristalloïdes avec AMM
 - Une transfusion préhospitalière ne doit pas retarder l'admission
 - Décubitus latéral gauche
 - Oxygène, lutte contre l'hypothermie, monitoring: FC, PNI, Hb capillaire, SpO₂
 - **Pas de TV si suspicion de PP**
 - **Tocolyse si PP hémorragique avec contractions**
 - +/- cardiographe (Bdc) sans retarder le transfert

HEMORRAGIE DES 2ème ET 3ème TRIMESTRES

Transfert et admission:

- Maternité de proximité si risque vital/ extraction fœtale+++ si HRP.
Contre indication au transfert inter-hospitalier si HRP
- Ou maternité possédant le plateau technique adapté au terme ou à l'étiologie (placenta accreta++) la plus proche
- Absence ou bas risque: maternité de suivi
- Équipe obstétricale ET anesthésiste-réanimateur d'accueil prévenus

Merci de votre attention

