

HÉMORRAGIE DU POST PARTUM

Dr MENU, J.PASQUIER, W.LERAILLE

Anesthésie-Réanimation, Centre Aliénor d'Aquitaine,
CHU BX

JARCA
18/11/2022



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX



Liens d'intérêt

- Dr Déborah MENU : aucun
- Mme Justine PASQUIER : aucun
- Mr William LERAILLE : aucun

Épidémiologie & Définition

Épidémiologie :

- **1^e cause de mortalité maternelle** dans le monde
(dont 99% dans les pays en développement/à revenu faible)
- **1^e cause de morbidité maternelle** dans le monde (transfusion, hystérectomie)



www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

<i>Définition de l'HPP</i>	<i>Incidence</i>
HPP : pertes sanguines ≥ 500 mL	5 à 10 % des accouchements
HPP sévère : pertes sanguines ≥ 1000 mL	2 % des accouchements 0,5 % avec transfusion

Quelle que soit la voie d'accouchement !

*Mais seuil d'intervention selon **débit, contexte clinique & tolérance***

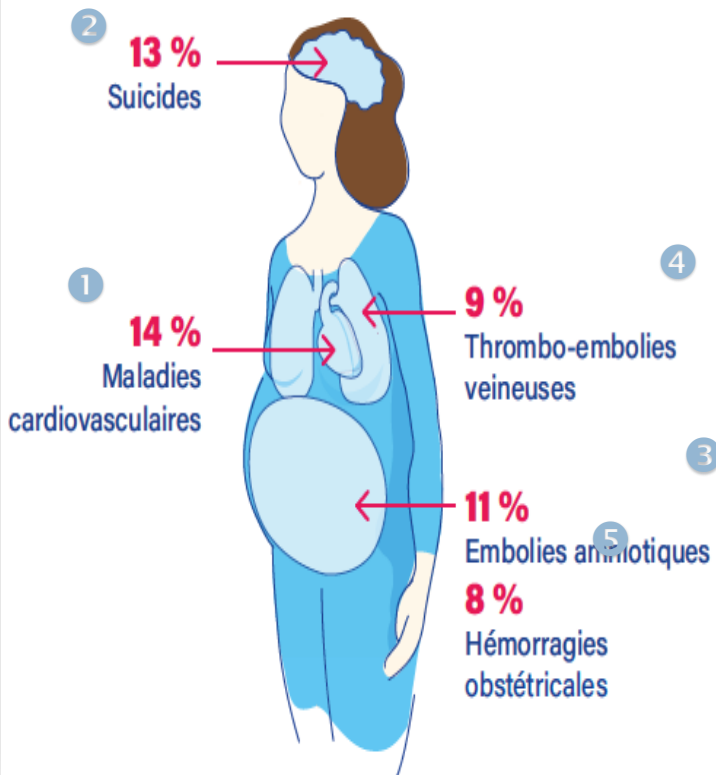
Épidémiologie : morts maternelles en France par hémorragies



Mortalité maternelle par HPP = Divisée par 2 en 15 ans !

Principales causes des décès maternels

(de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement)



⇒ 5^e cause de mortalité

- 22 décès sur le triennum 2013-2015 soit **8,4% des décès maternels**

⇒ Évitabilité = 90%, liée à

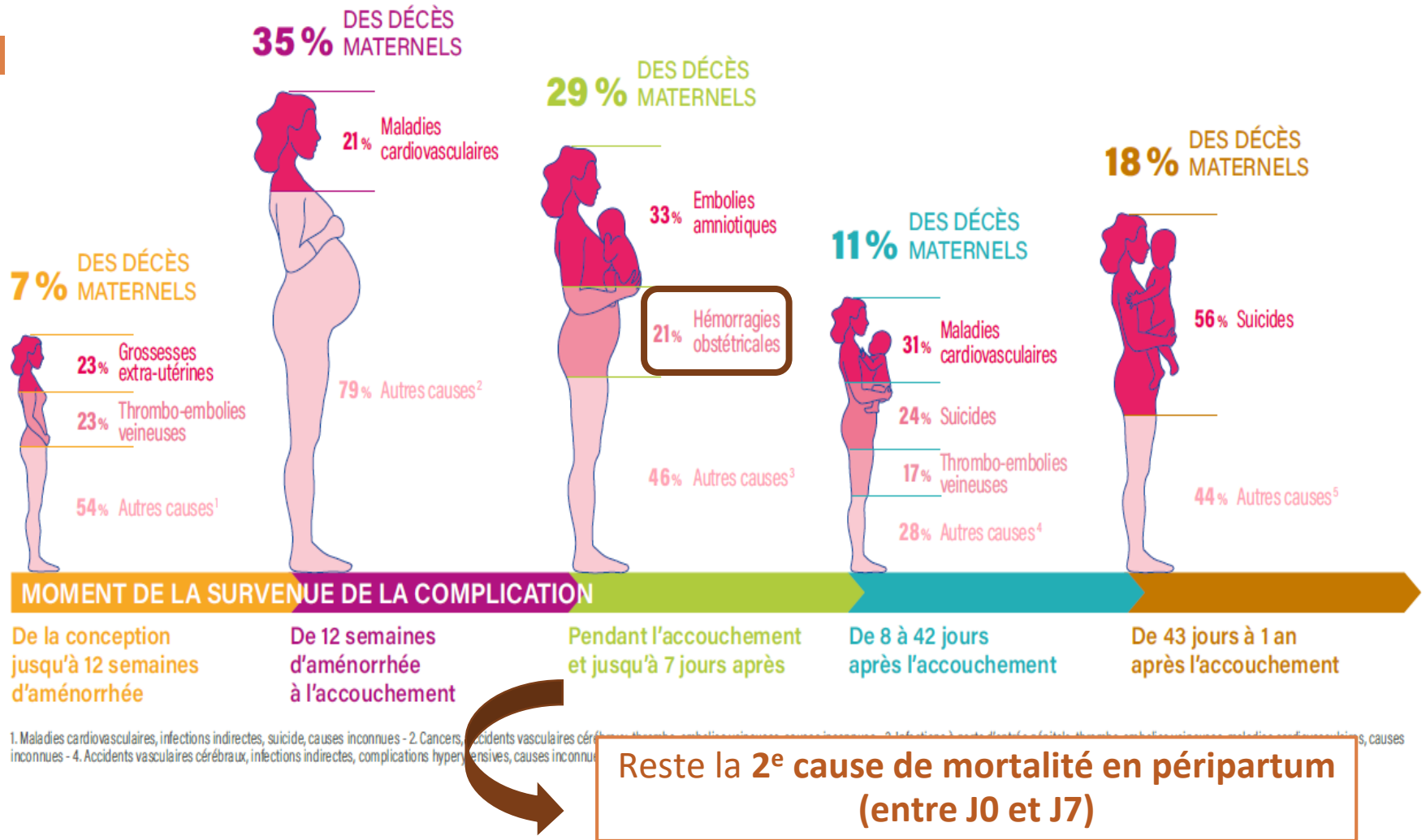
- **retard diagnostique** (hémorragies occultes, défaut de surveillance)
- **traitement retardé ou inadapté** (reprise chirurgicale, traitement radical, transfusion, coagulopathie)
- **lieu de prise en charge inadapté** (comorbidité)

Plusieurs causes souvent intriquées

Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021.

Infographie Morts maternelles en France : les données clés de l'enquête 2013-2015

Epidémiologie : principales causes en fonction du stade de la grossesse



Evaluation des pertes sanguines

Estimation visuelle

- **Sous estimation de 50 – 75 %** *versus* pertes mesurées

Stafford I et al. AJOG 2008

Sac de recueil gradué +++

- Mesure « **en temps réel** » des pertes sanguines
- Corrélation entre la quantification par le sac de recueil et les paramètres biologiques (↓ Hb)
- Mais pas d'effet démontré sur l'incidence des HPP sévères

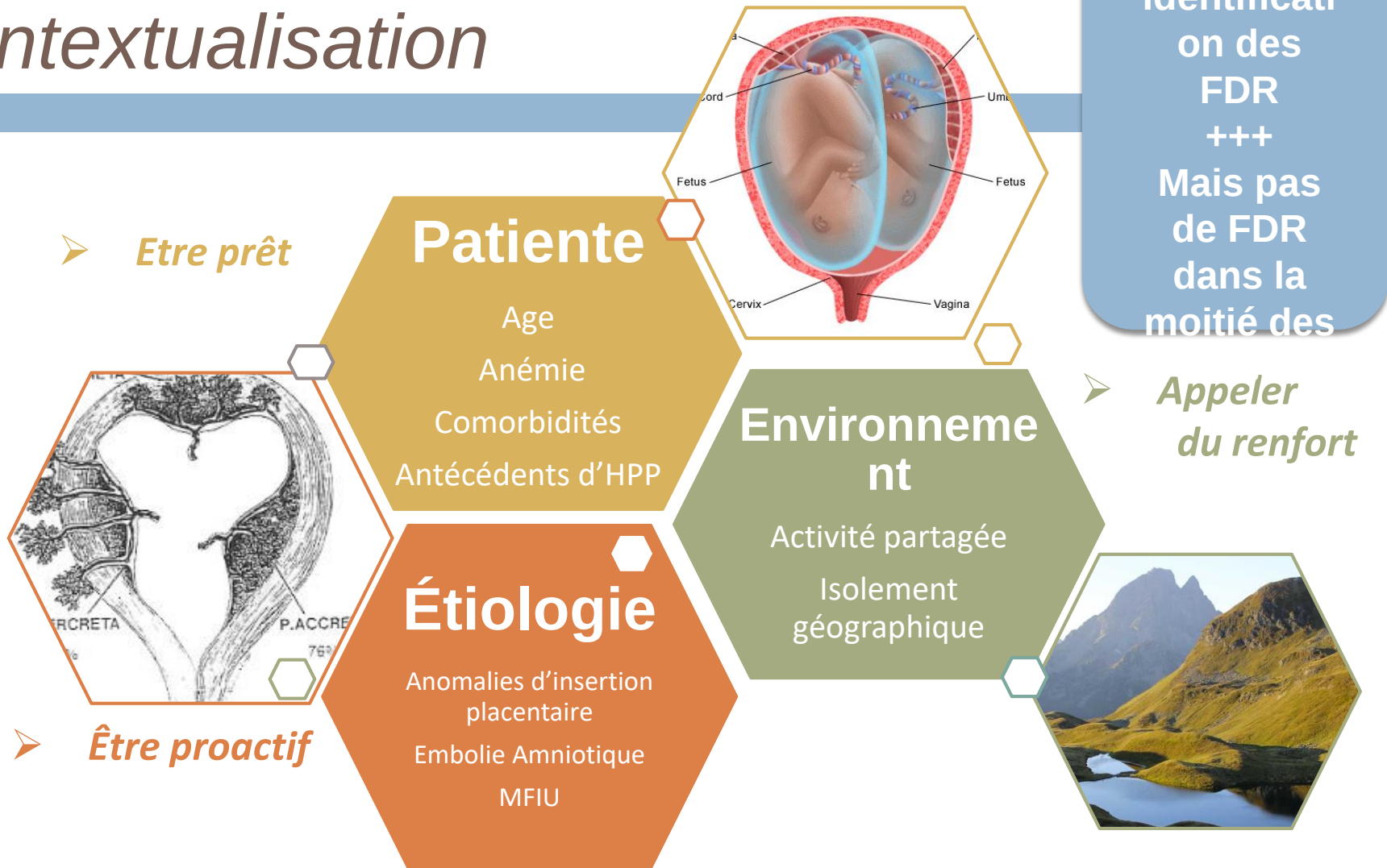
*Tourné G et al. JGOBR 2004
Zhang WH et al. BMJ 2010 ;
340:c293*



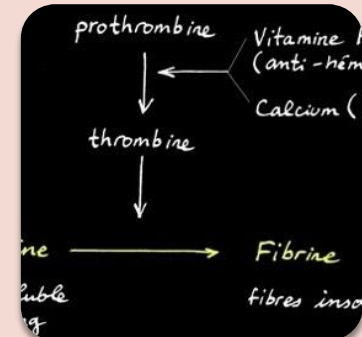
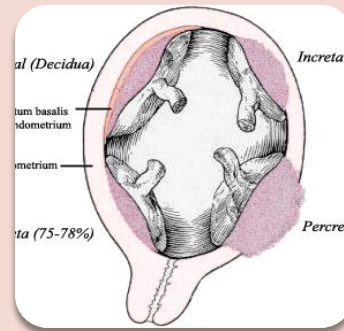
- Pas d'utilisation systématique pour tous les accouchements
- Mais **sac de recueil recommandé *a minima*** dès que l'HPP est diagnostiquée



Evaluation de la sévérité : *Contextualisation*



Rappel : Etiologies, les 4T des HPP



TONUS
70%

Atonie utérine
+++

TRAUMA
20%

Lésions du
tractus génital

TISSUS
10%

Rétention
placentaire et
Anomalies
d'insertion

THROMBINE
1%

Anomalie
congénitale
ou acquise de
l'hémostase

Cas clinique

Mme A. 32ans, 168cm/75kg

- G2P1
- ATCD: AVB 2020, saignement 350ml
- G actuelle de déroulement physiologique
- Groupe O+, RAI- <72h
- Hb: 10,8 g/dl
- APD fonctionnelle



**C'est l'anesthésiste de Garde !
On a une hémorragie du
post-partum en salle 8 à 500 ml
de saignement.
AVB sous péridurale.
Délivrance du placenta 15
minutes après la naissance.
On se retrouve là-bas !**



ON PASSE RECUPERER NOTRE CHARIOT D'HPP



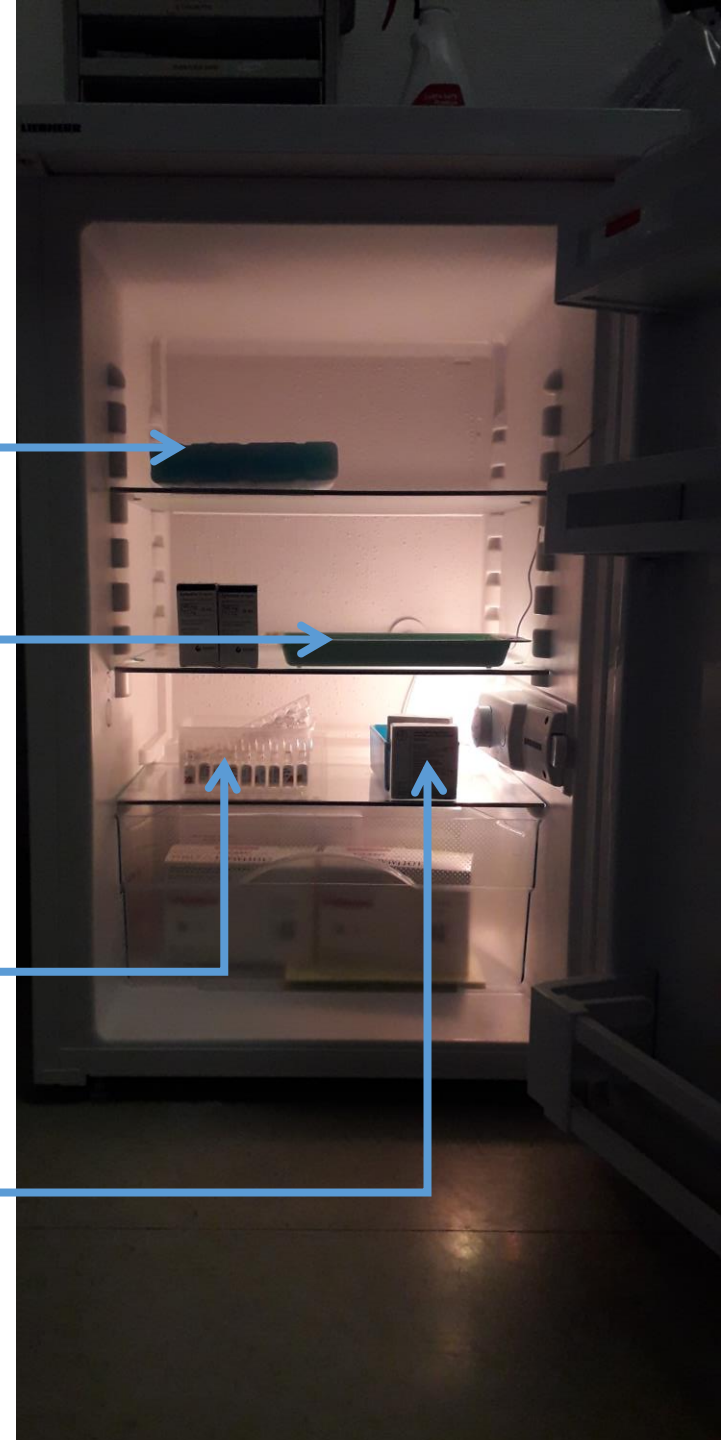
ON RECUPERE DANS NOTRE REFREGIRATEUR

LE PACK DE GLACE

**LA SERINGUE DE RENFORCEMENT DE
PERIDURALE
XYLOCAÏNE 200mg ADRENALINEE
+ 2ml BICARBONATE DE SODIUM**

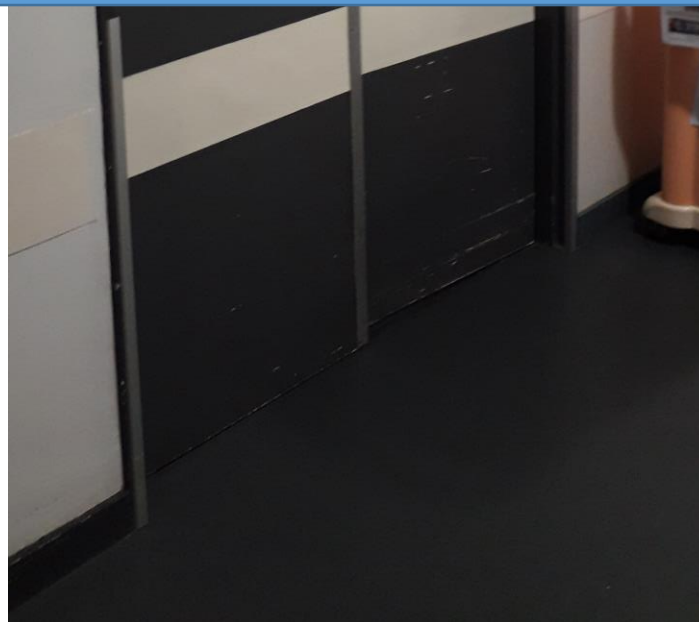
LE SYNTOCINON®

LE NALADOR®





ET ON ARRIVE EN CHAMBRE 8 ...

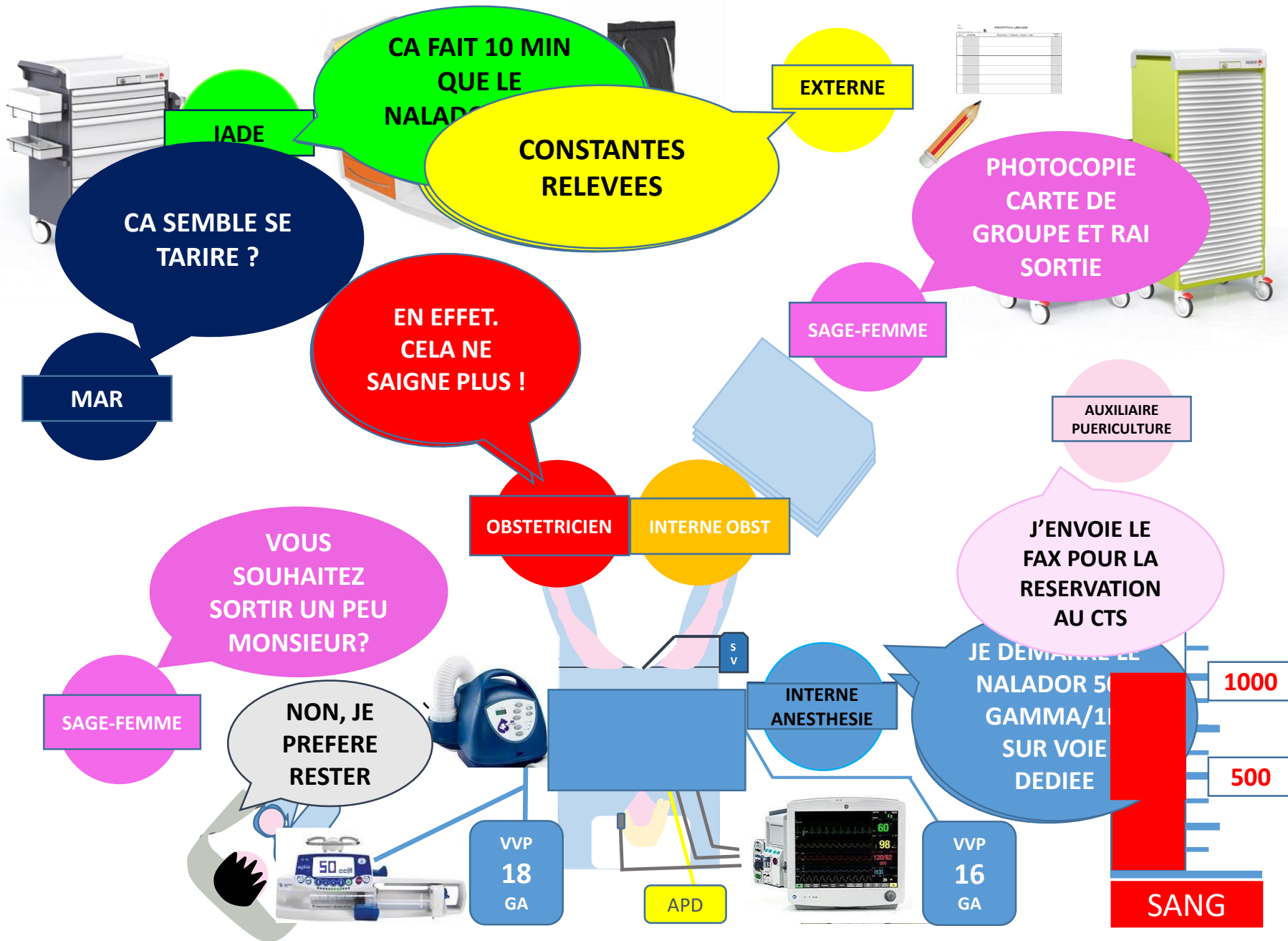




Nous sommes à 30 minutes du début de la prise en charge

- Saignement : 900cc
- Actif après 35 UI de SYNTOCINON
- 2 VVP dont 1 x 16GA
- EXACYL 1G – AUGMENTIN 2G
- REMPLISSAGE CRISTALLOIDES 500mL
- HEMOCUE 9,1 G/dL à 650mL de Pertes sanguines
- Hémodynamique stable
- Hémorragie par manque de tonicité utérine
- Prise en charge régulière psychologique des





Nous sommes à 30 minutes après le début du NALADOR

- Arrêt saignement, avec utérus tonique 10 min après début Nalador
- Saignements totaux: 1000ml
- Poursuite du parcours patient :
Surveillance en USC Obligatoire
- Mais Bébé et Papa autorisés biensûr !

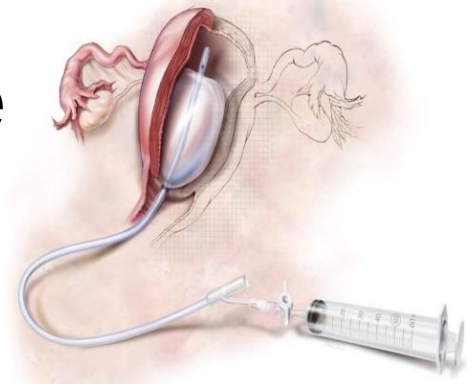
Et si ...

- Persistance hémorragie après 30 min de Nalador

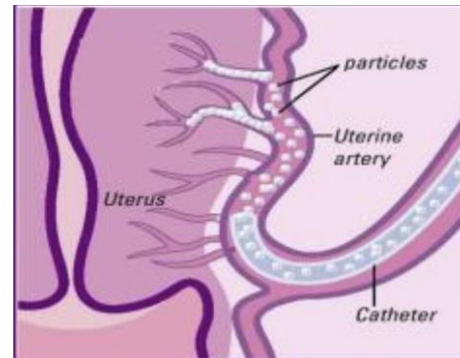
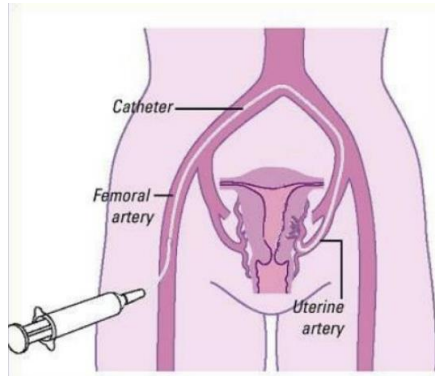


Mesures obstétricales invasives

- Ballon de tamponnement intra-uté
 - ▣ Sous APD renforcée ou AG



- Embolisation artères utérines **si patiente stable et transportable**



Mesures obstétricales invasives

□ **Chirurgies d'hémostase :**

- Ligatures vasculaires

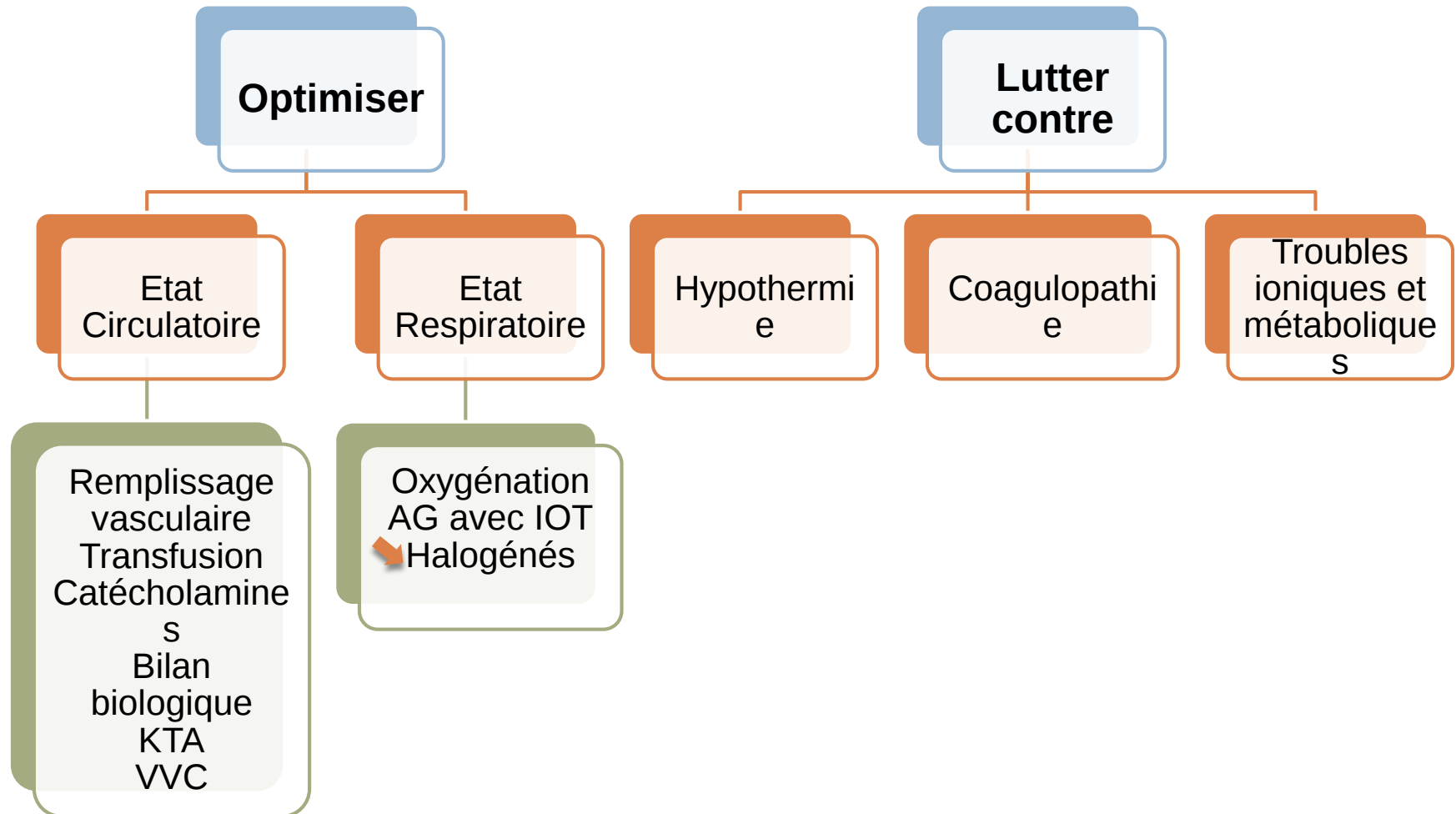
- Capitonnage utérin



- Hystérectomie d'hémostase

- > dernier recours mais ne pas y penser trop tard ...

Prise en charge anesthésique



Stratégie transfusionnelle

- CGR Obj Hb > 8g/dL
- PFC: ratio 1PFC pour 1à2 CGR
- CPA: > 50G/L
- Fibrinogène: > 2g/L



- Utilisation accélérateur/réchauffeur: Ranger
- Cell Saver si besoin
- Acide tranexamique: Exacyl



HPP per césarienne

- Traitement prophylactique: 5ui Oxytocine clampage cordon puis 20ui/2h
- Prise en charge active dépendra du débit du saignement, de la cause et du contexte
- Pertes sanguines difficilement évaluables
- Traitement chirurgical immédiat à privilégié si HPP résistante au traitement médical

Conclusion

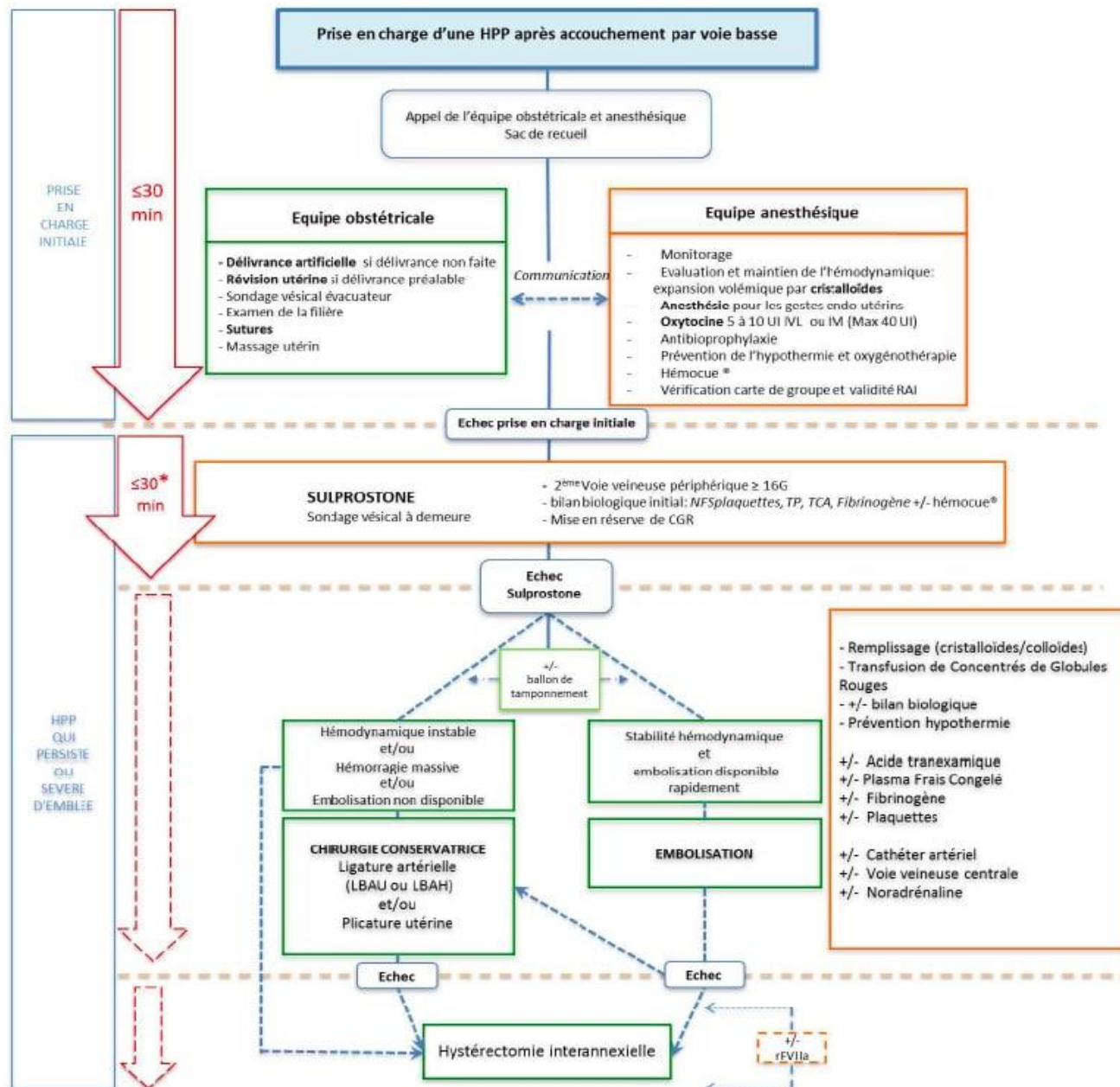
- Caractère imprévisible
- Instabilité hémodynamique : symptôme trop tardif
- Attention à tolérance maternelle qui peut être excellente jusqu'à 1L
- Anticiper les situations à risques

Conclusion

- Prise en charge multidisciplinaire guidée par des recommandations
- Gestion HPP peuvent bénéficier d'un entraînement en simulation
- Pas de place à l'improvisation
- Quantification des pertes sanguines primordiale



Merci de votre
attention



Algorithmes de prise en charge de l'HPP en fonction de la voie d'accouchement élaborés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et consultables à l'adresse suivante : www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf

