

HPP : le point de vue de l'anesthésiste

Dr Françoise Bayoumeu
Pôle d'Anesthésie Réanimation
Hôpital Paule de Viguier
CHU de Toulouse

Rencontres d'Anesthésie Sanofi 2017

- Liens d'intérêt
 - ✓ Vifor France
 - ✓ LFB
 - ✓ Sanofi

Sanofi ne recommande en aucun cas l'usage des produits en dehors de leurs indications approuvées par leurs AMM. Merci de consulter le résumé des caractéristiques du (es) produit (s) avant de le (s) prescrire. Les informations ci-après sont fournies pour un usage médical et scientifique uniquement, et sont destinées exclusivement aux participants de cette manifestation scientifique

Biarritz 24 et 25 juin 2017

Historique

- 1994 rapport du haut comité de la SP, plan de périnatalité
- 1996 création du CNEMM
- 1998 décrets périnatalité
- 2004 RPC HPP CNGOF à la suite des travaux du CNEMM et plan périnatalité
- Présentation actualisation 2014 au congrès CNGOF le 03/12/2014

La définition !

- Perte sanguine ≥ 500 mL
- HPP sévère ≥ 1000 mL (**Accord professionnel**)
- Plus de distinction de la voie d'accouchement
- Seuil d'intervention tient compte du débit et du contexte clinique
- Contexte de césarienne, compte-tenu de la perte sanguine inhérente au geste chirurgical lui-même, le seuil d'action peut être fixé à un niveau de perte sanguine plus élevé que celui de 500 mL si la tolérance clinique le permet (**Accord professionnel**)

Epidémiologie

- HPP ≥ 500 mL $\approx 5\%$ des accouchements si mesure PS imprécise / bases de données de routine, $\approx 10\%$ des accouchements si mesure PS précise / études ad hoc
- HPP ≥ 1000 mL $\approx 2\%$
- HPP avec transfusion $\approx 0,5\%$
- Principale cause atonie
- Plaies de la filière génitale 1 HPP/5, contribuent aux HPP sévères
- 1,6 décès/100 000 (\downarrow), 16 % des causes, 80 % jugés évitables
- Facteurs de risque peu prédictifs : ceux de l'atonie
- Attention aux éléments modifiables par la prise en charge du travail, association dose dépendante avec l'ocytocine

Les aspects médicaux

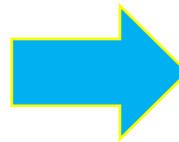
- Prise en charge active de la délivrance
- Ocytocine
- Carbétocine
- Sulprostone
- Acide tranéxamique
- *Fibrinogène*
- *Facteur VII activé*

Prise en charge active de la délivrance

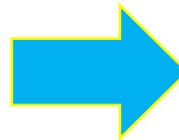
Modification de terminologie

2004

Délivrance Assistée (DA)



Délivrance Dirigée (DD)



2014

Prise en charge active
de la délivrance
PAD

=

Administration
préventive
d'utérotonique : APU

+ Des méthodes mécaniques :
Clampage rapide
Traction du cordon
Massage utérin

Administration préventive d'utérotonique : APU

- Réduit \approx 50% le risque d'HPP et d'HPP sévère
 - ✓ OXYTOCINE = traitement à privilégier (**grade A**)
 - ✓ APO = Administration Préventive d'Oxytocine
- Moment de l'injection (**grade B**) :
 - ✓ rapidement après la naissance,
 - ✓ au dégagement des épaules (à privilégier)
 - ✓ après la délivrance si non réalisée avant
- Modalités d'administration (**accord professionnel**) :
 - ✓ 5 ou 10 UI, IV ou IM ; IV en 1 min en l'absence de pb cardiovasculaire, en 5 min si pb cardiovasculaire
- Pour la césarienne :
 - ✓ Mêmes modalités, suivie d'un entretien de 10 UI/h
 - ✓ Pas d'intérêt à la poursuite du traitement au-delà de 2 h, si tonus utérin satisfaisant et absence de PS anormales (**accord professionnel**)

Carbétocine

- Césarienne (AMM)
- ↓ le risque d'HPP
- Pas d'essai d'infériorité à l'oxytocine
- Oxytocine constitue le traitement de référence pour la prévention de l'HPP pour les césariennes (**accord professionnel**)

Sulprostone

Sulprostone: molécule recommandée en cas de résistance aux ocytociques (**grade B**)

- ✓ efficace pour les HPP sévères ou persistantes (NP4)
- ✓ administration devrait intervenir dans les 30 minutes suivant le diagnostic d'HPP en cas d'échec de l'oxytocine
- ✓ délai pouvant être raccourci en fonction de la gravité du saignement (**grade C**)

Mode d'administration:

- ✓ une ampoule de 500 µg diluée dans 50 mL de sérum physiologique
- ✓ soit une ampoule sur une heure (50 mL/H) / soit augmentation progressive du débit (débit de départ 10 mL/H, paliers de 10 mL/H)

Acide tranéxamique

- Ne doit pas être utilisé systématiquement dans la prévention de l'HPP, quelle que soit la voie d'accouchement, ouverture dans les HPP « résistantes »

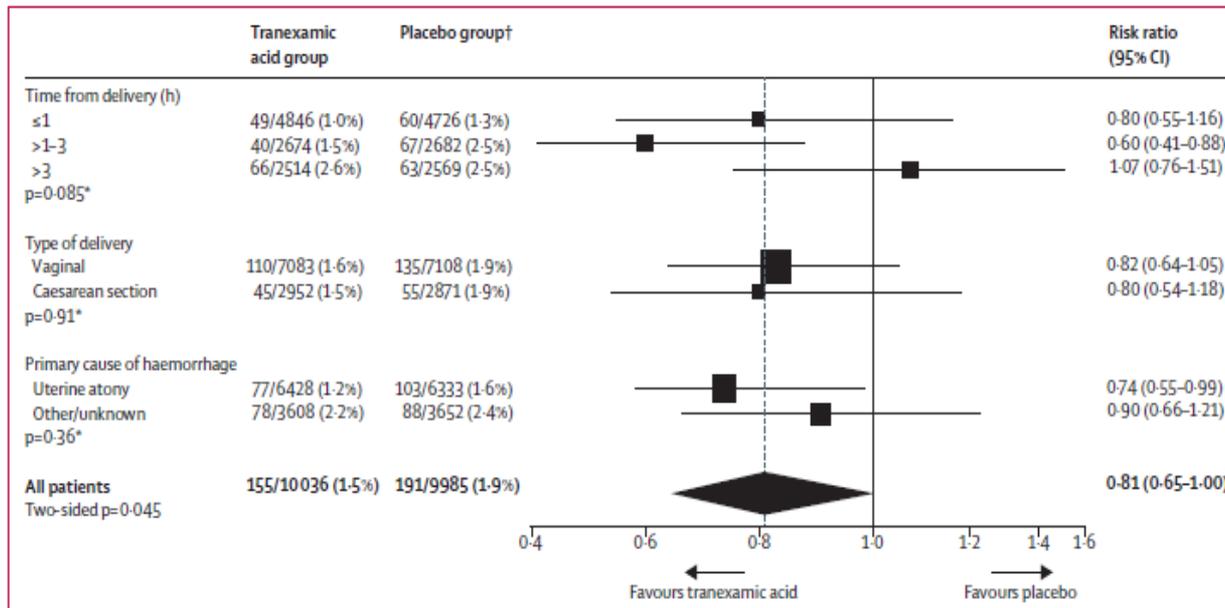


Figure 3: Death from bleeding by subgroup

*Heterogeneity *p* value. †One patient excluded from subgroup analysis because of missing baseline data.

Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial



Acide tranéxamique en 2017

- Pas en prévention
- HPP avérée
- Immédiatement derrière la sulprostone si persistance du saignement
- 1 g en 10 min, un second g si persistance

Prise en charge mécanique de l'atonie utérine : tamponnement intra-utérin

- En cas d'échec de la sulprostone, semble permettre dans la majorité des cas d'éviter embolisation ou chirurgie (NP4)
- Peut être proposé en cas d'échec de la sulprostone et avant recours à l'embolisation ou la chirurgie (**Accord professionnel**)
- Un arrêt immédiat du saignement doit être constaté à la mise en place du tamponnement

Utilisation laissée à l'appréciation libre du praticien
Ne doit pas retarder la mise en œuvre des procédures invasives.

Les aspects logistiques

- Transfert
- Disponibilité des PSL
- Biologie
- Plateau technique
- SSPI

PEC anténatale de l'anémie sévère :

**Anémie si Hb < 11 g/dL (T1 et T3) ou Hb < 10,5 g/dL (T2)
Anémie sévère si Hb < 7 g/dL**

Au total, la prévention de l'anémie sévère repose sur une supplémentation en fer le plus souvent par voie orale lorsqu'une carence martiale est identifiée (grade B). L'indication du fer intraveineux ne semble justifiée que si l'administration orale est mal tolérée, non observée, ou si une correction rapide est nécessaire (accord professionnel). Le recours à la transfusion anténatale est réservé aux anémies sévères, mal tolérées cliniquement ou consécutives à un saignement aigu ou à proximité de la naissance lorsque le traitement par fer n'aura pas le temps d'être efficace (accord professionnel).

PEC anténatale des thrombopénies:

(en collaboration avec le Centre de Référence des Cytopénies auto-immunes de l'adulte)

Explorations si découverte de plaquettes < 80-100 Giga/L (Grade C)

- Récupération des NF antérieures (en particulier en dehors de la grossesse)
- Anamnèse, examen clinique complet : signes de connectivite, adénopathies, splénomégalie, hypertension artérielle
- Analyse de frottis sur lame : vérification de l'absence d'agglutination des plaquettes, recherche de schizocytes.
- NF sur tube citrate ou sur sang capillaire si doute sur fausse thrombopénie à l'EDTA
- Ionogramme, glycémie, créatinine, protéine C réactive.
- Réticulocytes
- TP, TCA, fibrinogène
- Bilan hépatique (transaminases, bilirubine, gammaGT)
- Electrophorèse des protides
- Sérologie VIH
- Sérologie des hépatites B et C
- Ac anti-nucléaire
- TSH et Anticorps anti-thyroperoxydase
- Groupe sanguin, agglutinines irrégulières
- Anticorps anti-cardiolipine, Anticorps anti Béta2GP1, Anti-coagulant circulant.

PEC anténatale des thrombopénies:

(en collaboration avec le Centre de Référence des Cytopénies auto-immunes de l'adulte)

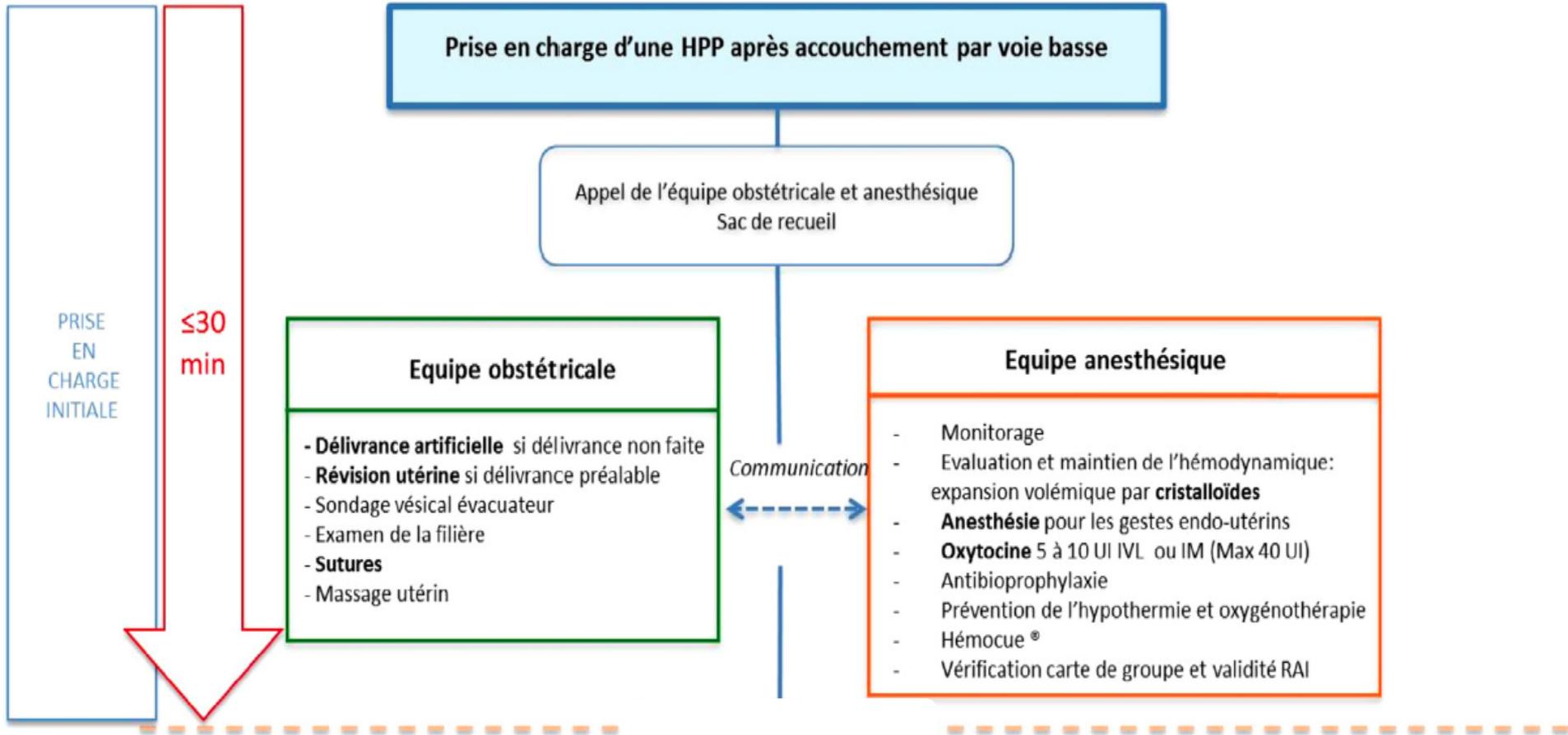
Aucun traitement si plaquettes > 75 Giga/L (Grade C)

En-dessous de ce seuil, solliciter un avis précoce auprès d'une équipe spécialisée

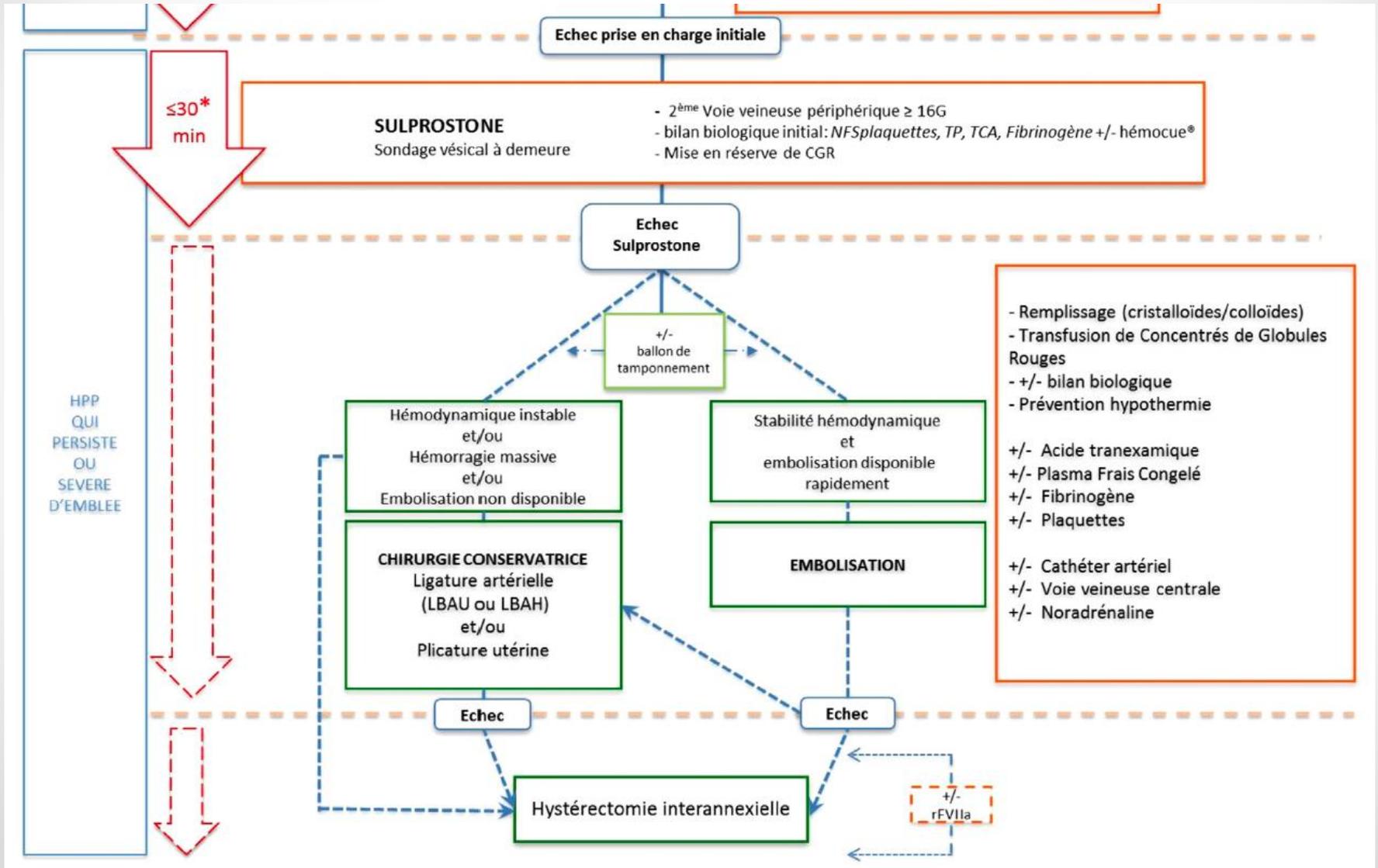
Traitements utilisés (début 5 à 10 jours avant la date d'accouchement prévue ou, en pratique, à partir de 37 SA) :

- **Prednisone per os 1 mg/kg /j pendant 7 à 10 jours
et/ou**
- **Immunoglobulines intra-veineuses (IgIV) : 1 g/kg en perfusion de plusieurs heures à J1 puis à répéter si nécessaire à J2 ou J3**
- **Pas de place pour les transfusions de plaquettes, sauf hémorragie menaçant le pronostic vital.**

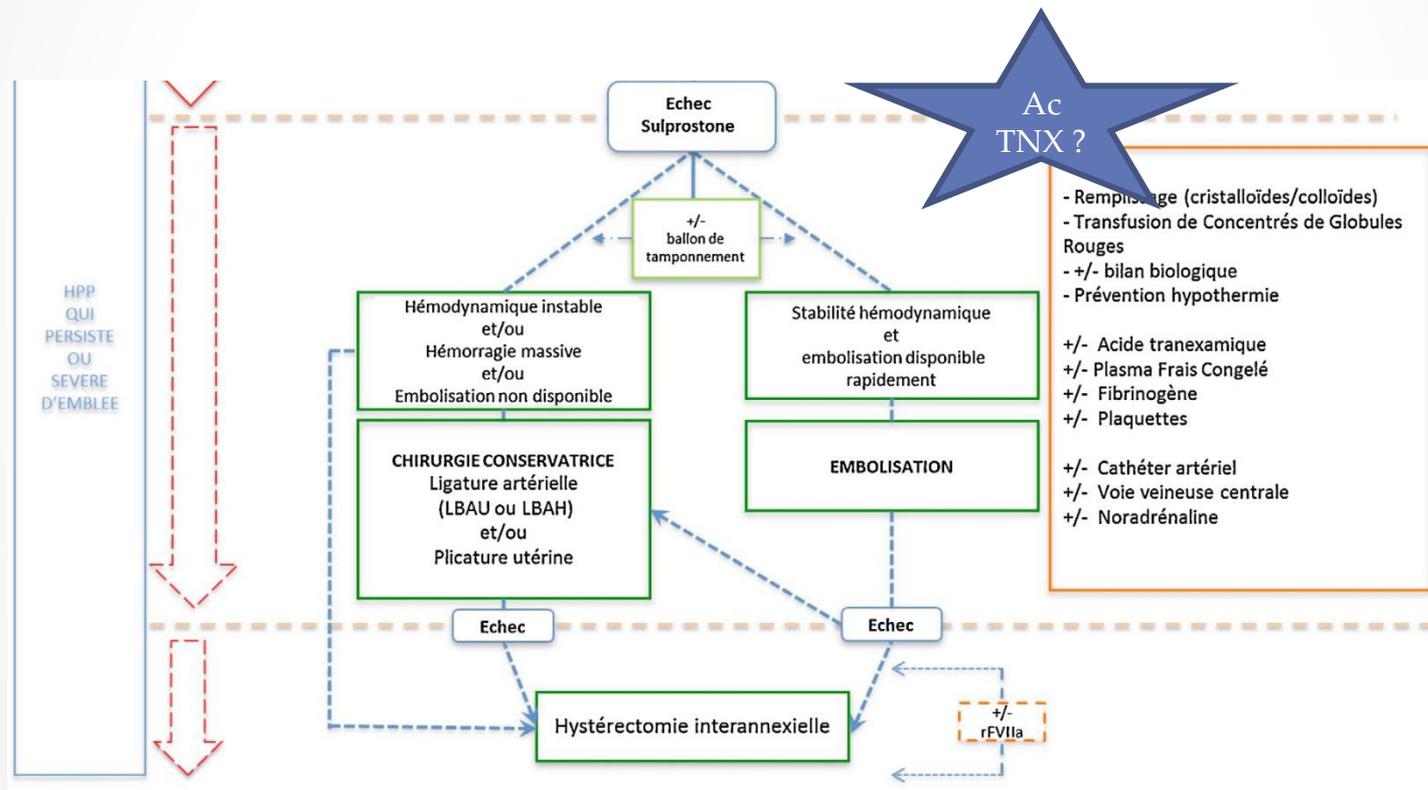
Algorithme voie basse



Algorithme voie basse



Echec traitement médical accouchement voie basse



Prise en charge d'une HPP en cours de césarienne

Diagnostic d'HPP:
 Mesure du volume aspiré
 (sans liquide amniotique) } ≥ 500 ml
 + pesée des champs
 +/- altération des constantes maternelles

Equipe obstétricale
Hémostase chirurgicale rapide
 (hystérorraphie, suture des plaies)

Communication

Equipe anesthésique

- Oxytocine 5 à 10 UI IV Lente (40 UI au max)
- Feuille de surveillance HPP
- Maintien de l'hémodynamique (expansion volémique par cristalloïdes)

HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques
 (échec de la prise en charge initiale)

Utérotoniques (Sulprostone)

- 2^{ème} voie veineuse périphérique ≥ 16 G
- bilan biologique initial: NFSp, TP, TCA, Fibrinogène +/- hémocue[®]
- Mise en réserve de culots de globules rouges

Echec

Hémostase chirurgicale conservatrice:
 capitonnage ou compression
 et/ou ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH)

- Oxygène
- Prévention de l'hypothermie
- Maintien de la pression artérielle
 remplissage cristalloïdes +/- colloïdes
 +/- vasopresseurs
- Conversion éventuelle en AG, si instabilité hémodynamique
- Limiter la concentration des halogénés, notamment si atonie
- +/- Acide Tranexamique
- +/- Transfusion de CGR
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes

Echec

+/- rFVIIa

Hystérectomie inter-annexielle
 (totale ou subtotale)

La césarienne en SSPI

Prise en charge d'une HPP retardée* après césarienne

- Remplissage (cristalloïdes +/- colloïdes)
- +/- vasopresseurs
- Bilan biologique : NFSp, TP, TCA, Fibrinogène, ± Hémoctue*
- Évaluation hémodynamique
- Feuille de surveillance HPP
- Concertation anesthésiste / obstétricien

Diagnostic :
saignement vaginal excessif et/ou altération des constantes maternelles

+/- **Echographie** abdo-pelvienne (rétention, hémopéritoine)

Atonie utérine

- Massage utérin
- Oxycitine IV Lente (40 UI au maximum)
- Sulprostone si échec ou d'emblée selon gravité

Echec

Patiente stable

Patiente instable

- Discuter**
(en l'absence d'hémopéritoine)
- ballon intra-utérin
 - Embolisation +/- transfert

Echec

Hémopéritoine
ou autre cause de saignement
(notamment doute sur une plaie utérine, du pédicule utérin, lombo-ovarien, autre)

Laparotomie
sous AG

Echec

+/- rFVIIa

Hystérectomie
inter-annexielle
(totale ou subtotale)

- Prévention de l'hypothermie
- Maintien de la PA
remplissage cristalloïdes +/- colloïdes +/- vasopresseurs
- Limiter la concentration des halogénés notamment si atonie

Poursuite des **utérotoniques**
(oxycitine ou sulprostone)

- +/- Acide Tranexamique
- +/- Transfusion CGR
- +/- PFC
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes

Risque d'hémorragie du post-partum immédiat (à l'usage des IDE en salle de réveil)

Facteurs de risque

ACCOUCHEMENT

- Accouchement hémorragique en salle de naissance
- Manœuvres obstétricales ou instrumentales
- Césarienne difficile ou hémorragique
- Atonie utérine

CONTEXTE

- Multiparité ≥ 3
- Utérus distendu (grossesse multiple, gros enfant, hydramnios)
- Contexte infectieux

ANTÉCÉDENTS

- Anomalies de la coagulation
- Traitement anticoagulant, au long cours

Alertes

CHOC

- Tachycardie
- Hypotension
- Pâleur
- Sueur
- Sensation de soif

SAIGNEMENTS

- En jet
- Évacuation de gros caillots
- Garniture remplie en moins de 15 minutes
- Tache supérieure à 10 cm sur l'absorbant sous 2 garnitures

UTÉRUS

- Trop gros / douloureux (vérifier la vacuité vésicale)
- Trop mou (comme une éponge)



Si au moins un signe d'alerte : ALLO D'URGENCE ÉQUIPE OBSTÉTRICALE ET ANESTHÉSIQUE DE GARDE :

• Obstétricien :

• Sage-femme :

• Anesthésiste :

Placenta prævia et accreta : prise en charge anesthésique

- Anomalie insertion placentaire avec un haut risque hémorragique :
 - ✓ Vérification disponibilité rapide produits sanguins (**accord professionnel**)
 - ✓ Autotransfusion programmée non recommandée sauf si groupe rare (**Grade B**)
- Patientes avec anticorps irréguliers ou groupe sanguin rare :
 - ✓ Attitude concertée avec structure transfusionnelle
 - ✓ Réservation CCG compatibles (**accord professionnel**)
- Recours *cell-saver* :
 - ✓ Possible si saignement peropératoire anticipé >1500mL (**Grade C**)
 - ✓ Filtre leucocytes, utilisation après délivrance/aspiration LA (**Grade B**)

Placenta prævia et accreta, prise en charge anesthésique

- Technique anesthésique pour la césarienne:
 - ✓ Pas d'étude avec valeur méthodologique suffisante pour recommander une technique anesthésique (AG ou APM) (**Grade B**)
 - ✓ L'AG peut être choisie d'emblée pour éviter les conversions en urgence dans des conditions difficiles (**accord professionnel**)
 - ✓ Si une APM est choisie, l'APD ou la péri-rachi combinée est préférable (**accord professionnel**)
- Mise en condition et monitoring:
 - Si risque hémorragique élevé, l'ensemble des moyens d'anesthésie-réanimation en termes de conditionnement et de monitoring devra être mis en place pour faire face à une hémorragie massive (**accord professionnel**)