

Hémorragie obstétricale : quoi de neuf ?

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

Historique

- ▶ 1994 rapport du haut comité de la SP, plan de périnatalité
- ▶ 1996 création du CNEMM
- ▶ 1998 décrets périnatalité
- ▶ 2004 RPC HPP à la suite des travaux du CNEMM
- ▶ 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 ≈ 5 % des accouchements si mesures PS imprécises de routine
- ▶ HPP > 500 ml ≈ 10 % si mesure précise des PS
- ▶ HPP > 1000 ml ≈ 2%
- ▶ HPP transfusée ≈ 0,5 %
- ▶ Atonie utérine 1^{ère} cause
- ▶ Plaie de la filière génitale : 1 HPP sur 5
- ▶ HPP 1^{ère} cause de mortalité maternelle en France
- ▶ 1,6 décès pour 100 000 naissances (16 % des décès) en recul mais 80 % jugés évitables
- ▶ Facteurs de risques = ceux de l'atonie, peu prédictibles
- ▶ HPP antérieure ↑ risque (X3)
- ▶ Abus d'oxytocine facteur modifiable

Nouveautés médicales

Prise en charge active de la délivrance

- ▶ Changement de terminologie !
- ▶ Délivrance dirigée devient APU (Administration Préventive d'Utérotoniques) ↓ 50 % HPP
- ▶ Concept associant l'APU et des méthodes mécaniques clampage rapide, traction du cordon, massage utérin
- ▶ APU, devient APO, car c'est l'oxytocine qui est à privilégier (**Grade A**)
- ▶ APO : 5 à 10 UI, IV ou IM, au dégagement des épaules ou après la naissance ou même après la délivrance
- ▶ Oxytocine, administration en 1 min en l'absence de risque cardiovasculaire, 5 min si facteur de risque
- ▶ Pas de différence voie haute et voie basse sauf entretien pour la césarienne 10 UI/h stoppé 2 h après la naissance
- ▶ Pour la césarienne délivrance par traction contrôlée sur le cordon (**Grade B**)

Carbétocine

- ▶ AMM pour la césarienne
- ▶ ↓ risque d'HPP
- ▶ Pas de travaux de non infériorité de l'oxytocine
- ▶ Oxytocine reste le traitement préventif de référence

Sulprostone

- ▶ Molécule recommandée en cas de résistance aux oxytociques (**Grade C**)
- ▶ Dose cumulée maximum de l'oxytocine 40 UI
- ▶ Efficace pour les HPP sévères ou persistantes (**NP4**)
- ▶ Administration idéale dans les 30 min ou plus tôt en fonction de la gravité du saignement (**Grade C**)
- ▶ 500 µg dans 50 ml sérum, 500 µg/h d'emblée ou posologie de 100 µg/h à ↑
- ▶ Le misoprostol n'est pas recommandé comme traitement de 2^{ème} ligne (**Grade A**)

Acide tranéxamique

- ▶ Ne doit pas être utilisé systématiquement dans la prévention (**Accord professionnel**)
- ▶ Pas de place dans la prise en charge initiale de l'HPP
- ▶ Dans la prise en charge de l'HPP qui persiste, pourrait avoir un intérêt (**Accord professionnel**), intérêt obstétrical reste à démontrer (Woman à venir)
- ▶ Utilisation laissée à l'appréciation des professionnels (**Accord professionnel**) dans les HPP résistantes au sulprostone, 1 g renouvelable 1 fois en cas d'échec (**Accord professionnel**)

Fibrinogène

- ▶ Il est souhaitable de maintenir un taux de fibrinogène \geq 2 g/L (Accord professionnel)
- ▶ Il est possible d'administrer du fibrinogène (et du PFC) sans attendre les résultats biologiques (Accord professionnel) en fonction de l'importance de l'HPP ou de la coagulopathie
- ▶ Données à venir (FIDEL)

Facteur VII a

- ▶ Pas d'argument pour recommander son utilisation systématique en prévention ou précocement dans l'HPP (**Accord professionnel**)
- ▶ Réservé à l'hémorragie non contrôlée, après échec des thérapeutiques conventionnelles (**Accord professionnel**)
- ▶ Après avoir entrepris la correction des effecteurs et autres paramètres de l'hémostase

Prévention MTE

- ▶ HPP après AVB : HBPM 7 à 14 jours
- ▶ HPP > 1000 ml après césarienne : HBPM 7 à 14 j, jusqu'à 6 sem si facteurs de risque associés

Nouveautés chirurgicales

Le ballonnet de 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
- ▶ Son utilisation est laissée à l'appréciation du praticien. Ne doit pas retarder la mise en œuvre de procédures invasives (**Accord professionnel**)
- ▶ Après la césarienne peut être discuté si stabilité hémodynamique (**Accord professionnel**)

Techniques chirurgicales

- ▶ En cas de césarienne et pour la prévention de l'HPP, il n'y a pas d'argument pour privilégier une technique de césarienne (**Accord professionnel**)
- ▶ Aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier plutôt qu'une autre (**Accord professionnel**)
- ▶ Ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH) efficacité de 60% lorsque utilisées en 1^{ère} ligne chirurgicale
- ▶ LBAU technique simple à faible risque de complication immédiate sévère (**Accord professionnel**)
- ▶ Techniques de compression ou de plicature utérine efficacité de l'ordre de 75 % (**NP3**)
- ▶ Le recours à une 2^{ème} technique chirurgicale en cas d'échec a une efficacité comprise entre 44 et 100% (**NP4**)
- ▶ Le type d'hystérectomie, totale ou subtotale est laissée à l'appréciation de l'opérateur (**Accord professionnel**)

Embolisation

- ▶ Des 2 artères utérines ou des troncs antérieurs des artères iliaques internes sans utilisation de microcathéter (**Accord professionnel**) avec des fragments résorbables de gélatine (**Grade C**)
- ▶ Efficace dans 73 à 100 % des cas (NP3), 85 à 100 % après une seconde séance (NP3)
- ▶ Indiquée préférentiellement dans l'atonie résistante au traitement médical après AVB, dans l'hémorragie cervico utérine, les déchirures cervico vaginales suturées, les thrombus (**Grade C**)
- ▶ Pas de CI si coagulopathie (Accord professionnel)
- ▶ Complications graves 5 %
- ▶ Possible après ligatures vasculaires ou hystérectomie (**Accord professionnel**)

HPP en cours de césarienne

- ▶ Favorisée par la réalisation de la chirurgie en cours de travail (**NP3**)
- ▶ Estimation des pertes par mesure, pesée en retirant le LA, en ne négligeant pas les pertes par voie basse (**Accord professionnel**)
- ▶ Traitement : chirurgical (!) en cas de résistance au traitement médical, embolisation non recommandée (**Accord professionnel**)
- ▶ Technique laissée à l'appréciation de l'opérateur (**Accord professionnel**)

Nouveautés anesthésiques

Les nouveautés anesthésiques

- ▶ La prise d'aspirine n'augmente ni la sévérité ni la fréquence des HPP (NP2) et ne CI pas le recours à l'ALRPM (**Accord professionnel**)
- ▶ Recours possible à l'ALRPM 12h après l'arrêt des héparines à dose prophylactique ou 24 h après l'arrêt des doses curatives (HBPM) (**Accord professionnel**)
- ▶ Antibioprophylaxie recommandée au cours des gestes endo-utérins (**Accord professionnel**)
- ▶ Prévention de l'hypothermie (**Accord professionnel**)
- ▶ Surveillance biologique de la coagulation (**Accord professionnel**)
- ▶ Remplissage vasculaire recommandé (**Grade C**)
- ▶ Cible d'hémoglobine 8 g/dL (**Accord professionnel**)
- ▶ Cible plaquettes 50 G/L (**Accord professionnel**)

Les nouveautés anesthésiques

- ▶ La césarienne : si une AG s'avère nécessaire, il est recommandé de limiter les agents halogénés en cas d'atonie utérine (**Accord professionnel**)
- ▶ Les anomalies d'insertion du placenta
 - 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**)
 - Cell saver possible si pertes anticipées > 1500 ml
 - Conditionnement pour faire face à une HPP majeure
- ▶ La surveillance en SSPI :
 - Procédure spécifique à mettre en place
 - Abondance des PS, tonicité et vol de l'utérus (30 min), état pariétal, 2 heures de surveillance
 - IDE sensibilisées
 - Echographie rapidement disponible



Nouveautés logistiques

Divers outils logistiques

- ▶ Le sac de recueil : pour la prévention laissé au choix des équipes (**Accord professionnel**), quand HPP installée outil de mesure
- ▶ Le laboratoire : travail sur les délais d'acheminement et de rendu de résultats
- ▶ La disponibilité des PSL, idéalement 30 min (**Accord professionnel**), vérification des données immunohématologiques de chaque patiente, RAI de moins de 3 jours pour les risques identifiés, procédures d'urgence, anticiper les décongélations, dépôt de sang à discuter, stratégie pour les phénotypes rares

Le transfert

- ▶ Validation de l'indication entre les équipes, faisabilité (SAMU) (**Accord professionnel**)
- ▶ Après correction des détresses vitales (**Accord professionnel**)
- ▶ Après élimination d'une indication préférentielle de laparotomie
- ▶ Evaluation hémodynamique avant le départ, poursuite de la transfusion pour $Hb > 8$ g/dL
- ▶ Poursuite des traitements spécifiques pendant le transport
- ▶ Renoncer au transfert en cas d'aggravation, le SAMU peut assurer une aide logistique sur place ou l'approvisionnement en PSL si défaillance dans ce domaine

Prise en charge d'une HPP après accouchement par voie basse

Appel de l'équipe obstétricale et anesthésique
Sac de recueil

Equipe obstétricale

- **Délivrance artificielle** si délivrance non faite
- **Révision utérine** si délivrance préalable
- Sondage vésical évacuateur
- Examen de la filière
- **Sutures**
- Massage utérin

Equipe anesthésique

- Monitoring
- Evaluation et maintien de l'hémodynamique: expansion volémique par **cristalloïdes**
- **Anesthésie** pour les gestes endo-utérins
- **Oxytocine** 5 à 10 UI IV ou IM (Max 40 UI)
- Antibiothérapie
- Prévention de l'hypothermie et oxygénothérapie
- Hémoduc®
- Vérification carte de groupe et validité RAI

Communication

Echec prise en charge initiale

Sulprostone

Sondage vésical à demeure

- 2^{ème} VV ≥ 16G
- bilan bio initial: NFS plaquettes, TP, TCA, Fibrinogène +/- hémoduc®
- Mise en réserve de CGR

Echec Sulprostone

+/- ballon de tamponnement

Hémodynamique instable et/ou Embolisation non disponible

Stabilité hémodynamique et embolisation disponible rapidement

CHIRURGIE CONSERVATRICE

Ligature artérielle (LBAU ou LBAH) et/ou Plicature utérine

EMBOLISATION

- Remplissage (cristalloïdes/colloïdes)
- Transfusion de CGR
- Prévention hypothermie
- +/- Acide tranexamique
- +/- PFC
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes
- +/- cathéter artériel
- +/- Voie veineuse centrale
- +/- Noradrénaline

Echec

Echec

Hystérectomie interannexielle

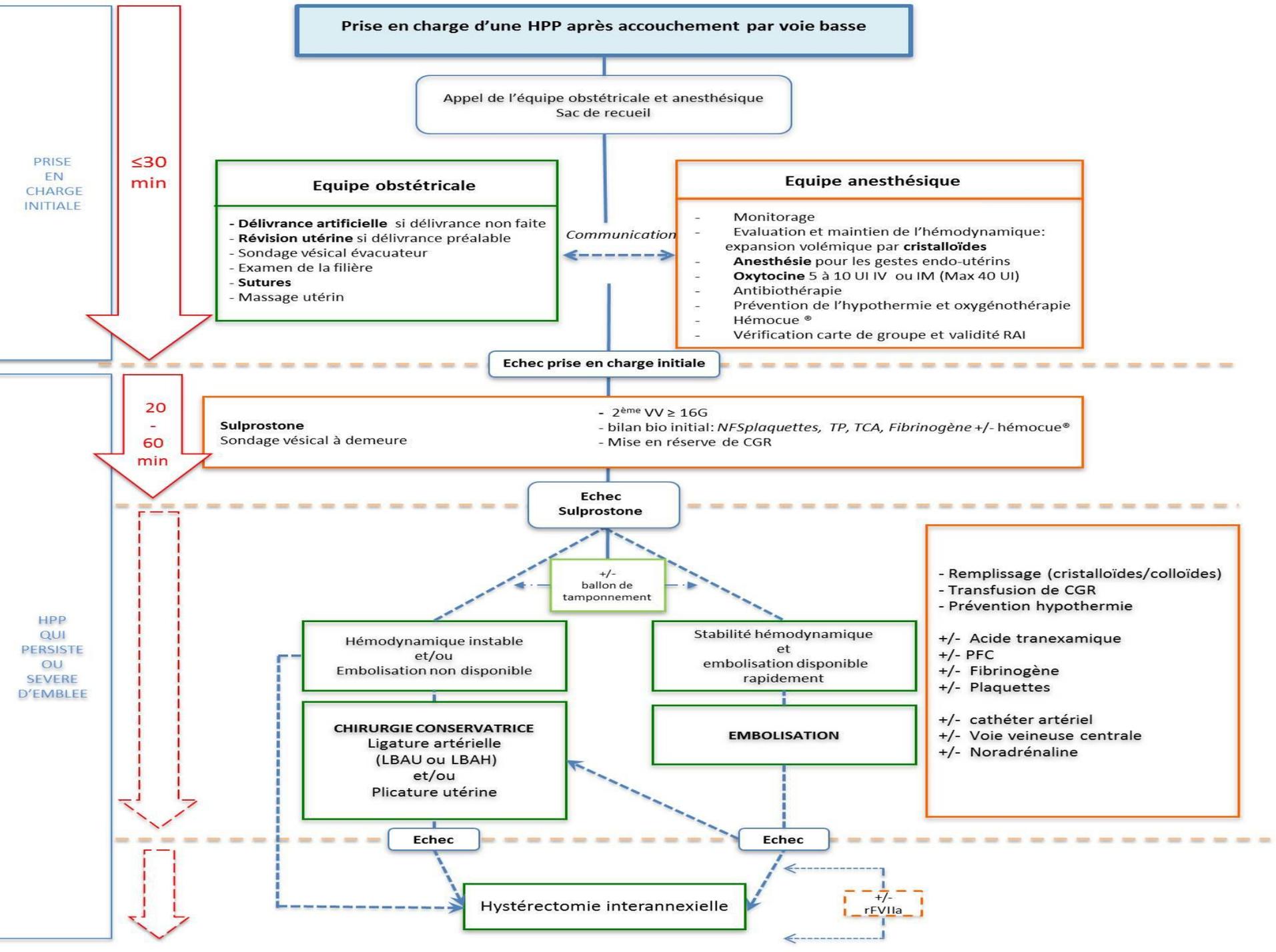
+/- rFVIIa

PRISE EN CHARGE INITIALE

≤30 min

HPP QUI PERSISTE OU SEVERE D'EMBLEE

20 - 60 min



Prise en charge d'une HPP en cours de césarienne

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

Merci de votre attention

<http://www.cngof.asso.fr/#> rubrique RPC

<http://caro-club.univ-lyon1.fr> rubrique congrès 2015
Montpellier