



Procédure médicale :
« Hémorragie du post partum »

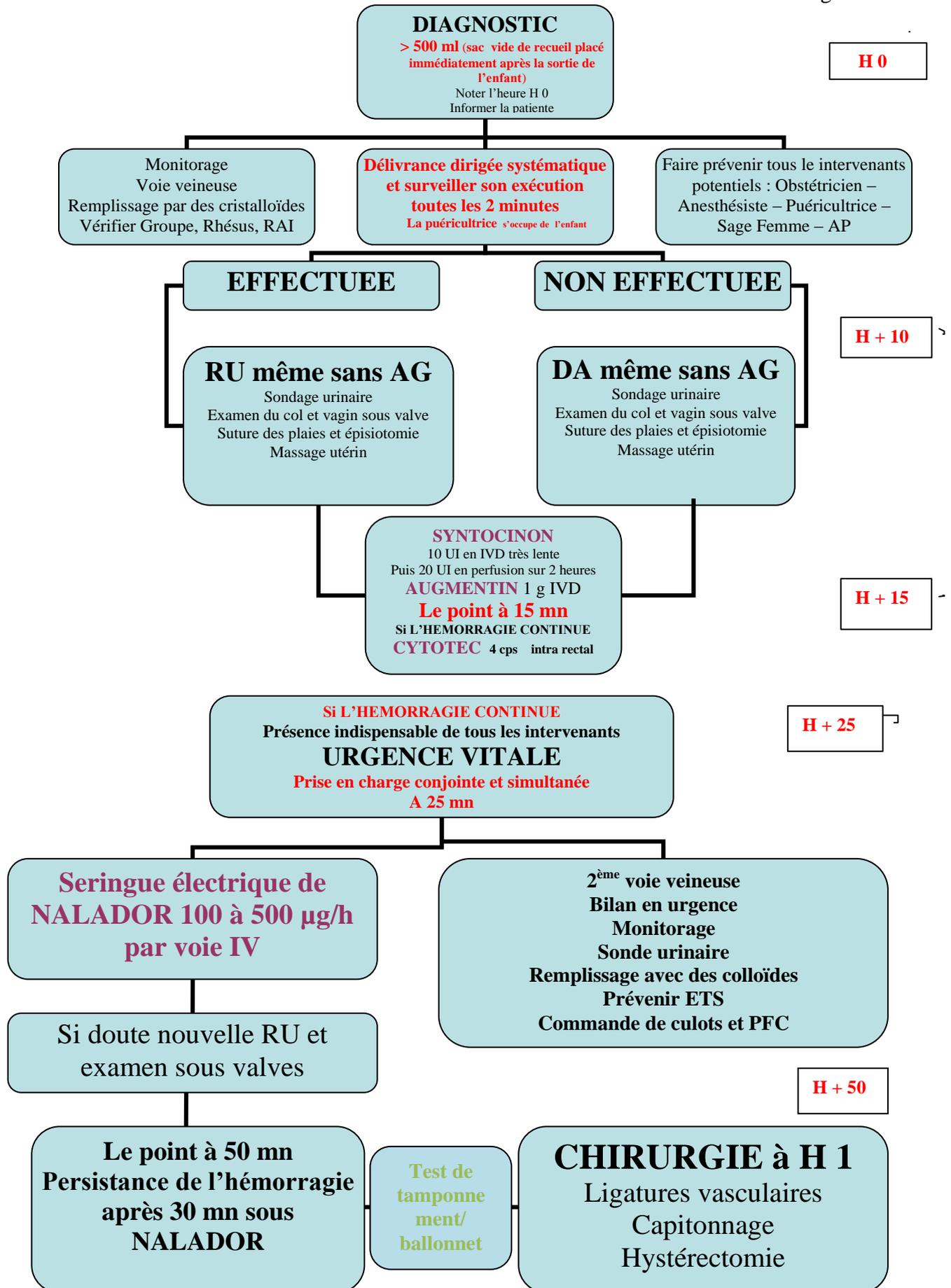
Page 1 sur 9

	Proposition de procédure médicale	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N° 5
	Domaine d'application : hospitalier	
	Hémorragie du post partum Mise à jour en juillet 2010	
Rédigée par : Dr CLAYETTE	Rédigée par :	Date de diffusion :
approuvé par : Dr DUVERNOIS JP	approuvé par :	Version : 1
approuvé par : Dr BOUKOBZA G	Validé par le conseil scientifique en date du : 04/11/2010	Total pages : 10

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau Périnatal Guyane. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure.



**Procédure médicale :
« Hémorragie du post partum »**



I/ DEFINITION ET PREVALENCE

- Pertes sanguines totales > 500 cc pour un accouchement voie basse (délivrance + lésions périnéales) ou > 1000 cc pour une césarienne (pertes per et post-opératoires).
- 5 % des accouchements en France
- 1^{ère} cause de mortalité maternelle obstétricale en France.
- 50 % des décès seraient évitables.

II/ SITUATIONS A RISQUE

Populations à risque :

- Surdistension utérine : Grossesses multiples, macrosomie, hydramnios...
- Myomes multiples
- Troubles constitutifs ou acquis de l'hémostase : thrombopénie, Willebrand...
- HRP, placenta praevia ou accretae
- Chorioamniotite, travail long ou rapide
- Obésité maternelle
- Antécédent d'hémorragie de la délivrance

Cependant, 2/3 des hémorragies notamment par atonie utérine surviennent sans facteur de risque clairement identifié.

III/ TRAITEMENT PREVENTIF DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM IMMEDIAT



Procédure médicale : « Hémorragie du post partum »

Page 4 sur 9

Il doit être systématique, sans chercher à le réserver aux patientes appartenant aux groupes à risque évoqués précédemment car il est sans danger.

- Sac de recueil à placer dès la naissance de l'enfant +++
- Administration de 5 ui de SYNTOCINON® IVD au dégagement des épaules.
- Traction douce sur le cordon associée à une contre pression sus pubienne à l'aide de la main abdominale.
- Massage utérin d'au moins 15 secondes, après délivrance si utérus hypotonique.
- Organiser = délivrance artificielle lorsque le placenta n'est pas expulsé dans les 15 minutes.
- Mise en place d'une perfusion de 10 ui de SYNTOCINON® dans un G5 % 500 cc, après délivrance pour la surveillance du post-partum immédiat.

IV/ DIAGNOSTIC DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM IMMEDIAT = T0

Point fondamental de la prise en charge, le retard au diagnostic étant une cause majeure de décès maternel et d'échec des thérapeutiques médicales.

- Surveillance au bloc obstétrical pendant 2 heures : évaluer systématiquement les pertes sanguines (pesée des absorbex et/ou à partir du **sac de recueil**), qualité du globe, TA et Fc qui seront consignés dans le dossier.
- Vérifier la perméabilité de la voie veineuse périphérique +++ et la reposer si nécessaire.
- Expression utérine toutes les 15 min après accouchement, dans la première demi-heure.
- Laisser le KT d'APD en place.

Dès les saignements ≥ 500 cc pour un accouchement voie basse, ou ≥ 800 cc pour une césarienne :



Procédure médicale : « Hémorragie du post partum »

Page 5 sur 9

- **REGARDER L'HEURE +++**, et noter le départ de la constatation du saignement suspect.
- Prévenir l'obstétricien et l'anesthésiste de garde.
- Informer la patiente et l'accompagnant.
- Prélever un premier bilan sanguin : NFS, Plaquettes, TP, TCK, fibrine, PDF et complexes solubles.
- Vérifier la **1^{ère} détermination du Groupe sanguin + phénotype de l'EFS**, RAI (normalement prélevée pendant la grossesse, ou auquel cas à l'entrée au bloc obstétrical).
- Surveiller les constantes : pouls, TA.
- Débuter une perfusion de RINGER LACTATE ou SERUM PHYSIOLOGIQUE.

A/ REMPLISSAGE VASCULAIRE ET COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS

- Pertes sanguines entre 500 cc et 1 L : perfusion rapide de RINGER LACTATE à raison de 2 à 4 fois le volume perdu.
- Pertes sanguines > 1 L ou TA < 80 mm Hg d'emblée : débuter un VOLUVEN 500 cc en attendant l'arrivée de l'anesthésiste. **Prélever la 2^{ème} détermination du groupe sanguin + phénotypage et RAI à l'EFS.**
- Dans les hémorragies importantes, l'apport d'érythrocytes est indispensable :
 - a. Afin d'assurer le transport d'O₂ aux tissus, chez le sujet sans atteinte cardiaque, si le taux d'Hb est ≤ 7 g/dL.
 - b. Chez le sujet sans capacité suffisante d'adaptation cardiaque ou respiratoire, si le taux Hb ≤ 10 g/dL.
 - c. En pratique, l'appel à l'anesthésiste est obligatoire et celui-ci adaptera le remplissage selon l'état du patient. La commande de sang sera décidée rapidement, ce d'autant que les délais d'acheminement sont très importants entre l'EFS et la maternité.

Un bilan pré transfusionnel doit être réalisé avant toute transfusion.

B/ TRAITEMENT OBSTETRICAL : DES LE DIAGNOSTIC.



Procédure médicale : « Hémorragie du post partum »

Page 6 sur 9

- Délivrance artificielle : si la patiente n'est pas délivrée. On rappelle qu'en cas d'hémorragie, la délivrance artificielle peut être faite en l'absence d'anesthésie par tout personnel sachant pratiquer ce geste (++) sage-femme). L'absence de l'obstétricien de garde ne doit pas retarder le geste.
- Révision utérine si la délivrance a déjà eu lieu. Elle est systématique.
- Antibioprophylaxie : AUGMENTIN 1g IVL.
- Chaque maternité doit posséder dans connu par tous un kit spécifique hémorragie de la délivrance
- Révision des voies génitales sous valves :
 - a. par l'obstétricien. Présence d'1 voire 2 aides indispensable dès ce stade.
 - b. Suture d'une éventuelle plaie cervicale ou vaginale dès sa découverte.
- massage utérin dès la fin du geste précédent.
- **Injection de 10 ui de SYNTOCINON® en IVD lente + perfusion de 20 ui SYNTOCINON® sur 120 min.**
- Mise en place d'une sonde urinaire à demeure :
 - a. Permet l'évaluation de la diurèse et l'adaptation du remplissage vasculaire.
 - b. Permet d'éviter une gêne à la rétraction utérine en cas de globe vésical.

Réévaluer régulièrement les pertes pour adapter les ttt.

- **A T+15 : 4 cp de CYTOTEK® intra-rectal si les saignements ne diminuent pas.**

Malgré les réserves de la HAS concernant son efficacité, cette prescription nous est apparue d'une grande utilité et très souvent suffisante évitant ainsi le passage au Nalador.

VI / CAT APRES LES 20 PREMIERES MINUTES = T20

En cas d'inefficacité du traitement précédent au bout de 20 min.

Mot clé : hémorragie, post partum

6

Date de revision :



A/ MISE EN PLACE D'UNE PERFUSION DE NALADOR®

- Uniquement par voie IV, en présence de l'anesthésiste
- 1 ampoule 500 µg / 50 mL sérum physiologique.
- Effets secondaires : spasme coronarien (rare chez la jeune femme non fumeuse), accès hypertensif (surtout si administration en bolus, à proscrire).
- CI : asthme, bronchite spasmodique, affections cardio-vasculaires, ATCD thromboemboliques, trouble grave de la fonction hépatique ou rénale, diabète décompensé, glaucome, thyrotoxicose, colite ulcéreuse, ulcère gastro-duodéal.

En cas d'hémorragie massive, il faudra évaluer le rapport bénéfice risque entre une éventuelle CI et le bénéfice possible.

B/ POSER UNE 2^{ème} VOIE VEINEUSE.

C/ EN PARALLELE, POURSUIVRE LE MASSAGE UTERIN.

D/ PREVENIR L'EFS ET COMMANDER DES CG ET PFC.

E/ 2^{ème} BILAN :

- NFS, plaquettes, TP, TCK, fibrine, PDF, complexes solubles.
- A faire 1 h après le début de l'hémorragie soit au bout de 30 min de NALADOR® si la chronologie a été respectée.

F/ LE SAIGNEMENT DOIT ETRE TARI A LA FIN DE LA 1^{ère} AMPOULE DE NALADOR®.

G/ EN CAS DE PERSISTANCE DE L'HEMORRAGIE, OU PLUS TOT EN CAS DE TROUBLES HEMODYNAMIQUES GRAVES, L'OPTION CHIRURGICALE DOIT ÊTRE ENTREPRISE.



Procédure médicale : « Hémorragie du post partum »

Page 8 sur 9

L'apport de facteurs de coagulation doit être envisagé au cours des hémorragies importantes sous la forme de PFC. Il existe en effet une consommation importante de facteurs de coagulation lors des hémorragies du post-partum immédiat.

En cas d'hémorragie intarissable et sur bilan sanguin, on pourra avoir recours : aux concentrés plaquettaires, au fibrinogène (CLOTTAGEN®), à l'aprotinine.

Avant d'envisager un traitement chirurgical, on peut proposer un test de tamponnement par ballonnet intra utérin (sonde de LINTON-NACHLAS ou sonde de BAKRI)

VII/ CAT AU BOUT DE 50 min : TRAITEMENT CHIRURGICAL = T50

Le traitement chirurgical s'impose en cas d'échec du traitement médical :

- Soit en raison d'une instabilité hémodynamique.
- Soit en raison de la persistance d'un saignement significatif après passage de la première ampoule de NALADOR®.

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR DE L'UTERUS

Il doit être tenté en première intention sauf cas particulier

- Multipare sans désir rémanent de grossesse
- Situation hémodynamique instable
- Placenta accretae où les chances de succès sont minces (sauf éventuellement capitonnage ou technique de Cho).

Plusieurs techniques sont décrites :

TECHNIQUES DE LIGATURES VASCULAIRES

- Ligature des artères utérines ou technique d'O'Leary
- Triple ligature selon Tsirulnikov
- Ligature étagées ou stepwise
- Ligature des artères hypogastriques

TECHNIQUES DE COMPRESSION ET CAPITONNAGE

Mot clé : hémorragie, post partum

8

Date de revision :



- Technique de Lynch (après césarienne)
- Technique de Cho
- Technique du capitonnage

TRAITEMENT CHIRURGICAL RADICAL

- La décision d'hystérectomie d'hémostase doit être prise en cas d'échec des techniques conservatrices (persistance du saignement, instabilité hémodynamique).
- L'efficacité du traitement conservateur doit être obtenue en 30 à 45 minutes. Le recours à l'hystérectomie doit être considéré passé ce délai, d'autant plus rapide que la situation hémodynamique est instable et le désir de reproduction ultérieur de la patiente faible.
- L'administration des produits sanguins labiles et le remplissage vasculaire constituent le complément indispensable du traitement.
- L'hystérectomie peut être totale ou sub-totale. L'hystérectomie totale permet de traiter les saignements cervicaux et du haut du vagin. La sub-totale est un peu plus facile et rapide et est à préférer en cas de situation particulièrement grave.
- **La Ligature complémentaire des artères hypogastriques apporte le maximum de sécurité.**

Si persistance de saignements en nappe après hystérectomie, le recours au tamponnement intra abdominal par champs type Mickuliez peut être nécessaire. Repérer alors les Mickuliez par des nœuds sur les cordons extériorisés de façon à pouvoir secondairement les ôter en bon ordre.

VII / L'EMBOLISATION

En l'absence actuelle de permanence de moyens matériels et humains proches des salles de naissance des différents établissements de Guyane, cette technique ne peut pas être envisagée.