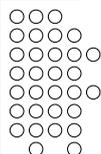


HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT

Dr Elodie CLOUQUEUR

Cours DES Gynécologie-
Obstétrique du 14 mai 2010



HPP : GENERALITES

- Principale cause de décès maternels en France entre 1990 et 2000
- Taux d'HPP en France au moins 2X > aux autres pays développés
- RPC 2004



HPP : GENERALITES

- Définition : pertes sanguines > 500 mL dans les 24 heures suivant un accouchement
- 5% des accouchements
- Pas de conséquences hémodynamiques jusqu'à 1L



PREVENTION AVANT L'ACCOUCHEMENT

L'organisation du service:

- PSL dispo en moins de 30 minutes
- Protocole
- Liste téléphonique des intervenants éventuels (radiologues interventionnels, chirurgien d'astreinte)
- Les pleins...



PREVENTION AVANT L'ACCOUCHEMENT

Pour chaque patiente :

- CPN et CPA : si risque très élevé d'HPP (recouvrant, accreta, troubles sévères de l'hémostase): orienter la patiente vers un centre au plateau technique adapté (SI maternels, GO et anesthésistes 24h/24),
- 2 déterminations du groupe sanguin phénotypé
- RAI < 1 mois, < 3 jours si FDR



HPP : FDR ?

- Accreta, PIB
 - Anomalies de l'hémostase
 - Travail prolongé
 - Surdistension utérine : grossesses multiples, hydramnios, macrosomie
- MAIS
- Le plus souvent : PAS DE FDR



PREVENTION AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT



- **Surveillance** régulière pendant 2 heures
- **Traction contrôlée du cordon, massage utérin** si utérus hypotonique
- Examen du **placenta**, RU si nécessaire
- **Ocytocine** : délivrance dirigée (5 UI lors du dégagement de l'épaule antérieure) ou après l'expulsion du placenta (5 à 10 UI IVL)
- DA si pas de délivrance après 30 minutes
- **Quantification** des saignements (sous estimés en voie basse et en césarienne)

PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'HPP



- APPEL : SF, obstétricien, anesthésiste, IADE
- HEURE au moment du diagnostic
- QUANTIFIER les pertes (sachet gradué, pesée des champs et des compresses)
- Débuter une feuille de surveillance spécifique

PEC INITIALE DE L'HPP



Les obstétriciens recherchent la cause :

- Rétention placentaire
- Atonie
- Plaies cervico-vaginales



- DA+RU
- Sondage vésical + massage utérin
- Révision sous valves et suture

Mise en condition anesthésique:

- VVP fonctionnelle
- Scope, PA, satu
- Expansion volémique (cristalloïdes)
- Vérification carte de groupe, RAI et bilan de coag
- Hemocue de référence
- Ocytocine
- Antibiothérapie

PHASE CRITIQUE :



- Persistance des saignements après 30 minutes de PEC adéquate
- Saignements > 1000 mL
- Persistance de l'atonie malgré 30-40 UI de synto

PHASE CRITIQUE



Arrêt du syntocinon et début du NALADOR® (décision conjointe anesth et obstétricien)

OBSTETRICIEN

- Sonde vésicale à demeure
- Massage utérin
- Compression bimanuelle

ANESTHESISTE

- Remplissage Voluven
- Traitement des troubles de coagulation:
 - Fibrinogène
 - PFC
 - CG
 - Exacyl
 - Novoseven

NALADOR® = sulprostone



- PG
- Hémorragie persistante après 15 à 20 minutes de PEC adéquate
- C.I.: patho cardiaques, ATCD d'asthme, troubles graves de la fonction hépatique, diabète décompensé, glaucome, ATCD comitiaux
- 1 ampoule de 500 µg dans 50 mL de serum physiologique en SAP
- 1ère ampoule sur 1heure, puis 2ème ampoule sur 5 heures, max 3 ampoules.

PHASE AGGRAVEE

- Persistance d'un saignement après 90 minutes de PEC adaptée

OU

- Patiente hémodynamiquement instable

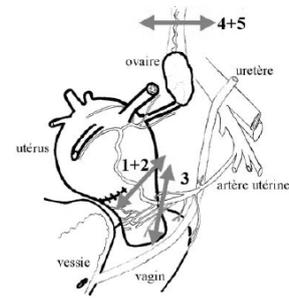
PHASE AGGRAVEE : embolisation des artères utérines

- Accord pluridisciplinaires : obstétricien, anesthésiste, radiologue
- Surveillance constante obstétrique et anesthésiste pendant le geste
- Patiente stable hémodynamiquement
- Pas C.I. par une coagulopathie
- Indication :
 - Atonie
 - Hémorragie cervico-utérine (PIB)
 - Thrombus
 - Déchirure cervico-vaginale déjà suturée mais saignement persistant ou non accessible à la suture (?)
 - Peut être effectuée après ligatures artérielles voire même après hystérectomie

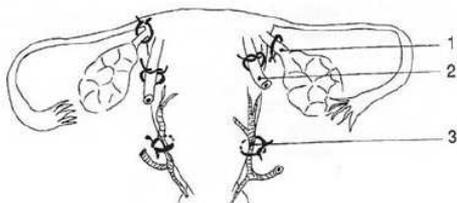
PHASE AGGRAVEE : chirurgie

- Si patiente hémodynamiquement instable
- Si persistance d'un saignement abondant contre-indiquant le recours à l'embolisation
- Si embolisation non accessible rapidement

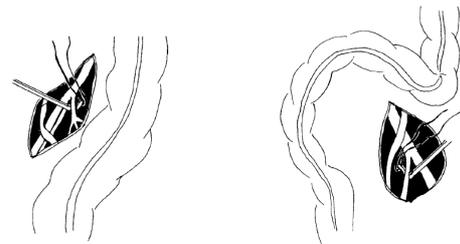
LIGATURES VASCULAIRES : les artères utérines, ligature étagée



LIGATURES VASCULAIRES : triple ligature de Tsurulmikov



LIGATURES VASCULAIRES : ligature des hypogastriques



DROITE

GAUCHE

Repérer les uretères, lier 2 cm sous la bifurcation inter-iliaque

CAPITONNAGE UTERIN : B-Lynch

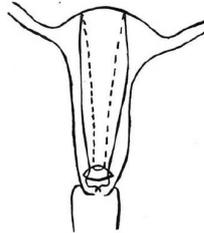


Figure 4 Technique de B-Lynch.
B-Lynch technique.

CAPITONNAGE UTERIN :

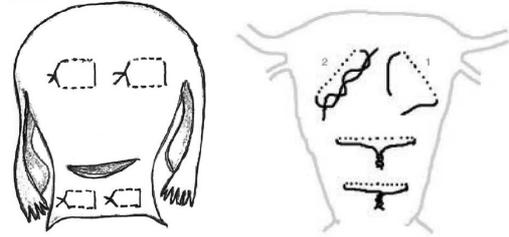
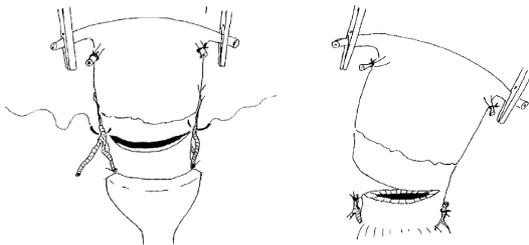


Figure 5 Technique de Cho.
Cho technique.

HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE



CAS PARTICULIER : Le placenta accreta

- Hystérectomie d'hémostase
- Traitement conservateur : placenta laissé en place

SURVEILLANCE POST OP

- En unité de soins adapté en fonction de l'importance de l'hémorragie
- Antibiothérapie large spectre
- Explications à la patiente et son conjoint

TRANSFERTS

- Indications :
 - Embolisation
 - Pas de service de soins intensifs maternels
- Conditions : patiente stable, accord des différents intervenants
- Faxer à l'établissement d'accueil les documents nécessaires à commander le sang : carte de groupe, RAI
- Courrier détaillé : circonstances, gestes effectués, thérapeutiques reçues (remplissage, culots, plaquettes, PFC, fibri, Exacyl ...)
- Si possible: copie de la feuille d'HPP