

# Hémorragies du post-partum : Synthèse des RPC 2014

Claire LECOQ  
XXVIIIe Congrès SFTS  
21/09/2017

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

© Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Conflits d'intérêt

Aucun

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Les RPC

- \* **Comité d'organisation** (*F. Goffinet, L. Sentilhes, C. Vyssière, F. Mercier, A. François, V. Tessier, C. Ducroux-Schouwey, E. Phan*)
- \* **Les experts** (*A.G. Aya, F. Bayoumeu, M.-P. Bonnet, C. Deneux-Tharaux, R. Djoudi, P. Dolley, M. Dreyfus, C. Dupont, D. Gallot, J.-B. Haumonte, C. Huissoud, G. Kayem, H. Keita-Meyer, B. Langer, A. Mignon, O. Morel, O. Parant, J.-P. Pelage, M. Rosignol*)
- \* **Des questions (14)**
- \* **Une méthodologie**

# La méthodologie

- \* Medline / Cochrane Data Base / ACOG, RCOG, SOGC, ANZCOG, NICE, HAS, CNGOF
- \* NP (1 à 4) et grades (A, B, C) selon la HAS

| Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature  | Grade des recommandations        |
|--|----------------------------------|
| Niveau 1<br>Essais comparatifs randomisés de forte puissance<br>Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés<br>Analyse de décision basée sur des études bien menées | A<br>Preuve scientifique établie |
| Niveau 2<br>Essais comparatifs randomisés de faible puissance<br>Études comparatives non randomisées bien menées<br>Études de cohorte                                | B<br>Présomption scientifique    |
| Niveau 3<br>Études cas-témoins   | C<br>Faible niveau de preuve     |
| Niveau 4<br>Études comparatives comportant des biais importants<br>Études rétrospectives<br>Séries de cas  |                                  |
| Avis d'experts   | Accord professionnel             |

# La méthodologie

- \* « **Il est recommandé de faire...** » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible.
- \* « **Il n'est pas recommandé de faire...** » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire.
- \* « **Il est recommandé de ne pas faire...** » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste.

# Epidémiologie de l'HPP

C. DENEUX-THARAUX

- \* **HPP** = perte sanguine  $\geq$  **500 mL** ( $\approx$  5% accouchements) (AP)
- \* **HPP sévère** = perte sanguine  $\geq$  **1000 mL** ( $\approx$  2% accouchements) (AP)

➤ dans les 24h suivant l'accouchement  
quelle que soit la voie d'accouchement

## **Diagnostic difficile et parfois retardé**

- Difficulté d'évaluation des pertes sanguines,
- Patientes jeunes : apparition tardive des signes de mauvaise tolérance,
- Chute de l'Hb décalée dans le temps

## \* **1ère cause de mortalité maternelle en France**

- \* Essentiellement par atonie utérine (54%) mais anomalies de l'insertion placentaire en augmentation (23 %)
- \* **80% évitable** / soins non optimaux (CNEMM)

## \* **FDR d'HPP peu prédictifs individuellement** (ATCD d'HPP, dose d'oxytocine pendant le travail, surdistension utérine, chorioamniotite, grande multiparité)

⇒ **Stratégie de prévention doit s'adresser à toutes les femmes**



# Prise en charge anténatale des patientes à risque d'HPP (hors anomalies de l'insertion placentaire)

A. FOURNET-FAYARD

- \* Le **lieu d'accouchement** doit être discuté de façon multidisciplinaire en tenant compte de la **nature du risque** et de la **rapidité d'accès à des produits sanguins labiles (AP)**
- \* **Prévention de l'anémie sévère** le plus souvent par supplémentation en fer (grade B)  
Suivi de grossesse en étroite collaboration avec un **médecin spécialisé en hémostase** pour les patientes atteintes d'une **pathologie de la coagulation** avec **anticipation de la prise en charge** pour l'accouchement (grade C)
- \* En cas d'**anticoagulation à dose préventive**, le risque d'HPP n'est **pas augmenté** et anesthésie périmédullaire possible le plus souvent **> 12h (grade C)**
- \* En cas d'**anticoagulation à dose curative**, le risque d'HPP n'est que modérément augmenté et anesthésie périmédullaire possible le plus souvent **> 24h (AP)**
- \* La prise d'**aspirine** n'augmente **ni la fréquence ni la sévérité des HPP (NP2)** et ne contre-indique pas le recours à une anesthésie périmédullaire (grade B)



# Prévention clinique et pharmacologique de l'HPP lors de la 3<sup>ème</sup> phase du travail

C. DUPONT

## \* AVB et Césarienne :

- **Administration préventive d'utérotonique** est recommandée (grade A) :
  - Réduit ~ 50% le risque d'HPP et d'HPP sévère, quel que soit le niveau de risque
  - **OXYTOCINE** = traitement à privilégier (Grade A)
  - 5 ou 10 UI en IV ou IM sur 1 minute (5 min si FDR cardiovasculaires) (AP)  
au dégagement des épaules ou rapidement après la naissance (grade B)
- L'utilisation systématique d'un **sac de recueil** est laissée au choix des équipes (AP)
- **Surveillance et traçabilité des informations** quelle que soit la voie d'accouchement (AP)

## Après AVB

- Pas d'effet sur l'incidence des HPP de traction contrôlée du cordon (NP1), drainage de cordon (NP2), massage utérin (NP1), vidange vésicale (AP), moment du clampage du cordon (AP), position maternelle (AP), mise au sein précoce (AP)
- **Perfusion d'entretien systématique par oxytocine** n'est pas recommandée (AP)
- Il est recommandé de pratiquer une **délivrance artificielle entre 30 et 60 minutes après l'accouchement** (AP)

## \* Après césarienne

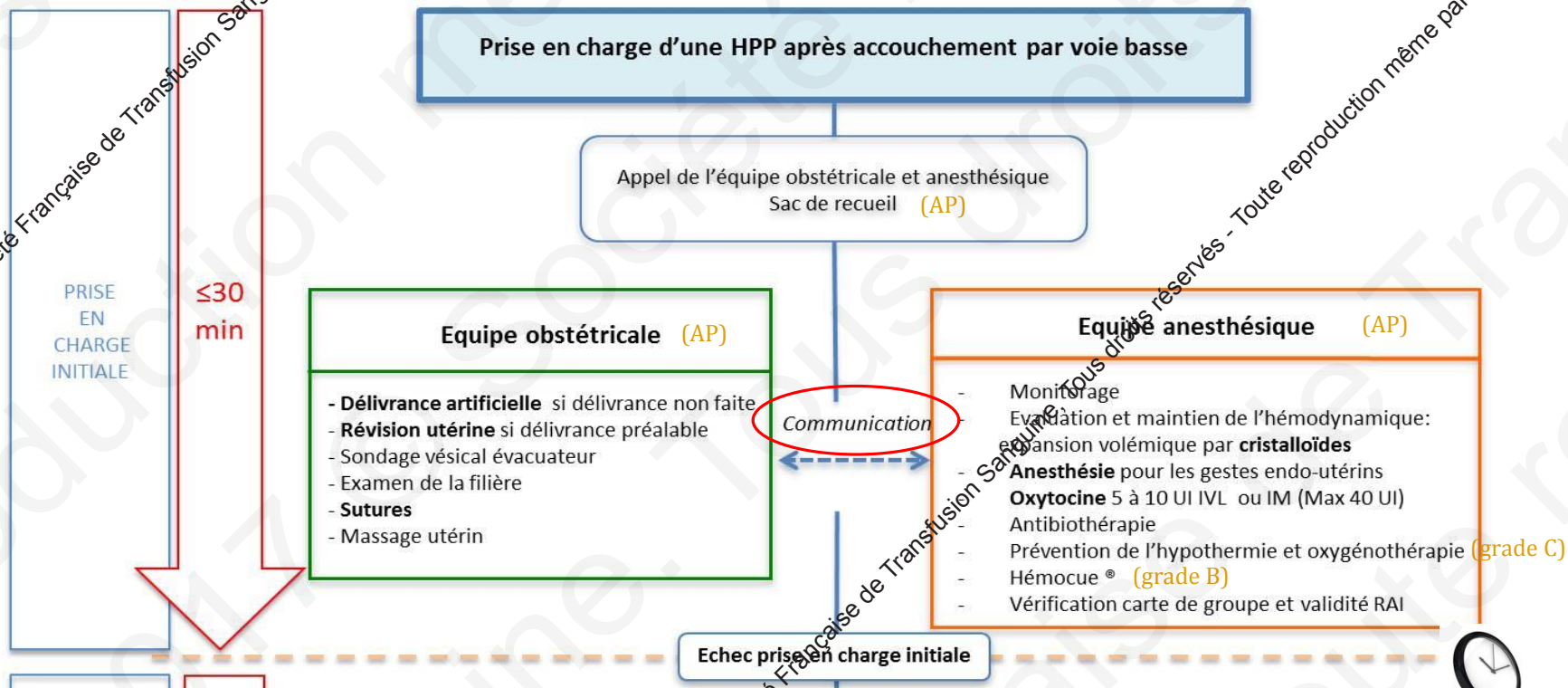
- La **délivrance par traction contrôlée du cordon** est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle (Grade B)
- Un **traitement d'entretien systématique d'oxytocine** peut être entrepris sans dépasser 10 UI/h (2h) (AP)





# Prise en charge initiale en cas d'HPP après AVB

P. Dolley  
T. Rackelboom



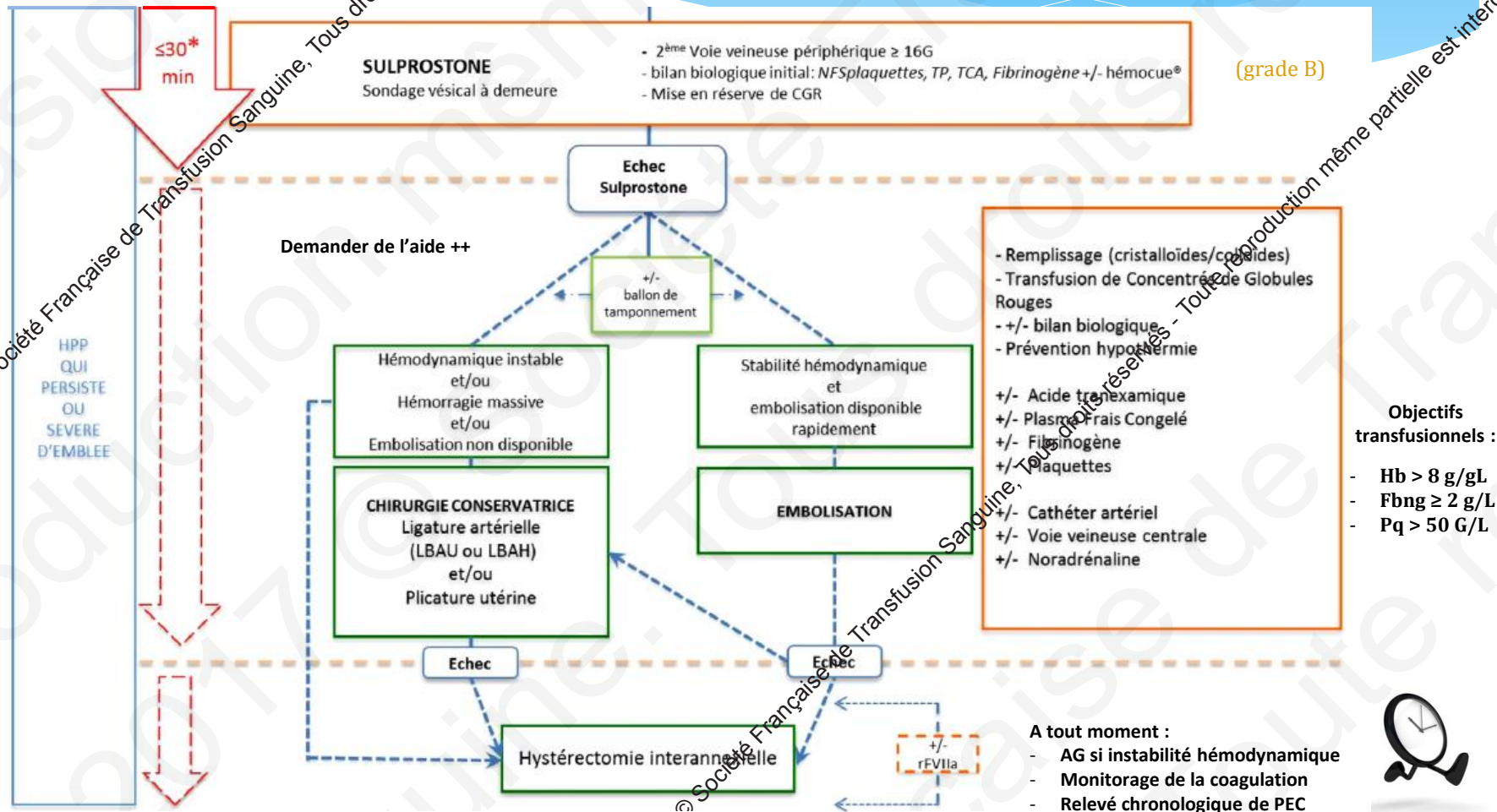
2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

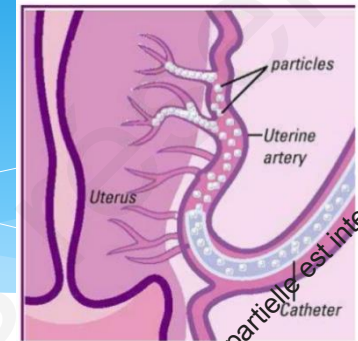
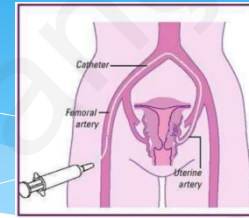


# Prise en charge en cas d'HPP qui résiste aux mesures initiales après AVB

O. MOREL  
A.G. AYA



# Place de l'embolisation artérielle en cas d'HPP



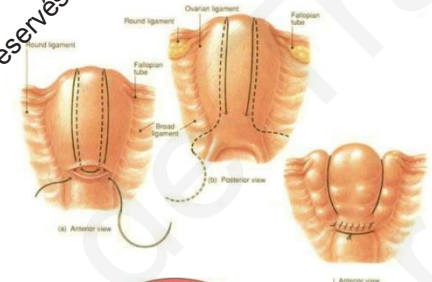
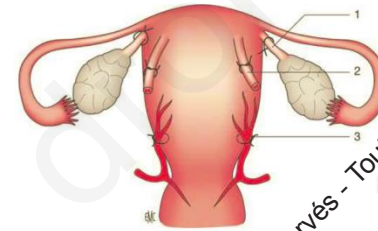
- \* L'embolisation artérielle est indiquée préférentiellement en cas:
  - \* d'**atonie utérine résistante** aux utérotoniques en particulier après un AVB
  - \* d'**hémorragie cervico-utérine**, de **thrombus vaginal** ou de **déchirure cervico-vaginale** suturée ou non accessible à un geste chirurgical (Grade C)
- \* L'**arrêt de l'hémorragie** après embolisation est obtenu dans **73 à 100%** des cas (NP3)
- \* Le taux de **complications graves** imputables à l'embolisation est d'environ **5%** (NP4)
- \* L'embolisation artérielle doit être préférentiellement pratiquée à l'aide de **fragments résorbables de gélatine** (Grade C)
- \* L'existence d'une coagulopathie n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une embolisation (AP)
- \* L'embolisation **reste possible après échec des ligatures artérielles** (sélectives ou proximales) ou après une **hystérectomie** (AP)
- \* Après embolisation, le potentiel de **fertilité est conservé** (NP3)
- \* Le taux de récurrence d'HPP ne paraît pas significativement différent après ligatures artérielles ou après embolisation artérielle (NP3)



# Prise en charge chirurgicale d'une HPP

J.-B. HAUMONTE

- \* En absence d'études comparatives portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales, **aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier plutôt qu'une autre (AP)**
- \* **Ligature bilatérale des artères utérines ou des artères hypogastriques :**
  - \* Arrêt du saignement : 60 à 70% (NP4)
  - \* Pas d'altération de la fertilité (NP4)
- \* **Compressions utérines :**
  - \* Arrêt du saignement : environ 75% (NP4)
  - \* Ne semble pas altérer le pronostic obstétrical si procédure isolée (NP4)
- \* **Recours possible à une procédure de 2ème ligne** (compression utérine ou ligature vasculaire) car arrêt de saignement dans 44 à 100% (NP4)
- \* Le **type d'hystérectomie**, qu'elle soit totale ou subtotale, est laissé **libre** à l'appréciation de l'opérateur (AP)



2017 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Spécificités de la prise en charge d'une HPP associée à la césarienne

O. PARANT

- \* Le FDR hémorragique principal est la césarienne **en cours de travail** (NP3)
- \* Le **traitement chirurgical immédiat en cas d'HPP résistant au traitement médical doit être privilégié** (AP), l'**embolisation** n'étant pas recommandée (AP)
- \* **Si HPP > 1000 mL une thromboprophylaxie est recommandée** :
  - \* 7 à 14 jours si absence autre FDR de thrombose associé (AP)
  - \* Peut être prolongée jusqu'à 6 semaines en cas de facteurs de risque surajoutés (AP)
- \* La **surveillance spécifique** liée à la césarienne en postopératoire doit porter sur l'abondance des **saignements vaginaux extériorisés**, le **volume et la tonicité utérine** ainsi que sur l'**aspect de la paroi abdominale** (AP)
- \* La **rétraction utérine** doit être vérifiée **au minimum toutes les 30 minutes** durant les 2 heures de surveillance post-partum en SSPI (AP)
- \* En post opératoire, un **hématome ou une suspicion de plaie vasculaire** imposent une **laparotomie** urgente (AP)
- \* Un **hématome pelvien sous péritonéal extensif** doit faire envisager une **embolisation artérielle** en 1<sup>ère</sup> intention (AP)



# Transport inter-hospitalier

M. ROSSIGNOL

Il est possible sous certaines conditions :

- \* **Contact direct** est indispensable entre la maternité d'origine et l'équipe du centre multidisciplinaire pour valider l'indication et la faisabilité du transfert (AP)
- \* Décision finale **multidisciplinaire**:
  - \* SAMU/SMUR et GO/MAR des 2 maternités (AP)
- \* Transfert médicalisé **après correction des défaillances vitales et évaluation hémodynamique juste avant le départ** (AP)
- \* Une indication préférentielle de laparotomie doit être réalisée sur place (AP)
- \* Les **traitements de l'HPP** (oxytocine, sulprostone, ballonnet de tamponnement intra-utérin) initiés dans la maternité d'origine **doivent être poursuivis pendant le transport** (AP)
- \* Le **SAMU** peut également organiser **l'approvisionnement en produits sanguins labiles** si celui-ci est défaillant (AP)



# Gestion des produits sanguins en maternité

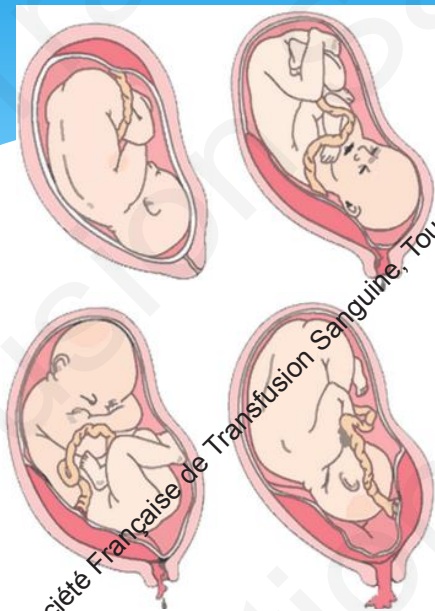
R. DJOUDI

- \* Toutes les maternités françaises doivent être en lien avec l'un des 800 dépôts de sang pour une disponibilité idéale et **dans les 30 minutes** (AP)
- \* Dans chaque établissement, existence d'une **procédure détaillée et actualisée** détaillant la conduite à tenir en cas d'urgence vitale pour l'obtention de produits sanguins labiles (AP)
- \* Tous les prescripteurs doivent **connaître cette procédure** (AP)
- \* **Vérifier la disponibilité des examens pré-transfusionnels** : double détermination ABO-RH-K et RAI dès l'entrée en salle de travail (AP)
- \* RAI de moins de 3 jours si FDR HPP identifiés (AP)
- \* **Anticiper la demande de PFC** du fait de la mise à disposition retardée (temps de décongélation) (Grade C)
- \* En cas d'alloimmunisation érythrocytaire ou de situations immunologiques complexes, **prévenir le site EFS avant l'accouchement** (AP)



# Prise en charge des placentas prævia et accreta

G. KAYEM

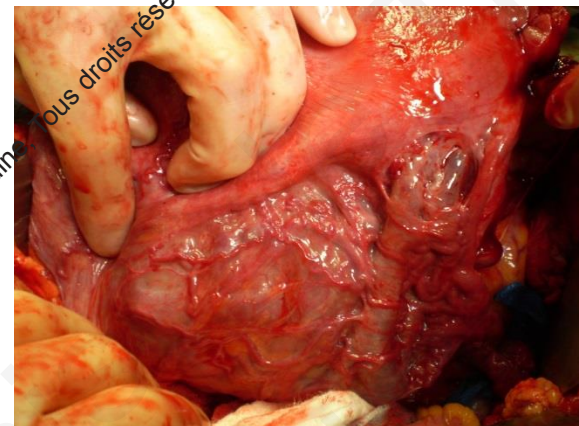


## \* PRAEVIA :

- \* Définition : **moins de 5 cm de l'orifice interne du col** (latéral, marginal, recouvrant)
- \* TAVB préférable si distance > 20 mm. En dessous de cette distance, TAVB possible en fonction des saignements (AP)
- \* En cas de PP recouvrant asymptomatique il est préférable de planifier la césarienne entre 38 SA + 0 et 38 SA + 6 jours dans un centre adapté (AP)

## \* ACCRETA :

- \* **FDR principal: césariennes+++** mais aussi toute cicatrice utérine, PP, FIV, âge maternelle, ATCD d'accreta (NP2)
- \* **Le risque de placenta accreta augmente avec le nombre de césariennes antérieures** (NP2)
- \* Le dépistage anténatal (écho et IRM) du placenta accreta pourrait permettre d'améliorer la prise en charge (NP3) Il est conseillé d'avoir un avis spécialisé en cas de suspicion de placenta accreta (AP)
- \* L'accouchement en cas de placenta accreta suspecté en anténatal doit être réalisé **dans une structure aux moyens humains et techniques adaptés** (AP)
- \* Il est préférable de programmer l'accouchement au-delà de 34<sup>+0</sup> SA sans dépasser 38<sup>+0</sup> SA (AP)
- \* **2 options possibles : césarienne-hystérectomie ou traitement conservateur** (AP)





# Hémorragie secondaire du post-partum

C.Y. AKLADIOS

- \* Définition : hémorragies survenant **entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement** et nécessitant une action thérapeutique quelle qu'elle soit (0,5 à 2%) (AP)
- \* Causes:
  - \* rétention placentaire et/ou endométrite
  - \* faux anévrysmes de l'artère utérine
  - \* fistules artério-veineuses
  - \* choriocarcinome
  - \* coagulopathies
- \* **CAT fonction de l'étiologie et de la sévérité de l'hémorragie** : antibiothérapie (grade A) et utérotoniques (AP)
- \* Si persistance de l'hémorragie et rétention placentaire : aspiration/curetage sous contrôle échographique ou hystérocopie opératoire (AP)
- \* Si anomalie vasculaire : embolisation (AP)



# Take Home Message

- \* L'HPP est une complication **fréquente** des accouchements

Elle est le plus souvent **imprévisible** et peut être **cataclysmique**

- \* Le facteur **temps** est primordial
- \* Une bonne **communication** entre les différents intervenants est indispensable à une issue favorable

