

Gestion d'une hémorragie de la délivrance : Définition et prophylaxie

Se définit comme un saignement après l'accouchement > 500 ml (grave si > 1000 ml).

Celui-ci peut ne se manifester cliniquement que par des signes de choc hypovolémique (pâleur, tachycardie, hypotension, troubles de la conscience ...).

PROPHYLAXIE

Prendre une voie veineuse systématique chez toute femme en travail à partir de 4-5 cm de dilatation (canule 18-20 G).

- Vérifier (faire) :
 - Groupe sanguin, rhésus, phénotype.
 - TP, TCA, Fibrinogène, FNS récents
- Injecter **Syntocinon^R 5 UI (1 ampoule) en IVD lente** après le dégagement de l'épaule antérieure.
- Evaluer les pertes sanguines (avec une poche de recueil, bassin ou pesée des compresses en tenant compte du liquide amniotique)
- Surveillance stricte signes vitaux (TA, FC, état de conscience), des saignements toutes les 15 mn.
- Délivrance artificielle si non décollement du placenta après 30 mn avec examen du délivre
- Révision utérine si placenta incomplet

NB : En cas d'antécédent d'hémorragie de la délivrance: DA + RU après 15 mn en l'absence de délivrance spontanée.

Après la délivrance

- 1 ampoule de Syntocinon* en IVD (5 UI) à renouveler après 15 mn.
- Si gros risque d'hémorragie de la délivrance, 4 ampoules (20 UI) de Syntocinon* diluées dans 500 cc de glucosé à 5 % **à passer en 6 H.**

Gestion d'une hémorragie de la délivrance : Prise en charge multidisciplinaire

Noter l'heure de début. Débuter une feuille de surveillance et

Prévenir toutes les personnes concernées : Sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin anesthésiste-réanimateur, technicien anesthésiste, infirmier en soins généraux.

Le matériel pour une délivrance, des valves vaginales, l'ocytocine doit être prêt

1^{ère} Etape

PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE

- Vérifier la vacuité utérine par une révision utérine et une délivrance artificielle en l'absence de délivrance (gestes à effectuer si possible, sous anesthésie)
- Sondage vésical à demeure.
- Vérifier la filière génitale sous valves et suture des lésions.
- Vérifier la rétraction utérine et massage utérin.
- Ne faire une 2^{ème} révision utérine que si mauvaise rétraction utérine et caillots sanguins dans la cavité utérine

PRISE EN CHARGE EN REANIMATION

Obtenir le groupe sanguin phénotypé, FNS, TP, TCK (bilan de départ), remplir les imprimés pour commande de produits sanguins labiles (PSL) et prévenir le CTS

- Deuxième voie veineuse (cathéter 16-18 G)
- Monitoring : PA – FC – SatO₂
- Donner de l'O₂ par sonde nasale (8 L/mn)
- Réchauffer la patiente
- Antibio prophylaxie à large spectre en IVD si gestes endo-utérins
- Evaluer et maintenir l'état hémodynamique par une expansion volémique utilisant cristalloïdes ou colloïdes selon les paramètres hémodynamiques.
- Mettre en réserve des culots globulaires iso-groupe, iso-rhésus et phénotypés
- Injecter 5 à 10 UI d'ocytocine en IVD lente, puis 5 à 10 UI / heure pendant 2 heures sans dépasser 40UI.

À 30mn: Si persistance du saignement malgré réparation des lésions
Si inertie utérine et dose d'ocytocine > 40UI.
Ou directement si hémorragie d'emblée grave

2^{ème} Etape

- Commande CGR, de Plasma Frais Congelés et culots plaquettaires en fonction de l'importance de l'hémorragie ou de l'existence de trouble de la coagulation
- (Re) faire : FNS, TCK, TP, Fibrinogène, groupage (2^{ème} détermination)
- SULPROSTONE : 500 µg (1 ampoule) dans 50 ml, 1^{ère} ampoule sur 1 h = 50 ml/h (8 µg/min) IVSE, puis 2^{ème} ampoule sur 5-6 h = 8-10 ml/h (1,5 µg/min) sans dépasser 3 ampoules au total
- **Place des prostaglandines ++++++**
- Continuer réchauffement de la parturiente
- Monitorer : PA – FC – Sat O₂, Capnographe, scope et diurèse horaire
- Perfuser 1g d'Acide tranéxamique (Exacyl[®]) dilué dans 100 ml de SSI sur une durée de 10mn renouvelable une fois en cas de persistance du saignement
- Introduire les vasoconstricteurs : éphédrine en bolus de 3-6 mg/min, puis perfusion continue de noradrénaline à la dose de 0,5 µg/Kg/mn (3 amp de 8mg dans 50cc de SGI : 1cc/h). Vitesse d'administration modulée en fonction de la PA si état de choc hémorragique et en attente des produits sanguins labiles
- Maintenir PAM à 60-80 mm Hg.
- Transfuser culots globulaires compatibles pour maintenir une Hb >8g/dl,
- Transfuser PFC pour maintenir un TP > 40% avec un Ratio CGR/ PFC 1/1 ou 1/2 selon disponibilité
- Transfuser culots plaquettaires pour maintenir un taux >50 000/mm³ (1CPA /10 Kg)
- Perfuser des concentrés de Fibrinogène 3g (2amp) sans attendre le bilan biologique pour maintenir un taux > 2g/l
- Donner du Calcium 1g (car transfusion massive et aide à la rétraction utérine).

Faire un tamponnement utérin, si inertie persistante: (Ballon de Bakri ou sonde de Blackmore, ou gaze chirurgicale)

Si échec après 30mn

3^{ème} Etape

En dernier recours après échec de toutes les thérapeutiques (persistance du saignement actif, hémostasie laborieuse, persistance de l'état de choc avec besoins transfusionnels importants) et/ou avant l'hystérectomie d'hémostasie

Donner du facteur VII activé (Novo seven*) à conditions que TP > 24%, Fibrinogène > 1-1,5 g/l et Plq^{tes} > 50 000/ml.

Dose : 60- 90 µg/ Kg en IVD à renouveler 20 à 30 mn après.

Faire une laparotomie :

- ligatures vasculaires
- Plicature utérine
- Hystérectomie d'hémostasie

Important : n'envisager un transfert que s'il est médicalisé avec patiente stabilisée sur le plan hémodynamique autant que possible, et accord préalable