

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

Dr E. MORAU & S. ROGER-CHRISTOPH

L'hémorragie du post-partum constitue la première cause de mortalité maternelle, en France. L'HPP complice 5% des accouchements et elle est considérée comme grave dans 1% des cas.

Diagnostic

L'HPP se définit classiquement par une perte sanguine de plus de 500 ml pour un accouchement par voie basse et de plus de 1000 ml en cas de césarienne dans les 24 heures qui suivent la naissance. Néanmoins, le diagnostic peut être difficile, car les saignements peuvent être sous-estimés et il peut ne pas y avoir d'extériorisation massive de sang (notamment en cas d'hémopéritoine ou lors de présence d'un méchage utérin). La tolérance maternelle (pas d'hypotension-tachycardie) peut être excellente et entraîner des retards à la prise en charge. L'instabilité hémodynamique est un symptôme trop tardif. Devant toute suspicion d'HPP, les premières étapes de la prise en charge doivent être débutées sans retard, quitte à être interrompues par la suite.

Prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge optimale des HPP est multidisciplinaire, réalisée de manière conjointe et simultanée. Son efficacité et sa rapidité sont primordiales. Elle est guidée par un arbre décisionnel établi par les RPC publiées en décembre 2004 [1] qui est reproduit ci-dessous. Deux périodes de 30 minutes maximum sont définies, pendant lesquelles des gestes obstétricaux et réanimatoires sont à réaliser dans le même temps.

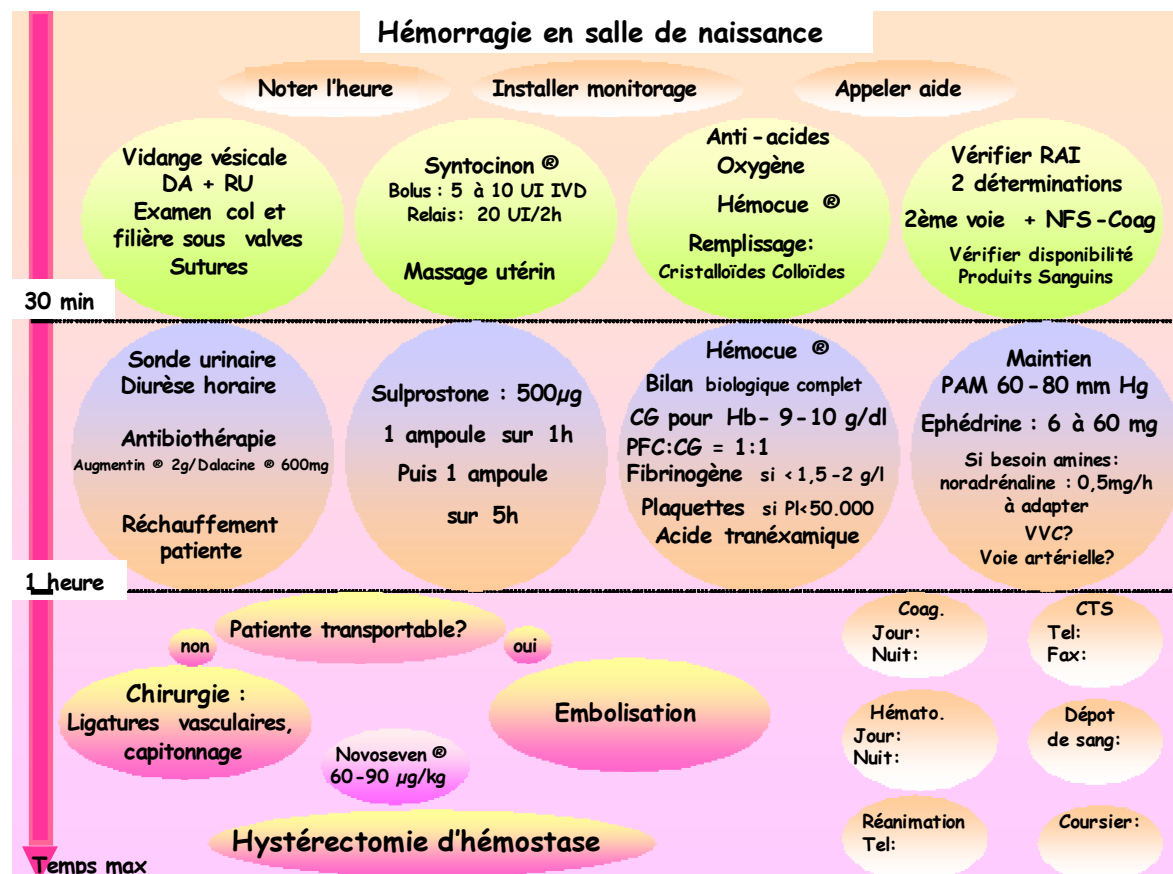


Tableau 1 : Prise en charge multidisciplinaire des HPP, inspiré du poster des maternités du réseau « Naitre en Languedoc Roussillon » établi d'après les RPC nationales de décembre 2004.

Stratégie transfusionnelle

La stratégie transfusionnelle est actuellement plus agressive. Elle doit être débutée tôt et l'objectif recherché est autour de 9 - 10 g d'hémoglobine tant que l'hémorragie est active [2]. La transfusion de PFC doit également être débutée rapidement avec un ratio CG/PFC proche de 1 [3, 4,5], ce qui diffère des recommandations antérieures et nécessite d'être anticipé du fait du temps de décongélation des PFC. L'apport de PFC pourra donc être initié sans attendre le résultat du bilan d'hémostase si la gravité de la situation paraît l'exiger. L'apport de plaquettes est également à anticiper compte tenu des délais d'acheminement. Classiquement, la transfusion est recommandée en cas de thrombopénie inférieure à 50 000/mm³. Un apport spécifique de fibrinogène doit être initié rapidement (malgré l'apport intrinsèque fourni par les PFC) s'il est nécessaire pour maintenir le taux de fibrinogène au-dessus de 2 g/l.

Autres traitements

Les RPC de décembre 2004 n'avaient pas retenu de produits hémostatiques susceptibles d'apporter une aide significative dans la prise en charge des HPP sévères. Depuis de nombreuses publications se sont intéressées à l'utilisation du facteur VII activé (Novoseven®) et quelques-unes à l'acide tranéxamique.

L'administration de facteur VII activé (rFVIIa) est à envisager en cas de persistance de l'hémorragie malgré l'utilisation d'une procédure invasive conforme aux RPC : embolisation et/ou ligatures vasculaires. Cette utilisation du facteur VII activé, validée par l'AFSSAPS, intervient si possible avant l'hystérectomie d'hémostase, dans le but d'éviter celle-ci. La dose recommandée est de 60-90 µg/kg en une administration unique, renouvelable environ une heure plus tard et pouvant alors être majorée jusqu'à 120 µg/kg. Dans le même temps, pour optimiser l'efficacité du Novoseven®, l'acidose, l'hypothermie, l'hypofibrinogénémie, et la thrombopénie doivent être corrigées (pH > 7,20, température > 35°C, fibrinogène > 1, voire 2 g/l, plaquettes > 50 000/mm³) [6, 7]. L'administration du Novoseven® est soumise à déclaration sur un registre dénommé OFFHO [8]

L'acide tranéxamique (Exacyl®) est un anti-fibrinolytique dont l'efficacité a pour l'instant été démontrée en administration prophylactique. Les résultats préliminaires de l'étude multicentrique EXADELI confirment également son efficacité en administration curative dans les HPP nécessitant du Nalador® [9]. Compte tenu d'une réduction des saignements de l'ordre de 25% [9, 10, 11], de son faible coût et de l'absence de sur-risque thrombotique veineux identifié [12], on peut recommander son emploi dans le cadre des HPP résistantes à la sulprostone. Un bolus intra-veineux de 1g en 10-20 minutes peut être administré suivi d'une dose de 3g sur 3 heures en intra-veineux sans dépasser 4g par jour.

Anticipation, Orientation

La plupart des HPP sont imprévisibles, mais certaines situations à risque doivent être anticipées pour permettre la prise en charge des patientes dans un environnement à plateau technique optimum (chirurgie, radiologie, biologie, établissement sanguin, réanimation). C'est le cas en particulier des patientes présentant des anomalies d'insertion placentaire sévères (placenta

accreta, increta ou percreta suspecté). La planification de ces patientes en équipe pluridisciplinaire, dans des centres entraînés est une nécessité.

Lorsque l'hémorragie est avérée, le transfert secondaire d'une patiente en vue d'une embolisation ne peut être envisagé que pour un saignement non majeur chez une patiente stable hémodynamiquement. Ce transfert n'est réalisable qu'avec l'accord et la disponibilité immédiate du service receveur. Dans le cas inverse, il paraît plus raisonnable de déplacer des personnes ressources éventuelles vers le service demandeur (renfort réanimatoire ou chirurgical) si nécessaire. Par ailleurs, il faut rappeler ici la nécessité de disposer d'un référent joignable en permanence dans chaque maternité pour réaliser des gestes chirurgicaux d'hémostase (ligatures vasculaires, capitonnage utérin et/ou hystérectomie) si l'obstétricien sur place n'en a pas la compétence.

Conclusion

La gestion d'une HPP est une situation de travail en équipe où chacun doit être au clair avec les gestes à effectuer sans laisser place à l'improvisation ou au manque de rigueur. Les modalités de prise en charge des HPP doivent être rédigées sous forme d'une procédure opérationnelle, adaptée aux conditions locales d'exercice, afin de prévenir les oublis et/ou les divergences qui sont souvent fréquents dans cette situation très stressante. Une feuille spécifique « Hémorragie du PostPartum » commune à l'équipe d'obstétrique et d'anesthésie réanimation s'avère également utile pour améliorer cette prise en charge conjointe et faciliter les revues morbidité -mortalité (RMM) ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'HPP est une situation typique qui peut bénéficier d'un entraînement régulier des équipes par technique de simulation dans les blocs obstétricaux.

Référence :

- 1 - Recommandations pour la Pratique Clinique - Hémorragies du post-partum immédiat. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33 : Suppl N°8
- 2 - Jansen AJ, van Rhenen DJ, Steegers EA et al. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. Obstet Gynecol Surv 2005; 60: 663-71
- 3 - Hess JR, Holcomb JB. Transfusion practice in military trauma. Transfusion Medicine 2008, 18 : 143-50
- 4 - Johansson PI, Stensballe J, Rosenberg I et al. Proactive administration of platelets and plasma for patients with a ruptured abdominal aortic aneurysm: evaluating a change in transfusion practice. Transfusion 2007; 47: 593-8
- 5 - Gonzalez EA, Moore FA, Holcomb JB et al. Fresh frozen plasma should be given earlier to patients requiring massive transfusion. J Trauma 2007; 62: 112-924
- 6 - McMorro RCN, Ryan SM, Blunnie WP, Bowen M, Carton EG, Gardiner G, Geary M, Loughrey JPR. Use of recombinant factor VIIa in massive post-partum haemorrhage. Eur J Anaesthesiol 2008; 25: 293-8
- 7 - Mannucci PM, Levi M. Prevention and treatment of major blood loss. N Engl J Med 2007; 356: 2301-1
- 8 - Protocole thérapeutique temporaire (PTT) d'utilisation du Novoseven® dans l'hémorragie du post-partum
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/c57ea43f836f1869ce9de0a25df04428.pdf

- 9 - Ducloy-Bouthors AS et al. Résultats préliminaires du protocole français multicentrique "EXADELI" (Hémorragie du PosPartum et acide tranéxamique) présentés au CARO de Jersey le 22 mai. <http://www.alrf.asso.fr/site/obstetrique>
- 10 - Yang H, , Zheng S, Shi C. Clinical study on the efficacy of tranexamic acid in reducing postpartum blood lose: a randomized, comparative, multicenter trial. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2001; 36: 590-2
- 11 - Gai MY, Wu LF, Su QF, Tatsumoto K. Clinical observation of blood loss reduced by tranexamic acid during and after caesarian section: a multi-center, randomized trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 112: 154-7
- 12 - Lindoff C, Rybo G, Astedt B. Treatment with tranexamic acid during pregnancy, and the risk of thrombo-embolic complications. Thromb Haemost 1993; 70: 238-40