

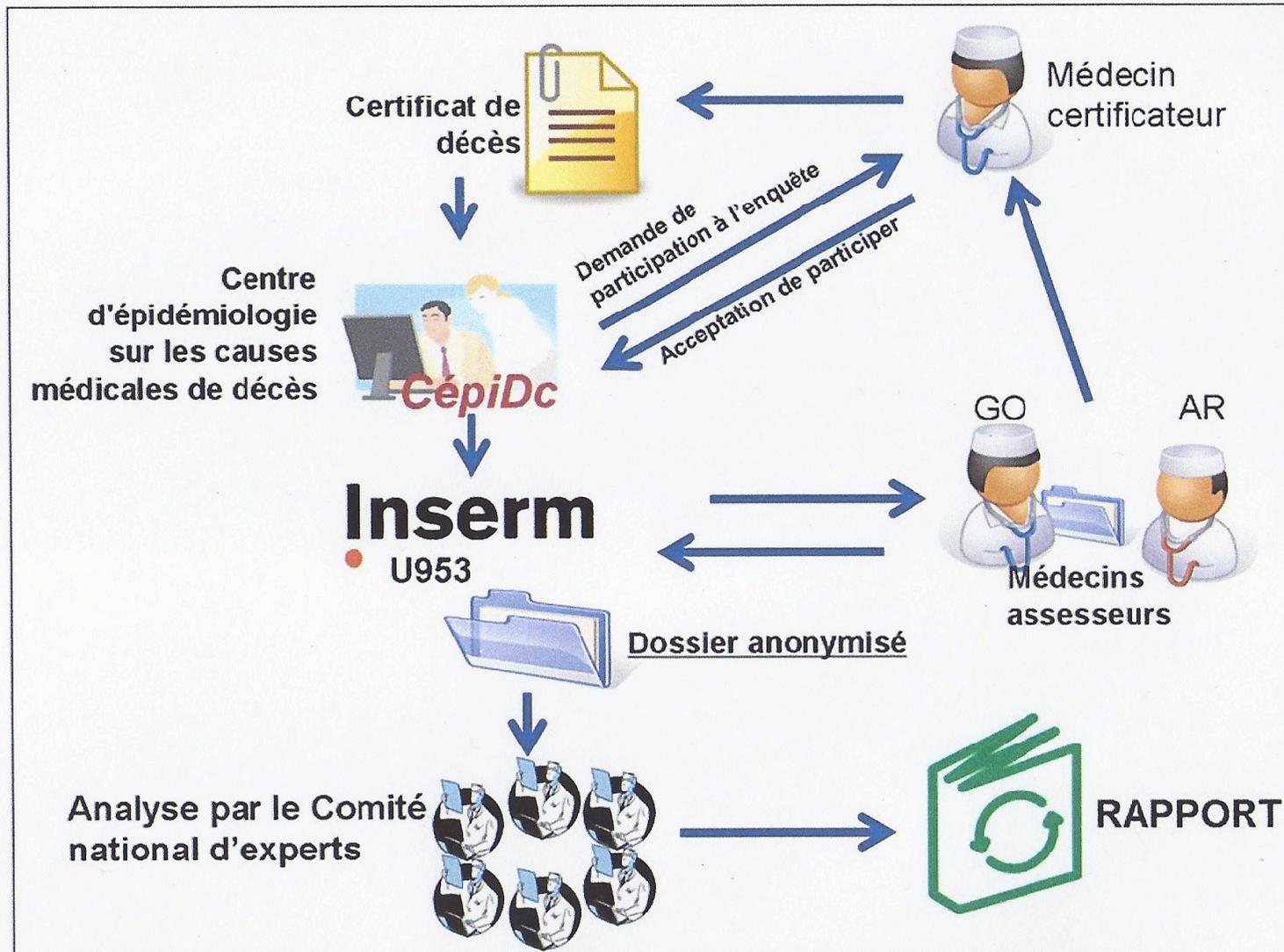
Quoi de neuf en Obstétrique en 2011 ?

Bruno Carbonne

Hôpital Saint Antoine, Paris

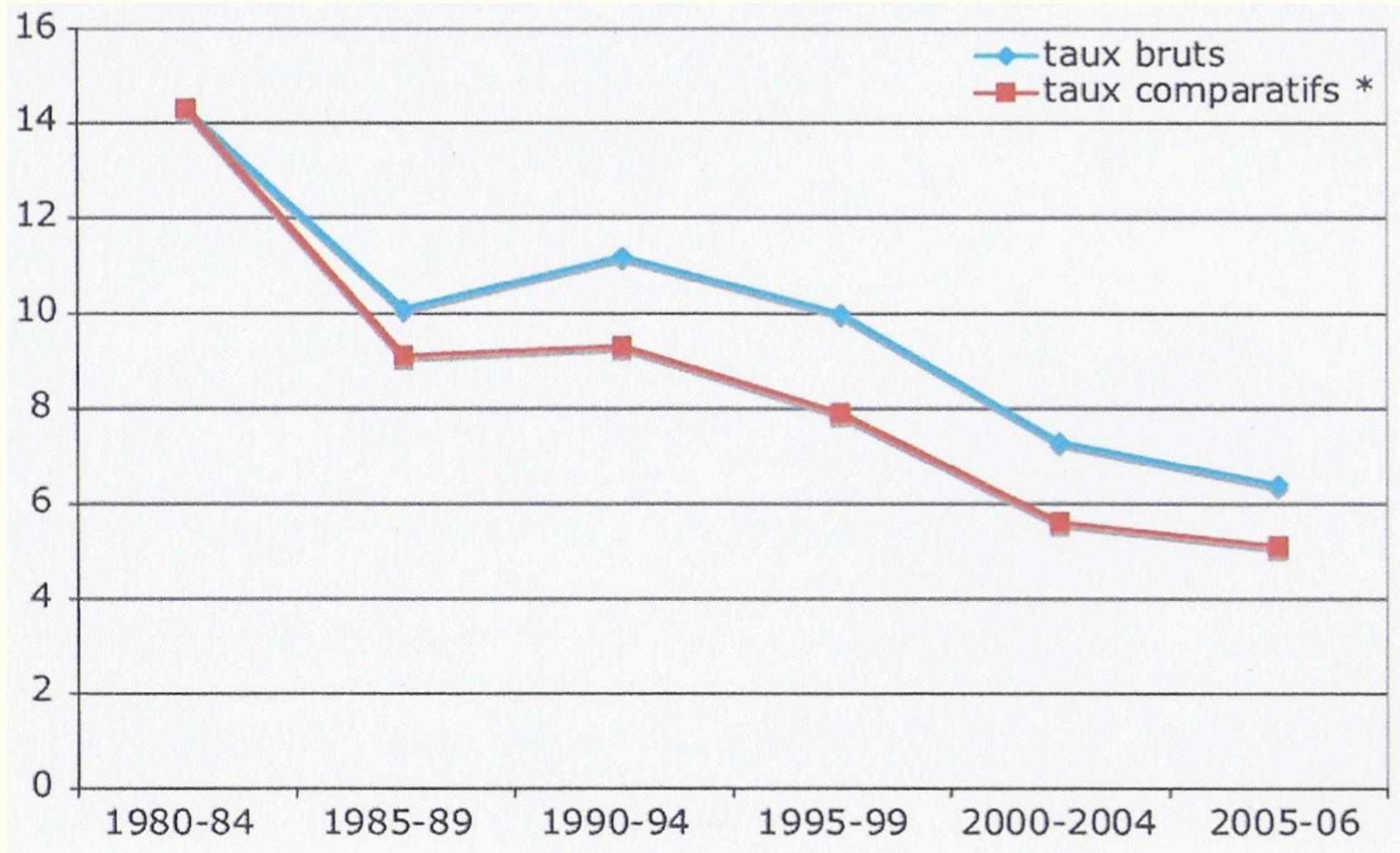
1. Morts maternelles en France

Rapport du CNEMM 1996 - 2006



1. Morts maternelles en France

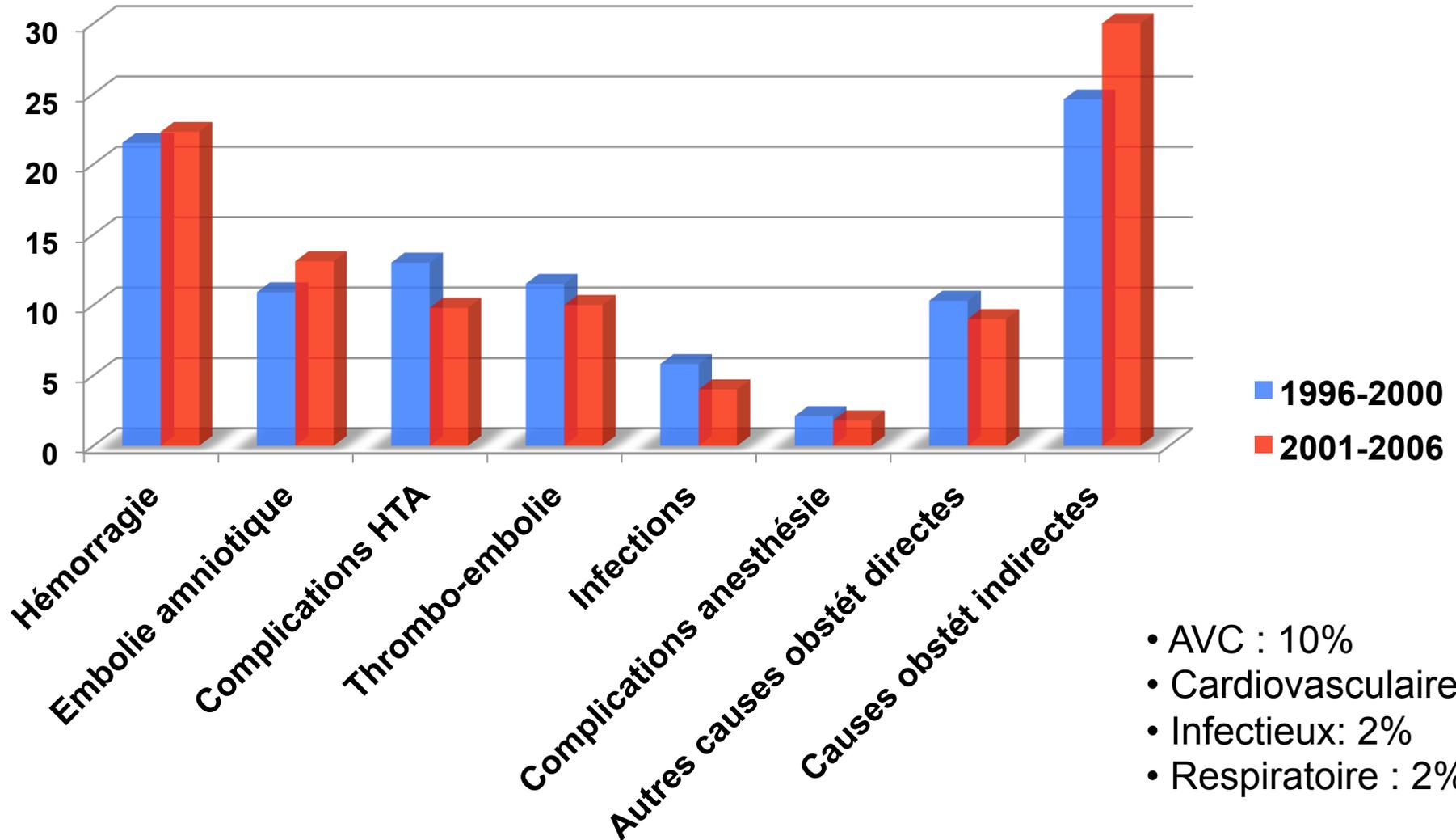
Rapport du CNEMM 1996 - 2006



Diminution significative après ajustement pour l'âge maternel qui augmente

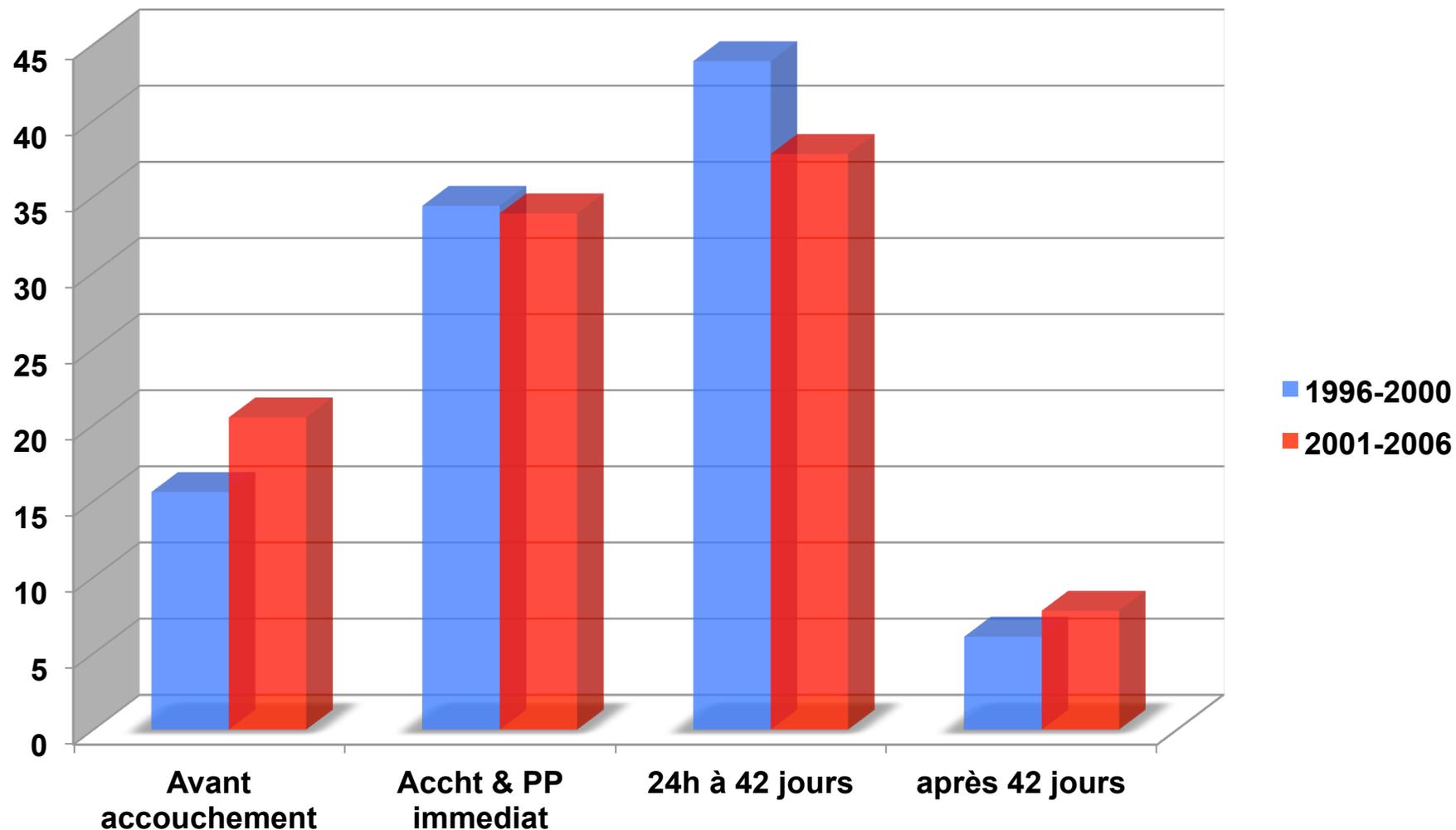
1. Morts maternelles en France

CNEMM 1996 – 2006: évolution des causes



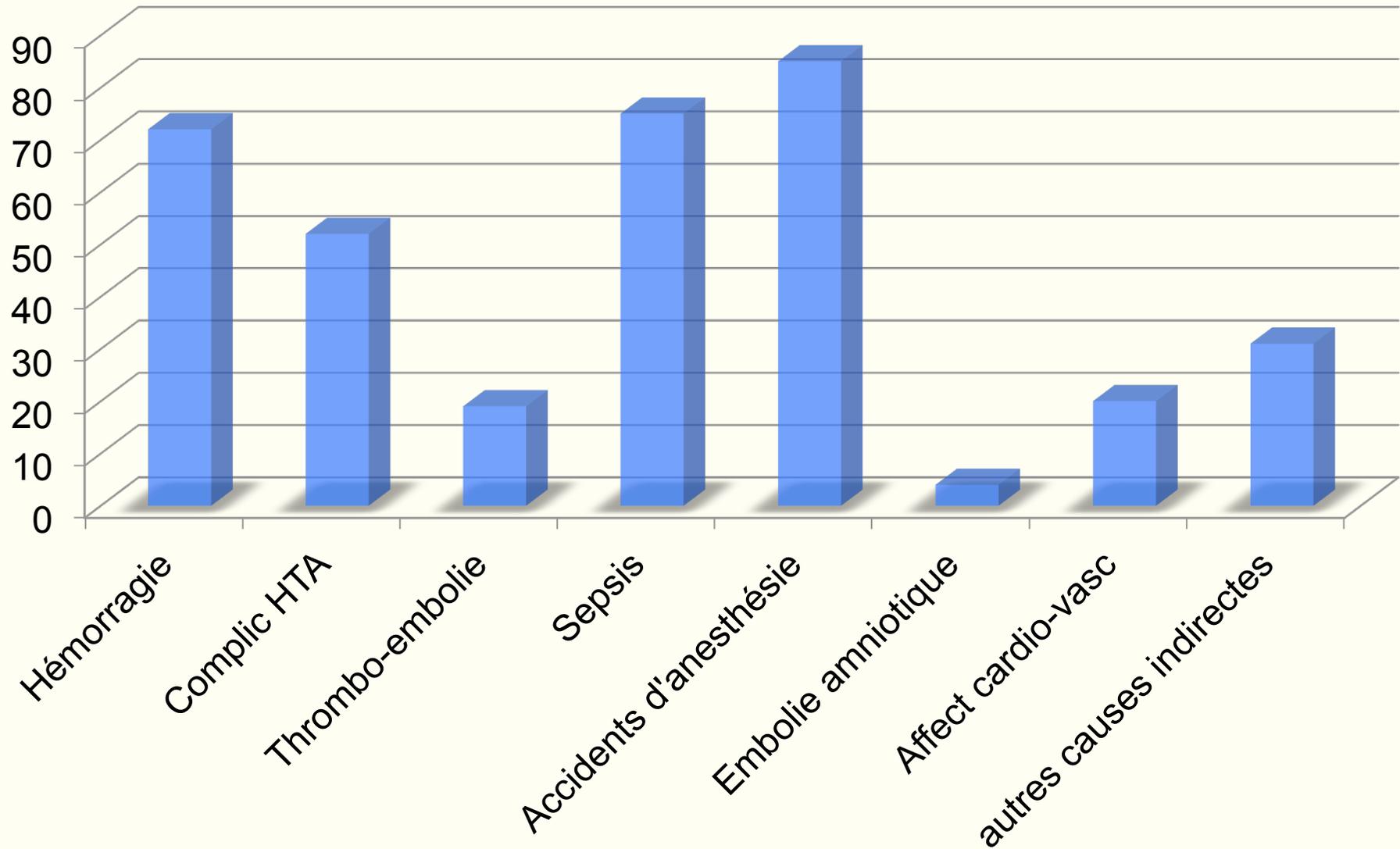
1. Morts maternelles en France

CNEMM 1996 – 2006 : moment de survenue du décès



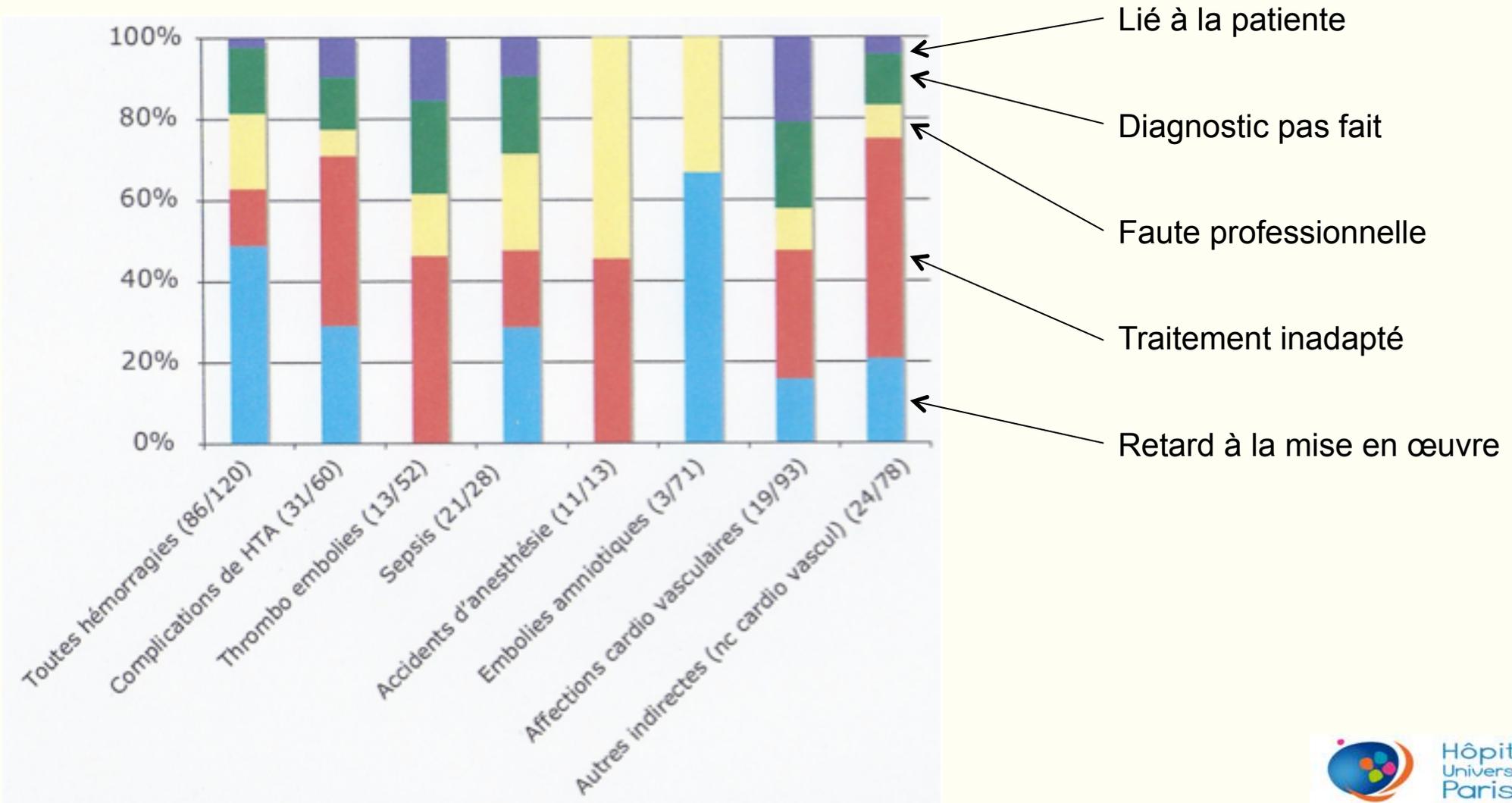
1. Morts maternelles en France

CNEMM 1996 – 2006: évitabilité (%)



1. Morts maternelles en France en 2011

CNEMM 1996 – 2006 : raisons de l'évitabilité



1. Morts maternelles en France en 2011

CNEMM 1996 – 2006 : CONCLUSIONS

- Diminution importante de la mortalité maternelle en France en 10 ans
- Toujours la même proportion de décès par HPP
- Toujours un taux élevé de prise en charge sub-optimale
- Toujours un taux élevé d' évitabilité (70% pour l' HPP)
 - Retard au traitement adapté
 - Retard au diagnostic
 - Traitement inadapté
 - Fautes professionnelles

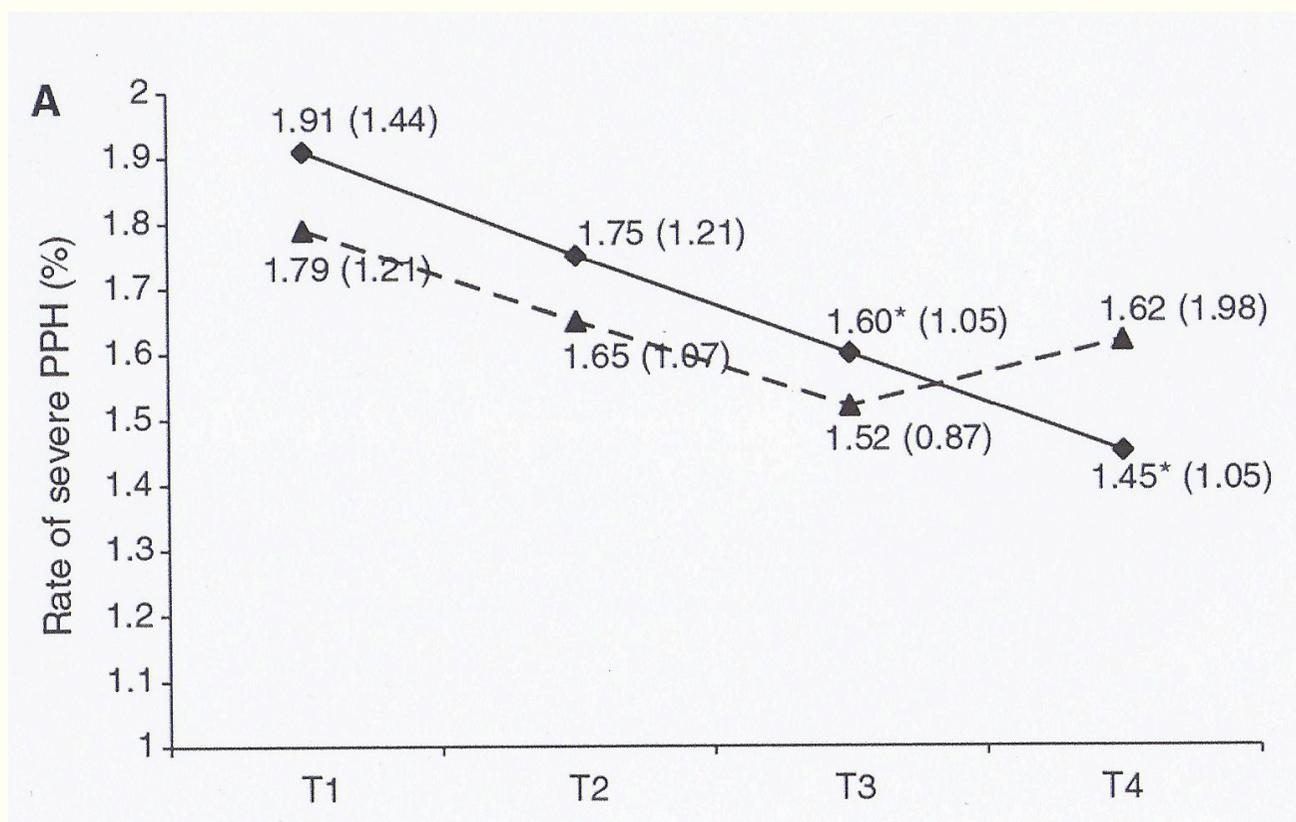
2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Evaluer de l' impact de la dissémination des RPC de 2004 sur l' HPP

- 106 maternités randomisées « par clusters »
 - Groupe intervention:
 - visites d' information, de discussion,
 - Mise à disposition de « valises HPP »
 - affiches de rappel, revues de cas...
 - mise en place par 1 obstétricien et une sage femme
 - Groupe témoin:
 - dissémination passive des RPC
- Impact sur l' incidence de l' HPP sévère (transfusion, embolisation, intervention chirurgicale, - 4 points d' Hb, transfert en réa, décès)

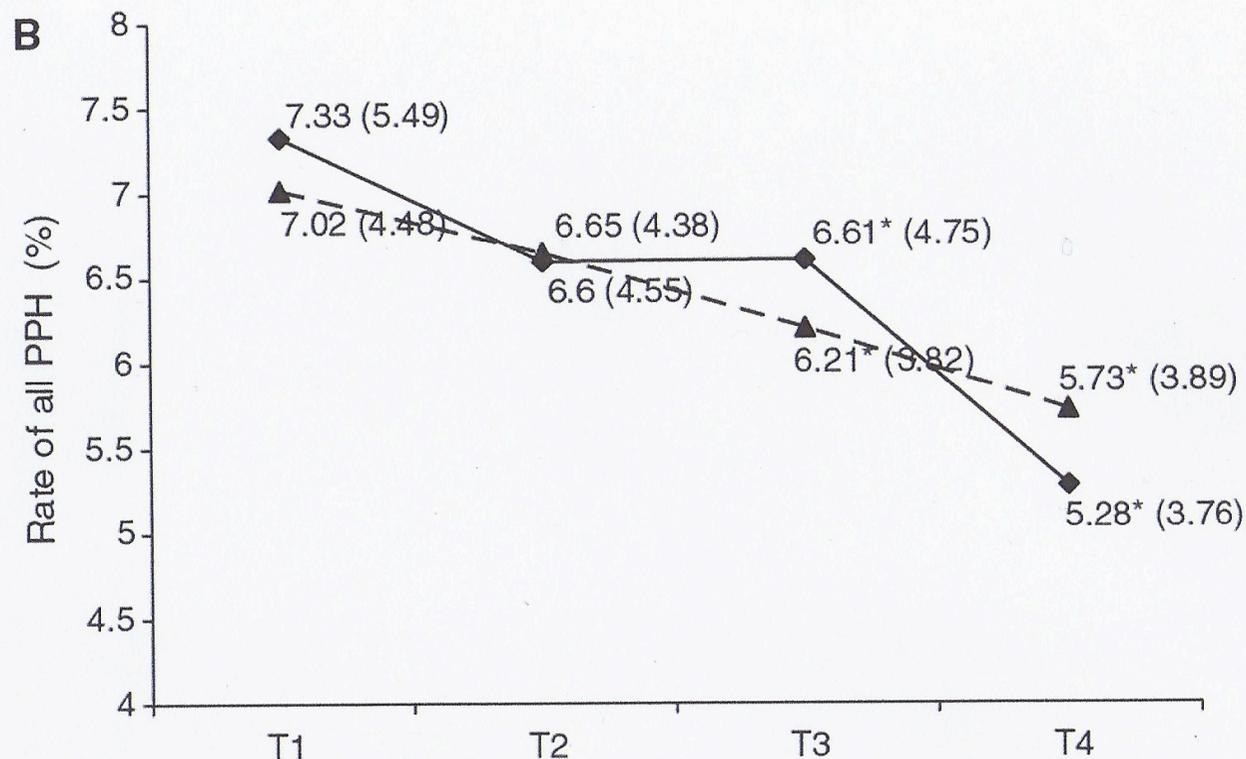
2. Prévention de l'HPP : essai Pithagore

	Groupe intervention (n = 76 074)	Groupe contrôle (n = 70 707)	p
HPP sévère	1,64 %	1,65 %	ns



2. Prévention de l'HPP : essai Pithagore

	Groupe intervention (n = 76 074)	Groupe contrôle (n = 70 707)	p
HPP > 500 ml	6,37 %	6,37 %	ns



2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Qualité de prise en charge des HPP sévères

	Groupe intervention (n = 76 074)	Groupe contrôle (n = 70 707)	p
Révision utérine	75,9%	76,3 %	NS
Appel à un senior	79,9 %	71,2 %	<0,005
Appel au senior dans les 15 min.	67,0 %	58,4 %	< 0,05
Utilisation de Nalador	48,7 %	39,9 %	0,06
Nalador dans les 30 min.	24,2 %	16,9 %	NS
Hb et hémostase dans les 60 min.	37,5 %	28,4 %	0,09

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Effet de l' intervention / RPC: CONCLUSION

- Pas d' effet identifié en France
- Pas de différence selon le type de maternité
- Diminution globale dans tous les services
 - Effet de « contamination » ?
 - Communication importante sur tout le territoire ?
 - Taux initial élevé: amélioration déjà en cours lors de l' essai ?
- Constat renouvelé d' une prise en charge sub-optimale

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

	OR [IC 95%]
Age 25 - 35	1,0
Age < 25	0,95 [0,77 – 1,17]
Age > 35	0,98 [0,77 – 1,24]
ATCD d' HPP	1,47 [1,02 – 2,13]
Multipare non cicatriciel	1,0
Primipare	1,88 [1,51 – 2,33]
Utérus cicatriciel	1,66 [1,15 – 2,41]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

TRAVAIL	OR [IC 95%]
Spontané	1,0
Déclenché	1,20 [0,93 – 1,55]
Déclenchement par prostaglandines	1,45 [1,13 – 1,85]
Péridurale	0,53 [0,43 – 0,67]
Travail long	1,27 [1,06 - 1,53]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

ACCOUCHEMENT	OR [IC 95%]
Spontané sans épisiotomie	1,0
Spontané avec épisiotomie	1,55 [1,27 – 2,87]
Extraction instrumentale sans épisiotomie	1,05 [0,69 – 1,62]
Extraction instrumentale avec épisiotomie	1,70 [1,33 – 2,18]
Ocytociques prophylactiques	1,22 [1,03 – 1,43]

?

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

Révision utérine	OR [IC 95%]
Dans les 10 min.	1,0
Dans les 10 – 20 min.	1,30 [0,97 – 1,76]
Plus de 20 min.	1,83 [1,42 – 2,35]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

Administration d' ocytocine	OR [IC 95%]
Dans les 10 min.	1,0
Dans les 10 – 20 min.	1,38 [1,03 – 1,85]
Plus de 20 min.	1,86 [1,45 – 2,38]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

Appel à l' obstétricien	OR [IC 95%]
Dans les 10 min.	1,0
Dans les 10 – 20 min.	1,61 [1,23 – 2,12]
Plus de 20 min.	1,14 [0,84 – 1,56]
Non fait	0,54 [0,44 – 0,65]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

Appel à l' anesthésiste	OR [IC 95%]
Dans les 10 min.	1,0
Dans les 10 – 20 min.	1,51 [1,14 – 2,00]
Plus de 20 min.	0,99 [0,73 – 1,35]
Non fait	0,37 [0,31 – 0,46]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

Type de maternité	OR [IC 95%]
Public universitaire	1,0
Public autres	1,46 [1,10 – 1,87]
Privé	1,00 [0,73 – 1,37]
Non fait	
Type I	0,92 [0,72 – 1,17]
Type II	1,0
Type III	0,94 [0,66 - 1,34]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère par atonie

Type de maternité	OR [IC 95%]
Moins de 1 500 accouchements/an	1,11 [0,81 – 1,53]
1 500 - 2 500 accouchements/an	1,0
Plus de 2 500 accouchements/an	1,06 [0,76 – 1,46]
Obstétricien 24h/24	0,83 [0,66 – 1,04]
Anesthésiste 24h/24	1,05 [0,78 - 1,42]

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Facteurs associés au risque d' HPP sévère : CONCLUSION

- Facteurs liés à la grossesse et l' accouchement
 - ATCD d' HPP
 - Primipare / Utérus cicatriciel / Épisiotomie
 - Déclenchement par prostaglandines / Travail long
 - EFFET PROTECTEUR DE LA PERIDURALE
- Facteurs liés à la prise en charge
 - Absence ou retard à la RU / aux ocytociques
 - Retard d' appel à l' obstétricien et l' anesthésiste
- Facteurs liés au type de maternité
 - Maternités publiques non universitaires
 - Pas d' effet net du nombre d' accouchements
 - Pas d' effet net de la présence de l' anesthésiste / obstétricien

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Utilisation du Nalador en cas d' HPP par atonie

Clinical Postpartum Hemorrhage	Total (N=4,038)	Vaginal Delivery (n=3,570)	Cesarean Delivery (n=468)	<i>p</i> *
Frequency of use [†]	1,370 (33.9)	995 (27.9)	375 (80.1)	<.01
Modality of treatment				
Lead time from diagnosis [†] (min)	1,284 (55±62)	920 (56±55)	364 (53±75)	.17
0 to 30 or less	619 (48.2)	424 (46.1)	195 (53.6)	
More than 30 to 60 or less	300 (23.4)	211 (22.9)	89 (24.4)	
More than 60 to 120 or less	235 (18.3)	187 (20.3)	48 (13.2)	
More than 120	130 (10.1)	98 (10.7)	32 (8.8)	.01 [‡]
First-hour dose [†] (micrograms)	1,262 (380±146)	913 (383±145)	349 (374±149)	.70
0 to 250 or less	373 (29.6)	269 (29.5)	104 (29.8)	
More than 250 to 500 or less	884 (70.0)	641 (70.2)	243 (69.6)	
More than 500	5 (0.4)	3 (0.3)	2 (0.6)	.18
Total dose (micrograms) [†]	1,334 (867±351)	964 (837±343)	370 (943±359)	<.01

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Utilisation du Nalador en cas d' HPP sévère par atonie

Total 53,7 %	n	No. Treated	% Treated	<i>P</i>
No. of deliveries annually				
Fewer than 1,500	372	162	43.5	Ref
1,500–2,499	522	291	55.7	.04
More than 2,500	333	206	61.9	.03
Maternity status				
University	388	245	63.1	Ref
Other public	641	289	45.1	<.01
Private	198	125	63.1	.99
Obstetrician–gynecologist 24/7				
Yes	910	534	58.7	
No	317	125	39.4	<.01
Anesthesiologist 24/7				
Yes	1,115	615	55.2	
No	112	44	39.3	<.01

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Effets secondaires du Nalador en cas d' HPP par atonie

	n*	With Sulprostone
At least one side effect	51	3.7 (2.7–4.7)
Digestive	34	2.5 (1.7–3.5)
Hyperthermia, chills	7	0.5 (.2–1.0)
Cardiac	5	0.4 (.1–0.8)
High blood pressure	2	0.1 (.02–0.5)
Respiratory	2	0.1 (.02–0.5)
Dizziness	2	0.1 (.02–0.5)
Severe cardiovascular or respiratory symptoms [†]	7	0.5 (.2–1.0)

Total 1 370 patientes

2. Prévention de l' HPP : essai Pithagore

Utilisation du Nalador : CONCLUSION

- Sous-utilisation des prostaglandines
- Retard à l' utilisation des prostaglandines
- Plus marqué par voie basse que par césarienne
- Malgré un profil de tolérance rassurant
- Effet du type de maternité++
 - Maternités publiques non universitaires
 - Faible nombre d' accouchements
 - Pas d' anesthésiste / obstétricien 24/24

3. Prévention de la pré-éclampsie

Historique

• Prédiction de la pré-éclampsie

- Doppler utérin
- β -HCG
- α FP
- ADAM 13
- Endogline
- Inhibine A
- Activine A
- PIGF
- PP 13
- PAPP A
- .../...

• Prévention de la pré-éclampsie

- Aspirine
- Calcium
- suppléments alimentaires
- Zinc
- Huile de poisson
- Sulfate de magnésium
- .../...

- Anti-oxydants
- Supplémentation / vit C et E

- Prévention du stress oxydatif ?

3. Prévention de la pré-éclampsie

1000 mg Vit C + 400 UI de Vit E
De 9 - 16 SA à l'accouchement
Patientes à bas risque

Outcome	Vitamins (N = 4993)	Placebo (N = 4976)	Relative Risk (95% CI)	P Value
	<i>no. (%)</i>			
Primary composite outcome *	305 (6.1)	285 (5.7)	1.07 (0.91–1.25)	0.42
Severe hypertension [†]	210 (4.2)	204 (4.1)	1.03 (0.85–1.24)	0.79
Mild or severe hypertension [‡]				
With elevated liver-enzyme levels	26 (0.5)	33 (0.7)	0.79 (0.47–1.31)	0.35
With thrombocytopenia	21 (0.4)	31 (0.6)	0.68 (0.39–1.17)	0.16
With creatinine level ≥ 1.5 mg/dl (133 μ mol/liter)	7 (0.1)	11 (0.2)	0.63 (0.25–1.63)	0.34
With eclamptic seizure	10 (0.2)	4 (0.1)	2.49 (0.78–7.94)	0.11
With medically indicated preterm birth, at <32 weeks' gestation, due to hypertensive disorder	13 (0.3)	16 (0.3)	0.81 (0.39–1.68)	0.57
With small-for-gestational-age baby [§]	60 (1.2)	46 (0.9)	1.30 (0.89–1.90)	0.18
With fetal or neonatal death	12 (0.2)	11 (0.2)	1.09 (0.48–2.46)	0.84

3. Prévention de la pré-éclampsie

1000 mg Vit C + 400 UI de Vit E

Du premier trimestre à l'accouchement

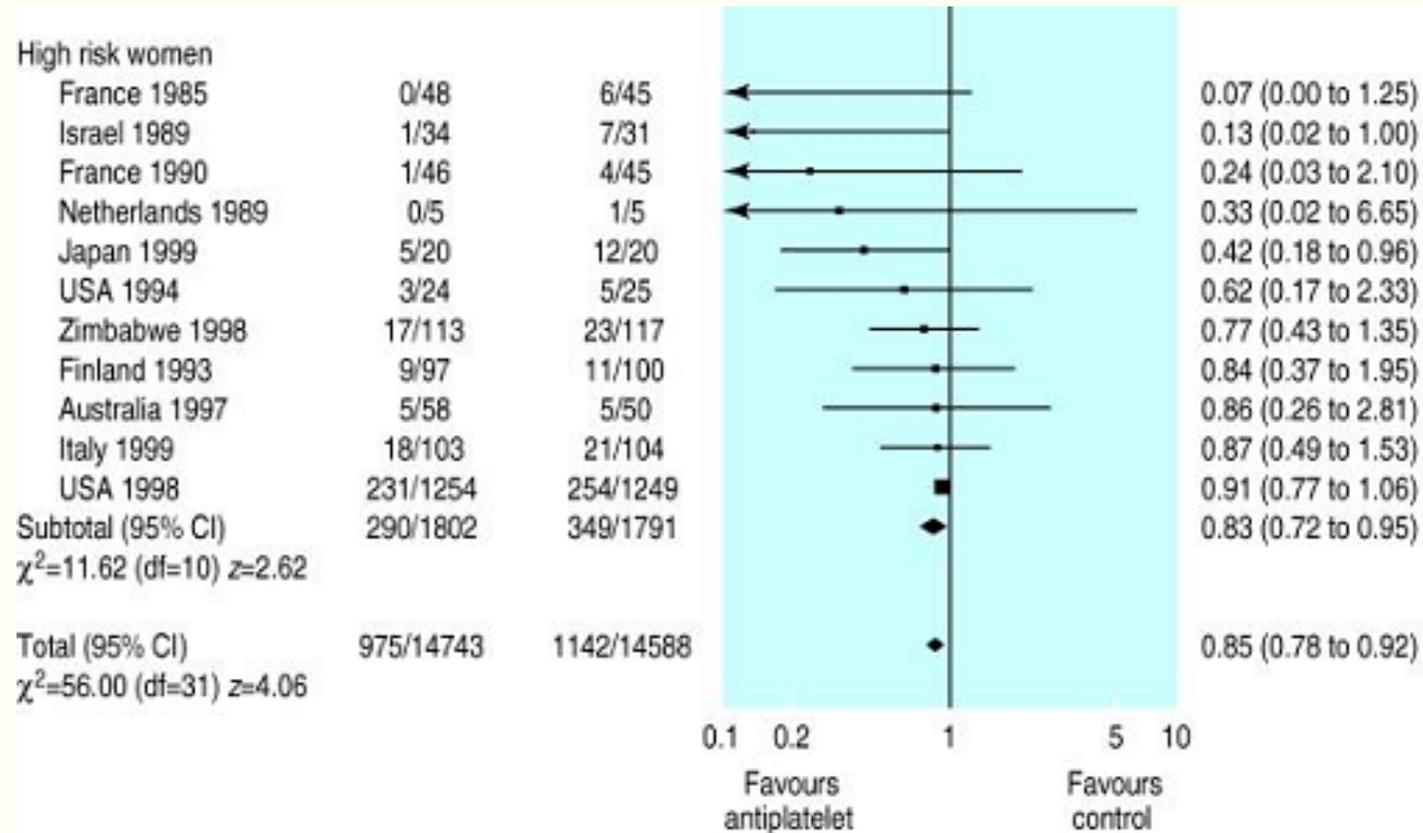
N = 2363	Vitamine C + E vs Placebo
Prééclampsie	0,99 [0,78 – 1,26]

Augmentation des MFIU et de la prématurité

3. Prévention de la pré-éclampsie

CONCLUSION Vitamines C et E / anti-oxydants

- Pas de bénéfice dans la prévention de la pré-éclampsie
- Seul traitement préventif avéré (haut risque) : aspirine



Merci de votre attention !

