



La Société Tunisienne de Gynécologie-Obstétrique



RECOMMANDATIONS DE LA STGO POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DU POST PARTUM : PREVENTION ET TRAITEMENT

ELABOREES PAR :

PR AG. ZEGHAL SOUKI DORRA
PR AG. MALEK MELLOULI MONIA
DR DIMASSI BEN ROMDHANE KAOUTHER
DR BEN MARZOUK SOFIENE

25^{ème} Congrès National de la Société Tunisienne de Gynécologie Obstétrique

5-7 novembre 2015 - Hôtel LE PALACE Gammarth

La Société Tunisienne de Gynécologie Obstétrique remercie tous ceux ou celles qui ont participé par leurs réponses au questionnaire à l'élaboration de cet état des lieux sur la pratique d'obstétrique en Tunisie. Les points pratiques issus de l'analyse de ces réponses et des données de la littérature existante ne prétendent pas s'élever au niveau des recommandations de haut grade, ils pourraient néanmoins être pris pour des conseils pratiques utiles.

Dr Khaled Mahmoud
Président de la STGO



INTRODUCTION :

L'hémorragie du post partum (HPP) constitue l'une des complications les plus redoutées en obstétrique. Elle est définie par un saignement provenant du tractus génital, survenant dans les 24 heures qui suivent l'expulsion fœtale, anormal par son abondance, dépassant 500ml pour un accouchement par voie basse et 1000ml pour un accouchement par césarienne. Ces définitions sont en réalité délicates à appliquer puisque l'hémorragie de la délivrance est difficile à quantifier [1]. Ainsi, selon le collègue Américain de gynécologie-obstétrique, le diagnostic d'HPP peut être retenu devant une diminution du taux d'hématocrite de 10% ou une situation nécessitant une transfusion sanguine en post partum[1].

Une HPP est dite sévère si les pertes sanguines excèdent 1000 ml pour un accouchement par voie basse et 1500 ml après une césarienne ou si elle retentit sur l'état hémodynamique.

L'HPP reste jusqu'à ce jour la première cause de mortalité et de morbidité maternelle en Tunisie et dans le monde entier .

Cette situation, vécue quotidiennement en obstétrique, nécessite une prise en charge précoce, multidisciplinaire, adéquate et bien codifiée. C'est donc pour ces raisons que la société tunisienne de gynécologie-obstétrique propose un protocole pour la prise en charge de l'HPP.

Ce protocole constitue une conduite directrice pour les gynécologues obstétriciens à tous les niveaux de soin.

METHODOLOGIE :

Le but de ce travail est de proposer des recommandations pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP) adaptées aux conditions d'exercice de l'obstétrique en Tunisie.

Dans ce sens, ce travail a été mené sur deux étapes :

La première étape a consisté en une mise au point sur la prise en charge de l'HPP dans notre pays. Pour cela, nous avons réalisé une recherche bibliographique visant les publications tunisiennes sur la base MEDLINE ainsi que les sujets de thèse de doctorat de médecine soutenues dans nos facultés. [3-16] Les mots clés utilisés pour cette recherche étaient les suivants : hémorragie – délivrance- mortalité maternelle- hystérectomie d'hémostase- inertie utérine- ligature des artères hypogastriques- transfusion- Tunisie.

Les données ainsi recueillies ont été synthétisées et réparties en :

- Données épidémiologiques : incidence de l'HPP ; facteurs de risque, taux de mortalité maternelle secondaire à une HPP...
- Données relatives à la prise en charge thérapeutique de l'HPP.
- Données relatives à la prise en charge préventive de l'HPP.

Par la suite, et afin d'actualiser les données précédemment recueillies, le comité chargé de ce travail a mené une enquête en ligne en utilisant un questionnaire anonyme (https://docs.google.com/forms/d/1sim-UrBSSWKO3JKdp754JXZnkov_XRA1IQyK6A9QXZU/viewform?c=0&w=1). Ce dernier a été envoyé à tous les gynécologues et obstétriciens du pays et mis en ligne sur le site web de la STGO en Aout 2015.

Au cours de la deuxième étape de ce travail, le comité a rédigé des suggestions de bonne pratique à la fois à partir des données recueillies lors de la première étape mais aussi à partir des textes les plus récents de recommandations internationales en matière de prise en charge de l'HPP (exemple : CNGOF ; FIGO ; OMS ; RCOG, ACOG ; [17-25]). Ces suggestions sont en réalité un consensus d'expert pouvant constituer une ligne directrice. Elles ne constituent pas une ligne rigide de conduite exigible de point de vue médico-légal. Devant une hémorragie du post partum, l'équipe soignante reste le meilleur juge de la conduite à adopter.

RESULTATS ET RECOMMANDATIONS :

1/ EPIDEMIOLOGIE DE L' HEMORRAGIE DU POST PARTUM :

La mortalité maternelle (MM) a diminué en Tunisie. En effet, lors de l'enquête nationale menée en 1993—1994 [2], le taux de mortalité maternelle (TMM) était de 68,9 pour 100 000 naissances vivantes (NV). En 2010, ce taux a baissé à 44,8/100 000 NV [3]. Ce taux, bien qu'étant l'un des plus faibles des pays en voie de développement, reste tout de même élevé en comparaison avec d'autres indicateurs sanitaires en Tunisie. De plus, les causes obstétricales directes dominent largement les étiologies de MM. Plus particulièrement, l'hémorragie, cause évitable, représente la première cause de MM dans le pays. L'enquête nationale menée entre 2008 et 2010 montre que la part de cette dernière dans les décès maternels est de 47% [3]. De même, dans les structures universitaires les TMM par hémorragie varient entre 25 et 50. Ces chiffres placent la Tunisie dans le lot des pays en voie de développement (40 % Burkina-Faso, 67 % Côte-d'Ivoire).

Cette tendance pose le problème des conditions des accouchements dans nos structures car aucune autre cause de décès ne dépend aussi étroitement de la qualité de la prise en charge au cours du travail et en postpartum immédiat. D'ailleurs, et toujours lors de l'enquête nationale 2008_2010, l'expertise des dossiers de décès maternels avait conclu à une prise en charge inadéquate dans 56% des cas, sans différence statistiquement significative selon les régions ($p= 0,065$), le milieu ($p= 0,295$) ou le lieu d'accouchement ($p= 0,539$) :

- 54,8% des décès ont été attribués à une insuffisance en ressources humaines avec une différence significative selon le lieu d'accouchement. En effet, cette insuffisance a été plus souvent notée dans les hôpitaux régionaux ($p= 0,033$). Ce manque dans les hôpitaux régionaux concernait à la fois les sages femmes, les gynécologues et les anesthésistes réanimateurs.

- 20% des décès ont été rattachés à une insuffisance en ressources matérielles, sans différence statistiquement significative entre les régions ($p= 0,536$). Les pourcentages les plus élevés ayant été notés au Nord Ouest et au Centre Ouest. La totalité des cas d'insuffisance en moyens de transport adéquat a été notée dans la région du Centre Ouest.

L'incidence de l'HPP dans nos structures hospitalières publiques se situe entre 0,25% et 1,22% des accouchements.

L'incidence varie selon les caractéristiques de la maternité étudiée (hôpital régional, structure universitaire de référence...).

Les résultats de l'enquête menée en ligne montrent qu'actuellement, 23,9% des obstétriciens gèrent une HPP par semaine et 25,2% une HPP par mois.

Les principaux facteurs de risque d'HPP peuvent être répartis-en :

-Facteurs de risque liés à la grossesse [3-16] : suivi prénatal irrégulier ou insuffisant (37- 75%) ; utérus cicatriciel (12-30%) ; pathologies hypertensives (13-22%), antécédent d'HPP (4-7%), facteurs d'atonie utérine, anomalies placentaires (8-24%)

Cependant, ces facteurs sont globalement peu prédictifs et sont absents dans 30% des cas d'HPP.

-Facteurs de risque liés au travail [3-16]:l'administration d'oxytocine(10-35%), le travail rapide (25-60%) ; la délivrance non dirigée (27 à 90%) ; l'accouchement par césarienne en urgence (24-56%)... Une attention particulière doit être portée à ces facteurs de risque car ils sont potentiellement modifiables.

A noter que l'anémie maternelle préexistante est fréquemment rapportée dans les publications tunisiennes (16 à 52%) [3-16]. Elle doit être considérée comme un facteur d'aggravation de l'HPP.

Parmi les praticiens interrogés,87% déclarent que la principale étiologie d' HPP est l'atonie utérine.

Elle représente 60% des cas publiés dans les études tunisiennes.

Ailleurs, l'hémorragie est secondaire à des déchirures cervico-vaginales (12%) ;une rupture utérine (6-15%) ; des anomalies d'insertion(4-7%) ou d'adhésion placentaire (2-13%). Plus fréquemment (19-40%), ces étiologies sont associées.

2/- RECOMMANDATIONS : MESURES PREVENTIVES

2.1 PENDANT LA GROSSESSE

- Education de la femme sur l'intérêt de la consultation prénatale et de l'accouchement à l'hôpital.
- Chaque femme enceinte doit bénéficier d'une consultation d'anesthésie, permettant d'identifier les patientes à risque d'HPP et de planifier leur prise en charge. A défaut elle doit avoir un examen général par le médecin de famille.
- Une supplémentation en fer est indiquée pour le traitement de l'anémie ainsi dépistée.
- En cas de pathologie de la coagulation, les femmes enceintes doivent être suivies régulièrement en étroite collaboration avec le médecin hématologue.
- Le lieu d'accouchement devra être discuté et programmé en fonction des risques d'HPP mis en évidence au cours du suivi prénatal dès le troisième trimestre.
- Lors du suivi prénatal, il est conseillé de demander systématiquement une NFS et un bilan d'hémostase à terme et de joindre les résultats (feuille de laboratoire) avec la carte de groupe sanguin à la lettre d'accouchement.
- Prise en charge des patientes sous anticoagulants : Le risque d'HPP n'est pas augmenté en cas d'anticoagulation à dose préventive. De même l'anesthésie péri-médullaire est possible à condition de respecter un délai minimum de 12 h depuis la dernière injection. En cas d'anticoagulation à dose curative le risque est légèrement augmenté et un délai minimum de 24 h est à respecter avant de prescrire une anesthésie péri-médullaire.
- La prise d'aspirine, n'augmente ni la fréquence ni la sévérité des HPP.

2.2. PENDANT LE TRAVAIL :

La moitié (48%) des praticiens interrogés déclarent se préparer à une HPP chez toutes les patientes. Ailleurs, 52% déclarent se préparer pour une HPP uniquement en présence de facteurs de risque ou en cas de groupe sanguin rare (25%) ou encore en cas d'accouchement par césarienne (8%).

En présence d'un facteur de risque d'HPP, La majorité des praticiens déclarent prévoir une réserve de sang (89%) et une délivrance dirigée (87,7%).

Ailleurs, les thérapeutiques à visée préventives rapportées étaient représentées par : les prostaglandines dans 20,9% des cas et les ocyto-ciques en perfusion dans 80% des cas.

PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM AU COURS DES DEUX PREMIERES PHASES DU TRAVAIL :

- A l'entrée en salle de naissance, disposer d'un groupe sanguin ABO RH (D), d'une NFS récente et vérifier qu'un abord veineux de bonne qualité est mis en place.
- Prévoir une réserve de sang devant une anémie sévère avec un taux d'Hb<8g/dl.
- Utilisation adéquate des ocytociques : dose minimale efficace avec surveillance rigoureuse du régime contractile.
- Eviction des examens répétés (TV++) à risque d'entraîner une infection.
- Une surveillance stricte de l'évolution du travail par l'utilisation systématique du partogramme.

PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM AU COURS DE LA TROISIÈME PHASE DU TRAVAIL

*Accouchement par voie basse

- L'administration préventive d'utérotoniques a prouvé son efficacité pour réduire l'incidence des HPP. L'oxytocine est le traitement de choix. Elle peut être administrée soit au dégagement des épaules (délivrance dirigée) ou juste après la naissance à la dose de 5 ou 10 UI, par voie IVL ou IM.
- En cas de non disponibilité de l'ocytocine :
Méthylergométrine : 0,2mg en IM ou Misoprostol600 µg (3cp)par voie orale à administrer la première minute après l'accouchement.
(NB : Contre indications dérivés ergot de seigle = HTA, Prééclampsie, pathologie cardiaque, VIH sous traitement)
- Dans le cadre d'un accouchement sans complication et sans hémorragie, la mise en œuvre d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta comme la traction contrôlée du cordon avant le délai traditionnel de 30 minutes n'est pas recommandée.

Il faudra respecter la physiologie de la délivrance : ne pas intervenir avant les signes de décollement du placenta.

- En cas de non-délivrance, et en l'absence de saignement, il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle au bout de 30 minutes de l'accouchement.

-L'examen systématique du délivre est fortement recommandé.

- En cas de suspicion de rétention placentaire, la conduite à tenir est de réaliser immédiatement une révision utérine.

- En cas d'un accouchement voie basse avec un utérus cicatriciel, la révision utérine systématique n'est pas recommandée.

- A noter que Le clampage précoce ou tardif du cordon, le massage utérin, la vidange vésicale systématique ainsi que la mise au sein précoce n'ont pas d'impact sur l'incidence des HPP.

- Il n'est pas recommandée d'installer systématiquement une perfusion supplémentaire d'oxytocine après la délivrance.

- L'acide tranéxamique n'est pas recommandé dans la prévention de l'HPP.

-La réparation d'une éventuelle épisiotomie doit être immédiate et devant un contexte de coagulopathie la mise en place d'une lame de drainage est recommandée.

-L'accouchée doit être systématiquement surveillée en salle de travail durant les deux premières heures du postpartum à un rythme minimum de 1examen/15min (TA, pouls, évaluation du saignement, examen du globe utérin). Le détail de cette surveillance devra être obligatoirement consigné sur une fiche horodatée.

*Accouchement par césarienne

-Il n'existe pas de technique de césarienne à privilégier pour prévenir l'HPP.

-La dose préventive d'ocytocine devra être administrée soit au dégagement des épaules (délivrance dirigée) ou juste après la naissance à la dose de 5 ou 10 UI, par voie IVL ou IM.

-La délivrance par traction contrôlée du cordon est à favoriser à la délivrance manuelle.

-Un traitement d'entretien par une perfusion IVL d'ocytocine peut être entrepris avec surveillance du tonus utérin. Au bout de deux heures et en l'absence d'anomalies, la perfusion pourra être interrompue.

- La surveillance post-opératoire se fera en salle de surveillance post-interventionnelle.

Elle doit porter sur l'abondance des saignements vaginaux extériorisés, le volume et la tonicité utérine ainsi que sur l'aspect de la paroi abdominale. La rétraction utérine doit être vérifiée au minimum toutes les 30 minutes durant les 2 heures de surveillance post-partum.

2.3 : ORGANISATION DES STRUCTURES SANITAIRES :

D'après les réponses des praticiens interrogés, les produits sanguins en cas d'HPP sont disponibles dans la maternité dans 28,2% des cas, dans une structure proche de la maternité dans 59% des cas ou encore dans une structure éloignée de la maternité dans 14% des cas. Dans 10,4% des cas ces produits ne sont pas disponibles en dehors d'une réserve demandée à l'avance. Le délai moyen de transfusion varie en fonction de la disponibilité des produits et peut aller de 20 à 80 minutes.

- Tout établissement prenant en charge des accouchements doit organiser les modalités d'approvisionnement et d'acheminement des produits sanguins de manière que leur délai d'obtention soit inférieur à 30 minutes.

- Chaque maternité doit disposer d'un protocole détaillé et régulièrement actualisé de prise en charge des HPP.

- Les drogues susceptibles d'être utilisées en cas d'HPP doivent être régulièrement vérifiées et mises à disposition.

- Les règles de conservation des médicaments doivent être respectées
L'Ocytocine : doit être conservée à une température comprise entre 15°C et 30°C et ne jamais être congelée.

Le Misoprostol : doit être conservé dans son emballage en aluminium dans un récipient fermé et à température ambiante.

L'Ergométrine ou le Méthylergométrine doivent être conservés à une température comprise entre 2 et 8°C , protégés contre la lumière et la congélation.

3/ LE DIAGNOSTIC D'HPP:

Le délai du diagnostic d'HPP rapporté dans les séries tunisiennes varie de 15 à 80 minutes. Dans 60 à 80% des cas, le diagnostic est posé en moins de 30 minutes. Dans 30% des cas, le diagnostic est posé avec un délai supérieur à 30 minutes mais inférieur à deux heures. Plus rarement (6 à 20% des cas), le diagnostic d'HPP est posé au-delà de deux heures [3-16]

L'évaluation de la gravité de l'HPP repose principalement sur la clinique et secondairement sur des examens complémentaires.

- Si l'hémorragie est immédiatement extériorisée et d'emblée massive elle sera le plus souvent rapidement détectée
- Si le saignement est distillant, il peut passer inaperçu et être bien toléré. Il peut même ne pas être extériorisé en particulier en cas d'hématome puerpéral ou d'hémopéritoine.

Ces situations peuvent aboutir à une sous-estimation de la gravité.

La tachycardie est reconnue comme signe de gravité d'une HPP par uniquement 58% des praticiens interrogés. Ailleurs, 26% de ces derniers relient la gravité d'une HPP à un saignement > 500cc.

- La sage-femme, l'équipe des infirmières et dans les centres universitaires, en plus de celles-ci, l'interne en obstétrique et le résident jouent un rôle essentiel dans l'évaluation et l'alerte initiale pour réunir l'équipe obstétricale et anesthésique. Les étapes ultérieures du traitement, ainsi que le pronostic de l'HPP seront largement influencées par la composante « temps » .

- Dans nos maternités, nous ne disposons pas de sacs de recueil. Ces dispositifs permettent d'avoir une évaluation exacte de la quantité de sang perdue après l'expulsion afin d'éviter le retard au diagnostic d'HPP. Dans ce sens, nous devons travailler à amener les autorités de tutelle à fournir ces dispositifs de surveillance.

4/ TRAITEMENT DE L'HPP :

4.1 : Prise en charge multidisciplinaire

Il est bien stipulé dans tous les textes de recommandations [17-21] que l'anesthésiste-réanimateur doit être impliqué dès les premiers signes de saignements anormaux, quelle que soit leur abondance et que sa présence sur place lors d'une HPP réduit de manière significative l'incidence de la morbidité et la mortalité maternelle.

Dans notre enquête, 77% des professionnels interrogés déclarent que la présence d'un médecin anesthésiste est systématique en cas d'HPP. Par ailleurs, ces derniers sont disponibles uniquement dans 30% des cas dans les hôpitaux régionaux.

En cas d'HPP, il ne s'agit plus d'une prise en charge individuelle mais d'un travail d'une équipe pluridisciplinaire qui comporte:

-Obstétriciens-Sages-femmes-Equipe d'anesthésistes.

La clé du succès suppose une intervention immédiate et simultanée de tous les membres de l'équipe.

4.2 : Mise en condition :

Dès que le diagnostic d'HPP est posé, 99,4% des praticiens interrogés réalisent une révision utérine et un examen sous valve ; 85,9% réalisent une deuxième voie d'abord et 52% démarrent le massage utérin. Tous ces gestes sont réalisés au bloc opératoire pour 62% des praticiens. Des résultats similaires sont retrouvés dans les travaux tunisiens (thèses et publications) où le massage utérin est réalisé dans plus de 60% des cas.

- Dès que le diagnostic d'HPP est retenu ; l'heure du début de l'hémorragie doit être notée et la patiente doit être acheminée **au bloc opératoire**.

-Installation de la patiente sur une table de bloc opératoire ou à défaut sur une surface plane, les jambes plus hautes que la tête.

- Des gestes simples salvateurs peuvent réduire le saignement en attendant la présence de tous les membres de l'équipe : le massage utérin, la compression bi manuelle de l'utérus (annexe1) et la compression de l'aorte abdominale (annexe 2).

-En parallèle, l'équipe d'anesthésie réanimation :

- Vérifie : le groupe sanguin -Rhésus, RAI et la numération formule sanguine (NFS) la plus récente.

- Pose une deuxième voie d'abord de bon calibre.

- Démarre le monitoring de la Fréquence Cardiaque (FC), la Pression artérielle (PA), la Saturation en O2 (SPO2) ainsi que le remplissage par cristalloïdes

- La patiente à ce stade devra avoir une analgésie adéquate , une oxygénothérapie et un sondage vésical.

- La banque de sang devra être avisée en vue d'une mise en réserve de CG et de PFC .
- L'obstétricien devra réaliser une délivrance artificielle dans le cas où le placenta est non expulsé ou dans le cas contraire, une révision utérine.
- Réaliser un examen sous valve de la filière génitale.
- Réparation rapide de l'épisiotomie ainsi que d'éventuelles déchirures périnéales.
- Une Antibio prophylaxie systématique est recommandée.

4.3 : Prise en charge d'une HPP après un accouchement par voie basse

4.3.a : OPTIONS THERAPEUTIQUES : PREMIERE LIGNE

Dans tous les travaux publiés, l'oxytocine représente le premier médicament administré pour le traitement d'une HPP. Les résultats de l'enquête mettent en évidence que l'oxytocine est utilisée en première ligne par 70% des prestataires. Ailleurs, 17,2% utilisent en premier le misoprostol (*Cytotec*), et 2,5% le méthyletergotamine (*Methergin*). Enfin, 9,2% des praticiens ont déclaré utiliser d'emblée le Sulprostone (*Nalador*) en cas d'HPP.

L'oxytocine : 5 à 10 UI par voie intraveineuse lente est le traitement de première intention, recommandé en cas d' HPP

- L'administration de l'oxytocine reste possible même si la patiente en a déjà reçu pour la prévention.
- A ce stade, une perfusion d'entretien est souhaitable pendant au moins 2 heures: 20 UI dans 1 litre de sérum physiologique avec un débit de 40 gouttes /min
- La dose maximale d'Oxytocine administrée ne doit pas dépasser les 40 Unités.

En cas de non disponibilité de l'oxytocine et de l'absence de contre indications, deux options thérapeutiques sont possibles :

- Ergometrine ou méthyletergotrine** à la dose de 0,2mg en IM. Cette dose peut être répétée toutes les deux ou quatre heures sans dépasser 1 mg, soit 5 doses en 24 heures.
- Misoprostol** : 800µg (4 Cp) en prise unique, voie sublinguale.

- Le Misoprostol à dose curative ne doit pas être administré si la patiente en a déjà reçu en préventif.
- Le Misoprostol peut être administré chez les patientes ayant reçu une dose préventive d'ocytocique.
- Il n'y a aucun bénéfice à la prescription simultanée de ces deux traitements.

4.3.b : OPTIONS THERAPEUTIQUES : DEUXIEME LIGNE

Certains produits ont été proposés dans la littérature tels que :

- Le Syntométrine (combinaison entre Oxytocine: 5UI et ergometrine: 0.5 mg): 1 ampoule en IM.
- Le Carbetocin: 100µg en IM ou IV pendant une minute
- Le Carboprost: 0.25 mg en IM avec un maximum de 2 mg.

Toutes ces drogues ne sont pas disponibles dans notre pays. Ce ci dit, leur utilisation n'a pas démontré de supériorité par rapport aux autres traitements de l'HPP, en plus de leur cout élevé.

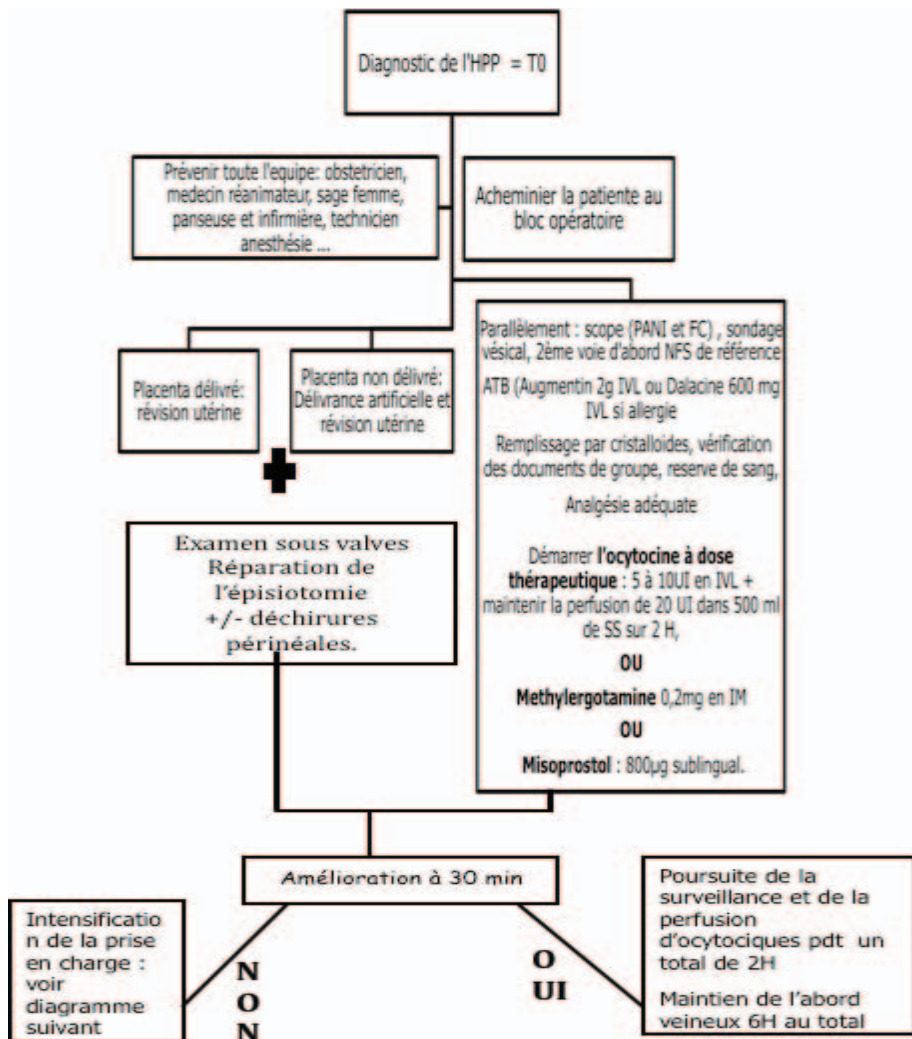


Diagramme N°1 : Prise en charge initiale d'une HPP après un accouchement par voie basse.

4.3.C : CONDUITE A TENIR EN CAS D'HPP PERSISTANTE APRES LA PRISE EN CHARGE INITIALE.

81,9% des praticiens interrogés déclarent avoir recours au Sulprostone en cas d'échec des thérapeutiques de première ligne. 8% déclarent que le produit n'est pas disponible dans leur maternité et 4,3% y ont exceptionnellement recours devant son coût élevé.

Le délai de prescription de Sulprostone par rapport au diagnostic d'HPP est rarement précisé. Il est inférieur à 30 minutes dans 40 à 65% des cas, compris entre 30 min et 1h dans 12 à 48% des cas et supérieur à 1 heure dans 5 à 10% des cas [3-16].

Le taux d'échec du Sulprostone rapporté dans la littérature tunisienne varie de 19 à 30% et semble être directement lié au retard de diagnostic et de prescription.

Si l'HPP persiste après 30 mn et en dépit des mesures initiales, des actions supplémentaires doivent être entreprises. Ces délais peuvent être raccourcis en cas de saignement abondant ou d'état hémodynamique instable.

-Le Sulprostone est efficace pour le traitement des HPP graves ou persistantes, il s'agit d'un traitement de seconde ligne.

-Son délai d'utilisation ne doit pas dépasser les 30 mn après le diagnostic de L'HPP

-Il est utilisé à la dose d'une ampoule dans 50 cc de sérum physiologique dans une pousse seringue à la vitesse de 50cc par heure, puis une deuxième ampoule pour la dose d'entretien avec une vitesse de 10cc heure

Des mesures de réanimation doivent être entreprises :

-Prélever NFS-PLQ, TP, TCK, Fibrinogène ± ASAT /ALAT/ creat.

-Entamer la transfusion de CGg et de PFC (à raison d'1 PFC pour chaque CG transfusé) devant une hypotension : PAS < 100 mmHg et /ou FC > 100bpm et/ou saignement abondant .

L'acide tranéxamique (Exacyl R) pourrait avoir un intérêt pour le traitement de l'HPP. Afin de valider son utilisation dans le contexte obstétrical des essais cliniques ont été lancés.

-Ce produit utilisé initialement en traumatologie, réduit le saignement ainsi que les besoins transfusionnels.

- Certaines équipes tunisiennes ont démarré son utilisation dans le

prescription de Sulprostone à la dose de 1gr/heure/IVL pendant 3 heures.

Ou encore utilisé en cas d'échec de Sulprostone à la dose de 1gr renouvelable selon le contexte.

Si la patiente ne répond pas au traitement par les utérotoniques ou s'ils sont indisponibles :

- L'utilisation des tamponnements intra- utérins par ballon est recommandé
Ou encore utilisé en cas d'échec de Sulprostone à la dose de 1gr renouvelable selon le contexte.

Si la patiente ne répond pas au traitement par les utérotoniques ou s'ils sont indisponibles :

- L'utilisation **des tamponnements intra- utérins par ballon** est recommandé par les différentes sociétés savantes mais celui-ci étant non disponible dans notre pays , des alternatives sont possibles comme:

- L'utilisation d'un gant stérile ou d'un préservatif qui seront attachés à une sonde de Foley et insérés dans l'utérus en respectant des conditions d'asepsies rigoureuses(annexe 3).

- Ce dispositif sera rempli par 300 à 500 ml de sérum physiologique

- A l'arrêt du saignement intra utérin cette sonde de Foley sera liée et maintenue dans l'utérus

- En cas de douleurs pelviennes ce dispositif peut être légèrement dégonflé: 50 cc

- Le dispositif est ainsi gardé durant 24 heures, puis il est dégonflé progressivement sur deux heures.

L'embolisation radiologique sélective des deux artères utérines est exceptionnellement disponible dans notre pays (Hopital Charles Nicolle, Hopital militaire et MongiSlim la Marsa)

L'embolisation radiologique sélective des deux artères utérines peut être proposée sous réserve de :

- Disponibilité d'un plateau technique à proximité de la maternité.

- Etat hémodynamique stable permettant la mobilisation de la patiente

- Utilisation de fragments résorbables de gélatine

Elle est surtout indiquée en cas d'accouchement par voie basse mais reste possible même après un échec des ligatures artérielles à ciel ouvert ou après hystérectomie.

Les coagulopathies ne constituent pas une contre indications à la réalisation d'une embolisation.

Pour le volet réanimation, ci jointes les recommandations en cas d'échec

Cas de figure 1 = état hémodynamique instable

-Faire/ convertir / continuer anesthésie générale (Etomidate, célocurine, intubation, éviter les halogénés)

-4^{ème} voir 5^{ème} voie d'abord± désilet fémoral±cathéter artériel radial ou fémoral

-Mettre sous Noradrénaline (24 mg dans 48ml SSI en PSE sur une voie périphérique dédiée uniquement à cela)

-Remplissage critalloides± colloides (1000ml max)

-Transfusion de CGR/PFC± plaquettes

-Fibrinogène lyophilisé (1 à 3 g)

Selon besoin facteur VII activé recombinant

-Continuer la transfusion après l'arrêt du saignement jusqu'à stabilité hémodynamique (FC<100bpm et PAM entre 60 et 80 mmHg)

Demander 2^{ème} bilan (aide à la décision)

Garder la patiente intubée ventilée et sédaturée

Continuer le réchauffement

Surveiller : FC, PA, SPO2, Diurèse, Saignement, température, biologie

Cas de figure n 2 : état hémodynamique stable

Surveiller : FC, PA, SPO2, Diurèse, Saignement

Remplissage critalloides± colloides (1000ml max) et transfusions

Fibrinogène lyophilisé (1 à 3 g)

Organiser transfert vers maternité niveau III / CHU multidisciplinaire le plus proche géographiquement.

Objectifs de la réanimation : au bloc opératoire et durant le transport

- PAM : 60 à 80 mmHg ou PAS>100 mmHg et FC < 100bpm
- Arrêt saignement clinique
- Diurèse horaire > 0,5ml/kg/h
- Hb> 9-10g/dl
- TP>60%
- PLQ> 50000/mm³
- Fibrinogène > 1g/l

Modalités de transfert :

- Alerter /communiquer les services d'accueil : communication téléphonique directe avec l'équipe receptrice
- Organiser rapidement le transport (< 30 min)
- Transport médicalisé (SAMU) préférable mais sans retarder la prise en charge
- la surveillance durant le transport
- Continuer les soins (oxygène, transfusions, remplissage± sédation, noradrénaline...)
- Communiquer les info vitales à l'équipe receptrice (FC, TA, saignement, événement inopiné)
- Recevoir les instructions et les mettre en œuvre

4.3.d : PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE D'UNE HPP GRAVE :

Traitement conservateur :

Le taux de traitement chirurgical conservateur rapporté dans la littérature tunisienne varie de 60 à 80%. En effet ; en cas de persistance de l'hémorragie après traitement médical, 80% des praticiens déclarent avoir recours aux ligatures vasculaires. Ainsi, la triple ligature est réalisée dans 55,8% des cas et la ligature des artères hypogastriques dans 24,5% des cas.

A noter que 23% des praticiens ayant répondu au questionnaire déclarent ne pas maîtriser la ligature bilatérale des hypogastriques, 46,6% peuvent la réaliser en présence d'un gynécologue expérimenté et uniquement 18% déclarent la réaliser régulièrement et sans difficulté.

Le recours à la chirurgie devra être décidé au plus tard dans l'heure qui suit le début de l'hémorragie et en cas de persistance ou d'aggravation de cette dernière.

-Le traitement conservateur devra être privilégié sans pour autant retarder la décision d'une hystérectomie d'hémostase.

-Aucune des techniques chirurgicales conservatrices n'est à privilégier plutôt qu'une autre.

- Techniques de ligatures vasculaires :

-Ligature bilatérale des artères utérines : technique simple à faible risque de complications.

-Triple ligature bilatérale: artères utérines, ligaments ronds et utéro ovariens

-Ligature bilatérale des artères hypogastriques: technique plus difficile nécessitant une courbe d'apprentissage plus longue avec des risques de complications immédiates sévères (plaies vasculaires)

-Techniques de plicature ou de compression utérine :

-B Lynch

-Sutures de Cho

Aucune technique de compression n'a démontré sa supériorité par rapport aux autres.

- A noter que l'utilisation d'une deuxième technique chirurgicale conservatrice peut rajouter une efficacité pour arrêter l'HPP mais ne doit pas retarder une hystérectomie d'hémostase.

Hystérectomie d'hémostase :

Elle est réalisée en première intention avec des taux variables selon les centres, allant de 2,5% à 40%. Les principales indications dans ce cas : les anomalies d'adhésion placentaires (20 à 47%), l'état hémodynamique instable (57,7%), la multiparité (28,8%), et la rupture utérine (20%).

D'une manière générale, le taux d'hystérectomie d'hémostase dans notre pays varie de 0,15‰ à 1,2‰. Elle est indiquée essentiellement en cas d'échec du traitement chirurgical conservateur (87%). Plus rarement elle est réalisée d'emblée après l'échec du traitement médical (9%).

-En cas d'échec du traitement médical et des techniques chirurgicales conservatrices une hystérectomie d'hémostase doit être indiquée.

-Une hystérectomie d'hémostase peut être indiquée d'emblée si l'état

maternel est grave d'emblé ou la mère a son capital d'enfants ou en cas de ruptures irréparables

-L'hystérectomie peut être totale ou subtotale en conservant le col utérin, selon les difficultés opératoires et selon l'appréciation du chirurgien

4.4- Particularités de la prise en charge de l'HPP en cas d'accouchement par césarienne.

Dans ce cas, le facteur de risque hémorragique principal est la réalisation de lacésarienne en cours de travail (24 à 56% des cas d'HPP). Les étiologies de l'HPP associée à la césarienne comprennent les causes liées à la délivrance (atonie utérine essentiellement) et les complications traumatiques préopératoires (2 à 4,9% des étiologies d'HPP).

-Le facteur de risque hémorragique principal est la réalisation de lacésarienne en cours de travail . Le saignement peut être diagnostiqué en per-opératoire ou en post opératoire.

-Les pertes sanguines en cours decésarienne sont difficiles à évaluer. L'estimation des pertes par lamesure du volume aspiré duquel on retire le volume de liquideamniotique associé à la pesée des compresses imbibées est la méthodeà utiliser en pratique. Le saignement évacuépar la filière génitale doit également être comptabilisé .

-Dans le cas d'une atonie utérine, la conduite médicale est la même que celle recommandée pour un accouchement par voie basse.

-Dans le cas d'un saignement per-opératoirepersistant après traitement médical, le traitement chirurgical immédiat est recommandé.

-En post opératoire, la suspicion d'un saignement intra péritonéal devra faire réaliser une échographie abdominopelvienne. La mise en évidence d'un épanchement intrapéritonéal indique la reprise chirurgicale.

Pour ce qui est de la réanimation, la prise en charge d'une HPP au cours d'une césarienneimplique de:

-Surveiller les constantes maternelles (FC, TA, SPO2)_Remplissage par cristalloïdes

-Utilisation de l'Ephedrine en IV.

- En cas d'échec il faudrait appliquer les mêmes règles de réanimation en cas de saignement persistant pour l'accouchement par voie basse et convertir en anesthésie générale.

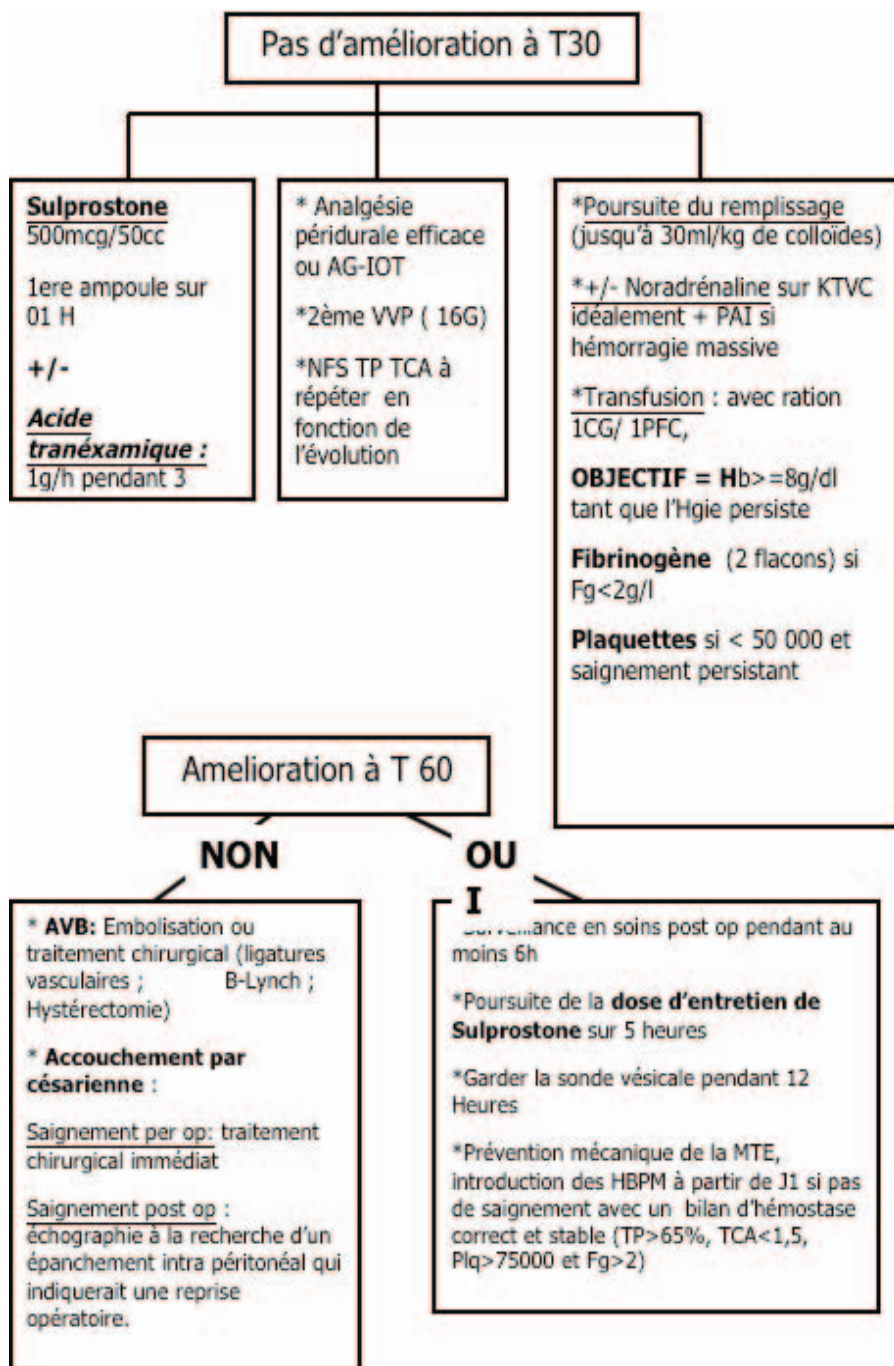


Diagramme 2 : Prise en charge d'une Hémorragie grave du post partum.

4.5 Prise en charge d'une HPP en cas de placenta prævia

-L'accouchement en cas de placenta prævia diagnostiqué en prénatal devra être programmé dans une maternité adaptée.

-L'accouchement par les voies naturelles peut être envisagé si la distance entre le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col est supérieure à 20 mm.

-Au cours d'une césarienne pour placenta prævia antérieur, l'extraction par décollement du placenta semble être préférable à l'extraction transplacentaire avec moins de risque d'hémorragie.

4.6 Prise en charge d'une HPP en cas de placenta accreta

* Le diagnostic anténatal du placenta accreta par l'échographie couplée au doppler couleur ou l'IRM permet :

-D'améliorer la prise en charge et programmer l'accouchement dans de meilleures conditions dans une maternité de niveau adapté.

- De programmer l'accouchement aux alentours de 34SA dans de bonnes conditions (réserve de sang, anesthésie générale avec voie centrale, patiente prévenue des risques d'hystérectomie ...)

* A cours d'une césarienne pour placenta accreta :

- Prévoir la présence en plus du gynécologue et de l'anesthésiste, d'un urologue ou d'un chirurgien digestif.

- Ne pas utiliser une technique extirpative

- Opter pour une césarienne- hystérectomie

- Le traitement conservateur est possible dans certains cas mais la patiente doit être informée des possibles complications immédiates et à distance.

4.7 prise en charge d'une hémorragie secondaire du post partum

Il s'agit d'une hémorragie survenant au-delà des premières 24 heures du post partum et au cours des 6 semaines après l'accouchement.

-Les causes les plus fréquentes sont les infections et les rétentions

-Certaines causes rares peuvent être aussi responsables de ces hémorragies telles que: les faux anévrismes de l'artère utérine, les fistules artério- veineuses, le choriocarcinome ou les coagulopathies.

-Le traitement dépend de l'étiologie: antibiothérapie, utérotoniques, aspiration, embolisation sélective, chirurgie.

REFERENCES :

1- ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician -Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstetrics and gynecology*.2006; 108(4):1039-47.

2-DSSB. Résultat de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie 1993-1994. Tunisie 1996.

3- DSSB. Résultat de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie 2009-2010. Tunisie 2011.

3- AlloucheW. Déterminants médicaux de la mortalité maternelle en Tunisie : Résultats de l'enquête nationale de 2008-2010 [Thèse]. Médecine: Tunis; Faculté de Médecine de Tunis; 2012.

4- Ben ChentirM. Prise en charge des hémorragies graves du post-partum. [Thèse]. Médecine : GABES ; Faculté de médecine de Tunis ; 2012.

5- Ben Elgharbi A. Les déperditions sanguines lors de l'accouchement : les hémorragies non diagnostiquées. [Thèse]. Médecine: Tunis; Faculté de Médecine de Tunis; 2012.

6-Karoui A. Prise en charge des hémorragies graves de la délivrance. étude de 25 cas au service « c »du CNMT.[Thèse]. Médecine: Tunis; Faculté de Médecine de Tunis; 2011.

7- Chelli D, Dimassi K, ZouaouiB et al.Evolution de la mortalité maternelle dans une maternité tunisienne de niveau 3. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2009;38: 655-61.

8- HidarA.Intérêt du tamponnement pelvien après hystérectomie d'hémostaseobstétricale dans le sauvetage maternel : étude rétrospective. [Thèse]. Médecine: Sousse; Faculté de Médecine de Tunis; 2010.

9-Chaabane K . Evaluation des différents procédés chirurgicaux des hémorragies graves du post-partum :A propos de cinquante cas. [Thèse]. Médecine: Tunis; Faculté de Médecine de Tunis; 2007.

10- Cheikhrouhou S. Hémorragie grave du postpartum : Prise en charge dans une maternité Niveau 2. Expérience de la maternité de L'hôpital régional de Gabès. [Thèse]. Médecine: Tunis; Faculté de Médecine de Tunis; 2014.

11- Guesmi N. Mortalité maternelle à Sfax en milieu hospitalier de 2006 à 2010 [Thèse]. Médecine communautaire: Sfax; 2013.

12- Hajji S. Les hémorragies graves de la délivrance. [Thèse]. Médecine : Monastir, Faculté de médecine de Monastir ;2006.

13- Chelli D, Boudaya F, Dimassi K et al. Ligature bilatérale des artères-hypogastriques dans la prise en charge des hémorragies du post-partum. J GynecolObstetBiolReprod. 2010; 39(1):43-49 .

14- Mathlouthi N, Trabelsi H, Zayen S, Amouri H, Dhoub M, Chaabene K et al. Hystérectomie et hémostase : Indications et pronostic. La Tunisie Médicale. 2012 ; 90(08) : 625-9.

15- Hidar S, Jennane TM, Bouguizane S, Lassoued L, Bibi M, Khaïri H. The effect of placental removal method at cesarean delivery on perioperative hemorrhage: a randomized clinical trial ISRCTN 49779257. Eur J ObstetGynecol Reprod Biol. 2004; 117(2): 179-82.

16- Fekih M, Jnifene A, Fathallah K et al. Intérêt du misoprostol dans la prévention de l'hémorragie du post-partum immédiat en cas de césarienne : essai prospectif randomisé. J GynecolObstetBiolReprod. 2009 ; 38:588-593.

17- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Les hémorragies du post partum. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : CNGOF ; 2014.

18- World Health Organisation (WHO). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHP ; 2012.

19-Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Prevention and management of postpartum haemorrhage. [http://www.rcog.org.uk/files/rcog_corp/GT52 PostpartumHaemorrhage guidelines](http://www.rcog.org.uk/files/rcog_corp/GT52_PostpartumHaemorrhage_guidelines). London: RCOG;2009.

21-FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int j Obstet Gynecol*. 2012; 117:108-118.

22-Anger H, Balki M, Pacagnella R et al .I PPH Panel 1 :Misoprostoland Other UterotonicsintheManagementofPPH:New Evidence to GuideClinical Practice. *Int J Obstet Gynecol*. 2015; 131(5):E47.

23- AsimAlam, Stephen Choi.Prophylactic Use of Tranexamic Acid for Postpartum Bleeding Outcomes:A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Transfusion Medicine Reviews* .2015; article in press.

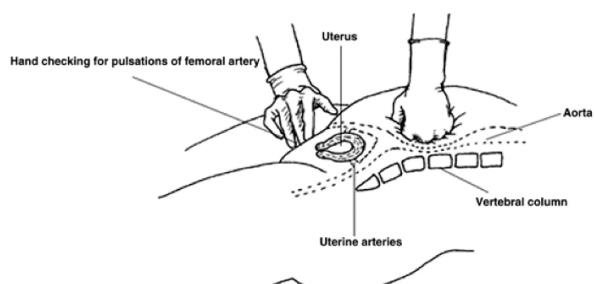
24-Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA.Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *The Cochrane Library*. 2013; 7.

25- Shields EL et al. Comprehensive maternal hemorrhageprotocols reduce the use of blood productsand improve patient safety. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 3: 273-276.

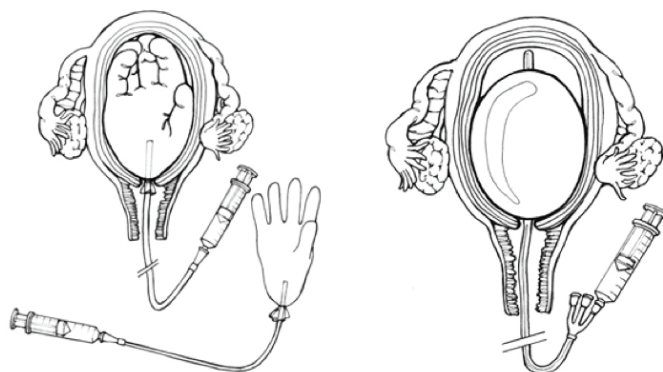
Annexe 1: Manœuvre de compression bi manuelle de l'utérus. [12]



Annexe 2: Manœuvre de compression de l'aorte abdominale.



Annexe 3: Différents type de ballonets intra-utérins [12]





www.stgo.org.tn