

Session 8: Prise en charge de l'hémorragie du postpartum

jhpiego.org

Johns Hopkins University Affiliate



Objectifs spécifiques

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

- Définir l'hémorragie du postpartum
- Décrire les conditions associées a l'hémorragie du postpartum (HPP) ;
- Administrer des utérotoniques pour maitriser l'atonie utérine ;
- Pratiquer les différents manœuvres de prise en charge de l'HPP ;
- Surveiller la femme pendant la PEC et après la maitrise de l'HPP ;
- Documenter les soins pourvus pendant et après la PEC de l'HPP.

Definition de l'HPP

- HPP: Saignement vaginal plus de 500 ml ou une quantité de saignement qui entraîne de trouble cardio - vasculaire
- HPP primaire : survenant dans les 24 heures après la naissance
- HPP secondaire : de 24 h – 12 semaines
- Faits :
 - › La quantité de sang estimée est souvent le quart de la quantité perdue
 - › Plus anémique la femme (i.e. plus bas est le niveau de Hb, plus faible est la tolérance de la perte sanguine)

Definition de l'HPP

- HPP: Saignement vaginal plus de 500 ml ou une quantité de saignement qui entraîne de trouble cardio - vasculaire
- HPP primaire : survenant dans les 24 heures après la naissance
- HPP secondaire : de 24 h – 12 semaines
- Faits :
 - › La quantité de sang estimée est souvent le quart de la quantité perdue
 - › Plus anémique la femme (i.e. plus bas est le niveau de Hb, plus faible est la tolérance de la perte sanguine)

« Brainstorming »

Quelles sont les conditions associées à l'hémorragie du postpartum ?

Causes de l'HPP

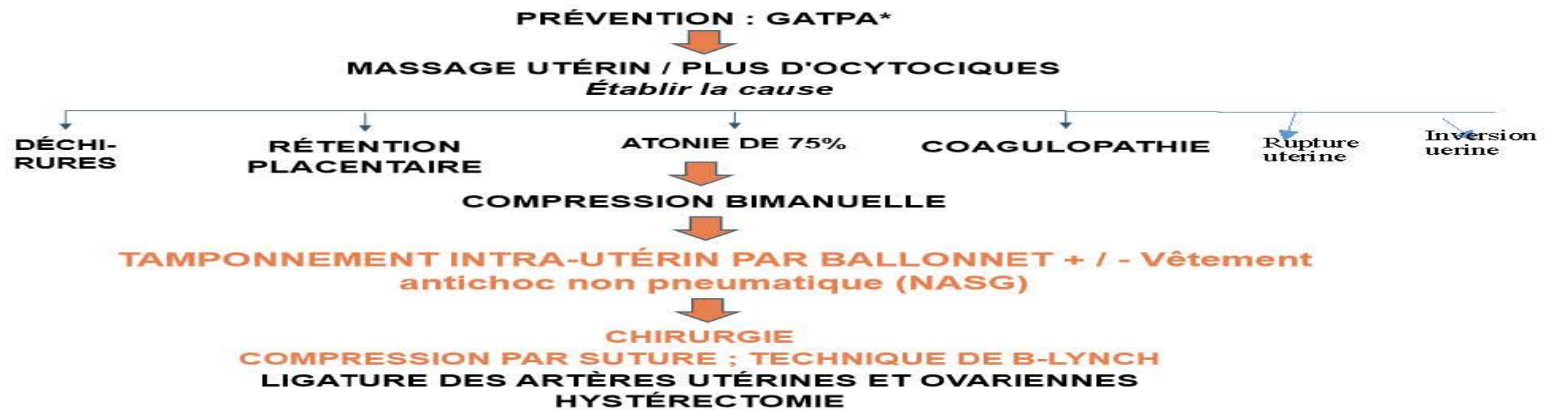
- Atonie utérine (la cause la plus commune)
- Rétention placentaire
- Lésions du col, du vagin ou du périnée
- Rétention de débris placentaires
- Rupture de l'utérus
- Inversion utérine
- Trouble de la coagulation

Conditions associées à l'HPP

- Une vessie pleine
- La rétention placentaire ou de cotylédons ou de membranes
- Un travail prolongé/obstrué
- Un utérus sur distendu
- Une stimulation de l'activité utérine pendant le travail
- Un déclenchement artificiel du travail

**Toute femme doit être considérée comme
« à risque » de souffrir d'une HPP !**

Prise en charge de l'HPP



HPP: Prise en charge

- Continuer les liquides IV
- Vérifier le tonus utérin, masser si nécessaire
- Continuer les médicaments utérotoniques
- Chercher les déchirures du col, du vagin et du périnée; chercher la coagulopathie
- Compression bimanuelle
- Compression aortique
- Tamponnade intra-utérine par préservatif
- Envisager la ligature de l'artère utérine et utéroovarienne ou hystérectomie

Pendant la prise en charge :

- Garder l'éventualité du choc à l'esprit
- Transfusion de sang si nécessaire
- Pantalon antichoc
- Envisager d'autres diagnostics

Ocytocine

– Dose initiale :

- IV: 20 unités dans 1 litre de solution intraveineuse - A grand débit
- OU IM: 10 unités

– Dose d'entretien :

- IV: 20 unités dans 1 litre de solution intraveineuse, à raison de 40 gouttes par minute (40 milli-UI/min ou 2 mL/min)

– Dose maximale :

- 3 litres de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine

– Précautions / contre-indications :

- Ne pas administrer sous forme de bolus intraveineux

Misoprostol

- **Dose initiale :**
 - Sublinguale : 800 mcg
- **Dose d'entretien :**
 - Répéter 200-800 mcg
- **Dose maximale :**
 - Pas plus de 1,600 mcg
- **Précautions/contre-indications :**
 - Néant

Ergométrine/méthylergométrine

– Dose initiale :

- IM ou IV (en injection lente): 0,2 mg

– Dose d'entretien :

- IM: 0,2 mg 15 minutes après la dose de charge IM ou IV: 0,2 mg (en injection lente) toutes les 4 h si nécessaire

– Dose maximale :

- 5 doses (total : 1,0 mg)

– Précautions/contre-indications :

- hypertension artérielle, pré-éclampsie, maladie cardiaque, ne pas administrer en cas de rétention placentaire

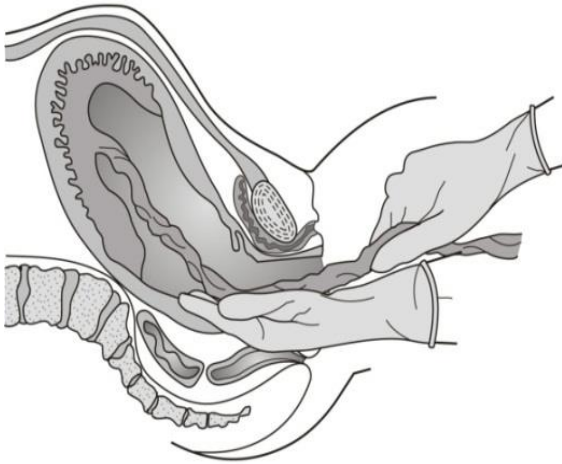
15-méthyl Prostaglandin F_{2α}

- **Dose initiale :**
 - IM: 0,25 mg
- **Dose d'entretien :**
 - 0,25 mg toutes les 15 minutes
- **Dose maximale :**
 - 8 doses (total: 2 mg)
- **Précautions/contre-indications :**
 - asthme, ne pas administrer en IV

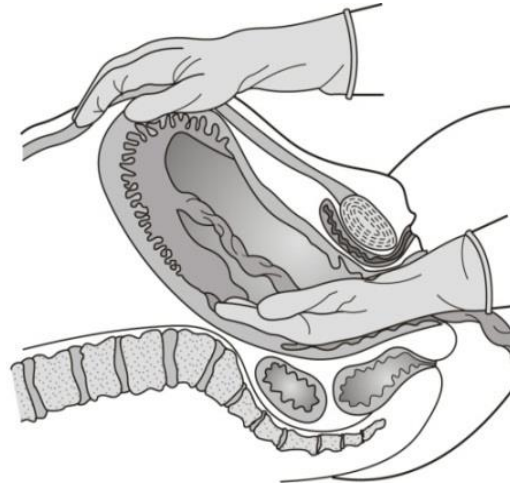
Acide tranexamique

- **Dose initiale :**
 - IV en injection lente : 1g
- **Dose d'entretien :**
 - Répéter après 30 minutes si le saignement persiste (ajuster selon la fonction rénale)
- **Dose maximale :**
 - Pas plus de 10 mg par kg de poids corporel 3 à 4 fois par jour
- **Précautions/contre-indications :**
 - Antécédents de coagulopathie ou de coagulopathie intravasculaire active, convulsions

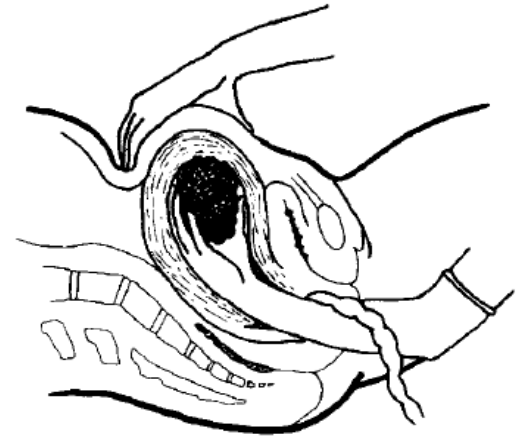
Délivrance artificielle



1



2



3

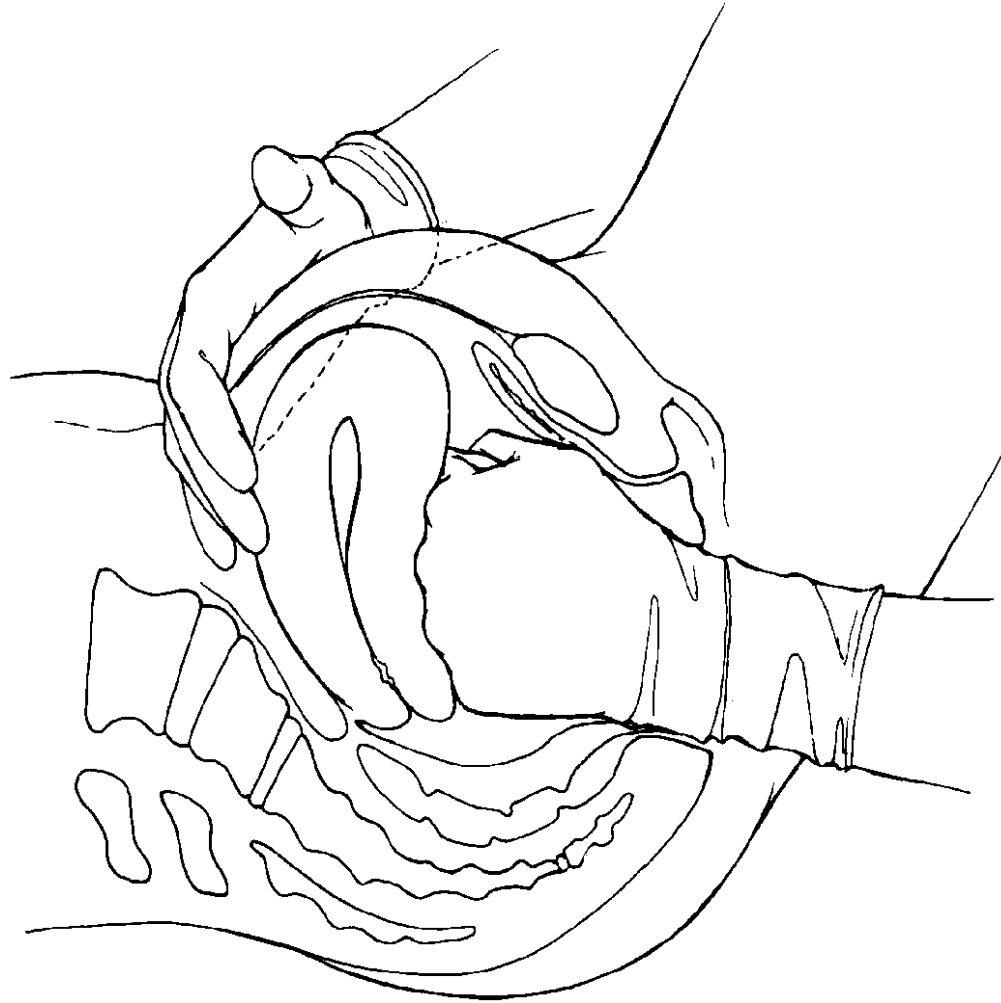
Démonstration / Démonstration de retour : Délivrance artificielle







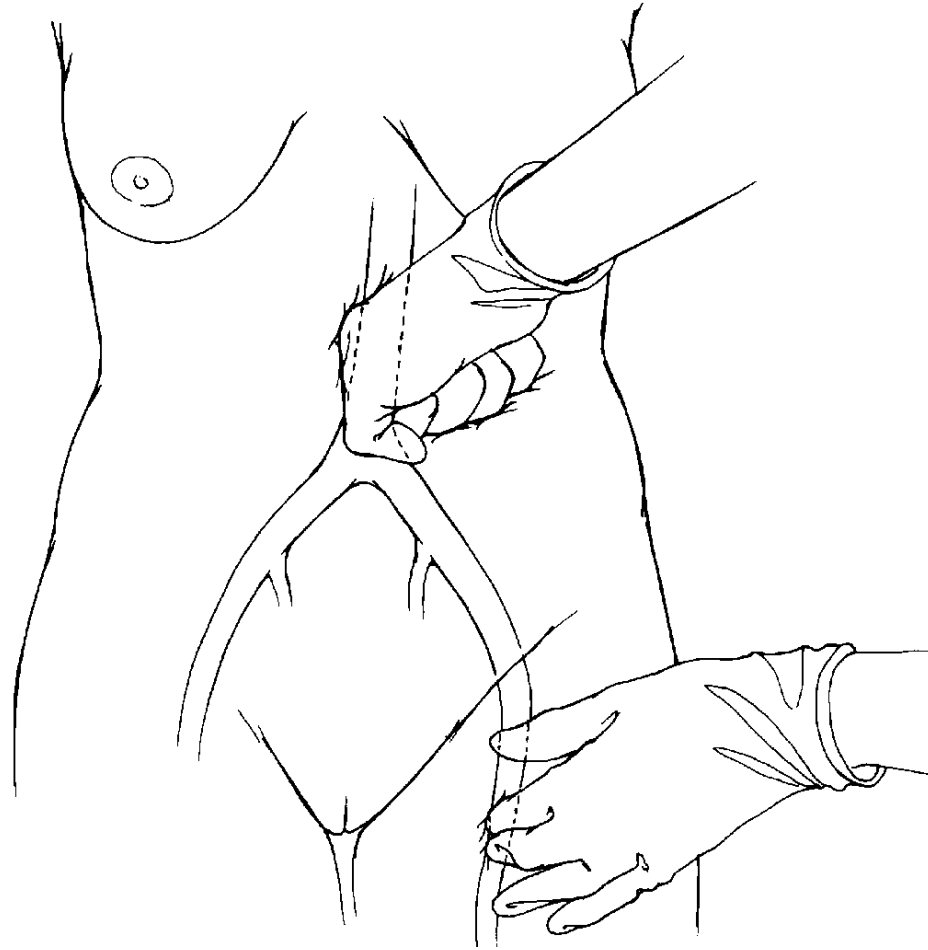
Compression bimanuelle



Démonstration / Démonstration de retour : Compression bimanuelle



Compression de l'aorte abdominale.....

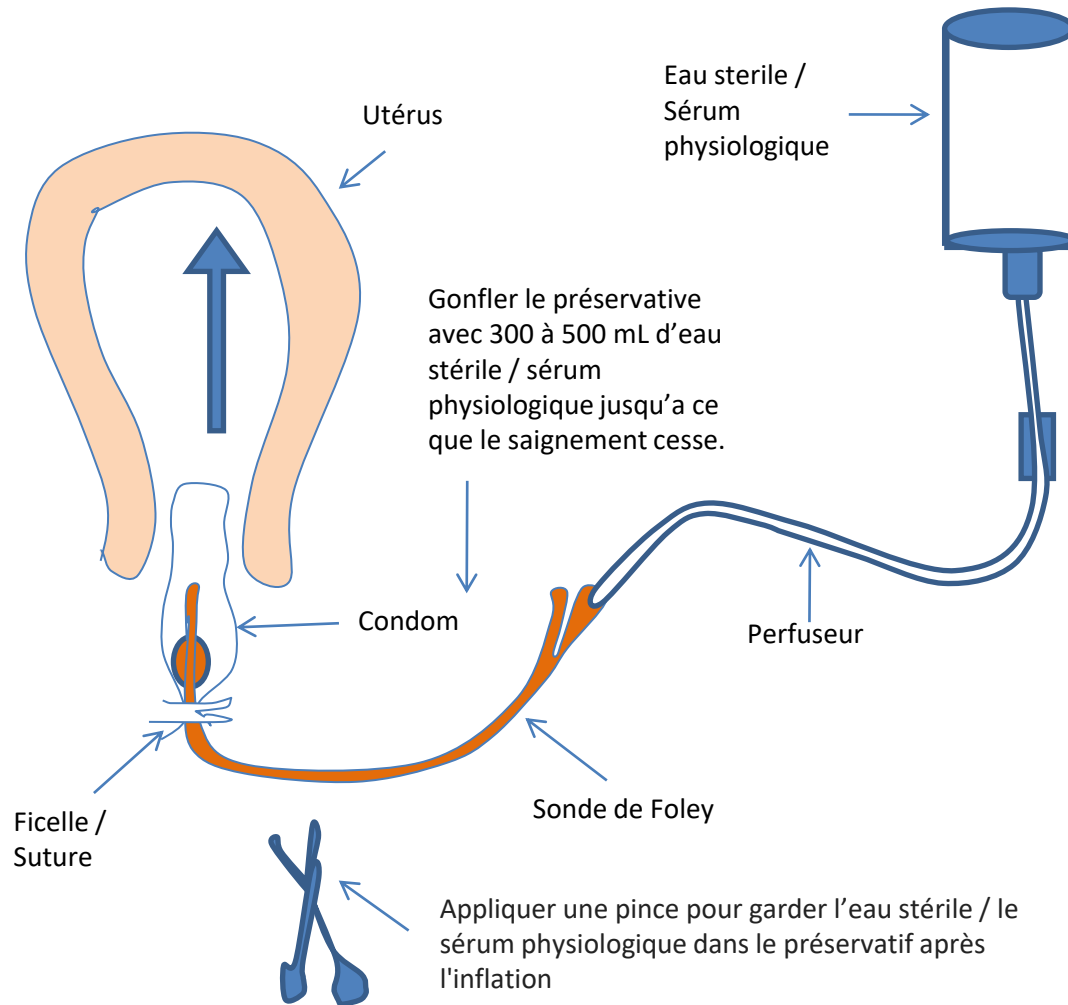


Démonstration / Démonstration de retour :

Compression de l'aorte abdominale



Le tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB)



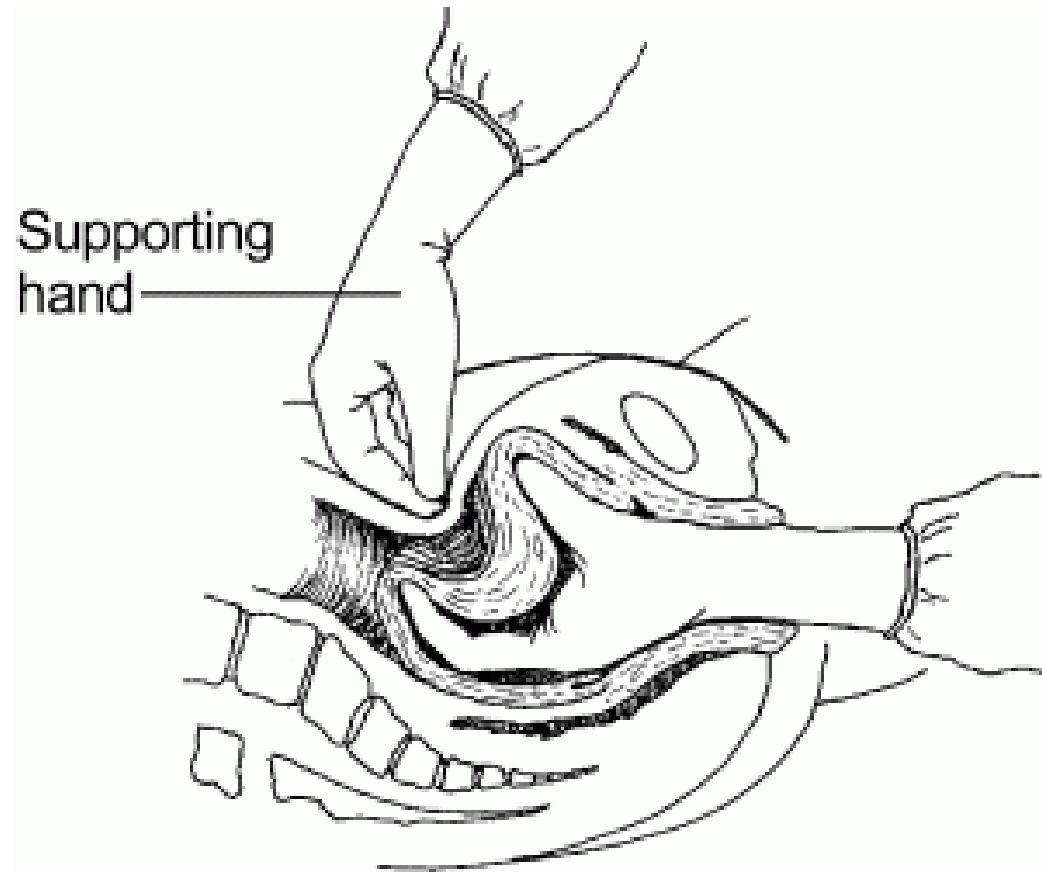
Inversion utérine: Prise en charge

- Agir rapidement
- Repositionner l'utérus
- Attendre pour donner les utérotoniques que l'utérus soit repositionné

Pendant la prise en charge :

- Donner des liquides IV
- Transfuser le sang si nécessaire
- Donner des médicaments contre la douleur
- Donner d'antibiotiques prophylactiques

Réduction manuelle de l'utérus inversé



Rupture de l'utérus: Prise en charge

- Référence immédiate
- Laparotomie immédiate avec hystérectomie probable
 - › L'hystérectomie subtotale est la moins risquée
- Transfusion de sang

Pendant la prise en charge :

- Hydratation par liquides IV
- Vider la vessie avant l'intervention chirurgicale
- Donner d'antibiotiques prophylactiques
- Surveiller les signes de choc

Test de coagulation suivant au lit

- Prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm x 75 mm) propre et sec ;
- Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud (± 37 °C) ;
- Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube ;
- **Si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé** ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie

Traiter selon les causes : coagulopathie

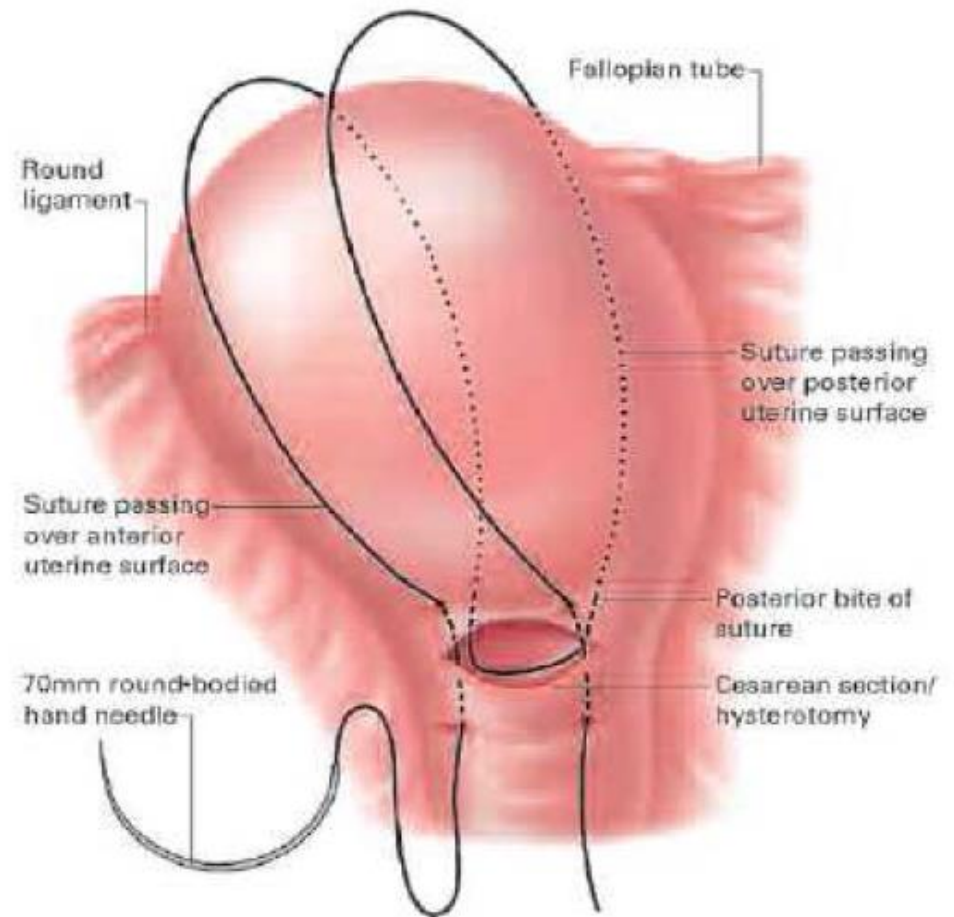
- Correction de trouble de la coagulation
- Transfusion de sang total frais OU des plaquettes
- Si au niveau du centre de santé : faire le traitement en urgence puis référer

Indications du TIUB

- Hémorragie du post-partum provoquée par une atonie, lorsque le massage utérin et la compression bimanuelle ont échoué à faire cesser les saignements
- Lorsqu'un contrôle temporaire de l'HPP est nécessaire avant d'orienter la patiente vers un niveau de soins supérieur

Prise en charge chirurgicale de l'atonie

- Suture de B-Lynch
- Ligature de l'artère utérine et utéroovarienne
- Hystérectomie



Surveillance de la parturiente

- Les paramètres suivants doivent être surveillés pendant la prise en charge et au moins 6 heures après la maîtrise de l'HPP :
 - › Pression artérielle
 - › Pouls
 - › Production d'urine
 - › Pâleur et hémorragie active
 - › Tonus utérin

Fréquence de la surveillance

- Au moins toutes les 15 minutes pendant la prise en charge
- Au moins 6 heures après la maîtrise de l'HPP :
 - ✓ toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures,
 - ✓ puis toutes les 30 minutes au cours des 2 heures suivantes
 - ✓ puis toutes les heures au cours de 2 heures suivantes

Documentation

- Perte de sang avant et après la PEC
- Volume de liquide donné
- Heure à laquelle on a fait chaque intervention / administré chaque médicament / mis la perfusion
- L'intervalle de temps entre le commencement de la PEC et l'arrêt des saignements
- Le cadre de prestataire qui a fait chaque intervention - infirmière, sage-femme ou médecin





Résumé

- L'atonie utérine est la cause principale de l'HPP
- Toute femme qui accouche peut avoir une HPP
- Prévention de l'HPP :
 - Assurer la vessie vide pendant le travail et le post-partum immédiat
 - Identifier une rétention placentaire ou de cotylédons ou de membranes immédiatement après l'accouchement
 - Prévenir un travail prolongé/obstrué en utilisant le partogramme
 - Assurer que les conditions soient réunies avant de tenter la stimulation de l'activité utérine pendant le travail ou le déclenchement artificiel du travail
 - Appliquer la GATPA pour chaque accouchement
- Diagnostic rapide et prise en charge rapide est de rigueur

Objectifs spécifiques

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

- Définir l'HPP
- Décrire les conditions associées a l'HPP
- Administrer des utérotoniques pour maitriser l'atonie utérine ;
- Pratiquer les différents manœuvres de prise en charge de l'atonie utérine ;
- Surveiller la femme pendant la PEC et après la maitrise de l'HPP ;
- Documenter les soins pourvus pendant et après la PEC de l'HPP.