
	<b>PROTOCOLE</b>	Référence : PO-CH/15/V01
	<b>HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE</b>	Applicable le 23/04/2013
		Page 1/7

<b>DIFFUSION</b>	SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
------------------	------------------------------------

	REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
<b>Nom</b>	Dr Marina Bécharde de Spirlet	Dr Joëlle Jansé Marec	Kafia HABBACHE
<b>Fonction</b>	Gynécologue Obstétricien	Gynécologue Obstétricien	Responsable qualité
<b>Signature</b>			

## OBJECTIF

Reconnaître les situations à risque élevé d'hémorragie de délivrance pour une prise en charge rapide et une prévention de l'hémorragie et prise en charge obstétricale et anesthésique de l'hémorragie de délivrance avérée pour diminuer la morbidité et la mortalité maternelle (1ère cause de mortalité maternelle en France)

## PERSONNEL CONCERNE

Gynécologues Obstétriciens, Sages-femmes, aides-soignantes, anesthésistes, surveillantes

## PROTOCOLE

Définition : pertes sanguines  $\geq$  500ml dans les 24h suivant l'accouchement (grave si  $\geq$  1000ml)

Fréquence : 5% à 10% des accouchements, sévère environ 2% des accouchements, 1.6 décès pour 100 000 accouchements, 1<sup>ère</sup> cause de décès maternel (16%)

## RECONNAITRE LES SITUATIONS A RISQUE D'HEMORRAGIE DE DELIVRANCE

### **Facteurs de risque (FDR) :**

Antécédent d'hémorragie de délivrance (x3)

Anomalie de la coagulation ( thrombopénie cf, maladie de Willebrandt cf, déficit en facteur XI cf, femmes conductrices d'hémophilie)

Surdistension utérine (macrosomie, grossesse gémellaire, hydramnios, grande multiparité > 4), malformation utérine, myome, ATCD de chirurgie utérine

Pré éclampsie, utilisation prépartum d'inhibiteur calcique (Loxen et/ou Sulfate de magnésium)

Anomalie placentaire (prævia, HRP), embolie amniotique, rupture utérine, inversion utérine MFIU


Infection

Travail long ou très rapide, hémorragie en cours de travail, administration d'ocytocine (dose-dépendante)

Manoeuvre obstétricale difficile, césarienne.

Fibrinogène < 4 g/l

NB : tout en sachant que la plupart des hémorragies surviennent sans FDR (50% des cas), les patientes ayant des FDR graves connus en cours de grossesse (placenta recouvrant ou accreta, troubles sévères de l'hémostase, ATCD d'hémorragie de la délivrance grave ou d'embolisation) doivent être transférées in utero dans un service comportant le plateau technique adapté (radiologie interventionnelle, réanimation maternelle)

 Hertford British Hospital	<b>PROTOCOLE</b>	Référence : PO-CH/15/V01
	<b>HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE</b>	Applicable le 23/04/2013
		Page 2/7

## **TRAITEMENT PREVENTIF**

### **REDUCTION DE LA DUREE DE LA DELIVRANCE:**

**Délivrance dirigée:** Elle est systématique pour tous les accouchements même les césariennes et permet d'accélérer le décollement placentaire par injection de 5 UI de Syntocinon par voie intraveineuse à la sortie des épaules associé à un massage utérin et une traction douce sur le cordon. Cette technique doit être pratiquée immédiatement par la personne qui accouche et le nouveau-né est donc pris en charge par une tierce personne. L'examen du placenta permet de détecter une délivrance incomplète nécessitant une révision utérine

**Délivrance artificielle:** à pratiquer par le gynécologue de garde dans les 20 minutes après l'accouchement si placenta est non décollé ou immédiate dans les situations à risque.

Aide possible avec du Natispray 0,15 mg 2 bouffées sublinguale sous contrôle tensionnel  
Description dans le dossier obstétrical de la localisation placentaire et de la cavité utérine

**Révision utérine:** rapide si délivrance incomplète et en cas de facteurs de risques, à pratiquer d'autant plus facilement que la femme est sous analgésie.

### **REDUCTION DU DELAI DE REFECTION D'EPISIOTOMIE**

Si risque hémorragique ou épisiotomie hémorragique, commencer l'hémostase avant même la délivrance ou mettre une pince hémostatique sur le vaisseau qui saigne.

Si le nouveau-né nécessite des soins urgents, faire appel à une tierce personne pour la suture.

### **OBTENIR UN BON GLOBE UTERIN**


Dès la délivrance acquise, utérotoniques 10 à 20 UI de Syntocinon en perfusion (si la dose requise est supérieure à 50 UI, passage au Nalador) et massage utérin

Pabal à discuter en cas de facteurs de risques (cf) si césarienne sous ALR

### **SURVEILLANCE**

Poche de recueil après l'accouchement pour quantifier les pertes sanguines : estimation des pertes sanguines doit apparaître sur le compte rendu de tous les accouchements.

Surveillance en salle de naissance dans les 2h suivant l'accouchement avec surveillance des pertes sanguines, du pouls, de la tension artérielle consignés sur la feuille verte du dossier


 Hertford British Hospital	<b>PROTOCOLE</b>	Référence : PO-CH/15/V01
	<b>HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE</b>	Applicable le 23/04/2013
		Page 3/7

## **TRAITEMENT CURATIF**

### **PRISE EN CHARGE D'UNE HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE**

### **SI PERSISTANCE DU SAIGNEMENT, PRISE EN CHARGE RAPIDE, EFFICACE ET PLURIDISCIPLINAIRE (pertes souvent sous-estimées)**

- prévenir gynécologue et anesthésiste de manière simultanée +++
- FAIRE FEUILLE DE SURVEILLANCE avec horaires +++ (cahier prévu à cet effet)
- Sondage vésical à demeure, analgésie poursuivie, O2 nasal, position de Trendelenbourg, couverture chauffante.
- Surveillance TA, fréquence cardiaque (Dynamap), saturation en oxygène, diurèse horaire, coloration, efficacité du traitement sur le globe utérin et sur les saignements (quantification en pesant les champs imbibés et en surveillant la poche de recueil)
  - Contrôle de l'efficacité de la perfusion (remplissage vasculaire avec des cristalloïdes et éventuelle pose d'une 2e voie d'abord de bon calibre c'est-à-dire 16 gauges)
  - Contrôle du bon débit de **SYNTOCINON IVL**( 20 UI dans 500 ml de ringer lactate en 20 min) puis **NALADOR** après arrêt du syntocinon : 1 ampoule de 500µg dans 50 ml à la seringue électrique initialement à la dose de 100µg/h et augmenté de 100µg/h toutes les 5 minutes jusqu'à l'obtention d'une efficacité clinique sans dépasser 500µg/h. Dès que l'objectif clinique est atteint (globe tonique), passer à la posologie d'entretien de 100µg/h. Toujours prévenir l'anesthésiste et l'Obstétricien de la mise sous Nalador.
- NB : l'efficacité du Nalador diminue quand le délai entre la délivrance et la pose du Nalador augmente
  - **EXACYL** systématique en même temps que le Nalador : 2g (4 ampoules de 500mg soit 20ml) à la seringue électrique en 20 min puis 0.5g/h pendant 6h
  - Contrôle chirurgical de l'hémostase sous bonne analgésie : révision utérine, révision du col sous valves et complément de suture si nécessaire +/- tassage de mèches dans la filière génitale si érosions vaginales, massage utérin tonique et permanent
  - Antibiotiques: **Augmentin** 2g IVL à débiter en salle de travail et poursuivre en suites de couches 1g x 3 par jour jusqu'au retour des résultats bactériologiques
  - Bilan d'hémostase (NFS, Plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, Troponine) en prévenant le laboratoire qu'il s'agit d'une hémorragie de la délivrance nécessitant des résultats dans les meilleurs délais +/- Hémocue , prélèvements bactériologiques (si non faits avant l'accouchement) : ECBU, PV, Hémocultures si fièvre
  - Vérification carte de groupe (2 déterminations phénotypées et Kell) et RAI (en principe déjà fait à l'admission) et prévenir avec l'accord de l'anesthésiste la banque du sang
  - Discuter avec l'anesthésiste de la transfusion pour maintenir une Hb > 8g/dl, un fibrinogène > 2g/l et des plaquettes > 50 000/l (culots globulaires, culots plaquettaires, PFC, fibrinogène, antifibrinolytiques) : modalités d'approvisionnement et d'acheminement des produits sanguins labiles définis par les anesthésistes et le site transfusionnel Kléber et délai d'obtention des culots globulaires en < 30 mn par coursier (le jour laborantin de Kléber, la nuit AS des urgences Kléber)
  - Echographie pour éliminer un hémopéritoine

 Hertford British Hospital	<b>PROTOCOLE</b>	Référence : PO-CH/15/V01
	<b>HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE</b>	Applicable le 23/04/2013
		Page 4/7

## DEVANT LA PERSISTANCE D'UNE HEMORRAGIE ACTIVE > 40 min

### - Score d'évaluation

FC > 115 / min (et PA d < 50 mm Hg)

Localisation placentaire anormale

TP < 50 %

Fibrinogène < 2 g/l

Troponine +

Si score > 2, envisager traitement invasif

Si score entre 1 et 2, répéter score toutes les 30mn

- **Ballon de Bakri** : efficacité rapide en 30mn, à maintenir 24h (retrait en 1 à 2 fois)

- En cas de persistance malgré le ballon de Bacri, prévenir le chirurgien d'astreinte, l'IBODE et l'IADE en concertation avec l'anesthésiste et décider d'une des 2 stratégies suivantes :

- **embolisation des artères utérines** par cathétérisme sélectif à partir de l'artère fémorale

Si la patiente est stable sur le plan hémodynamique car le geste technique requiert un délai de 1 à 5h

Transfert à l'hôpital Beaujon de préférence (appeler l'Anesthésiste Réanimateur de la salle de réveil de l'hôpital Beaujon : 01 40 87 50 00) et appel du SAMU pour le transfert de la patiente  
Photocopier le dossier et rédiger une lettre de transfert en précisant surtout les traitements instaurés depuis le début de l'hémorragie (utérotoniques, transfusion avec le nombre de culots passés)

- **traitement chirurgical sous AG avec intubation** : quand la situation hémodynamique est instable ou à ventre ouvert (en cours de césarienne) ou en cas d'hémopéritoine :

Ligature des artères utérines isolée ou associée à la ligature des ligaments ronds et des utéro-ovariens (avec respect de la vascularisation tubaire) selon la technique de Tsurulnikov

Capitonnage des parois de l'utérus ou technique des bretelles utérines selon B-Lynch

Ligature des artères hypogastriques privilégié sur la ligature des artères utérines si opérateur entraîné.

Hystérectomie d'hémostase

Tassage de champs en intra-abdominal

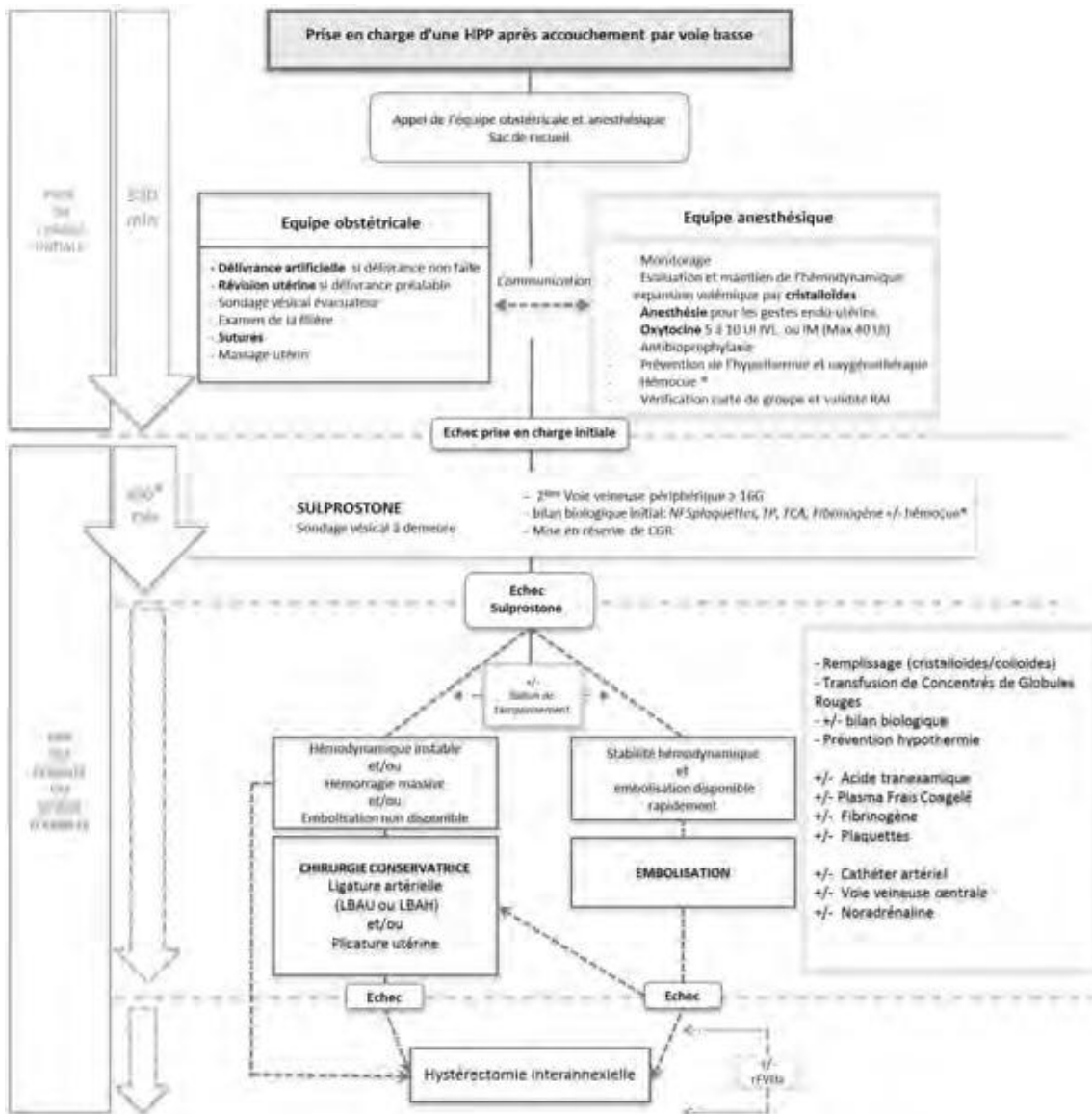
- Novoseven® : facteur rVIIa en cas de syndrome hémorragique persistant ou réfractaire après embolisation ou hystérectomie d'hémostase ou lié à un thrombus vaginal extensif avec un débit > 3 culots érythrocytaires par heure : 90 gamma/kg à renouveler 2h après

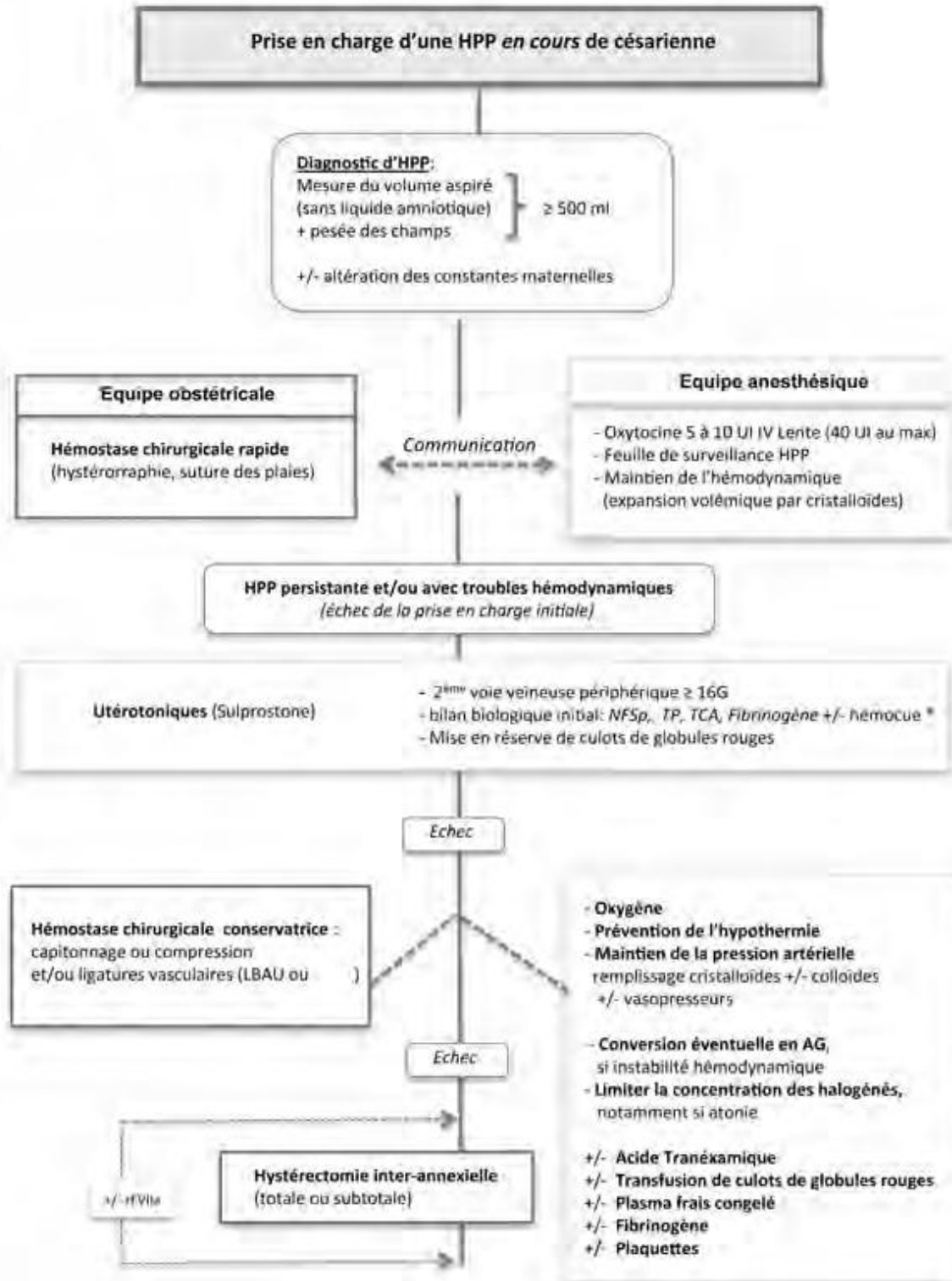
- Cell Saver en cas d'impossibilité transfusionnel (cf)

NB : les patientes ayant eu une hémorragie grave de la délivrance doivent bénéficier d'un thromboprophylaxie par Lovenox® 0.4 pendant 7 à 14 jours ou plus en cas de FDR surajouté.


## A DISTANCE

Une RMM d'un dossier difficile de prise en charge d'une hémorragie de la délivrance doit être encouragé.







 Hertford British Hospital	<b>PROTOCOLE</b>	Référence : PO-CH/15/V01
	<b>HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE</b>	Applicable le 23/04/2013
		Page 7/7

## **BIBLIOGRAPHIE**

Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragie de la délivrance. Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF). Décembre 2014.

Recommandations de l'ACOG, la FIGO, le RCOG

Journée de la SFAR 2011

Journée du CARO mai 2010

Hémorragies du post-partum. Protocoles cliniques en Obstétrique. D. Cabrol, F. Goffinet. p.197-202. Eds Masson.

Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragie de la délivrance. Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF). Décembre 2004.

Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragie du post-partum immédiat. HAS novembre 2004.

Protocole de l'hôpital Antoine Béclère de Clamart.

Protocole de l'hôpital Louis Mourier de Colombes.

Protocole de l'hôpital Lariboisière.