

Mise au point

Transfusion et hémorragie du post-partum

Transfusion and postpartum haemorrhage

A.-S. Ducloy-Bouthors^{a,*,f}, É. Blondé-Zoonekynd^{a,f}, E. Jaillette^{a,f}, P. Richart^{a,f},
C. Barre-Drouard^{a,f}, B. Wibaut^{c,f}, J.-C. Ducloy^{e,f}, J. Sicot^{d,f}, S. Depret-Mosser^{b,f},
A. Godier^g, S. Susen^{c,f}

^a Maternité, pôle anesthésie réanimation, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^b Hématologie-transfusion, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^c Réseau périnatal Ombrel, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^d Urgences-Samu, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^e Obstétrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^f Université Lille II EA 2694, CHRU, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^g Hôtel Dieu, AP-HP, 75000 Paris, France

Disponible sur Internet le 10 novembre 2010

Résumé

L'hémorragie du post-partum est la première cause de mort maternelle en France et dans le monde. La prise en charge protocolée et chronométrée de l'hémorragie obstétricale peut contribuer à réduire la morbi-mortalité liée à cette pathologie. La réanimation s'appuiera sur une organisation anticipée des soins garante de l'accès aux gestes d'hémostase, aux moyens de surveillance et aux produits sanguins. La transfusion est au cœur de ce dispositif.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hémorragie post-partum ; Anomalie d'insertion placentaire ; Hématome rétroplacentaire ; Embolie amniotique ; Transfusion ; Thrombo-élastographie ; Réseau périnatal ; Urgence vitale ; Organisation des soins ; Antifibrinolytiques ; Acide tranexamique ; Fibrinogène ; Plasma frais congelé ; Facteur VII activé recombinant

Abstract

Postpartum haemorrhage is the leading cause of maternal death in France and worldwide. Guidelines help to conduct a timed management and to reduce maternal morbidity and mortality. Rescue and surgical care, transfusion and monitoring have to be previously organized.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Postpartum haemorrhage; Transfusion; Thrombelastography; Anti-fibrinolytic agents; Tranexamic acid; Fibrinogen; Fresh-frozen plasma; Recombinant activated factor VII

1. Introduction

L'hémorragie du post-partum (HPP) reste la première cause de mortalité et morbidité maternelle en France et dans le monde [1]. Il s'agit d'un saignement excessif provenant du tractus génital survenant dans les 24 heures qui suivent l'expulsion

foetale par les voies naturelles (> 500 mL) ou par césarienne (> 1000 mL). Ce saignement est caractérisé par son caractère brutal et imprévisible et parfois sa grande abondance [2].

Répondre à l'urgence hémorragique du péripartum et diminuer la mortalité et morbidité maternelle requièrent une anticipation et une organisation préalables des soins. Elles permettent d'adapter les soins obstétricaux et de réanimation à la surveillance étroite du débit du saignement et des fonctions vitales, de l'anémie et de l'hémostase éventuellement par des techniques délocalisées [2–4]. La transfusion des produits sanguins est au cœur de cette organisation [5]. Les protocoles

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne-sophie.ducloy@chru-lille.fr
(A.-S. Ducloy-Bouthors).

de prise en charge de l'HPP et les protocoles de transfusion massive font l'objet d'une discussion parallèle à celle des autres domaines des hémorragies graves.

2. Caractéristiques de l'urgence hémorragique obstétricale

2.1. La délivrance normale

La délivrance normale nécessite que la rétraction utérine survienne après le décollement placentaire, enserrant les artérioles et veinules utérines dans une maille hémostatique (ligatures vivantes de Pinard). Cette rétraction utérine permet la coagulation intravasculaire localisée du lit vasculaire placentaire riche en facteur tissulaire et en facteurs de la coagulation. La rétraction utérine qui réalise une véritable autotransfusion en redistribuant dans la circulation maternelle les 500 mL de sang contenu dans l'utérus, contribue à la tolérance maternelle à l'hémorragie. Cette tolérance en rapport avec l'inflation du volume circulant masque les signes de choc hémorragique en deçà du seuil critique de 1500 mL. L'augmentation du potentiel pro-coagulant, la diminution de la fibrinolyse et du potentiel anticoagulant, ainsi que la richesse en FT et en thromboplastine du placenta permettent un arrêt immédiat du saignement dont le débit potentiel est de 700 mL/min [3].

2.2. Étiologies de l'hémorragie du post-partum

Deux situations cliniques différentes peuvent être identifiées : l'hémorragie progressive d'origine utérine ou issue de la filière génitale et l'hémorragie massive incoercible compliquant par exemple une césarienne transplacentaire pour anomalie d'insertion placentaire. Les causes utérines représentent 90 % des causes d'hémorragies du post-partum : atonie utérine (58 % des cas), rétention placentaire (29 %), les anomalies de la placentation (2 %), la rupture utérine (2 %). La dilacération des parties molles représente 3 à 4 % des étiologies de l'HPP et l'origine du saignement est extériorisée au niveau d'une lésion de la filière génitale ou de l'épisiotomie. Les thrombus pelviens et génitaux sont à l'origine de moins de 1 % des hémorragies du post-partum. Ils siègent au niveau vulvaire ou vaginal, voire dans le ligament large et peuvent s'étendre jusqu'aux fosses ischiorectales. Leur diagnostic et l'appréciation du volume hémorragique sont difficiles puisqu'il n'y a pas de saignement extériorisé. Elle est évoquée devant une douleur périnéale après un accouchement souvent rapide, associée à une déglobulisation maternelle. Enfin, les anomalies préexistantes de l'hémostase maternelle peuvent participer à la constitution d'une HPP et à sa gravité [6].

2.3. Diagnostic et caractéristiques cliniques de l'hémorragie du post-partum

Toute patiente qui vient d'accoucher, quel que soit le mode d'accouchement, est surveillée en milieu obstétrical pendant deux heures après la naissance. La surveillance porte sur l'hémodynamique maternelle, l'involution du globe utérin et les saignements par voie basse.

Le diagnostic d'HPP d'évolution plus ou moins rapidement progressive est facile si le saignement est extériorisé et mesuré dans un sac de recueil gradué et/ou par une pesée des compresses. L'appréciation visuelle des saignements sous-estime les pertes hémorragiques même si l'utilisation d'un sac de recueil ne réduit pas l'incidence des hémorragies sévères [7]. Il est plus difficile lorsque le processus hémorragique est insidieux. Une tachycardie supérieure à 95 bpm est alors un signe d'alerte plus encore que l'hypotension artérielle qui témoigne déjà d'un retard de diagnostic et de traitement. À ce stade, il est impératif qu'une hémostase chirurgicale ou radio-interventionnelle associée à un traitement médical (restauration de la volémie et correction des troubles de coagulation) soit entreprise pour éviter un tableau de gravité maximale avec troubles complexes de l'hémostase et lésions ischémiques irréversibles aboutissant au décès de la patiente.

L'HPP massive incoercible observée au cours d'une césarienne pour anomalies d'insertion placentaire ou pour hématome rétroplacentaire met en jeu immédiatement le pronostic vital maternel. Le débit sanguin utéroplacentaire de 700 mL/min donne la mesure du volume et de la rapidité de ces HPP massives. Les anomalies d'insertion placentaire en profondeur (placenta *accreta*, *increta* et *percreta*) empêchent le décollement normal ou artificiel du placenta et le segment inférieur ou la cicatrice sur lesquels l'insertion basse du placenta se maintient sont dénués de toute fibre musculaire de compression vasculaire qui pourrait réaliser l'hémostase mécanique. Ces HPP massives de même que l'embolie amniotique, l'hématome rétroplacentaire ou la mort in utero s'accompagnent de troubles de l'hémostase rapidement évolutifs et profonds qui accentuent le saignement.

2.4. Anomalies de l'hémostase associée à l'hémorragie du post-partum

Les anomalies de l'hémostase associées à l'HPP font l'objet actuellement d'une attention particulière visant à définir leurs origines et leur traitement. La baisse du fibrinogène est constante et parfois très profonde. Elle est le seul élément indépendant permettant de prédire la sévérité de l'HPP [8]. Parmi les mécanismes qui peuvent l'expliquer, on retrouve essentiellement la perte de facteurs dans le flux hémorragique, aggravée par l'hémodilution secondaire au remplissage vasculaire à l'aide de solutés de remplissage, la CIVD dans certains cas avec consommation des facteurs de coagulation plasmatique et des plaquettes et enfin la fibrinolyse. La correction de ces troubles de l'hémostase pourrait contribuer en association avec le traitement utérotonique à stopper l'HPP.

3. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Stratégies préventives de l'hémorragie

3.1. Prévention et traitement de l'anémie ferriprive de la grossesse

Elle est basée sur la prescription dès le début de la grossesse de fer per os et de folates. Elle vise à maintenir la concentration d'hémoglobine au-dessus de 11 g/dL et s'adresse à toutes les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1105420>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1105420>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)