

SITUATIONS CRITIQUES EN OBSTÉTRIQUE

Hawa KEITA-MEYER



SERVICE D'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE ET OBSTÉTRICALE
HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES, PARIS



SITUATIONS CRITIQUES EN OBSTÉTRIQUE

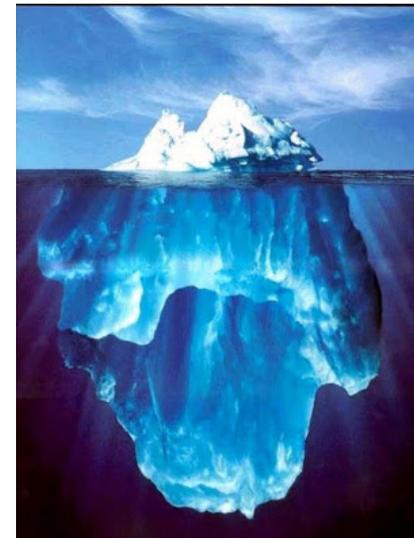
Situations critiques en obstétrique. Conséquences maternelles

Mortalité

- 1 décès maternel pdt grossesse ou accouchement / minute dans le monde *Ronmans C et al. Lancet 2006*
- 1000 / 100 000 NN Afrique subsaharienne vs 6,5 -17 / 100 000 NN pays occidentaux *Ronmans C et al. Lancet 2006 - Clark SL et al. AJOG 2008*

Morbidité Maternelle Sévère (MMS)

- Pour 1 décès maternel → 30-50 MMS
http://www.safemotherhood.org/about/whatis_sm.html



Situations critiques en obstétrique. Particularités et spécificités

Négligence ou soins sous-optimaux

- 38,3% lors de survenue d'EIG en obstétrique!

Brennan TA et al. NEJM 1991

- > 50% en cas de morts maternelles ou foetales

Lewis G (ed) 2007. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH)

Situations critiques en obstétrique. Particularités et spécificités

Importance et complexité du W en équipe

- Professionnels expérimentés de spécialités ≠
 - Charge de W, flux patientes, stress +++
 - Imprévisibilité complications/situations critiques
 - Pronostic vital maternel et foetal
- ➔ Erreurs de jugement, de prise de décision, de traitement**

Facteurs contributifs « systémiques » et « humains »

➔ Mortalité maternelle

- Pb de communication
- Absence ou mauvais W en équipe
- Mauvaises compétences relationnelles
- Inexpérience....



PRÉPARER LES ÉQUIPES AUX SITUATIONS CRITIQUES.

Situations critiques en obstétrique.

Liste non exhaustive

Salvodelli GL. « Peut-on se préparer à une situation de crise en obstétrique? Mapar 2010

• Situations de crise relativement fréquentes
Hémorragies du pré et du post-partum
Césarienne en (extrême) urgence
Pré-éclampsie sévère, éclampsie, HELLP syndrome
Bradycardie fœtale sévère
Travail et accouchement prématuré
Grossesses à risques (maladie systémique maternelle, grossesse multiple, siège, macrosomie, etc.)
Césarienne sous anesthésie générale
• Situations de crise rares
Procidence du cordon ombilical
Dystocie des épaules
Rupture utérine
Intubation difficile non prévue
Anaphylaxie
Thromboembolie ou embolie de liquide amniotique
Sepsis sévère et choc septique
Intoxications diverses (anesthésiques locaux, magnésium)
Traumatisme chez une femme enceinte
Césarienne péri-mortem

Situations critiques en obstétrique. Éléments de la sécurité

Identification des patientes à risque

Prévention / Anticipation

Préparation des équipes

Situations critiques en obstétrique.

Préparation des équipes

Salvodelli GL. « Peut-on se préparer à une situation de crise en obstétrique? Mapar 2010

ÉLÉMENTS DE LA PRÉPARATION	FORMATS D'APPRENTISSAGE POSSIBLES
Protocoles et algorithmes de prise en charge	Lectures personnelles, e-learning, cours théoriques, discussions de cas
Facteurs humains et travail en équipe multidisciplinaire	Lectures personnelles, cours théoriques, discussions de cas en équipe, exercices de simulation suivis d'un débriefing avec feedback
Exercices pratiques en équipe multidisciplinaire (ex: césarienne en urgence, hémorragie du post-partum, dystocie des épaules, éclampsie, etc.)	Simulations « haute » ou « basse » fidélité suivie d'un débriefing avec feedback Simulations « in-situ » ou dans un centre de simulation
Revue morbidité et mortalité	Colloques multidisciplinaires interactifs

Hémorragie du postpartum (HPP)



HPP. Définition et épidémiologie

RCP « Les hémorragies du postpartum » 2014

- **HPP: pertes sanguines ≥ 500 ml dans les 24H postpartum**
- Quelle que soit la voie d'accouchement
- **HPP sévère: pertes sanguines ≥ 1000 ml dans les 24H postpartum**
- Quelle que soit la voie d'accouchement
- **5% des accouchements (formes sévères = 1 – 2 %)**
- **HPP avec transfusion $\approx 0,5\%$**

HPP. Etiologies

RCP « Les hémorragies du postpartum » 2014

- **Atonie utérine: cause principale 50 à 80%**
- **Rétention placentaire 10 à 30%**
- **Plaies/traumas 15 à 20%**
- **Autres: Pl praevia, Pl accreta, Rupture utérine, HRP**
- **Non identifiée jusqu'à 20% !!**

HPP. Conséquences maternelles

Say L. Lancet Glob Heal 2014; 2: 323 - 33

300 000 DÉCÈS MATERNELS DANS LE MONDE EN 2010



HPP = 27%



« 1 DÉCÈS MATERNEL PAR HPP / 4 MINUTES »

HPP. Principes de gestion

RCP « Les hémorragies du postpartum » 2014

Identification
patientes
à risque

- Antécédent d'HPP
- G multiple, W long, Chorioamniotite, Macrosomie
- Primiparité
- Oxytocine pendant le travail
- Extraction instrumentale, Episiotomie
- Césarienne
- **FDR peu prédictifs individuellement!!**

HPP. Principes de gestion

RCP « Les hémorragies du postpartum » 2014

Prévention

Anticipation

- **Stratégie de prévention pour toutes les femmes!!**
- Administration préventive Oxytocine (APO):
5-10 UI IVL (1 ou 5 min) ou IM
- DA entre 30 et 60 min après AVB, si pas de DS et de saignement
- \pm sac de recueil systématique

HPP. Principes de gestion

Reste calme

Travailler en équipe → Collaboration GO/AR

Reste calme

Etre rapide → Equipe entraînée
Exercices de simulation ?

Reste calme

Etre systématique → Protocoles
Fiches de surveillance

Reste calme

Toujours communiquer → Répétition des infos

Reste calme



HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Saignement > 500 mL ou diagnostic indirect (chute hémoglobine, tachycardie, malaise...)

- Appel de l'équipe obstétricale et anesthésique
- Sac de recueil gradué
- Démarrer feuille spécifique HPP

Equipe d'anesthésie réanimation

- Monitoring et Vérifier VVP
- Anesthésie pour gestes endo-utérins
- Eviter les halogénés
- Ocytocine 5 à 10 UI IVL
- Remplissage par cristalloïdes
- ± Ephédrine ou Néosynéphrine
(objectif PAM 60-65 mmHg)
- Oxygénothérapie
- Hémoglobine capillaire
- Vérification carte de groupe
- Validité RAI
- Prévention de l'hypothermie
- Antibio prophylaxie

Equipe obstétricale

- Délivrance artificielle
- Révision utérine
- Sondage vésical évacuateur
- Examen de la filière
- Sutures
- Massage utérin

≤ 30 min

Poursuite du saignement

- Sulprostone** : une ampoule de 0,5 mg dans 50 ml de NaCl 0,9% sur une heure
- Acide Tranexamique** 1g IVL 10 minutes
- 2^{ème} VVP ≥ 16G
- Bilan : NFS plaquettes, TP, TCA, Fibrinogène ± Hb capillaire
- Sondage vésical à demeure
- Précommande ou commande de PSL [contact EFS]

≤ 30 min

Si besoin d'une AG: faire induction séquence rapide

Poursuite du saignement

- Option : **Ballon de tamponnement**
- Post césarienne ou doute sur saignement interne : **Echographie** pour éliminer un hémopéritoine

Hémodynamique instable et/ou hémorragie massive et/ou embolisation non disponible → **CHIRURGIE CONSERVATRICE**
(Ligatures artérielles et/ou plicature utérine)

Stabilité Hémodynamique et embolisation disponible → **EMBOUSATION**

- Remplissage vasculaire
- Bilans biologiques + lactates répétés (si besoin KTA)
- Poursuite sulprostone : 2nde ampoule sur 5h.
- Acide tranexamique : renouvellement 1 g sur 4h
- Fibrinogène (objectif : ≥ 2 g/l)
- Calcium : 1 g IVL

- Activer le protocole de transfusion massive
- CGR (objectif > 8 g/dl)
- PFC (ratio 1:1 à 1:2)
- Plaquettes (objectif : > 50 G/l)
- Réanimation du choc hémorragique (cf ACC): noradrénaline, cathéters artériel et central

Poursuite du saignement

HYSTÉRECTOMIE INTERANNEXIELLE

Option : Facteur VII activé recombinant 60-90 µg/kg

Références : Les hémorragies du post-partum. RPC CNGOF 2014 Réanimation du choc hémorragique. RFE SFAR 2014

Réalisée en 2016 par le CAMR, Revalidée en 2019 par CAMR et CARO

Hémorragie du Post-Partum en Salle de Naissance

Remplir la fiche surveillance HPP

Noter l'heure → Installer monitoring → Appeler aide → Apporter valise HPP

- 1^{ère} RU ou DA
- Examen sous valves
- Massage utérin continu
- Vidange vésicale

Syntocinon®
 Bolus: 5-10 UI ivl (poche de 100 ml)
 Relais: 5-10 UI sur 20mn

Antibiothérapie
 Augmentin® 2g/
 Dalacine® 600mg

Oxygène
 Hémocue
 2^{ème} voie
 Remplissage: cristalloïdes

Vérifier

- RAI, 2 déterminations
- Dispo produits sanguins

20 min ou HPP sévère

- Sonde urinaire
- Diurèse horaire
- Volume pertes sanguines
- Réchauffement patiente

Nalador®500µg:

1 ampoule sur 1h

2^{ème} ampoule si besoin sur 5h

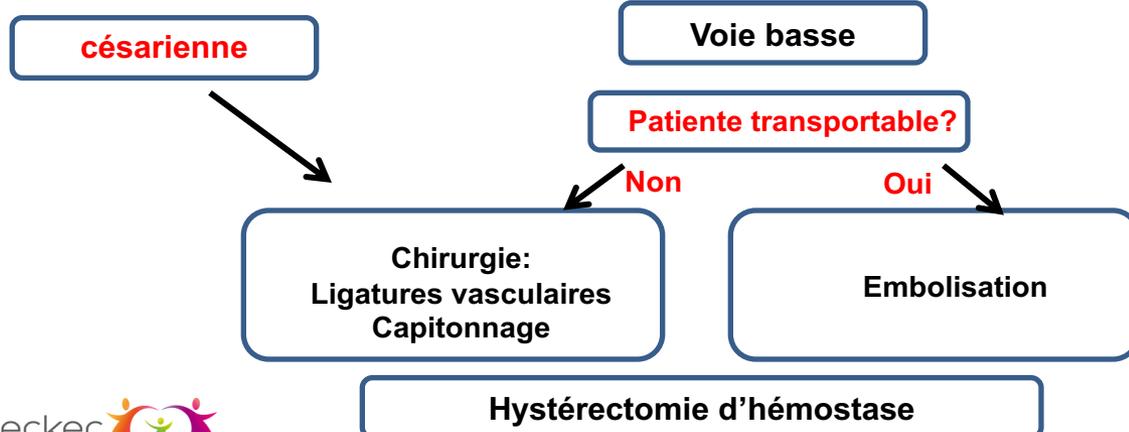
- **Hémocue**
- NFS, TP, TCA, Fibrinogène
- Exacyl® = 1g ivl en 15min puis 1g si persistance ou reprise saignement
- CG pour maintenir Hb ≈ 9-10g/dL
- PFC rapport CG = 1/1 et pour TP > 30%
- Clotfact® = 1,5 à 3g ivl (renouvelable)
 Si Fibrinogène ≤ 2g/l
- Plaquettes si < 50 000
- Gluconate calcium = 2g ivl en 30 min

Maintien PAM 60-80 mm Hg

- Ephédrine ou néosynéphrine
- Si besoin: noradrénaline 0,5mg/h (à adapter)
- Si VVC: KT fémoral G
- Voie artérielle?

Ballon BAKRI

Si persistance HPP



Novoseven®:

90µg/kg
 Renouvelable à 30-60 min

Utilisation optimale

- Plaquettes > 30-50 G/l
- Fibrinogène > 1 g/l
- pH > 7,2
- Calcémie Nle
- Température Nle
- Pas de saignement artériel localisé

CONCLUSION

- Situations critiques en obstétrique:
 - Fréquentes, source de stress, de tension, d'erreurs de PEC
 - Causes majeures de mortalité maternelle
- Concernent souvent des femmes à faible risque
- Éléments de sécurité en obstétrique:
 - Identification des patientes à risque
 - Prévention / Anticipation
 - Préparation des équipes

RAPIDITÉ – EFFICACITÉ - COORDINATION