

FICHE "GYNERISQ' Attitudes" sur LES HEMORRAGIES DU POST PARTUM (HPP)

Validée : le 14 mars 2012

REMARQUES PREALABLES

Le but des "fiches GYNERISQ" est de faire une mise au point pratique sur un sujet précis en termes de gestion des risques médicaux (GDRM) avec l'espoir d'en améliorer la prise en charge pour le bénéfice des patientes et des équipes soignantes. Ces risques médicaux sont volontiers doublés d'un risque médico-légal que l'on peut aussi espérer dans une certaine mesure prévenir.

Il ne s'agit donc pas de recommandations telles que peuvent les élaborer les sociétés savantes à partir d'une étude exhaustive de la littérature. Il ne s'agit pas de redéfinir non plus des conduites à tenir et des protocoles déjà validés par la profession. Il s'agit plutôt d'utiliser un retour d'expérience à partir de la base de données alimentée par les adhérents de GYNERISQ, dite "base REX". L'accent est mis sur les problèmes de prise en charge rencontrés en la comparant, lorsque cela est possible, à la prise en charge qui est, au moment de l'étude, officiellement et consensuellement souhaitable. Dès lors, nous essayons de dégager des causes à ces difficultés et de réfléchir à des mesures qui, si elles étaient appliquées, pourraient éviter ces déviances. Dans le "jargon" de la GDRM ces mesures sont appelées "barrières". Nous les regroupons donc dans ces fiches que nous appelons "GYNERISQ' Attitudes" pour bien les démarquer des recommandations professionnelles classiques.

Dans le cadre des Hémorragies du Post Partum, premier sujet choisi, la méthodologie a été la suivante :

1. utilisation d'un référentiel officiel - en l'occurrence les recommandations de la HAS et du CNGOF de décembre 2004
2. utilisation du retour d'expérience de la base REX de GYNERISQ - avec l'analyse des 293 déclarations de HPP avec transfusion sanguine, faites entre mars et octobre 2011, à partir du questionnaire ciblé
3. validation par le groupe des "experts" de GYNERISQ

Ces fiches "GYNERISQ' Attitudes" sont amenées à être adaptées en fonction bien sûr de l'évolution des techniques mais aussi en fonction des témoignages et commentaires des adhérents de GYNERISQ concernant notamment leur pertinence, faisabilité et efficacité.

Selon une présentation classique en GDRM, cette fiche énumère les barrières proposées aux trois étapes théoriques de l'événement :

- Avant l'événement : c'est l'étape de prévention
- Au moment du diagnostic de l'événement : c'est l'étape de reconnaissance
- Au moment de la gestion de ses conséquences : c'est l'étape de récupération

I - ETAPE DE PREVENTION

Les **ANOMALIES D'IMPLANTATION PLACENTAIRE** sont reconnues comme facteur de risque

BARRIERES :

 **ECHOGRAPHIE ORIENTEE à 32sa** (même en l'absence de saignement) pour décrire la localisation placentaire et **rechercher** :

- un placenta recouvrant par voie vaginale en cas de placenta "bas inséré"
- des signes évocateurs d'accrета en cas de placenta antérieur et d'antécédent de césarienne

Dans les cas suivants, le compte-rendu d'échographie doit spécifier obligatoirement le détail de l'implantation du placenta et son caractère accrета éventuel, même si les difficultés de ce diagnostic sont connues. L'intérêt d'une IRM et éventuellement d'une cystoscopie est à discuter au cas par cas.

En cas de diagnostic de placenta recouvrant et/ou accrета

- l'échographiste doit s'assurer que l'information est clairement transmise au clinicien. Celle-ci doit apparaître en bonne place dans le dossier pour être immédiatement visible
- la prise en charge ultérieure de la grossesse et de l'accouchement doit être discutée en équipe

 **ANTICIPATION DES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT DANS CES CAS A HAUT RISQUE HEMORRAGIQUE** (placenta recouvrant, placenta accrета ou plus) pour s'assurer :

- d'une accessibilité des produits sanguins
- de la présence d'une équipe médico-chirurgicale adaptée

Les **AUTRES CIRCONSTANCES FAVORISANTES** sont moins bien listées.

Sont souvent retenues :

1. Avant la grossesse :

- antécédent d'hémorragie de la délivrance
- utérus cicatriciel (quelle que soit la voie d'abord : laparotomie, coelioscopie, hystéroscopie ou embolisation)
- coagulopathies
- multiparité (> 4)
- obésité morbide (BMI > 35)
- fibromes utérins multiples et/ou de bonne taille (à titre indicatif > 6cm)





2. Pendant la grossesse

- grossesse multiple
- hydramnios
- macrosomie
- pré-éclampsie

3. Pendant le travail

- travail prolongé ou travail rapide
- fièvre
- rupture prématurée des membranes prolongée
- MFIU



BARRIERES :

-  **Saisie prévue de façon spécifique dans le dossier**
-  **Dépistage et correction impératifs pendant la grossesse d'une éventuelle anémie**
-  **Anticipation précoce en équipe et avec les anesthésistes des conditions d'accouchement (équipe médicale présente dans l'établissement à l'expulsion, accessibilité des produits sanguins)**
-  **Précisions :**
 - Parmi les dossiers à discuter en équipe avant l'accouchement, on peut ajouter les **difficultés thérapeutiques prévisibles** (contre-indication au Nalador, groupe sanguin rare, témoin de Jehovah)
 - La notion de travail prolongé comme facteur favorisant permet de renouveler la **consigne de ne pas faire de déclenchement artificiel du travail sur un col défavorable**, en l'absence d'indication médicale documentée

La DELIVRANCE DIRIGEE

L'efficacité étant reconnue, elle doit être systématique (Recommandation de grade A et B).

BARRIERES :






-  **L'équipe doit s'organiser en termes de personnel, de voie veineuse et de disponibilité des produits pour appliquer cette recommandation. Elle doit anticiper les circonstances exceptionnelles (surcroît de travail)**
-  **Les cas de non réalisation doivent être revus par l'équipe pour analyser les causes et y remédier.**

II - ETAPE DE RECONNAISSANCE

ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE :

Le saignement anormal doit être reconnu le plus rapidement possible

BARRIERES :


-  **Utilisation du sac de recueil avec appel de l'obstétricien si plus de 250cc dans les 1^{eres} minutes et toujours dès que la quantité atteint 500cc**
-  **Surveillance clinique codifiée en équipe et avec les anesthésistes et prévue dans le dossier avec**
 - Les **critères** à surveiller (au minimum : Pouls, TA systolique, douleurs, pertes extériorisées, rétraction utérine)
 - Les **seuils** devant motiver l'appel au(x) médecin(s)
 - La **fréquence** de la surveillance avec au minimum :
 - tous les $\frac{1}{4}$ heures pendant la 1^{ere} heure
 - toutes les $\frac{1}{2}$ heures pendant la 2^{eme} heure
 - puis à H3, H4, H6, H8
 - puis toutes les 6 heures pendant les 24 heures qui suivent
 - puis toutes les 12 heures pendant l'hospitalisation.
-  **Examen systématique de la filière génitale en cas d'extraction instrumentale et/ou d'épisiotomie**
-  **TV systématique en cas de douleurs à la recherche d'un thrombus**
-  **Les cas de non respect de ces consignes doivent être revus par l'équipe pour analyser les causes et y remédier**


ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE

Là aussi le saignement anormal doit être reconnu le plus précocement possible.

La surveillance clinique est primordiale et prime sur la surveillance biologique

BARRIERES :






 L'équipe doit définir un **protocole d'estimation des pertes sanguines en per opératoire**. Une des méthodes est de calculer la quantité de sang aspiré entre la naissance de l'enfant et la fermeture de l'hystérotomie en considérant comme anormal un saignement supérieur à 500cc.

 **Vérification soigneuse et systématique de l'hémostase avec l'aide opératoire**, en étant particulièrement attentif aux angles de l'hystérotomie. Vérification d'une perméabilité suffisante du col. Vérification de la rétraction utérine et de l'absence de saignement vaginal significatif. **Aucun saignement ne doit être toléré avant la fermeture.**

 **La surveillance clinique doit être codifiée en équipe et avec les anesthésistes et doit être prévue dans le dossier avec**


- Les critères à surveiller et les seuils devant motiver l'appel au(x) médecin(s). On peut s'inspirer du tableau ci-dessous en y rajoutant la surveillance des pertes sanguines et de la rétraction utérine.


Score	3	2	1	0	1	2	3
TA systo (mm Hg)	≤ 70	71-80	81-100	101-140	141-159	160-180	>180
TAdiasto (mm Hg)				<90	90-104	>105	
Pouls (/mn)	<40		40-50	51-100	101-110	111-130	>130
Fce respi (/mn)		<8	8	9-17	18-20	21-30	>30
SpO2 (%)	<85	85-89	90-94	≥ 95			
Temp		<35	35-35,9	36-37,4	37,5-38,4	>38,4	
conscience	Pas de réponse	Réponse à douleur	Réponse à voix	Normal	Confus ou agité		
Diurèse (ml/h)	<10	<30	<50				


 = score à 0 = Surveillance prévue
 = score à 1 = Surveillance à resserrer
 +   = score ≥ 2 = Appel Médecin

- **La fréquence de la surveillance doit être au minimum :**
 - tous les $\frac{1}{4}$ heures pendant la 1^{ere} heure
 - toutes les $\frac{1}{2}$ heures pendant la 2^{eme} heure
 - puis à H3, H4, H6, H8
 - puis toutes les 6 heures pendant les 24 heures qui suivent
 - puis toutes les 12 heures pendant l'hospitalisation

Cette surveillance doit être effectuée, au moins pendant les 2 premières heures, par un personnel dédié

 **Contrôle de la formation du personnel infirmier(e)s et sages femmes à la surveillance des césariennes (expression utérine et surveillance précise des critères cliniques choisis)**


 **Les cas de non respect du protocole de surveillance doivent être revus par l'équipe pour analyser les causes et y remédier**

 **Etre particulièrement méfiant en cas de césarienne en urgence, de césarienne réalisée après un travail long et dystocique ou après une tentative d'extraction instrumentale**

QUEL QUE SOIT LE MODE D'ACCOUCHEMENT TOUTE SITUATION ANORMALE IMPOSE :

- **Appel à l'équipe médicale** (obstétricien et anesthésiste)
- Mise en place des éléments de **surveillance hémodynamique continue**
- **Noter l'horaire et ouverture de la feuille de surveillance** prévue pour cela

BARRIERES :

-  **Vérification systématique par l'équipe soignante, en début de garde :**
- de l'accessibilité et de la validité des numéros d'appel
 - du matériel de surveillance
 - de l'accessibilité de la feuille de surveillance

III - ETAPE DE RECUPERATION









ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE (AVB)

Les TROIS PALIERS DE PRISE EN CHARGE espacés AU MAXIMUM de 30 mn en l'absence de résultat doivent être connus et protocolisés avec notamment :

- 1 - la vérification de la filière génitale, le contrôle de la vacuité utérine (RU) et la mise en route du syntocinon, en même temps que le massage utérin vessie vide et le conditionnement adapté de la patiente pour évaluation et prise en charge des éventuelles répercussions hémodynamiques et/ou hémostatiques.
- 2 - l'utilisation du Nalador
- 3 - le recours aux techniques invasives (embolisation, capitonnage et ligatures vasculaires voir hystérectomie)*

* D'autres techniques telles que l'utilisation du ballonnet de Bakri peuvent trouver leur place dans ce schéma en fonction des possibilités et expériences de chacun en sachant qu'elles sont pour l'instant en cours d'évaluation et ne doivent pas retarder la prise charge officiellement recommandée


BARRIERES :

-  **Protocoles connus avec répartition des rôles faite "à froid"**
-  **Vérification en "début de garde" par l'équipe soignante des disponibilités chirurgicales et radio-interventionnelles**
-  **Circuit en place pour obtention de produits sanguins en moins de 30mn et si impossibilité du fait d'éléments extérieurs à l'équipe soignante signalement à la direction de l'établissement et éventuellement à l'ARS**
-  **Noter et respecter les délais - Il est souhaitable qu'un membre de l'équipe soit chargé de rappeler le temps écoulé (toutes les 15 mn par exemple) - Ces délais peuvent être raccourcis en fonction de la rapidité et/ou de l'abondance de l'hémorragie**
-  **Programmer des "séances d'entraînement" et audits**
-  **Vérification régulière de l'accessibilité du matériel et des produits**
-  **Débriefing systématique en équipe de tous les cas ayant donné lieu à un appel pour saignement anormal**
-  **Procédure pour mettre à disposition salle d'intervention et personnel en cas de surcharge d'activité**

ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE

Toute hémorragie doit être maîtrisée avant fermeture.

BARRIERES :

-  **Connaissance et apprentissage des procédures de traitement conservateur (ligatures vasculaires, capitonnage) en sachant que :**
 - Les techniques de capitonnage sont surtout utiles en cas d'atonie utérine isolée.
 - Les techniques de ligatures vasculaires sont à privilégier en cas de saignement ayant une autre cause *.
 - L'hystérectomie d'hémostase sera envisagée en cas d'instabilité hémodynamique et/ou de non résolution définitive de l'hémorragie.

* Même remarque que pour les AVB


IV - PRECONISATIONS GENERALES

L'analyse de la base REX met en évidence des causes de dysfonctionnement non spécifiques à la prise en charge des HPP mais qu'il convient de souligner.



PROBLEMES DE COMMUNICATION

A l'intérieur de l'équipe soignante de l'établissement :

La plupart des patientes ne sont désormais plus prises en charge exclusivement par un seul obstétricien comme cela était le cas auparavant.

-  **Il est dès lors essentiel que les dossiers complexes (dont la liste doit être consensuellement et régulièrement définie) soient examinés par l'équipe, en amont, en appliquant le principe : "si l'équipe doit faire, l'équipe doit décider".**

Deux circonstances apparaissent comme particulièrement à risque de défaut de communication :

- **La fin de garde** :  elle doit donner lieu à une **transmission systématique et tracée** entre les médecins comme entre le reste du personnel soignant.
- **L'appel téléphonique** :  il est souhaitable que ses modalités soient préalablement précisées en équipe. Une notion doit en particulier être clairement définie : **est-ce que l'appelant demande à l'appelé de venir sur place auprès de la patiente ou pas ?**

Entre équipes d'établissements différents :


Ces équipes peuvent être amenées à travailler ensemble au cours d'éventuels transferts de patientes. La communication peut être alors compliquée par des cultures différentes (public-privé) voire des rivalités sous-jacentes.

 Il est souhaitable qu'une **rencontre physique** soit organisée à froid pour essayer d'anticiper et de préciser les modalités des éventuels transferts.


PROBLEMES DE SURACTIVITE

Elle est fréquente en obstétrique et deux circonstances différentes doivent être distinguées :

La suractivité vraie imprévisible :

 **Les équipes** doivent dans la mesure du possible définir des "**plans B**" pour pallier ces situations.

La suractivité "provoquée" qui révèle en fait des problèmes d'organisation et/ou de communication (gestion des déclenchements, des césariennes programmées, de la garde et des activités annexes : chirurgie, consultations, gestion des intérimaires)

 **L'activité prévisible** du bloc obstétrical doit être **organisée sous la responsabilité d'un membre de l'équipe clairement identifié.**