

ANAES : HEMORRAGIE DU POST PARTUM CRITIQUES DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE

Poitel Blandine

RPC : I:

Importance du problème : fréquence, conséquences en terme de santé, facteurs de risque avant l'accouchement.

D. Subtil, A. Sommé, E. Ardiet, S. Depret-Mosser.

p.6 : «... les dossiers sont ré analysés de manière anonyme afin d'étudier de manière indépendante et par des experts « de terrain » le caractère « optimal » ou « sous optimal » de la prise en charge, c'est-à-dire finalement le caractère « évitable » ou « non évitable » du décès (même si certains décès n'auraient certainement pas pu être évités en cas de prise en charge « optimale »). »

Ce n'est malheureusement que la moitié du problème. Il faut tout autant étudier ce qui s'est passé avant l'hémorragie, depuis le début du travail (déclenché ou spontané), et jusqu'au moment où l'hémorragie s'est manifestée : produits injectés, quelle quantité, à quel rythme, position de la femme, péridurale ou non, épisiotomie, forceps ... d'autant plus si l'hémorragie survient sans pathologie préexistante.

Page 6. : « nos collègues britanniques différencient les hémorragies « secondaires » (dus à un placenta praevia, un hématome rétro-placentaire) des hémorragies « primaires » où elles seraient la « seule » cause du décès (atonie). Cette différence apparaît peu utile en pratique et la plupart des hémorragies apparaissent liées à une pathologie obstétricale directe sous-jacente : CIVD de la prééclampsie, du sepsis ou de l'embolie amiotique, lacération vaginale ou complication d'une pathologie hématologique sous-jacente... »

Les hémorragies du post partum peuvent survenir dans deux types de conditions

bien précises :

- hémorragie brutales, imprévisible, survenant sur chez une femme ne présentant aucune pathologie (pré existante à la grossesse et/ou consécutive à la grossesse) ; cela représente les deux tiers des hémorragies du post partum, si j'en crois la RPC 2.
- hémorragies survenant chez une femme présentant des facteurs de risques :

- césarienne antérieure (donc cicatrice utérine ce qui augmente le risque de placenta praevia et accreta, et de rupture utérine)
- pathologies antérieures à la grossesse (cardiaque, circulatoires ...)
- pathologies induites par la grossesse (pré éclampsie, éclampsie, hématome rétro placentaire, ...)

Il semble indispensable de pouvoir faire la différence entre ces deux situations. Une femme qui ne présente aucune pathologie pré existante ou induite par la grossesse est elle à risque d'hémorragie mortelle ? La question est d'importance : les femmes présentant une pathologie sont particulièrement surveillées et suivies, donc si une hémorragie survient, la prise en charge est rapide. Une femme qui n'est pas « à risque » vit une situation normale pour son corps : porter et donner la vie. Or cette situation normale parfois dérape et conduit à une hémorragie brutale, violente et parfois mortelle. La réponse actuelle à cette situation est : toujours plus de surveillance, toujours plus de contrôles. Cette réponse perdure et s'amplifie depuis des années. Les chiffres ne montrent pourtant aucune amélioration du taux de décès maternels en couches, et pas plus du taux d'hémorragies du post partum (1). Or il semble évident que faire baisser le taux des hémorragies du post partum est un chemin sûr pour faire baisser le taux d'hémorragies mortelles du post partum.

Et faire baisser le taux d'hémorragies mortelles du post partum, c'est chercher ce qui, dans les manières actuelles d'accompagner les accouchements dits « normaux » – et non de les faire – est à risques d'augmenter le taux d'hémorragies. Il y a des facteurs, dans la prise en charge obstétricale des parturientes actuellement en France, qui augmentent les risques de survenue de ces hémorragies partum (voir RPC 2), pour des accouchements normaux qui ne présentent pas de signes d'appels ni de pathologies

P. 8 : « Au Royaume Uni, la fréquence des décès maternels par hémorragie a diminué par un facteur compris entre deux à trois entre 1988-1990 et 1997-1999 ».

Sauf erreur de ma part, c'est aussi durant cette période qu'a été mis en place un renouveau de la politique obstétricale, sous le titre « changing birth », avec notamment l'ouverture des maisons de naissances, la reprise en main par les femmes de leur accouchement, l'introduction des « birth plans » dans les mentalités et les hôpitaux.

P.9 : « Le comité national d'experts français accompagnait son expertise de recommandations concernant la prise en charge des hémorragies de la délivrance. » (2)

Sans aller jusqu'au bout de la logique ...ainsi, ce Comité d'Experts note :

« les données de cette série sont en faveur d'une augmentation du risque de décès maternels en cas de césarienne ...

Il apparaît également dans cette série un excès de risques de décès par hémorragie en cas de déclenchement, non confirmé par les méta analyses. »

Peut être non confirmé par les méta analyses, mais bien présent dans cette série.

Quelles recommandations devraient suivre logiquement ces deux constatations ?

Est-il recommandé une surveillance attentive des taux de césariennes et de déclenchement, et une impulsion soutenue pour les faire baisser (le taux de césariennes est en augmentation lente mais sûre, et le taux de déclenchements stagne ...) ? Non.

Les recommandations constatent que « comme il paraît difficile de réduire de façon marquée et la fréquence des césariennes et celle des déclenchements dont l'effet nocif ne se manifeste qu'en des circonstances particulières, l'amélioration des soins suppose la prévention des deux principales complications que sont les hémorragies et les embolies crurales. »

Ces pratiques, au vu des risques qu'elles font encourir, devraient répondre à des pathologies, et uniquement à des pathologies.

Est ce que vraiment presque une femme sur cinq a besoin d'une césarienne pour donner la vie, et le même taux nécessite un déclenchement de l'accouchement ?

Et si c'est le cas, pourquoi ces taux n'entraînent pas l'amélioration des chiffres de mortalité foeto maternels qu'on est en droit d'attendre ?

P.12 : « le risque de rupture utérine est lié à l'existence d'un utérus cicatriciel, mais garde une fréquence faible et un caractère imprévisible (28). En revanche, le risque de placenta praevia se trouve augmenter en même temps que le nombre de césariennes antérieures (depuis 0.3 % sans cicatrice à 10 % lorsque quatre césariennes ont été réalisées antérieurement) (29, 30) . Surtout, la co-existence d'un utérus cicatriciel et d'un placenta praevia augmente le risque de placenta accreta de manière importante et linéaire, en fonction du nombre de césariennes antérieures »

Raisons supplémentaires de faire tout pour inverser l'inflation de césarienne qui posent de lourdes hypothèses sur l'avenir obstétrical de la femme, et sur ses futures grossesses.

1. Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes. M.H. Bouvier Colle, F. Pequignot, E. Jouglu. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 30, 2001
 2. Rapport du Haut Comité d'Experts sur la mortalité maternelle en couches – 2001
-

RPC 2 :

PRISE EN CHARGE ANTENATALE : LA GESTION DU RISQUE PREVENTION STRATEGIES DURING PREGNANCY

Françoise Bayoumeu¹ (PH), Eric Verspyck² (PUPH).

1 Service d'anesthésie Réanimation, Maternité Régionale, Nancy, France.

2 Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Rouen, France.

P.2 : « Mais il est surtout important de considérer toute patiente comme étant à risque potentiel d'HPP puisque la majorité des HPP reste imprévisible. »

Il y a cependant un certain nombre de facteurs qui majorent les risques d'hémorragie du post partum après accouchement par voie basse (voir RPC 3).

Le profil de la parturiente à risque d'hémorragie tel que défini par les études (11, 13, 14, 15, 16) est le suivant : "Une primipare, ayant un travail déclenché et/ou dirigé, à l'issue d'une phase de travail prolongé, sous péridurale et ocytotiques, ayant une phase d'expulsion longue."

3. - « Les 2/3 des HPP demeurent imprévisibles c'est à dire sans facteur de risque identifié ».

Est ce à dire que les 2/3 des hémorragies surviennent lors d'accouchements normaux sans pathologie associée ni signes d'appel ?

Suite a cela, on peut s'attendre a trouver des recommandations proportionnelles ... or c'est l'inverse : deux pages sont consacrées à ces hémorragies sans facteur de risque ... et 12 aux hémorragies avec risques associés.

1. Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. R. Safarti, M. Maréchaud, G. Magnin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 28, 1998
2. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. C. Andrew Combs Edward, F. Murphy and Russel K. Laros, Obstetrics & Gynecology vol. 77, n°1, 01/91
3. The prevention of postpartum hemorrhage : optimising routine management of the third stage of labour. W. J. Prendiville. Obstetrics & Gynecology 69, 1996
4. Peut-on réduire la spoliation sanguine liée à l'accouchement? F. Pierre La Presse Médicale n°44, 12/199

5. Les hémorragies méconnues de la délivrance. P. Wangala, D. Riethmuller, S. Nguyen & al. Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 90, 1995
-

RPC 3.

Question 3

Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie de la délivrance

Véronique Tessier, Sage-femme

II.1.2. - L'auteur reconnaît que plus de la moitié des parturientes en France reçoit des ocytociques. Il serait indispensable d'avoir des chiffres précis, non seulement du nombre de femmes qui reçoivent des ocytociques, de leur parité (les recommandations de la BIAM sont-elles suivies ?), de la cause de ces perfusions (protocoles, déclenchement – suite à pathologie ou de convenance -, dystocies ?), des quantités utilisées, mais aussi ... du temps de travail, de la survenue d'hémorragies et des conditions de ces survenues (y'a-t-il eu des gestes effectués tels que expression abdominale, forceps, épisiotomies ? et pourquoi ?) ...

II.1.5 – « Les épisiotomies, en particulier médiolatérales (plus fréquemment pratiquées aux Etats Unis qu'en Europe), semblent à l'origine de spoliations sanguines plus importantes que les déchirures simples »

Non. Ce sont les épisiotomies médianes qui sont l'apanage des pays anglo saxons, et non les médio latérales, (Accoucher et Naître en l'An 2000. Dr. B. Maria. Les Dossiers de l'Obstétrique n°279, 2000).

Une récente étude française : « Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. R. Safarti, M. Maréchaud, G. Magnin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 28, 1998 » montre qu'un accouchement par voie basse avec épisiotomie peut saigner au moins autant qu'une césarienne.

II.1.6. – « Les extractions instrumentales » :

une récente étude française : « Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. R. Safarti, M. Maréchaud, G. Magnin. Journal de Gynécologie

Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 28, 1998 » montre au contraire que les forceps sont associés à une spoliation sanguine élevée, d'autant plus qu'ils sont précédés d'une épisiotomie médiolatérale.

II.2.1. - « Le déclenchement du travail comme l'administration d'ocytocine est un facteur associé aux pathologies de la grossesse. »

Faut-il admettre alors vu que la moitié des parturientes (au moins) reçoivent des ocytociques sont dans des situations de pathologie ?

De plus, il est classé comme facteurs de risques, dans l'article « HEMORRAGIE ET OBSTETRIQUE S. LETOUZE - Département d'Anesthésie-Réanimation Centre Hospitalier Côte de Nacre – 14033 CAEN Cedex » (2002),

Tableau II : Facteurs de risque d'atonie utérine d'après Dailland :

...

- ... Dystocies dynamiques (administration d'ocytocine)

. III – « Il semble néanmoins que l'absence totale de direction de la délivrance, c'est-à-dire un « laisser faire » strict (ce qui est rarement réalisé en pratique courante), augmente le nombre de femmes dont le volume des pertes sanguines est supérieur à 500 ml et dont le taux d'hémoglobine en suites de couches diminue. »

Qu'entend-on par « absence totale de direction » ? ? ? Est-ce que cette absence totale implique quand même que la femme soit couchée à plat dos ? Ce qui est déjà une intervention, qui fausse les résultats, car cette position augmente le risque d'hémorragie ... par compression de la veine cave, ralentissement de la progression du mobile fœtal, augmentation des temps de la phase de dilatation et d'expulsion, augmentation de la difficulté à pousser efficacement dans cette position ...

III.1.1. « Le bras « délivrance physiologique » consiste en général en l'abstention de toute intervention pendant 30 à 60 minutes. La traction du cordon n'est pas pratiquée. L'ocytocine n'est administrée (en perfusion ou en IM) qu'en cas de besoin ... Cinq de ces études trouvent un avantage à l'injection à l'épaule pour diminuer les pertes sanguines de plus de 500 ml, mais pas toujours pour les hémorragies sévères ... »

Il serait utile de préciser les conditions d'accouchement qui ont précédées ces constatations. Coucher la femme en position de lithotomie, la péridurale, l'épisiotomie, l'expulsion par forceps sont des facteurs prépondérants de survenue de spoliation sanguine plus ou moins sévère. Une expulsion précédée d'un travail en position décubitus dorsal, avec péridurale, ocytocique et épisiotomie va forcément nécessiter d'intervenir pour modérer les pertes sanguines, et n'a absolument rien de comparable à une expulsion « physiologique » précédée d'un travail en liberté de mouvements et de positions, sans aucune intervention quelle qu'elle soit.

III.2.4.- « Le choix de la position maternelle (allongée ou debout) lors de la 3^e phase du travail ne semble pas influencer son déroulement »

L'OMS indique que la position en lithotomie (ou décubitus dorsal) est classée dans les pratiques « à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer) :

http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html

(quel que soit le stade du travail). La position maternelle durant le premier (dilatation) et le deuxième stade du travail (expulsion) influe sur sa durée, et donc sur le troisième stade (délivrance).

III.2.6. - . « Le pic de sécrétion d'ocytociques qui suit le début de la tétée a été mis en évidence biologiquement. Son effet sur l'utérus est connu cliniquement par les tranchées qui accompagnent les tétées des premiers jours. »

Donc : la première tétée induit systématiquement un pic d'ocytociques, qui induit des contractions (indispensables à l'hémostase et la rétraction de l'utérus). C'est connu, avéré et reconnu .. et malgré cela,

« Dans la pratique, cette méthode ne présente pas les éléments pour être une méthode de direction de la délivrance. En effet, elle est très dépendante de l'appétence du nouveau-né à téter ce qui ne se produit que rarement dans les 3 premières minutes après la naissance. » Pourquoi dans les trois minutes ? le placenta doit être expulsé dans les trois premières minutes ? Je ne crois pas ...

et ensuite, les contractions d'hémostases induites par les tétées n'ont aucune importance ?

IV.1. – « [Les professionnels ne sont actuellement pas d'accord pour savoir s'il est nécessaire ou pas de poser systématiquement un cathéter veineux aux femmes à bas risque hémorragique qui sont en travail. Il n'y a pas de consensus professionnel sur cette question.] »

Cependant, dans les faits et la pratique quotidienne, une perfusion est presque systématiquement posée et imposée, une perfusion qui impose une mobilité réduite. Les voies d'accès fermées (qui n'entrave pas la liberté de mouvements et de positions) sont plus rarement proposées.

IV.2. – « Depuis les années quatre-vingt, l'analyse multivariée des facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance sur des grandes populations évoquent, outre ces facteurs classiques, une incidence non négligeable des toxémies sévères, mais aussi deuxième phase de travail prolongée avec ou sans extraction instrumentale, primiparité..., faisant ainsi plutôt apparaître la “ femme à risques ” comme une primipare ayant eu un travail déclenché ou dirigé prolongé, avec une expulsion supérieure à 1 heure, avec ou sans extraction instrumentale... »

Quelles conclusions pourrait on tirer de ces études ?

- qu'il faille éviter l'utilisation d'ocytociques surtout chez une primipare (en accord avec le BIAM), que ce soit pour déclencher ou diriger le travail, hors situations pathologiques avérées
- qu'il faille favoriser tout ce qui peut aider le travail : par exemple, favoriser le libre choix des positions et des mouvements, qui ont un effet positif sur les douleurs, la durée du travail et sa progression ...

« La position de la parturiente ne semble pas influencer sur le volume des pertes sanguines et peut donc être laissée au choix (grade A). »

Sauf que il n'y a pas de choix. En infraction avec la loi Kouchner, article L 111-4 du code de santé publique, la position en décubitus dorsal est systématiquement imposée et ce aux différents stades du travail. Alors que la position de la parturiente durant les stades I et II influe sur le stade III. Et que la plus mauvaise position pour un accouchement normal sans signe d'appel est le décubitus dorsal.

« Aucune donnée ne permet de valider actuellement une quelconque utilité de la mise au sein précoce sur la 3^{ème} phase du travail (Accord professionnel). »

Mais aucune donnée n'affirme l'inverse. Et tant que des études sérieuses n'ont pas été faites, il importe de favoriser toute action non iatrogène qui induit un pic d'ocytociques, donc des contractions d'expulsion du placenta et d'hémostase.

IV.3. – « [Le massage utérin doit toujours être pratiqué préventivement après la délivrance complète. Il doit être d'une durée d'au moins 15 secondes et répété régulièrement pendant la durée du post-partum immédiat (grade C).

La vidange vésicale participe à la bonne rétraction utérine dans le post-partum immédiat (accord professionnel).] »

Je m'effraie de ces protocoles toujours plus invasifs, et de toutes ces interventions qui s'imposent à un moment où la femme ne devrait être occupée qu'à faire la connaissance de son nouveau né. Depuis des décennies, toujours plus de protocoles s'installent dans les maternités, sans que les chiffres de morbidité mortalité foeto maternelles ne s'en ressentent vraiment. Plus on intervient, plus on a besoin d'intervenir. Les femmes le plus à risque d'hémorragies sont des femmes à qui on déclenche l'accouchement, et dont on dirige l'accouchement de A jusque Z. Les conclusions à en tirer semblent évidentes pourtant.

De plus, encore une fois, aucun mot sur l'information fiable (pas de celle qui dit que la tétée précoce n'a aucune incidence ...), claire et appropriée, ni sur l'indispensable consentement éclairé qui doit précéder tout acte médical, surtout dans une situation comme l'accouchement « sans signe d'appel » (80% des accouchements) où les interventions ne se justifient pas médicalement.

IV.4. – « [Une politique de diffusion des techniques préventives de l'hémorragie du post-partum et des recommandations du groupe doit être développée auprès des professionnels intervenant lors des accouchements : médecins, sages-femmes, IDE (grade B).

Les services de gynécologie-obstétrique sont incités à définir une politique de prévention de l'hémorragie du post-partum adaptée aux conditions locales d'exercice (accord professionnel).

Toute mise en place d'une politique de prévention de l'hémorragie du post-partum doit faire l'objet d'une évaluation pour en valider l'efficacité en routine.] »

Il faudrait avant tout développer et mettre en pratique les recommandations pratiques de l'OMS pour un accouchement normal, sans signe d'appel, recommandations basées sur de multiples études effectuées par de nombreux médecins. Non seulement, dans les hôpitaux, mais aussi dans les études des sages femmes et des obstétriciens, et dans le grand public.

IV.5. – « [L'information des patientes sur les orientations choisies par le service en matière de prévention de l'hémorragie du post-partum doit être réalisée en cours de grossesse. Leur adhésion aux mesures qui leur sont proposées, doit être recherchée (Grade C).] »

Non. Leur adhésion ne doit pas être recherchée : elle est indispensable. Et malheureusement, en pratique quotidienne des services d'obstétrique, tant l'information honnête, claire et appropriée que le consentement

éclairé ne sont que de peu d'actualité. En infraction avérée avec la loi.

RCP 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 : aucun commentaire.