

# Hémorragie du post-partum

ESC\_OB\_003\_Overview

## Aperçu général

**Durée du scénario** : 12 à 15 minutes.

**Public cible** : Étudiants de médecine, internes et résidents.

**Résumé** : Patiente de 18 ans, 1G1P, DT1 sous insuline. Elle vient d'accoucher d'un macrosome par voie basse, la délivrance n'étant pas encore faite. Elle fait un malaise dans le box d'accouchement. Il s'agit d'une hémorragie du post-partum (HPP).

**Objectifs critiques** :

- Poser le diagnostic positif d'une hémorragie grave du post-partum,
- Enumérer et rechercher les étiologies de l'HPP,
- Planifier la prise en charge thérapeutique,
- Gérer la communication inter-spécialité et inter-discipline.

# Hémorragie du post-partum

ESC\_OB\_003\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	18 ans, sexe féminin
<b>Data</b>	:	Poids = 75 Kg, Taille = 160 cm
<b>SF</b>	:	malaise
<b>Début</b>	:	post-partum immédiat
<b>Signes associés</b>	:	sueurs, pâleur, saignement génital abondant
<b>Mode d'admission</b>	:	ramenée par sa famille
<b>Signes critiques</b>	:	instabilité hémodynamique

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	DT1 sous insuline
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergies</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 30 c/min, pas de cyanose, SpO2 = 92%
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 140 bpm, PA = 70/40 mmHg, pâleur, sueurs, auscultation normale
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 15/15, agitée, pas de déficit, pupilles isocores et réactives
<b>Examen somatique</b>	:	saignement génital, globe utérin non encore fait
<b>Examen sous valves</b>	:	Lésions de la filière génitale
<b>Glycémie</b> : 2,1 g/L	<b>BU</b> : P - Sg -	<b>Température</b> : 36,8 °C

# Hémorragie du post-partum

ESC\_OB\_003\_Scénario

## Check-list

Équipement	Drogues et Kits
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Ocytocine/Nalador/Méthergin
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Fibrinogène injectable
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> Facteur VII activé
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	<input type="checkbox"/> Acide tranexamique
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	<input type="checkbox"/> Ballon de Bacri

## Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements et draps, souillés de sang abondant

## Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : obstétricien de garde

# Hémorragie du post-partum

ESC\_OB\_003\_Scénario

## Baseline

FR = 30  
SpO2 = 92%  
EtCO2 = 30

FC = 140  
PA = 70/40

Consciente  
Agitée

### Interventions

TTT symptomatique  
Choc hémorragique

RAS

FC = 124  
PA = 100/60  
SpO2 = 90%

TTT  
étiologique  
de l'HPP

Oui



Non



# Hémorragie du post-partum

ESC\_OB\_003\_Programmation

## Baseline

FR = 30 c/min, SpO2 = 92%, auscultation normale

FC = 140 bpm, PA = 70/40 mmHg, auscultation normale

EtCO2 = 30 mmHg

## Critical

Choc hémorragique

## Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 120/70 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Stabilité hémodynamique et respiratoire

# Hémorragie du post-partum

ESC\_OB\_003\_Debriefing

## Fiche

- Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du post-partum (HPP) est définie comme une perte sanguine  $\geq 500$  mL après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine  $\geq 1$  L,
- Les étiologies des HPP peuvent être résumées dans l'acronyme 4T : T, Tonus (Atonie utérine), T, Tissu (Rétention placentaire), T, Traumatisme (Lésions traumatiques de la filière génitale), T, Thrombine (Troubles de l'hémostase),
- Les volets thérapeutiques : c'est une prise en charge obstétrico-anesthésique :
  - Arrêt du saignement :
    - ❖ Révision utérine (+ délivrance artificielle si non encore faite), et du reste de la filière génitale,
    - ❖ Les manœuvres manuelles : massage utérin ou l'application d'une poche à glace sur le bas-ventre pour prévenir un relâchement utérin
    - ❖ Drogues utérotoniques : La méthylergométrine (Méthergin<sup>®</sup>) injectée par voie intramusculaire (contre-indiquée en cas d'hypertension artérielle), L'oxytocine (Syntocinon<sup>®</sup>) en perfusion ou en bolus par voie intraveineuse, La sulprostène (Nalador<sup>®</sup>) en perfusion par voie intraveineuse et le misoprostol (Cytotec<sup>®</sup>) par voie rectale permettent en général de contrôler cette situation. En cas de persistance d'atonie utérine, une irrigation intracavitaire de prostaglandines (Prostin<sup>®</sup>) est particulièrement efficace,
    - ❖ Traitement interventionnel : si échec du TTT médical ; embolisation des artères hypogastriques ou utérines,
    - ❖ Traitement chirurgical : si échec de l'embolisation ou si état de choc hémorragique réfractaire ; ligature des artères hypogastriques, ligature des artères utérines, hysterectomie d'hémostase
  - Restauration de la volémie et correction des troubles de l'hémostase :
    - ❖ Remplissage : cristalloïdes, macromolécules,
    - ❖ Utilisation de l'acide tranexamique d'emblée,
    - ❖ Transfusion en CG et en PFC, avec un ratio PFC/CG à 1/1 ou 1/2,
    - ❖ Transfusion en fibrinogène injectable, facteur VII recombinant,
    - ATB systématique, devant le risque de translocation bactérienne,
  - Un mot sur la prévention : intérêt vital des consultations prénatales, afin de guetter les terrains à risque de HPP. L'utilisation d'ocytocine doit être large en post-partum en prophylaxie.

## Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif d'une hémorragie grave du post partum,
- Enumérer et rechercher les étiologies de l'HPP,
- Planifier la prise en charge thérapeutique.
- Gérer la communication inter-spécialité et inter-discipline

## CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
<b>Hématies</b>	<b>2.5</b> $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
<b>Hémoglobine</b>	<b>5.1</b> g/dL	(10.9-13.7)
<b>Hématocrite</b>	<b>15.8</b> %	(34.0-40.0)
<b>VGM</b>	<b>80.3</b> fl	(73.0-86.0)
<b>CCMH</b>	<b>32.6</b> g/dL	(32.0-36.0)
<b>Leucocytes</b>	<b>12.50</b> $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
<b>Neutrophiles</b>	<b>52.0</b> %	
Soit	<b>7.72</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
<b>Eosinophiles</b>	<b>0.6</b> %	
Soit	<b>0.06</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
<b>Basophiles</b>	<b>0.5</b> %	
Soit	<b>0.01</b> $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
<b>Lymphocytes</b>	<b>10.5</b> %	
Soit	<b>4.0</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
<b>Monocytes</b>	<b>6.0</b> %	
Soit	<b>0.55</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
<b>Plaquettes</b>	<b>110</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Hémostase

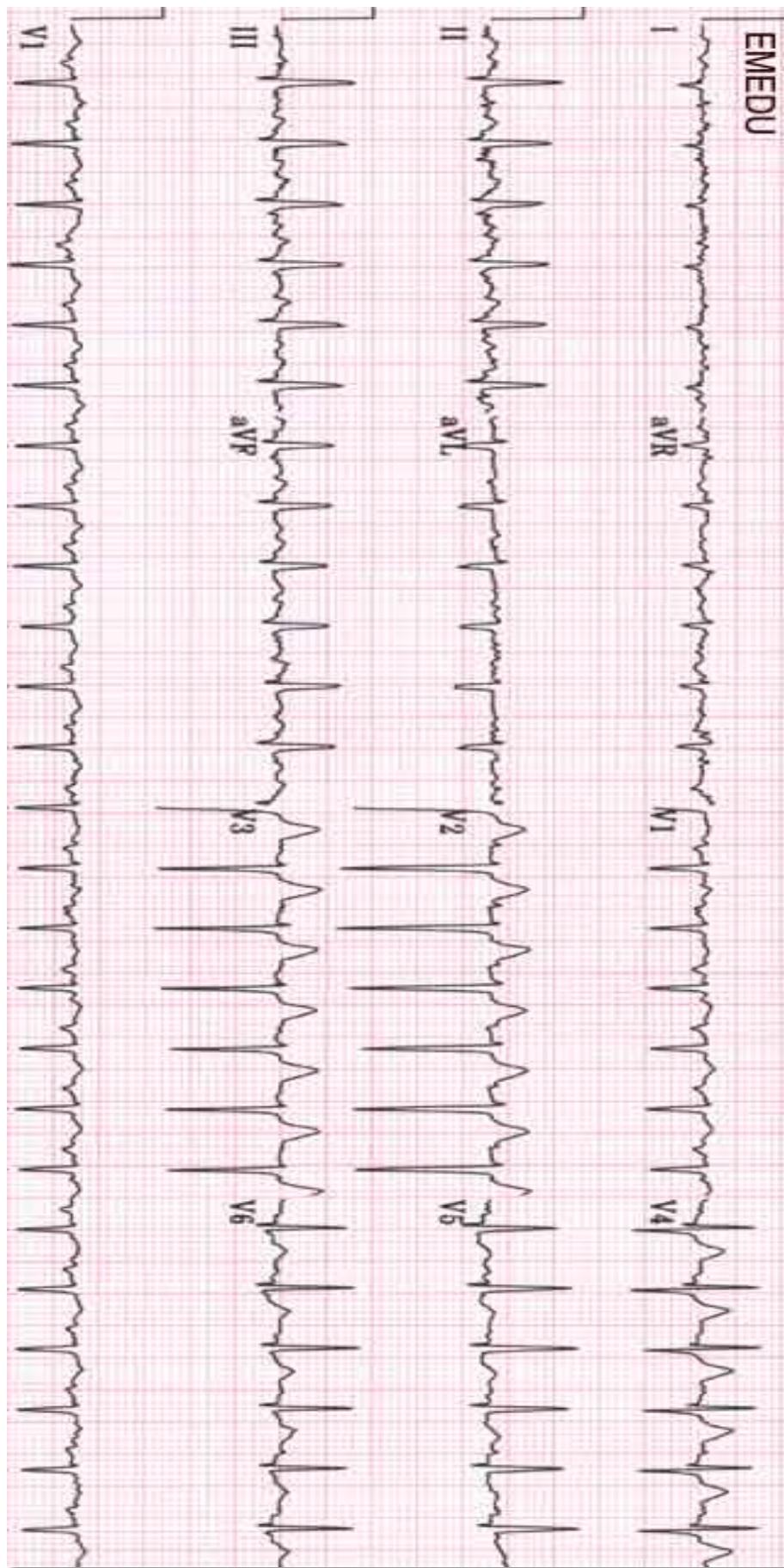
	Résultat	Références
<b>Temps de Quick Patient</b>	<b>13.3 sec</b>	
<b>Taux de prothrombine</b>	<b>40 %</b>	(70-140)
<b>TCA Temps témoin</b>	<b>30 sec</b>	
<b>TCA Temps patient</b>	<b>45 sec</b>	(25.0-35.0)
<b>Fibrinogène</b>	<b>0.9 g/L</b>	(2.00-4.00)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Sodium (Na<sup>+</sup>)</b>	<b>139</b> mmol/L	(135-145)
<b>Potassium (K<sup>+</sup>)</b>	<b>4,1</b> mmol/L	(3.5-5.5)
<b>Calcium (Ca<sup>2+</sup>)</b>	<b>90</b> mg/L	(90-105)
<b>Chlore (Cl<sup>-</sup>)</b>	<b>103</b> mmol/L	(100-105)
<b>Glycémie</b>	<b>2.01</b> g/L	(0.70-1.10)
<b>Urée</b>	<b>0.48</b> g/L	(0.10-0.50)
<b>Créatinine</b>	<b>10</b> mg/L	(6-12)
<b>GOT (ASAT)</b>	<b>78</b> UI/L	(< 35)
<b>GPT (ALAT)</b>	<b>80</b> UI/L	(5-40)
<b>Albumine</b>	<b>35</b> g/L	(35-55)

# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	<b>7.20</b>	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	<b>30</b> mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	<b>18</b> mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	<b>89</b> mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	<b>92</b> %	(95-100)
Lactates	<b>3</b> mmol/L	(< 2)



# Radiographie du poumon



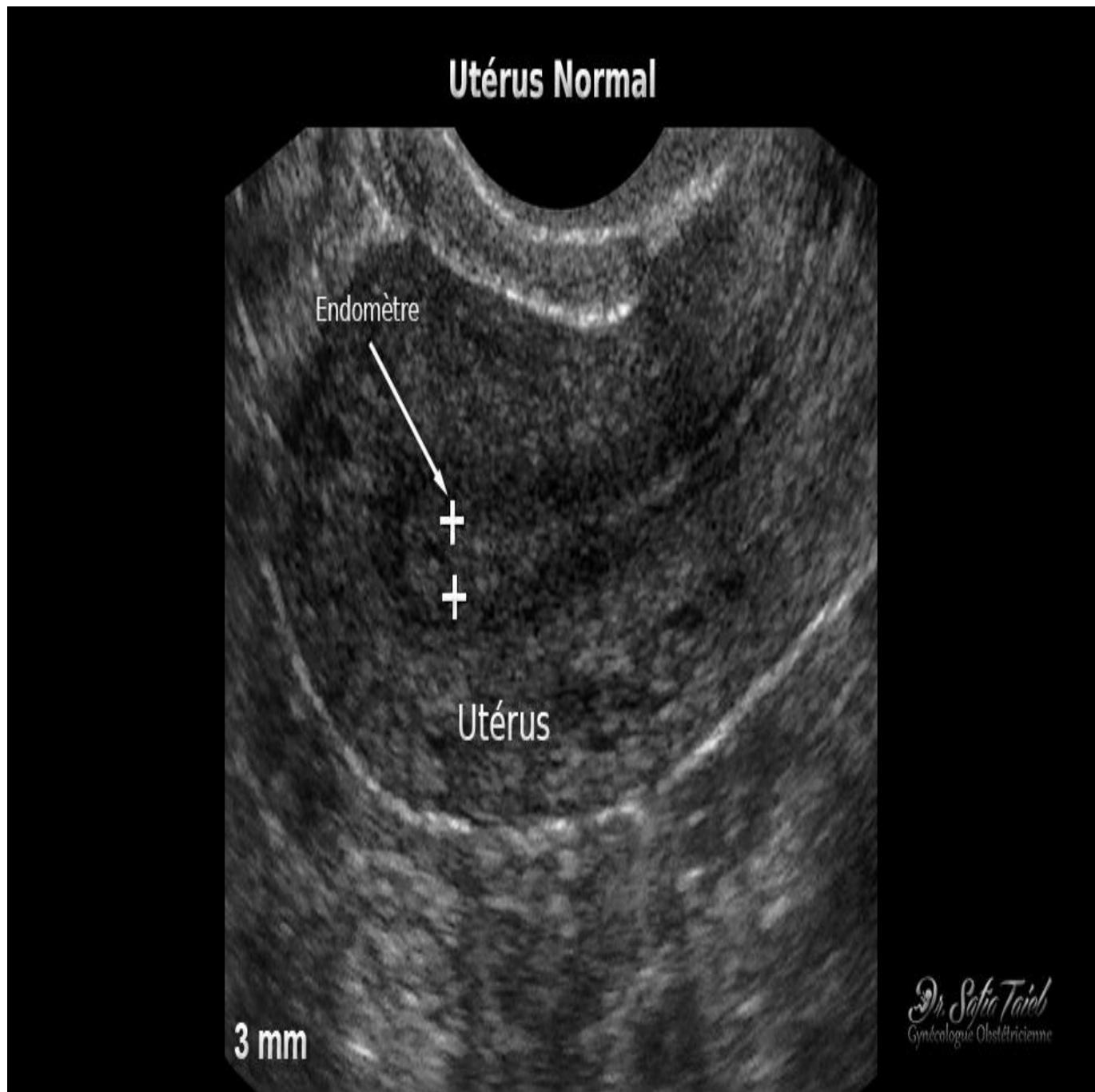
# Échographie abdomino-pelvienne



Interprétation :

**Pas d'hémopéritoine.**

# Échographie obstétricale



Interprétation :

**Cavité utérine vide,  
Pas de débris placentaires.**