

VECU D'UN PRATICIEN DU NIVEAU 2 FACE A UNE HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

*Danièle Salinier, Bertrand Grosset, Gladys Basséka, Grégory Aillet, Jean Luc Salinier
Gynécologues Obstétriciens, service de gynécologie obstétrique - CH Carcassonne*

Jusqu'à très récemment, la prise en charge des hémorragies de la délivrance dans une maternité de niveau 2 se heurtait à de nombreux dysfonctionnements :

- Délais de traitement des bilans par le laboratoire ne différenciant pas bilans de routine et bilans en urgence.
- Absence de garde d'obstétrique sur place la nuit (astreinte à domicile), retardant les gestes majeurs.
- La garde indifférenciée d'anesthésie induisant un retard dans la mise en œuvre de la réanimation maternelle.
- Un plateau technique n'offrant pas le recours immédiat à l'embolisation.
- Une situation géographique difficile à l'interface de deux régions (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées).

Dans les situations extrêmes, le recours à l'hystérectomie d'hémostase bien que permettant la survie de la patiente est toujours difficile pour la famille et pour l'équipe médicale.

Plusieurs facteurs ont contribué à faire évoluer la situation :

Même si nous ne disposons pas d'accès simple à un plateau de radiologie interventionnelle,

il faut retenir l'évolution positive de la prise en charge de cette lourde pathologie.

- La rédaction des protocoles de prévention d'une part, de prise en charge d'une hémorragie débutante d'autre part, a permis de diminuer l'incidence et surtout les conséquences de cette pathologie grâce à une action immédiate.
- La réorganisation du circuit des bilans biologiques d'urgence.
- Le renfort des équipes médicales d'anesthésie budgétisée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) est en cours de réalisation. La garde spécifique en maternité de niveau 2 n'est pas à l'heure actuelle réalisable.

De plus l'arrivée de jeunes chirurgiens a permis de mettre en œuvre de nouvelles techniques de chirurgie conservatrice permettant dans certains cas d'éviter l'hystérectomie d'hémostase.

Bien sûr, persiste le problème des hémorragies basses – mais rarissimes dans notre pratique – dans les quelques cas de lésions traumatiques de la filière génitale, une réanimation intense et un tamponnement énergique permettait de stabiliser la situation pour éventuellement un transfert en milieu spécialisé pour embolisation artérielle si nécessaire.

REFLEXION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HEMORRAGIE DU PP EN NIVEAU 1

Maurice Cohen - Gynécologue-obstétricien - Clinique Bonnefon - Alès

L'hémorragie de la délivrance représente la principale cause de décès maternel en France. Elle sera le plus souvent imprévisible. Malgré les facteurs de risques connus elle peut concerner les niveaux 1, 2 ou 3 et la prise en charge doit être maximale quelque soit le niveau.

Rigueur, anticipation et facteur « temps » sont les maîtres mots de la prise en charge en niveau 1 au moins autant qu'en niveau 3.

Le facteur « temps » est particulièrement important car en plus de la prise en charge thérapeutique se pose la question d'un éventuel transfert de la patiente pour permettre le recours à des techniques plus conservatrices que l'hystérectomie d'hémostase.

POURQUOI ?

En terme de moyens, le niveau 1 se caractérise le plus souvent par :

- «un accès au sang» moins performant en cas de poly-transfusions : les délais sont plus longs, il faut en moyenne 30 minutes de délai entre la prescription et la mise en place réelle de la transfusion (prescription, téléphone, coursier, aller-retour... prend du temps !!!).
- L'absence de service de radiologie interventionnelle à proximité pour permettre une embolisation rapide et efficace.
- Dans notre cas, le service le plus proche se trouve à 40 kilomètres soit à 1 h 30 à 2 h, le temps de décider et d'organiser le transfert avec le SAMU, après accord du service receveur.
- L'absence fréquente de service de réanimation pour la mère pour assurer la surveillance de ces patientes.

RIGUEUR : La prise en charge demande rapidité de décision et rigueur d'où la nécessité d'utiliser des protocoles parfaitement établis et référents.

En cela, le rôle des centres de référence, le travail en réseau et l'établissement de ces protocoles prend toute son importance.

ANTICIPATION :

- Prévention des situations à risque en ante partum : placenta praevia sur un utérus cicatriciel, placenta accreta situation inquiétante sur une échographie du 3^{ème} trimestre doit faire envisager un transfert ante partum.
- Application stricte des recommandations entourant l'accouchement :
 - Délivrance dirigée systématique
 - Surveillance stricte en post-partum de tous les accouchements.
- Application stricte des recommandations sur les HPP :

L'anticipation permettra de toute façon, le meilleur conditionnement possible de la parturiente pour un éventuel transfert en toute sécurité.

Chaque fois se pose les questions :

Faut-il transférer ? A quel moment transférer ?

C'est toute la difficulté de prévoir, d'anticiper la « fenêtre » pendant laquelle la patiente sera transportable en toute sécurité.

Ceci est vrai pour tous les services ne disposant pas :

- d'un service de radiologie interventionnelle à proximité
- d'un service de réanimation adulte à proximité
- d'un environnement permettant la mise en œuvre des techniques chirurgicales conservatrices.

La prise en charge en niveau 1 n'est pas différente d'une prise en charge en niveau 3. Elle demande une grande rapidité décisionnelle ne laissant pas de place à la négligence et à la perte de temps : Rigueur et Anticipation...