Hémorragie du post-partum Quelle stratégie? cas clinique



Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS

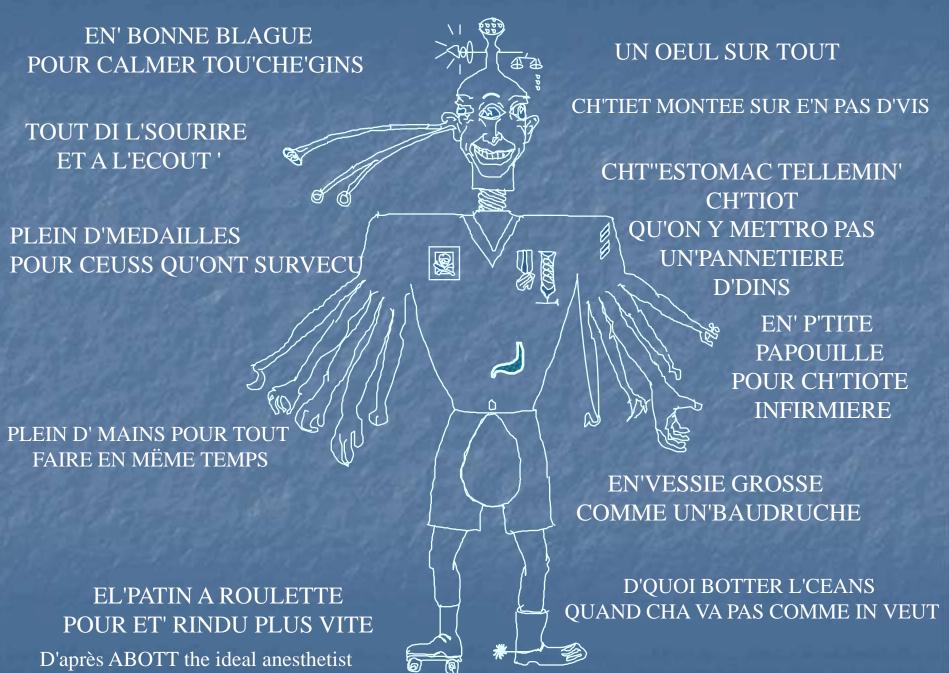
Maternité Jeanne de Flandre

CHRU LILLE

France

Conflict of interest: Pentapharm, Haemometics, LFB, ZLB-Behring

DETECTEURS E' D'NEURONE, D' GAZ, ET D'SANG



- Mrs H.Ma, 36ans, 175/76, Primipare
- Enorme fibrome praevia
- Placenta Antérieur localisé au dessus du fibrome



Réunion multidisciplinaire:

Quelle voie d'accouchement? Césarienne

Quelle technique pour la césarienne?

Segmentaire transversale ou longitudinale ou fundique?

9 KT enlateakon.

transplacentaire

Quel risque hémorragique? Majeur Mise en place prophylactique de cathéters d'embolisation dans

les artères utérines pour réaliser en cas de besoin l'embolisation peropératoire au bloc obstétrical.

Quel mode d'anesthésie? Anesthésie générale Quelles consignes pré-anesthésiques? RAI/72h + Commande CGUA + Cell saver?

QUESTION 1:

- Les RAI/ 72h sont justifiées dans les cas de
 - 1 Menace d'accouchement prématuré
 - 2 Chorioamniotite
 - 3 Anomalies d'insertion placentaire avec métrorragies

- Les RAI/ 72h sont justifiées dans les cas de
 - 1 Menace d'accouchement prématuré
 - 2 Chorioamniotite
 - 3 Anomalies d'insertion placentaire avec métrorragies

Réponse 3

QUESTION 2:

- Des produits sanguins labiles attribués
 - 1 Sont mis en réserve en quantité suffisante
 - 2 Doivent être CMV négatifs
 - 3 Peuvent être distribués en urgence vitale même en cas de RAI positive

- Des produits sanguins labiles attribués
 - 1 Sont mis en réserve en quantité suffisante
 - 2 Doivent être CMV négatifs
 - 3 Peuvent être distribués en urgence vitale même en cas de RAI positive

Réponse 1

QUESTION 3

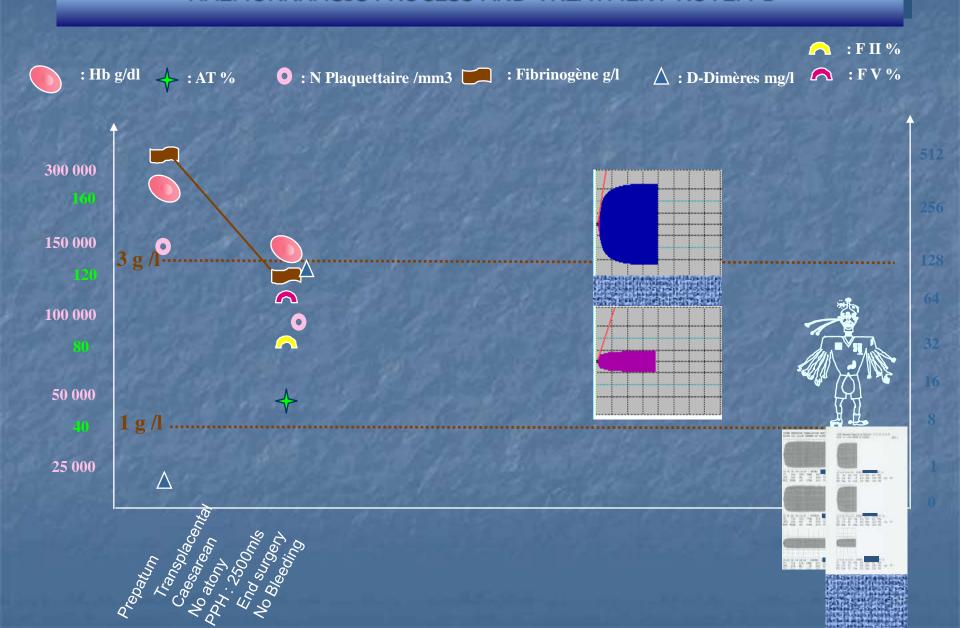
- Le cell saver peut-il être employé en obstétrique?
 - 1 Le lavage standard ou étendu élimine les cellules amniotiques et le facteur tissulaire
 - 2 La prévention de l'isoimmunisation Rhésus par les anti D doit être renouvelée et adaptée à la retransfusion peropératoire d'un pool d'hématies fœtales concentré par le cell saver
 - 3 La transfusion d'un culot érythrocytaire reconstitué est rentable au regard du consommable
 - 4 Les trois réponses sont bonnes

- Le cell saver peut-il être employé en obstétrique?
 - 1 Le lavage standard ou étendu élimine les cellules amniotiques et le facteur tissulaire
 - 2 La prévention de l'isoimmunisation Rhésus par les anti D doit être renouvelée et adaptée à la retransfusion peropératoire d'un pool d'hématies fœtales concentré par le cell saver
 - 3 La transfusion d'un culot érythrocytaire reconstitué est rentable au regard du consommable
 - 4 Les trois réponses sont bonnes

Réponse 4

- Durée de la césarienne : 1h30
- Remplissage vasculaire = 2 500 ml (colloides and cristalloides)
- Prostaglandines : uterotoniques
- Volume de saignement = 2500 ml
- Stabilité hemodynamique:
 no decrease of AP; FeTCO²; HR; no oliguria (200 ml)
- Bilan biologique :
 - Hb 10 g/dl
 - Fibrinogen = 2.6 g
 - TP 77 %, TCA 47/32
 - AT 58%, D Dimers > 10 000 ng/ml





QUESTION 4:

Pas de saignement, PA FC normales et Bilan biologique :

Hb 10 g/dl Fibrinogen = 2.6 g TP 77 %, TCA 47/32

- Devant ce tableau clinique, que faites-vous?
 - 1 Une embolisation des artères utérines?
 - 2 Transfusion de CGR?
 - 3 Correction de l'hémostase?
 - 4 Les trois?
 - 5 Rien et Surveillance en SSPI?

```
Pas de saignement, PA FC normales et Bilan biologique : Hb 10 g/dl Fibrinogen = 2.6 g TP 77 %, TCA 47/32
```

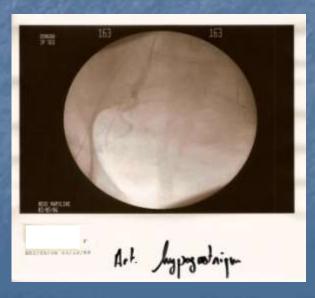
- Devant ce tableau clinique, que faites-vous?
 - 1 Une embolisation des artères utérines?
 - 2 Transfusion de CGR?
 - 3 Correction de l'hémostase?
 - 4 Les trois?
 - 5 Rien et Surveillance en SSPI?

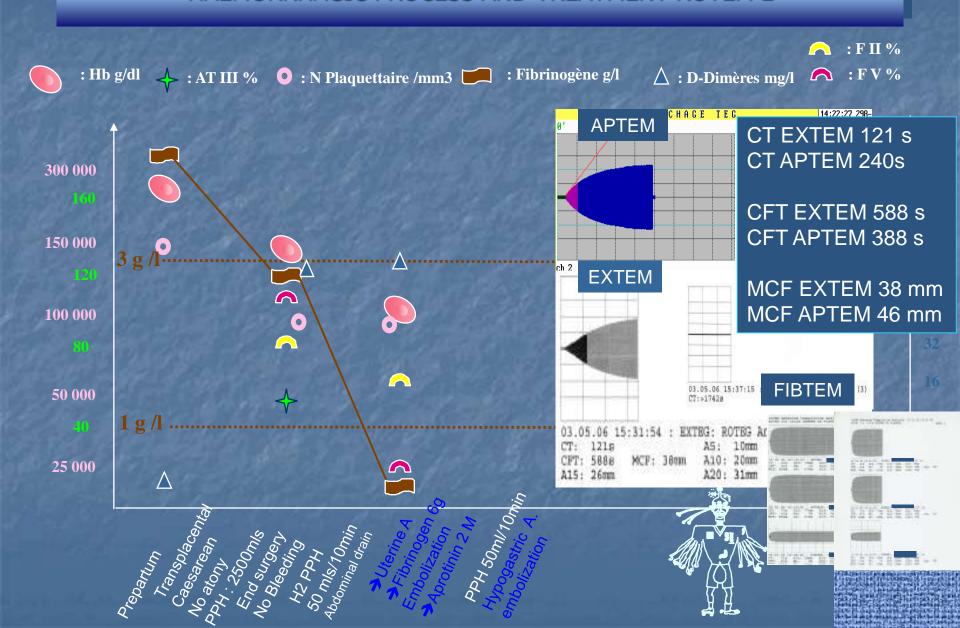
Réponse 5

Evolution clinique

- Deux heures après la fin de la chirurgie
- Saignement actif sur le drain abdominal : 50 ml/10 min
- Artériographie: pas d'origine chirurgicale
- Embolisation des artères utérines complétée par embolisation des artères hypogastriques







Question 5:

Saignement actif persistant malgré embolisation en cours, PA FC normale et Bilan biologique :

- Hb 8g/dl
- Fibrinogen = 0.6 g/l
- NP 87000/mm³
- FV 23%
- FII 72%
- Devant ce tableau clinique, que faites-vous?
 - 1 Transfuser des CGR?
 - 2 Corriger l'hypofibrinogénémie?
 - 3 Corriger la fibrinolyse?
 - 4 Corriger la thrombopénie?
 - 5 Corriger l'activité facteur V?
 - 6 Corriger celle du facteur II?
 - 7 Les trois dernières réponses
 - 8 Au moins Les trois premières réponses

- Saignement actif persistant malgré embolisation en cours, PA FC normale et Bilan biologique :
 - Hb 8g/dl
 - Fibrinogen = 0.6 g
 - NP 87000
 - FV 23% FII 72%
- Devant ce tableau clinique, que faites vous?
 - 1 Doit-on transfuser des CGR? Oui seuil 7 g/dl mais saignement actif
 - 2 Doit-on corriger l'hypofibrinogénémie? Oui seuil 0,8g/l mais fibrinogénolyse
 - 3 Doit-on corriger la fibrinolyse? Oui mais sur quelle base?
 - 4 Doit-on corriger la thrombopénie? Seuil 50000 seulement si sgnt persiste
 - 5 Doit-on corriger l'activité facteur V? Oui <30%
 - 6 Et celle du facteur II? Probablement pas nécessaire même si PCC efficace
 - 7 Les trois dernières réponses
 - 8 au moins Les trois premières réponses

Réponse 8

Question 6:

Avec quels moyens corriger l'anémie, la volémie et la coagulation?

- 1 CGR + Colloides?
- 2 CGR + Colloides + Concentrés Fibrinogène?
- 3 CGR + Colloides + rFVIIa?
- 4 CGR + Tranexamic acid?
- 5 CGR + Plasma 1/1?
- 6 CGR + Plasma 1/2?
- 7 CGR + Concentrés Fibrinogène + TXA?
- 8 CGR + solutés + Pack procoagulant selon monitoring?

Question 6:

Avec quels moyens corriger l'anémie, la volémie et la coagulation?

- 1 CGR + Colloides?
- 2 CGR + Colloides + Concentrés Fibrinogène?
- 3 CGR + Colloides + rFVIIa?
- 4 CGR + Tranexamic acid?
- 5 CGR + Plasma 1/1?
- 6 CGR + Plasma 1/2?
- 7 CGR + Concentrés Fibrinogène + TXA?
- 8 CGR + solutés + Pack procoagulant selon monitoring?

Réponse 8

HPP Persistante et grave: pour une demi masse

Nalador, geste hémostatique = embolisation ligature

Stratégie 1

Pack transfusion massive Ou whole blood

6 CGR 4 à 6 PFC 1 CPA 4 à 8

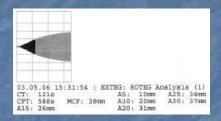
Pas de bio

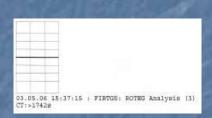
rFVIIa si Coagulo pathie Stratégie 2

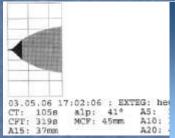
Stratégie monitorée
CGR ou cell saver guidé par Hb continue
Colloids guidé par monitoring hémodynamique
non invasif
Pack procoagulant guidé par thromboélastométrie

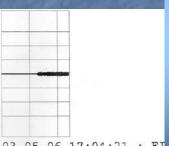
CGR pour Hb > 8 g/dl
Colloids et plasma selon réponse au remplissage
Exacyl 2g/20min + Fibri concentrés 3-12g
pour FIBTEM >12 mm et/ou FG > 2g/l et/ou
EXTEM > 41mm
Plasma pour facteur V > 30%
Concentrés plaquettes pour NP> 50 109/mm³
FXIII concentrés pour F XIII > 30%

Bilans délocalisés toutes les 30 min









03.05.06 17:04:21 : FI CT: 762s

JT: 7628

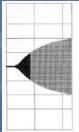
CFT:>680s MCF: 5mm ML: 56% Total PPH = 3000–3500 ml

Uterine A embolisation

Après TTT = Fibrinogène 6g

+ Aprotinine 2M

Efficace?

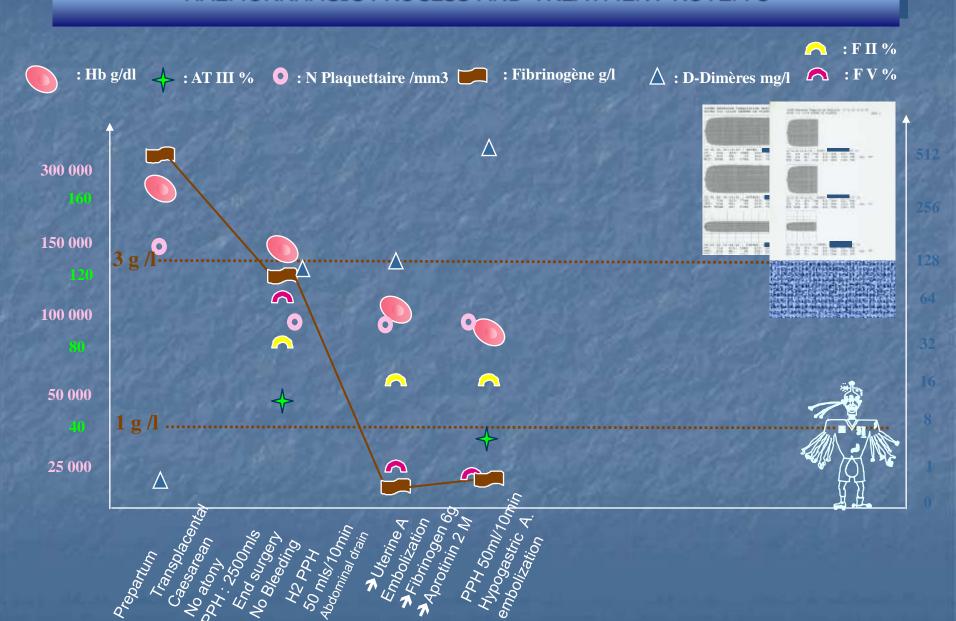


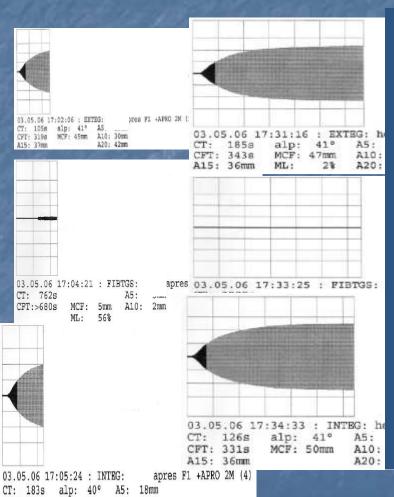
03.05.06 17:05:24 : INTEG: apres F1 +APRO 2M (4)

CT: 183s alp: 40° A5: 18mm CFT: 332s MCF: 40mm A10: 29mm

A15: 36mm







CFT: 332s

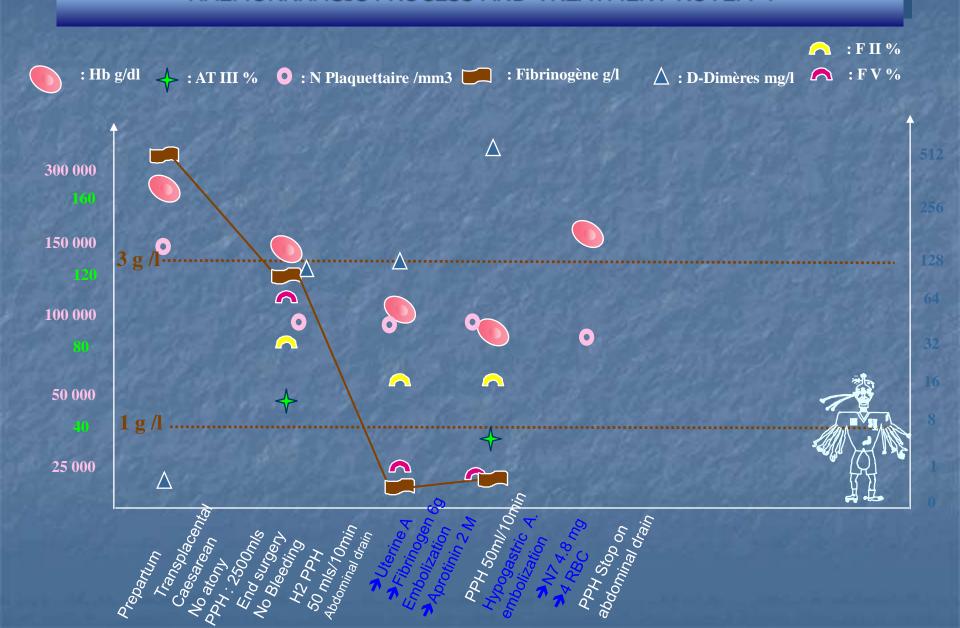
A15: 36mm

MCF: 40mm A10: 29mm

- Total PPH= 4500 ml
- aprés rFVIIa: 4.8 mg

Efficace? Oui /Non / Pas d'opinion

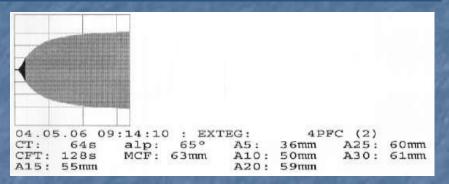
- Cliniquement
 Arrêt du saignement sur le drain mais
 Saignement par la cicatrice
 - Et sur le ROTEM
 Pas d'amélioration MCF CT CFT
 après rFVIIa versus avant rFVIIa

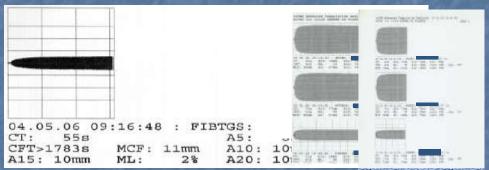


- After platelet transfusion and fresh frozen plasma :
 - CPA 8
 - 4 PFC
 - Fibrinogen 6g

CT, CFT, MCF normaux A 15 FIBTEM > 10mm

PPH stopped

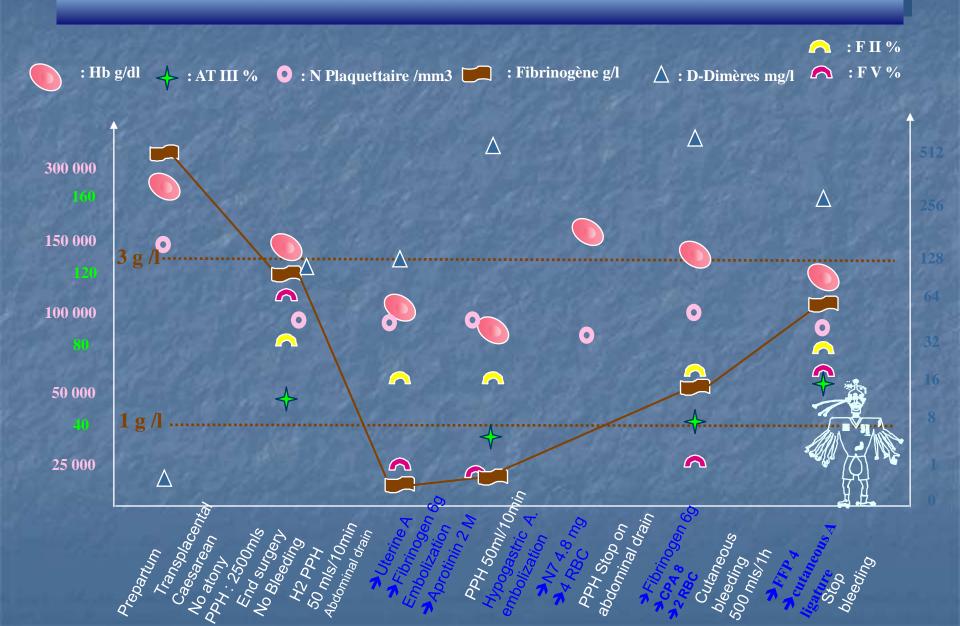




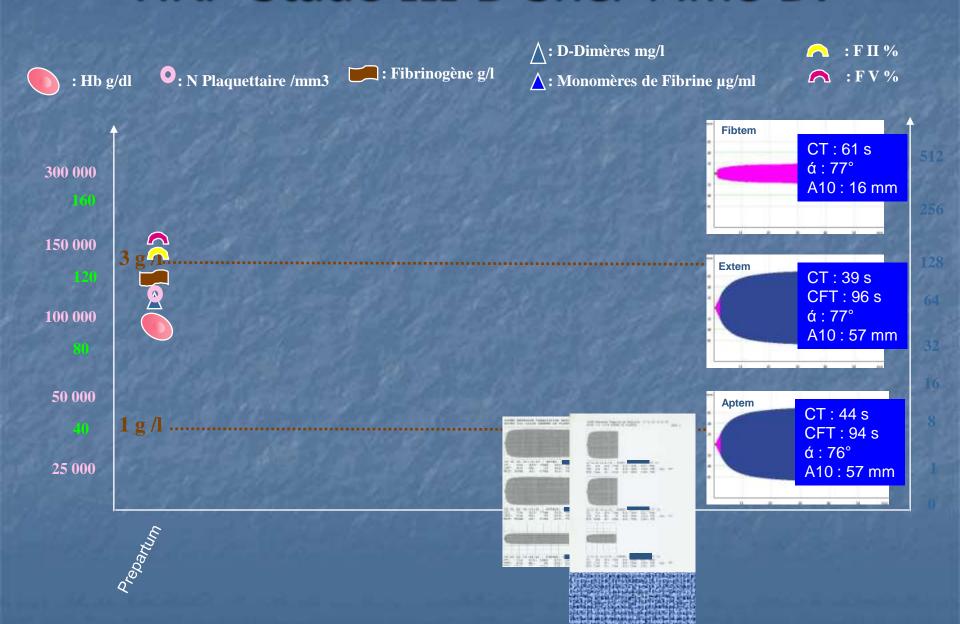
Total PPH: 5500 ml

TTT: 6 PRBC, Fibrinogen 12g, aprotinin 2M, CPA 8, FFP 4, N7 4.8mg

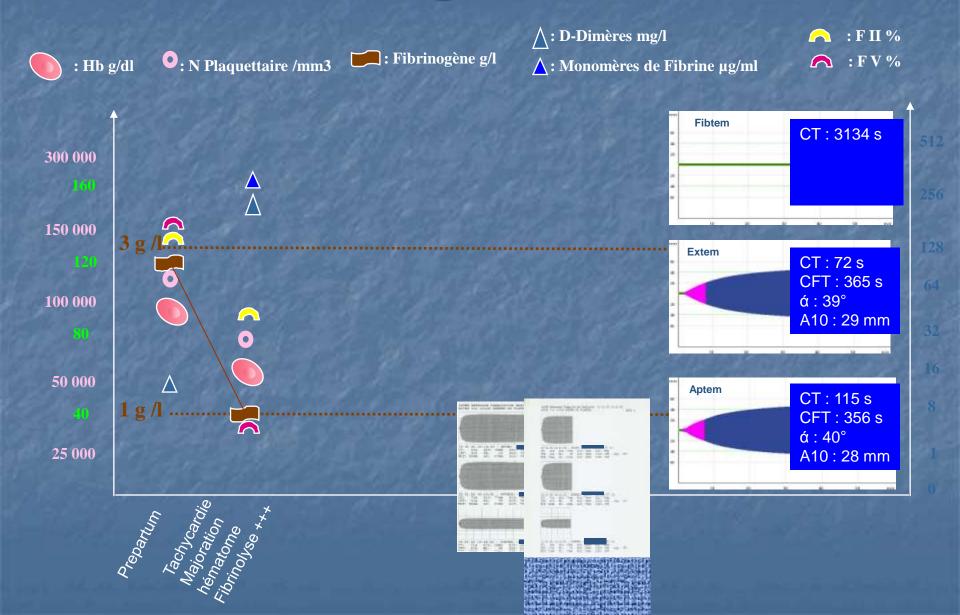
Closed monitoring of biological abnormalities did avoid hysterectomy, and contributes to adapt procoagulant treatment and to stop PPH



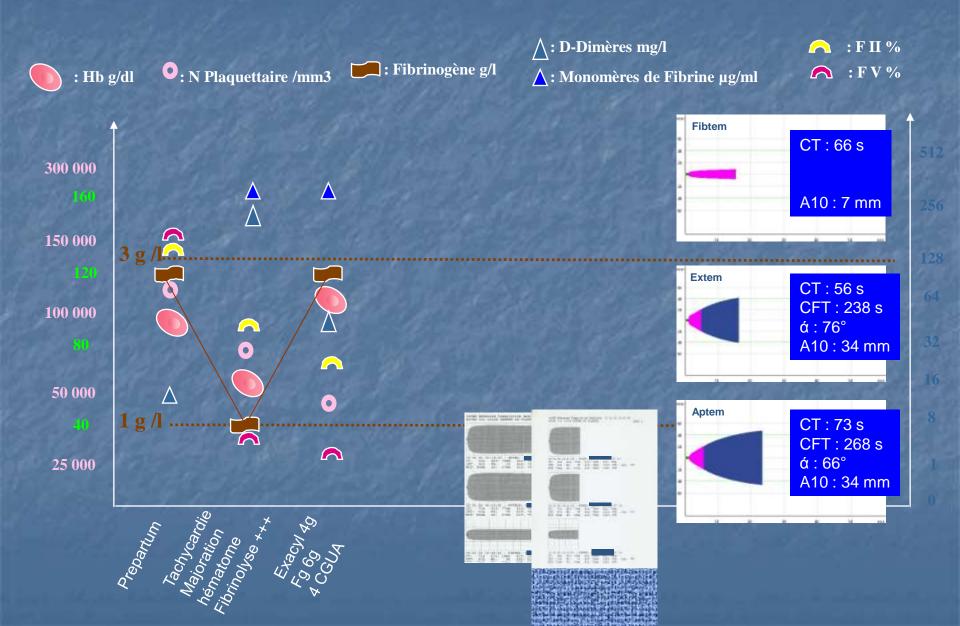
HRP Stade III B Sher Mme D.



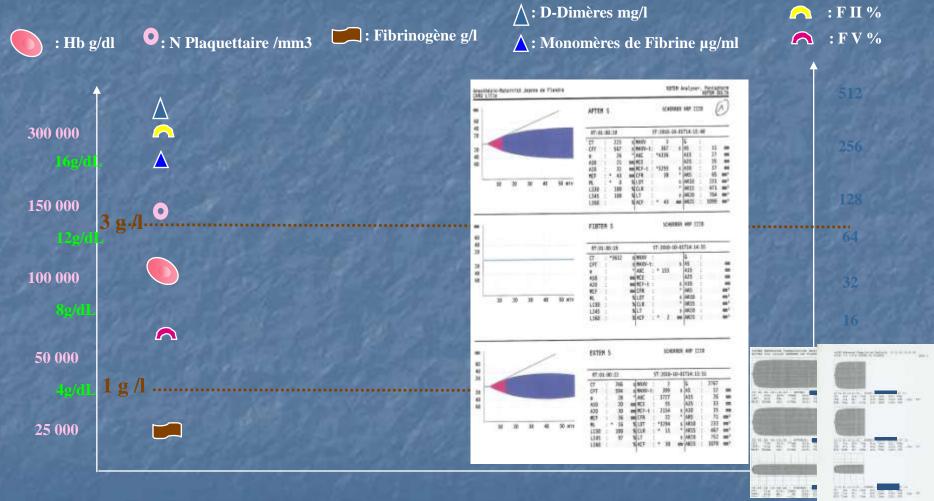
Coag H + 2



Contrôle après Exacyl + Fg (H+5)

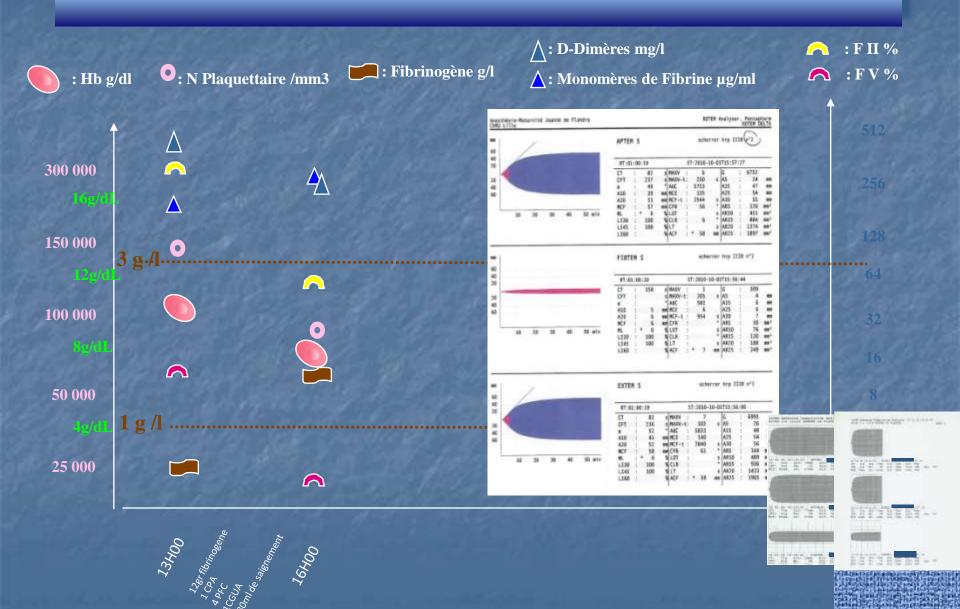


HRP Stade III B de Sher Bilan initial Mme SCH

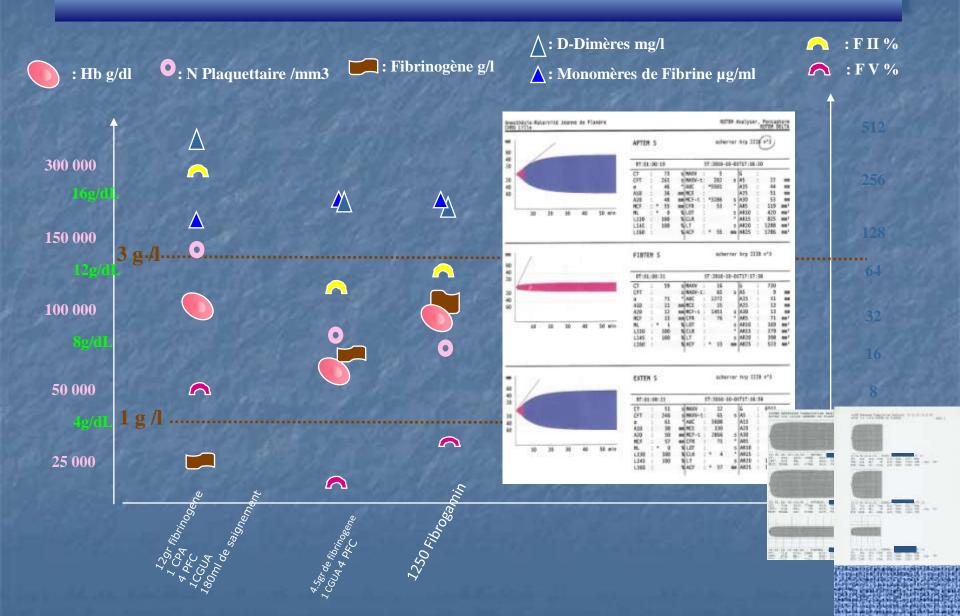




Bilan de 16H00



Accouchement



Discussion conclusion: Du monitoring et de la détermination des facteurs prédictifs de la sévérité de l'HPP jusqu'au traitement De nombreuses questions ?

- Quel seuil et quel objectif adopter pour la correction de l'anémie, de l'hémodynamique et de l'hémostase?
- Quelle origine à l'hypofibrinogénémie :
 Dilution, perte des facteurs dans l'HPP, DIC, coagulopathie, fibrinolyse?
- Est-ce que la correction de la coagulation plasmatique et du taux plasmatique du fibrinogène pourrait contribuer à l'arrêt de l'HPP? Et à la réduction de la morbi-mortalité?
- Peut-on considérer l'hémostase délocalisée comme valide pour prendre des décisions thérapeutiques?
- Chez quel patiente et à quel moment doit-on ajouter des traitements procoagulants aux traitements utérotoniques?
- Quels traitements procoagulants proposer?