



Santé • Enfance • Personnes âgées • Solidarité

4 missions au service de l'Homme

HEMORRAGIE MASSIVE OBSTETRICALE

Docteur André GERST
HAHN
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Correspondant Hémovigilance

Véronique AESCHELMANN-
Cadre de Santé
Référent soignant hémovigilance

**Clinique Ste Anne
GHSV**



CAS N° 1

Femme de 30 ans,

O Négatif, RAI Négatif

1^{ère} grossesse sans particularité avec
accouchement voie basse



2^{ème} grossesse :

Placenta prævia postérieur recouvrant

Terme théorique 28 janvier

Césarienne programmée au 11 janvier

La patiente se présente le 31 décembre aux urgences pour saignements

Transfert rapide en salle d'accouchement puis en salle de césarienne

Césarienne sous AG



Après l'extraction d'un enfant bien portant

→ Hémorragie d'emblée massive : évaluée à 4,3 litres

→ Hystérectomie d'hémostase

→ transfert en réanimation chirurgicale

→ A bénéficié de :

- 7CGR
- 5PFC
- 1 CPU
- 1,5g x2 CLOTTAFAC
- 750 UI KANOKAD (soit 10 UI/Kg)
- 1gr EXACYL X2
- 4g CaCl₂



BILANS BIOLOGIQUES

Biologie	A L'ADMISSION EN PRE OPERATOIRE	A L'ADMISSION EN POST OPERATOIRE (REA)
HB	12,4	10,6
Plaquettes	160 000	80 000
TP	89%	71%
INR	0,9	1,28
TCA	34	36,1 (T 32,5)
Fibrinogène	4,9	2,38
Calcémie		2.3
Protéines		36g/l



CAS N° 2

Femme 26 ans, primipare
Grossesse sur FIV
A Positif
RAI négatif



- Déclenchement par Propess®
- Pose de l'APD à 2 doigts de dilatation
- Décision césarienne sous AG, pour stagnation de la dilatation
- Hémorragie sur atonie utérine résistante au Nalador®
- Capitonage avec ligature des artères utérines
- Transfert sous AG en réanimation chirurgicale
- A bénéficié de :
 - 8 CGR
 - 1PFC
 - 1,5g x3 CLOTTAFAC
 - 500 UI X2 KANOKAD (soit 15UI/Kg)
 - 2g ClCa2



BILANS BIOLOGIQUES

Biologie	A L'ADMISSION EN PRE OPERATOIRE	EN PER OPERATOIRE	A L'ADMISSION EN POST OPERATOIRE (REA)
HB	9,8	7,5	10,3
Plaquettes	227 000	140 000	100 000
TP	100%	52%	75%
INR	1	1,6	1.21
TCA	30	47 T34	32
Fibrinogène	3,9	1,7	3,4
Calcémie		1,43	2,5
Protéines		19g/l	35g/l



Objectifs en cas d'hémorragie massive

A court terme

- Arrêter le saignement
- Préserver les fonctions vitales
- Corriger les paramètres biologiques : globules rouges et crase

A moyen terme

- Transférer dans une réanimation chirurgicale en état hémodynamique stable
- Prévenir la récurrence hémorragique
- Prévenir les troubles de la crase (CIVD)



Les moyens mis en œuvre

- Obstétricaux et chirurgicaux jusqu'à l'hystérectomie d'hémostase
- Réanimation selon le protocole du CNGOF :
- Réchauffement
- Acide tranexamique (discuté)
- Sulprostone
- Remplissage vasculaire par macromolécules
- Transfusion de CGR et PFC dans la proportion de 1/3 à 1/1
- Transfusion plaquettaire en fonction de la biologie



Apport de dérivés sanguins stables ?

- Dans les ES ne disposant pas d'un stock, la disponibilité des PFC peut dépasser 1 heure.
- Délai de réalisation des analyses sanguines (thromboélastogramme délocalisé peu réalisable)
- L'apport de fibrinogène (CLOTTAFAC) est unanimement admis et doit être précoce
- L'apport de PPSB (KANOKAD) est plus discuté :
 - Hors AMM, non recommandé en France mais utilisé en Allemagne (Deutsches Arzblatt International 2008-105(37)629-638), dans la logique d'apport de facteurs de coagulation, même s'il ne sont pas tous présents comme dans le PFC.
- L'apport de facteur VIIa (NovoSeven) peut se justifier à une phase plus tardive de l'hémorragie.



CONCLUSION

Dans les deux cas d'hémorragie sus décrit, on peut constater un état clinique et biologique satisfaisant à l'arrivée au CHU sans que cela puisse être attribué à l'un des traitements en particulier.

Questions

Utilité d'études sur l'utilisation du PPSB dans les hémorragies massives, et en particulier obstétricales ?

Utilité d'un appareil de mesure de l'INR capillaire en plus de Hb ?



Merci de votre écoute



Enfance
Personnes âgées

Solidarité

Santé
Solidarité



Personnes âgées

Santé

Personnes âgées

Solidarité

Enfance
Santé