



Prévention et traitement de l'hémorragie post-partum: Nouvelles approches visant les milieux aux ressources restreintes



Déclaration commune Confédération internationale des sages-femmes (ICM) Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO)

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) sont des partenaires clés en ce qui a trait aux efforts déployés à l'échelle internationale en vue de réduire les invalidités et les décès maternels partout dans le monde. Leurs énoncés de mission font état d'un même engagement à promouvoir la santé, les droits et le bien-être de toutes les femmes, et plus particulièrement de celles qui courent le plus grand risque de décès ou d'invalidité associé à la maternité. La FIGO et l'ICM encouragent des interventions fondées sur des données probantes qui, employées correctement et de façon éclairée, peuvent réduire l'incidence de morbidité et de mortalité maternelles.

Cette déclaration reflète l'état actuel (2006) des connaissances en matière de prévention et de traitement de l'hémorragie post-partum (HPP) dans les milieux aux ressources restreintes. Elle intègre de nouveaux résultats de recherche rendus disponibles depuis la publication en 2003 de la première déclaration commune FIGO-ICM intitulée *Prise en charge du troisième stade du travail aux fins de prévenir l'hémorragie post-partum*¹.

Environ trente pour cent des décès maternels dans le monde sont causés par une hémorragie, qui se déclare le plus souvent pendant la période post-partum². Dans les pays en développement, la plupart des décès maternels dus à une HPP surviennent dans des milieux (tant hospitaliers que communautaires) ne comptant aucun accoucheur ou, encore, dans des milieux où les accoucheurs ne disposent pas des compétences ou du matériel nécessaires à la prévention et à la prise en charge de l'HPP et de l'état de choc. L'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire le taux de mortalité maternelle de 75 pour cent d'ici 2015³ restera hors de portée si nous n'abordons pas de façon prioritaire le problème de l'HPP dans le monde en développement.

L'ICM et la FIGO appuient toutes deux des recommandations internationales soulignant qu'il est impératif de compter des soignants qualifiés et des services obstétricaux améliorés comme éléments centraux aux efforts visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces recommandations reflètent ce que devrait être un droit fondamental pour toutes les femmes. La prévention de l'HPP nécessitera de combiner plusieurs approches visant à étendre l'accès aux soins professionnels tout en multipliant les interventions salutaires suivant un continuum de soins allant de la communauté à l'hôpital. Les différents environnements où les femmes accouchent dans ce continuum nécessitent différentes approches quant à la prévention et au traitement de l'HPP.

Appel à l'action

Malgré les activités en faveur de la maternité sans risques mises en œuvre depuis 1987, les femmes continuent de mourir en accouchant. Celles qui vivent dans des milieux aux ressources restreintes sont les plus vulnérables en raison de la maladie, de la pauvreté, de la discrimination et de l'accès limité aux soins de santé. L'ICM et la FIGO ont un rôle central à jouer en vue de renforcer la capacité des sociétés d'obstétrique et les associations de sages-femmes nationales à réduire les décès et les invalidités résultant de l'HPP par des approches sûres, efficaces, réalisables et durables. Quant aux associations nationales d'obstétriciens et de sages-femmes, elles doivent assurer le leadership dans l'effort de mise en œuvre des approches mentionnées dans cette déclaration. Les associations professionnelles peuvent se mobiliser pour :

- inciter les gouvernements à assurer la prestation de soins de santé à toutes les femmes;
- préconiser la présence d'une sage-femme, d'un médecin ou de tout autre soignant qualifié pendant l'accouchement;
- diffuser cette déclaration à tous leurs membres par tous les moyens disponibles, notamment la publication dans les bulletins nationaux et les revues professionnelles;
- éduquer leurs membres, les autres fournisseurs de soins de santé, les décideurs et le public relativement aux approches mentionnées dans cette déclaration, ainsi qu'à la nécessité de dispenser des soins professionnels lors de chaque accouchement;
- surmonter les obstacles législatifs et réglementaires qui entravent l'accès aux soins salvateurs, en particulier les obstacles réglementaires qui interdisent actuellement aux sages-femmes et autres soignants qualifiés d'administrer des médicaments utérotoniques;

- veiller à ce que tous les soignants qualifiés reçoivent la formation requise et adaptée à leur cadre de travail pour administrer en toute sécurité des médicaments utérotoniques et mettre en œuvre les autres méthodes mentionnées dans cette déclaration, et veiller également à ce que les utérotoniques soient disponibles en quantité suffisante pour répondre aux besoins;
- demander aux organismes de réglementation et aux décideurs d'approuver l'emploi du misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP;
- intégrer les recommandations de cette déclaration aux directives, listes de compétences et programmes de formation en vigueur.

Nous demandons également aux organismes de financement d'appuyer les initiatives visant à réduire l'HPP par des interventions rentables, élaborées en fonction des ressources disponibles.

Prévention de l'hémorragie post-partum

Les femmes enceintes risquent une perte sanguine potentiellement mortelle à l'accouchement. Les femmes anémiques sont plus vulnérables aux pertes sanguines même modérées. Heureusement, la plupart des HPP peuvent être évitées. Différentes approches peuvent être employées selon la situation et la disponibilité de soignants qualifiés et du matériel approprié.

Prise en charge active du troisième stade du travail (aussi connue sous le nom de gestion active de la troisième phase de l'accouchement ou GATPA)

Les données cliniques favorisent une prise en charge active du troisième stade du travail par tout soignant qualifié, quel que soit le cadre dans lequel il exerce ses fonctions. La prise en charge active du troisième stade du travail réduit l'incidence de l'HPP, l'ampleur de la perte sanguine et le recours à la transfusion⁴; elle doit donc faire partie de tout programme d'intervention visant à réduire les décès dus à l'HPP.

La prise en charge active du troisième stade du travail comprend généralement les éléments suivants :

- administration d'oxytocine* ou d'un autre médicament utérotonique dans la minute qui suit la naissance du bébé;
- traction contrôlée du cordon ombilical**;
- massage utérin après délivrance du placenta, au besoin.

(Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge active du troisième stade du travail, voir la déclaration commune FIGO-ICM intitulée *Prise en charge du troisième stade du travail aux fins de prévenir l'hémorragie post-partum.*)

Le misoprostol dans la prévention de l'hémorragie post-partum

Lorsqu'on ne dispose pas d'oxytocine ou que les compétences des soignants qualifiés sont limitées, l'administration de misoprostol peu après la naissance du bébé réduit le risque d'hémorragie^{7,8}. Les effets secondaires les plus courants sont une pyrexie et des tremblements transitoires. La formation des femmes et des soignants qualifiés au bon usage du misoprostol est essentielle.

L'administration du misoprostol comprend généralement les éléments suivants :

- administration de 600 microgrammes (µg) de misoprostol par voie orale ou sublinguale après la naissance du bébé;***
- traction contrôlée du cordon ombilical, UNIQUEMENT en présence d'un soignant qualifié;
- massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

Prise en charge active du troisième stade du travail en l'absence de médicaments utérotoniques

Il arrive qu'on ne dispose pas de médicaments utérotoniques en raison d'une rupture d'approvisionnement ou des circonstances de l'accouchement. En l'absence de données probantes, la prise en charge du troisième stade du travail recommandée par l'ICM et la FIGO lorsque les soignants qualifiés ou autres soignants ne disposent pas de médicaments utérotoniques comprend les éléments suivants :

- attendre les signes de séparation du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic);
- encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale;
- la traction contrôlée du cordon ombilical n'est pas recommandée en l'absence de médicaments utérotoniques ou avant les signes de séparation du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive et une inversion utérine;
- massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

Traitement de l'hémorragie post-partum

*Bien que la réfrigération soit la méthode de stockage privilégiée pour l'oxytocine, elle peut être conservée à des températures ne dépassant pas 30 °C pendant une durée maximum de trois mois sans perte d'activité significative⁵.

**Le fait de retarder le clampage du cordon d'une à trois minutes permet de réduire l'anémie chez le nouveau-né⁶.

***Les données de deux essais comparant le misoprostol à un placebo indiquent que l'administration d'une dose de 600 µg de misoprostol par voie orale ou sublinguale réduit le risque d'HPP avec ou sans traction contrôlée du cordon ombilical ou utilisation du massage utérin^{7,8}.

Même avec les grands progrès réalisés dans la prévention de l'HPP, certaines femmes devront quand même être traitées pour cause de saignement excessif. Pour leur sauver la vie, il faut absolument les transférer en temps opportun vers un établissement offrant des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) ou complets (SOUC), selon le cas. Actuellement, la norme de soins en ce qui concerne les SOU de base comprend l'administration de médicaments utérotoniques par IV ou IM et le retrait manuel du placenta et des produits de conception. Les établissements offrant des soins obstétricaux d'urgence complets peuvent également procéder à une transfusion ou à une intervention chirurgicale⁹.

Soins d'urgence communautaires : les gestes qui sauvent à domicile

Il est possible d'enseigner quelques gestes salutaires élémentaires à toute personne susceptible de participer à un accouchement à domicile. Le programme familial et communautaire de soins obstétricaux d'urgence à domicile vise à enseigner plus largement les gestes qui sauvent et à réduire les transferts tardifs vers les centres spécialisés. Il enseigne aux membres de la famille et de la communauté des techniques comme le massage fundique utérin et la préparation aux situations d'urgence. Les essais sur le terrain indiquent que le programme de formation aux gestes qui sauvent à domicile constitue un complément utile à un programme de prévention et de traitement de l'HPP¹⁰. En effet, la détection précoce de l'hémorragie et la mise en œuvre rapide des soins sont la clé d'un traitement efficace.

Le misoprostol dans le traitement de l'hémorragie post-partum

Bien que l'on soit moins renseigné sur l'effet du misoprostol dans le cadre du traitement de l'HPP, son emploi peut être approprié dans les milieux aux ressources restreintes et il a déjà été utilisé seul, en association avec l'oxytocine et en dernier recours pour le traitement de l'HPP. Les publications indiquent que différents dosages et voies d'administration ont présenté des résultats prometteurs¹¹. Dans les accouchements à domicile sans soignant qualifié, le misoprostol peut être la seule méthode disponible pour contrôler l'HPP. La posologie optimale n'a pas encore été déterminée. Une étude publiée portant sur le traitement de l'HPP a montré qu'une dose de 1 000 µg administrée par voie rectale réduit de façon significative les saignements abondants et le recours à des interventions supplémentaires¹². Des études sont en cours pour déterminer la dose la plus efficace et la plus sûre pour le traitement de l'HPP. Un cas rare d'hyperpyrexie non mortelle a été signalé après l'administration par voie orale de 800 µg de misoprostol¹³.

REMARQUE : L'administration répétée de doses de misoprostol n'est pas recommandée.

Techniques novatrices

D'autres techniques prometteuses adaptées aux milieux aux ressources restreintes pour l'évaluation et le traitement de l'HPP comprennent notamment des mesures de perte sanguine simples et précises^{14,15}, l'administration d'oxytocine en seringues Uniject¹⁶, le tamponnement utérin¹⁷ et le pantalon antichoc¹⁸. Ces innovations sont encore à l'étude pour l'emploi dans les milieux aux ressources restreintes, mais elles pourraient s'avérer importantes sur le plan programmatique, en particulier pour les femmes vivant loin de tout établissement offrant des soins professionnels.

Besoins en matière de recherche

Des progrès importants ont été effectués dans l'identification des approches salutaires et des interventions adaptées à la prévention et au traitement de l'HPP dans les milieux aux ressources restreintes. Le domaine évolue rapidement et les problèmes suivants ont été désignés comme priorités de recherche à venir pour les milieux aux ressources restreintes :

- déterminer la dose et la voie d'administration optimales du misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP, de façon à optimiser l'efficacité tout en minimisant le risque d'effets secondaires;
- déterminer la méthode de prise en charge du troisième stade du travail la plus efficace en l'absence d'utérotoniques;
- évaluer en quoi la pratique des soignants qualifiés se trouve modifiée par l'ajout d'une meilleure mesure de la perte sanguine (p. ex. au moyen d'un drap calibré ou d'autres méthodes);
- évaluer les options de traitement de l'HPP dans les services d'urgence de base, en particulier le tamponnement utérin et le pantalon antichoc;
- déterminer les moyens les plus efficaces d'enseigner et d'entretenir les compétences des soignants qualifiés et d'autonomiser la communauté en matière d'HPP.

Références

1. Confédération internationale des sages-femmes, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Déclaration commune. *Prise en charge du troisième stade du travail aux fins de prévenir l'hémorragie post-partum*. La Haye : ICM; Londres : FIGO; 2003. Disponible à : http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf ou <http://www.figo.org/content/PDF/PPH%20Joint%20Statement.pdf>. Consulté le 12 octobre 2006.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. « WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review », *Lancet*, vol. 367, 2006, p. 1066-74. DOI : 10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
3. Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement. New York (NY) : ONU; 2000. Disponible à : <http://www.un.org/millenniumgoals>. Consulté le 12 octobre 2006.
4. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. « Active versus expectant management in the third stage of labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2000, article n° CD000007. DOI : 10.1002/14651858.CD000007.
5. Hogerzeil HV, Walker GJ, de Goeje MJ. « Stability of injectable oxytocics in tropical climates: results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine, and oxytocin », Genève : *Action Programme on Essential Drugs and Vaccines*, Organisation mondiale de la Santé; 1993. Publication de l'OMS n° WHO/DPA/93.6.
6. Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C et coll. « The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial », *Pediatrics*, vol. 117, 2006, p. 779-86.
7. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Gellar SE, Naik VA, Bellad M et coll. « Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 368, 2006, p. 1248-53.
8. Hoj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. « Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial », *BMJ*, vol. 331, 2005, p. 723.
9. Fonds des Nations Unies pour la population. « Emergency obstetric care: checklist for planners », New York (NY) : FNUAP; 2003. Disponible à : http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf. Consulté le 12 octobre 2006.
10. Sibley L, Buffington ST, Haileyesus D. « The American College of Nurse Midwives' Home-based lifesaving skills program: a review of the Ethiopia field test » [l'erratum publié est paru dans *J Midwifery Womens Health*, vol. 49, n° 6, 2004, après la table des matières], *J Midwifery Womens Health*, vol. 49, 2004, p. 320-8.
11. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. « Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review », *BJOG*, vol. 112, 2005, p. 547-53.
12. Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia E. « Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 90, 2005, p. 51-5.
13. Chong YS, Chua S, Arulkumaran S. « Severe hyperthermia following oral misoprostol in the immediate postpartum period », *Obstet Gynecol*, vol. 90, 1997, p. 703-4.
14. Tourne G, Collet F, Lasnier P, Seffert P. « Intérêt de l'utilisation d'un sac de recueil dans le diagnostic des hémorragies de la délivrance », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Paris, vol. 33, 2004, p. 229-34.
15. Prata N, Mbaruku G, Campbell M. « Using the kanga to measure post-partum blood loss », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 89, 2005, p. 49-50.
16. Tsu VD, Sutanto A, Vaidya K, Coffey P, Widjaya A. « Oxytocin in prefilled Uniject injection devices for managing third-stage labor in Indonesia », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 83, 2003, p. 103-11.
17. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. « The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 767-72.
18. Miller S, Hamza S, Bray EH, Lester F, Nada K, Gibson R et coll. « First aid for obstetric haemorrhage: the pilot study of the non-pneumatic anti-shock garment in Egypt », *BJOG*, vol. 113, 2006, p. 424-9.