



Evidence scientifique et soutien pour la GATPA

Définitions pour la session

Atonie utérine – Défaillance de l'utérus à se contracter normalement en puissance et en durée. On parle aussi d'inertie utérine.

Clampage tardif du cordon – Moyen physiologique de traiter le cordon, c'est-à-dire le clampage pratiqué une fois interrompues les pulsations du cordon, d'ordinaire au bout de 3 à 4 minutes. Les bébés nés après un clampage précoce du cordon présentent un taux d'hémoglobine et un hématoците plus faibles. De plus, les recherches récentes privilégient le clampage tardif parce qu'il peut prévenir l'anémie ferriprive dans l'enfance. Si une pression légère est exercée sur le cordon après l'administration d'ocytocine, comme c'est le cas dans la GATPA, le clampage relativement précoce (2 à 3 minutes après la naissance du bébé) du cordon est obligatoire.

Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) – Un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Généralement, les composantes sont les suivantes :

1. **administrer un médicament utérotonique** (pour contracter l'utérus) dans la minute qui suit la naissance du nouveau-né, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus ;
2. **appliquer une traction contrôlée sur le cordon ombilical** tout en appliquant une contre-pression simultanée sur l'utérus à travers l'abdomen ;
3. **masser le fond utérin** à travers l'abdomen après l'expulsion du placenta, pour aider l'utérus à se contracter afin de diminuer au maximum les saignements.

Hémorragie du post-partum (HPP) – Perte excessive de sang après la naissance d'un bébé. La définition clinique est une perte de sang supérieure à 500 ml. Une hémorragie post-partum grave est une perte supérieure à 1000 ml.

Massage utérin – Massage du fond utérin fait à travers la paroi abdominale immédiatement après la délivrance du placenta jusqu'à ce que l'utérus se contracte. Ce massage utérin est renouvelé toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures après la délivrance du placenta. Lors du massage utérin, de nombreux caillots peuvent être expulsés.

Médicament utérotonique – Un médicament qui stimule les contractions utérines.

Prise en charge physiologique (expectative) de la troisième période de l'accouchement – Moyen physiologique de prendre la troisième période de l'accouchement en charge, c'est-à-dire :

- Les utérotoniques ne sont pas utilisés.
- Le placenta est expulsé par gravité et effort maternel.
- Le cordon est clampé après l'arrêt des pulsations du cordon.

Rétraction utérine – Diminution des dimensions de l’utérus, due à un raccourcissement des fibres qu’il contient. La phase de décollement placentaire est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare et des contractions utérines qui le provoquent. La rétraction utérine est un phénomène passif, qui résulte de la diminution du volume utérin lors de l’expulsion fœtale et aboutit à l’augmentation d’épaisseur des parois utérines, sauf au niveau de l’insertion placentaire qui reste mince. Après l’accouchement, la reprise des contractions utérines entraînant le décollement du placenta et la constitution d’un hématome rétro-placentaire physiologique. Cet hématome va s’étendre entraînant la migration du placenta vers le segment inférieur de l’utérus et l’ascension du fond utérin.

Traction contrôlée du cordon (TCC) – Une pression légère exercée sur le cordon après l’administration d’un utérotonique pour faciliter l’expulsion du placenta.

Troisième période de l’accouchement (TPA) – La période entre la sortie du bébé et l’expulsion du placenta. Au cours de ce stade, les muscles de l’utérus se contractent vers le bas et le placenta commence à se séparer de la paroi utérine. La quantité de perte de sang dépend de la rapidité avec laquelle cela se produit. Si l’utérus ne se contracte pas normalement (atonie de l’utérus), les vaisseaux sanguins se trouvant au niveau du placenta restent ouverts et un saignement grave se produit.

Importance de la troisième période de l’accouchement

Le plus souvent, la troisième période de l’accouchement se passe normalement et sans complications. Cependant, c’est pendant cette période de l’accouchement que la femme peut avoir des complications qui aboutissent soit à sa mort soit à une morbidité chronique. Les saignements graves ou l’hémorragie constituent la cause unique la plus importante de décès maternels à travers le monde. L’HPP est un saignement excessif de plus de 500 ml après l’accouchement. Des pertes de sang, ne serait-ce que de petite quantité, peuvent s’avérer fatales pour les femmes anémiques.

Même si la femme survit à l’HPP, elle peut être gravement anémiée et souffrir de complications entraînant la morbidité à long terme. La chirurgie ou les transfusions sanguines pourraient sauver la vie d’une femme souffrante d’une HPP, mais ces interventions :

- sont accompagnées des risques de l’infection (par exemple, le VIH, l’hépatite B, etc.) et d’autres complications ;
- sont coûteuses ;
- et pourraient ne pas être disponibles.

L’HPP pourrait être associée à :

- un besoin accru des services d’anesthésie d’urgence ;
- la révision utérine ou l’utilisation d’instruments à l’intérieur de l’utérus (augmentant le risque de la sepsie) ;
- une hospitalisation prolongée – ceci est associée à son tour aux gênes financiers importants et à long terme pour la femme et sa famille ;
- un retard dans le commencement de l’allaitement maternel.

En plus, les femmes qui ont survécu à l’hémorragie grave du post-partum (“near misses”) ont une probabilité élevée de mourir dans l’année suivante de l’HPP.¹



Physiologie de la troisième période de l'accouchement

Phase de décollement placentaire

Le décollement placentaire est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare et des contractions utérines qui le provoque. La rétraction utérine est un phénomène passif, correspondant à la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale. Elle aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines respectant la zone en regard de l'insertion placentaire qui reste mince. Il en résulte un enchâtonnement physiologique du placenta, indispensable à son décollement.

Les contractions utérines s'accroissent progressivement en intensité. Le placenta enchâtonné physiologiquement, dont le pourtour est cerné par un anneau musculaire plus épais, subit des pressions concentriques qui tendent à le faire bomber vers la cavité utérine. Il se crée ainsi des décollements par endroits, qui, rapidement, vont aboutir à un hématome rétro-placentaire.

L'hématome rétro-placentaire aboutit au clivage complet entre la caduque utérine (couche superficielle de la muqueuse utérine gravidique) et la couche muqueuse profonde qui, restant indemne, sera la base de la régénération ultérieure de la muqueuse utérine.

Phase de migration et d'expulsion du placenta

Sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, majoré par le sang retenu par les membranes encore adhérentes aux parois utérines, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse soulevant le corps utérin.

Puis, le placenta décollé migre alors à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve :

- le plus fréquemment, par la face fœtale du placenta (mode BAUDELOCQUE), qui survient plus souvent si le placenta est fundique ou assez haut situé ;
- plus rarement par sa face maternelle (mode DUNCAN), surtout s'il est bas inséré.

Ce mode de délivrance favoriserait des complications (rétention de membranes, hémorragie du segment inférieur), nécessitant une surveillance accrue.

Phase de rétraction utérine

La phase de rétraction utérine intéresse cette fois la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase : les vaisseaux sont enserés et obturés par la contraction des fibres musculaires ; la thrombose survenant dans ces vaisseaux est facilitée par les facteurs de coagulation, qui sont augmentés en fin de grossesse.

Les pertes sanguines sont souvent sous-estimées. Dans quelques séries plus précises et en l'absence de mesures préventives décrites plus loin, la fréquence des hémorragies supérieures à 500 cc serait de 18 à 26%.^{2,3,4} Celle des hémorragies sévères (> 1 litre) serait de 3 à 4,5% dans les accouchements par voie basse,^{3,4,5} voire jusqu'à 6,4% après une césarienne.⁶

Les pertes sanguines physiologiques seraient selon les auteurs^{7,8} de 400 à 550 ml, dépendant largement de la réalisation d'une épisiotomie qui occasionne environ 200 ml de saignements.

Durée de la troisième période de l'accouchement

Beaucoup d'études ont examiné l'effet de la gestion active sur la troisième période de l'accouchement. Ces études ont montré que 50% des délivrances se passent dans les 5 minutes qui suivent la naissance du bébé, et 90% des placentas sont délivrés dans les 15 minutes qui suivent la naissance du bébé.⁹ D'autres études ont confirmé la délivrance rapide du placenta; une étude de l'OMS a trouvé une durée moyenne de la troisième

période de l'accouchement de 8,3 minutes.¹⁰ Une TPA qui dure plus de 18 minutes est associée au risque important d'une HPP.¹¹ Si la TPA dure plus de 30 minutes, le nombre d'hémorragies du post-partum est augmenté par six.¹¹

Description de la GATPA

La plupart des cas de l'HPP surviennent lors de la troisième période de l'accouchement. A ce stade, les muscles de l'utérus se contractent et le placenta commence à se détacher de la paroi utérine. La quantité de sang perdue dépend de la rapidité avec laquelle cela se fait. La troisième période de l'accouchement dure généralement entre 5 et 15 minutes. Après 30 minutes, la TPA est considérée comme prolongée, indiquant un éventuel problème. Si l'utérus est atone et ne se contracte pas normalement, les vaisseaux sanguins sur le site placentaire ne se resserrent comme ils devraient, provoquant de graves saignements.

La GATPA est un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Généralement, les composantes en sont les suivantes :

1. **administrer un médicament utérotonique** (pour contracter l'utérus) dans la minute qui suit la naissance du nouveau-né, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus ;
2. nouer et couper le cordon ombilical de suite après la naissance et **appliquer une traction contrôlée sur le cordon ombilical** tout en appliquant une contre-pression simultanée sur l'utérus à travers l'abdomen ; et
3. **masser le fond utérin** à travers l'abdomen après l'expulsion du placenta, pour aider l'utérus à se contracter afin de diminuer au maximum les saignements.

D'après les indications actuelles et si tant est qu'on puisse garantir la présence de l'équipement nécessaire et la sécurité des injections, la GATPA pourrait être pratiquée par les accoucheurs qualifiés et formés dans toutes les structures de santé où que la femme accouche. A travers ces actions simples, les prestataires peuvent prévenir l'hémorragie du post-partum et jouent un rôle important dans les efforts de sauver les vies des femmes.

Comparaison entre la gestion active et la gestion physiologique de la troisième période de l'accouchement

Si le travail et l'accouchement se passent normalement, la troisième période de l'accouchement pourrait se passer sans aucune complication. Pour cette raison, la prise en charge physiologique (PEC) expectative est souvent pratiquée. Cependant, toute femme est à risque des problèmes comme l'HPP, la rétention placentaire et le choc. Les soins routiniers de la femme devraient alors inclure des actions qui peuvent prévenir ces complications.

L'hémorragie au cours des 4 premières heures après l'accouchement est responsable à elle seule du plus grand nombre de décès maternels, mais la recherche a montré qu'elle est également la plus facile à prévenir. Les prestataires qualifiés pourraient suivre les étapes simples de la GATPA pour prévenir l'HPP et sauver la vie des femmes.

Le tableau 1 compare les composants majeurs des deux façons de gérer la troisième période de l'accouchement.



Tableau 1. Gestion de la troisième période de l'accouchement

Prise en charge physiologique (expectative)	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
Les utérotoniques ne sont pas utilisés avant la délivrance du placenta	Un utérotonique est administré dans la minute qui suit la naissance du bébé
Le cordon est clampé et coupé après la naissance du bébé	Le cordon est clampé et coupé après la naissance du bébé
Attente des signes indiquant le décollement du placenta de la paroi utérine ; par exemple, le fait d'observer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un saignement à la vulve ○ Le cordon s'allonge ○ L'utérus s'arrondit et le placenta descend 	Au lieu d'attendre les signes indiquant le décollement du placenta : <ul style="list-style-type: none"> ○ Attendre une forte contraction de l'utérus puis ○ Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut ○ Exercer une traction contrôlée du cordon
Le placenta est expulsé par gravité et effort maternel	Le placenta est expulsé par une traction contrôlée du cordon avec contre-traction sur le fond de l'utérus
Un massage de l'utérus pourrait ou pas être effectué	Un massage du fond utérin à travers l'abdomen est pratiqué après la délivrance du placenta

Prise en charge physiologique (expectative)

▪ **Avantages**

- N'interfère pas avec le processus normal du travail
- Ne demande pas de médicaments/fournitures spécifiques
- Si le clampage du cordon est précoce, ceci **pourrait** diminuer **théoriquement** le risque de la transmission mère-enfant du VIH
- Si le clampage du cordon est retardé, ceci pourrait augmenter l'hémoglobine du nouveau-né
- Pourrait être approprié si le nouveau-né a besoin des soins spécialisés (par exemple, la réanimation) et l'accoucheur n'a pas d'assistant

▪ **Inconvénients/risques**

- Rallonge la durée du troisième stade
- Accroît le risque d'hémorragie de la délivrance
- Accroît la perte moyenne du sang

Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)

▪ **Avantages**

- Diminue la durée du troisième stade
- Diminue le risque d'HPP
- Est associée à une utilisation moindre d'autres médicaments utérotoniques thérapeutiques
- Diminue la perte moyenne du sang
- Diminue le besoin des transfusions sanguines
- Est associée à une anémie moindre lors du post-partum

▪ **Inconvénients/risques**

- Exige des utérotoniques et fournitures nécessaires pour l'injection
- Demande la présence d'un accoucheur qualifié pour :
 - Observation
 - Administration d'un utérotonique
 - Administration d'une injection, si les utérotoniques injectables sont utilisés
 - Traction contrôlée du cordon

Preuves scientifiques

Plusieurs études (voir le tableau 2) ont démontré^{3,4} la supériorité de la GATPA, qui permet de diminuer par trois le nombre d'hémorragies de la délivrance, tant modérées (> 500 cc) que graves (> 1 litre). Les auteurs anglo-saxons ont confirmé ce bénéfice en étudiant la fréquence de déglobulisation et le nombre de femmes transfusées autour de l'accouchement, qui auraient diminué de moitié.⁴

Elle raccourcit d'autre part fortement le délai de la délivrance, puisque l'on ne retrouve plus que 5% des délivrances non réalisées à 20 minutes³ et 3% dépassant 30 minutes.⁴ Toutes les études prospectives réalisées sur le sujet ne retrouvent pas de différence significative quant au nombre de délivrances artificielles ou de révisions utérines réalisées. Ainsi, même s'il existe quelques rétentions placentaires supplémentaires, la majorité liée à l'utilisation de l'ergométrine, elles sont largement contrebalancées par le gain obtenu sur le délai de délivrance.

En résumé, deux grandes études – études de Bristol et Hingingbrooke – ont montré les faits suivants :

- Le taux d'hémorragie de la délivrance était significativement inférieur avec la gestion active par rapport à la prise en charge physiologique (5,9% versus 17,9% [Bristol⁴] et 6,8% versus 16,5% [Hingingbrooke¹²]).
- La durée du troisième stade a été réduite chez les femmes dont la TPA a été gérée activement.
- Le besoin de transfusion sanguine et d'utérotoniques thérapeutiques a été réduit dans le groupe de gestion active comparé au groupe de prise en charge physiologique.


Tableau 2. Etudes de Bristol⁴ et Hinchingbrooke¹² – Résultats

Facteurs	Etude	Gestion	
		Active	Physiologique
HPP	Bristol	5,9%	17,9 %
	Hinchingbrooke	6,8 %	16,5%
Durée du troisième stade (médiane)	Bristol	5 minutes	15 minutes
	Hinchingbrooke	8 minutes	15 minutes
Troisième stade > 30 minutes	Bristol	2,9%	26%
	Hinchingbrooke	3,3%	16,4%
Transfusion sanguine	Bristol	2,1%	5,6%
	Hinchingbrooke	0,5%	2,6%
Utérotoniques thérapeutiques	Bristol	6,4%	29,7%
	Hinchingbrooke	3,2%	21,1%

Références

-
- ¹ Impact International. *Measuring and Addressing Outcomes after Pregnancy: A Holistic Approach to Maternal Health*. Impact International: Aberdeen, United Kingdom; February 2007. Available at: www.prb.org/pdf07/Outcomes.pdf. Accédé le 2 avril 2007.
- ² Newton N M, Mosey LM, Egli GE, Gifford WB, Hull CT. Blood loss during and immediately after delivery. *Obstet Gynecol*. 1961;17:9-18.
- ³ Pierre F, Mexnard L, Body G. For a systematic policy of IV oxytocin direction of third stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992;43:131-135.
- ⁴ Prendiville W, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *BMJ*. 1988, 297:1295-1300.
- ⁵ Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with post-partum haemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 1991;77:69-76.
- ⁶ Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with haemorrhage in caesarian deliveries. *Obstet Gynecol*. 1991;77:77-82.
- ⁷ Gahres EE, Albert SN, Dodek SM. Intra-partum blood loss measured with Cr 51 tagged erythrocytes. *Obstet Gynecol*. 1962;19:455-462.
- ⁸ Nelson GH, Ashford C, Williamson R, Amburn SD. Methods for calculating loss at vaginal delivery. *South Med J*. 1981;74:550-552.
- ⁹ Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995;172:1279-84.
- ¹⁰ Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NN, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO Collaborative Group to Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689-95.
- ¹¹ Everett F, Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The Length of the Third Stage of Labor and the Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;105(2): 290-293.
- ¹² Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of the third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomized controlled trial. *Lancet* 1998;351:693-699.