

www.ch-belvedere.fr

Maternité
Chirurgie
Gynécologie

Congrès TACT Rouen
17/03/2017

M-A GROUT, coordinatrice des soins
M-V BONNET , IADE



Quelles sont les attentes des maternités vis-à-vis de l'EFS?



l'EFS et les maternités?

La transfusion en maternité: anecdotique pour l'EFS?

- La transfusion pendant ou après l'accouchement représente moins de 2 % des transfusés et moins de 1 % des produits sanguins.
- Sur le plan historique, les premières transfusions réalisées avec succès furent pratiquées dans le saignement prolongé après l'accouchement.

(source INTS)



Belvédère

Campagne suisse de sensibilisation au don du sang

**ACCOUCHEMENT
DIFFICILE:
15 DONS DE SANG**

HUGO BOSS

www.dondusang.ch
DONNEZ VOTRE SANG, UN JOUR VOUS EN AUREZ BESOIN



Attentes des maternités vis-à-vis de l'EFS?

Belvédère

On attend beaucoup de vous ... (voire tout...)



- Très majoritairement situations imprévues d'urgence vitale (85% des cas sans facteur de risque particulier)
- Population jeune
- Moment particulier de la naissance



Etat des lieux mondial de la mortalité maternelle

**Chaque jour, dans le monde, 800 femmes meurent pendant leur grossesse ou en accouchant.
99% dans les pays en voie de développement**

- Ratio de mortalité maternelle

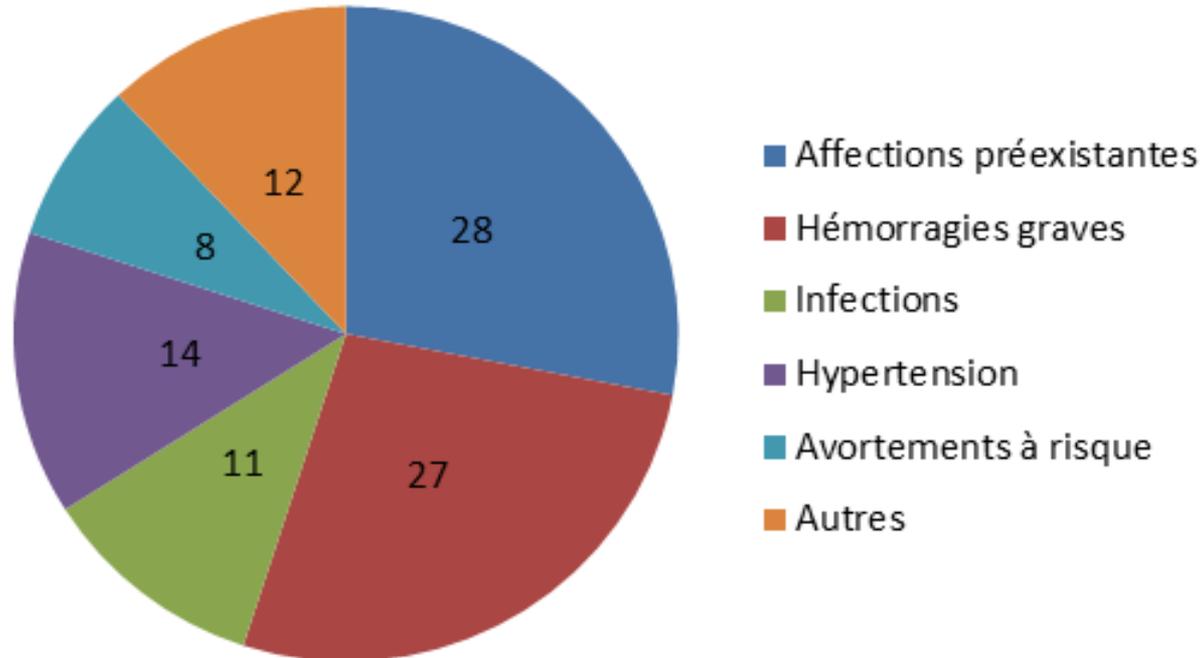
239 /100 000 naissances dans pays en voie de développement

12 /100 000 naissances dans pays développés

Etat des lieux de la mortalité maternelle

Causes des décès maternels dans le monde (en pourcentage)

Source: Say L. et al. "Global causes of maternal death", 2014



Source: Organisation mondiale de la Santé (OMS)



Mortalité maternelle en France

Belvédère

**70 à 75 femmes décèdent par an en France,
d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement
ou à leurs suites**

**taux de mortalité maternelle entre 8 et 10
pour 100 000 naissances vivantes.**

(BEH , INVS 2010)



Mortalité maternelle en France

Belvédère

- Les premières causes directes de mortalité maternelle sont les **hémorragies obstétricales**, les **embolies amniotiques**, les **embolies pulmonaires**, et les complications de l'**hypertension**.
- Le pourcentage de décès par hémorragie du post-partum a diminué de moitié:
16% en 2004-2006
8% en 2007-2009.
(recommandations, mobilisation des professionnels)

(chiffres 2007-2009 , communiqué Inserm 2013)



Mortalité maternelle en France

Belvédère

La moitié des décès sont évitables ou présumés évitables...

(hémorragies, infections, complications anesthésiques)

« Selon les experts, 90% des décès par hémorragie auraient pu être évités si des soins appropriés avaient été prodigués en temps utile ; il se confirme, dans cette pathologie, que ce n'est plus tant le retard au diagnostic qui est patent que les erreurs thérapeutiques et l'inadéquation des dosages. »

(BEH , INVS 2010)



Hémorragie du post-partum et recommandations

Définition:

Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du postpartum (HPP) est définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine ≥ 1000 ml

- Incidence:

autour de 5 % des accouchements lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise, et autour de 10 % lorsque les pertes sanguines sont quantifiées.

L'incidence de l'HPP sévère est autour de 2 %.



Hémorragie du post-partum et recommandations

Extrait Recommandations du CNGOF 2014

- *Le lieu d'accouchement doit être discuté de façon multidisciplinaire en tenant compte de la nature du risque (antécédent d'HPP sévère, pathologie de l'hémostase notamment) et de la rapidité d'accès à des produits sanguins labiles*
- *La prescription des culots globulaires (CGR) est envisagée principalement sur la base des signes cliniques de gravité de l'HPP, sans nécessairement attendre les résultats du laboratoire d'hématologie.*
- *La transfusion a pour objectif de maintenir une concentration d'Hb > 8 g/dl. afin de maintenir une numération plaquettaire > 50 g/l*



Hémorragie du post-partum et recommandations

- *Au cours d'une hémorragie active, il est souhaitable de maintenir un taux de fibrinogène ≥ 2 g/l .En fonction de l'importance de l'hémorragie ou de la coagulopathie, il est possible d'administrer du fibrinogène et des plasmas frais congelés sans attendre les résultats biologiques. Il est souhaitable d'anticiper la commande de concentrés plaquettaires afin de maintenir une numération plaquettaire > 50 g/l*



ttt des urgences transfusionnelles obstétricales

Belvédère

- Il existe deux types de risques :
 - le risque immunologique, lié au passage d'hématies fœtales pendant la grossesse. Il impose une gestion des analyses immuno-hématologiques adaptée à ces urgences (en particulier RAI)
 - le risque lié au retard à la transfusion : dans certains cas en péripartum, la disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) doit être immédiate.
- Constat d'une hétérogénéité des pratiques
- Recommandations émises par G-O, A-R, biologistes et EFS



ttt des urgences transfusionnelles obstétricales

Belvédère

- Définition de niveaux d'urgence pour une bonne communication
- Règles de surveillance immuno-hémato pendant la grossesse: typage érythrocytaire, RAI :dépistage et identification
- Modalités d'organisation entre ES et site transfusionnel



ttt des urgences transfusionnelles obstétricales

- Ce qui revient à l'établissement de santé:
 - *Disposer des résultats au moment opportun dès l'entrée de la femme en salle de travail, en vérifiant la conformité de tous les documents nécessaires pour une transfusion*
 - *Avertir le site transfusionnel (ST) du caractère de l'urgence: UVI, UV ou urgence transfusionnelle classique*
 - *Avertir le ST en cas de RAI positive*
 - *Dépister les usurpations d'identités*



ttt des urgences transfusionnelles obstétricales

Belvédère

- Ce qui revient au site transfusionnel:
- *Reconnaître les prescriptions de PSL relevant d'une UVI, d'une UV ou d'une transfusion urgente et y répondre par une distribution adéquate*
- *Mettre dès réception des échantillons les examens immuno-hématologiques en route, en communiquant les résultats biologiques au prescripteur le plus rapidement possible*
- *Réaliser une association informatique en prenant en compte à la fois, les résultats immunohématologiques et les produits distribués par le ST*



attentes des maternités

14 Maternités du Réseau Périnatalité Eure-Seine Maritime
(ex Haute Normandie)

20 000 naissances

Enquête auprès des cadres des maternités

7 répondants: CHU Rouen, Clinique Mathilde, CH du Belvédère, GHH, CH Evreux, CH Vernon, CH Fécamp

Manquent: CH Elbeuf, CH Lillebonne, CH Dieppe, Clinique Aubépines, CH Bernay, Hôpital privé de l'Estuaire, CH Gisors



attentes des maternités

Belvédère

- Prélèvement RAI à l'entrée en travail si $>3j$: 6/7
- Présence d'un site EFS : 3 / 7
délai moyen prescription/réception $<15\text{min}$
- Présence d'un dépôt d'urgence : 4 / 7
hors levée dépôt, délai P°/R°: 1 $<30\text{min}$
2 = 30min- 1h
1 $> 1\text{h}$



attentes des maternités

- 6 ES / 7 témoignent leur satisfaction :
 - Réactivité
 - Communication et réponses aux questions
 - Bonne compréhension de l'urgence
 - Organisation très satisfaisante
 - Délivrance rapide permettant des commandes adaptées au mieux



- Contraintes de transport
 - Pour 1 ES ayant un site EFS, difficulté à détacher une aide-soignante pour aller chercher les produits
 - Pour 1 ES de l'Agglo de Rouen, problème lié au trafic aux heures de pointes et délai incompressible d'intervention de la société de transport
 - Pour un ES avec dépôt, délai jugé beaucoup trop long, sans identifier les causes



attentes des maternités

Belvédère

- Un point à améliorer souligné par 2 maternités:
L'absence de convergence des systèmes d'information.
Pas de serveur informatique pour résultats GpeRh et RAI.

Résultats par courrier interne, pneumatique, fax ou téléphone.

Si transfusion nécessaire dans l'intervalle de transit du courrier, difficulté à faxer ces documents, néanmoins exigé par EFS.

Alors demain?

Interfaçage avec logiciel de biologie??

Commande des PSL informatisée?