

EMBOISATION DES ARTERES UTERINES EN CAS D'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

Date de la diffusion : 8/12/2008

Version : 2

Rédaction : Pr Bartoli, Dr Bellefleur, Dr Bouchel, Pr Cravello, Dr Maslowski, Dr Ricard, Dr Theeten, Dr Vig, Dr Zarka

Validation : Conseil Scientifique du 1/12/2008

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

1. OBJECTIF

Améliorer l'organisation de ce geste thérapeutique, préciser ses indications et les conditions de sa mise en place.

2. PROTOCOLE

Les numéros de téléphone du service de radiologie, des radiologues interventionnels, du service de réanimation et des médecins anesthésistes, de la maternité et de l'obstétricien sont joints au protocole ; lorsque l'embolisation doit avoir lieu à l'hôpital Nord ou à la Timone (Marseille), il est nécessaire de passer par l'interne de garde de radiologie : le radiologue interventionnel, prévenu par l'interne de radiologie, se mettra ensuite directement en rapport avec l'obstétricien de garde.

L'embolisation des artères utérines est à envisager lorsque l'hémorragie du post-partum immédiat persiste malgré une prise en charge active **conforme au protocole de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance pour les options thérapeutiques et les délais de mise en œuvre.**

- **patiente stable sur le plan hémodynamique** : fréquence cardiaque $< \text{ou} = 110 \text{ min}^{-1}$, Pression Artérielle Systolique $> \text{ou} = 80 \text{ mm Hg}$, hémoglobine $> \text{ou} = 8 \text{ g/dl}$ à l'hémocue de façon stable.
- **hémorragie distillante** : appréciation clinique et quantification par la poche de recueil
- à privilégier particulièrement en cas d'accouchement par voie basse, efficacité incomplète d'une chirurgie conservatrice, saignement d'origine cervico-vaginale
- de préférence en dehors d'un cas de placenta accreta ou percreta (qui ne constitue pas une véritable indication d'embolisation des artères utérines)
- la seule contre-indication retenue dans ce contexte d'urgence est le choc anaphylactique vrai à un produit iodé dont on ne connaît pas le nom.

1° cas : embolisation possible sur place

Procédure :

- poser l'indication après **concertation entre les médecins obstétricien et anesthésiste ayant pris en charge la patiente**

- appeler directement le radiologue interventionnel de garde
- le radiologue de garde vérifie la disponibilité du manipulateur radio, de la salle de radiologie interventionnelle, de l'anesthésiste de garde (en dehors de la maternité) et précise le délai nécessaire avant le début du geste
- à l'AP-HM, c'est l'interne de garde de radiologie qui prévient le senior de garde, le manipulateur radio, l'anesthésiste de garde (en dehors de la maternité), et qui vérifie la disponibilité de la salle de radiologie interventionnelle ; il communique au radiologue senior les coordonnées téléphoniques de l'obstétricien de garde, ce qui leur permettra de se parler directement ; le radiologue senior doit préciser le délai nécessaire avant le geste
- noter l'heure de décision dans le dossier de la patiente
- avant le geste : hémoglobine et bilan de coagulation connus, connaissance précise du statut immuno-hématologique de la patiente, des produits sanguins commandés, en réserve et/ou disponibles, patiente perfusée, sondée, scopée, éventuellement transfusée. **Réévaluation de la patiente par l'obstétricien juste avant l'abord fémoral.**
- Pendant le geste :
 - *surveillance par le médecin anesthésiste aidé d'un(e) infirmier(e) anesthésiste (IADE), matériel d'intubation et induction présents en salle de radiologie interventionnelle
 - *antibiothérapie par 1g de Céfazoline éventuellement juste avant le geste (inutile si la patiente a eu une antibiothérapie prophylactique dans les 2H qui précèdent)
- Après le geste :
 - réévaluation de l'état de la patiente par l'obstétricien de garde
 - surveillance en soins intensifs (ou équivalent) pendant au moins les 12 premières heures.
 - Mise en place d'Héparine de Bas Poids Moléculaire prophylactique selon le protocole habituel du post-partum (indépendamment du geste d'embolisation)

2° cas : obligation de transfert pour embolisation

*Le transfert sera géré par le **médecin régulateur du SAMU** (et non la sage-femme régulatrice des transferts péri-nataux), qui devra vérifier le délai depuis le diagnostic et les points suivants : mode d'accouchement, étiologie de l'hémorragie, traitement déjà réalisé (heures et posologies exactes), application du protocole, âge et antécédents notables, Pouls, TA, poche de recueil, hémocue, coagulation, diurèse, information de la patiente.*

Le transport sera toujours médicalisé par le SAMU

Un état hémodynamique instable contre-indique le transport, la patiente devant alors être prise en charge par une chirurgie sur place.

Procédure (sauf pour transfert à l'hôpital de la Timone) :

- le médecin régulateur met en conversation à 3 l'**obstétricien demandeur** du transfert et l'**obstétricien receveur** de l'établissement où peut se pratiquer l'embolisation ou à défaut contacte l'obstétricien receveur en lui donnant le N° de téléphone du demandeur.
- Le médecin régulateur communique son **évaluation du délai nécessaire avant le départ d'une équipe de transport.**
- **L'obstétricien receveur** prévient :
 - l'anesthésiste-réanimateur en obstétrique

- le radiologue de radiologie interventionnelle ou l'interne de garde en radiologie à l'AP-HM ; l'un ou l'autre vérifiera la disponibilité du manipulateur radio, de la salle de radiologie interventionnelle, et de l'anesthésiste de garde (en dehors de la maternité) et communiquera à l'obstétricien receveur le délai nécessaire avant le début du geste
- le personnel du bloc opératoire
- l'Établissement Français du sang (EFS)
- **L'obstétricien receveur** vérifie les *places disponibles* :
 - en réanimation
 - au bloc opératoire
- L'obstétricien receveur **précise au médecin régulateur la disponibilité d'une place de réanimation** et dans quel service la patiente doit arriver a priori (sous réserves de modifications en fonction de son état pendant le transport) : réa / maternité / bloc opératoire / radiologie ; le médecin régulateur déclenche alors l'envoi d'une équipe. En l'absence de place de réanimation disponible et en fonction de l'urgence du geste et de la durée du transport, le SAMU et les médecins receveurs confirmeront ou non l'acceptation de la patiente.
- Le **médecin transporteur** rappellera le **régulateur** une fois arrivé dans l'établissement demandeur **seulement en cas de modification de l'état de la patiente ou de transport impossible** : ces informations seront transmises à l'obstétricien receveur
- NB : **si patiente instable pendant le transport**, le médecin régulateur prévient l'obstétricien et l'anesthésiste de l'établissement receveur pour une éventuelle modification du service d'arrivée.
- sur place, se reporter à la procédure précédente

Procédure pour un transfert à l'hôpital de la Timone :

Particularité : **pas d'équipe obstétricale sur place +++**

- la patiente ne doit pas passer par la Conception si l'indication est bien conforme au protocole
- l'obstétricien demandeur doit contacter directement l'obstétricien de garde à la Conception, soit par l'intermédiaire du médecin régulateur du SAMU, soit avant de prévenir le SAMU
- l'obstétricien de garde de la Conception prévient l'interne de garde de radiologie à la Timone
- l'obstétricien de garde de la Conception :
 - vérifie la disponibilité d'une place en réanimation à la Conception
 - appelle le médecin gynéco-obstétricien d'astreinte
- le médecin régulateur du SAMU vérifie que l'obstétricien demandeur et l'obstétricien de garde de la Conception se sont bien mis d'accord directement et donne le délai prévisible avant l'arrivée de la patiente
- l'interne de garde en radiologie de la Timone organise le geste sur place : appel de l'anesthésiste de garde, salle de radiologie interventionnelle disponible, manipulateur radio disponible, *vérification de place de réa et au bloc opératoire à la*

- Timone.* Le senior de garde se mettra en relation téléphonique directe avec l'obstétricien demandeur ; il donnera le délai prévisible avant le début du geste
- Si nécessaire, pendant ou en fin de procédure, le radiologue interventionnel appellera l'obstétricien de garde à la Conception qui préviendra l'obstétricien d'astreinte : celui-ci se déplacera alors à la Timone, pour évaluation de l'état de la patiente.

En cas de nécessité, la mise en conversation à 3 est fortement recommandée.

3. DIFFUSION

Tous les obstétriciens et anesthésistes des maternités du réseau, les radiologues interventionnels, les médecins des Samu, la cellule de régulation.