

PRISE EN CHARGE DU TROISIÈME STADE DU TRAVAIL POUR PRÉVENIR L'HÉMORRAGIE POST-PARTUM

Cette déclaration de principe commune internationale a été conçue par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Elle a été passée en revue et est sanctionnée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) sont des partenaires clés en ce qui concerne les initiatives globales de Maternité sans risques qui visent la réduction de la mortalité et de l'invalidité maternelles dans le monde. Leurs énoncés de mission respectifs partagent un engagement commun à l'égard de la promotion de la santé, des droits de la personne et du bien-être de toutes les femmes, particulièrement celles qui courent le plus de risques de décès et d'invalidité liés à la maternité. La FIGO et la ICM soutiennent les interventions efficaces et fondées sur les preuves qui, utilisées correctement et avec le consentement éclairé, peuvent réduire la fréquence de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le monde.

L'hémorragie grave est la cause la plus importante de décès maternels dans le monde. Plus de la moitié de tous les décès maternels se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement, surtout en raison de saignements excessifs. Toute femme enceinte peut faire face à une perte de sang qui risque de mettre sa vie en danger au moment de l'accouchement; les femmes anémiques sont particulièrement vulnérables puisqu'elles risquent de ne pas même tolérer une perte de sang modérée. Toutes les femmes doivent faire l'objet d'une surveillance étroite et être stabilisées, au besoin, au cours du post-partum immédiat.

À la suite d'un examen des preuves disponibles, la FIGO et la ICM s'entendent pour affirmer que la prise en charge active du troisième stade du travail s'avère efficace pour réduire la fréquence de l'hémorragie post-partum (HPP), l'importance de la perte de sang et le recours aux transfusions sanguines.

La prise en charge active du troisième stade du travail devrait être offerte à toutes les femmes puisqu'elle réduit la fréquence de l'hémorragie post-partum liée à l'atonie utérine.

Key Words

Postpartum hemorrhage, uterine atony, maternal mortality, oxytocin, misoprostol, ergometrine

La prise en charge active du troisième stade du travail consiste en une gamme d'interventions qui ont pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines et de prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Ses composantes habituelles sont :

- l'administration d'agents utérotoniques;
- la traction contrôlée du cordon ombilical;
- le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta, au besoin.

Tout accompagnateur à l'accouchement doit disposer des connaissances, des habiletés et du jugement critique nécessaires à la prise en charge active du troisième stade du travail, ainsi qu'avoir accès aux fournitures et au matériel requis.

Dans cette optique, les associations professionnelles nationales ont un rôle important et de collaboration à jouer en ce qui concerne :

- la revendication de soins offerts par du personnel compétent au cours de l'accouchement;
- la distribution du présent énoncé à tous les membres de l'organisme et la facilitation de sa mise en œuvre;
- la sensibilisation du public à l'égard du besoin de s'assurer la prévention et le traitement adéquats de l'hémorragie post-partum;
- la publication de l'énoncé dans les revues, communiqués et sites Web nationaux à l'intention des sages-femmes, des obstétriciens et des autres professionnels du domaine de la médecine;
- l'abolition des obstacles législatifs et autres qui entravent la prévention et le traitement de l'hémorragie post-partum;
- l'intégration de la prise en charge active du troisième stade du travail aux normes et aux directives cliniques nationales, selon le cas;

Cette déclaration de principe fait état de la politique de la SOGC à la date de publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme une obligation de poursuivre la mise en œuvre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

- l'intégration de la prise en charge active du troisième stade du travail à la formation et à l'éducation permanente de tous les accompagnateurs à l'accouchement qualifiés;
- le travail auprès des agences de réglementation pharmaceutique nationales, des décideurs et des donateurs afin d'assurer que des réserves adéquates d'utérotoniques et de matériel d'injection sont disponibles.

COMMENT UTILISER LES AGENTS UTÉROTONIQUES

1. Dans la minute qui suit l'accouchement du bébé, palper l'abdomen pour écarter la présence d'autres bébés et administrer 10 unités IM d'ocytocine. L'ocytocine est préférable à d'autres médicaments utérotoniques parce qu'elle est efficace de 2 à 3 minutes après l'injection, n'entraîne que des effets indésirables minimes et peut être utilisée chez toutes les femmes.
2. Si l'ocytocine n'est pas disponible, utiliser d'autres utérotoniques tels que l'ergométrine 0,2 mg IM, la syntométrine (1 ampoule) IM ou le misoprostol 400–600 µg par voie orale. L'administration orale de 600 µg de misoprostol doit être réservée aux situations où des conditions d'administration sûres et d'entreposage appropriées d'ocytocine et d'alkaloïdes de l'ergot de seigle injectables ne sont pas possibles.
3. Il est important de ranger les utérotoniques correctement :
 - ergométrine : 2–8 °C, protéger de la lumière et du gel
 - misoprostol : à la température ambiante, dans un contenant fermé
 - ocytocine : 15–30 °C, protéger du gel
4. La patiente doit bénéficier de conseils au sujet des effets indésirables.

Mise en garde! Ne pas administrer d'ergométrine ni de syntométrine (car elle contient de l'ergométrine) aux femmes qui présentent une pré-éclampsie, une éclampsie ou de l'hypertension.

COMMENT PROCÉDER À LA TRACTION CONTRÔLÉE DU CORDON OMBILICAL

1. Pincer le cordon à proximité du périnée (une fois que la pulsation a cessé chez le nouveau-né en santé) et le tenir d'une main.
2. Placer l'autre main juste au-dessus de l'os pubien de la femme et stabiliser l'utérus en appliquant une contre-pression pendant la traction contrôlée du cordon.
3. Maintenir une tension légère sur le cordon et attendre une contraction utérine intense (2–3 minutes).
4. Encourager la mère à pousser avec la contraction utérine intense et tirer sur le cordon très doucement vers le bas pour expulser le placenta. Continuer à appliquer une contre-pression sur l'utérus.

5. Si le placenta ne descend pas pendant 30–40 secondes de traction contrôlée du cordon, cesser de tirer sur le cordon :
 - Tenir le cordon doucement et attendre que l'utérus soit bien contracté à nouveau;
 - Au cours de la contraction suivante, répéter la traction contrôlée du cordon en appliquant une contre-pression.

Ne jamais procéder à une traction du cordon (ne pas tirer) sans appliquer une contre-traction (pousser) au-dessus de l'os pubien sur un utérus bien contracté.

6. Au moment de l'expulsion, tenir le placenta dans vos deux mains et le retourner doucement jusqu'à ce que les membranes soient entortillées. Tirer lentement pour compléter l'expulsion.
7. Si les membranes se déchirent, examiner doucement le haut du vagin et le col de l'utérus avec des gants stériles/désinfectés, et utiliser une pince porte-éponge pour enlever les fragments de membrane qui sont présents.
8. Examiner soigneusement le placenta pour vous assurer de son intégrité. S'il manque une portion de la surface ou si vous voyez des membranes déchirées qui comportent des vaisseaux, soupçonner la rétention de fragments de placenta et prendre les mesures nécessaires.¹

COMMENT PROCÉDER AU MASSAGE DE L'UTÉRUS

1. Masser immédiatement le fond de l'utérus jusqu'à ce que l'utérus soit contracté.
2. Chercher à déceler un utérus contracté par palpation toutes les 15 minutes et répéter le massage utérin au besoin pendant les 2 premières heures.
3. S'assurer que l'utérus ne redevienne pas détendu (mou) après l'arrêt du massage utérin.

Pendant toutes les interventions décrites ci-dessus, expliquer les procédures et les actions à la patiente et à sa famille. Continuer d'offrir votre soutien et de rassurer la patiente tout au long des procédures.

J Obstet Gynaecol Can 2003;25(11):954–5.

RÉFÉRENCE

1. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Geneva:WHO; 2000.