

SONU

Prise en charge du choc

**Prise en charge des complications lors de
la grossesse et de l'accouchement**

Objectifs de la séance

- **Meilleures pratiques pour la prise en charge du choc**
- **Données probantes concernant les liquides de remplacement**
- **Meilleures pratiques pour l'utilisation du sang/produits sanguins**

Définition du choc

- **Le système circulatoire est incapable de maintenir une perfusion adéquate des organes vitaux**
- **MET LA VIE EN DANGER**
- **DEMANDE UN TRAITEMENT IMMEDIAT ET INTENSIF**

Quand faut-il s'attendre ou prévoir un choc ?

- **Saignement :**
 - En début de grossesse (avortement, grossesse ectopique, grossesse molaire)
 - En fin de grossesse ou lors du travail (placenta praevia, décollement placentaire, rupture de l'utérus)
 - Après l'accouchement (rupture de l'utérus, utérus atone)
- **Infection (avortement à risques ou septique, amniotite, métrite)**
- **Traumatisme (blessure à l'utérus ou aux intestins pendant l'avortement, rupture de l'utérus)**

Symptômes et signes de choc

- **Pouls rapide et filant (110 battements/mn ou plus)**
- **Faible tension artérielle (systolique inférieure à 90 mm Hg)**
- **Pâleur (à l'intérieur des paupières, paumes, autour de la bouche)**
- **Transpiration ou peau froide et moite**
- **Respiration rapide (30 mouvements/mn ou plus)**
- **Anxiété, confusion, perte de connaissance**
- **Faible débit urinaire (moins de 30 ml/heure)**



Prise en charge immédiate du choc

- Appeler à l'aide—mobiliser le personnel
- Suivre les signes vitaux
- Allonger la femme sur le côté
- La garder au chaud
- Elever ses jambes
- Prélever du sang pour les tests



Prise en charge spécifique

- **Poser une voie veineuse (deux si possible)**
 - **Perfuser des liquides au taux de 1 l en 15–20 mn, et ensuite, donner 2 l de liquides pendant la première heure**
 - **Si le choc entraîne des saignements, une perfusion plus rapide est nécessaire**
- **S'il est impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique, pratiquer une dénudation veineuse**
- **Suivre les signes vitaux**
- **Sonder la vessie**
- **Administrer de l'oxygène à 6–8 l/min.**
- **Examen sanguin : hémoglobine, compatibilité sanguine**
- **Evaluer l'état de coagulation avec test de coagulation au lit de la patiente**
- **Prendre en charge la cause spécifique**

Prendre en charge une cause spécifique : saignement abondant

- **Arrêter le saignement (utiliser ocytociques, massage de l'utérus, compression bimanuelle, compression de l'aorte, chirurgie)**
- **Administrer des liquides en IV**
- **Transfuser aussi rapidement que possible**
- **Traiter la cause du saignement :**
 - **22 premières semaines de la grossesse : avortement, grossesse ectopique ou molaire**
 - **Après 22 semaines ou pendant le travail mais avant l'accouchement : placenta praevia, décollement placentaire ou rupture de l'utérus**
 - **Après l'accouchement : rupture de l'utérus, utérus atone, déchirures du tractus génital, rétention placentaire ou fragments placentaires**
- **Réévaluer l'état**

Transfusion

Risques de transfusion de sang entier ou plasma :

- **Réaction à la transfusion (démangeaison de la peau suite aux chocs anaphylactiques)**
- **Transmission d'agents infectieux (VIH, hépatite B et C, syphilis, maladie de Chagas)**
- **Infection bactérienne si le sang est fabriqué ou emmagasiné dans les mauvaises conditions**
- **Augmentation des risques quand augmente le volume transfusé**

Risques de transfusion

Minimiser le risque de transfusion

- **Bonne sélection des donneurs**
- **Dépistage des agents infectieux**
- **Programmes d'assurance de la qualité**
- **Groupement sanguin de haute qualité, test de la compatibilité, séparation des composants, emmagasinage et transport**
- **Utilisation adéquate du sang et des produits sanguins**



Principes de la transfusion clinique

- **La transfusion n'est qu'un des éléments de la prise en charge de la femme**
- **Suivant les directives nationales pour la décision de transfuser, peser :**
 - **Les risques et avantages pour la patiente**
 - **Le degré d'amélioration prévue**
 - **Les indications de transfusion**
 - **Les autres liquides de réanimation**
 - **La capacité de suivre la patiente**

Suivi de la femme ayant reçu la transfusion

- **Suivre la femme avant la transfusion, au démarrage, 15 mn après le démarrage, toutes les heures et à des intervalles de 4 heures après avoir achevé la transfusion**
- **Suivre :**
 - **L'apparence générale**
 - **La température**
 - **Le pouls**
 - **La tension artérielle**
 - **La respiration**
 - **L'équilibre hydrique**
- **Noter le volume infusé, les nombres uniques des dons de sang, les effets adverses**

Prise en charge de la réaction à la transfusion

- **Arrêter la perfusion**
- **Continuer les liquides en IV**
- **Suivre les effets adverses :**
 - **Administer de la prométhazine
10 mg par voie buccale**

Prise en charge du choc anaphylactique lié à la transfusion de sang non compatible

- **Choc anaphylactique, administrer :**
 - Adrénaline en solution 1:1000, 0,1 ml en 10 ml sérum normal en IV, lentement
 - 10 mg de prométhazine en IV
 - 1 g d'hydrocortisone en IV toutes les 2 heures, tel que nécessaire
 - 250 mg d'aminophylline dans 10 ml de sérum normal en IV, lentement, pour bronchospasmes
- **Suivre la fonction rénale, pulmonaire et cardiaque**
- **Transférer au centre de référence lorsqu'elle est stable**
- **Documenter et noter la réaction**

Alternatives à la transfusion

- **Solutions avec concentrations analogues au plasma :**
 - **Crystalloïde**
 - **Colloïde**

LES SOLUTIONS DE DEXTROSE SONT DES LIQUIDES INADEQUATS DE REMPLACEMENT. NE PAS LES UTILISER, A MOINS QU'IL N'EXISTE AUCUNE AUTRE POSSIBILITE. NE PAS UTILISER LE PLASMA OU DE L'EAU PURE.



Prévention du choc hémorragique

Minimiser les pertes de sang :

- **Utiliser la meilleure technique anesthésique et chirurgicale pour minimiser les pertes de sang lors de l'intervention chirurgicale**
- **Autotransfuser lors des procédures, si possible**
- **Prise en charge active du troisième stade du travail**
- **Prise en charge de l'hémorragie du post-partum**

Prise en charge d'une cause spécifique : infection

- Si l'équipement et les locaux sont disponibles, prélever des échantillons de sang, d'urine, de pus aux fins de culture
- Administrer des antibiotiques pour les infections aérobies et anaérobies jusqu'à ce que la fièvre cesse, pendant 48 heures (**NE PAS ADMINISTRER PAR VOIE BUCCALE**) :
 - 2 millions d'unités de pénicilline G OU 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 heures
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures
- Réévaluer l'état

Prendre en charge une cause spécifique : le traumatisme

- **Se préparer à l'intervention chirurgicale**

Choc : Réévaluation

- **Réévaluer la réponse en l'espace de 30 mn pour déterminer l'amélioration**
 - Stabiliser le pouls (taux de 90 battements/mn ou moins)
 - Tension artérielle qui augmente (systolique 100 mm Hg ou supérieure)
 - Meilleur état mental (moins de confusion ou d'anxiété)
 - Débit urinaire accru (30 ml/heure ou plus)
- **En cas d'amélioration :**
 - Ajuster le taux de perfusion en IV à 1 l en 6 heures
 - Continuer la prise en charge de la cause du choc
- **S'il n'y a pas d'amélioration ou de stabilisation, une prise en charge complémentaire s'avère nécessaire**

Le choc : prise en charge complémentaire

- **Continuer la perfusion en IV à 1 l en 6 heures et l'oxygène à 6-8 l/mn**
- **Suivre de près**
- **Exécuter les tests de laboratoire pour l'hématocrite, le groupement sanguin, le facteur Rh et la compatibilité sanguine**
- **Si l'équipement est disponible, contrôler l'électrolyte sérique, la créatininémie et le pH sanguin**