



GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
Service de gynécologie Obstétrique
Professeur M DOMMERGUES

Auteurs :
J. NIZARD (Obst)
M. DOMMERGUES (Obst)
D. VAUTHIER-BROUZES (Obst)
L. DUBOIS (A)
Date rédaction : septembre 09
Date révision : avril 2017
K. QUAISSER (A)
L. DUMITRU (A)

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

(Basé sur les recommandations pour la pratique clinique, CNGOF 2015)

Numéros utiles

- DECT chef obstétrique : 77734
- DECT interne obstétrique : 77735
- DECT chef anesthésiste maternité: 27149
- DECT interne anesthésie maternité : 27148
- Réveil Gaston Cordier : 77 311 / 77 312 / 77 321
- DECT anesthésiste 1 Gaston Cordier: 27364
- DECT anesthésiste 2 Gaston Cordier: 27092
- Embolisation 77333 (avant 21h) ou 77337 (après 21h et les WE)
- Ambulance en urgence vitale (cf procédure)

Définition

Saignement survenant **dans les 24 premières heures du post-partum** :

≥ 500 ml pour un AVB ou une césarienne

≥ 1 000 ml = HPP sévère

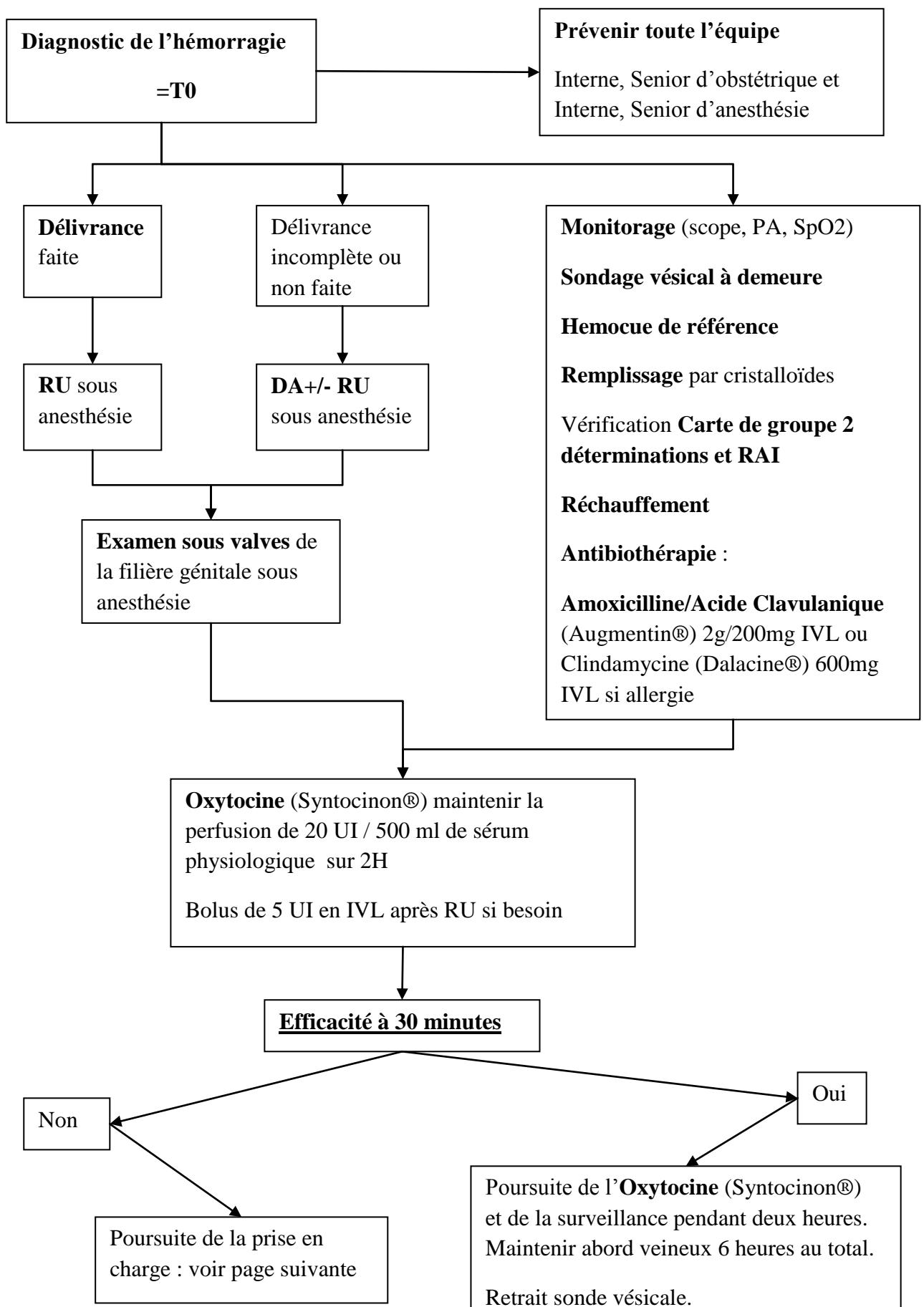
RAI :

- Systématique à l'entrée en salle de naissance
- lors de la mise en place de l'abord veineux
- à l'admission en cas de césarienne programmée hospitalisée la veille ou le matin

Traitement préventif

- **Délivrance dirigée** systématique: **Oxytocine** (Syntocinon®) 5 UI IV lente lors du dégagement des épaules
- Installation d'un **sac de recueil** sous fessier systématique après le clampage du cordon
- Traction douce sur le cordon associée à une contre-pression sus-pubienne avec la main abdominale lors du **décollement placentaire**
- **Examen du placenta** pour vérifier qu'il est complet sinon **Révision Utérine**
- **Après délivrance complète :**
20 UI **Oxytocine** (Syntocinon®) dans 500 ml de sérum physiologique à passer sur 2 heures
- **Massage utérin**
- Réfection précoce de l'**épisiotomie**

Traitement curatif



Pas d'efficacité à T 30 min

Sulprostone (Nalador®)
(amp 500 mcg)

diluer 500mcg /50ml de
sérum physiologique

1^{ère} ampoule sur 1 heure

(50 ml / h) IVSE

CI absolues :

Coronaropathie

HTAP

Asthme sévère décompensé

(toute autre CI devient
relative en cas de risque
vital hémorragique)

Passer directement au
tamponnement intra-utérin
par ballonnet.

**2^{ème} Voie veineuse périphérique +
hémocue + NFS, TP TCA Fibrinogène
à adapter au terrain**

(à répéter en fonction de l'évolution)

Précommande de produits sanguins

Poursuite du remplissage par
cristalloïdes et colloïdes (jusqu'à 30
ml/kg de HEA, Voluven®)

Acide Tranexamique (Exacyl®) selon
appréciation clinique en cas d'échec du
Sulprostone ou plus rapidement en cas
d'hémorragie massive

IVSE (amp 0.5g /5ml) 1g sur 10 min
puis reconduire 1g sur 8h si besoin selon
évolution de l'hémorragie

(seule CI retenue en 2016 : ATCD
convulsions) ****

CG pour avoir Hb > 9g/dl tant que
l'hémorragie persiste

PFC 15 à 20 ml/kg
Si hémorragie importante ratio
CG/PFC = 1/1

Fibrinogène (Clottafact®)
3g si fibrinogène < 2 g/l

Sans attendre le résultat (≥1h!) si
contexte de hémorragie massive
(stock en SSPI : 2 flacons 1.5g /100ml)

Plaquettes si taux <50 000 /mm³ et si
saignement persistant

+/- Noradrénaline

au mieux et si possible sur VVC et avec
KT artériel (amp 8mg /4 ml à diluer dans
du G5%)

PCEA efficace

Poursuite ABT :

**Amoxicilline/Acide
Clavulanique**
(Augmentin®) 1g/125mg
x 3 / j IVL

Clindamycine (Dalacine®)
si allergie 600 mg x 3 / j
IVL)

Gentamicine 5 mg/kg
x1/j IVSE

Pendant 48 heures

Selon contexte : adapter
secondairement à
l'antibiogramme

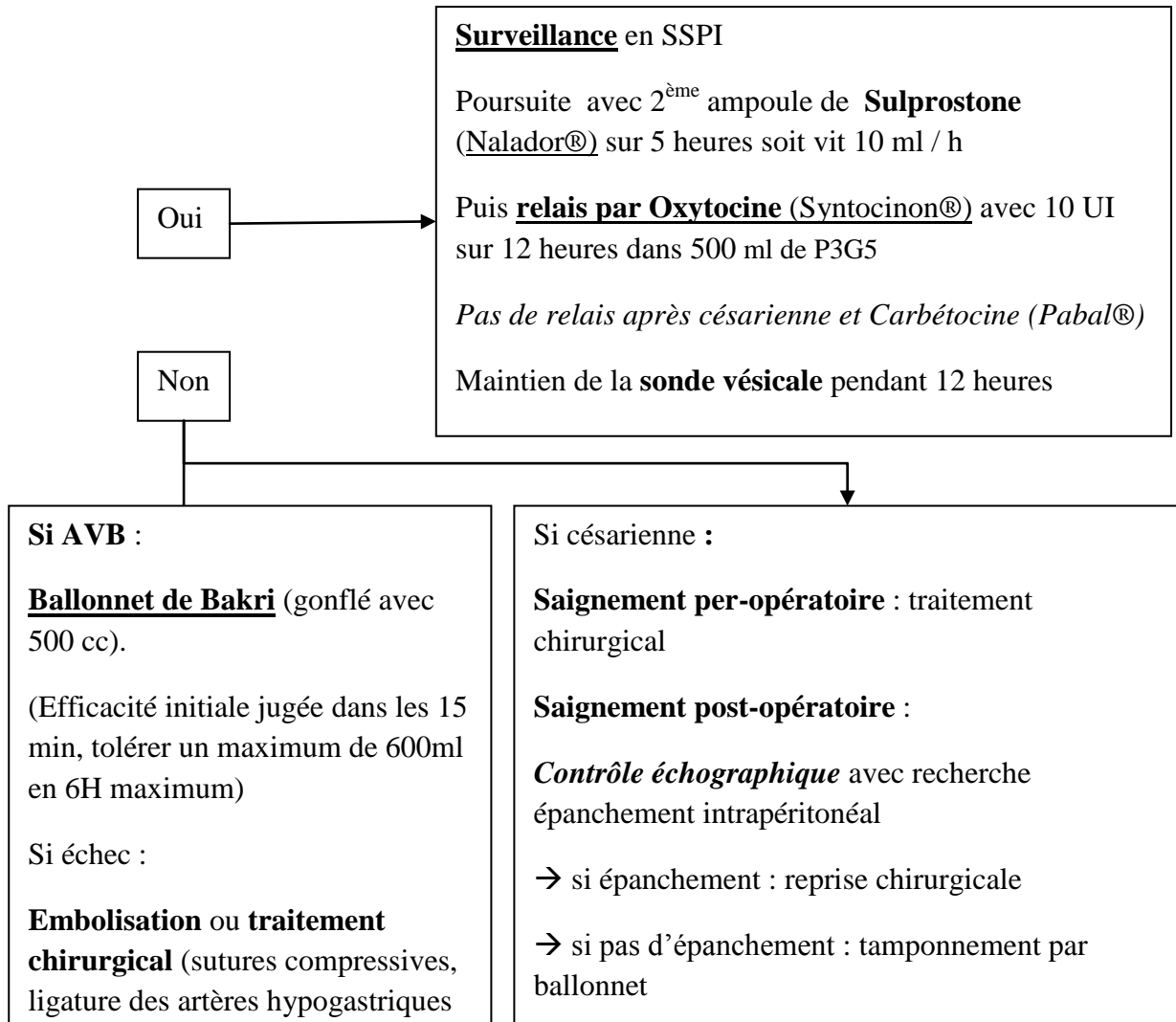
Surveillance diurèse si >
30 ml / h → remplissage

Réflexion balance
bénéfice risque

Ex : l'épilepsie contrôlée
n'est pas une CI

Efficacité à T 60 min

Efficacité à T 60 min



Procédure en cas d'embolisation artérielle :

- **Appeler le Réveil Gaston Cordier** au 77311 / 77312 ou 77321 sur indication de l'équipe médicale
- DECT anesthésiste 1 Gaston Cordier: 27364
- DECT anesthésiste 2 Gaston Cordier: 27092
- **Prévenir l'embolisation** au **77 333** ou **77337**
- Prévoir le **transport accompagné** par l'obstétricien et/ou l'anesthésiste en radiologie interventionnelle
- Cf procédure d'appel d'ambulance en urgence vitale
- **Prévenir le senior d'obstétrique d'astreinte**

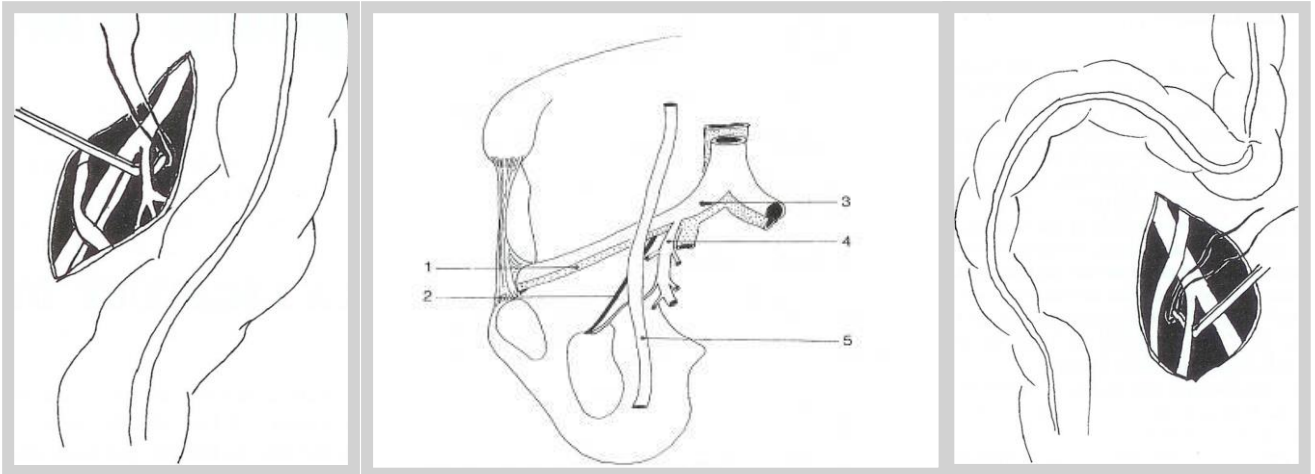
Si indication d'embolisation et plateau technique non disponible immédiatement, transférer la patiente en SSPI Gaston Cordier

Conseils utilisation Bakri

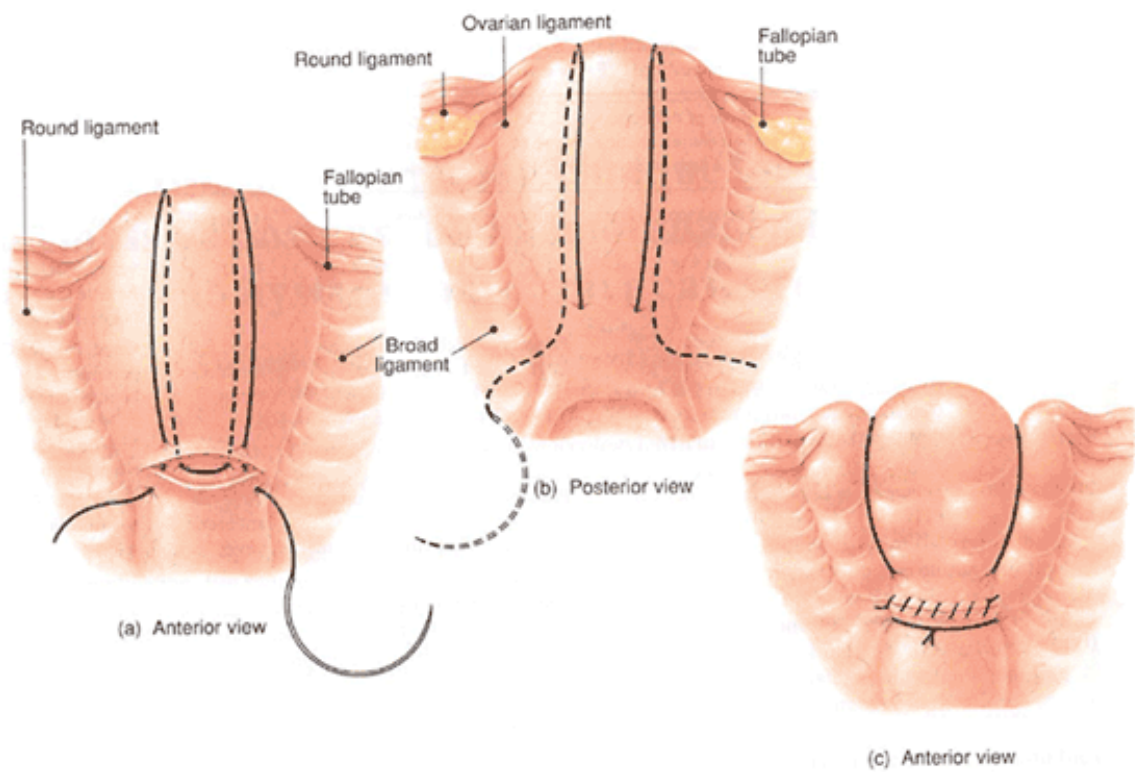
- Travailler avec un système clos : tubulure de perfusion, robinet trois voies...
- Rigidifier le ballonnet avec 10-20ml si nécessaire
- Toujours gonfler le ballonnet à 500 ml
- Le ballonnet ne se gonfle que dans le segment inférieur, donc débord dans vagin possible, surtout si accouchement voie basse
- Il ne doit pas y avoir de saignement vaginal, sauf si lésions de la filière ou déplacement du ballonnet
- Si c'est le cas, repositionner le ballonnet ou chercher la cause du saignement
- Ne pas faire d'expression avec un ballonnet en place
- La limite de tolérance du saignement est de 600 ml (avec une limite de 6 H)
- Garder le ballonnet minimum 6 heures, ne pas l'enlever de nuit.
- Retrait du ballonnet d'un coup.

Schémas des différents traitements chirurgicaux conservateurs

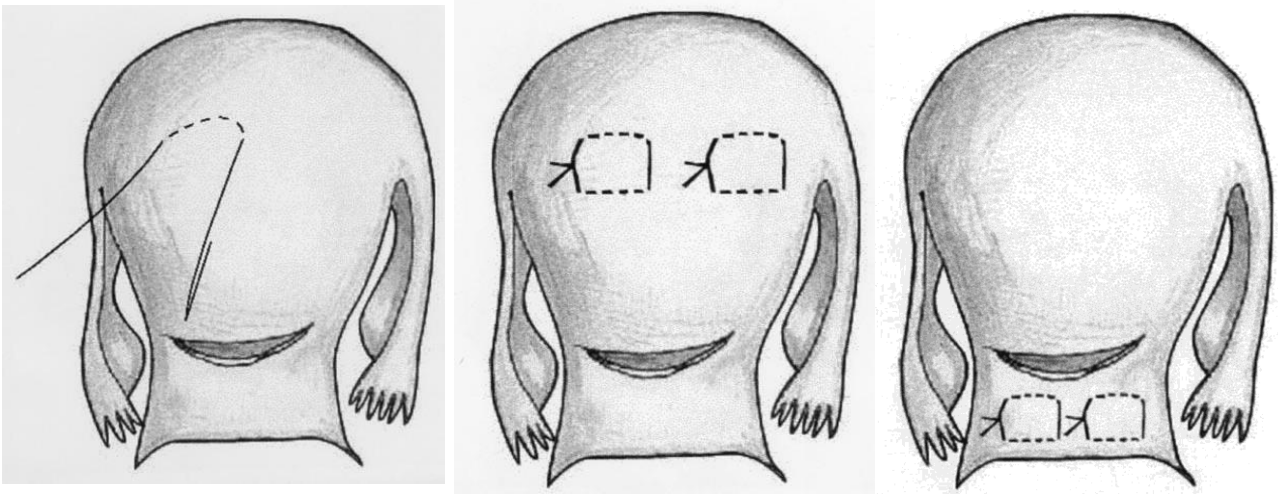
Ligature des artères hypogastriques



Technique de B-Lynch



Technique de Cho



Technique de Peirera

