

Prise en charge d'une hémorragie du post-partum



Accouchement avec sac de recueil ou mesure des pertes sanguines

Délivrance dirigée : oxytocine (SYNTOCINON®) : 5 UI IV lente

Diagnostic de l'hémorragie : perte de sang > 500 mL

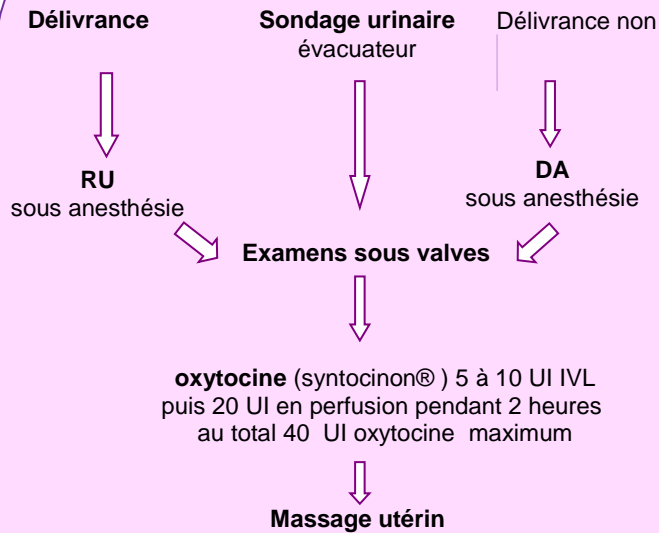
Noter T0 : mise en route d'un minuteur

Mise à jour janvier 2019

Prévenir sur une liste pré-établie et accessible médecin GO et interne GO de garde, médecin et infirmier anesthésistes

Obstétricien + Sage-Femme

Médecin anesthésiste + IADE



- **Monitoring** : scope, PA, SpO2
- O₂ : 6 L/min
- Hémocue®
- Voie d'abord veineuse ≥ 18 G
- **Remplissage vasculaire** : cristalloïdes ou HEA ± éphédrine +/- néosynéphrine
- **Antibioprophylaxie IV**: cefazoline (céfacidal®) 2gr ou en cas d'allergie clindamycine (dalacine®) 900 mg IV lente
- **Vérification du groupe sanguin, RAI, biologie**

Evaluer les conséquences de l'hémorragie

Sévérité	Compensée	Modérée	Grave	Très grave
Pertes en mL % masse sg	500 à 1000 10 à 15 %	1000 à 1500 15 à 25 %	1500 à 2000 25 à 30 %	2000 à 3000 35 à 45 %
PAM mm Hg	80 - 100	Chute légère 70 - 80	Chute importante 50 - 70	Effondrement
Signes	Palpitations étourdissement Tachycardie	Faiblesse Sudation Tachycardie	Agitation Pâleur Oligurie bradycardie	Collapsus Res.Kussmaul Anurie bradycardie

T + 15 min : Persistance de l'hémorragie Mesurer les pertes - Ouvrir feuille traçabilité spécifique

Obstétricien + Sage femme

- **Arrêt oxytocine**
- **Sulprostone (NALADOR®)** : 1 amp de 500 µg dans 50 mL de Na Cl à 0.9 % en 1h à la seringue électrique puis si nécessaire une 2^{ème} ampoule sur 5 heures
- Massage utérin
- Vérification des pertes
- Sondage urinaire à demeure avec diurèse horaire
- **Ballon intra-utérin** : en cas d'échec du Nalador, avant chirurgie ou embolisation. Ne doit pas retarder la mise en œuvre des procédures invasives

Médecin anesthésiste + IADE

- **Bilan sanguin** : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, PDF
Prévenir centre transfusionnel
Mise à disposition des produits sanguins
- **Acide tranexamique (EXACYL®) 1 g IVL +/- 2g gluconate de calcium**
- Surveillance, Hémocue®, 2^{ème} voie d'abord 16G
- Maintien PAM 60 - 80 mm Hg
- Réchauffement de la patiente
- Ne pas attendre résultats bilan pour débiter :
Culots globulaires : maintien de Hb > 8 g/dl
PFC : culot globulaire = 1 : 1
Plaquettes si < 50 000 à 100 000/mm³
Fibrinogène IV si < 2 g/L

Après 30 min de Nalador® : persistance de l'hémorragie, mesure des pertes

- Ballon intra-utérin
- Embolisation si possible sur place
- Chirurgie conservatrice : ligature, capitonnage
- Chirurgie radicale: hystérectomie d'hémostase sur place
- acide tranexamique 2^{ème} dose 1gr 1 g IVL
- Novoseven® : 60 à 90 µg/kg
- Noradrénaline si besoin possible sur VVP
- Si voie veineuse centrale, jugulaire interne ou veine fémorale gauche

Un transfert médicalisé n'est possible qu'après traitement et stabilisation hémodynamique de la patiente, après accord et transmissions entre gynéco-obstétricien et anesthésiste demandeurs et receveurs, et du médecin du SAMU