	<b>PROTOCOLE</b>	<b>Réf :</b> Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le CNGOF 2014 Recommandations SFAR 2012
	<b>HEMORRAGIE DU POST PARTUM (HPP)</b>	Créé le : <b>Novembre 2016</b>  Version du : <b>avril 2017</b>
<b>Rédacteur :</b> Commission protocole	<b>Vérificateurs :</b> JL VOLUMENIE, B SCHAUB, L VILAIN COQUET	<b>Approbateurs :</b> médecins responsables des maternités

## 1. Définition et prévalence :

- Pertes sanguines > 500 ml pour un accouchement quelle que soit la voie d'accouchement
- Pertes sanguines > 1000 ml = HPP sévère
- 5 à 10% des accouchements selon méthode de recueil des accouchements
  - HPP > 1000 ml ≈ 2%,
  - HPP nécessitant une transfusion ≈ 0,4%
- 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle obstétricale en France (16% des décès),
- Responsables d'un tiers des admissions maternelles en réanimation en péri-partum
- 80% des décès seraient évitables et la prise en charge précoce et adéquate est un facteur important

## 2. Situations à risque :

- Surdistension utérine (grossesses multiples, macrosomie, hydramnios)
- Myomes multiples
- Troubles constitutifs ou acquis de l'hémostase (thrombopénie, willebrand...)
- Hématome rétroplacentaire, placenta prævia ou accréta
- Chorioamniotite, travail long.
- Obésité maternelle (discuté)
- Antécédent d'hémorragie du post-partum (rr x 3 après un antécédent, x 5 après 2 antécédents)
- Utilisation du syntocinon pendant le travail

**2/3 des hémorragies notamment par atonie utérine surviennent sans facteur de risque clairement identifié.**

### **3. Préalable à la prise en charge des patientes en salle naissance**

#### **3.1. Bilan biologique**

Chaque patiente doit disposer à l'entrée en salle de naissance d'un(e) :

- Carte de groupe sanguin valide avec deux déterminations
- Recherche des agglutinines irrégulières
  - Patientes Rh+, → début de grossesse, 6<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> mois si antécédents transfusionnels
  - Patientes Rh- mensuellement jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois (avant Rhophylac).
  - Une RAI datant de moins de trois jours est souhaitable avant l'accouchement.
- Dosage de l'hémoglobine au 6<sup>ème</sup> mois, voire en début de grossesse en cas de situation de carence
- Dosage des plaquettes au 6<sup>ème</sup> mois (dépistage du PTI et thrombopénies gestationnelles)

Le Bilan d'hémostase n'est pas systématiquement obligatoire en fin de grossesse chez les patientes n'ayant pas d'antécédents familiaux ou personnels de troubles de l'hémostase (SFAR 2012)

- Si un bilan semble nécessaire, il doit comporter TP, TCK, fibrine et plaquettes. Ce bilan ne met pas en évidence tous les troubles de l'hémostase.
- En cas de normalité du bilan avec un interrogatoire évocateur, la patiente doit être orientée vers un spécialiste de l'hémostase

#### **3.2. Supplémentation martiale**

La supplémentation martiale est souhaitable en cas d'anémie (Hb < 11 g/dl au 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre ou < 10,5 g/dl au 2<sup>ème</sup> trimestre) + ferritine < 15 µg/l. Les doses sont de 50 à 200 mg de fer élément par jour + acide folique.

Réserver le traitement martial intraveineux aux anémies ferriprives pour lesquelles la substitution orale est mal tolérée ou non observée, ou lorsque qu'une correction rapide est souhaitée. (Exclure les patientes asthmatiques et proscrire l'usage en extra-hospitalier).

La transfusion anténatale n'est justifiée qu'en cas d'anémie sévère (Hb < 7 g/dl) mal tolérée consécutive à un saignement aigu.

#### **3.3. Accouchement par les voies naturelles**

##### **3.3.1. Gestion de la délivrance et du délivre**

- **Administration sur 1 minute de 5 UI de Syntocinon® IVD au dégageement des épaules**
  - En cas d'omission au moment du dégageement, faire l'injection dès que possible après l'accouchement avec une efficacité similaire sur la prévention de l'HPP
  - Si la patiente présente une pathologie cardiovasculaire, administrer l'ocytocine sur 5 min (IV lente)

- Pas d'évacuation vésicale systématique en prévention.
- Pas de nécessité de vidange du cordon, pas de traction contrôlée du cordon.
- Pas d'intérêt au massage utérin de principe, à envisager si atonie utérine uniquement.
- **Examen systématique du placenta** afin de vérifier s'il est complet.
- En cas de rétention de cotylédons ou de membranes pratiquer une révision utérine.
- **En l'absence de délivrance spontanée et de saignement, réaliser une délivrance artificielle entre 30 et 60 minutes après l'accouchement.**
- Pas de révision utérine systématique
  - Si distension utérine (grossesses multiples) ou antécédent d'HPP
  - Si utérus cicatriciel
- **Mise en place d'une perfusion de 10 UI de SYNTO dans un glucosé 5% 500ml ou dans 500ml de NaCl 0.9%, après délivrance, à passer sur deux heures.**
  - **Arrêt possible sans relais à la fin de la période de surveillance en salle de naissance.**
- Suture immédiate des épisiotomies, des plaies cervicales et vaginales.

### **3.3.2. Surveillance clinique minimales des accouchées en salle de naissances**

Les modalités de la surveillance des accouchées doivent être les suivantes :

- **Surveillance en salle de travail pendant 2 heures**
- Contrôle et traçabilité sur le dossier obstétrical de la TA, du pouls, des saignements (en ml) et du globe utérin toutes les 15 mn pendant les deux heures de la surveillance post-partum immédiate
- Expression utérine toutes les 15 min. après accouchement dans la première heure.
- Maintien du cathéter de péridural s'il existe,

### **3.4. En cas de césarienne :**

#### **3.4.1. Techniques opératoires**

- Vigilance à l'hémostase de la fermeture d'autant plus que l'ouverture a été rapide
- Pas d'indication au drainage systématique après césarienne (Redon ou apparentés)
  - À moduler dans des circonstances spécifiques (troubles de l'hémostase...)
- L'extension de l'hystérotomie après pré-incision au bistouri est moins hémorragique aux doigts qu'aux ciseaux
  - Mais si extension aux doigts, la traction dans le sens cranio-caudal est moins à risque de lésion (notamment vasculaire) qu'en cas de traction transversale

### **3.4.2. Gestion de la délivrance et du délivre**

- Délivrance par traction contrôlée du cordon associée au massage utérin
- La délivrance artificielle est réservée aux cas où des saignements importants existent
- Traitement pharmacologique :
  - Administration de 5 à 10 UI d'ocytocine en IV lente (si possible sur une minute)
  - Instauration d'une perfusion de 20 UI d'ocytocine à passer sur deux heures en SSPI
  - Arrêt de l'administration d'ocytociques possible au passage en suites de couches si le tonus utérin est bon et les saignements normaux
- Estimation et traçabilité dans le compte rendu opératoire et sur le dossier obstétrical des pertes sanguines (volume aspiré et des pertes vaginales) +++

### **3.4.3. Surveillance clinique minimales en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI )**

- Assurée par le personnel infirmier de SSPI
  - la sage-femme ne peut remplacer la surveillance par le personnel infirmier de la SSPI sauf à être dégagée de toute autre fonction
- Lors de la sortie de SSPI, le dossier doit comporter pour les suites de couches les traitements prescrits, le volume sanguin perdu et les modalités de la surveillance clinique et biologique ultérieure

## **4. Diagnostic des hémorragies de la délivrance dans le cadre des AVB = T O :**

Point fondamental de la prise en charge, le retard au diagnostic étant une cause majeure de décès maternel et d'échec des thérapeutiques médicales.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pertes sanguines &gt; 500 ml pour un accouchement quelle que soit la voie d'accouchement</li><li>• Pertes sanguines &gt; 1000 ml = HPP sévère</li><li>• Signes de choc : pâleur, tachycardie, malaise, hypotension...</li></ul> |
|---|

## **5. Prise en charge initiale**

Dès l'apparition de saignements semblant anormaux ou la persistance excessive de saignements :

- Regarder l'heure +++, noter l'heure du diagnostic de l'hémorragie et les pertes sanguines (en millilitres) sur le dossier obstétrical
- Mettre en place un sac de recueil sous fessier s'il n'avait pas été mis avant
- Prévenir l'obstétricien senior et l'anesthésiste de garde selon la méthode SAED

- Présence nécessaire d'au moins une sage-femme dans la salle d'accouchement pendant la durée de prise en charge.
- Intérêt d'une personne supplémentaire (quel que soit la qualification du personnel...) pour remplir le dossier et l'horodater en temps réel
- Le temps est un facteur décisif. L'intervention doit être **rapide**.
- **Recueillir précisément les faits et leur horaire**
  - **Utiliser le dossier dédié « hémorragies de la délivrance »** pour la traçabilité de la situation clinique
- Informer la patiente et l'accompagnant
- Prélever un premier bilan sanguin avec NFS, plaquettes, TP, TCK, fibrine, PDF et complexes solubles. Vérifier le groupe sanguin et les RAI
- Surveiller les constantes : pouls, TA, saturation en O<sub>2</sub> par scope et tensiomètre automatique
  - Les signes hémodynamiques (variabilité tensionnelle, tachycardie, malaise, vasoconstriction, chute de la diurèse) doivent conduire, outre les manœuvres de correction à accélérer le traitement de la cause et le passage éventuel à des méthodes de 2<sup>ème</sup> ligne
  - Les signes hémodynamiques, surtout en cas de difficulté à les corriger, peuvent constituer le signe d'appel d'une hémorragie non extériorisée (thrombus vaginal, saignement post-césarienne)
- Débuter une perfusion de RINGER ou SERUM PHYSIO
- Réchauffer la patiente
- Mise sous O<sub>2</sub> au masque

### **5.1. Remplissage vasculaire et commande de produits sanguins**

- La voie veineuse en place chez la patiente doit être vérifiée
- Une deuxième voie doit être posée dès le diagnostic d'hémorragie.
- Remplissage vasculaire :
  - Pertes sanguines entre 500 ml et 1 L : perfusion rapide de **Ringer Lactate** à raison de 2 à 4 fois le volume perdu
  - Pas d'administration d'autre produit de remplissage sans avis de l'anesthésiste
    - Et notamment, pas de recours au Voluven®, à n'utiliser qu'en cas de choc résistant aux cristalloïdes (et donc a priori en présence de l'anesthésiste)
  - Objectif tensionnel à 70-80 mm Hg de pression artérielle moyenne ou 90 mm Hg de systolique, pas au-delà
- Les résultats des bilans sanguins doivent être idéalement récupérés en 30 minutes

- L'utilisation de l'hémocue est utile dans l'intervalle et est recommandée pour guider les commandes de produits sanguins.
- **L'appel à la structure transfusionnelle** doit se faire dès ce stade si l'hémorragie est importante ou si des facteurs de risque d'hémorragie existent (difficulté de clivage placentaire par ex., anémie pré-existante, troubles de l'hémostase).
- Dans les hémorragies importantes, **l'apport d'érythrocytes** est indispensable
  - a. Afin d'assurer le transport d'oxygène aux tissus, **chez le sujet sans atteinte cardiaque, si le taux d'hémoglobine est inférieur ou égal à 7 g/100 ml**
  - b. **Chez le sujet sans capacité suffisante d'adaptation cardiaque ou respiratoire, si le taux d'hémoglobine est inférieur ou égal à 10 g/100 ml ;**
  - c. En pratique l'appel à l'anesthésiste est obligatoire et celui-ci adaptera le remplissage à l'état du patient. La commande de sang sera décidée rapidement, ce d'autant que les délais d'acheminement sont importants entre l'EFS et la maternité.

**L'existence d'une réserve de sang à la maternité pour hémorragie aiguë avec engagement du pronostic vital (culots O+, O- et plasma frais) permet d'assurer une transfusion éventuellement rendue nécessaire par l'abondance de l'hémorragie.**

- Un **bilan pré transfusionnel** doit être réalisé avant toute transfusion.

## **5.2. Traitement obstétrical : dès le diagnostic**

- Evacuation vésicale avant les gestes endo-utérins
  - La sonde à demeure n'est pas indispensable dès le diagnostic d'hémorragie sauf si elle est sévère
- **DELIVRANCE ARTIFICIELLE** si la patiente n'est pas délivrée, idéalement sous anesthésie loco-régionale, éventuellement générale si le saignement n'est pas trop important.  
Rappel : en cas d'hémorragie importante, la délivrance artificielle peut être faite **en l'absence d'anesthésie par tout personnel sachant pratiquer ce geste (sage-femme comprise ++)**. L'absence de l'obstétricien de garde ne DOIT PAS RETARDER LE GESTE.
  - Préparation chirurgicale (champs, casaque, manchettes stériles, masque) souhaitable
- **REVISION UTERINE** systématique (même si la délivrance a déjà eu lieu).
- **ANTIBIOPROPHYLAXIE** : elle reste licite malgré les recommandations 2013 du CNGOF sur les infections génitales hautes
- **REVISION DES VOIES GENITALES SOUS VALVES** :
  - Suture d'une éventuelle plaie cervicale ou vaginale dès qu'elle est découverte
- **MASSAGE UTERIN** dès la fin du geste précédent

- **INJECTION de 10 UI de Syntocinon® en IVD lente** (1 min.) et mise en place immédiate d'une perfusion de Syntocinon avec 20 UI à passer sur 120 min.
  - Le misoprostol (800 µg sub-lingual) n'est pas recommandé quand l'ocytocine est disponible
- **Réévaluer** régulièrement les pertes pour adapter les traitements.
- En cas d'arrêt de l'hémorragie sous ocytocine, la perfusion peut être arrêtée au bout des deux heures de surveillance en salle de naissance ou SSPI
- Il est en revanche raisonnable de laisser une perfusion garde-veine durant 12h.

## **6. CAT après les 20 premières minutes dans le cadre des AVB = T 20 :**

En cas d'inefficacité du traitement précédent au bout de 20 minutes, ou plus tôt sur hémorragie importante ou instabilité hémodynamique

### **6.1. Mise en place d'une perfusion de NALADOR® :**

- 1 ampoule à 500 µg à diluer dans 50 ml de sérum physiologique.
- Débit à **50 ml/h soit 1 ampoule sur une heure**
- Arrêt de la perfusion de Syntocinon® à la mise sous Nalador®
  - **Effets secondaires : spasme coronarien (rare chez femme jeune non fumeuse), accès hypertensif (surtout si administration en bolus, à proscrire)**
  - **Pas d'indication à administration intra<< t-murale (risque de bolus avec ↗ des effets secondaires sans bénéfice thérapeutique)**

### **6.2. Poser une sonde vésicale à demeure**

### **6.3. En parallèle, poursuite du massage utérin.**

**6.4. Prévoir échographie abdominale** si discordance entre troubles hémodynamiques et faiblesse du saignement extériorisé, à la recherche d'un hémopéritoine  
 Contrôle possible du contenu utérin par échographie également pour juger de l'intérêt d'une 2<sup>ème</sup> révision utérine

### **6.5. Prévenir ETS et commande de culots et PFC**

### **6.6. Prévenir l'hypothermie (couvertures, appareil à air pulsé), a fortiori en cas de transfusion**

**6.7. 2<sup>ème</sup> bilan (NFS, plaquettes, TP, TCK, fibrine, PdF et complexes solubles) à faire une heure** après le début de l'hémorragie soit au bout de trente minutes de Nalador® si la chronologie a été respectée

**6.8. Mettre le service de radiologie interventionnelle disponible en PRE-ALERTE ainsi que le SAMU.** (planning d'astreinte de radiologie interventionnelle avec numéro des intervenants communiqué chaque mois en salle de naissance)

**6.9. Le saignement doit être tari à la fin de la 1<sup>ère</sup> ampoule de Nalador®.**

**6.10. En cas de persistance du saignement à l'issue de 30 minutes de Nalador + massage utérin, on peut poser un ballon de Bakri**

- Le ballon est introduit par voie basse et gonflé jusqu'à 500 ml. Le gonflement peut être arrêté avant ce volume si les saignements s'arrêtent. L'efficacité du tamponnement est immédiate : la persistance du saignement en dépit d'un gonflement poussé à 500 ml doit conduire à opter immédiatement pour une méthode chirurgicale ou radiologique
- La position du ballon de Bakri peut être contrôlée à l'échographie. Le massage utérin est proscrit après pose du ballon de Bakri (risque d'expulsion)
- Une antibiothérapie prophylactique (Augmentin® 1 g/8h) est souhaitable tant que le ballon est en place
- Si le saignement est tari après la pose du ballon, celui-ci peut être dégonflé progressivement au bout de 6 h, à raison de 100ml/h (aucune étude ne valide un rythme particulier de retrait)
- Le ballon de Bakri semble dans les études avant-après diminuer la nécessité de recourir à la chirurgie ou à l'embolisation au prix d'une morbidité semblant faible

**Pas d'indication actuelle à l'utilisation de misoprostol (CYTOTEC®) que ce soit en intra-rectal, en intra-vaginal ou par toute autre voie.**

**L'apport de facteurs de coagulation doit être envisagé facilement** au cours des hémorragies importantes sous la forme de PFC. Il existe en effet une consommation importante de facteurs de coagulation lors des hémorragies de la délivrance.

**En cas d'hémorragie intarissable et sur bilan sanguin on pourra avoir recours :**

- aux concentrés plaquettaires
- au fibrinogène (Clottagen®)
- à l'Aprotinine

## **7. CAT au bout de 50 minutes dans le cadre des AVB : Traitement radiologique ou chirurgical = T 50**

Le traitement radiologique ou chirurgical s'impose en cas d'échec du traitement médical à savoir la persistance d'un saignement après passage de la première ½ ampoule de Nalador® et pose d'un ballon de Bakri

- La décision de traitement radiologique ou chirurgicale doit être envisagée après ½ ampoule de Nalador (30 minutes), de manière à préparer le bloc ou la salle de radiologie à l'avance, quitte



à décommander en cas de résolution du saignement lors du passage de la 2<sup>ème</sup> moitié de la seringue initiale de Nalador®.

- En cas d'instabilité hémodynamique ou de saignement grave, la chirurgie s'impose étant donné la nécessité de transport et les délais de réalisation de l'embolisation (temps décision-geste ≈ 80 minutes)

### 7.1. Traitement Radiologique = L'EMBOLISATION

L'embolisation doit être envisagée chaque fois que les **conditions de disponibilité des équipes de radiologie interventionnelle** autorisent sa réalisation.

#### 7.1.1. Indications préférentielles :

- Atonie utérine résistant aux utérotoniques, que ce soit après accouchement par voie basse ou par césarienne
- Hémorragies cervico-utérines (déchirures sur extractions instrumentales par ex.)
- Thrombus vaginal ou plaie vaginale hémorragique malgré suture
- L'embolisation est possible lors d'hémorragies sur placenta accréta avec un taux de succès de 70 à 80% (20% d'hystérectomie d'hémostase)
- L'embolisation est possible après échec de techniques chirurgicales conservatrices ou en cas de saignement persistant après hystérectomie d'hémostase, à condition que l'état hémodynamique soit stable
  - Si état hémodynamique instable après techniques chirurgicales conservatrices, l'hystérectomie est préférable
  - Si état hémodynamique instable après hystérectomie, le tamponnement intra-abdominal semble préférable, au moins en première intention.

#### 7.1.2. Les conditions de réalisation de l'embolisation :

- **L'indication d'embolisation** doit être posée après une **discussion pluridisciplinaire** entre radiologue vasculaire (liste de garde), obstétricien et anesthésiste-réanimateur. Un avis est sollicité auprès des réanimateurs de PZQ. Cette **coopération** est capitale dans le but de proposer l'embolisation le plus tôt possible avant que l'état de la patiente ne soit trop dégradé et qu'un transfert ne devienne trop risqué
- Le geste ne doit être pratiqué qu'après évaluation de la gravité et prise en charge par les anesthésistes-réanimateurs.
- L'embolisation est habituellement pratiquée sous anesthésie locale sauf si l'état hémodynamique de la patiente impose une anesthésie générale (intubation-ventilation).

- Le geste sera réalisé en radiologie sous la surveillance constante de l'équipe d'anesthésistes de PZQ.
- L'Antibioprophylaxie est systématique après le geste ainsi que le transfert de la patiente dans le service de réanimation.

### 7.1.3. Conditions de transport

- Il est réalisé de façon médicalisée par le SAMU, qui s'enquiert dès le départ de la disponibilité sur place ou du transport des produits sanguins.
- Il ne peut être réalisé que pour une patiente stable sur le plan hémodynamique (pas de trouble de conscience).  
Hb  $\geq$  8g/l à l'hémocue  
TA  $\geq$  9/5  
60 <  $\pi$  < 120  
FR  $\leq$  26 (temps de recoloration cutanée < 2s)
- Au-delà des chiffres, l'état de la femme et les conditions de transport doivent être appréciées par le SAMU et l'équipe sur place au départ du TRANSPOT.
- Le SAMU doit être alerté si l'hémorragie persiste après 20 min de NALADOR.
- Un transport précoce dans de bonnes conditions, après le diagnostic précoce est le meilleur gage d'une embolisation efficace et d'un sauvetage maternel.
- L'obstétricien de la MFME doit être prévenu dans l'éventualité de réaliser une hystérectomie d'hémostase

### 7.2. Traitement chirurgical conservateur de l'utérus : l'appel à l'astreinte d'obstétrique peut-être utile à ce stade. La décision d'y avoir recours incombe à l'obstétricien de garde.

Il doit être préféré en première intention à l'hystérectomie sauf cas particulier

- Multipare sans désir rémanent de grossesse
- Situation hémodynamique instable
- Placenta accréta où les chances de succès sont minces (sauf éventuellement capitonnage ou technique de Cho)

### 7.3. Traitement chirurgical radical

La décision d'hystérectomie d'hémostase doit être prise en cas d'échec des techniques conservatrices (persistance du saignement, instabilité hémodynamique)

L'efficacité du traitement conservateur doit être obtenue en trente à quarante-cinq minutes. Le recours à l'hystérectomie doit être considéré passé ce délai, d'autant plus rapide que la situation hémodynamique est instable et le désir de reproduction ultérieur de la patiente faible.

L'administration des produits sanguins labiles et le remplissage vasculaire constituent le complément indispensable du traitement.

L'hystérectomie peut être totale ou sub-totale. L'hystérectomie totale permet de traiter les saignements cervicaux et du haut du vagin. La sub-totale est un peu plus facile et rapide et est à préférer en cas de situation particulièrement grave.

Si persistance de saignements en nappe après hystérectomie, le recours au tamponnement intra-abdominal par champs type Mickulicz ou champs abdominaux, de préférence marqués (radio-opaques) peut être nécessaire. Repérer alors les Mickulicz par des nœuds sur les cordons extériorisés (ex : 1 nœud pour le premier, deux nœuds pour le second ...) de façon à pouvoir secondairement les ôter en bon ordre.

## **8 . Evaluation et suivi**

Mise en place d'une évaluation à posteriori qui devrait être partagée lors des Revues de Mortalité Morbidité.

Une proportion importante de patiente ayant expérimenté une hémorragie du post-partum conserve un traumatisme psychologique durable à distance. La possibilité de recevoir des explications en post-partum immédiat aussi bien qu'à distance doit être offerte, ce d'autant que les explications ont pu être succinctes à la phase aiguë de la prise en charge. L'obstétricien responsable de la prise en charge de l'hémorragie doit prendre un temps après l'accouchement pour revoir la patiente et répondre à ses questions avant la sortie d'hospitalisation de celle-ci.

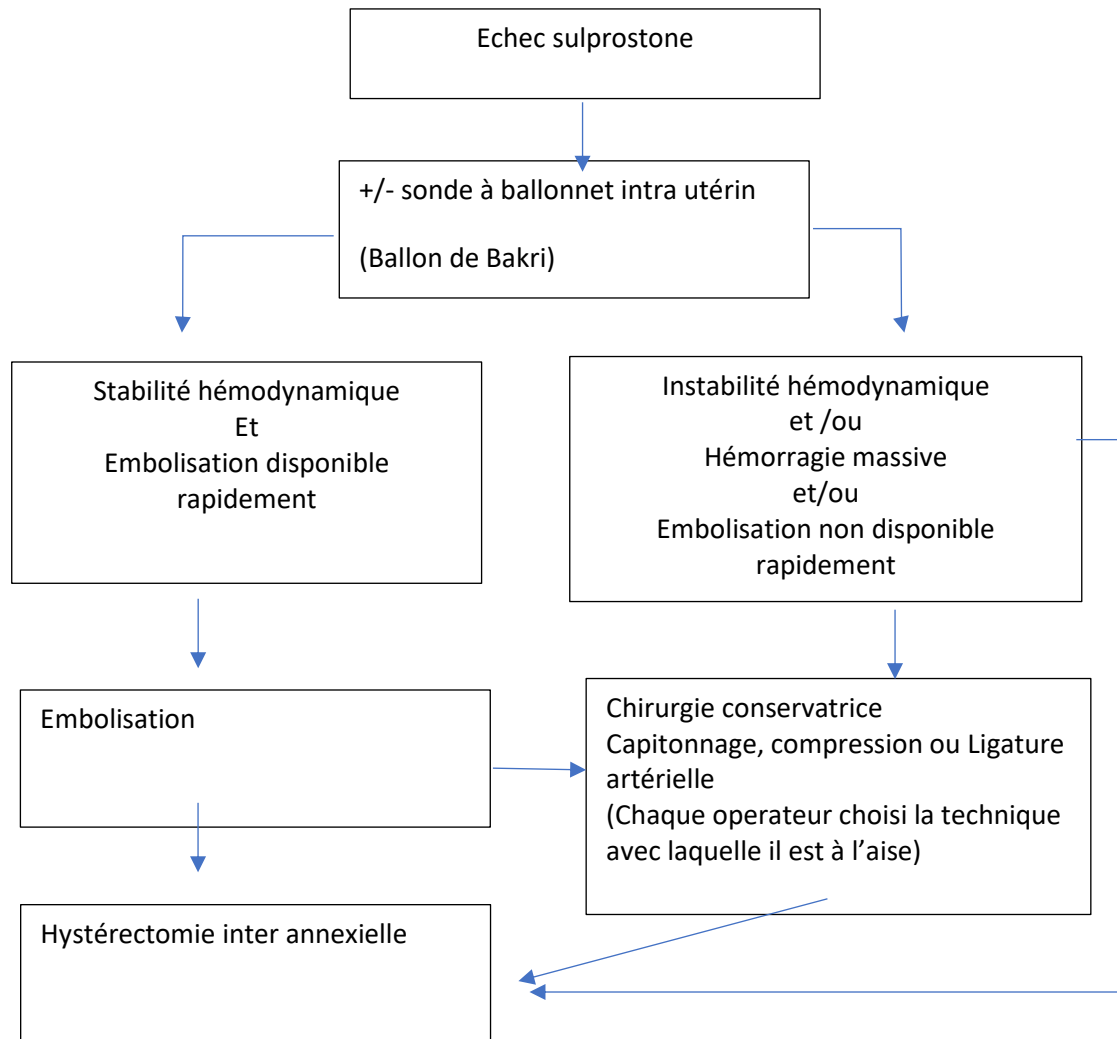
T0 : prise en charge initiale	
Principes généraux	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail pluridisciplinaire</li> <li>• Communication ++++ entre professionnels et avec la patiente et l'entourage</li> <li>• Traçabilité en temps réel et horodatée sur le dossier « hémorragie du post partum »</li> </ul>	
Obstétrique	Réanimation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sac de recueil sous fessier</li> <li>• Sondage vésical (à demeure si saignements importants)</li> <li>• Délivrance artificielle (si non délivrée)</li> <li>• Révision utérine <b>systématique</b></li> <li>• Massage utérin dès la fin du geste</li> <li>• Examen de la filière génitale et du col sous valves</li> <li>• Suture rapide des lésions cervicales et vaginales</li> <li>• Réévaluation régulière des saignements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une <b>surveillance</b> : <b>scope</b>, dynamap, oxymétrie de pouls,</li> <li>• <b>Deuxième voie veineuse</b> périphérique</li> <li>• Vérification de la <b>carte de groupe</b> avec <b>RAI</b> datant <b>de moins de 3 jours</b></li> <li>• Bilan <b>en urgence</b> (NFS+plaquettes, TP, TCA, fibrinogène) -Résultats à récupérer en 30 min</li> <li>• Perfusion de cristalloïdes (perfusion <b>rapide de Ringer Lactate</b> 2 à 4 fois le volume perdu pour des saignement compris entre 500ml et 1000ml)</li> <li>• Lutte contre l'hypothermie et O2 au masque</li> <li>• Mesure du taux d'hémoglobine capillaire par HEMOCUE</li> <li>• Analgésie adaptée au gestes obstétricaux et aux pertes sanguines</li> <li>• Appel à l'EFS si hémorragie importante</li> </ul>
Traitement médicamenteux	
Syntocinon®	Antibioprophylaxie
10 UI en IV lente (1min) et mise en place immédiate d'une perfusion avec 20 UI de Syntocinon® à passer sur 2 heures	A large spectre si geste endo utérin
	Transfusion sanguine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez le sujet sans atteinte cardiaque si tx Hg <math>\leq 7g/100ml</math></li> <li>• Chez la patiente sans capacité suffisante d'adaptation cardiaque ou respiratoire si tx Hg <math>\leq 10g/100ml</math></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si saignement tari,               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stopper la perfusion de Syntocinon et maintenir un garde veine pour 12 heures</li> </ul> </li> <li>• Si saignement persistant au-delà de 20 min →               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Passer à T1</li> </ul> </li> </ul>	

○ (Avant ce délai en cas d'hémorragie très abondante ou de mauvaise tolérance maternelle)	
<b>T1 : après 20 minutes</b> <b>En cas d'inefficacité du traitement par Syntocinon®</b> <b>ou plus tôt sur hémorragie importante ou instabilité hémodynamique</b>	
<b>Principes généraux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail pluridisciplinaire</li> <li>• Communication ++++ entre professionnels et avec la patiente et l'entourage</li> <li>• Traçabilité en temps réel et horodatée sur le dossier «hémorragie du post partum»</li> </ul>	
Obstétrique	Réanimation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage vésical à demeure (si non fait précédemment)</li> <li>• Poursuite du massage utérin</li> <li>• Echographie abdominale s'il existe une discordance entre les troubles hémodynamiques et faiblesse du saignement extériorisé</li> <li>• Contrôle utérin par échographie</li> <li>• 2eme Révision utérine</li> <li>• Mise du service de radiologie interventionnelle en pré alerte</li> <li>• Réévaluation régulière des saignements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de la <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Surveillance : scope</b>, dynamap, oxymétrie de pouls,</li> <li>○ Lutte contre l'hypothermie et oxygénothérapie au masque</li> <li>○ Perfusion de cristalloïdes</li> </ul> </li> <li>• Surveillance de la diurèse horaire</li> <li>• <b>2eme Bilan en urgence</b> (NFS+plaquettes, TP, TCA, fibrinogène) PDF et complexes solubles à faire au bout de 30min de Nalador Résultats à récupérer en 30 min</li> <li>• Mesure du taux d'hémoglobine capillaire par HEMOCUE</li> <li>• Analgésie adaptée au gestes obstétricaux et aux pertes sanguines</li> <li>• Appel à l'EFS et commande de culots et PFC</li> </ul>
Traitement médicamenteux	
<b>Nalador®</b> (sulprostone)	Transfusion sanguine
1 ampoule à 500g diluer dans 50ml de sérum physiologique Débit à 50ml/h soit une ampoule sur une heure Relais par une seconde ampoule à passer sur 7h (soit 7ml/h) ou sur 3heures (soit 3ml/h)	
<b>Le saignement doit être tari à la fin de la 1ere ampoule de Nalador®</b> En cas de persistance du saignement à l'issue de 30 minute de Nalador®+Massage utérin Ou saignement sévère d'emblée →Passer à l'étape 2	

**T2 : Après 50min ou en cas d'échec de la perfusion de Nalador**

**Principes généraux**

- Travail pluridisciplinaire
- Communication ++++ entre professionnels et avec la patiente et l'entourage
- Traçabilité en temps réel et horodatée sur le dossier « hémorragie du post partum »



10 UI en IV lente (1min) et mise en place immédiate d'une perfusion avec 20 UI de Syntocinon® à passer sur 2 heures

A large spectre si geste endo utérin

Transfusion sanguine

Chez le sujet sans atteinte cardiaque si tx Hg ≤ 7g/100ml  
 Chez la patiente sans capacité suffisante d'adaptation cardiaque ou respiratoire si tx Hg ≤ 10g/100ml