

Prise en charge d'une HPP après césarienne

Diagnostic : Saignement vaginal excessif et/ou altération des constantes maternelles

ALERTE si Obstetric Shock index : FC/TAs > 1

⇒ Pertes sanguines per césarienne + total des pertes } ≥ 500 ml

- Echographie abdo-pelvienne (rétention, hémopéritoine)
- Appel à l'aide
- Démarrer chronomètre
- Points de situation réguliers
- Balance pour peser les pertes
- Chariot hémorragie
- Prise de note
- Désigner un leader

- Remplissage (cristalloïdes)
- +/- vasopresseurs
- 2ème voie périphérique ≥16 G
- Bilan biologique : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène +/- hémocue®
- Evaluation hémodynamique
- Feuille de surveillance HPP
- Concertation anesthésiste obstétricien
- Oxygène
- Prévention hypothermie

Atonie utérine

- Massage utérin
- Oxytocine IV lente (40 UI au maximum) SAUF si carbetocine à la délivrance
- Sulprostone si échec ou d'emblée selon gravité ou si carbetocine à la délivrance
- Acide tranéxamique 1g iVL

Echec

Patiente instable

Hémopéritoine ou autre cause de saignement

(notamment doute sur une plaie utérine, du pédicule utérin, lombo-ovarien, autre)

Laparotomie (AG si patiente instable)

Patiente stable

+/- ballon de tamponnement

Echec

Echec

Suture éventuelle des plaies et déchirures +/- ligature vasculaire.
Hémostase chirurgicale conservatrice
Capitonnage ou compression
Et/ou Ligature artérielles (LBAU ou LBAH)

- Maintien de la pression artérielle
- Remplissage (cristalloïdes) +/- vasopresseurs
- Limiter la concentration des halogénées notamment si atonie
- +/- Acide tranéxamique 1g (max 2g)
- Transfusion CGR
- Calcium 1 à 2g si >3 CGR
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes
- +/- Cathéter artériel
- +/- Voie veineuse centrale

Echec

+/- rFVIIa

Hystérectomie interannexielle (totale ou subtotale)

Penser à la prévention thrombo-embolique