

# Prise en charge d'une HPP en cours de césarienne

## Diagnostic d'HPP :

Mesure du volume aspiré (sans liquide amniotique) + pesée des champs }  $\geq 500$  ml  
+/- altération des constantes maternelles

**ALERTE si Obstetric Shock index : FC/TAs >1**

- Appel à l'aide
- Démarrer chronomètre
- Prise de note
- Chariot hémorragie
- Balance pour peser les pertes
- Points de situation réguliers

## Equipe obstétricale

- Hémostase chirurgicale rapide (Hystéroraphie, suture des plaies)

## Equipe anesthésique

- Maintien de l'hémodynamique : **remplissage** (cristalloïdes)
- Oxytocine** 5 à 10 UI IVL ou IM (max 40 UI) **SAUF** si Carbetocine à la délivrance
- Oxygène
- Prévention hypothermie

## HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques (échec de la prise en charge initiale)

- SULPROSTONE** d'emblée si Carbetocine à la délivrance
- 2ème voie périphérique  $\geq 16$  G
- Bilan biologique initial : NFS plaquettes TP TCA fibrinogène +/- Hémocue®
- Mise en réserve CGR
- Acide tranéxamique 1g IVL

## Echec

**Hémostase chirurgicale conservatrice**  
Capitonnage ou compression  
Et/ou Ligature artérielles (LBAU ou LBAH)

Maintien de la pression artérielle :  
 Remplissage (cristalloïdes)  
 +/- vasopresseurs

Conversion éventuelle en AG si instabilité hémodynamique.  
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**