

Prise en charge d'une HPP après accouchement par voie basse

- Appel de l'équipe obstétricale et anesthésique
- Sac de recueil
 - Démarrer chronomètre
 - Chariot hémorragie
 - Désigner un leader

Equipe obstétricale

- Délivrance artificielle si délivrance non faite
- Révision utérine si délivrance préalable
- Sondage vésical évacuateur
- Examen filière génitale
- Sutures
- Massage utérin

Equipe anesthésique

- Monitoring
- ALERTE si Obstetric Shock index : $FC/TAs > 1$
- Evaluation et maintien de l'hémodynamique : remplissage (cristalloïdes)
- Anesthésie pour gestes endo utérins
- Oxytocine 5 à 10 UI IVL ou IM (max 40 UI)
- Antibioprophylaxie
- Prévention hypothermie et oxygénothérapie
- Hémocue®
- Vérification carte de groupe et validité RAI

≤ 30 mn

Echec prise en charge initiale Ou HPP sévère d'emblée

- **SULPROSTONE**
- Acide tranexamique 1g IVL
- 2ème voie périphérique ≥16 G
- Bilan biologique initial : NFS plaquettes TP TCA fibrinogène +/- Hémocue®
- Mise en réserve CGR
- Sondage vésical à demeure

≤ 30 mn

Echec Sulprostone

+/- ballon de tamponnement

Hémodynamique instable
et/ou
Hémorragie massive
et/ou
Embolisation non disponible

Chirurgie conservatrice
Ligature artérielles (LBAU ou LBAH)
et/ou
Plicature utérine

- Remplissage (cristalloïdes)
- Transfusion CGR
- Calcium 1 à 2g si >3 CGR
- +/- Bilan biologique
- Prévention hypothermie
- +/- Acide tranexamique 1g (max 2g)
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes
- +/- Cathéter artériel
- +/- Noradrénaline
- +/- Voie veineuse centrale

Stabilité Hémodynamique
et
embolisation disponible
rapidement

Embolisation

Echec

Echec

Hystérectomie interannexielle

+/- rFVIIa

Penser à la prévention thrombo-embolique