



HEMORRAGIE du POST PARTUM

Accouchement Voie Basse

Saignement > 500 mL



- APPEL de l'équipe obstétricale et anesthésique
- Sac de recueil gradué
- Chariot HPP
- Démarrer feuille spécifique HPP

Equipe d'anesthésie-réanimation

- Monitoring et vérification VVP
- Anesthésie pour gestes endo-utérins
- Ocytocine** 5 à 10 UI IVL ou IM (max 40 UI)
- Remplissage vasculaire
- Vasopresseurs (PAM 60-65 mmHg)
- Antibiotrophylaxie (Cefazoline 2 g ou si allergie: Clindamycine 900 mg)
- Oxygénothérapie
- Vérification dossier transfusionnel et validité RAI
- Hemocue® de départ
- Prévention de l'hypothermie

Equipe obstétricale

- Délivrance artificielle
- Révision utérine
- Sondage vésical évacuateur
- Massage utérin
- Examen de la filière sous valves
- Sutures

≤ 30 min

Poursuite du saignement

- Sulprostone**: 500 µg/50mL IVSE sur 1h
- Acide tranexamique** 1g IV sur 10 min
- 2^{ème} VVP
- Bilan: NFS plaquettes, TP, rTCA, fibrinogène ± Hemocue®
- Sondage vésical à demeure
- Commande/mise en réserve de PSL (EFS:.....)

≤ 30 min

Si analgésie périmédullaire insuffisante: faire une AG en induction séquence rapide

Poursuite du saignement

- Remplissage vasculaire
- Bilans biologiques ± lactates
- Poursuite **sulprostone** 500 µg/50 mL IVSE sur 5h
- ± **acide tranexamique** 1g IV en entretien
- Objectifs transfusionnels:
 - fibrinogène ≥ 2g/L
 - Hb > 8g/dL
 - Ratio CGR/PFC: 1:1 à 1:2
 - Plaquettes ≥ 50 G/L
- Supplémentation calcique
- Support vasopresseur ± KTA

- Envisager **Ballon de tamponnement intra-utérin**
- Rechercher hémopéritoine en post césarienne

Hémodynamique instable et/ou hémorragie massive et/ou embolisation indisponible

➡ **CHIRURGIE CONSERVATRICE**

Hémodynamique stable et embolisation disponible

➡ **EMBOLISATION**

Poursuite du saignement

- Option: facteur VII activé 60-90 µg/kg

- HYSTÉRECTOMIE INTER ANNEXIELLE**
+ injection Cefoxitine 2g
ou si allergie: gentamycine 6-7mg/kg