



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM



DEFINITION :

Pertes sanguines dans les 24 h suivant l'accouchement : >
500 ml par voie basse ou > **1000 ml** après césarienne

DIAGNOSTIC :

Quantifier les pertes sanguines en millilitres

Rechercher une cause : postopératoire (césarienne), délivrance artificielle, révision utérine, examen du col et de la filière génitale, tonicité utérine

Hémoglobine actuelle (Hemocue®) et évolution

Bilan de coagulation : TC / TP / TCA / Fibrinogène / PDF/Groupe - ACI

Faire l'historique du traitement de l'hémorragie :

- **Syntocinon**® heure du début et quantité administrée
- **Nalador**® heure du début et quantité administrée
- **CGR O négatif, PFC**, quantité de **fibrinogène déjà transfusés**

TRAITEMENT :

Massage utérin en continu, à défaut compression par sac de sable

Oxygénothérapie, 2 voies veineuses périphériques de gros calibre (≥ G 16)

Prélèvements (en primaire): groupage, ACI, coagulation, taux d'hémoglobine (Hemocue®)

Evacuation d'un gobe vésical, SAD +++

Objectif tensionnel : **PAS = 80 mm Hg**

Remplissage au Blood Pump si besoin urgent :

HEA 50 ml / kg jusqu'à 2000 ml dans un 1^{er} temps

Si inefficace :

Noradrénaline : PSE 8 mg / 48 ml, débiter à 0,5 mg / h

Poursuite du remplissage par HEA jusqu'à 50 ml / kg, puis cristalloïdes si nécessaire

Si inefficace et / ou état de choc non contrôlé :

Intubation pour ventilation contrôlée en O₂ pur, ISR

Transfusion CGR O négatif pour maintenir Hb > **7 g / 100 ml**

Perfusion de fibrinogène d'emblée si choc hémorragique pour maintenir le fibrinogène > 1g / l

Clottagen® ou **Haemocompletant**® 3 g

PAC à discuter si instabilité

Poursuite du traitement ocytocique en cours :

Syntocinon® 5 - 10 UI en IVL, puis PSE 10 UI / h

Si saignement persistant **après 20 min** :

Nalador® PSE 1 flacon 500 µg / 50 ml : **100 - 500 µg / h**

Début **20 ml / h**, augmenter par paliers de 10 ml / h toutes les 15 min jusqu'à ↓ de l'hémorragie

Débit max : **50 ml / h**, dose max : **1500 µg / 24 h**

CI formelles : coronaropathie, insuffisance cardiaque décompensée, asthme

Prudence si patiente sous noradrénaline

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux, coloration, SpO₂, état de conscience, pertes sanguines

ORIENTATION :

Déchocage en vue d'une embolisation radiologique, de préférence au CHLS car obstétricien sur place (à prévenir) **Bloc direct pour hystérectomie d'hémostase** si choc hémorragique non contrôlé, parfois sur place si TIH contre-indiqué en fonction bénéfique / risque