

Prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP)

Version du 12 février 2007

GENERALITES	- HPP = perte de sang > 500 mL en cas de VB, > 1000 mL en cas de césarienne, HPP grave > 1 500 mL					
	Prise en charge de l'hémorragie ✓ Noter l'heure initiale du diagnostic (T0) ✓ Importance de la précocité du diagnostic et du traitement +++ ✓ Traitement obstétrical et réanimation maternelle simultanés +++ ✓ Ne pas attendre les résultats du bilan biologique pour traiter +++					
PHASE INITIALE 15 A 30 MN	Information	- Appeler l'équipe obstétricale et l'équipe anesthésique (liste de garde)				
	Surveillance	- Scope, SpO ₂ , PNI (tensiomètre) - Quantifier : sac de recueil des pertes sanguines - ± Hémocue® de référence				
	Vérification	- Carte de groupe (deux déterminations valides), RAI				
	Actions	- Sondage urinaire évacuateur - Massage utérin, DA, RU, révision de la filière génitale sous valves (reprises de plaies si nécessaire)				
	Traitement médical	- Syntocinon® : 5 UI en IVL, renouvelable une fois - Remplissage par cristalloïdes (RINGER ou NaCl à 0.9%) : 500 à 1500 mL - ATB prophylaxie : Augmentin® 2 g ou Dalacine® 600 mg en cas d'allergie				
	Efficacité	<table border="1"> <tr> <td>- OUI</td> <td>- Surveillance pendant 2 heures supplémentaires - Maintien du Syntocinon® : 10 à 20 UI sur 2 heures - Vérification de l'absence de saignement et qualité de la rétraction utérine</td> </tr> <tr> <td>- NON</td> <td>- PASSAGE EN PHASE CRITIQUE</td> </tr> </table>	- OUI	- Surveillance pendant 2 heures supplémentaires - Maintien du Syntocinon® : 10 à 20 UI sur 2 heures - Vérification de l'absence de saignement et qualité de la rétraction utérine	- NON	- PASSAGE EN PHASE CRITIQUE
- OUI	- Surveillance pendant 2 heures supplémentaires - Maintien du Syntocinon® : 10 à 20 UI sur 2 heures - Vérification de l'absence de saignement et qualité de la rétraction utérine					
- NON	- PASSAGE EN PHASE CRITIQUE					
PHASE CRITIQUE	Surveillance	- Feuille de surveillance spécifique de l'hémorragie du post-partum - Sondage urinaire à demeure et mesure de la diurèse horaire - Hémocue® horaire - Maintien du cathéter péridural (si présent) tant que l'hémostase n'est pas normale				
	Actions	- Maintien de la position gynécologique ou léger Trendelenbourg - O ₂ : 6l/mn au masque - Poser une deuxième voie veineuse, cathlon 16G si possible et prélever bilan : NF, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, PDF (à répéter selon l'évolution) - Prévenir Centre de transfusion ou dépôt de sang : commande de sang ou réserve - Massage utérin, vérification de la vacuité utérine avant emploi de Nalador® - Réchauffement de la patiente				
	Traitement médical et réanimation	- Arrêt Syntocinon®, relais par Nalador® précoce 15 à 30 mn après T0 : 1 ampoule de 500 µg dans 50 mL de NaCl 0.9% : 10 à 50 mL/h suivie si nécessaire d'1 ampoule sur 5 heures - Remplissage avec pour objectif PAM entre 60 et 80 mmHg par Hydroxy-éthyl-amidon (Voluven®) (maximum 1.5 L) - Transfusion : maintien de l'Hb entre 7 et 10 g/dL tant que l'hémorragie est active - Traitement des troubles de coagulation selon avis anesthésiste-réanimateur <ul style="list-style-type: none"> • Fibrinogène (Clottagen®) : 2 à 4 g si le fibrinogène sanguin < 1 g/L • PFC : 10 à 15 mL/kg avec, pour objectif, un TP > 40 %) • Concentrés plaquettaires : si plaquettes < 30 000 (ou < 50 000 en cas de césarienne) • Aprotinine (Trasylo® ou Antagosan®) : anti-fibrinolytique. Risque anaphylactique grave • Novoseven® : 60 à 90 µg/kg en dernier recours comme sauvetage maternel • Vaso-constricteurs : Ephédrine à la dose de 6 à 60 mg voire Noradrénaline : 0.5 mg/h à adapter. Si voie veineuse centrale, veine fémorale gauche 				
	Efficacité après 30 mn de Nalador®	<table border="1"> <tr> <td>- OUI</td> <td>- Surveillance pendant 2 heures supplémentaires - Prévoir, à l'arrêt du Nalador®, un relais par Syntocinon® : 20 UI en 6 heures, après contrôle de l'hémorragie</td> </tr> <tr> <td>- NON</td> <td>- PASSAGE EN PHASE AGGRAVEE</td> </tr> </table>	- OUI	- Surveillance pendant 2 heures supplémentaires - Prévoir, à l'arrêt du Nalador®, un relais par Syntocinon® : 20 UI en 6 heures, après contrôle de l'hémorragie	- NON	- PASSAGE EN PHASE AGGRAVEE
	- OUI	- Surveillance pendant 2 heures supplémentaires - Prévoir, à l'arrêt du Nalador®, un relais par Syntocinon® : 20 UI en 6 heures, après contrôle de l'hémorragie				
- NON	- PASSAGE EN PHASE AGGRAVEE					
Hémodynamique stable ?	<table border="1"> <tr> <td>- OUI</td> <td>- Envisager une embolisation sur le site</td> </tr> <tr> <td>- NON</td> <td>- Prise en charge chirurgicale : ligatures vasculaires, traitement conservateur, hystérectomie d'hémostase - Transfert en réanimation</td> </tr> </table>	- OUI	- Envisager une embolisation sur le site	- NON	- Prise en charge chirurgicale : ligatures vasculaires, traitement conservateur, hystérectomie d'hémostase - Transfert en réanimation	
- OUI	- Envisager une embolisation sur le site					
- NON	- Prise en charge chirurgicale : ligatures vasculaires, traitement conservateur, hystérectomie d'hémostase - Transfert en réanimation					
PHASE AGGRAVEE						

Validation

Ont participé à la validation de ce document Mmes et M. les anesthésistes en séance du 19 octobre 2006 et du 25 janvier 2007 : C. RONCHI (CH St Nazaire), E. MILLET (CH Cholet), J. MOUTET (CHU Nantes), G. LEGOEDEC (CHU Nantes), Ch. MONRIGAL (CHU Angers), JP. VIGUE (CH Le mans), B. TESSON (CL Anjou, Angers), N. LEBREC (CL J. Verne, Nantes), B. DOUSSET (CH La Roche-sur-Yon).

La Commission obstétricale a validé le document en séance du 8 février 2007.

Remarques

Les remarques éventuelles sont à faire auprès de C. RONCHI, responsable de la Commission des Anesthésistes, CH St Nazaire (mc.ronchi@ch-saintnazaire.fr).

Références [1-12]

Les références sont tirées principalement de la Conférence de Consensus du CNGOF reprise dans un numéro de la Revue J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) de 2004 et par l'HAS en novembre 2004 [10]. On peut y ajouter les textes réglementaires relatifs à la transfusion [11].

1. Recommandations pour la prévention de l'hémorragie de la délivrance. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33:4S130-4S136
2. Boulay G, Hamza J. [Anesthetic practices in patients with severe postpartum hemorrhage with persistent or worsening bleeding]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33:4S80-4S88
3. Descargues G, Pitette P, Gravier A, *et al.* [Missed diagnosis of postpartum hemorrhage]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30:590-600
4. Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, *et al.* [Initial management of primary postpartum hemorrhage]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33:4S57-4S64
5. Goffinet F. [Hemorrhage during delivery]. Gynecol Obstet Fertil 2000; 28:141-51
6. Goffinet F. [Postpartum haemorrhage: methods used and topics discussed in the CNGOF Recommendations for clinical practice (December 2004)]. Gynecol Obstet Fertil 2005; 33:266-7
7. Goffinet F. [Postpartum hemorrhage: methods used and topics discussed]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33:4S7-4S8
8. Goffinet F. [Postpartum hemorrhage: methods used and topics discussed]. J Radiol 2006; 87:531-2
9. Goffinet F, Mercier F, Teyssier V, *et al.* [Postpartum haemorrhage: recommendations for clinical practice by the CNGOF (December 2004)]. Gynecol Obstet Fertil 2005; 33:268-74
10. HAS. Hémorragies du post-partum immédiat. 2004:http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272417
11. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire n° 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
12. Tourne G, Collet F, Lasnier P, *et al.* [Usefulness of a collecting bag for the diagnosis of post-partum hemorrhage]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33:229-34

=====