

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HÉMORRAGIE DU POST PARTUM

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction / Modifications	Relecture	Validation
1	10/06/2016	Dr Séverine PUPPO	Groupe de travail régional	Conseil scientifique
2	10/02/2018	Dr Justine CAGNAT Michèle MARCOT	Groupe de travail régional	Conseil scientifique
3	17/10/2022	Dr Franck MAUVIEL Dr Floriane SCHNEIDER	Groupe de travail régional	Conseil scientifique

MENTION RESTRICTIVE : Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.

PROCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

1. PREVENTION DE L'HÉMORRAGIE DU POST PARTUM (HPP)

a. Appréciation anténatale des risques

Vérifier la compatibilité du lieu d'accouchement si:

- Placenta accreta
- Antécédent d'HPP sévère avec recours à une laparotomie et/ou embolisation
- Anomalies de l'hémostase
- Appartenance à un groupe sanguin rare
- Allo-immunisation maternelle
- Refus de transfusion (Témoins de Jéhovah)

Dépistage et prise en charge anténatale

- d'une anémie maternelle (Hb <10.5 g/dl au 3^e trimestre)
- d'une thrombopénie (explorations nécessaires pour taux de plaquettes <100 Giga/L)

b. Prévention de l'HPP lors d'un accouchement par voie basse

- Une prise en charge active de la délivrance est recommandée pour tous les accouchements par l'administration préventive d'utérotoniques :
 - Oxytocine (Syntocinon®) injection de 5 UI ou 10 UI en IV lente sur 1 min environ rapidement après la naissance avec une surveillance toutes les ½ heures. Il n'est pas impératif de la pratiquer au moment précis de l'expulsion des épaules. En cas de risque cardio-vasculaire avéré, l'injection doit être réalisée en IV lent sur plus de 5 minutes.
 - Carbocétine (PABAL®) 1 ampoule d'1 ml 100 microgrammes en IV (injection unique) lente sur 1 min. La commission de la transparence considère que le PABAL n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu dans la stratégie préventive des HPP due à une atonie utérine.
- Il n'y a pas d'arguments pour recommander actuellement de manière systématique les interventions suivantes pour réduire le risque d'HPP :
 - La poursuite d'un traitement utéro-tonique d'entretien par oxytocine
 - Un moment particulier pour le clampage du cordon
 - Le drainage du cordon
 - La traction contrôlée du cordon
 - Le massage utérin
 - La vidange vésicale
 - Une position maternelle particulière
 - Une mise au sein précoce
- Il convient de :
 - réaliser une délivrance artificielle lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes, en l'absence de saignements. Ne pas dépasser le délai de 60 minutes. Il n'y a pas d'indication à faire une injection intrafuniculaire d'ocytociques en cas de rétention placentaire.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

- réaliser une révision utérine au moindre doute sur l'intégrité placentaire ou utérine. Il n'y a pas d'arguments pour une antibioprophylaxie systématique en cas de DA/RU en dehors d'une HPP. L'antibioprophylaxie par Cefazoline (ou clindamycine en cas d'allergie) reste recommandée dans la prise en charge d'une HPP.
- La révision utérine n'est pas recommandée systématiquement pour:
 - un accouchement par voie basse sur un utérus cicatriciel,
 - antécédent de rétention placentaire
 - grossesse gémellaire
 - malformation utérine
 - antécédent d'HPP

Une surveillance régulière en salle pendant au minimum les 2 heures qui suivent l'accouchement. Le rythme de surveillance est adapté à la situation clinique et aux facteurs de risque, avec traçabilité écrite de la surveillance (pouls, TA, saignements et globe utérin) sur le partogramme, la fiche de liaison ou un document spécifique.

L'utilisation d'un sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines doit être systématique.

c. Prévention de l'HPP lors d'une césarienne

- Il convient de réaliser une délivrance par traction contrôlée du cordon plutôt qu'une délivrance artificielle.
- L'administration préventive d'utérotoniques :
 - Oxytocine (Syntocinon®) Injection en IV lent sur 1 minute : 5 UI ou 10 UI après clampage du cordon. Les doses d'Oxytocine supérieures à 10UI n'ont pas fait la preuve d'une meilleure efficacité que les doses à 5 à 10 UI. En cas de risque cardio-vasculaire avéré, faire une injection sur une durée d'au moins 5 minutes pour limiter le retentissement hémodynamique. Relais par une perfusion en entretien de 10UI/h. L'injection intramurale d'oxytocine en cours de césarienne n'est pas recommandée.
 - En 2^{ème} intention ou en cas de facteur de risque d'HPP : 1 ampoule d'1ml de Carbocétine (PABAL®) 100 microgrammes en IV (injection unique). L'utilisation du PABAL en première intention est à réfléchir en fonction de son coût (le traitement de référence restant l'oxytocine).
- Il convient de tracer systématiquement dans le dossier médical la quantification des pertes sanguines et le préciser dans le compte rendu opératoire.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

2. HPP IMMEDIATE : PRISE EN CHARGE INITIALE APRES UN ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

a. Définition de l'HPP immédiate (HPPi)

Saignement ≥ 500 ml quel que soit le mode d'accouchement survenant dans les 24 heures.

On parle d'hémorragie sévère en cas de saignements ≥ 1 litre.

b. Prise en charge de l'HPP après un accouchement par voie basse (cf. Annexe 1)

PRINCIPES GENERAUX

- **Dès le diagnostic posé** noter l'heure + prévenir toute l'équipe + mettre sac de recueil gradué. Appel précoce du SAMU de référence en fonction de l'organisation locale.

La prise en charge est pluridisciplinaire, avec présence de l'obstétricien, de l'anesthésiste, de la sage-femme, de l'infirmière anesthésiste.

- Le facteur temps est décisif. L'intervention doit être **rapide**. Il est indispensable de faire un horodatage : noter sur feuille dédiée (feuille de traçabilité annexe 4) **la chronologie exacte de tous les évènements** (surveillance et traitements...)

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

M0 : 1^{ère} étape : PRISE EN CHARGE INITIALE

OBSTETRIQUE

COMMUNICATION +++

REANIMATION

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sondage urinaire ➤ Délivrance artificielle ou révision utérine systématique, même si le placenta semble complet. ➤ Massage du fond utérin. ➤ Examen de la filière génitale et du col ± suture rapide d'une lésion cervicale ou vulvo-vaginale | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place d'une surveillance : scope, dynamap, oxymétrie de pouls,... ➤ pose d'une deuxième VVP ➤ Vérification de la validité de la carte de groupe avec RAI datant de moins de 3 jours. Mise en réserve de culots globulaires ➤ Expansion volémique initialement avec des cristalloïdes (recommandés) (Ringer Lactate[®]). ➤ Lutte contre l'hypothermie + Oxygénothérapie. ➤ Mesure immédiate du taux d'hémoglobine capillaire par un appareil de type HEMOCUE[®]. ➤ Bilan en urgence (= bilan de référence) : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène. ➤ Analgésie adaptée aux gestes obstétricaux |
|--|--|

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX IMMEDIATS

Oxytocine (Syntocinon[®])

Antibioprophylaxie

Débuter par : 5 à 10 UI en IV lente ou IM.
Puis traitement d'entretien : par perfusion à débit continu (5 à 10 UI/heure pendant 2 heures)
Ne pas dépasser : 40 UI d'oxytocine

A large spectre si geste endo-utérin (**Céfazoline recommandée**)

REEMPLIR LA FEUILLE DE SURVEILLANCE SPECIFIQUE DE L'HPP (cf annexe 4)

Si saignement persistant au-delà de M20-M30
 ⇒ **passer à la 2^{ème} étape**
 (avant si hémorragie très abondante ou mauvaise tolérance hémodynamique maternelle)

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

▪ M 20-M30 : 2^{ème} étape : SI ECHEC DE L'OXYTOCINE (SYNTOCINON ®)

OBSTETRIQUE

REANIMATION

Appeler du PERSONNEL SUPPLEMENTAIRE si possible, SAMU de référence

COMMUNICATION +++

- Poursuivre le **massage utérin**.
- Ne pas hésiter à faire une **2^{ème} révision utérine**
- Sonde vésicale à demeure

- Poursuivre la **surveillance, l'oxygénothérapie**
- Instaurer un **réchauffement** de la patiente (y compris les solutés de perfusion)
- Surveiller la diurèse horaire
- Mettre en place un **2^{ème} abord veineux et poursuivre l'expansion volémique** avec cristalloïdes
- laisser le **cathéter de péridurale en place**.
Si patiente **hémodynamiquement instable** → **AG + intubation**
- **Répéter le bilan sanguin** toutes les heures + HEMOCUE®
- **Transfuser :**
 - **culot globulaire + plasma** → objectif : Hb > 8g/dl
 - **PFC** : ratio = 1 pour 1 CG
 - **concentré de fibrinogène** → le plus souvent à faire sans attendre le résultat du bilan
objectif : taux de fibrinogène > 2 g/L
 - **Concentré plaquettaire** → objectif : maintenir plq > 50 000
 - **Acide tranexamique exacyl®** : 1g IVL en 10 mn renouvelable 1 fois en cas d'échec. (en l'absence de CI)

PERFUSION DE SULPROSTONE (NALADOR®)

A débuter dans les 15 à 30 minutes qui suivent le diagnostic d'inertie utérine, si échec de l'Oxytocine (Syntocinon®). Ce délai sera modulé en fonction de l'abondance de l'hémorragie.

POSOLOGIE : 1 ampoule à 500 µg à diluer dans 50ml de sérum physiologique (NaCl)

1^{ère} ampoule **débit = 500µg /h** +/- 2^{ème} ampoule à passer entre 3 et 5 heures après évaluation obstétricale
3^{ème} ampoule est **optionnelle**



Ne pas dépasser :

- le débit maximum de 500 µg/h
- la posologie maximum de **1500µg de sulprostone par 24 heures**.

Les contre-indications classiques doivent être connues, mais peuvent être discutées au cas par cas : HTA, asthme, coronaropathie, insuffisance cardiaque, glaucome, comitialité, thrombose, diabète déséquilibré.

Si risque vital, les contre-indications deviennent relatives.

Si saignement persistant au-delà de 20 min de perfusion de Sulprostone passer à la 3^{ème} étape

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

M 60 : 3^{ème} étape : SI ÉCHEC DU SULPROSTONE (NALADOR[®])

CHOIX D'UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE A L'APPRÉCIATION DE L'OBSTÉTRICIEN

+/- TRAITEMENT TEMPORAIRE PAR SONDE A BALLONNET INTRA UTÉRIN
Sonde de BAKRI
(cf. Annexe 5)

Echec

Stabilité hémodynamique
+
Embolisation disponible *

Echec

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

**EMBOUSATION des artères
utérines**

CHIRURGIE CONSERVATRICE

Capitonnage ou compression ou
ligatures artérielles.
(Aucune technique n'est à privilégier
plutôt qu'une autre)

Echec

Cf Procédure pratique
Chapitre 5

Echec

Echec

+/- utilisation du Novoseven[®] dans le cadre d'une hémorragie non contrôlée
(60 à 90 mg/kg) à renouveler si besoin 1 heure après (90 à 120 mg/kg)

**HYSTERECTOMIE
D'HÉMOSTASE**

* Un transfert vers son établissement de référence, en vue d'une prise en charge spécifique peut être envisagé.

MAIS le transfert systématique pour embolisation n'est pas la règle.

A ce stade de la prise en charge, la patiente doit être adressée dans un service de réanimation ou de soins intensifs pour une surveillance rapprochée après maîtrise de l'hémorragie.

**SI PATIENTE POLYTRANSFUSÉE NE PAS OUBLIER HBPM PENDANT 7 A 14 JOURS
+/- PROLONGATION PENDANT 6 SEMAINES SI FACTEURS DE RISQUES THROMBOEMBOLIQUES**

PROCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

3. PRISE EN CHARGE DES HPP APRES ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

a. Définitions de l'HPP après une césarienne

Une HPP est définie par une perte de sang supérieure ou égale à 500 ml survenant dans les 24 heures suivant la césarienne. Elle est qualifiée d'hémorragie sévère en cas de saignements supérieur ou égal à 1 litre.

b. HPP pendant la césarienne (cf. Annexe 2)

- Pendant la césarienne, l'estimation des pertes sanguines se fait par mesure du volume aspiré duquel on retranche le volume du liquide amniotique associé à la pesée des compresses.
- Le saignement par la filière génitale doit également être comptabilisé.
- Le seuil d'intervention pour déclencher une prise en charge active dépend aussi du débit du saignement et de sa cause.
- Les étiologies de l'HPP associée à la césarienne comprennent les complications traumatiques per opératoires (plaie artère utérine, déchirure utérine) et les causes liées à la délivrance (atonie utérine, placenta accreta).
- La prise en charge per opératoire d'une HPP doit se faire en étroite collaboration avec les anesthésistes. Le traitement doit être chirurgical en cas d'échec du traitement médical (pas d'indication d'embolisation) et conservateur à priori.
- Le choix de technique conservatrice (ligature des artères utérines, ligature bilatérale des artères hypogastriques ou compression utérine) dépendra des habitudes de chacun (cf. Annexe 6). La fermeture pariétale ne doit être réalisée qu'après contrôle du saignement et suture de toutes les plaies.
- Une hystérectomie est parfois nécessaire. Son type est laissé à la libre appréciation de l'opérateur

c. HPP retardée (cf. Annexe 3)

- Le diagnostic est le plus souvent posé en unité de SSPI dans les 2 heures suivant la naissance.
- Une surveillance maternelle est recommandée pendant au moins 2 heures en salle de réveil (surveillance non spécifique, surveillance saignements vaginaux, tonicité du globe utérin, aspect de la paroi abdominale).
- Le diagnostic est facile en cas de saignement extériorisé plus difficile en cas de saignement intra abdominal. L'échographie abdominale au lit du patient doit être facilement réalisée pour orienter la prise en charge.

PROCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

4. ACIDE TRANÉXAMIQUE

L'OMS recommande l'**administration précoce** de l'acide tranexamique par voie intraveineuse (voie IV) (le plus tôt possible après le diagnostic clinique de l'HPP et uniquement dans les 3 heures suivant l'accouchement) chez la femme ayant accouché **par voie basse ou par césarienne** en complément des soins de référence en cas d'hémorragie du post-partum (HPP) diagnostiquée cliniquement, sans augmentation des effets secondaires graves.

Ne pas administrer d'acide tranexamique plus de 3 heures après l'accouchement (pas de bénéfices à une utilisation tardive, voir une augmentation des effets nocifs), sauf en cas de récurrence de l'hémorragie dans les 24 heures suivant l'administration de la première dose.

Il convient d'administrer de l'acide tranexamique en une dose fixe de 1 g/10 ml (100 mg/ml) par voie IV à un débit de 1 ml par minute (soit une administration sur 10 minutes), et une seconde dose de 1 g par voie IV si l'hémorragie persiste après 30 minutes ou récurrence dans les 24 heures suivant la première dose.

L'acide tranexamique ne devrait pas être utilisé chez les femmes présentant une contre-indication claire aux anti fibrinolytiques, dont l'acide tranexamique (par exemple, en cas d'évènement thromboembolique survenu au cours de la grossesse, d'antécédents de coagulopathie, de coagulation intravasculaire active ou d'hypersensibilité connue à l'acide tranexamique).

Dans les algorithmes du CNGOF (annexe 1, 2 et 3), l'administration d'acide tranexamique doit donc être **plus précoce** selon les mêmes procédures.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

5. TRANSFERT EN URGENCE POUR HÉMORRAGIE DU POST PARTUM

Tout établissement doit connaître son établissement référent receveur dans le cadre d'une HPP (fiche reflexe maternité).

Pour les maternités dont l'établissement référent est l'AP-HM organiser le transfert de la patiente avec le SAMU 13 prioritairement à la maternité Nord où la totalité du plateau technique est sur le même site.

Tout établissement du réseau doit être équipé d'un ballon d'hémostase.

Le médecin régulateur du SAMU doit connaître les numéros directs des différents intervenants de son réseau (fiches reflexes SAMU)

Indications :

- Surveillance maternelle en réa ou SI
- Thérapeutique pour embolisation (atonie, déchirure complexe, thrombus extensif ...)

Discuter précocement du transfert dès les 20-30 premières minutes de la première ampoule de Sulprostone s'il semble inefficace

(!)

Contre-indications:

- Instabilité hémodynamique

Critères de gravité à rechercher :

- Anémie anté partum associée à Hémoglobinopathie
- Anomalie de l'hémostase, constitutionnelle ou acquise

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM


Pré-requis à fournir par l'établissement demandeur :

- Bilans d'HPP dont groupe sanguin
- Sonde à demeure
- Révision utérine et examen sous valves faits
- Antibio prophylaxie faite
- Remplissage et transfusion en cours selon protocole
- Utéro-tonique selon protocole +/- ballon d'hémostase
- Traçabilité chronologique de l'heure de diagnostic puis des mesures et estimations des pertes sur la fiche de surveillance post partum de l'HPP

Appel Centre 15 :

Conférence à 3 seniors

Si CI

- 
- Médecin régulateur
 - Gynéco-Obstétricien demandeur
 - Gynéco-Obstétricien receveur
 - +/- Anesth Réanimateur receveur
 - +/- Anesth Réanimateur demandeur
 - +/- Embolisateur

TRANSPORT SAMU systématique qui doit :

- Prévoir Hémo-cue, CG et PFC systématique
- Réévaluer cliniquement avant le transport
- Poursuivre les thérapeutiques mises en place:
 - Massage utérin
 - Utéro-tonique
 - Remplissage et transfusion
 - Oxygénothérapie
- Orientation vers le CH receveur référent connu du CH demandeur après accord des différents acteurs suite à la conférence à 3
- Le CH demandeur prévient le CH receveur du départ de la patiente et de son arrivée imminente.

Missions de l'établissement RECEVEUR :

- Radiologues et anesthésistes informés par le Gynécologue-obstétricien sénior
- Place en réanimation ou SI prévue
- Arrivée de la patiente sur le lieu prévu par le CH receveur
- A l'arrivée du SAMU, décision par le gynéco-obstétricien sénior receveur d'orientation vers l'embolisation, la maternité ou la réanimation.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Cette procédure de transfert inter-établissements pour embolisation des artères utérines concerne

- les maternités n'ayant pas de plateau technique d'embolisation
- les maternités ayant un plateau technique d'embolisation mais temporairement indisponible / non fonctionnel

a) Rappels :

- Nécessité d'évaluer les bénéfices / risques de la technique (embolisation vs chirurgie conservatrice)
 - Evaluation de l'urgence vitale : élimination des contre-indications à l'embolisation
 - Evaluation des facilités d'accès au plateau technique
 - Evaluation des conditions de placement et de transport
- La demande doit obligatoirement passer par le SAMU de référence (cf. Fiches reflexes des SAMU)
 - Mise en conférence à 3 d'OBSTETRICIEN SENIOR (demandeur) à OBSTETRICIEN SENIOR (receveur)
 - Organisation du placement de la patiente (bloc gynéco-obstétrical/radiologie interventionnelle/réa-soins intensifs)
 - Organisation du transport (vecteur adapté/évaluation de l'état clinique avant transport)

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Il est recommandé à chaque centre d'embolisation (départemental, et a fortiori local) d'établir sa procédure de recours de 2^{ème} intention (Site de recours + Téléphone) en cas de non disponibilité temporaire ou de dysfonctionnement.

Le SAMU local doit également avoir connaissance de ces centres de recours.

Par exemple, à Nice, embolisation sur le site de Pasteur 2 à Nice en cas de non disponibilité de la plateforme à l'Archet 2, +/- mobilisation d'un sénior d'obstétrique d'astreinte.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

b) Contacts :

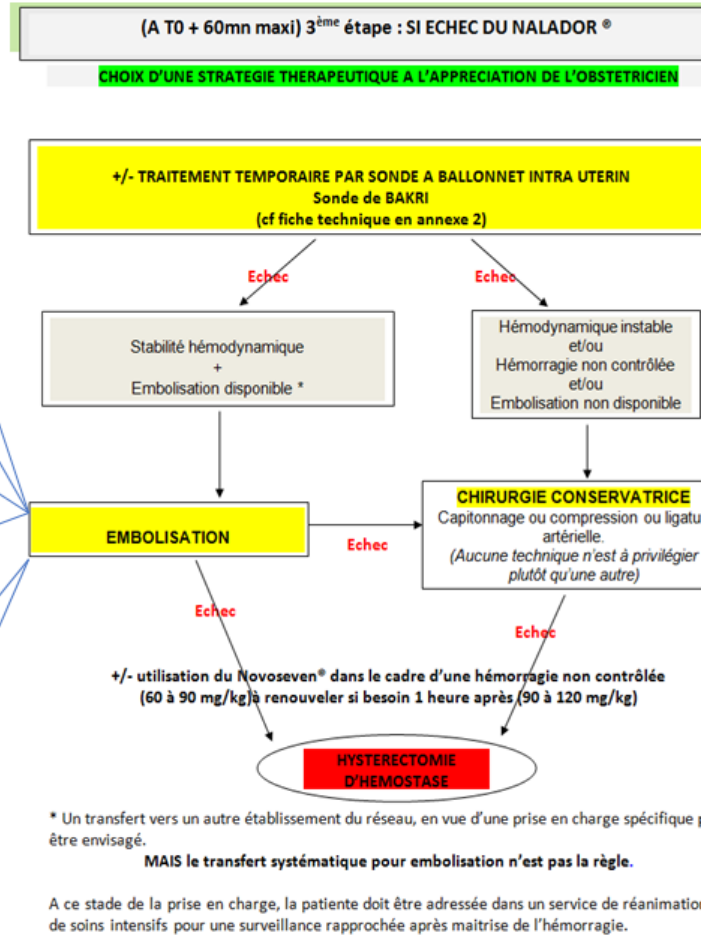
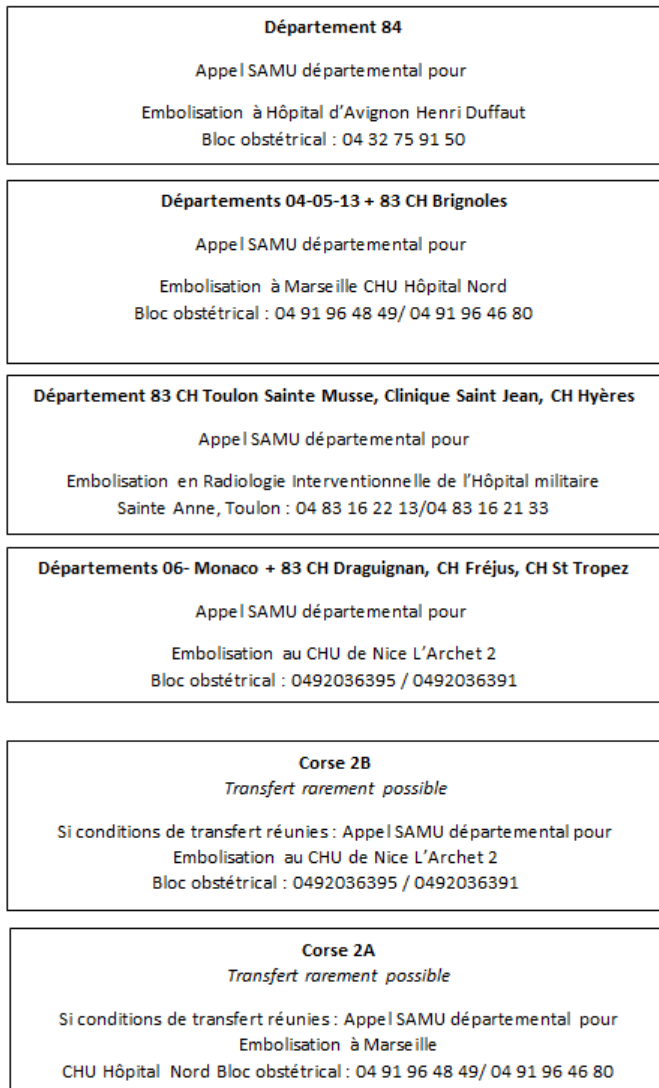
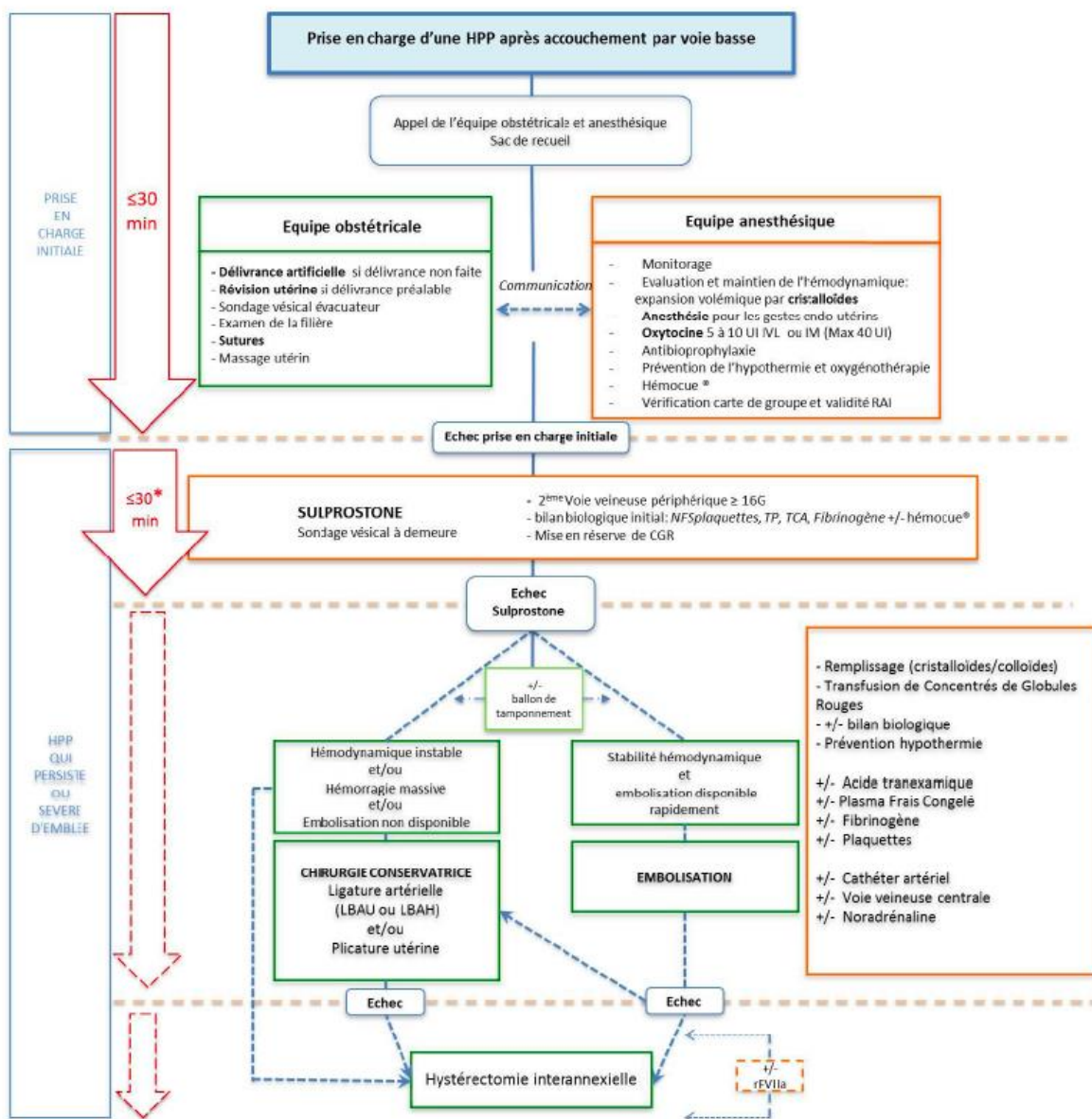


Figure 1 : Gestion d'une hémorragie grave de la délivrance

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

6. ANNEXES

Annexe 1 : Algorithme de prise en charge d'une Hémorragie du post-partum après accouchement par voie basse du CNGOF (2014)



Attention si Carbécine, pas d'Oxytocine.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Annexe 2 : Algorithme décisionnel devant une HPP en cours de césarienne

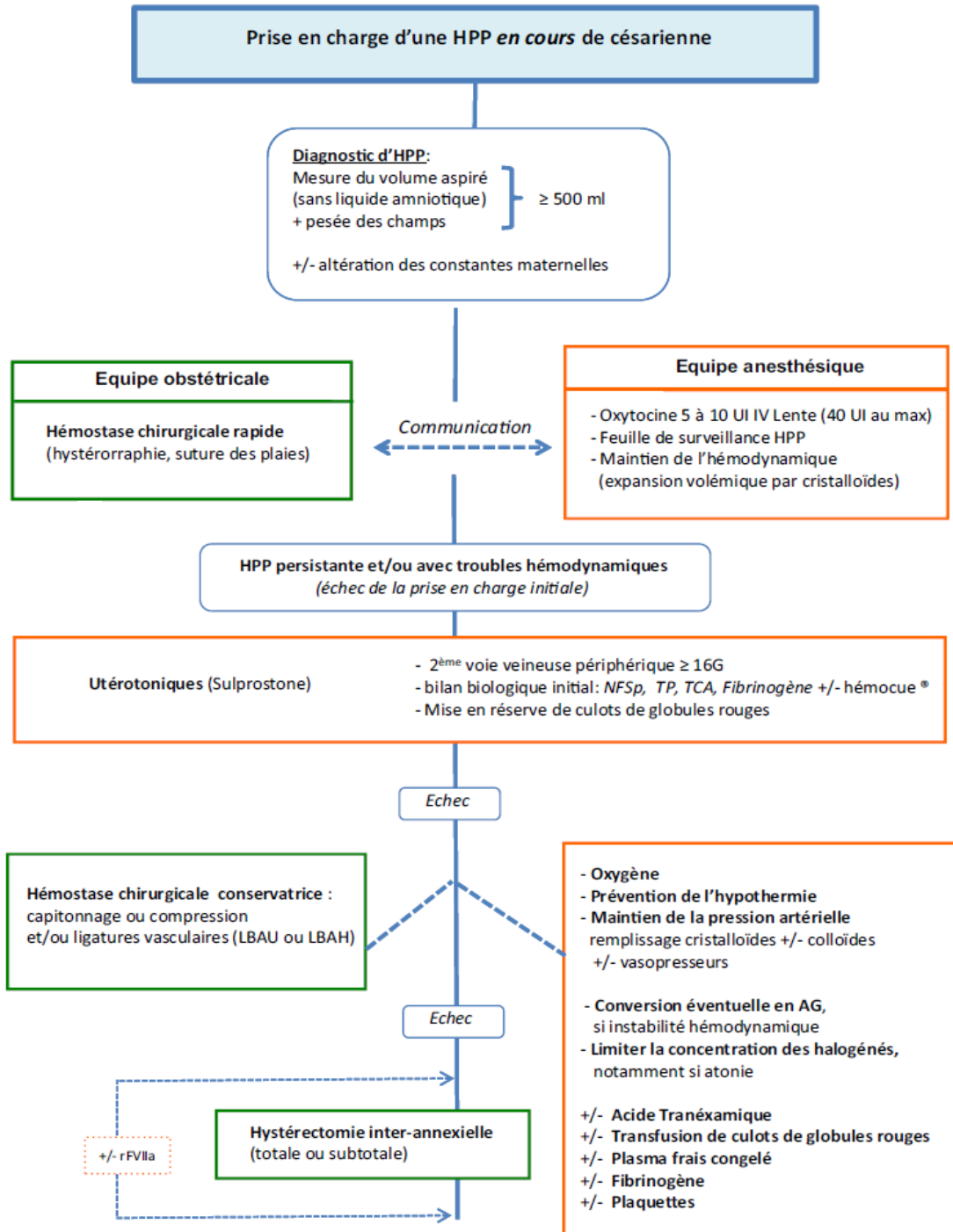


Figure 1 Algorithme décisionnel devant une hémorragie en cours de césarienne. AG : anesthésie générale ; HPP : hémorragie du post-partum ; IV : intraveineuse ; NFSp : numération formule sanguine plaquettes ; LBAH : ligature bilatérale des artères hypogastriques ; LBAU : ligature bilatérale des artères utérines ; rFVII : facteur VII recombinant (Novoseven®) ; TCA : temps de céphaline activé ; TP : temps de prothrombine.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Annexe 3 : Algorithme décisionnel devant une HPP retardée après une césarienne

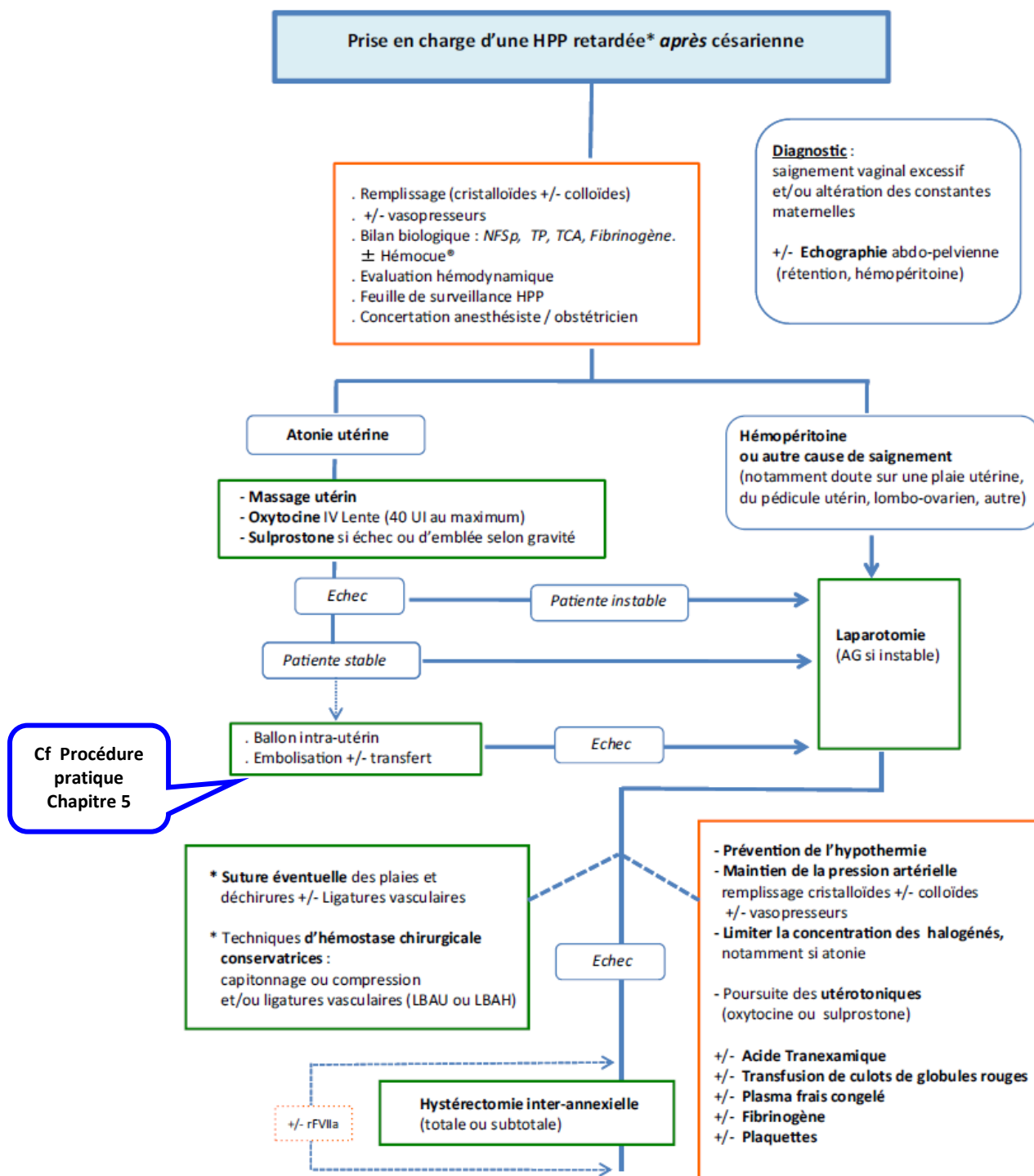


Figure 3 Algorithme décisionnel devant une hémorragie dans les suites d'une césarienne. *: HPP survenant en postopératoire (SSPI ou hospitalisation en post-partum). AG: anesthésie générale; HPP: hémorragie du post-partum; IV: intraveineuse; NFSp: numération formule sanguine plaquettes; LBAH: ligature bilatérale des artères hypogastriques; LBAU: ligature bilatérale des artères utérines; rFVII: facteur VII recombinant (Novoseven®); TCA: temps de céphaline activé; TP: temps de prothrombine.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Annexe 4 : Feuille de surveillance spécifique

FEUILLE DE SURVEILLANCE HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

DATE :

<i>Etiquette patient</i>

Accouchement Voie basse
 Instrumental à h
 Césarienne

Délivrance à h Dirigée Oui Non

T0 = Heure du diagnostic d'HPP : à h

Etiologie :

	Appelé(e) à	Arrivé(e) à
Sage-femme :		
CDG Obst :		
IDG Obst :		
IADE :		
CDG Anest :		
Autre :		

HEURE :		T0	T30	T60	T90
ELEMENTS DE SURVEILLANCE	Conscience				
	O2				
	SpO2				
	Couverture chauffante				
	Température				
	Sondage				
	Diurèse				
	TA	/	/	/	/
	FC				
	Sac de recueil :				
Saignements :					
Globe utérin :					

GESTES	Massage utérin				
	Type d'anesthésie				
	DA / RU				
	Ex sous valves				
	Ballon de BAKRI				
	Embolisation				
Techniques chirurgicales					

BIO	HémoCue®					
	Bilan	Hb				
		Pq				
		TP				
		Fg				
Commande de PSL						

TRAITEMENTS	2ème VPP	
	Syntocinon®	
	Nalador®	
	Antibiothérapie	
	Ringer lactate	
	Voluven	
	CGR	
	CPA	
	PFC	
	Fibrinogène	
	Exacyl®	
	Novoseven®	
Autres :		

PROCOLE OBSTÉTRICAL HEMORRAGIE DU POST PARTUM

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Annexe 5 : Fiche technique de la sonde de Bakri

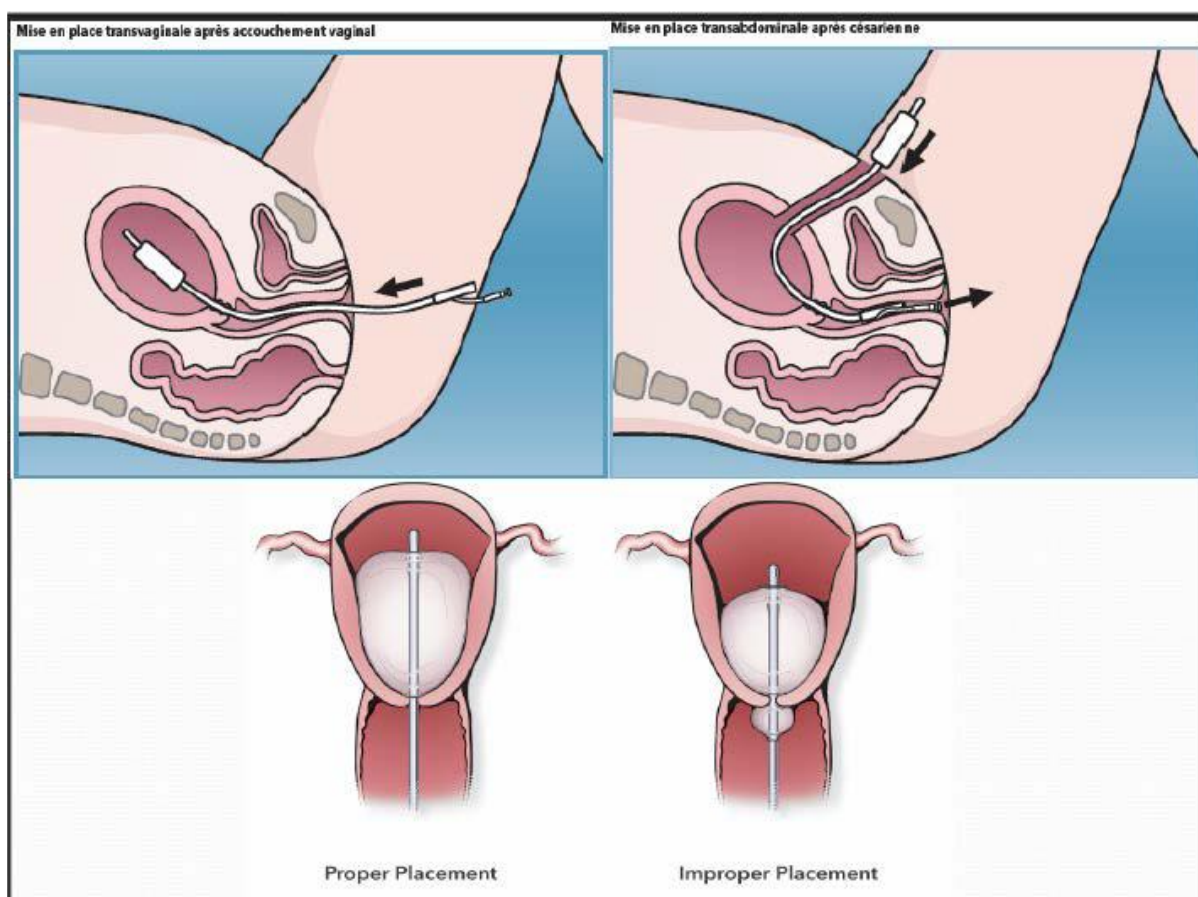
TECHNIQUES DE POSE RECOMMANDÉES

Pose transvaginale

1. Déterminer le volume utérin par observation directe ou sous échographie.
2. Sous contrôle échographique, insérer la partie à ballonnet du cathéter dans l'utérus en veillant à insérer l'intégralité du ballonnet au-delà du canal du col et de l'ostium interne.
3. Si ce n'est déjà fait, poser à cette étape une sonde de Foley à demeure dans la vessie pour recueillir les urines et en surveiller le débit.

Pose transabdominale après une césarienne

1. Déterminer le volume utérin par observation directe peropératoire ou sous échographie post-opératoire.
2. Par un abord supérieur et via l'incision de la césarienne, faire passer le ballonnet de tamponnement, orifice de gonflage d'abord, à travers l'utérus et le col.
3. Demander à un assistant de tirer la tige du ballonnet à travers le canal vaginal jusqu'à ce que la base du ballonnet dégonflé entre en contact avec l'ostium interne du col.
4. Refermer l'incision selon la technique habituelle en veillant à éviter de perforer le ballonnet pendant la suture.



PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

MÉTHODE DE GONFLAGE DU BALLONNET RECOMMANDÉE

AVERTISSEMENT : Toujours gonfler le ballonnet avec un liquide stérile. Ne jamais utiliser d'air, de CO₂ ou un autre gaz.

1. Si ce n'est déjà fait, poser à cette étape une sonde de Foley à demeure dans la vessie pour recueillir les urines et en surveiller le débit.

AVERTISSEMENT : Ne pas surgonfler le ballonnet. Consulter l'étiquette du produit et le mode d'emploi pour le volume de gonflage maximum.

IMPORTANT : Pour s'assurer de remplir le ballonnet au volume voulu, il est recommandé de préparer le volume de liquide prédéterminé dans un récipient séparé, plutôt que de se baser sur les graduations de la seringue pour vérifier la quantité de liquide injectée dans le ballonnet.

2. À l'aide de la seringue fournie, commencer à remplir le ballonnet par le robinet jusqu'au volume prédéterminé.

3. Tirer légèrement sur la tige du ballonnet pour assurer un bon contact entre le ballonnet et la surface des tissus. Pour maintenir cette tension, fixer la tige du ballonnet à la jambe de la patiente ou y suspendre un poids de 500 g maximum.

REMARQUE : Pour maximiser l'effet de tamponnement, on peut appliquer une contre-pression en remplissant le canal vaginal de gaze vaginale imbibée d'iode ou d'antibiotique.

4. Raccorder l'orifice de drainage à une poche de recueil de liquide pour surveiller l'hémostase.

IMPORTANT : Pour surveiller efficacement l'hémostase, éliminer tous les caillots de l'orifice et de la tubulure de drainage du ballonnet en les rinçant avec du sérum physiologique stérile.

5. Surveiller continuellement la patiente pour tout signe d'augmentation de l'hémorragie et de crampes utérines.

RETRAIT DU BALLONNET

La durée à demeure maximum est de vingt-quatre (24) heures. Le médecin peut retirer le ballonnet plus tôt si l'hémostase est assurée.

1. Relâcher la tension sur la tige du ballonnet.

2. Retirer le tamponnement vaginal.

3. À l'aide d'une seringue adaptée, aspirer le contenu du ballonnet jusqu'à son dégonflage complet.

4. Retirer doucement le ballonnet de l'utérus et du canal vaginal, puis l'éliminer.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Annexe 6 : Techniques chirurgicales conservatrices de ligatures vasculaires ou de compression utérine

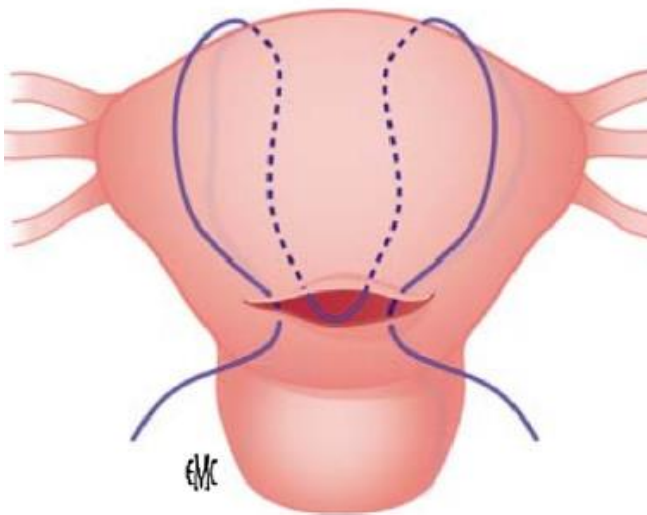


Figure 3 Plicature utérine selon B-Lynch.
B-Lynch haemostatic Brace suture.

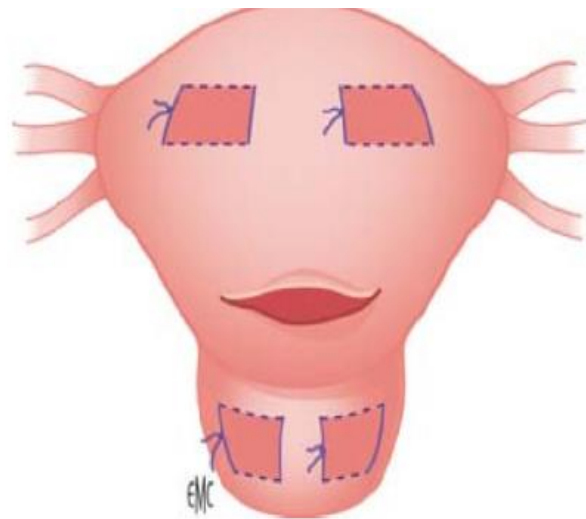


Figure 4 Technique de capitonnage utérin décrite par Cho

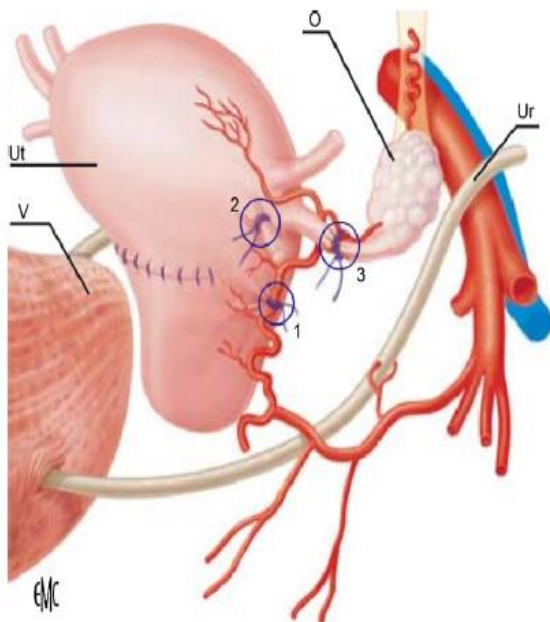


Figure 1 Ligature des artères utérines. Technique d'hémostase selon Tsurunikov [17]. V: vessie; Ut: utérus; O: ovaire; Ur: uretère; 1: branche ascendante de l'artère utérine; 2: ligament rond; 3: ligament utéro-ovarien.
Uterine artery ligation. Haemostatic surgical treatment described by Tsurunikov. V: bladder; Ut: uterus; O: ovary; Ur: urethra; 1: connect ascending uterine artery; 2: round ligament; 3: utero-ovarian ligament.
Reproduit de Sentilhes et al. [102].

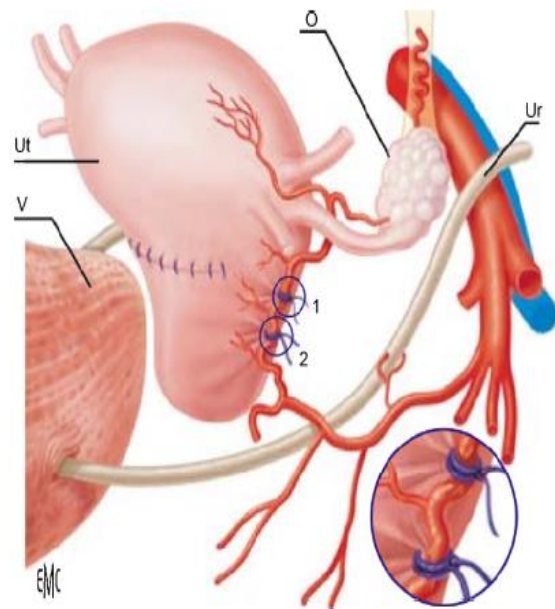


Figure 2 La ligature étagée ou *stepwise*: étapes 1 et 2. V: vessie; Ut: utérus; O: ovaire; Ur: uretère; 1: branche ascendante de l'artère utérine; 2: branche descendante de l'artère utérine.
Stepwise devascularisation: step 1 and 2. V: bladder; Ut: uterus; O: ovary; Ur: urethra; 1: connect ascending uterine artery; 2: connect descending uterine artery.
Reproduit de Sentilhes et al. [102].

PROCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

7. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Hémorragies du post-partum : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (décembre 2004)
- HAS : COMMISSION DE LA TRANSPARENCE AVIS du 27 MAI 2020 sur la Carbetocine
- Administration de carbétocine pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. COCHRANE 18 avril 2012
- Nouvelle recommandation de l'OMS pour le traitement de l'hémorragie du post-partum par acide tranexamique octobre 2017
- Faut-il administrer de l'acide tranexamique dans les hémorragies du postpartum ? Comité scientifique de la SFAR. 23 juin 2017
- Comment mieux cibler l'utilisation de l'acide tranéxamique en prévention ou en traitement de l'hémorragie du postpartum. Commentaire de l'article TRAAP ? Comité scientifique de la SFAR. 11 Décembre 2018

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

Groupe de travail

Rapporteurs :

Dr MAUVIEL Franck, Gynécologue Obstétricien, CHITS Toulon

Dr SCHNEIDER Floriane, Gynécologue Obstétricien, CH Cannes

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM

Pr Florence BRETTELLA (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco

Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Sergio ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice

Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM

Pr François POINSO (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Julie BLANC Gynécologue obstétricien APHM

Dr Joël NGUYEN Chef de service de pédiatrie néonatalogie CH Grasse

Dr Jean-Claude PICAUD Ancien chef de service de néonatalogie CHPG Monaco

Audrey REYNAUD Responsable des affaires scientifiques SOS PREMA

Dr Sophie TARDIEU PH santé publique, Chargée de mission Structure Régionale d'Appui PASQUAL

Dr Cynthia TRASTOUR Gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Philippe TRUC Responsable service médecine néonatale CH Toulon