

RECOMMANDATIONS CNGOF 2014

PRISE EN CHARGE DES  
HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM



COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

# ÉPIDÉMIOLOGIE

---

- 10% des accouchements si pertes quantifiées > 500 ml
- H.P.P sévère > 1000ml dans les 24h : incidence 2%
- Cause principale = Atonie utérine
- 1<sup>ère</sup> cause décès maternel dont 80% évitables
- Risque récidive = X 3

# PRÉVENTION PRIMAIRE PENDANT LA GROSSESSE

---

- Prévention de l'anémie sévère par supplémentation en Fer (Grade B)
- Si risque élevé d'H.P.P (anomalie d'insertion du placenta – antécédents d'H.P.P avec gestes d'hémostase chirurgical ou radiologie interventionnelle)
  - ➔ Naissance dans une maternité choisie après concertation multidisciplinaire (accès produits sanguins – maîtrise techniques hémostase – compétences techniques)

# PRÉVENTION HPP LORS DE L'ACCOUCHEMENT (grade A)

---

- Accouchement Voie Basse : utérotoniques
  - 5 à 10 UI oxytocine - IV lente 1mn au dégagement des épaules ou rapidement après naissance ou délivrance (en 5 minutes si risque cardio-vasculaire)
  - Délivrance artificielle entre 30 et 60 min.
- Césarienne :
  - 5 à 10 UI oxytocine
  - Délivrance par traction contrôlée du cordon

# PRISE EN CHARGE D'UNE H.P.P APRÈS ACCOUCHEMENT VOIE BASSE

**Appel équipes anesthésique et obstétricale**

## EQ. OBSTÉTRIQUE

## ÉQ. ANESTHÉSIQUE

- Délivrance artificielle (sidél. non faite) Révision utérine (sidél. faite) + Massage utérin
- Sondage vésical
- Examen de la filière
- Sutures



30  
MIN

- Monitoring
- Évaluation et maintien de l'hémodynamique – expansion volémique par cristalloïdes
- Anesthésie pour gestes endo-utérins
- Ocytocine 5 à 10 UI-IV (max 40 UI)
- Antibioprophylaxie
- Hémocue
- C



COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS

# H.P.P PERSISTANTE OU SÉVÈRE D'EMBLÉE

Échec prise en charge initiale 30 min.

## SULPROSTONE

- Tamponnement intra-utérin (ballon)



30  
MIN

- 2<sup>ème</sup> voie veineuse périphérique
- Bilan biologique initial : NFS – plaquettes – TP – TCA – Fibrinogène (> 2g/l) - +/- Hémocue
- Mise en réserve de concentrés globulaires

# H.P.P VOIE BASSE :

## Échec Sulprostone < 60 min

- Remplissage (cristalloïdes / colloïdes)
- Transfusion de Concentrés de Globules Rouge s=> 3CGR (Hb> 8g/ dl)
- Bilan biologique
- Prévention hypothermie
- +/- Acide Tranexamique
- +/- Plasmas frais congelés (3 PFC)
- +/- Plaquettes
- +/- Cathéter artériel
- +/- Voie veineuse centrale
- +/- Noradrénaline

OBST. + AN.RÉA.



COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

# H.P.P VOIE BASSE : **Échec Sulprostone < HPP 60 min**

Ballon de Tamponnement

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

Stabilité hémodynamique  
et embolisation rapidement  
disponible

30  
MIN

**CHIRURGIE  
CONSERVATRICE  
LIGATURE ARTÉRIELLE  
(LB art. ut. ou LB art. Hyp.)  
et/ou  
Plicature utérine**

**EMBOLISATION**

**ÉCHEC**

**ÉCHEC**



# H.P.P VOIE BASSE : ÉCHEC < 90 min

- Ou hémodynamique d'emblée très instable, ou hémorragie massive
- Ou ÉCHEC des traitement entrepris, dans un délai de 90 min

• => **HYSTÉRECTOMIE INTERANNEXIELLE**

- +/- F. VIIa

# PRISE EN CHARGE D'UNE H.P.P AU COURS D'UNE CÉSARIENNE

## DIAGNOSTIC D'HPP:

Mesure du volume aspiré  
(sans liquide amniotique) } > 500ml  
+ Pesée des champs  
+/- Altération des  
constantes maternelles

## ÉQUIPE OBSTÉTRICALE

Hémostase chirurgicale  
rapide  
(hystéroraphie – sutures  
des plaies)

Communi  
cation

## ÉQUIPE ANESTHÉSIQUE

- OCYTOCINE 5 à 10 UI IV lente (40 UI max.)
- -Maintien de l'hémodynamique (expansion volumique par critalloïdes)

# PRISE EN CHARGE D'UNE H.P.P AU COURS D'UNE CÉSARIENNE

## HPP PERSISTANTE ET/OU AVEC TROUBLES HÉMODYNAMIQUES

(échec de la prise en charge initiale)

### UTEROTONIQUES (Sulprostone)

- 2<sup>ème</sup> voie veineuse périphérique
- Feuille de surveillance H.P.P
- Maintien de l'hémodynamique (expansion volumique par cristalloïdes)
- Mise en réserve de culots de Globules Rouges

# H.P.P AU COURS D'UNE CÉSARIENNE =>ÉCHEC...

## HÉMOSTASE CHIRURGICALE CONSERVATRICE :

Capitonnage ou compression  
Et/ou ligatures vasculaires  
LBAU - LBAh

- Oxygène
- Prévention de l'hypothermie
- Maintien de la pression artérielle  
Remplissage cristalloïdes +/-  
colloïdes +/- vasopresseurs
- Conversion éventuelle en A.G si  
instabilité hémodynamique
- - Limiter la concentration des  
halogénés (si atonie)
- +/- AC. Tranexamique
- +/- Transfusion de culots de  
globules rouges
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes

## **HYSTÉRECTOMIE INTER- ANNEXIELLE**

(Totale ou subtotale)  
+/- rFVIIa

# PRISE EN CHARGE D'UNE H.P.P AU COURS D'UNE CÉSARIENNE

---

- Facteur de risque principal = césarienne en cours de travail (+ P. Praevia et/ou accreta)
- Traitement chirurgical immédiat à privilégier
- Si H.P.P > 1000ml : THROMBOPROPHYLAXIE
  - 7 à 14 jours
  - 6 semaines si facteurs de risques ajoutés
- Surveillance post-op : saignements vaginaux – volume tonicité utérus – aspect paroi abdo.
- Rétraction utérine vérifiée toutes les 30' pendant 2h, en SSPI.

# PRISE EN CHARGE D'UNE H.P.P SECONDAIRE APRÈS CÉSARIENNE

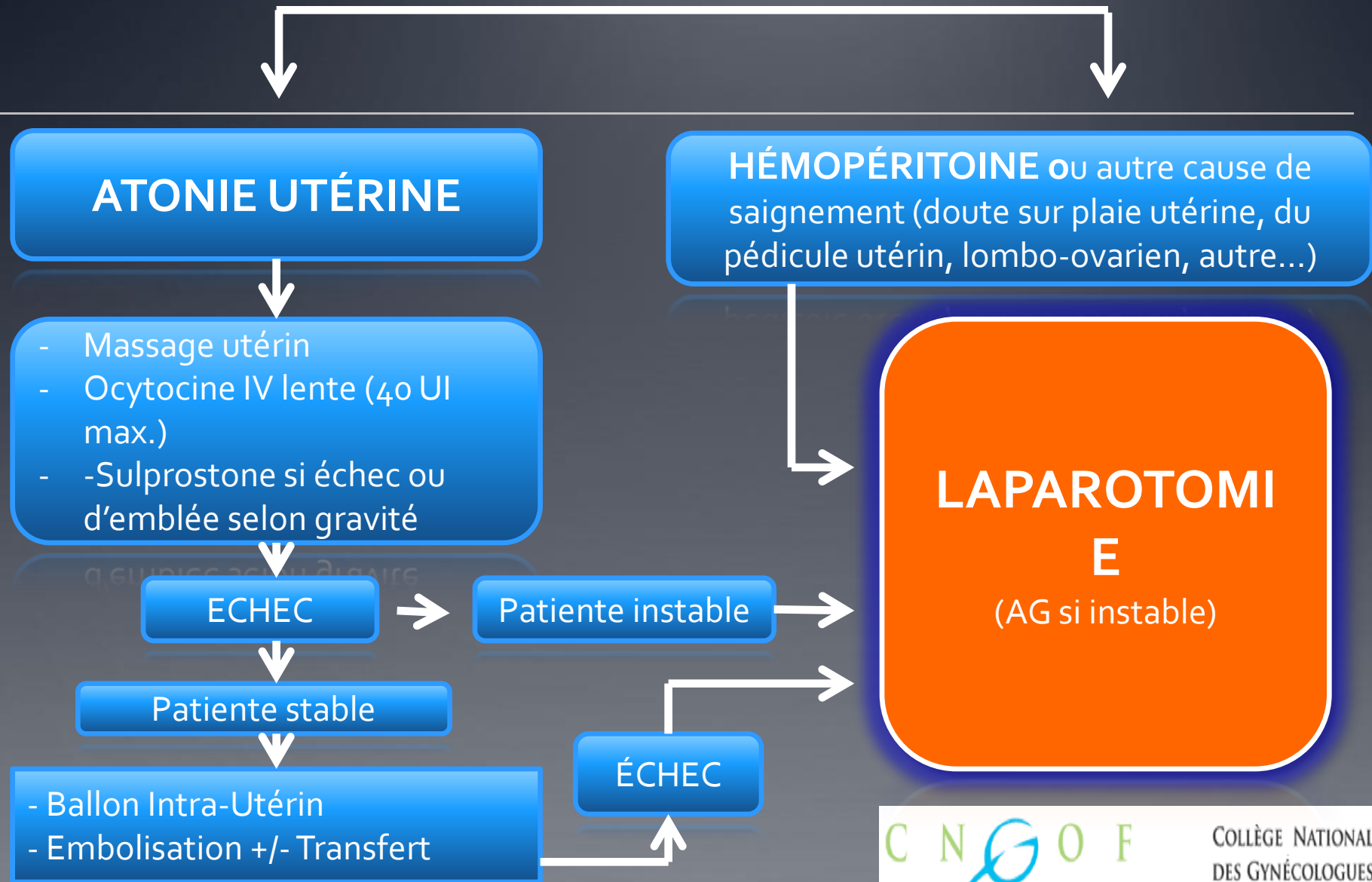
- REMPLISSAGE (Cristalloïdes +/- Colloïdes)
- +/- Vasopresseurs
- Bilan biologique : NFSp – TP – TCA – Fibrinogène +/- Hémocue
- Évaluation hémodynamique
- Feuille de surveillance HPP
- Concertation anesthésiste / obstétricien

## DIAGNOSTIC :

- Saignement vaginal excessif et / ou altération des constantes maternelles
- ÉCHOGRAPHIE abdo-pelvienne ( rétention, hémopéritoine)



# H.P.P SECONDAIRE APRÈS CÉSARIENNE



# H.P.P SECONDAIRE APRÈS CÉSARIENNE

## LAPAROTOMIE

- Suture éventuelle des plaies et déchirures +/- Ligatures vasculaires
- Techniques d'hémostase chirurgicale conservatrices : Capitonnage ou compression et / ou ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH)

- Prévention de l'hypothermie
- Maintien de la pression artérielle  
Remplissage cristalloïdes +/- colloïdes +/- vasopresseurs
- Limiter la concentration des halogénés (si atonie)
- Poursuite des **Utérotoniques**
- +/- AC. Tranexamique
- +/- Transfusion de culots de globules rouges
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène

## ÉCHEC

## HYSTÉRECTOMIE INTER-ANNEXIELLE

(Totale ou sub-totale) +/- aFVIIa



# HEMORRAGIES SECONDAIRES DU POST-PARTUM (entre 24h et 6 sem.)

---

- Causes : Rétention placentaire - Endométrite – Anévrismes – Fistules A/V – Choriocarcinome – Coagulopathie.
- C.A.T :
  - Antibiothérapie (Grade A)
  - Utérotoniques
- Si persistance ou rétention placentaire
  - Aspiration/curetage sous écho
- Anomalie vasculaire : Embolisation