

HÉMORRAGIE POST-PARTUM: algorithme de traitement

Après accouchement vaginal ou lors de la phase postopératoire d'une césarienne

©2012: PPH-KONSENSUS-Gruppe (D-A-Ch)

	Symptômes cliniques	Mesures générales/opératoires	Médicaments
ÉTAPE 1	<p>Durée max. 30 min après le diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement vaginal >500 ml après accouchement vaginal >1000 ml après césarienne <p>ATTENTION à la sous-estimation Système de mesure!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardio-circulation de la patiente stable 	<p>APPELER le chef de clinique/obstétricien senior – Chercher l'INFORMATION sur l'anesthésie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 abords veineux (au moins un de fort diamètre) • Hémocompatibilité/paramètres de laboratoire d'urgence/CE à disposition • Substitution volumique (par ex. cristalloïdes/colloïdes) • Sonde urinaire, • Mesure de la perte de sang • Identification rapide de la cause de l'hémorragie <ul style="list-style-type: none"> • Tonus utérin (atonie utérine?) • Inspection du placenta (reste de tissu placentaire?) • Pose de valves (traumatisme de la filière génitale?) • Coagulation (paramètres de laboratoire relatifs à la crase?) • Compression utérine – Échographie 	<p>• OXYTOCINE 3-5 UI (1 amp.) en perfusion brève et 40 UI en 30 min (perfusion/Perfusor)</p> <p>OU</p> <p>• CARBETOCINE (utilisation off label!) 100 µg (1 amp.) dans 100 ml de NaCl à 0,9% en perfusion brève</p> <p>En cas d'hémorragie sévère persistante: ÉTAPE 2 En cas d'hémorragie modérée persistante, évent.</p> <p>• MISOPROSTOL (utilisation off label!) 800 µg (4 comp. de 200 µg) par voie rectale</p>
	<p>Durée max. 30 min suivantes (= 60 min après le diagnostic)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie sévère persistante • Cardio-circulation de la patiente stable 	<p>APPELER l'anesthésiste Avertir l'équipe opératoire PRÉPARER le bloc opératoire Réfléchir aux CRITÈRES DE TRANSFERT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer l'opération • Écarter une rupture de l'utérus <ul style="list-style-type: none"> • Palpation/échographie • Surtout en présence de restes placentaires (après échographie ou inspection) <ul style="list-style-type: none"> • Révision manuelle • Curetage éventuel (contrôle échographique) 	<p>Commande PFC/Culots érythrocytaires/ Concentrés plaquettaires (Vérifier la compatibilité et faire apporter à la salle d'accouchement/au bloc opératoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SULPROSTONE 500 µg (1 amp.; max. 3 amp. par 24h) seulement par Infusomat/Perfusor • 2 g d'ACIDE TRANEXAMIQUE par voie i.v. avant l'administration de fibrinogène. En cas d'hémorragie sévère persistante (perte sanguine totale: env. 1500 ml) • 2-4 g de FIBRINOGENE • Envisager PFC/CE
ÉTAPE 2	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie sévère réfractaire au traitement et cardio-circulation de la patiente stable <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choc hémorragique <p>OBJECTIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilisation hémodynamique Arrêt (temporaire) de l'hémorragie • Optimisation de la coagulation et de la • Concentration érythrocytaire • Organisation de l'ÉTAPE 4 	<p>Réfléchir aux CRITÈRES DE TRANSFERT APPELER le chef de service d'anesthésie Chercher l'INFORMATION en faisant appel à la meilleure expertise personnelle possible</p> <p>TAMPONNEMENT</p> <p>APPLICATION D'UN BALLON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction du ballon sous contrôle échographique • Remplissage suffisant du ballon (poursuivre sulprostone) • Appliquer une légère traction • Alternative: tamponnement par compresses <p>ARRÊT DE L'HÉMORRAGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance intensive • DÉBLOCAGE DU BALLON après 12 à 24h (le cas échéant, après transfert dans un centre hospitalier) <p>HÉMORRAGIE PERSISTANTE OU RÉCIDIVANTE (Hémorragie avec ballon en place ou après déblocage de ce dernier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éventuellement nouvelle application du ballon («bridging») • Passer obligatoirement à l'ÉTAPE 4 	<p>PARAMÈTRES CIBLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoglobine > 8-10 g/dl (5-6,2 mmol/l) • Thrombocytes > 50 G/l • Tension systolique ≥ 80 mmHg • pH > 7,2 • Température > 35°C • Calcium > 0,8 mmol/l
	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie persistante 	<p>FAIRE APPEL à la personne avec la meilleure expérience</p> <p>Soins définitifs Traitement (chirurgical)</p> <p>INSTABILITÉ CARDIO-CIRCULATOIRE</p> <p>ARRÊT DE L'HÉMORRAGIE</p> <p>↓ Laparotomie/clampage vasculaire/compression</p> <p>STABILISATION</p> <p>Cardio-circulation/température/coagulation Éventuellement facteur VIIa recombinant</p>	<p>STABILITÉ CARDIO-CIRCULATOIRE</p> <p>Traitement chirurgical définitif</p> <p>Sutures de compression Ligatures vasculaires Hystérectomie</p> <p>EMBOLISATION</p>

Critères de transfert

- Absence d'équipement opératoire ou d'intervention ou absence de personnel qualifié
- Arrêt temporaire de l'hémorragie par tamponnement utérin
- Stabilité hémodynamique de la patiente permettant un transport
- Présence d'une procédure standardisée entre l'hôpital de destination et l'hôpital de départ

Facteur VIIa recombinant (utilisation off label!)

- Dose initiale 90 µg/kg de poids (en bolus)
- Évent. répétition de la dose en cas d'hémorragie persistante après 20 min

Conditions requises

- pH ≥ 7,20
- Fibrinogène > 1,5 g/l
- Thrombocytes > 50 Gpt/l
- Hyperfibrinolyse écartée/traitée