

Stade 0 : Evaluation du risque d'HPP et Gestion active du 3ème stade du travail. Chaque femme en travail

Admission : évaluer le risque d'HPP

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Risque faible d'HPP : | → | <input type="checkbox"/> Groupage |
| <input type="checkbox"/> Risque moyen d'HPP : | → | <input type="checkbox"/> Groupage, disponibilité sang sinon |
| Utérus cicatriciel, ATCD d'HPP,
grande multipare,
grossesse multiple, Gros fibrome, Chorioamnionite,
utilisation Sulfate de magnésium ... | | <input type="checkbox"/> Transfert au centre niveau II ou III
après régulation |
| <input type="checkbox"/> Risque élevé d'HPP : | → | <input type="checkbox"/> Transfert Niveau III après régulation |
| Prævia/accreta, métrorragie à l'admission,
Trouble de Coagulation à l'admission : SHAG
HELLP, HRP + MFIU... | | <input type="checkbox"/> Alerter équipe HPP
<input type="checkbox"/> Demander CG d'emblée |

Après accouchement

- Gestion active de la 3ème phase du travail
- Ocytocine 10 UI en perfusion IV ou IM
- Traction contrôlée du cordon
- Massage Vigoureux du Fond utérin : 15 secondes au minimum
- Évaluer les pertes sanguines après chaque accouchement : signes vitaux et sac de recueil

Stade 1 : Pertes sanguines > 500 ml et < 1000 ml

Modification signes vitaux >15% ou Saignement continu ou perte de gros caillots multiples ou utérus atone

Noter l'heure
T0

Appeler l'équipe : Obstétricien,
Sage femme, IADE, Réanimateur

Travail d'équipe : Communication, Gestes
concomitants et rapides, focus et CHECKLIST

Monitorer : TA, FC, SAO2, DUIRESE,
TEMPERATURE, SAC DE RECUEIL

Pec initiale

0 MIN
30 MIN

Identifier l'origine du saignement

- Vidange vésicale
- Délivrance artificielle si placenta en place
- Révision utérine : Vider l'utérus des caillots, membranes, vérifier l'intégrité, confirmer l'atonie.
- Antibiotrophylaxie
- Examen sous valve : chercher lésions cervico vaginales
- Causes : 4T (Tonus, Tissus, Trauma, Thrombine)**
- Anesthésie pour gestes endo-utérins

Arrêter l'hémorragie

- Massage utérin continu
- Suturer lésions cervico-vaginales
- Uterotoniques :
- Ocytocine : 40UI perf 30min
- Si pas de réponse après 15 Min
- Methergin : 0,2mg IM
- Misoprostol : 4 cp intra rectal
- Exacyl 1g IVL
- Calcium 1g IVL

Evaluer et réanimer

- Oxygène : 3L/MIN
- Réchauffer
- 2VVP : 14-16G
- Biologie : HB, PLQ, TP, TCA, Fg, Groupage+ RAI
- Hemocue
- Remplissage par 1L de SS
- Surveiller les signes vitaux et sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines

Stade 2 : Saignement continu et pertes > 1000 ml et < 2000 ml

Signes vitaux instables malgré remplissage par 1L SS et besoin transfusionnel ≥ 2CG

30 MIN

HPP persistante ou sévère d'emblée

Arrêter l'hémorragie

- Tamponnement :
- Compression bi manuelle ou
- Champs endo utérin et vaginal ou
- Sonde : bakri, sondes vésicales, blackmore, condom
- Uterotoniques (+ cités stade 1) :
- Sulprostone inj : 500UI en perf /30MIN
- Ou Hemabate : 0.25 mg IM
- Renouveler methergin 0,2 IM, intramyom.

Evaluer et réanimer

- Monitoring invasif PA et mesure lactates et PH
- Deuxième biologie : NFS, TP, TCA, Fg, Temps coag sur tube sec
- Hemocue
- Surveiller diurèse horaire et Réchauffer
- Transfusion 2-4 CG
- Discuter administration Fg 3g si transfusion > 3 CG ou signes CIVD
- Remplissage et Noradrénaline si PAS < 80mmhg
- Objectifs : PAS 80-90mmhg PAM 60mmhg (avant hémostase définitive)**
- HB > 8 g/dl PLQ > 50.10³ Fg >2G**
- PH >7,2 lactates < 3mmol, température >35°**

Penser a d'autres étiologies

- Rupture utérine
- Lésion des pédicules utérins
- Embolie amiotique
- Préparer le bloc opératoire et embolisation artérielle
- Réaliser une échographie abdominale si le saignement extériorisé vaginal n'explique pas l'instabilité hémodynamique

Stade 3 : Saignement continu - pertes > 2000ml - Signes vitaux instables malgré transfusion 2CG - CIVD - Stade de transfusion massive : besoins transfusionnels ≥ 4CG

Arrêter l'hémorragie

- HD stable : Embolisation Artérielle
- HD instable ou non disponibilité d'embolisation artérielle :
- Phase 1 :
 - Laparotomie Pfannenstiel ou médiane
 - Eventration de l'utérus avec traction vers le haut et massage
 - Pose de clamps atraumatiques sur les A. utérines : diminuer au maximum la perfusion.
- Phase 2 :
 - Pause opératoire et phase de stabilisation
 - Correction de la volémie, la température, l'équilibre acido-basique et la coagulation
- Phase 3 :
 - Traitement chirurgical définitif
 - Sutures compressives, ligatures vasculaires, sinon hystérectomie

Evaluer et réanimer

- Anesthésie Générale : Ventilation à Vc Bas : VC= 6ml/kg Normocapnie
- Transfusion massive : Ajouter 4 CG ou plus 4PFC ou plus (PFC/CG = 1/1)
- Administrer 3g fibrinogène
- Administrer Calcium 1g pour 4CG
- Noradrénaline si PAS < 80 mmHg en attendant d'ajouter d'autres PSL
- Réchauffer
- Mesurer lactates, PH et coagulation après transfusion massive
- Continuer la réanimation du choc hémorragique en postopératoire
- Objectifs : PAS : 80-90mmhg PAM : 60mmhg (avant hémostase définitive)**
- HB > 8 g/dl PLQ > 50 10³ Fg >2G**
- PH >7,2 lactates < 3mmol température >35°**

NB : La pec tient compte à la fois du temps T0 (début saignement) et du stade clinique