



HEMORRAGIE du POST PARTUM

Saignement > 500 mL ou débit important ou diagnostic indirect



- APPEL de l'équipe obstétricale et anesthésique
- Sac de recueil gradué
- Chariot HPP
- Démarrer feuille spécifique HPP

Equipe d'anesthésie réanimation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Monitoring et vérification VVP | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie pour gestes endo-utérins | <input type="checkbox"/> Vérification dossier transfusionnel et validité RAI |
| <input type="checkbox"/> Oxytocine 5 à 10 UI IVL ou IM (max 40 UI) | <input type="checkbox"/> Hemocue® de départ |
| <input type="checkbox"/> Remplissage vasculaire | <input type="checkbox"/> Prévention de l'hypothermie |
| <input type="checkbox"/> Vasopresseurs (PAM 60-65 mmHg) | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} VVP |
| <input type="checkbox"/> Antibioprophylaxie | <input type="checkbox"/> NFS plaquettes, TP, rTCA, fibrinogène, anticiper hémostase délocalisée si disponible |
| <input type="checkbox"/> Acide tranexamique 1g sur 10min | |

Equipe obstétricale

- Délivrance artificielle
- Révision utérine
- Sondage vésical évacuateur
- Massage utérin
- Examen de la filière sous valves
- Sutures

Poursuite du saignement

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sulprostone : 500 µg/50mL sur 1h | <input type="checkbox"/> Proposer ballon de tamponnement intra-utérin |
| <input type="checkbox"/> Sondage vésical à demeure | |
| <input type="checkbox"/> Commande / mise en réserve de PSL ou accès au Plasma Lyophilisé EFS ☎ : | |

Si analgésie périmédullaire insuffisante après approfondissement ou instabilité hémodynamique:
 ➔ faire une AG en induction séquence rapide

Poursuite du saignement

- Remplissage vasculaire, réchauffeur/accélérateur de perfusion
- Support vasopresseur +/- KTA
- Bilans biologiques +/- lactates
- Hémostase délocalisée si disponible
- Poursuite **sulprostone** 500 µg/50 mL en 5h
- +/- acide tranexamique 1g (2^{ème} dose)
- Objectifs transfusionnels** :
 - Fibrinogène ≥ 2g/L
 - Hb > 8g/dL
 - Ratio CGR/PFC: 1:1 à 1:2
 - Plaquettes ≥ 50 G/L
- Supplémentation calcique**
- Cell Saver si chirurgie
- +/- Facteur VII activé 60-90 µg/kg

- Rechercher saignement occulte (hémopéritoine, hémorragie sous péritonéale...) si peu ou pas d'extériorisation : échographie, scanner

Hémodynamique stable et embolisation disponible

➔ **EMBOLISATION**

Hémodynamique instable et/ou hémorragie massive et/ou embolisation indisponible

➔ **CHIRURGIE CONSERVATRICE**

- PREVOIR** orientation vers soins critiques

Poursuite du saignement

- HYSTÉRECTOMIE INTER ANNEXIELLE**

Références: Les hémorragies du post-partum. RPC CNGOF 2014 et Réanimation du choc hémorragique. RFE SFAR 2014
 Gestion du capital sanguin en pré, per et post opératoire et en obstétrique. HAS 2022.

Réalisée en 2016, mise à jour en 2025 par le CAMR et le CARO

Toutes les 30 min ou plus rapidement si sévérité