

# Prise en charge d'une HPP après césarienne

Diagnostic : Saignement vaginal excessif et/ou altération des constantes maternelles

**ALERTE si Obstetric Shock index : FC/TAs > 1**

⇒ Pertes sanguines per césarienne  
+ total des pertes  $\geq 500$  ml

- Echographie abdo-pelvienne (rétention, hémopéritoine)
- Toucher vaginal si pas de saignement extérieur
- Appel à l'aide
- Démarrer chronomètre
- Points de situation réguliers
- Balance pour peser les pertes
- Chariot hémorragie
- Prise de note
- Désigner un leader

- Remplissage (cristalloïdes)
- +/- vasopresseurs
- 2ème voie périphérique  $\geq 16$  G
- Bilan biologique : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène +/- hémocue®
- Evaluation hémodynamique
- Feuille de surveillance HPP
- Concertation anesthésiste obstétricien
- Oxygène
- Prévention hypothermie

## Atonie utérine

- Massage utérin
- Oxytocine IV lente (40 UI au maximum)  
SAUF si carbetocine à la délivrance
- Sulprostone si échec ou d'emblée selon gravité ou si carbetocine à la délivrance
- Acide tranexamique 1g sur 10 minutes

## Hémopéritoine ou autre cause de saignement

(notamment doute sur une plaie utérine, du pédicule utérin, lombo-ovarien, autre)

## Echec

## Patiene instable

## Laparotomie

Si patiente instable  
→ AG (induction séquence rapide)

## Patiene stable

## +/- ballon de tamponnement

## Echec

## Echec

Suture éventuelle des plaies et déchirures +/- ligature vasculaire.  
Hémostase chirurgicale conservatrice  
Capitonnage ou compression  
Et/ou Ligature artérielles (LBAU ou LBAH)

- Maintien de la pression artérielle
- Remplissage (cristalloïdes)
- +/- vasopresseurs
- Limiter la concentration des halogénées notamment si atonie
- +/- Acide tranexamique 1g sur 10 minutes (max 2g)
- Transfusion CGR
- Calcium 1 à 2g si  $> 3$  CGR
- +/- Plasma frais congelé
- +/- Fibrinogène
- +/- Plaquettes
- +/- Cathéter artériel
- +/- Voie veineuse centrale

## Echec

## +/- rFVIIa

## Hystérectomie interannexielle (totale ou subtotale)

## Penser à la prévention thrombo-embolique