

Prise en charge d'une HPP en cours de césarienne

Diagnostic d'HPP :

Mesure du volume aspiré (sans liquide amniotique) + pesée des champs
+/- altération des constantes maternelles

$\geq 500 \text{ ml}$

ALERTE si Obstetric Shock index : FC/TAs >1

- Appel à l'aide
- Démarrer chronomètre
- Prise de note

- Chariot hémorragie
- Balance pour peser les pertes
- Points de situation réguliers

Equipe obstétricale

- Hémostase chirurgicale rapide (Hystéroraphie, suture des plaies)

Equipe anesthésique

- Maintien de l'hémodynamique : **remplissage** (cristalloïdes)
- Oxytocine** 5 à 10 UI IVL ou IM (max 40 UI) **SAUF** si Carbetocine à la délivrance
- Oxygène
- Prévention hypothermie

HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques (échec de la prise en charge initiale)

SULPROSTONE

d'emblée si Carbetocine à la délivrance

- 2ème voie périphérique $\geq 16 \text{ G}$

- Bilan biologique initial : NFS plaquettes TP TCA fibrinogène +/- Hémocue®
- Mise en réserve CGR
- Acide tranexamique 1g IVL sur 10 minutes

Echec

Hémostase chirurgicale conservatrice

Capitonnage ou compression
Et/ou Ligature artérielles (LBAU ou LBAH)

Maintien de la pression artérielle :

- Remplissage (cristalloïdes)
- +/- vasopresseurs
- Conversion éventuelle en AG (induction séquence rapide) si instabilité hémodynamique.
- 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 subtotal)

Penser à la prévention thrombo-embolique