Prise en charge d'une HPP après accouchement par voie basse

Prise en charge Initiale

≤ 30 mn

Appel de l'équipe obstétricale et anesthésique
Sac de recueil

Equipe obstétricale
- **Délivrance artificielle** si délivrance non faite
- **Révision utérine** si délivrance préalable
- Sondage vésical évacuateur
- Examen de la filière
- **Sutures**
- Massage utérin

Equipe anesthésique
- Monitorage
- Évaluation et maintien de l'hémodynamique : expansion volémique par **cristalloïdes**
- **Anesthésie** pour les gestes endo-utérins
- **Oxytocine** 5 à 10 UI IVL ou IM (Max 40 UI)
- Antibioprophylaxie
- prévention de l'hypothermie et oxygénothérapie Hémocue ®
- Vérification carte de groupe et validité RAI

Echec prise en charge initiale

HPP qui persiste ou sévère d'emblée

≤ 30 mn

SULPROSTONE
- Sondage Vésical à demeure
- 2ème voie périphérique ≥ 16 Ga
- Bilan biologique initial: *NFS plaquettes, TP,TCA, fibrinogène* ± Hémocue ®
- Mise en réserve de CGR

Echec Sulprostone

+/- Ballon de tamponnement

Hémodynamique instable
et/ou
Hémmoragie massive
et/ou
Embolisation non disponible

Stabilité Hémodynamique
et
embolisation disponible
rapidement

Chirurgie conservatrice
Ligatures artérielles
(LBAU ou LBAH)
et /ou
Plicature utérine

Embolisation

Echec

Echec

Hystérectomie interannexielle

± rFVIIa

- Remplissage (Cristalloides/ Colloides)
- Transfusion CGR
- ± Bilan biologique
- Prévention hypothermie
- ± Acide tranexamique
- ± Plasma Frais Congelé
- ± Fibrinogène
- ± Plaquettes
- ± Catheter artériel
- ± Voie veineuse centrale
- ± Noradrénaline

D'après Recommandations pour la pratique clinique : Hémorragie du post partum.
Collège National des Gynécologues Obstétriciens, Décembre 2014