

# Protocole Régional de prise en charge

Groupe de travail régional, référent : Guy Masson (CHU de Nîmes)

## A) APRES ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

La Sage-femme doit :

◆ **Prévenir simultanément interne en obstétrique et /ou obstétricien et anesthésiste de garde**

◆ **Noter l'heure initiale du diagnostic**

◆ **Débuter une feuille chronologique spécifique HPP avec les éléments de surveillance et de la prise en charge**

◆ **Surveillance :**

- Dynamap, Scope et Saturomètre.
- Sac de recueil des saignements pour quantification
- Hémocue à répéter au besoin

◆ **S'assurer de la validité des 2 déterminations du groupe sanguin et des RAI (sinon les refaire)**

◆ **Remplissage par Ringer Lactate 500 ml à 1000 ml**

◆ **Donner 1 à 2 cp de TAGAMET® à la patiente**

◆ **Installation de la patiente :**

- Jambes surélevées.
- Oxygène au masque.

### 1) TRAITEMENT DE 1ERE LIGNE :

**Pratiquer immédiatement**

**Délivrance artificielle et /ou Révision de la cavité utérine**

- Massage bi manuel de l'utérus
- Injection IVD de 5 unités de Syntocinon® concomitante au massage
- Diagnostic d'une rupture utérine éventuelle

**Puis révision sous valves des voies génitales et du col**

- Suture d'éventuelles lésions
- Avec bonne installation (un aide et un excellent éclairage).
- Si difficultés : passer au bloc chirurgical pour être mieux installé

+++

**Syntocinon IV en première intention et poursuite du massage utérin**

- 10 UI/250ml ou 500ml de Ringer - Lactate débit rapide, ne pas dépasser 40 UI

**Antibiothérapie à large spectre**

- AUGMENTIN 2g IVL

Si allergie : CLINDAMYCINE (Dalacine ®) + FLAGYL

### 2) Si échec sur 30 mn : TRAITEMENT DE 2EME LIGNE OU D'EMBLEE EN CAS D'HPP MASSIVE > 500 ml :

2<sup>ème</sup> Abord veineux de gros calibre

+ **Sulprostone (Nalador®) : 1 ampoule= 500 mg dans 40 ml :**

- ⇒ 1 ampoule sur 1 h = 40 ml/h initialement (8 µg/min)
- ⇒ 2<sup>ème</sup> ampoule sur 4 à 8 h = 5 à 10 ml/h (1 – 2 µg/min)
- ⇒ pas plus de 3 ampoules au total

Pas d'indication du **Cytotec®** (misoprostol) intra rectal

**Installation et bilans :**

- Couverture chauffante
- Sondage urinaire à demeure (surveillance de la diurèse).  
**But : diurèse > 30 ml/h)**
- Prévenir le laboratoire d'hémostase et bilan en urgence : NFS, Plaquettes et bilan de coagulation complet, + tube sec supplémentaire.

- Surveillance de l'hémoglobine par Hémocue
- Prévenir l'EFS

- Dans l'attente des résultats de ce bilan, poser le tube sec sur la paillasse. L'absence de caillot en 16 à 18 minutes traduit l'existence d'une coagulopathie.

- **Prévenir le SAMU et /ou le service de Radiologie Interventionnelle**

### 3) Si ECHec sur 30 mn : TRAITEMENT DE TROISIEME LIGNE : EMBOLISATION RADIOLOGIQUE

Des artères utérines

Et/ou des artères cervico - segmentaires

Et/ou des troncs antérieurs des artères hypogastriques

- Transport de la patiente en concertation avec l'anesthésiste
- La traction de l'utérus par des pinces sur le col entraînant la plicature des artères utérines peut être réalisée pour le transfert.
- Après embolisation, la patiente revient soit dans à la maternité soit sera orientée vers le service de réanimation.

**La chirurgie est à envisager d'emblée si lésion chirurgicale type rupture utérine**

**OU :**

- Si césarienne en cours de réalisation
- Si embolisation non réalisable
- Si patiente intransportable

**Quels gestes chirurgicaux ?**

⇒ Si rupture utérine : sutures des tuniques utérines

⇒ Si inertie utérine ou placenta accreta haut situé :

Capitonage selon B-Lynch ou mieux Cho  
Ou triple ligature de TSIRULNIKOV  
(ligaments ronds + utero -ovariens + pédicules utérins)(Niveau de preuve )

⇒ Si échec ou si saignement du segment inférieur (placenta accreta)

Ligature des hypogastriques  
Hystérectomie d'hémostase totale ou subtotale

### 4- En post opératoire immédiat

**Surveillance du point de ponction fémoral si embolisation**

**Analgésie adaptée**

**Surveillance biologique rapprochée**

**Prévention thrombo-embolique**

- Mobilisation précoce, bas de contention.
- HBPM dans les 12 h qui suivent la fin de l'hémorragie si les troubles de la coagulation sont corrigés

**Si cathéter péridural**

Ne retirer qu'après accord des anesthésistes, en fonction du bilan de coagulation et avant l'injection de l'HBPM (délai>6h).

### HEMORRAGIE AU DECOURS D'UNE CESARIENNE

**La probabilité d'une hémostase défectueuse est importante et doit être recherchée.**

Si l'hémorragie persiste malgré :

- Massage utérin
- Ocytocine,

**La reprise chirurgicale sera nécessaire** pour vérifier les hémostases et effectuer si besoin est, les ligatures vasculaires

et /ou **Nalador®** comme indiqué plus haut et éventuellement: techniques de Cho / B-Lynch.

**Une embolisation après échec de ligature vasculaire chirurgicale est difficile mais possible.**

Octobre – Novembre - Décembre 2005

Janvier – Février – Mars 2006 – Numéro 20 -21