

Référentiel pour la prise en charge des HPP au cours d'une césarienne

| Historique des modifications | | |
|------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Version | Dates de modification | Objets de la modification |
| N°1 | 05/04/2022 | Création |

Indexation : 2022_Ref_HPP_Cesar, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Rédaction :** Dr Hastoy, Gynécologue Obstétricienne, RPO – CHU Toulouse
- ✓ **Relecture :** Dr Sleth, Anesthésiste réanimateur, Clinique Saint-Roch, Dr Bertrand, Gynécologue Obstétricienne, RPO – CHU Toulouse
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 05/04/2022

| | |
|-------------------------------|--|
| Objet | Diagnostic et prise en charge de l'hémorragie du post partum après accouchement par césarienne programmée ou en urgence. |
| Domaine d'application | Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier. |
| Documents de référence | <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF 2014 : « Les hémorragies du post-partum » |
| Abréviations utiles | <ul style="list-style-type: none"> • ADH : hormone anti-diurétique • AG : anesthésie générale • APD : analgésie péridurale • CNGOF : Collège National de Gynécologie Obstétrique • Hb : hémoglobine • HPP : hémorragie du post partum • IM : intra musculaire • IVD : Intra veineuse directe • IVL : intra veineuse lente • RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières • Sat : saturation • T° : température • TA : tension artérielle |

Référentiel

| | |
|--|---|
| I. Définition..... | 2 |
| II. Prise en charge initiale : les 20 premières minutes..... | 2 |
| III. HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques..... | 3 |
| IV. Echec de la prise en charge initiale et médicamenteuse : priorité à la reprise chirurgicale... | 4 |
| V. Prise en charge d'une hémorragie du post partum retardée (diagnostiquée en post opératoire) | 5 |
| VI. Annexe 1..... | 5 |
| VII. Annexe 2 : ballon de tamponnement endo-utérin (Type BAKRI)..... | 8 |

I. Définition

Pertes de plus de 500mL après déduction du liquide amniotique aspiré.

L'obstétricien, l'anesthésiste et l'aide opératoire sont en salle pendant l'intervention mais si survenue de l'HPP après la fermeture cutanée alors appel en urgence par la sage-femme ou l'infirmier de l'anesthésiste et du gynécologue obstétricien.

Noter l'heure du diagnostic et mise en route du minuteur, report de la chronologie exacte des évènements.

Feuille de recueil spécifique à disposition en salle de césarienne ou à proximité immédiate (en salle de surveillance post opératoire)

❖ **Remarque :** en cas d'atonie sans saignement associé, il n'y a pas d'argument pour mettre en œuvre de principe des thérapeutiques potentiellement iatrogènes.

II. Prise en charge initiale : les 20 premières minutes

Quantification des pertes :

- Aspiration (soustraire le liquide amniotique)
- Peser les champs (masse volumique du sang équivalente à l'eau Cf p.7)
- Poche de recueil des saignements extériorisés par le vagin

❖ **Remarque :** en cas de césarienne à risque de saignements (par anomalie de l'insertion placentaire de type placenta accréta par exemple), mettre en place un sac de recueil entre les jambes de la patiente à l'installation pour évaluer les pertes hémorragiques par voie vaginales.

2.1 Equipe obstétricale

Priorité à l'hémostase chirurgicale rapide (hystérorraphie, suture des plaies) en première intention, Compression ou massage utérin après vérification de la vacuité utérine.

2.1 Equipe anesthésique

- Remplissage par Cristalloïdes
- Oxytocine 5 à 10 UI IV lente (40 UI au max)
- Si Carbétocine (Pabal) administré initialement, ne pas administrer de Syntocinon mais passer à l'étape des prostaglandines IV directement.

III. HPP persistante et/ou avec troubles hémodynamiques

- 2^{ème} VVP
- Bilan biologique initial : NFS, plaquettes, TP, TCA, Fibrinogène +/- HémoCue
- Mise en réserve de culots de globules rouges
- HémoCue toutes les 20 min
- Arrêt du Syntocinon

- **Sulprostone :**
 - 1^{ère} ampoule de 500mg IVSE sur une heure soit 50 ml/h (possibilité d'appliquer un débit de départ de 10 ml/h avec augmentation par paliers de 10mL/h)

Repasser à un débit de 10 ml/h sitôt que l'hémorragie est contrôlée

- 2^{ème} ampoule sur 5h
- 3 ampoules maximum sur 24h

Doit être efficace en 30 min

Surveillance sous scope des effets secondaires : hyperthermie, troubles digestifs, spasme bronchique, troubles cardiovasculaires

Contre-indications absolues de la Sulprostone : coronaropathies, asthme aigu grave. Précautions d'usages recommandées en cas d'insuffisance rénale.

MAIS « dans la mesure où une hémorragie du post partum par atonie peut représenter une menace du pronostic vital, il y a lieu d'évaluer soigneusement au cas par cas, le rapport bénéfice/risque de l'administration de Sulprostone » (AMM)

- **Place du ballon de tamponnement endo-utérin : (Cf Annexe 3)**

En cas d'échec de la Sulprostone, possibilité de mise en place d'un ballon de tamponnement endo utérin comme alternative aux techniques invasives (embolisation, chirurgie) per césarienne surtout quand le saignement semble lié à une atonie du **segment inférieur**.

L'utilisation du ballon de tamponnement ne doit pas retarder le recours à l'embolisation, à la chirurgie ou au transfert.

- Introduction du ballon par l'hystérorraphie ou par voie vaginale avec une aide opératoire
- Gonflement du ballon à l'eau selon la quantité indiquée sur la consigne d'utilisation et mise en place de mèches vaginales pour maintenir en place le ballon.
- Noter l'heure de la pose, la quantité d'eau dans le ballon et le nombre de mèches vaginales mises en place.
- Durée du tamponnement ajustée à l'importance de l'hémorragie en l'absence de données suffisantes. Maximum 24h.

- Antibioprophylaxie à large spectre recommandée au décours de la prise en charge selon protocole de service
- La surveillance des pertes se fera alors par échographie et il faut arrêter les rétractions par pression abdominale au risque de déplacer le ballon

→ Un arrêt immédiat du saignement doit être constaté à la mise en place du tamponnement.

IV. Echec de la prise en charge initiale et médicamenteuse : priorité à la reprise chirurgicale

Appel IBODE / astreinte obstétricale et faire venir le matériel adapté.

Hémostase chirurgicale conservatrice : capitonnage ou compression et/ou ligatures vasculaires selon habitude chirurgicale du praticien.

Conversion en anesthésie générale si

- Instabilité hémodynamique
 - Caractère massif de l'hémorragie
 - Agitation, anxiété maternelle
 - Durée imprévisible du geste d'hémostase
-
- ✓ Oxygénothérapie
 - ✓ Prévention de l'hypothermie
 - ✓ Maintien de la pression artérielle (Remplissage par cristalloïdes puis colloïdes)
 - ✓ Limiter la concentration des halogénés si atonie
 - ✓ Transfusion de CGR : objectif Hb > 8g/dl
 - ✓ Transfusion de PFC (ex : 1 PFC : 1 CGR)
 - ✓ Fibrinogène : objectif maintien d'un taux > 2g
 - ✓ Acide Tranexamique (1g en 10 min au PSE)
 - ✓ Transfusion plaquettaire si plaquettes < 50000
 - ✓ VVC
 - ✓ Cathéter artériel
 - ✓ Noradrénaline
 - ✓ Facteur VII recombinant : si troubles de l'hémostase avéré, avant l'hystérectomie d'hémostase et après mise en œuvre des mesures médicales et chirurgicales, plaquettes > 50000, après apport de fibrinogène et PFC, TP > 50%, fibrinogène > 1g/L : Posologie : 60 à 90 µg/Kg

En cas d'échec des techniques de chirurgie conservatrice :

Hystérectomie inter-annexielle totale ou subtotale

- ❖ **Remarque :** embolisation (possible même après hystérectomie) envisageable sur patient stable sauf en cas de ligature des hypogastriques.

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse par héparine (HBPM en l'absence d'insuffisance rénale) débutée quand l'hémostase chirurgicale est obtenue et la coagulation normalisée (plaquettes > 80 ou 100 G/L et INR < 1,5) associée à une contention élastique.

Durée de 7 à 14j en l'absence de facteur de risque de thrombose associé.

Si au moins 3 facteurs de risque parmi âge > 35 ans, IMC > 30, varices, HTA, multiparité > 4, prééclampsie, alitement, maladie thrombogène, utilisation de facteur modifiant la coagulation (facteur VII activé) ou transfusion massive, durée 6 semaines.

V. Prise en charge d'une hémorragie du post partum retardée (diagnostiquée en post opératoire)

Surveillance rapprochée pendant 2 heures au moins en salle de surveillance post interventionnelle

- Surveillance non spécifique du réveil anesthésique
- Surveillance spécifique post césarienne : abondance des saignements extériorisés, volume, tonicité utérine toutes les 30 min, aspect de la paroi abdominale, vacuité vésicale
- Procédure d'appel d'urgence de l'équipe médicale établie

Sensibilisation des équipes de SSPI à la surveillance obstétricale, outil d'aide au diagnostic (ex : sous-main RPO)

3 signes d'alerte :

- **Signe de choc** : tachycardie > 100 bpm, hypoTA, pâleur cutanée, sueurs, soif
- **Caractéristiques des saignements** : en jet, évacuation de caillots, protection remplie en moins 15 minutes
- **Anomalies utérines** : utérus trop volumineux, douloureux, atone

Quantification des pertes toujours en tenant compte des pertes pendant la césarienne et en privilégiant des mesures objectives (pesée des protections)

Place de l'**échographie abdomino-pelvienne** (surtout si hypovolémie)

- Au lit du patient
- Visualisation du contenu utérin (hématométrie, rétention placentaire)
- Recherche d'un Hémopéritoine ou d'un hématome pariétal

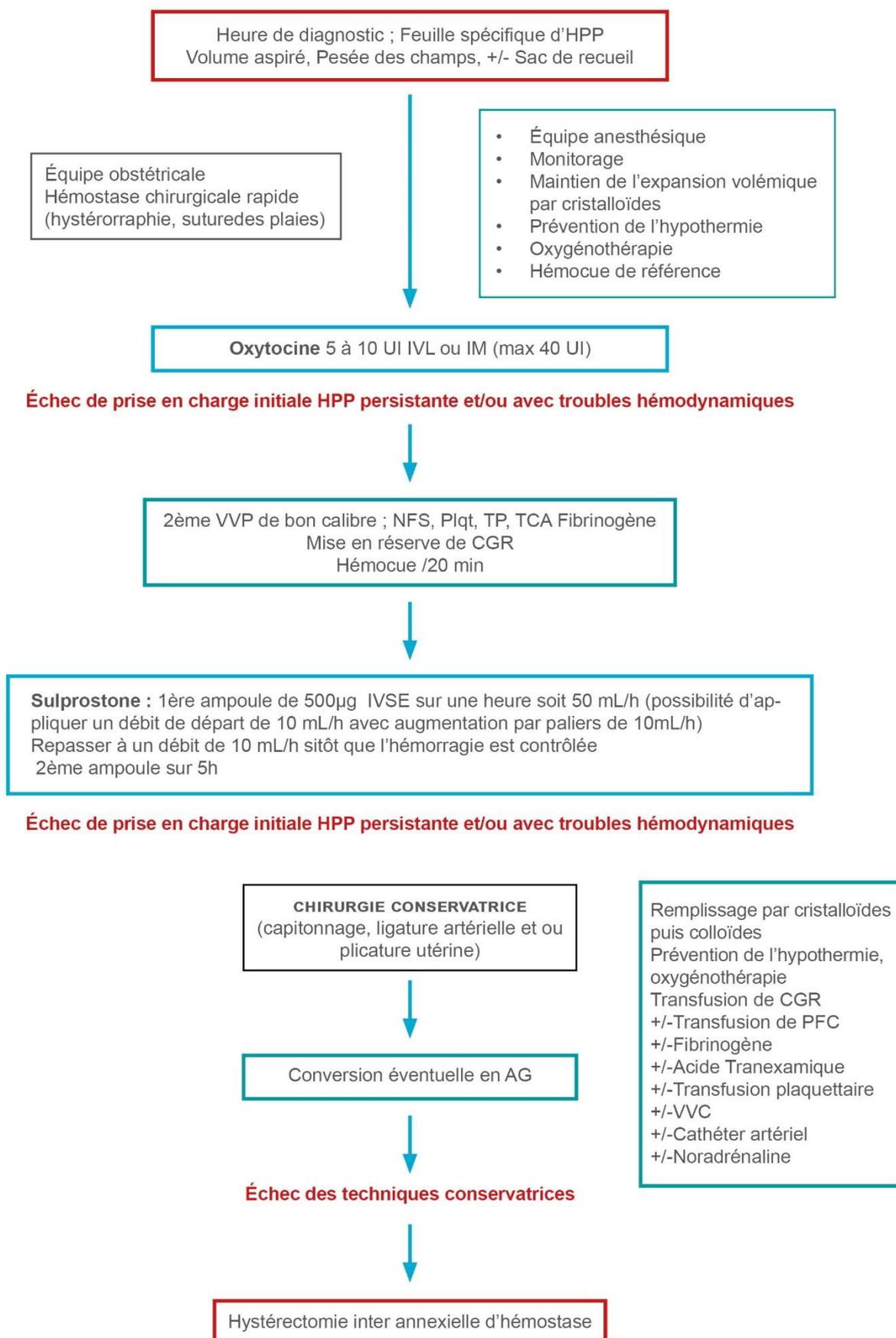
VI. Annexe 1

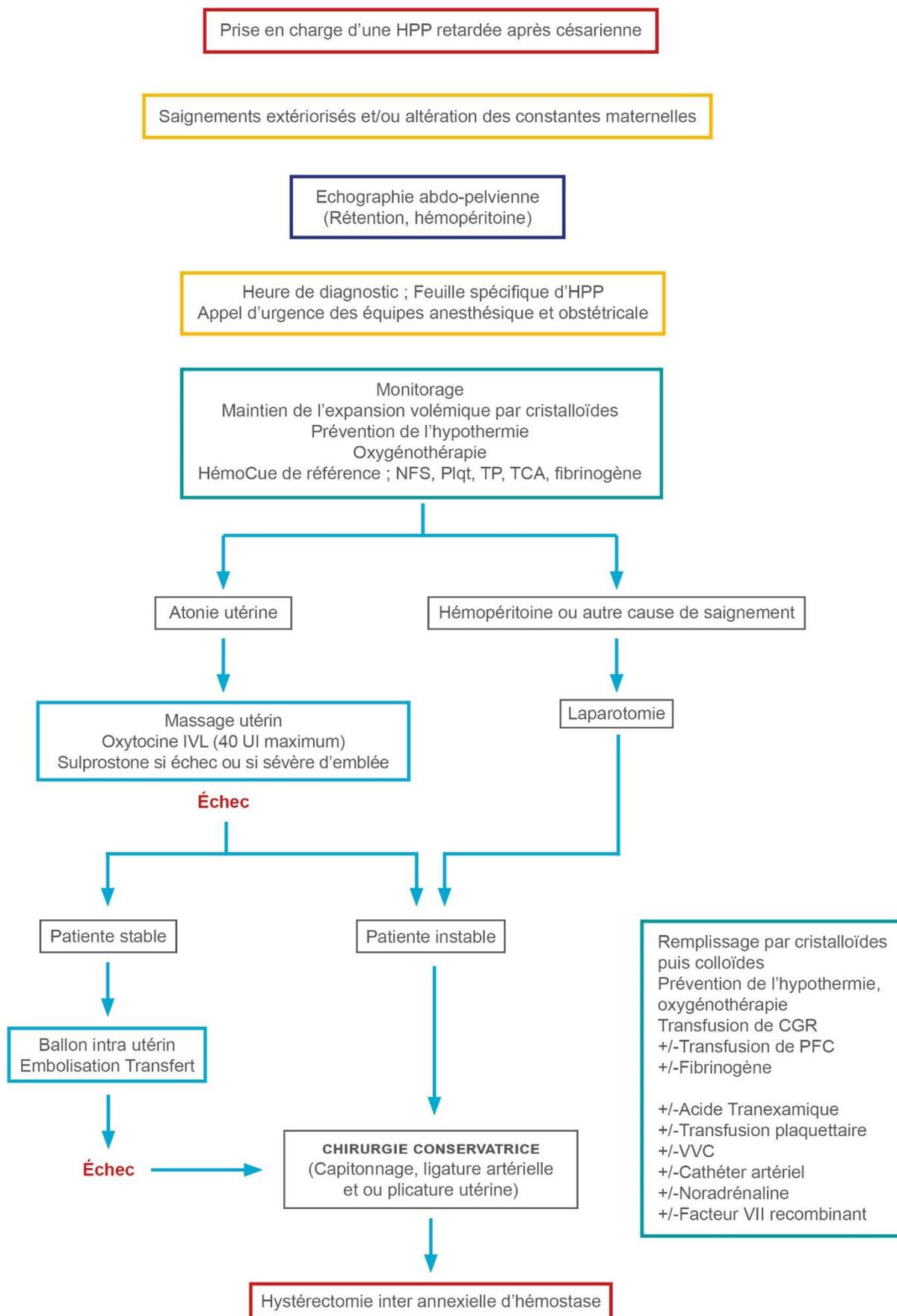
Poids des compresses et champs stériles secs :

- Poids d'une compresse plombée sèche : ___mg
- Poids d'une compresse non plombée sèche : ___mg
- Poids d'un champ plombé : ___mg
- Poids d'une mèche vaginale sèche : ___mg
- Poids d'une protection hygiénique sèche : ___mg

Poids de X compresses imbibés (mg) – poids de X compresses sèches (mg) = poids de sang en mg

Masse volumique du sang : 1 mg = 1 ml.



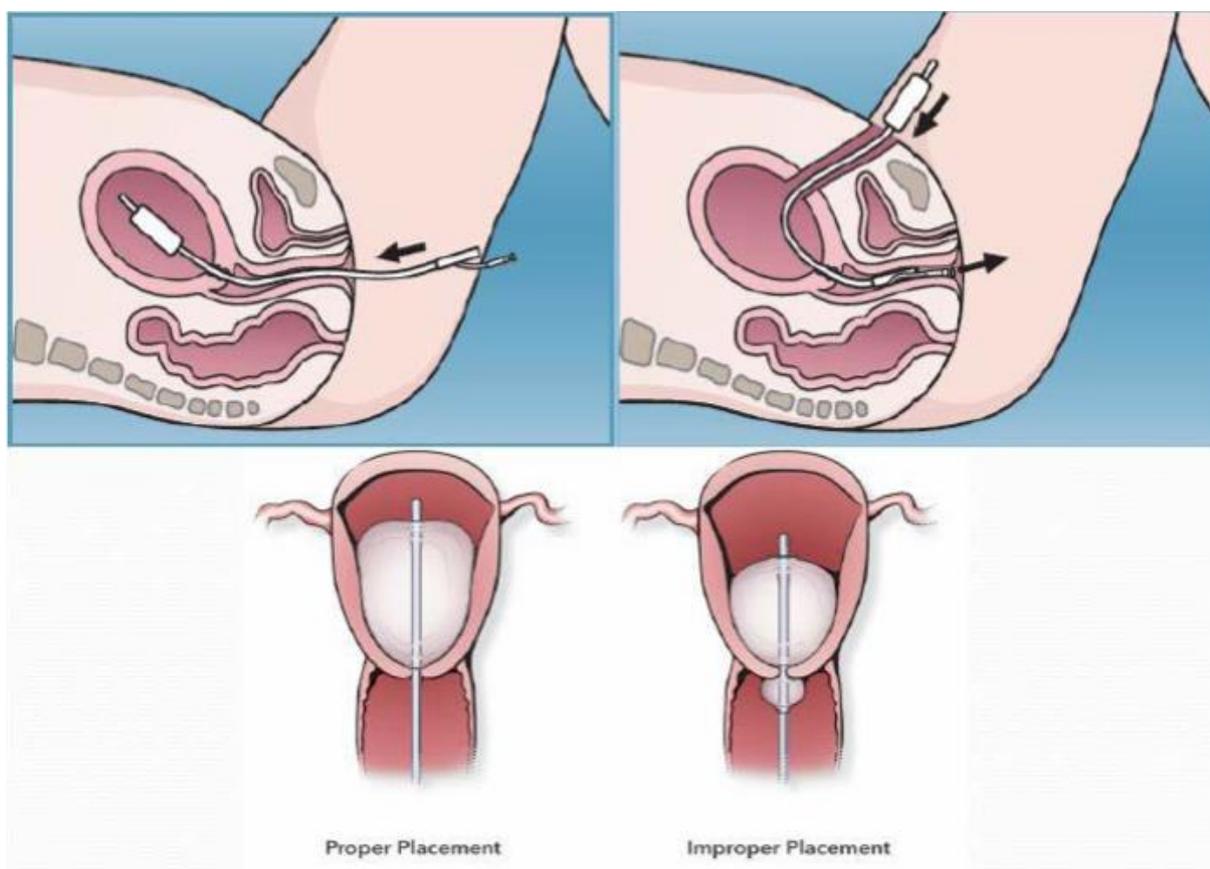


VII. Annexe 2 : ballon de tamponnement endo-utérin (Type BAKRI)

Techniques de pose recommandées

Pose trans-abdominale après une césarienne

- Par un abord supérieur et via l'incision de la césarienne faire passer le ballonnet de tamponnement dans l'utérus et le canal cervical, orifice de gonflage en premier.
- Demander à un assistant de tirer sur la tige de gonflage à travers le canal cervical jusqu'à ce que la base du ballonnet dégonflé entre en contact avec l'orifice cervical interne.
- Refermer selon la technique habituelle en veillant à ne pas perforer le ballonnet pendant la suture.



Méthodes de gonflage du ballonnet recommandées

- Toujours gonfler le ballonnet avec un liquide stérile, ne pas utiliser l'air, le CO₂, ni un autre gaz.
- Ne pas surgonfler le ballonnet et se référer à l'étiquette du ballonnet choisi pour le volume de gonflage maximum
- Remplissage progressif et sous contrôle écho jusqu'au volume prédéterminé. Noter sur la fiche HPP le volume de gonflage.
- Une aide opératoire entre les jambes de la patiente tire légèrement sur la tige de remplissage pour assurer un bon contact entre le ballonnet et la surface des tissus.
- Pour maximiser l'effet du tamponnement, on peut introduire au niveau vaginal des mèches de compression en prenant soin de noter le nombre de mèches introduites sur la fiche de surveillance HPP.

- Raccorder l'orifice de drainage à une poche de recueil de liquide (poche urinaire par exemple) pour surveiller l'hémostase.

Surveiller continuellement la patiente :

- L'arrêt de l'hémorragie doit être instantané après la pose du ballonnet
- La surveillance de la rétraction utérine ne doit plus se faire par pression abdominale mais par échographie sus pubienne en mesurant l'éventuelle épanchement intra utérin au-dessus du ballonnet.
- Poursuivre la surveillance de la diurèse, des constantes hémodynamiques et des pertes hémorragiques dans la poche de recueil

La durée à demeure maximale est de 24h. Il est laissé le choix au médecin responsable de retirer le ballonnet avant si l'hémostase est assurée. Le retrait doit se faire **à proximité d'une salle de naissance** en cas de reprise des saignements, en assurant la poursuite de la surveillance dans les heures qui suivent.

Si ce n'est pas déjà fait, une antibioprofylaxie de large spectre doit être effectuée selon le protocole du service (par exemple Céfazoline 2g).

Retrait du ballonnet :

- Retirer les mèches vaginales en prenant soin de les compter.
- Aspirer progressivement le contenu du ballonnet à l'aide de la seringue adaptée jusqu'à son dégonflage complet.
- Retirer enfin le ballonnet de l'utérus puis du vagin.