

## Transferts pour hémorragies du post partum

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	20/07/2016	Création
N°2	05/04/2022	Charte graphique / Contenu

**Indexation :** 2022\_Ref\_Transferts\_HPP, référentiel accessible sur [www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr)

Seule la version informatique fait foi.

**Périodicité de révision :** 5 ans

- ✓ **Rédaction :** Dr Allouche Mickael et Dr Hastoy Anita, Gynécologue Obstétriciens, CHU Toulouse
- ✓ **Relecture :** Dr Bertrand, Gynécologue Obstétricienne, RPO – CHU Toulouse
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 05/04/2022

<b>Objet</b>	Le protocole décrit la prise en charge des patientes lors d'un transfert du post partum pour Hémorragie de la délivrance. Il définit également les modalités d'orientation des patientes très à risque d'HPP.
<b>Domaine d'application</b>	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités et des urgentistes. 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.
<b>Documents de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandations HAS 2012 : « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé »</li> <li>• Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF 2014 : « Les hémorragies du post-partum »</li> <li>• Revert Intrauterine balloon tamponade for management of severe postpartum haemorrhage in a perinatal network: a prospective cohort study 25 October 2016 BJOG</li> </ul>
<b>Abréviations utiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AG : anesthésie générale</li> <li>• GO : gynécologue obstétricien</li> <li>• Hb : hémoglobine</li> <li>• HPP : hémorragie du post partum</li> <li>• IADE / IDE : infirmier (anesthésiste) diplômé d'état /</li> <li>• IVL : intra veineuse lente</li> <li>• PSL : produit sanguins labiles</li> <li>• SAMU : service d'aide médicale d'urgence</li> <li>• SMUR : service mobile d'urgence réanimation</li> <li>• TA : tension artérielle</li> </ul>

# Référentiel

## Sommaire référentiel

I. Définition.....	2
II. Indications de transferts .....	2
III. Contre-indications au transfert .....	3
IV. Modalités d'appel.....	3
V. Choix de l'établissement receveur et type de transport .....	3
VI. Mise en condition avant transfert inter-hospitalier pour HPP : .....	4
VII. Orientation anténatale des patientes à risque d'HPP.....	5

## I. Définition

« L'hémorragie du post-partum (HPP) se définit comme une perte sanguine  $\geq 500$  ml dans les 24h du post-partum quelle que soit la voie d'accouchement »

## II. Indications de transferts

### 1. Transfert pour poursuite surveillance post-HPP si surveillance compliquée dans l'établissement d'origine

- Prendre en compte le délai écoulé entre l'appel et le départ
- Réévaluation systématique avant départ :
  - ✓ Hémodynamique (pouls, TA, signes de choc, état de conscience)
  - ✓ Obstétricale : globe utérin, saignement résiduel
  - ✓ Hb micro-méthode si mesure précédente date de plus de 20 minutes (moyenne de 3 mesures consécutives sur le même point de ponction ou mesure faite sur la 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> goutte de sang)
- Envisager l'indication d'une transfusion sanguine pour sécuriser le transport :

❖ **Objectif maintien d'un taux d'Hb > 8g/dl**

### 2. Transfert pour procédure d'embolisation artérielle en cas d'hémorragie active

À privilégier si HPP « à ventre fermé ». Cependant les indications doivent demeurer rares car il existe une alternative chirurgicale réalisable sur place dont l'efficacité est reconnue.

- **Éliminer une indication préférentielle de laparotomie (hémopéritoine) :**  
Réalisation systématique d'une échographie abdominale (vacuité utérine, recherche d'hémopéritoine) surtout en cas d'accouchement par césarienne.

- **Valider l'indication d'embolisation** : situation hémodynamiquement stable et
    - ✓ Hémorragie distillante persistante après mise en place de la Sulprostone et du ballonnet de tamponnement intra-utérin
    - ✓ Déchirure cervico-vaginale suturée ou non accessible à un geste chirurgical
    - ✓ Thrombus pelvien extensif
    - ✓ Faux anévrisme de l'artère utérine
    - ✓ Anomalie d'insertion placentaire
  - **Éliminer une contre-indication à l'embolisation** :
    - ✓ Patiente instable sur le plan hémodynamique
    - ✓ Patiente ayant déjà bénéficié d'une ligature des artères iliaques interne
    - ✓ Doute sur une plaie non suturée de la filière génitale
- 3. Transfert d'une HPP ayant bénéficié sur place de toutes les techniques médicales et chirurgicales disponibles et nécessitant un complément d'hémostase ou une admission en réanimation**
- Transfert à très haut-risque, inévitable si la maternité d'origine n'a pas les moyens de poursuivre l'hémostase ou la réanimation.
  - Transport seniorisé + présence d'une infirmière (IDE/IADE) obligatoire

### III. Contre-indications au transfert

- Patiente hémodynamiquement instable
- Troubles de la conscience (hors patiente sous AG) : évoquer un bas débit cardiaque et privilégier une chirurgie d'hémostase sur place.

*NB : discussion au cas par cas en cas d'HPP nécessitant l'administration d'amines vasopressives.*

### IV. Modalités d'appel

- Contact téléphonique direct entre le médecin envoyeur (GO et/ou AR) et le médecin receveur, via la cellule transfert en journée (8H00-20H00)
- Intérêt d'une conférence téléphonique à 3 (impliquant le médecin régulateur du SAMU) pour :
  - ✓ Valider l'indication du transfert
  - ✓ Déterminer le vecteur terrestre ou aérien sans surestimer le gain de temps de ce dernier
  - ✓ En cas de refus de transport, proposer une aide médicalisée chaque fois que cela est possible et nécessaire

### V. Choix de l'établissement receveur et type de transport

- Le transfert sera réalisé vers un centre pluridisciplinaire disposant à la fois :
  - ✓ D'une compétence chirurgicale adaptée à la prise en charge de l'HPP sévère,
  - ✓ D'un service de réanimation adulte,
  - ✓ Et d'un service de radiologie interventionnelle

*NB : en cas de transfert, la patiente sera adressée au bloc accouchement pour évaluation par l'équipe de garde (y compris en cas de transfert pour embolisation)*

- **Le transport sera toujours médicalisé même en cas de saignement modéré ou de saignement contrôlé.**
- **Le rapprochement de l'enfant près de sa mère ou hospitalisé avec le coparent sera recherchée dans la mesure du possible et des places disponibles afin de diminuer les séparations précoces prolongées.**

## **VI. Mise en condition avant transfert inter-hospitalier pour HPP :**

### **A. Anticiper et communiquer**

- ✓ Communiquer les documents immuno--hématologiques au service d'accueil dès la décision de transfert
- ✓ Préparer les seringues de relais (utérotoniques, catécholamines) avant le départ
- ✓ Patiente transférée avec ses documents originaux ou copies de ceux-ci ; le cas échéant documents à faxer à l'établissement receveur dès le départ de la patiente.
- ✓ Information de la patiente et de son entourage avec traçabilité de l'information donnée : heure, à qui et par qui

### **B. Mise en condition en collaboration avec l'équipe d'anesthésie de la maternité d'origine**

- ✓ Oxygénothérapie (par exemple lunette nasale 2-4 l/min)
- ✓ Sondage vésical à demeure
- ✓ Mise en place de 2 abords veineux de gros calibre ( $\geq 16$  G de préférence)
- ✓ Monitoring de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle :
  - ❖ A priori non invasif
  - ❖ Invasif si patiente instable ou saignement majeur
- ✓ Pas de mise en place systématique d'une voie veineuse centrale
- ✓ Lutte contre l'hypothermie

### **C. Pendant le transport :**

- ✓ Maintien du cathéter de péridurale
- ✓ Poursuite des utérotoniques initiés (Oxytocine /Sulprostone)
- ✓ Poursuite de la perfusion d'acide tranexamique, le cas échéant peut être initié par le SMUR en cas d'hémorragie active (1g IVL sur 20 min)
- ✓ Poursuite de l'administration de PSL pendant le transport en assurant leur traçabilité
- ✓ Contrôle du globe utérin +/-massage utérin recommandé sauf si ballonnet de tamponnement intra-utérin en place
- ✓ **Ballonnet de tamponnement intra-utérin :**
  - ❖ À conserver durant le transport si a été mis en place avec succès auparavant
  - ❖ Permet de monitorer le saignement durant le transport
  - ❖ **Contre-indique** l'expression et le massage utérin

## VII. Orientation anténatale des patientes à risque d'HPP

### A. Qui orienter ? (Les situations à risque élevé d'HPP)

- ✓ Anomalies de l'insertion placentaire : accréta, increta, percreta,
- ✓ A discuter si placenta prævia sur utérus cicatriciel avec composante antérieure recouvrant la cicatrice de césarienne
- ✓ Antécédents d'HPP sévère avec recours à des gestes d'hémostase par laparotomie ou radiologie interventionnelle
- ✓ Anomalies de l'hémostase (risque maternel + néonatal)

### B. Où orienter ?

- ✓ Maternité disposant d'un accès rapide aux produits sanguins labiles (PSL)
- ✓ Proximité d'un service de réanimation et de radiologie interventionnelle

### C. Quand orienter ?

- ✓ Rapidement dès la mise en évidence du risque
- ✓ Dans l'intervalle : dépistage et prise en charge active de l'anémie

