



2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

<u>Rédacteur(s)</u>	<u>Approbateur(s) (signature - date)</u>	<u>Gestionnaire</u>	<u>Destinataire(s)</u>
* Dr Florence NICOLAS * Dr Cécile TARDIF	* Dr Hélène ISLY * Dr Patricia BRANCHU	* F COLLIN sage – femme coordinatrice secteur de naissance	* Sages - femmes * Gynécologues – obstétriciens * MAR * IADE

Modifications depuis la version précédente

Révision du protocole et changement de trame.

But et objet

Prévenir la survenue d'une hémorragie du post - partum après un accouchement par voie basse en salle de naissance.
En cas de survenue, mettre en œuvre la prise en charge.

Exigences à appliquer

Recommandations pour la pratique clinique, élaborées en 2014 par le CNGOF,
http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf

Responsabilités

Sages – femmes, gynécologues –obstétriciens, anesthésistes et IADE

Définitions

HPP : hémorragie du post-partum : pertes de sang > 500 ml en post - partum après un accouchement par voie basse

Actions et méthodes

1) MESURES DE PREVENTION d'une HEMORRAGIE du POST-PARTUM (HPP)

- corriger les anémies (prescrire dosage Hb au 1^{er} trimestre de grossesse si nécessaire, au 6^{ème} mois,...)

- faire une recherche de RAI systématique au 9^{ème} mois

- vérifier la carte de groupe sanguin et RAI (cf protocole anesthésie « détermination de groupe sanguin et RAI pour l'accouchement » disponible sur le site Intranet/filière obstétrique/protocoles/ anesthésie.

- reconnaître un risque élevé d'hémorragie: ces dossiers sont à discuter avec les anesthésistes avant la période de l'accouchement (placenta prævia, placenta prævia antérieur avec cicatrice utérine...)

Dans ces cas à risques, vérifier que la patiente dispose d'une carte de groupe sanguin avec 2 déterminations et d'une RAI au maximum 3 jours. avant accouchement (donc à répéter en GHR), favoriser une naissance programmée à l'Hôpital SUD (cf indications de commande de sang systématique à l'entrée en salle de naissance » disponible sur le site Intranet/filière obstétrique/protocoles/ anesthésie.

2) LORS DE CHAQUE ACCOUCHEMENT, FAIRE UNE DELIVRANCE DIRIGEE :

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- injecter 5 unités de SYNTOCINON® IV direct lors du dégagement de l'épaule antérieure, puis accélérer le débit de la perfusion pour faciliter le passage du bolus.

Ne pas le faire si trop tardif (après le dégagement) : risque d'enchatonnement ou rétention

- après la délivrance, si une perfusion de Syntocinon® est déjà en place, elle est prolongée à débit lent jusqu'à épuisement, sinon pas de pose systématique (à apprécier au cas par cas).

3) SURVEILLANCE DE CHAQUE ACCOUCHEE EN SALLE pendant minimum 2 h.

- Après la naissance, vider la poche de recueil du saignement du champ sous-fessier immédiatement après l'accouchement puis débiter la surveillance des métrorragies, en comptabilisant le volume de sang écoulé dans la poche, jusqu'au moment où la patiente est ré-allongée.

- Changer de poche de recueil et utiliser la 2ème poche graduée.

- Débiter la surveillance des métrorragies, en comptabilisant le volume de sang écoulé dans la poche, jusqu'au moment où la patiente est ré-allongée

- Assurer la surveillance en notant sur le partogramme ou dans le dossier patient informatisé, toutes les ½ heures (soit au minimum 4 prises de constantes): le pouls, la tension artérielle, le volume des métrorragies, le globe utérin.

4) DIAGNOSTIC d'une HEMORRAGIE du POST-PARTUM (HPP)

Pertes de sang > 500 ml

- Appel des équipes : Interne obstétrique 63 252, 63 502/63 106, Sénior obstétrique 65 982, Sénior anesthésie 63 078
- Noter l'heure T 0 + fiche HPP spécifique à débiter (par une 2ème SF si disponible)
- Sac de recueil

ETAPE 1 : T ≤ 30 min

Equipe obstétricale :

- (DA si non faite), RU
- Sondage vésical évacuateur
- Examen de la filière +/- sous valves
- Sutures
- Massage utérin
- Quantifier les pertes

Equipe anesthésique :

- Monitoring : FC, PA, SpO₂, vérification VVP
- Maintien hémodynamique : cristalloïdes +/- éphédrine
- Anesthésie pour gestes endo-utérins
- **Antibioprophylaxie IV** : Céfazoline 2g ou clindamycine 600 mg si allergie
- **Ocytocine : Syntocinon®** 5 UI en IVL puis 5 à 10 UI / h pendant 2 heures (max 40 UI)
- O₂ nasal, réchauffement patiente

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- Hémocue ®
- Vérification RAI et 2 déterminations carte de groupe

-----Echec ETAPE 1-----

ETAPE 2 : T ≤ 30 min*

*Délai raccourci si HPP sévère d'emblée (perte ≥ 1000 ml et/ou mauvaise tolérance hémodynamique)

- Arrêt Ocytocine

- Relai NALADOR ® (Sulprostone) : 1 ampoule de 500 µg dans 50 ml de NaCl à 0,9 % en IVSE :

1 ampoule sur 1 h ± 2^{ème} ampoule sur 5 h

- Sondage vésical à demeure, diurèse horaire

- 2^{ème} VVP ≥ 16 G

- Bilan : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène

- Mise en réserve de CGR

- Exacyl 1g sur 30 min ± 1g sur 6 heures (à stopper si succès du traitement)

- Débuter Augmentin 1g x 3/j IV puis relai PO dès que possible pendant 48 heures, *si allergie pénicilline : clindamycine 600 mg x 3/j IVL (CI si AM)*

Réévaluation à 15-30 minutes de Nalador ® → Succès : relais Nalador ® par Ocytocine 10 à 20 UI sur 6 heures

↓

-----Echec NALADOR ®-----

↓

Ballon de tamponnement ** (et maintien du Nalador ®) → Succès : dégonfler de moitié à partir de 12 heures, mise en place 24h au maximum

** cf protocole de mise en place du ballon de tamponnement de Bakri (pages 5 et 6)

↓

-----Echec ballon-----

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

ETAPE 3 :

- Transfusion de CGR : objectif Hb > 8 g/dL
- bilan biologique
- +/- Transfusion PFC (objectif TP > 30 %)
- +/- Fibrinogène (objectif fibrinogène ≥ 2 g/L)
- +/- Plaquettes (objectif > 50 G/L)
- +/- Cathéter artériel
- +/- VVC
- +/- Noradrénaline

**Hémodynamique instable
 et/ou hémorragie massive**



CHIRURGIE CONSERVATRICE
 Ligature artérielle (LBAU ou LBAH)

Hémodynamique stable



EMBOLISATION
 (ablation du ballon et arrêt du
 Nalador ® à l'arrivée en salle de radio)



Echec

↓ → ± Novoseven ® rFVIIa **

Hystérectomie totale interannexielle

** Prescription du NOVOSEVEN ® (facteur VII activé)

Dose initiale préconisée pour l'hémorragie du post-partum : 90 gammas / kg

- Posologie :
- 50 à 60 kg : 3,6 mg (1 fl 2,4mg + 1 fl 1,2mg)
 - 60 à 70 kg : 4,8 mg (2 fl 2,4mg)
 - 70 à 80 kg : 6 mg (2 fl 2,4mg + 1 fl 1,2mg)
 - > 80 kg : 7,2 mg (2 fl 2,4mg + 2 fl 1,2mg)
 - à passer en IVL sur 2 à 5 mn

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Référence principale :

Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique, élaborées par le CNGOF,
http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf

Prise en charge en suites de couches après une HPP grave (>1 l ou > 30 min ou gestes endo-utérins répétés)

- sans fièvre : **Augmentin 1g x 3/j pendant 48 heures, IV puis per os dès que possible**

Si allergie pénicilline : *clindamycine 600 mg x3/j IVL (CI si AM)*

- avec fièvre :

- Attention : fréquent effet secondaire du Nalador® → si fièvre uniquement sous Nalador®, cf paragraphe précédent « sans fièvre »
- Si fièvre persistante après arrêt du Nalador® : à considérer comme endométrite débutante (cf protocole spécifique)

Utilisation du ballon de tamponnement de Bakri dans la prise en charge des HPP

Moyen provisoire pour obtenir l'hémostase en cas d'hémorragie utérine du post-partum dans les 24h suivant l'accouchement, lorsqu'une prise en charge conservatrice est justifiée.

Taux de succès dans la littérature : 86%

Place dans la prise en charge

Moyen de 2^{ème} ligne après échec de la sulprostone (Nalador®) et avant un recours à une prise en charge chirurgicale ou par radiologie interventionnelle (accord professionnel, recommandations CNGOF 2014).

Mécanismes d'action

- Compression du myomètre
- Compression des artères utérines
- Contractions utérines entraînant une migration du ballonnet vers l'isthme

Pré-requis

- S'assurer de la **vacuité utérine** et de l'**intégrité de la filière génitale** (éliminer une cause non utérine d'hémorragie)
- **Sondage urinaire à demeure**
- **Éliminer une contre-indication** : **instabilité hémodynamique** nécessitant une prise en charge chirurgicale, **CIVD**, infections purulentes du vagin, du col de l'utérus ou de l'utérus, malformation utérine non traitée

Mode d'emploi

Attention : maintien du Nalador®

- ❖ Déterminer le volume utérin par visualisation directe ou échographique : **maximum 500 mL**

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

❖ Mise en place :

1. Voie transvaginale
 - Introduire le ballonnet dans l'utérus (s'assurer que la totalité du ballonnet est située au-delà de l'orifice interne cervical)
2. Voie transabdominale après une césarienne
 - Introduire le ballonnet à travers l'hystérotomie (NB : le robinet peut être retiré pour faciliter la mise en place puis réinstallé avant de remplir le ballonnet)
 - Une aide tire la tige du ballonnet par voie vaginale jusqu'à ce que le bas du ballonnet dégonflé vienne au contact de l'orifice interne cervical
 - Fermer l'hystérotomie en prenant garde de ne pas transpercer le ballonnet

❖ Inflation du ballonnet

- Gonfler le ballonnet à l'aide d'une seringue (+/- en utilisant le système clos) avec un liquide stérile (1 poche de 500cc de **sérum physiologique**) jusqu'au volume pré-déterminé : **250 mL au minimum et jusqu'à 500 mL au maximum**
- Tirer légèrement la tige du ballonnet et s'assurer qu'il est bien en contact avec la paroi utérine. Maintenir une pression constante entre le ballonnet et la paroi utérine en tractant légèrement sur la tige et en l'immobilisant : **fixation sur la cuisse** de la patiente ou y attacher un poids de 500 g maximum (ex : poche de 500 mL de NaCl)
- **Contrôle échographique** de la position du ballonnet
- Raccorder l'orifice de drainage à une poche de recueil pour quantifier les pertes sanguines (+/- purger au sérum physiologique au préalable)

❖ Surveillance

- Pertes sanguines dans la poche de recueil
- Echographie : absence de saignements intra-utérins en amont du ballonnet
- Stabilité hémodynamique
- Survenue d'une CIVD

Evaluation de l'efficacité :

- Succès : arrêt des saignements par voie vaginale et dans la poche de recueil
- Echec : aggravation ou absence d'amélioration => procédure invasive (embolisation des artères utérines ou prise en charge chirurgicale) après retrait du ballonnet

❖ Retrait du ballonnet après aspiration du liquide contenu dans le ballonnet

- **Maximum 24h** après la pose
- *En 2 temps : dégonfler de moitié à partir de 12h puis la totalité 2-3h après*
- *A faire à **heures ouvrables***

❖ Mesures associées

- **Antibioprophylaxie** : Augmentin 1g x 3/j pendant 48h
Si allergie pénicilline : clindamycine 600 mg x 3/j

CI : Chorioamniotite, utérus polyfibromateux



2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Annuaire d'urgence :

Sénior obstétrique 65 982

Sénior gynécologie 65 875

Interne obstétrique :

- secteurs 1 / 2 : 63 252

- secteurs 3 / 4 : 63 502 la journée, 63 106 à partir de 18h30 et le WE

Sénior anesthésiste 63 078 (si occupé anesthésiste de garde bloc chir : 63 961)

Interne anesthésiste 63 056

IADE 63 055

IBODE astreinte 63 042

EFS Hôpital Sud 63933

EFS Pontchaillou : 85 594, 16 033

URGENCE VITALE EFS 16 602

Fax EFS 16 601

Brancardier (de 7h30 à 19h30 semaine + WE) : 63 060, nuit : 63 249 ou 63 970

Labo hématologie HS : 63 914, Pontchaillou : 85 668

Labo hémostase HS : 67 152, Pontchaillou : 85 676

A partir de 18h30 et la nuit un seul numéro pour le labo : 67 152

Salle de réveil :

- bloc maternité : 63 473

- RDC : 63 478

Protocole d'appel embolisation :

1/ Appeler le radiologue embolisateur d'astreinte :



2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi appeler le Dr Bertrand BRUNEAU (radio hôpital Sud) au **66 794** de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi
- si non disponible ou après 18h30 en semaine et le samedi et dimanche : appeler l'interne de radio au 82 582

2/ Appeler le manipulateur radio au 63 434 pour l'organisation de la salle

Documentation et renvois

Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique, élaborées par le CNGOF,
http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf

Enregistrements

Dossier patient informatisé
Dossier anesthésie
Feuille de surveillance dédiée HPP