

Prise en charge d'une HPP retardée* après césarienne

- . Remplissage (cristalloïdes +/- colloïdes)
- . +/- vasopresseurs
- . Bilan biologique : NFSp, TP, TCA, Fibrinogène. ± Hémocue®
- . Evaluation hémodynamique
- . Feuille de surveillance HPP
- . Concertation anesthésiste / obstétricien

Diagnostic :

saignement vaginal excessif et/ou altération des constantes maternelles

+/- **Echographie** abdo-pelvienne (rétention, hémopéritoine)

Atonie utérine

- **Massage utérin**
- **Oxytocine IV Lente** (40 UI au maximum)
- **Sulprostone** si échec ou d'emblée selon gravité

Echec

Patiente instable

Patiente stable

Hémopéritoine

ou autre cause de saignement

(notamment doute sur une plaie utérine, du pédicule utérin, lombo-ovarien, autre)

Laparotomie
(AG si instable)

- . Ballon intra-utérin
- . Embolisation +/- transfert

Echec

* **Suture éventuelle** des plaies et déchirures +/- Ligatures vasculaires

* **Techniques d'hémostase chirurgicale conservatrices** : capitonnage ou compression et/ou ligatures vasculaires (LBAU ou LBAH)

Echec

- **Prévention de l'hypothermie**
- **Maintien de la pression artérielle**
remplissage cristalloïdes +/- colloïdes +/- vasopresseurs
- **Limiter la concentration des halogénés**, notamment si atonie

- Poursuite des **utérotoniques** (oxytocine ou sulprostone)

- +/- **Acide Tranexamique**
- +/- **Transfusion de culots de globules rouges**
- +/- **Plasma frais congelé**
- +/- **Fibrinogène**
- +/- **Plaquettes**

+/- rFVIIa

Hystérectomie inter-annexielle
(totale ou subtotale)