

Algorithme thérapeutique interdisciplinaire PPH: «PPH 2022»

Peripartal haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/063, August 2022). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-063.html>

Le copyright et la responsabilité quant au contenu revient aux auteurs [Girard T., Universitätsspital Basel, Surbek D., Inselspital Bern, Korte W., Zentrum für Labormedizin und Kantonsspital St. Gallen]. Date: septembre 2022.

	Saignement persistant	Perte de sang >1000 ml
Symptômes cliniques	<p>APPELER le médecin obstétricien & INFO anesthésiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulation de la patiente stable • Saignement: <ul style="list-style-type: none"> – >500 ml après accouchement vaginal – >1000 ml après césarienne <p>ATTENTION: les pertes de sang sont facilement sous-estimées! → Il faut mesurer et non pas estimer!!!</p>	<p>APPELER le médecin-chef en obstétrique & anesthésiologie Envisager un TRANSFERT dans un centre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulation de la patiente stable • Saignement important persistant
Obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer la perte de sang • Exclure une hémorragie interne (par ex. rupture de l'utérus) • Poser 2 accès IV (si possible de gros calibre) • EDC / biologie d'urgence (formule sanguine, GDS, aPTT, Quick/INR et si disponible fibrinogène, FXIII, TVE), préparer des CE • Substitution volémique adaptée (cristalloïdes) • Pose d'une sonde urinaire • Examen interdisciplinaire rapide de la cause du saignement (4T): <ul style="list-style-type: none"> – Tonus: tonus utérin (atonie?) – Tissu: inspection du placenta (reste placentaire?) – Traumatisme: réglage speculum (canal génital?) – Thrombine: coagulation (paramètres de laboratoire?/TVE?) • Compression utérine - échographie 	<ul style="list-style-type: none"> • PRÉVENIR l'équipe opératoire • Exclure une rupture utérine <ul style="list-style-type: none"> – Palpation / Échographie • En cas de suspicion de reste placentaire (après inspection ou échog.) <ul style="list-style-type: none"> – Palpation manuelle – Le cas échéant curettage (contrôle échog.) • Manœuvre de HAMILTON / envisager une compression de l'aorte • Le cas échéant tamponnement • Appeler du personnel en renfort!
Anesthésiologie/Coagulation	<p>(si pas encore fait par le service d'obstétrique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • OXYTOCINE <ul style="list-style-type: none"> – 3-5 UI en perfusion courte – Le cas échéant, ensuite 10-40 UI dans 500-1000 ml en perfusion longue • ACIDE TRANEXAMIQUE <ul style="list-style-type: none"> – 1 g IV • Le cas échéant MISOPROSTOL (pour sécurité du traitement) <ul style="list-style-type: none"> – 800-1000 µg par voie rectale ou 600 µg par voie orale – <i>Off-label!</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation de 4 PFC / 4 CE / 1 CP (le cas échéant, les faire livrer en salle d'accouchement ou au bloc opératoire) • Si >25 UI d'oxytocine: passer à la SULPROSTONE (puis arrêter l'oxytocine; IV exclusivement; substitution rapide; surveillance de la circulation); posologie: 500 µg dans 500 ml en perfusion continue: diminuer!, c-à-d 3 min à 8,3 ml/min ou 500 ml/h (8,3 µg/min), puis 7 min à 1,7 ml/min ou 100 ml/h (1,7 µg/min), puis encore 0,2-0,4 ml/min ou 10-20 ml/h; max. 1500 µg/j • Administration d'O₂ • Accès IV de gros calibre (≥14-16 G) • Administration adaptée de produits sanguins/de substitution volémique • Envisager système ATS & appareil de transfusion massive

	Perte de sang >1500 ml (~¼ du volume de sang)	Perte de sang >2000 ml
Symptômes	<p>Personnel et expertise suffisants (médecin-chef obst. et médecin-chef anesth.) board hématologique / radiologique?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulation instable (indice de choc [FC/PA_{sys}] >0,9) avec saignement persistant important (signaux d'alarme: UB <-6 mmol/l et lactate >4 mmol/l) 	<p>Suffisamment de personnel et d'expertise? Board hématologique? Embolisation disponible?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choc hémorragique
Obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • ARRÊT DU SAIGNEMENT <ul style="list-style-type: none"> – Laparotomie / clampage vasculaire / compression – Suture de compression / ligature • TAMPONNEMENT <ul style="list-style-type: none"> – avec des hémostyptiques (Celox®, off-label!) / tamponnement par mèches • TAMPONNEMENT PAR BALLONNET intra-utérin <ul style="list-style-type: none"> – Introduction du ballonnet sous contrôle échographique (remplir suffisamment le ballonnet, poursuivre la sulprostone) – Tirer légèrement – Déblocage/retrait du ballonnet après 24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager de manière interdisciplinaire une HYSTÉRÉCTOMIE • SAIGNEMENT PERSISTANT ou RÉCIDIVANT (sous tamponnement par ballonnet ou après son retrait) <ul style="list-style-type: none"> – Le cas échéant nouveau tamponnement par ballonnet («bridging») – Packing – Occlusion aortique par ballonnet – Embolisation (radiologie) • APRÈS L'ARRÊT DU SAIGNEMENT <ul style="list-style-type: none"> – Stabilisation – Surveillance en soins intensifs – retrait du ballonnet après 24 h (le cas échéant après transfert au centre)
Anesthésiologie/Coagulation	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'approvisionnement en O₂, envisager intubation endotrachéale • Préparer la cath. de Shaldon (si nécessaire échog.) / mesure de la pression artérielle • Installer et raccorder le ATS & l'appareil de transfusion massive • Le cas échéant, VASOPRESSEURS (par ex. NORADRÉNALINE, PHÉNYLÉPHRINE ou THÉODRÉNALIN / CAFEDRINE) • Début du traitement anticoagulant selon les conditions et dispositions de la clinique concernée <p>COAGULATION (si diminution des paramètres correspondants):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant FIBRINOGENÈ 30-60 mg/kg PC; Objectif: ≥2-2,5 g/l (A_{5FIB} >12 mm) et / ou • Le cas échéant FXIII 20 UI / kg PC; objectif: activité FXIII >60% • Le cas échéant, PPSB initial 25 UI / kg PC • Pour remplacer le volume de plasma PFC ≥30 ml/kg PC (CE: PFC: CP = 4:4:1) • Si nécessaire, répéter l'ACIDE TRANEXAMIQUE 1 g • Éventuellement (en cas de [suspicion de] thrombocytopathie acquise; seulement après coupe du cordon ombilical) DDAVP 0,3 µg/kg PC pendant 30 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Intubation trachéale • Poser un cath. Shaldon (le cas échéant échographie) / mesure tension artérielle • Préparer un système ATS si volume recueilli >1000 ml • «hybrid approach» si possible (initial. CE:PFC:CP = 4:4:1, puis ciblage le plus rapidement possible, en fonction des paramètres de coagulation / TVE) • «damage control» avec hypotension permissive <p>COAGULATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant envisager FACTEUR RECOMBINANT VIIa initial. 60-90 µg/kg PC (bolus), seulement si >35,0 °C & fibrinogène >1,5 g/l & thrombocytes >50 Gpt/l; le cas échéant répétition de l'administration en cas de saignement persistant après 30 min.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT:

Arrêt de l'hémorragie | Stabilisation hémodynamique | Optimisation de la coagulation

Hémoglobine 7-9 g/dl (4,3-5,5 mmol/l), thrombocytes ≥70-100 Gpt/l, PAM ≥55-65 mmHg, pH ≥7,2, température ≥34 °C, calcium ≥0,9 mmol/l, UB >-6 mEq/l, lactate <4 mmol/l.

GDS: gaz du sang; **ATS:** autotransfusion sanguine (par ex. «Cell Saver®);

TVE: tests viscoélastiques (par ex. ROTEM®, TEGR, ClotPro®, Quantra®)