

PROTOCOLE MÉDICAL

INITIER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉMORRAGIE POST-PARTUM (TROISIÈME STADE DU TRAVAIL)

Direction responsable Direction adjointe du programme Jeunesse - Périnatalité, petite enfance et mission hospitalière

Date d'entrée en vigueur [Choisissez la date](#)

Date de révision 2025-05-07

Période de validité (48 mois)

1. Professionnels habilités

- Médecins.
- Infirmières obstétriques.

2. Conditions cliniques visées

- Usagères en post-partum immédiat.
- Usagères en post-partum présentant un saignement d'un volume supérieur à 500 mL pour un accouchement vaginal et à 1000 mL pour une césarienne.

3. Objectifs généraux

Éviter la morbidité et la mortalité potentiellement importantes en adoptant une approche d'équipe qui met l'accent sur la reconnaissance des facteurs prédisposants, un diagnostic rapide et un protocole de réanimation et de prise en charge organisé et énergique.

3.1 Abréviations

PS : Pertes sanguines.

AVS : Accouchement vaginal spontané.

CS ou C/S : Césarienne.

HPP : Hémorragie post-partum.

TA : Tension artérielle.

4. Précautions particulières

Sans objet.

5. Procédure

5.1 Principes généraux lors d'un accouchement afin de prévenir une hémorragie post partum

- La principale cause de l'hémorragie post-partum est l'atonie utérine.
- Définition d'une hémorragie post partum : Perte Sanguine de 500 mL ou plus lors d'un accouchement vaginal spontané et 1 000 mL ou plus lors d'une césarienne.

Les mécanismes d'adaptation à la perte de sang sont excellents chez les personnes en post-partum et ils peuvent faussement rassurer les fournisseurs de soins.

- Il est important de corriger l'anémie antepartum afin optimiser l'hémoglobine en vue de l'accouchement. (*Guide de pratique clinique de prévention, dépistage et prise en charge de l'anémie durant la grossesse GPR-OB-011*).
- La mesure des pertes sanguines de façon quantitative pour les usagères à haut risque d'hémorragie post-partum est essentielle afin d'optimiser le suivi :
 - Mettre en place un sous-fessier bleu avec pochette transparente graduée dès la naissance du bébé;
 - Utiliser deux poubelles pour le décompte des compresses :
 - 1 poubelle pour les compresses imbibées de salin;
 - 1 poubelle pour les compresses imbibées de sang.
 - Peser les compresses imbibées de sang (balance dédiée) afin d'obtenir une mesure plus exacte des pertes sanguines lors de l'accouchement.

5.2 Principes généraux lors d'une hémorragie post-partum

- Les mesures de réanimation initiales sont les suivantes :
 - S'assurer d'avoir 2 voies IV fonctionnelles;
 - Prendre la saturation en O₂ et des TA;
 - Vider la vessie avec une sonde de Foley;
 - S'assurer de la normothermie de l'usagère;
 - Rétablir la volémie avec un soluté cristalloïde.
- Un cabaret d'hémorragie postpartum doit être présent dans chaque chambre d'accouchement (Annexe B).

5.3 Évaluation des risques d'hémorragie post partum

- Évaluer les « 4 T » (tonus, tissus, trauma, thrombine) (voir tableau dans amproob chapitre sur l'hémorragie post-partum).
- Surveillance et correction de l'anémie :
 - Une anémie (Hb moins de 110 g/L) augmente le risque d'atonie;
 - Correction de l'anémie antepartum selon le : *Guide de pratique clinique de prévention, dépistage et prise en charge de l'anémie durant la grossesse* : GPR-OB-011.

5.4 Interventions afin de réduire les risques d'hémorragie post-partum

5.4.1 Avant la naissance

- Laisser un intervalle sans ocytocine avant la césarienne, si possible, selon la condition clinique. Plus l'intervalle est long entre l'arrêt de l'ocytocine et la césarienne, moins les pertes sanguines sont importantes.
- Le plus grand bénéfice s'observe lorsque l'arrêt de la perfusion d'ocytocine est de plus d'une heure avant la chirurgie, surtout chez l'usagère dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 40.

5.4.2 Au troisième stade du travail

- Prise en charge active du 3^e stade :
 - Prescrire des utérotoniques prophylactiques, tels que :
 - L'Ocytocine :
 - Si l'usagère présente un faible risque d'hémorragie : pas de préférence pour la voie administration;
 - Si l'usagère présente un haut risque d'hémorragie : administration IV recommandée.
 - La Carbétocine : (ocytocine à longue action avec 1/2 vie de 40 minutes)
 - Agent de 1^{ère} intention lors des césariennes.
 - Traction contrôlée sur le cordon en cas de signe de séparation placentaire;
 - Massage utérin à la sortie du placenta.

N.B. : Le contact en peau à peau diminue la durée du 3^e stade.

5.5 Prise en charge lors d'une hémorragie post partum

Se référer à l'algorithme clinique (Annexe C)

- L'infirmière : surveille les signes vitaux (Saturométrie en continue et TA q 2 min) et évalue l'état de conscience jusqu'à ce que l'HPP soit résolue (voir surveillance post HPP au point 5.10) en plus d'administrer la médication prescrite.
- L'équipe médicale initie :
 - Un massage bimanuel et vide la vessie.
 - Prescrit le traitement de l'HPP selon l'évolution de la situation :
 - Options pharmacologiques : se référer au tableau de la médication (Annexe D);
 - Options mécaniques :
 - Ballon de Bakri : 300-500 mL d'eau stérile x 8-48 h (24 h max selon certaines références);
 - Antibiotiques :
 - ✓ 1^{er} choix : Céfazoline 2 g IV aux 6 h;
 - ✓ Alternative : Tobramycine 1,5 mg/kg IV q 8 h et metronidazole 500 mg IV aux 8 h ou tobramycine 1,5 mg/kg IV q 8 h et clindamycine 600 mg IV aux 6 h.
 - Dose maximale de tobramycine = 120 mg IV q 8 h;
 - Ajustement de la dose requis si insuffisance rénale aiguë.
 - Ocytocine en perfusion 6-12 h.
 - ✓ +/- paquetage vaginal PRN.
 - Mèche vaginale en dernier recours.

→ Réévaluation de la source de l'HPP.

A. Rétention placentaire :

- Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander une antibioprophylaxie suite à une extraction manuelle du placenta.

B. Lacérations.

C. Inversion utérine (appeler anesthésiste d'emblée) :

- Laisser le placenta en place si toujours fixé;
- Arrêt utérotonique;
- S'assurer d'avoir une voie IV fonctionnelle, prescrire antibioprophylaxie (céfazoline 2 g IV);
- Manœuvre de Johnson : pousser le fundus vers ombilic;
- Prescrire : nitroglycérine 50 mcg IV suivi de 4 doses additionnelles PRN de 50 mcg q 1 minute (télémetrie en salle d'opération, gestion par l'anesthésiste);
- Autre agent (terbutaline, sulfate de magnésium, gaz anesthésiant).

5.6 Autres interventions médicales possible si persistance des saignements

- Embolisation des artères utérines (stabilité hémodynamique requise).
- Salle d'opération pour :
 - Sutures de compression : B-Lynch;
 - Ligature bilatérale des artères iliaques internes ou des artères utérines;
 - Embolisation des artères utérines ou iliaques internes;
 - Hystérectomie;
 - Tamponnement abdominal :
 - Tamponnement compact du pelvis avec des compresses chaudes et humides, laissées en place x 24-48 h : peut donner le temps nécessaire à corriger les autres facteurs de risques vs facteurs de coagulation.

5.7 Réanimation à tout moment selon le jugement clinique de l'équipe médicale

- Saignement actif :
 - Il n'y a pas de seuil prédéterminé pour effectuer une transfusion sanguine;
 - Il faut aussi envisager le protocole de transfusion massive si HPP sévère ne répondant pas au traitement (Se référer au protocole interdisciplinaire de transfusion massive de son établissement).
 - Produits sanguins :
 - Globules rouges : sang O négatif Kell négatif.
 - ✓ Chaque culot augmente le taux Hb de 10 g/L.
 - ✓ *Cell saver* sécuritaire.
 - Plasma frais congelé (PFC) :
 - ✓ Maintenir PT/INR inférieur à 1,8.
 - Fibrinogène :
 - ✓ Maintenir le fibrinogène à plus de 2,2 g/L.

- Réchauffer l'usagère : couverture chaude, réchauffe-patient, utiliser des solutés chauds pour l'hydratation IV.
- Saignement sous contrôle : Viser Hb de plus de 60 (vs 70 selon la présence ou non de symptômes). Si anémie préexistante, l'usagère peut mieux tolérer un faible taux d'Hb.
- Perte sanguine maximale tolérable (PSMT).
 - $PSMT (mL) = Poids (kg) \times 100 \times (Hb \text{ initial} - 70) / (Hb \text{ initial} + 70) \times 0,5$.
 - Ex. : Poids 80 kg avec Hb de 110 g/L = 3 555 mL.
 - Volume sanguin total circulant en grossesse : 100 mL/kg, mais chez la femme obèse ou hémococoncentrée (ex. : 2^e PE) considérer un volume circulant de 70 mL/kg.
- Bilan :
 - Hb sérié et bilan de coagulation, selon l'évolution clinique.
- Traitement :
 - Fer IV PRN : se référer à l'OPI-PH-005 *Administration intrahospitalière de fer parentéral, fer saccharose (Venofer) et fer isomaltoside (Monoferric)*.
 - Fer PO au congé si Hb inférieur à 100 g/L.

5.8 Médication

Se référer au tableau de médication (Annexe D).

5.9 Surveillance clinique après une hémorragie postpartum

SURVEILLANCE CLINIQUE	AVISER LE MÉDECIN SI
Signes vitaux (TA, pouls, respiration, SpO₂)	
<ul style="list-style-type: none"> • Aux 15 minutes x 4 • Aux 30 minutes x 2 • Aux 1 heures x 2 • Aux 2 heures x 2 • Aux 4 heures x 2 • Aux 8 heures par la suite 	<ul style="list-style-type: none"> • TA ↓ et pouls ↑
Massage expulsif de l'utérus	
<ul style="list-style-type: none"> • Aux 15 minutes x 4 • Aux 30 minutes x 2 • Aux 1 heures x 2 • Puis PRN selon le jugement de l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • Atonie utérine • Utérus mollasse
Saignement	
<ul style="list-style-type: none"> • Aux 15 minutes x 4 • Aux 30 minutes x 2 • Aux 1 heures x 2 • Aux 2 heures x 2 • Aux 4 heures x 2 • Aux 8 heures par la suite 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de sang supérieure à 1 serviette aux 30 minutes • Présence de caillots
État général	
	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse persiste • Pâleur augmentée • Étourdissement • Perte de conscience
Test de laboratoire selon prescription médicale	

6. Sources

- Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO).
- Laurence E. Shield, MD, Suzanne Wiesner, RN; Janet Fulton RN PhD, Barbara Pelletreau RN (2015) Comprehensive maternal hemorrhage protocols reduce the use of blood products and improve patient safety, American Journal of Obstetrics & Gynecology (AJOG).
- Tiré du protocole d'hémorragie post-partum du CHUS 2016.

6.1 Documents complémentaires

- Ordonnance pharmaceutique : gestion active du 3^e stade et gestion de l'hémorragie post-partum (OPI-OB-016)
- Profil pharmaceutique préimprimé non informatisé : Gestion active du 3^e stade et gestion de l'hémorragie post-partum (FDCU-OB-009) disponible dans le DCI (Ariane) section références.
- Protocole interdisciplinaire de transfusion massive (selon votre établissement) disponible dans l'intranet section méthode de soins informatisée (MSI).

7. Processus d'élaboration

7.1 Rédaction

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Roy-Lacroix, Marie-Ève	Médecin	2024-02-10
Bouchard-Richard, Marie-Claude	Médecin	2024-02-10

7.2 Consultation/collaboration

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
	Table de périnatalité à Haut Risque du CIUSSSE-CHUS	2024-05-28
	Table de périnatalité du CIUSSSE-CHUS	2024-05-28

7.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des outils, formulaires et documents d'encadrement clinique
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

8. Processus d'adoption

Nom/Prénom	Signature	Titre/Fonction	Date
Lacerte, Mélanie	Document original signé	CMDPSF	2025-10-07
Chabot, Geneviève	Document original signé	Directrice du programme jeunesse	2025-12-10
Bourgault, Patricia	Document original signé	Directrice des soins infirmiers	2025-12-22

Annexe A - Facteurs de risque

60 % des cas d'HPP présentent au moins 1 facteur de risque ante ou per partum

Tableau 1. Facteurs de risque d'hémorragie post-partum

	Étiologie	Facteurs de risque
Tonus (atonie utérine)	Surdistension utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Hydramnios • Grossesse multiple • Macrosomie
	Épuisement utérin	<ul style="list-style-type: none"> • Travail précipité ou prolongé • Utilisation prolongée d'ocytocine • Grande multiparité • Anesthésie générale • Anémie
	Infection	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture prolongée des membranes • Chorioamnionite
	Activité utérine dysfonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromes • Placenta prævia
Tissus	Rétention de produits de conception	Délivrance incomplète (lobe placentaire accessoire, placenta anormalement adhérent)
Trauma	Lacération cervicale, vaginale, périnéale	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement précipité ou assisté • Extension de l'épisiotomie • Mauvaise position fœtale
	Extension et lacérations à la césarienne	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement avancé • Deuxième stade prolongé • Mauvaise position fœtale
	Rupture utérine	Antécédent de chirurgie utérine
	Inversion utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Nulliparité avec insertion fundique du placenta • Traction excessive sur le cordon
Thrombine	Troubles préexistants	<ul style="list-style-type: none"> • Coagulopathie héréditaire (maladie de von Willebrand, hémophilie) • Purpura thrombotique idiopathique
	Complications de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-éclampsie • Coagulopathie intravasculaire disséminée • Mort fœtale • Infection sévère • Hématome rétroplacentaire • Embolie amniotique
	Facteur iatrogène	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement anticoagulant

Annexe B - Cabaret d'hémorragie post-partum (HPP)

Le cabaret doit être présent dans toutes les chambres ou salle d'accouchement jusqu'au post-partum immédiat et contenir :

- Acétaminophène (Tylenol) 500 mg (2 comprimés);
- Ondansétron (Zofran) 4 mg / 2 ml (1 fiole);
- Lopéramide (Imodium) 2 mg (2 comprimés);
- Acide tranexamique (Cyclokapron) 1 g / 10 mL (2 fioles);
- Seringue de 10 mL (1);
- Aiguille à prélèvement 16 G (1);
- Tubulure primaire (1);
- Tubulure secondaire (1);
- Soluté de NaCl 0,9 % 50 mL (1).

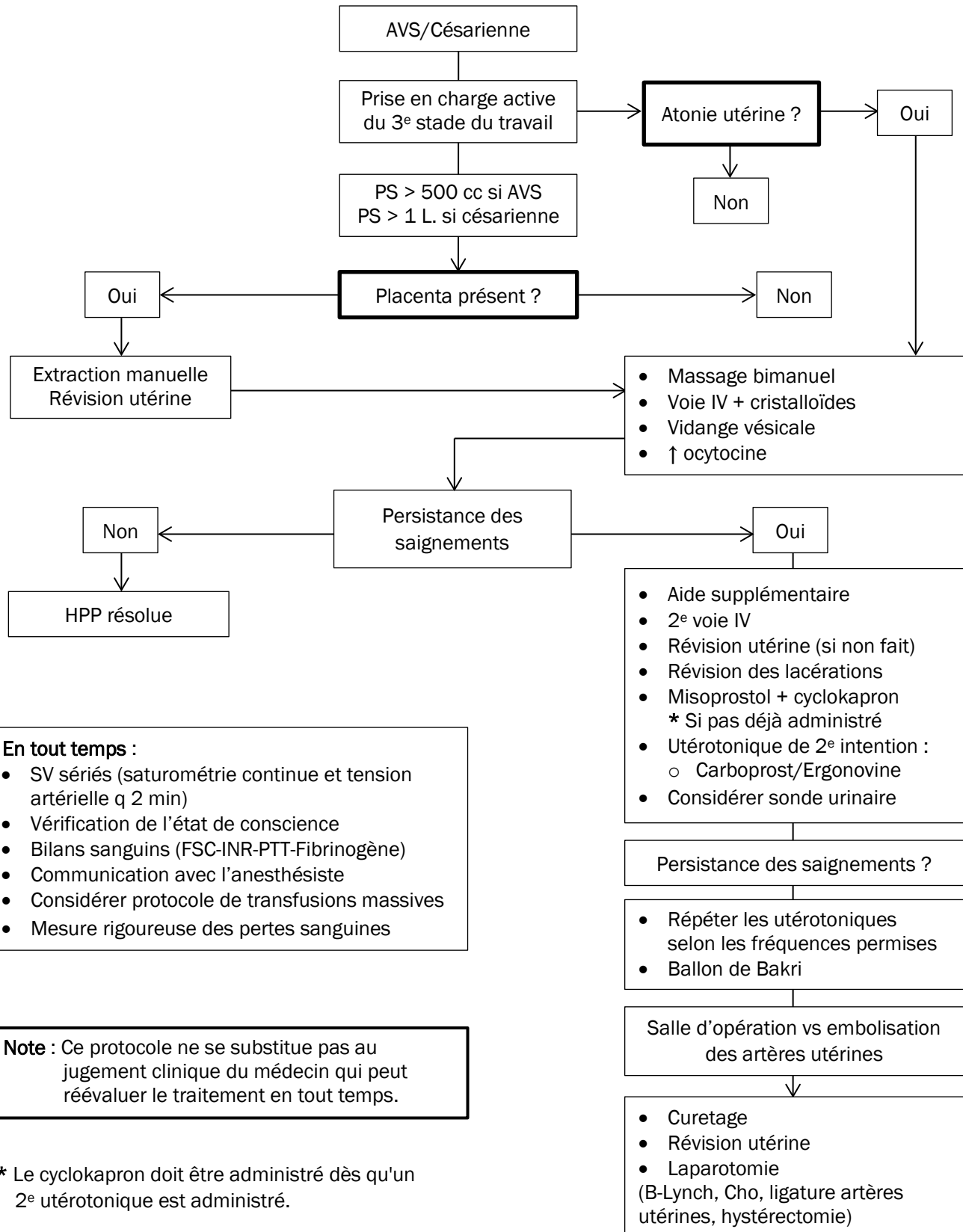
Dans le chariot d'accouchement :

- Ocytocine fiole de 10 unités par 1 mL (10 fioles);
- Misoprostol en comprimé de 200 mcg (5 comprimés).

Dans le ou les réfrigérateurs dédiés sur l'unité :

- Ergométrine (Ergonovine);
- Carboprost (Hemabate).

Annexe C - Algorithme clinique



En tout temps :

- SV sériés (saturométrie continue et tension artérielle q 2 min)
- Vérification de l'état de conscience
- Bilans sanguins (FSC-INR-PTT-Fibrinogène)
- Communication avec l'anesthésiste
- Considérer protocole de transfusions massives
- Mesure rigoureuse des pertes sanguines

Note : Ce protocole ne se substitue pas au jugement clinique du médecin qui peut réévaluer le traitement en tout temps.

* Le cyclokapron doit être administré dès qu'un 2^e utérotonique est administré.

Annexe D - Médication

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	DÉBUT D'ACTION	DURÉE D'ACTION	EFFETS SECONDAIRES ET CONTRE-INDICATIONS
Médicaments 1^{ère} intention (prophylaxie et traitement)				
Ocytocine (Utérotonique)	Prophylaxie 10 unités IM x 1 dose OU 3 unités IV en 30-60 sec. X 1 dose* OU Perfusion [40 unités/L] : 4 unités IV en 5 minutes sur pompe intelligente* *Si haut risque HPP : voie IV	IM : 3-7 min. Bolus IV : 1-2 min. <u>Perfusion</u> : 5 min.	IM : 1-2 h IV : 15-20 min. <u>Perfusion</u> : continue	Effets secondaires : IM : minimales IV : selon dose 1-3 unités : minimales. Plus que 3 unités : proportionnels à la dose : ↑ FC, ↓ PA, sous-décalage segment ST si bolus rapide Un débit de plus de 15 unités/h (375 mL/h) n'apporte aucun bénéfice suite au bolus. <u>Perfusion</u> : rétention hydrique
	Traitement : Perfusion [40 unités/L] : Bolus initial de 4 unités IV en 5 minutes si non reçu. Puis entre 117-250 miliunités/minute (7-15 unités/h) IV, soit 175-375 mL/h IV sur pompe intelligente.			Contre-indications : Aucune
Carbétocine (Duratocin)	100 mcg IM x 1 dose OU 100 mcg IV sur 30-60 sec. x 1 dose Agent 1 ^{ère} intention lors C/S	IM : 3-4 min. IV : 1-2 min.	1 h	Effets secondaires : Similaires à oxytocine 5 unités sur 2 min. Nausées, céphalées
				Contre-indications : Aucune
Acide tranexamique (Cyclokapron) Inhibition fibrinolyse	1 g IV sur 10 minutes Si Tx HPP : possible de répéter aux 30 min. PRN, maximum 2 doses	Quelques minutes	Plus que 2 h	Effets secondaires : nausées, vomissements, diarrhées, céphalées Aucune TEV observée dans les essais cliniques obstétricaux
				Contre-indications : Aucune
Misoprostol (Cytotec) PGE1	200-400 mcg sublingual/PO x 1 dose 800 mcg IR SEULEMENT si aucune autre voie disponible, car faible biodisponibilité	8-11 min., pic à 30 min. IR : 100 min., pic à 75 min.	Sublingual : 3 h PO : 2 h IR : 4 h	Effets secondaires : N/V, diarrhée, frissons Fièvre surtout si dose 600 mcg et plus (Administrer acétaminophène 1 g PO)
				Contre-indications : Aucune
Acide tranexamique et misoprostol peuvent être utilisés en complément d'ocytocine ou carbétocine, mais ils ne les remplacent pas.				
Médicaments 2^e intention traitement HPP				
Carboprost PGF2 alpha (Hémabate)	250 mcg IM ou intramyométrial q 15 min., maximum 5 doses	5 min.	60 min.	Effets secondaires : N/V, fièvre et diarrhée : (Administrer Lopéramide 4 mg PO)
				Contre-indications : Asthme selon sévérité et stabilité de la maladie, car risque de bronchospasme
Ergométrine (Ergonovine)	250 mcg IM (1^{er} choix) aux 2 h, maximum 5 doses 250 mcg IV sur 1 min. (limiter utilisation à HPP très sévère)	IM : 2-5 min. IV : 1-2 min.	120 min.	Effets secondaires : N/V, HTA Si anémie et hypovolémie, risque rare de vasospasme coronarien et d'ischémie myocardique
				Contre-indications : HTA, aortopathie, maladie cardiaque, MCAS et Rx VIH (inhibiteurs protéase ou INTI) et ATB macrolides
Acide tranexamique	Idem ci-haut			
Misoprostol	Idem ci-haut			