

Prévenir et traiter l'hémorragie postpartum

Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2017-10-11
		Révisé	2023-05-31
Installations / Secteurs visés	Unités d'obstétrique		
Outils cliniques associés	Ordonnance individuelle pré-imprimée : Hémorragie postpartum modérée à sévère		

Professionnels visés

- Infirmières¹

¹ Les infirmières habilitées à appliquer l'ordonnance collective doivent avoir reçu la formation nécessaire selon le programme de formation spécifique en obstétrique et postpartum.

Activités réservées

- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique d'accouchement et au suivi postnatal.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Situations cliniques visées / clientèles visées

- Toute cliente en phase active du 3^e stade du travail d'un accouchement par voie vaginale.
- Toute cliente qui présente des signes d'hémorragie postpartum lors d'un accouchement par voie vaginale ou par césarienne.

Intentions thérapeutiques

- Prévenir l'hémorragie postpartum par une prise en charge active du 3^e stade du travail.
- Initier des interventions précoces de prise en charge de l'hémorragie postpartum dans l'attente de directives médicales.
- Assurer une surveillance clinique adéquate après une hémorragie postpartum.

Définitions

Saignement utérin normal :

Saignement intermittent sans filet de sang ni de caillot. A titre indicatif, lorsqu'il est possible de quantifier la perte sanguine, celle-ci est normale si la quantité est inférieure ou égale à :

- 500 mL lors d'un accouchement vaginal ou
- 1000 mL lors d'une césarienne.

Saignement utérin anormal ou signes d'hémorragie postpartum :

Saignement utérin continu et abondant avec ou sans caillot(s).

L'utérus ne se contracte pas fermement malgré le massage utérin. En l'absence d'une prise en charge active, un saignement anormal amène une instabilité hémodynamique.

Indications

Cette ordonnance collective comprend deux sections :

- SECTION A :** Prise en charge active du 3^e stade du travail pour la prévention de l'hémorragie postpartum lors d'un accouchement vaginal.
- SECTION B :** Prise en charge de l'hémorragie postpartum d'un accouchement vaginal ou par césarienne (24 premières heures).

SECTION A : Prise en charge active du 3^e stade du travail pour la prévention de l'hémorragie postpartum lors d'un accouchement vaginal

Contre-indications

- Réaction d'hypersensibilité antérieure à l'ocytocine.

Conditions d'initiation

- 3^e stade du travail d'un accouchement vaginal

Limites / Références au médecin

Aviser le médecin traitant ou de garde:

- Si présence d'un saignement anormal en période postpartum.

Directives

PRÉ- REQUIS : S'assurer d'avoir les médicaments utérotoniques nécessaire au chevet

- 1) Immédiatement après l'expulsion de l'épaule antérieure, administrer l'ocytocine selon les directives du médecin accoucheur qui devra préciser quel sera son choix.
 - **Si absence de directives médicales, initier l'administration d'ocytocine en optant pour l'un des choix suivants selon le jugement clinique infirmier.**
 - Documenter l'utilisation de l'ordonnance collective et rédiger les notes d'observations au formulaire « Dossier obstétrical (AH-270 feuille 5B) ».

CHOIX :

- **Perfusion d'ocytocine 20 unités dans 1000 mL NaCl 0,9% à 150 mL/h**
OU
- **Ocytocine 10 unités IM pour une dose**
OU
- **Ocytocine 3 unités IV (dans 3 mL de NaCl 0,9%) à administrer en 1 à 2 minutes pour une dose**

- 2) Vérifier la hauteur et la consistance du fond de l'utérus immédiatement après l'expulsion du placenta.
 - L'utérus doit être ferme et sa hauteur inférieure ou égale à 0/0.
- 3) Évaluer la quantité de sang perdu à l'accouchement et la noter au dossier sur la feuille 5b (l'installation d'un sac collecteur peut aider à quantifier les pertes sanguines).
 - Perte sanguine normale si inférieure ou égal à 500 mL.

Rédiger les notes d'observations au formulaire « Dossier obstétrical (AH-270 feuille 5B) ».

SECTION B : Prise en charge pour le traitement de l'hémorragie postpartum lors d'un accouchement vaginal ou par césarienne

Contre-indications

- Réaction d'hypersensibilité antérieure à l'ocytocine.

Conditions d'initiation

- Hémorragie qui survient en postpartum d'un accouchement vaginal ou d'une césarienne. Les signes et symptômes d'un saignement anormal ou d'une hémorragie sont :
 - Saignement utérin continu et abondant avec ou sans passage de caillots;
 - Utérus qui ne se contracte pas fermement, malgré le massage utérin;
 - Signes d'instabilité hémodynamique, tel que décrit à l'annexe A.

Limites / Références au médecin

- Après avoir initié les premières interventions, aviser en urgence le médecin traitant ou de garde.

Directives

- 1) Demander de l'aide : tirer la cloche d'urgence au besoin et demander le chariot d'hémorragie postpartum.
- 2) Aviser le médecin traitant ou le médecin de garde.
- 3) Vérifier les signes vitaux : fréquence cardiaque (FC), tension artérielle (TA) et respiration.
- 4) Maintenir le massage utérin jusqu'à ce qu'il soit bien contracté et qu'il y ait présence d'un saignement normal.
Note : Si nécessaire, une compression bi-manuelle de l'utérus peut être effectuée par le médecin.
- 5) Administrer la médication suivante selon l'un des choix suivants :

CHOIX : Accès IV NON disponible	• Ocytocine 10 unités IM pour une dose
Accès IV disponible	• Perfusion d'ocytocine 40 unités dans 1000 mL NaCl 0,9% à 300 mL/h

Notes :

- A) *L'administration d'ocytocine n'est pas efficace dans les 60 minutes qui suivent une césarienne si l'usagère a déjà reçu un médicament utérotonique, la carbétocine (Duratocin), lors de l'intervention chirurgicale.*
- B) *Il est à noter que même si une dose d'ocytocine a déjà été administrée lors du 3^e stade du travail, on peut répéter l'administration d'ocytocine lors d'hémorragie.*
- 6) L'usagère nécessite 2 voies intra-veineuses. Installer chaque accès veineux avec une aiguille du plus gros calibre possible soit #16 ou #18 et administrer via la 2^e voie:
- **Bolus de 500 mL de NaCl 0,9% IV, puis diminuer le débit à 150 mL/h**
- 7) Si l'utérus ne se contracte pas bien, s'il est dévié ou si la hauteur utérine est au-dessus de l'ombilic (ombilic =0/0), installer une sonde urinaire en drainage libre.
- 8) Prendre la FC (pouls) et TA q 15 min. Si saignement anormal, rapprocher la prise de la FC et TA afin d'évaluer si médication utérotonique supplémentaire sera indiquée. Se référer à l'annexe A pour connaître les critères d'instabilité hémodynamique.
- 9) Aviser de nouveau le médecin traitant ou le médecin de garde si un saignement anormal persiste.
- 10) Si le saignement anormal persiste, faire les prélèvements suivants:
- Hb, Ht, PT, PTT et INR
 - Demander 2 unités de sang en réserve (au formulaire AH-238, cocher la case « culot » et indiquer le nombre voulu sur la ligne prévu à cet effet).
- 11) Si le saignement anormal persiste, suivre les directives médicales subséquentes.
- Notes : Pour la prise en charge interdisciplinaire de l'hémorragie postpartum, se référer à :
- l'algorithme de l'annexe B qui présente l'ensemble des interventions lors d'hémorragie postpartum;
 - l'ordonnance individuelle pré-imprimée et la FADM intitulées « Traitement de l'hémorragie postpartum modérée à sévère »;
 - Le médecin doit envisager l'utilisation d'un ballonnet de Bakri, la procédure de transfusion massive et le transfert à la salle d'opération.
- 12) Documenter l'utilisation de l'ordonnance collective au dossier, rédiger les notes d'observation au formulaire « Dossier obstétrical (AH-270 feuille 5B) » et inscrire la médication à la FADM « Hémorragie postpartum modérée à sévère ».

Annexes

Annexe A : Signes et symptômes d'instabilité hémodynamique.

Annexe B : Hémorragie postpartum – arbre de décision

Références

Corporation Salus Global, AMPRO^{OB} / Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux (2016). Lignes directrices révisées. Document consulté à l'adresse : [Https:// securise,amproob.com](https://securise.amproob.com). hémorragie postpartum.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC (2009). Clinical practice guideline - (no.235). Prise en charge active du troisième stade du travail: Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum. Document consulté à l'adresse www.sogc.org

ANNEXE A

SIGNES ET SYMPTÔMES D'INSTABILITÉ HÉMODYNAMIQUE

Choc hypovolémique: Le volume de sang perdu nécessaire pour engendrer une instabilité hémodynamique dépend de l'état de santé préexistant de la femme. La perturbation hémodynamique est plus susceptible de se produire dans le contexte d'affections comme l'anémie (p. ex. carence en fer, thalassémie) ou la perte volumique (p. ex. déshydratation, prééclampsie).

TABLEAU 3				
CLASSIFICATION DU CHOC HÉMORRAGIQUE ^{1,5,16}				
	Compensé	Léger	Modéré	Sévère
Perte de sang (mL)	≤ 1000	1000–1500	1500–2000	>2000
Fréquence cardiaque (bpm)	<100	>100	>120	>140
Tension artérielle	Normale	Changement orthostatique	Baisse marquée	Baisse considérable
Remplissage capillaire	Normal	Peut être retardé	Généralement retardé	Toujours retardé
Respiration	Normale	Légère augmentation	Tachypnée légère	Tachypnée marquée : collabage du poumon
Débit urinaire (mL/h)	>30	20–30	5–20	Anurie
État mental	Normal ou agité	Agité	Confus	Léthargique, insensible

Source : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC (2002) Directives cliniques (no.115). Choc hémorragique. Document consulté à l'adresse www.sogc.org

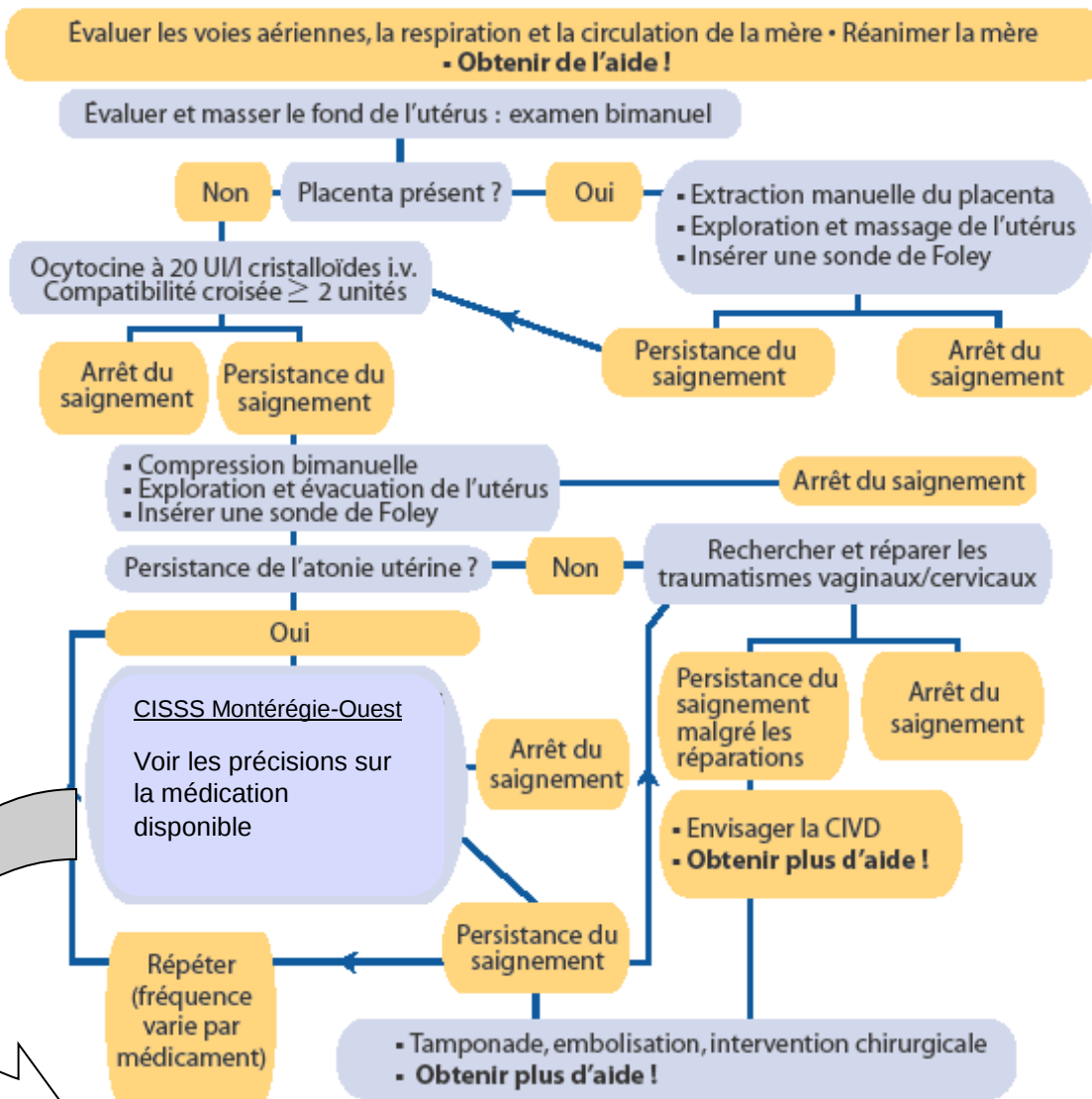
INDICE DE CHOC OBSTÉTRICAL

L'indice de choc obstétrical est une méthode supplémentaire utile pour prédire le risque d'instabilité hémodynamique chez l'accouchée. Un résultat > 1 indique la possibilité d'un choc obstétrical.

	Fréquence cardiaque (pouls)	
Calcul :	$\frac{\text{Fréquence cardiaque (pouls)}}{\text{TA systolique}}$	Résultat > 1

Un résultat > 1 indique la possibilité d'un choc obstétrical.

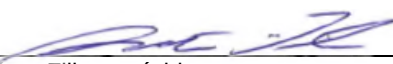
Hémorragie post-partum Arbre de décision



- Oxytocine 40 unités/1000mL IV en perfusion jusqu'à 1000 mL/h
- Ergonovine 0,25 mg/mL, 1 mL IM q 15 min. (max. 2 doses)
- Carboprost (Hémabate) 250 mcg/mL, 1 mL IM q 15 min. (max. 8 doses)
- Misoprostol 200 mcg/co, 4 co (800 mcg) IR ou 2 co (400 mcg) sub-lingual
- Acide tranexamique 100 mg/mL, bolus 10 mL IV en 10 minutes

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Marie-Hélène Faille, conseillère-cadre au développement des outils cliniques, DSIEUSI	2017-05-25
	Mélanie Guérin, infirmière au soutien clinique, Pavillon de naissances, Hôpital Anna-Laberge, DJASP	2017-05-25
	Dre Caroline Lavoie, gynécologue obstétricienne, Pavillon de naissances, Hôpital Anna-Laberge	2017-05-25
	Catherine Leblanc, infirmière, assistante au supérieur immédiat, Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît, DJASP	2017-05-25
	Dre Jocelyne Paulin, médecin omnipraticien, Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît	2017-05-25
Révisé par	N/A	
Personnes consultées	Dr Roupen Bedrossian, gynécologue obstétricien, Adjoint-chef du département obstétrique -gynécologie	2017-05-25
	Sébastien Bérubé Couture, chef de service biologie médicale- pôle Ouest, par intérim	2017-05-29
	Josée Conesa, pharmacienne	2017-05-12
	Marie-Josée Gaboury, Chef de programmes, Pavillon de naissances, Hôpital Anna-Laberge	2017-05-25
	Céline Lévesque, Chef de programmes Centre mère-enfant Hôpital du Suroît	2017-05-25
	Marie-Eve St-Aubin, coordonnatrice de la banque de sang, Hôpital du Suroît	2017-05-29
	Philippe Jalbert, assistant en hématologie, Hôpital Anna-Laberge	2017-05-29
	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques, intérim	2017-09-21

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre Josée Hébert, chef de département obstétrique -gynécologie	2017-09-25
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2017-06-21

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaetan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-03-13
	 Dre Élise Gilbert, présidente Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2023-05-31

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
Ancienne composante Jardins-Roussillon	Ordonnance collective : Prévention et prise en charge d'une hémorragie post partum (HPP)- 2011