



MATERNITE		Procédure n° : MAT P0044
<i>Responsable</i> : Dr P RAYNAL Dr MC JACQUEMOT Dr F BOUTOT <i>Fonction</i> : Praticien Hospitalier <u>signature</u>	<i>Approbateur</i> : Dr P. PANEL <i>Fonction</i> : Chef de Service <u>signature</u>	Version : 4 Mise à jour : 26/04/2013 Date de création : 06/10/2005 <u>Liste de diffusion</u> : salle de naissance
UTILISATION DU <u>NALADOR</u>® 500µg DANS L'<u>HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE</u>		

Le traitement devra être débuté le plus tôt possible après élimination des autres causes d'hémorragie du post-partum et après constatation de l'inefficacité de l'ocytocine. L'utilisation du Nalador® n'est envisagée qu'après s'être assurée de la vacuité utérine (DA et/ou RU) et de l'absence de lésions de la filière génitale (examen du col sous valves).

Chef d'obstétrique **ET** Anesthésiste prévenus

Le contenu d'une ampoule doit être dissout, soit dans 500 ml de solution isotonique de chlorure de sodium pour perfusion IV, soit dans 50 ml de solution pour perfusion IV à la seringue électrique. **Ne pas injecter en bolus.**

La vitesse de perfusion initiale de la première ampoule sera laissée à l'appréciation de l'obstétricien, elle pourra être instituée d'emblée à des valeurs allant de 10ml/h à 50 ml/h.

Si l'hémorragie ne cesse pas ou ne diminue pas rapidement à un débit < 50 ml/h (dans le ¼ d'heure suivant la mise en place du Nalador®), la vitesse de perfusion de la première ampoule pourra être augmentée jusqu'à ce maximum 50 ml/h.

Lorsque l'effet thérapeutique est atteint, la vitesse de perfusion peut être ramenée progressivement à un niveau dit d'entretien de 10 ml/h, jusqu'à la fin de la première ampoule.

Dans tous les cas il faut réévaluer au moins à 30 min pour adapter le traitement, cette réévaluation est clinique et biologique.

Si après 30 minutes de perfusion de Nalador® à dose maximale 50 ml/h, il n'est pas noté d'amélioration ou si la situation s'aggrave, il faut envisager une solution d'embolisation ou de chirurgie.

Il est possible d'administrer un relais par une ampoule de Nalador® à perfuser en IVSE sur 5 heures (soit un débit de 10 ml/h).

Perfusion maximale de 3 ampoules de Nalador® sur 24 heures (soit 1500 µg/24 h).

Par la suite, un relais sera systématiquement réalisé avec une perfusion de Syntocinon (10 à 20 UI dans un glucosé 5% à passer sur 2 heures).

Dans le cas où le risque vital maternel peut être mis en jeu, les contre-indications du Nalador deviennent relatives et ne doivent pas retarder la mise en place du traitement.

Contre-indications au Nalador®

- Antécédents et affections cardiovasculaires (angine de poitrine, syndrome ou maladie de Raynaud, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle).
- Lésions cardiaques préexistantes (même en l'absence de signes de décompensation).
- Bronchite asthmatiforme aiguë ou antécédents d'asthme sévère.
- Antécédents thromboemboliques (embolie pulmonaire, phlébite).
- Troubles graves de la fonction hépatique ou rénale.
- Diabète décompensé.
- Antécédents comitiaux.
- Glaucome.
- Thyrotoxicose.
- Colite ulcéreuse, ulcère gastrique.
- Thalassémie, drépanocytose.
- En association avec la méthylergométrine.

Références :

Vidal 2007 (disponible en intra net au CHV)

Recommandations pour la pratique clinique. « Hémorragies du post-partum immédiat ». CNGOF. Décembre 2004

