



# CHOC HEMORRAGIQUE PER et/ou POST-OPERATOIRE



## CONFIRMER et RECHERCHER ORIGINE SAIGNEMENT : évaluer et anticiper

- Défaillance hémodynamique
- Chute Hb (parfois retardée)
- Hémorragie extériorisée ou non :
  - En perop : Aspiration, Communication avec chirurgien
  - En postop : Redon ? Echo ? TDM ?

- Éliminer autres causes choc
- HPP : cf aide-cognitive spécifique

## Appel à l'aide

### PRIORITE : ARRÊTER LE SAIGNEMENT

- Hémostase chirurgicale ?
- Compression si site accessible ?
- Radiologie interventionnelle ?

### FAIRE

- 2 VVP de bon calibre (14 ou 16 gauges) (si échec : KT intraosseux, KT central )
- Prélever groupes, Rhésus, RAI, NFS, Hémostase, fibrinogène, lactate artériel...
- Contact EFS / Activation procédure locale de transfusion massive

### TRAITER = HÉMODYNAMIQUE ET COAGULATION

- Remplissage vasculaire (accélérateur réchauffeur) cristalloïdes
- Oxygénothérapie +/- ventilation artificielle
- Noradrénaline IVSE pour objectif de pression artérielle
- Transfusion :
  - CGR (prescription en urgence vitale immédiate si besoin)  
Puis précocement en fonction objectifs et vitesse saignement :
    - Ratio PFC/CGR 1/1 à 1/2
    - Plaquettes et fibrinogène (3 g) précoces
- Acide tranexamique 1 g IV sur 10 min puis 1 g IVSE sur 8 h
- Récupération peropératoire

#### Objectif de pression artérielle

- PA MOYenne entre 60 - 65 mmHg ou PA SYSTolique  $\geq$  80 mmHg (hémorragie incontrôlée)

#### Objectifs transfusionnels

- Hb 7 à 9 g/dL
- rTCA < 1,5 - TP > 40% - rTQ < 1,5
- Plaquettes > 50 G/L (100 G/L si hémorragie incontrôlée)
- Fibrinogène  $\geq$  1,5 à 2 g/L

### TRAITER/SURVEILLER

- Lutter contre hypothermie
- Maintenir Calcium ionisé 1,1 à 1,3 mmol/L (Chlorure de calcium 1g IV)
- Monitorage hémodynamique (PA invasive, Débit cardiaque non /mini invasif, VPP, sondage vésical, VVE...)
- Bilans biologiques répétés (hémoglobine, hémostase, fibrinogène, lactate artériel, GDS...)
- Penser à l'antibioprophylaxie si indiquée
- Avis centre de recours et discuter techniques chirurgicale et interventionnelle de sauvetage
- En dernier recours : rFVIIa (Novoseven®)

### CAS PARTICULIER- NEUROCHIRURGIE

#### Objectif de pression artérielle

- PA MOYenne 60 à 80 mmHg en fonction de la situation chirurgicale

#### Objectifs transfusionnels

- Hb  $\geq$  10 g/dL
- rTCA < 1,5 - TP > 60% - rTQ < 1,2
- Plaquettes  $\geq$  100 G/L
- Fibrinogène  $\geq$  1,5 à 2 g/L

#### CAS PARTICULIERS - Patient sous : (CCP= concentrés de complexe prothrombinique)

- AVK : CCP 25 UI/kg IV (+ 10 mg vitamine K) pour objectif INR < 1,5 (1,2 si Neurochirurgie)
- Anticoagulant oral direct : intérêt du dosage des AOD - antagoniste spécifique (si dabigatran : idarucizumab 5 g IV) - sinon : CCP 25 à 50 UI/kg IV
- Antiagrégant plaquetttaire : Discuter transfusion plaquetttaire si clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor (mais inefficace si prise ticagrelor < 12h)
- Pas de CCP en dehors de la réversion des anticoagulants

Références : RFE 2014 : choc hémorragique : <http://sfar.org/recommandations-sur-la-reanimation-du-choc-hemorragique/>

RFE 2024 : gestion de l'anticoagulation dans un contexte d'urgence : <https://sfar.org/gestion-de-lanticoagulation-dans-un-contexte-durgence/>

Management of severe perioperative bleeding Guideline from the European society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2023; 40: 226-304.