



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)
- ☐ Monitoring 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 plaquettaire : Discuter transfusion plaquettaire 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.