



CHOC HEMORRAGIQUE post TRAUMATIQUE

Appel à l'aide

CONFIRMER et RECHERCHER ORIGINE SAIGNEMENT : évaluer et anticiper

- Shock index = FC/PAS (>1 = sévère), Baisse Hb (parfois retardée)
- Hémorragie extériorisée ou non
- Eliminer autres causes choc

ANTICIPER

- Déchocage prêt
- Matériel prêt (check-list)
- Equipe alertée (chirurgien, radiologue)

PRIORITE : ARRÊTER LE SAIGNEMENT

- Compression/garrot si site accessible (noter l'horaire)
- Pansement hémostatique / suture (scalp)

- Ceinture pelvienne si trauma pelvien
- Bloc direct ?
- Ballon d'occlusion intra-aortique ?

FAIRE

- 2 VVP de bon calibre (14 ou 16 gauges) (si échec : KT intraosseux)
- Prélever groupes, rhésus, RAI, NFS, hémostase, fibrinogène, lactate artériel, biologie délocalisée si disponible
- Contact EFS / Activation procédure locale de transfusion massive
- KTA/KTC sans retarder la prise en charge

TRAITER = HÉMODYNAMIQUE ET COAGULATION

- Remplissage vasculaire (accélérateur réchauffeur) : Stratégie restrictive, cristalloïdes en priorité (pas de soluté hypotonique si Trauma Crânien Grave)
- Oxygénation
- Noradrénaline IVSE pour objectif de pression artérielle
- Acide tranexamique 1 g IV sur 10 min puis 1g IVSE sur 8h (1^{ère} dose < 3h)
- Transfusion :
 - Ratio PFC ou PLYO/CGR 1/1 à 1/2
 - Plaquettes (dès la 2^{nde} commande PSL)
 - Fibrinogène (50 mg/kg)

ABSENCE de Trauma Crânien

Objectif PA SYSTolique ≥ 80 mmHg

Objectifs transfusionnels : Hb 7-9 g/dl

- Ratio TCA < 1,5, TP > 40%, INR < 1,5
- Plaquettes > 50.10⁹ (100.10⁹ si saignement non contrôlé)
- Fibrinogène ≥ 1,5-2g/dl

PRESENCE Trauma Crânien Grave (GCS ≤ 8)

Objectif PA MOYenne ≥ 80 mmHg

Objectifs transfusionnels : Hb ≥ 10 g/dl

- Ratio TCA < 1,5, TP > 60%, INR < 1,2
- Plaquettes ≥ 100.10⁹
- Fibrinogène ≥ 1,5-2g/dl

Evaluer

BodyTDM

OUI

HEMODYNAMIQUE STABILISEE ?

NON

- Chirurgie ? Bloc direct ?
- Radiologie interventionnelle ?
- BodyTDM ?

PENSER A: TRAITER/SURVEILLER

- Lutter contre hypothermie
- Maintenir Calcium ionisé 1,1 – 1,3 mmol/L (Chlorure de calcium 2 g IV)
- Monitoring hémodynamique (PA invasive, KT central...)
- Bilans biologiques répétés (Hb, hémostase, fibrinogène, lactate artériel, GDS...), intérêt biologie délocalisée
- rFVIIa si incontrôlé malgré traitement bien conduit : 100 µg/kg IV (pas en 1^{er} intention, renouvelable)
- Penser à l'antibiothérapie si indiquée

CAS PARTICULIERS – Patient sous:

(CCP= concentrés de complexe prothrombinique)

- AVK: CCP 25 UI/kg IV (+ 10mg vitamine K) pour objectif INR < 1,5 (1,2 si Trauma Crânien)
- Anticoagulant oral direct: antagoniste spécifique (si dabigatran : idarucizumab 5 g IV) selon dosage AOD sinon : CCP 50 UI/kg IV
- Antiagrégant plaquettaire : Discuter transfusion plaquettaire si clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor (mais inefficace si prise ticagrelor < 12h)

Préparation d'un produit ou médicament lyophilisé (Plyo / concentrés de fibrinogène / CCP)

1. **Perforer** la bouteille d'eau pour préparation injectable avec le système de transfert



2. **Retourner** la bouteille d'eau avec le système de transfert pour perforer le flacon de poudre



3. **Mélanger** par agitation la poudre et l'eau

4. **Retirer** le flacon d'EPPI vide et le système de transfert

5. **Administer** dès dissolution du lyophilisat et après avoir connecté un perfuseur avec filtre (transfuseur si PLYO)

6. **A administrer** immédiatement

Cas particulier du PLYO : à transfuser immédiatement ou au plus tard dans les 6h



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

The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: 5 edition. Crit Care. 2019

<https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3>

RPP 2020 – Indications de transfusion de plasmas lyophilisés <https://sfar.org/indications-de-transfusion-de-plasmas-lyophilises-plyo-chez-un-patient-en-choc-hemorragique-ou-a-risque-de-transfusion-massive-en-milieu-civil/>