

Référence : UF2300/44.a	<b>Titre : Choc hémorragique de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'accueil des urgences</b>	Page : 1/7 Date d'émission : 05/10/2022 Date dernière révision :
<b>Rédaction :</b> Nom : GRAVEROT Mélodie Fonction : Interne de MAR	<b>Vérification :</b> Nom : FREMERY Alexis Fonction : CCU - AH	<b>Vérification :</b> Nom : DESCHAMPS Camille Fonction : PHC
<b>Approbation :</b> Nom : PUJO Jean Fonction : Chef de service	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b> SECK Alexandre (PHC) - Cisse Atoumane		<b>Visa qualité :</b>
<b>Services concernés par application :</b> Service d'Accueil des Urgences, SAMU, SMUR		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		



## I- OBJET

Reconnaître et prendre en charge un état de choc hémorragique.

## II- PERSONNES CONCERNÉES

Personnel médical et paramédical des urgences et du SAMU-SMUR.

## III- TEXTE DE REFERENCE

- (1) RFE SFAR/SFMUSRLF sur la prise en charge du choc hémorragique 2014
- (2) Actualisation RFE SFAR 2015
- (3) Prise en charge du choc hémorragique en réanimation - SRLF - Réanimation (2008) 17, 153—161

## IV- GENERALITES

Le choc hémorragique est défini par la présence d'un état de choc associé à un saignement, extériorisé ou non. Il associe une hypotension artérielle avec des signes d'hypoxie tissulaire et organique (oligurie, marbrures cutanées, extrémités froides, cyanose, troubles de conscience) et une perte sanguine.



Référence : UF2300/44.a	Titre : <b>Choc hémorragique de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'accueil des urgences</b>	Page : 1/7 Date d'émission : 05/10/2022 Date dernière révision :

Les étiologies les plus fréquentes regroupent les hémorragies digestives, obstétricales et les polytraumatismes.

Les priorités de la prise en charge du choc hémorragique sont de déterminer l'origine et de contrôler le saignement au plus vite.

En parallèle, une réanimation intensive doit être entreprise précocement afin de limiter la survenue du syndrome de défaillance multiviscérale lié à la prolongation de l'état de choc.

## V- DESCRIPTION

### 1. Prise en charge préhospitalière

#### ➤ Contrôle du saignement.

- Mise en place d'un **garrot**, compression, ceinture pelvienne, ...
- **Acide tranexamique 1g en bolus IV sur 10 min + 1g/8h au PSE** (si indication ).

#### ➤ Stabilisation hémodynamique.

- Allongement du patient et surélévation des membres inférieurs (position déclive)
- Monitoring + **Hémocue** ( à répéter)
- **Deux (02) VVP de gros calibres (+ NFP ; GSRH)** si impossible KT osseux
- **Remplissage vasculaire par cristalloïde : NaCl 0,9% ou Ringer Lactate débit libre jusqu'à 1L**

Utilisation d'HEA possible si cristalloïde seul jugé insuffisant.

- **Hypotension permissive:**

Objectifs : PAS **80-90 mmHg**, PAM **60-65 mmHg** en l'absence de TC grave.

Si TC grave (**GSC < 9**) : objectif de **PAM ≥ 80 mmHg**.

⇒ Il faut éviter la dilution des facteurs de coagulation et l'hypothermie\* causée par un remplissage excessif.

- Recours **précoce** à la **NORADRENALINE** si PAS < 80 mmHg malgré remplissage (> 1000-1500 mL), sur VVP dans l'attente d'une VVC.

#### ➤ Mesures complémentaires

- Lutte contre l'hypothermie
- Contrôle des voies aériennes, oxygénothérapie



Référence : UF2300/44.a	Titre : <b>Choc hémorragique de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :	Page : 1/7
	<b>Service d'accueil des urgences</b>	Date d'émission : 05/10/2022 Date dernière révision :

- Evacuation vers l'hôpital
- Transport rapide vers structure hospitalière
- Orientation Selon la stabilité hémodynamique : SAUV/Réanimation ou transfert Bloc opératoire d'emblée.

## 2. Prise en charge hospitalière générale

*/!\ Commande des produits dérivés du sang dès diagnostic de choc hémorragique /!\*  
**Numéro Dépôt d'urgence vitale : 7788**

- conditionnement
  - Pose d'une VVC (PSL, remplissage, amines) et d'un KTA et Sonde vésicale .
  - La pose des voies ne doit pas retarder la prise en charge étiologique et thérapeutique du saignement.
- Hémodynamique
  - Restriction du remplissage au strict nécessaire pour PAM 60-65mmHg ( $\geq 80$  mmHg si TC grave).
  - Cristalloïde en première intention, HEA si insuffisant.
  - Poursuite ou instauration de NAD si remplissage insuffisant.
- Hématologique
  - NFS + Coag + Groupage + RAI à l'arrivée.
  - Transfusion de **CGR** pour objectif **Hb 7-9 g/dL, (10g/dL si TC grave)**
  - Contrôle précoce de la coagulopathie :
    - Poursuite (ou instauration) d'**acide tranexamique** : **Bolus 1g/10 min IV puis 1g/8h IVSE.**
    - Administration de **concentré de fibrinogène** pour objectif **fibrinogénémie > 1.5 g/L.** Dose initiale **3g**
    - Transfusion de **PFC** précoce, idéalement en même temps que les CGR. Ratio PFC:CGR entre 1/1 et 1/2. Objectif **TP > 40% (> 50% si TC grave).**
    - Transfusion de **CUP** : objectif **plaquettes > 50 G/L (> 100 G/L si TC grave).** Transfusion possible si TC grave sous Ticagrélor ou Prasugrel.
  - **Transfusion massive : 4CGR/4PFC/1CUP** ou 4CGR/3PFC/1CUP ou 4CGR/2PFC/1CUP.
  - Contrôle du calcium ionisé en cas de transfusion massive et **correction d'une hypocalcémie (objectif Ca<sub>i</sub> > 0.9 mmol/L).**
  - Patient sous anticoagulant :
    - Patient traité par **AVK** : administration précoce de **CCP 25UI/kg + VIT K 10 mg.**
    - Patient traité par **AOD** : Antidote spécifique ou, **CCP 50UI/kg** ou **FEIBA 30-50 UI/kg,** renouvelable 1 fois à 8h d'intervalle.



Référence : UF2300/44.a	Titre : <b>Choc hémorragique de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'accueil des urgences</b>	Page : 1/7 Date d'émission : 05/10/2022 Date dernière révision :

- Mesures complémentaires
- Lutte contre l'**acidose**.
- Lutte contre l'**hypothermie**.
- Lutte contre l'**hypoxie**
- **Monitoring du lactate** pour apprécier le degré d'hypoxie tissulaire.

### 3. Prise en charge spécifique

#### ➤ **Saignement traumatique**

- Patient stable :

**FAST écho**, en même temps que la pose des KT.

**BodyTDM** en urgence : localisation du des saignements.

Contrôle du saignement par **chirurgie** ou **radio-embolisation**.

- Patient instable :

**Bloc opératoire en urgence** après Fast écho sans TDM préalable.

Stratégie de **damage control** : stopper l'hémorragie par un geste le plus rapide possible. Compléter la chirurgie dans un 2<sup>nd</sup> temps, une fois le patient stable hémodynamiquement, normotherme, avec une coagulation normale.

#### ➤ **Saignement digestif**

- Hémorragie digestive haute :

Traitement **endoscopique : FOGD en urgence (DECT : 37 08)**

En cas d'échec de contrôle du saignement, discussion entre gastroentérologue et chirurgiens.

Acide Tranexamique non indiqué

- Hémorragie digestive basse :

**TDM AP** pour localiser l'origine du saignement.

Prise en charge **chirurgicale** ou **endoscopique** selon localisation : discussion entre gastroentérologue et chirurgien.

#### ➤ **Hémorragies gynéco-obstétricales :**

En fonction voie d'accouchement :

Embolisation ou

Ligature chirurgicale des pédicules vasculaires ou

Hystérectomie



Référence : UF2300/44.a	Titre : <b>Choc hémorragique de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>Service d'accueil des urgences</b>	Page : 1/7 Date d'émission : 05/10/2022 Date dernière révision :

## VI- ANNEXES

### 1. Etiologies des chocs hémorragiques

Cause	Pathologies
Appareil digestif	<i>Hémorragies digestives hautes</i> ulcères gastroduodénaux rupture de varices gastrites aiguës <i>Hémorragies digestives basses</i> hémorroïdes tumeurs rectocoliques diverticulose colique
Traumatisme	Plaies externes Plaies des gros vaisseaux Fractures d'organes pleins
Gynéco-obstétricales	Placenta praevia Atonie utérine Hématome rétroplacentaire Grossesse extra-utérine
Appareil respiratoire	Cancer bronchopulmonaire Dilatation des bronches Aspergillome Tuberculose Embolie pulmonaire
Anévrisme de l'aorte Coagulopathies Surdosage en anticoagulant	

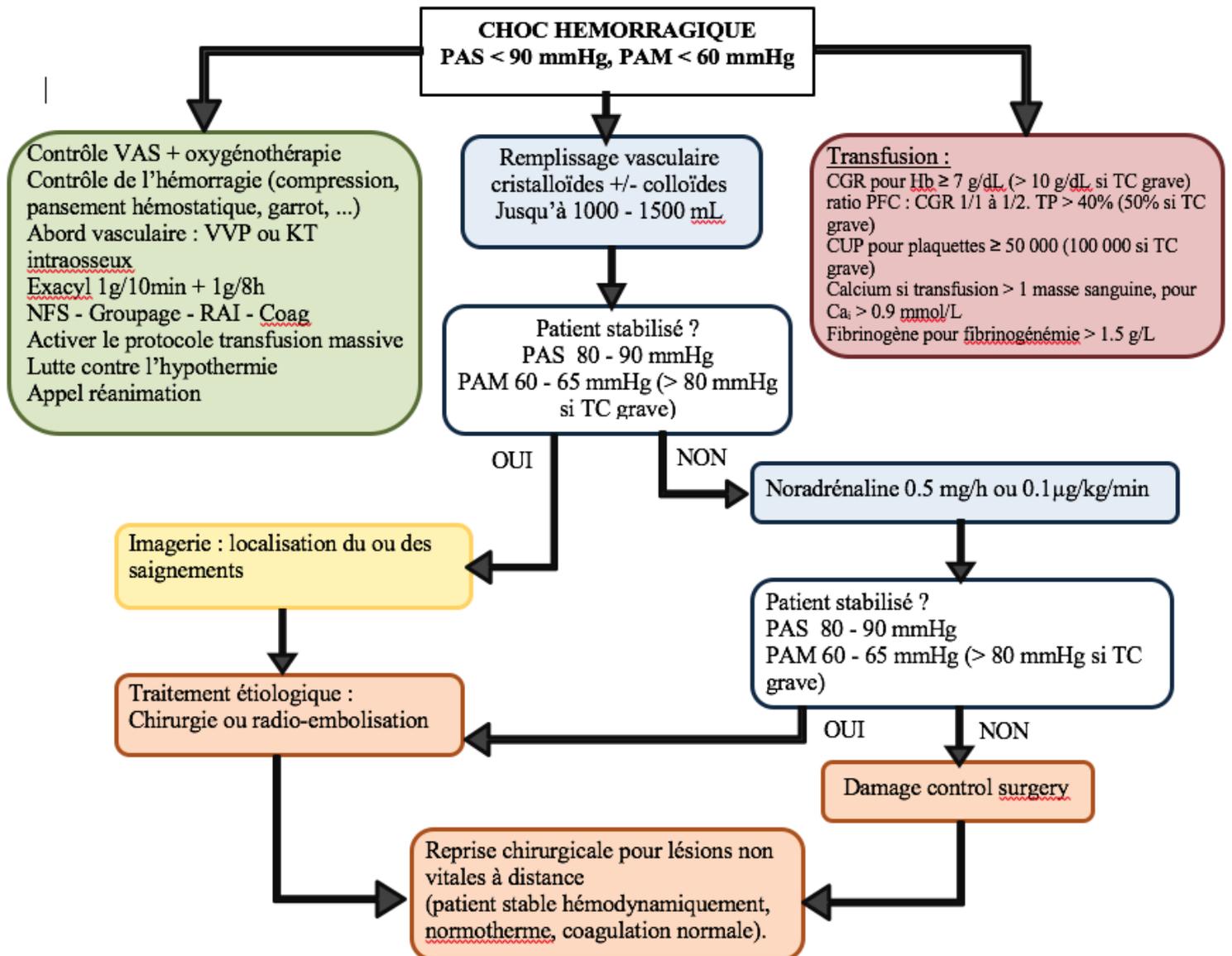
### 2. Classification des hémorragies selon sévérité

**Tableau 2** Classification de l'Advanced Trauma Life Support de l'American College of Surgeons [9].

Sévérité de l'hémorragie	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perte sanguine (mL)	< 750	750–1500	1500–2000	> 2000
Fréquence cardiaque (bpm)	< 100	> 100	< 120	> 140
Pression artérielle	Normale	Normale	Diminuée	Diminué
Pression pulsée (mmHg)	Normale	Diminuée	Diminuée	Diminuée
Fréquence respiratoire	14–20	20–30	30–40	> 40
Débit urinaire (mL/h)	> 30	20–30	5–15	Négligeable
Statut mental	Légèrement anxieux	Anxieux	Confus	Somnolent



### 3. Algorithme prise en charge choc hémorragique



Référence : UF2300/44.a	Titre : <b>Choc hémorragique de l'adulte aux urgences et en SMUR</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>Service d'accueil des urgences</b>	Page : 1/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 05/10/2022 Date dernière révision :

#### 4. Aide cognitive pour le choc hémorragique en pré hospitalier (SFAR/SFMU)

