# CHOC HÉMORRAGIQUE POST TRAUMATIQUE CHEZ L'ADULTE/ENFANT

**CONFIRMER / ÉVALUER / ANTICIPER**

- **Hémorragie extériorisée ou non**

- **Appel à l'aide**
- Activation procédure choc hémorragique
- **Prévenir EFS / chirurgiens / anesthésistes**

- « Cavités » de saignement internes :
  - FAST écho
  - Radio Bassin
  - Radio Thorax

**Score Red flag ≥ 2 = suspicion++**
- Shock Index (FC/PAS) ≥ 1
- PAM ≤ 70 mmHg
- $Hb_{cap}$ ≤ 13 g/dL
- Bassin instable
- IOT préhospitalière

**Diagnostics différentiels : autres causes de chocs**

- **Priorité = arrêter le saignement :**
  - Mesure d'hémostase externe (compressif, points, garrot…)
  - Ceinture pelvienne si instable
  - Hémostase chirurgicale
  - Radiologie interventionnelle
- **2 VVP** bon calibre (si échec : intraosseuse)
- KTA / KTC (bon calibre) sans retarder l'hémostase si urgente
- **Prélever** groupes **ABO, Rhésus, RAI** (urgence) puis NFS, hémostase, fibrinogène, lactate artériel

**RÉANIMATION HÉMODYNAMIQUE et COAGULATION**
- **Remplissage vasculaire :** stratégie restrictive (en accord avec les objectifs de PA), cristalloïdes, accélérateur-réchauffeur, pas de soluté hypotonique si TC grave
- **Oxygénation adéquate**
- **Noradrénaline IVSE précoce pour objectif de pression artérielle**
- **Acide tranexamique** 1g IV sur 10 min puis 1g IVSE sur 8h (1re dose < 3h du trauma)
- **Transfusion selon objectifs**
  - Ratio PFC (ou PLYO)/CGR = 1/1 à 1/2
  - Fibrinogène (25-50 mg/kg)
  - Plaquettes pour ratio UP/CGR à 1/1 (-> 4 UP pour 4 CGR)

**Trauma Crânien grave (GCS ≤ 8) ?**

**NON**

**Objectif pression artérielle**
- **PAS entre 80-90 mmHg**

**Objectifs transfusionnels**
- Hb 7-9 g/dL
- Ratio TCA < 1,5, TP > 40%
- Plaquettes > 50 G/L (100 G/L si incontrôlée)
- Fibrinogène ≥ 1,5 g/dL

**OUI**

**Objectif pression artérielle**
- **PAM ≥ à 80 mmHg**

**Objectifs transfusionnels**
- Hb > 7-9 g/dL
- Ratio TCA < 1,5, TP > 60%
- Plaquettes ≥ 100 G/L
- Fibrinogène ≥ 1,5 g/dL

- **Lutter contre hypothermie**
- **Maintenir Calcium** ionisé à 1,2 mmol/L (Chlorure de calcium 1g IV)
- Monitorage hémodynamique et abord veineux central (PA invasive, KTC…)
- **Réévaluer la coagulopathie et l'acidose** (Hb, hémostase, fibrinogène, lactate, GDS…) (Intérêt de la biologie délocalisée + tests viscoélastiques)
- Antibiothérapie si indiquée
- Si hémorragie incontrôlée : avis centre de recours pour conseils de prise en charge
- rFVIIa si incontrôlé malgré traitement bien conduit : 100 µg/kg IV (jamais en 1re intention)

**Patient répondeur à la réanimation ?**

**NON**

Hémostase immédiate
Chirurgie damage control ?
Radiologie interventionnelle ?

**OUI**

Body TDM

*Suite page suivante* ➔