



# CHOC HEMORRAGIQUE ADULTE

**Mesures générales :**

- Lutte contre la triade létale (acidose, hypothermie, coagulopathie).
- Contrôle de l'hémorragie : compression, garrot tourniquet, bandes et pansements hémostatiques, suture, sonde Bivona, ceinture de bassin, chirurgie d'hémostase endoscopie, embolisation...

**Conditionnement :**

- 2VVP de gros calibre.
- VIO si VVP impossible.
- VVC possible si ne retarde pas la PEC.

**Prélèvements :**

NFP, TP INR, TCA, fibrinogène, groupe, rhésus, RAI, lactates, iono avec Ca ionisé, dosages spécifiques AOD (IIa ou Xa)

**Objectifs :****Hémodynamique :**

- PA : PAS = 80-90 mmHg (si TC PAS=110-120).
- Baisse des lactates de 20% entre la 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> heure.

**Hémostase :**

- Hb : 7 à 9g/dL (9 à 10 g/dL chez coronariens et TC)
- Plaquettes > 50 G/L (> 100 G/L si TC)
- Fibrinogène > 1,5 g/L
- Ca ionisé > 0,9 mmol/L
- INR < 1,5 (< 1,3 si neurochirurgie)

**Hémodynamique :**

- Low resuscitation volume : limiter le remplissage aux objectifs donnés uniquement par **crystalloïdes** (max. 1000 mL).
- Mise en place précoce de **Noradrénaline** si remplissage seul insuffisant (dès que >500mL) :  
PSE sur VVP dédiée : 24 mg dans 48 mL,  
v=0,5 mg/h. Augmentation en titration par pallier de 0,5 mg/h.

-**Acide tranexamique** (Exacyl) : 1g sur 10 min dans les 3 premières heures puis 1g sur 8h.

-**CGR** : Homme et femme > 50 ans : O+  
Femme < 50 ans : O-

-Ratio CGR / PFC : 1 / 1 ou 1 / 2

-**CaCl 1g** selon objectifs ou /4 CCG, sur VVP indépendante de la transfusion.

-**Plaquettes** en fonction des objectifs ou 1 pool / 6 CGR.

-**Fibrinogène** (Clottafact) 3g : si < 1,5 g/L ou / 6 CGR.  
(ne pas attendre la biologie si choc pour administrer PFC et fibrinogène)

-Si AVK : **PPSB** 25 U/kg (1 mL/kg) ou adaptée à l'INR + 10 mg de vit K. Contrôle INR à 30 min.

-Si AOD : **PPSB** 50 U/kg (2 mL/kg), ou **antidote spécifique** de l'AOD (Praxbind pour Dabigatran)