

HÉMORRAGIES DIGESTIVES ET CHOC HÉMORRAGIQUE

Julie Boisramé-Helms

Service de Réanimation Médicale
NHC, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
EA 7293 - FMTS

« Théorie de la baignoire »

M. X, 83 ans est adressé au SAU pour malaise sans perte de connaissance et rectorragies abondantes.

AdénoK pulmonaire, HTA, ulcère gastrique en 1970 sous AINS ; Triatec, Inexium.

- PA 112/35 mmHg, FC 110 bpm, SpO2 97% en AA, 36°C. Sang rouge au TR. Extrémités froides, pâleur. Ralentissement psycho-moteur.
- Hb 4 g/dL, lactate 16 mmol/L.

=> Stable ?

« Théorie de la baignoire »

75 kg, volémie environ 5 L :
22 CGR, 18 PFC, 4 CPA = 13 L
+ 6 L de remplissage

=> 19 L, 2 masses sanguines

=> 44 dons du sang

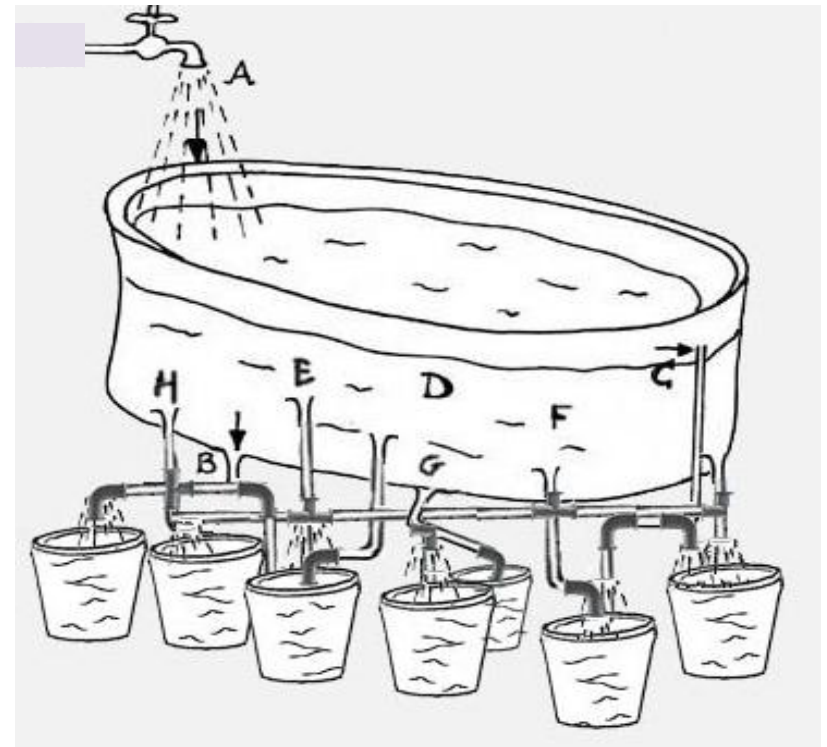
=> coût : 6094 € (sang)

+ 10 jours de réa :

4 jours de ventilation

6 jours de dialyse

= 40 000 euros



Choc hémorragique : définition

= Choc secondaire à une perte massive et brutale de sang,

Classification Advanced Trauma Life Support de l'American College of Surgeons :

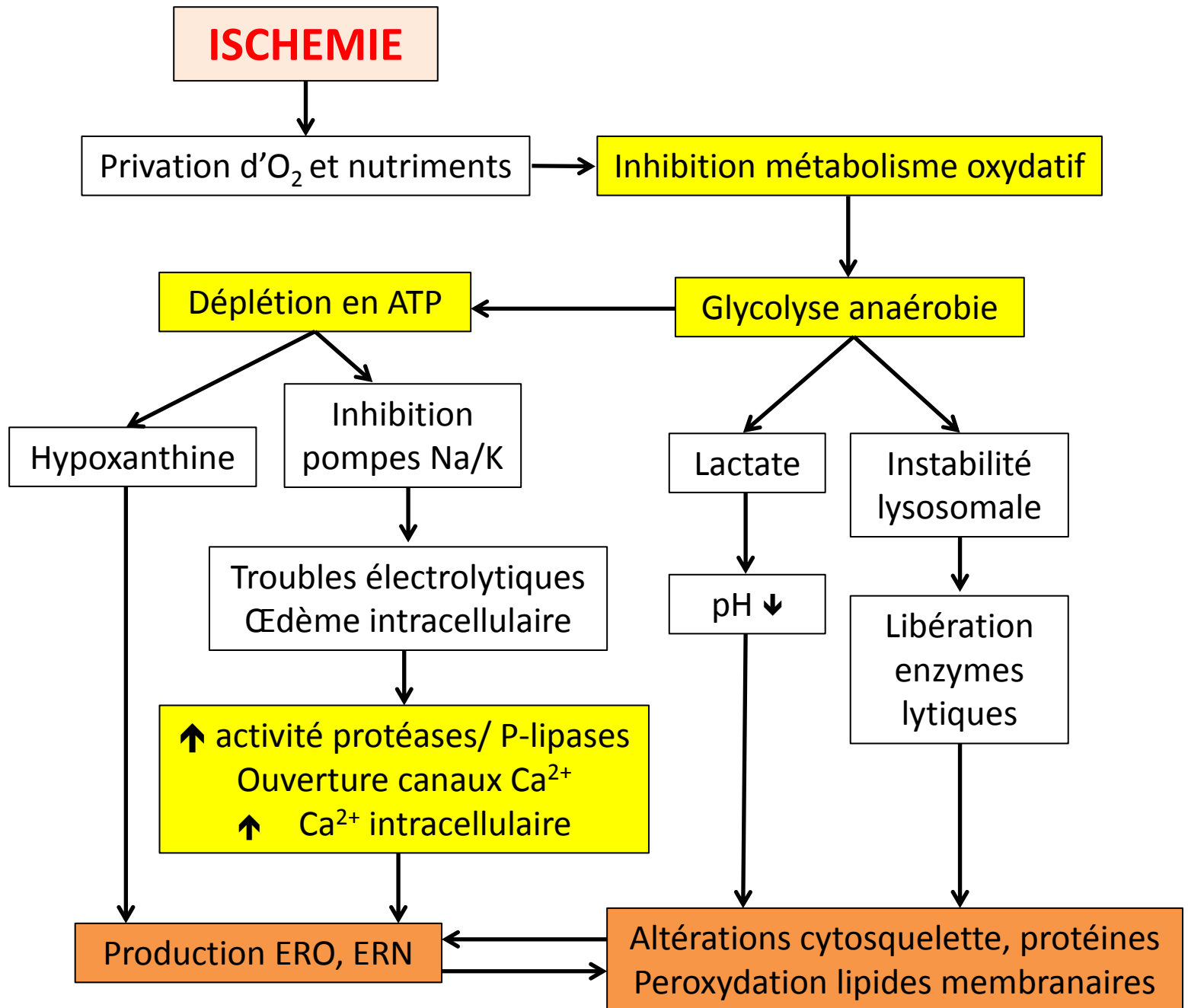
Sévérité	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perte sanguine (mL)	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000

Choc hémorragique : définition

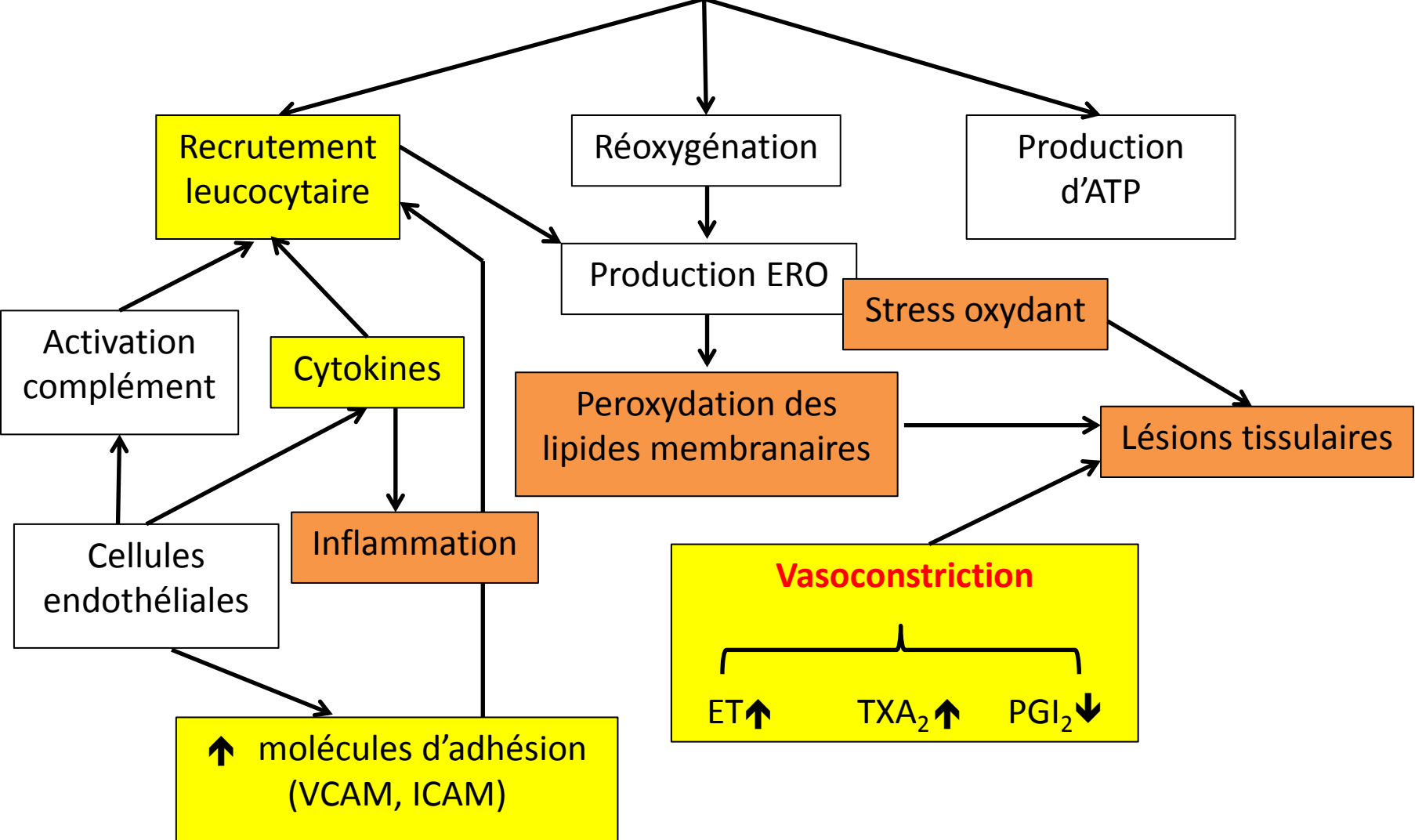
= Choc secondaire à une perte massive et brutale de sang,

Classification Advanced Trauma Life Support de l'American College of Surgeons :

Sévérité	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perte sanguine (mL)	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000
FC (bpm)	< 100	100-120	120-140	> 140
PA	Normale	Normale	Diminuée	Diminuée
PP	Normale	Diminuée	Diminuée	Diminuée
FR	14-20	20-30	30-40	> 40
Diurèse (mL/h)	> 30	20-30	5-15	Négligeable
Neuro	Peu anxieux	Anxieux	Confus	Somnolent



REPERFUSION



Présentations cliniques

- Hémorragie extériorisée
- Anémie aiguë : hypovolémie, hypoxémie
- Hypothermie
- Etat de choc : symptomatologie parfois aspécifique
- Défaillance multiviscérale
 - Liée au choc
 - Syndrome de reperfusion
 - Iatrogène

Présentation biologique

- Anémie aiguë
 - Attention aux valeurs faussement rassurantes
- Coagulopathie = consommation + spoliation
 - Des facteurs de coagulation (dont Fg)
 - Des plaquettes

Quand transférer en réanimation ?

- **LA CLINIQUE !**

 - Hypotension

 - Tachycardie

 - Oligurie

 - Neuro

- Hyperlactacidémie, Hb

- Les scores ??

 - Rockall (âge, shock, comorbidités, endoscopie) : renseignements et mortalité

 - Blatchford (urée, Hb, PAS, FC, méléna, syncope, maladie hépatique, IC), Blatchford modifié : endoscopie, renseignements et mortalité

 - AIMS65 (Albumine, INR, glasgow, PAS, âge) : mortalité

Prise en charge : les grands principes

Traiter ! (VVP)

- **Arrêter** le saignement
- **Remplacer** les pertes
- **Maintenir** PAM 40-60 mmHg (80-90 mmHg si TC)
- **Optimiser :**
 - CaO₂ : transfusion, ventilation
 - DC : remplissage, inotropes, vasoconstricteurs

Prise en charge : les grands principes

Traiter ! (VVP)

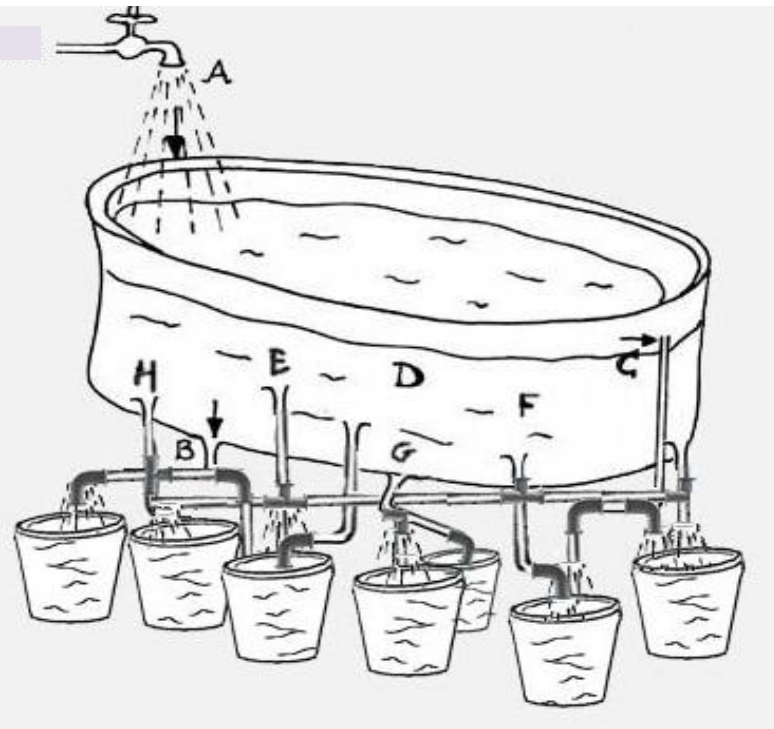
- **Arrêter** le saignement
- **Remplacer** les pertes
- **Maintenir** PAM 40-60 mmHg (80-90 mmHg si TC)
- **Optimiser :**
 - CaO₂ : transfusion, ventilation
 - DC : remplissage, inotropes, vasoconstricteurs

Ne pas aggraver !

- Hémodilution, hypothermie, acidose = triade létale
- Vasoconstriction : ischémie
- Hypo/hypertension = mortalité TC +++ ,SDMV, saignement
- Monitoring et organisation
- Infections

On ne meurt pas d'anémie,
on meurt d'hypovolémie !

=> REMPLISSAGE VASCULAIRE +++



Remplir : avec quoi ?

- RFE SFAR 2014 :

- **Cristalloïdes** en 1^{ère} intention

- HEA : IRA, surmortalité (choc septique, réa)

- CI patients septiques, brûlés, insuffisants rénaux, hémorragie intracrânienne ou cérébrale, coagulopathie sévère, insuffisants hépatiques sévères.

- Colloïdes semi-synthétiques :

- IRA chez les patients de réanimation
 - Gélatines et risque anaphylactique

- Albumine : coût, ATNC, SAFE (mortalité/TC)

Les vasopresseurs

- **Noradrénaline**
- Vasopressine sur rupture de varices oesophagiennes
- Si hypotension persiste (PAS < 80 mmHg) près avoir débuté le remplissage

Les produits sanguins labiles

- Restaurer une hémostasie favorable à la coagulation biologique
- Restituer un transport en oxygène adéquat par l'apport d'hémoglobine
- Seuils transfusionnels ? 7-9 g/dL
 - Tolérance clinique du saignement
 - Terrain
 - Dynamique du saignement
 - Géographie

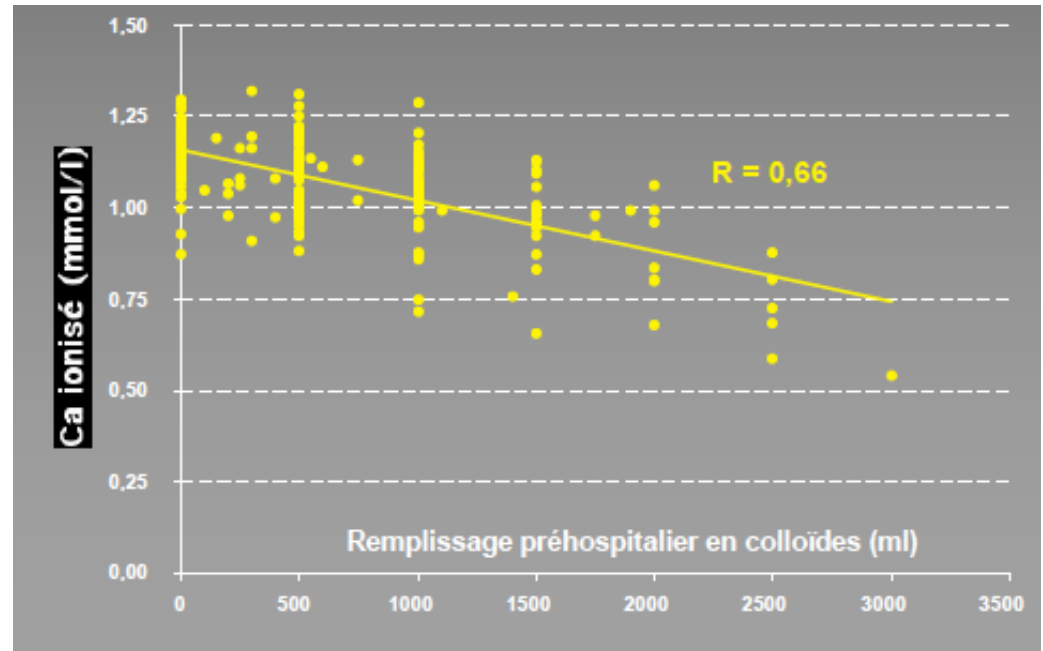
Que transfuser ?

Si diminution rapide de l'Hb et hémostasie non faite :

- **4 par 4 CGR** (max) en urgence vitale immédiate
 - Groupe + RAI
 - Transfusion O Rh –
- **4 PFC** (objectif TP > 30%) ; apporte 0,5g Fg/PFC
- **1 CPA** (poids) pour 4 CGR
 - Objectif 50 G/L
 - Transfuser quel que soit seuil si AAP
- **Fibrinogène** : 3 g/ 10 CGR ou pour Fg > 1,5 g/L

L'hypocalcémie : à corriger !

- Remplissage
- Citrate du PFC
- Hémodilution



Favorise vasoplégie et participe aux anomalies dans l'hémostase...

Mesurer Ca^{2+} ! Maintenir $\text{Ca}_i > 0,9$ mmol/L

Les anti-fibrinolytiques

- Stabilisent caillot
 - RFE SFAR : Dès que possible, après correction de l'hémostase
- => **Exacyl** (acide tranexamique) : 1 g IVL, puis 1g/8h
- Bénéfices >> risques (CRASH 2013)

Autres traitements hémostatiques

- **PPSB**

- Indications : AVK, déficit en vitamine K

- **Desmopressine (Minirin) : 4 µg SC**

- Sécrétion de F. Willebrand par les cellules endothéliales

- Indication : AAP

- Risques : anti-diurèse et IRA

Facteur VII activé recombinant (Novoseven)

- Traitement de sauvetage
- Si saignement non contrôlé malgré :
 - transfusion
 - fibrinogène
 - acide tranexamique
 - endoscopie/chirurgie
 - correction acidose et hypothermie
- Risques +++, coût

Dans l'hémorragie digestive

- Inhibiteurs de la pompe à protons IVSE
- Prokinétiques
- Antibiothérapie ?
- Endoscopie
- Chirurgie

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

Vasopresseurs et inotropes

0 0,5 MS 1 MS 1,5 MS 2 MS

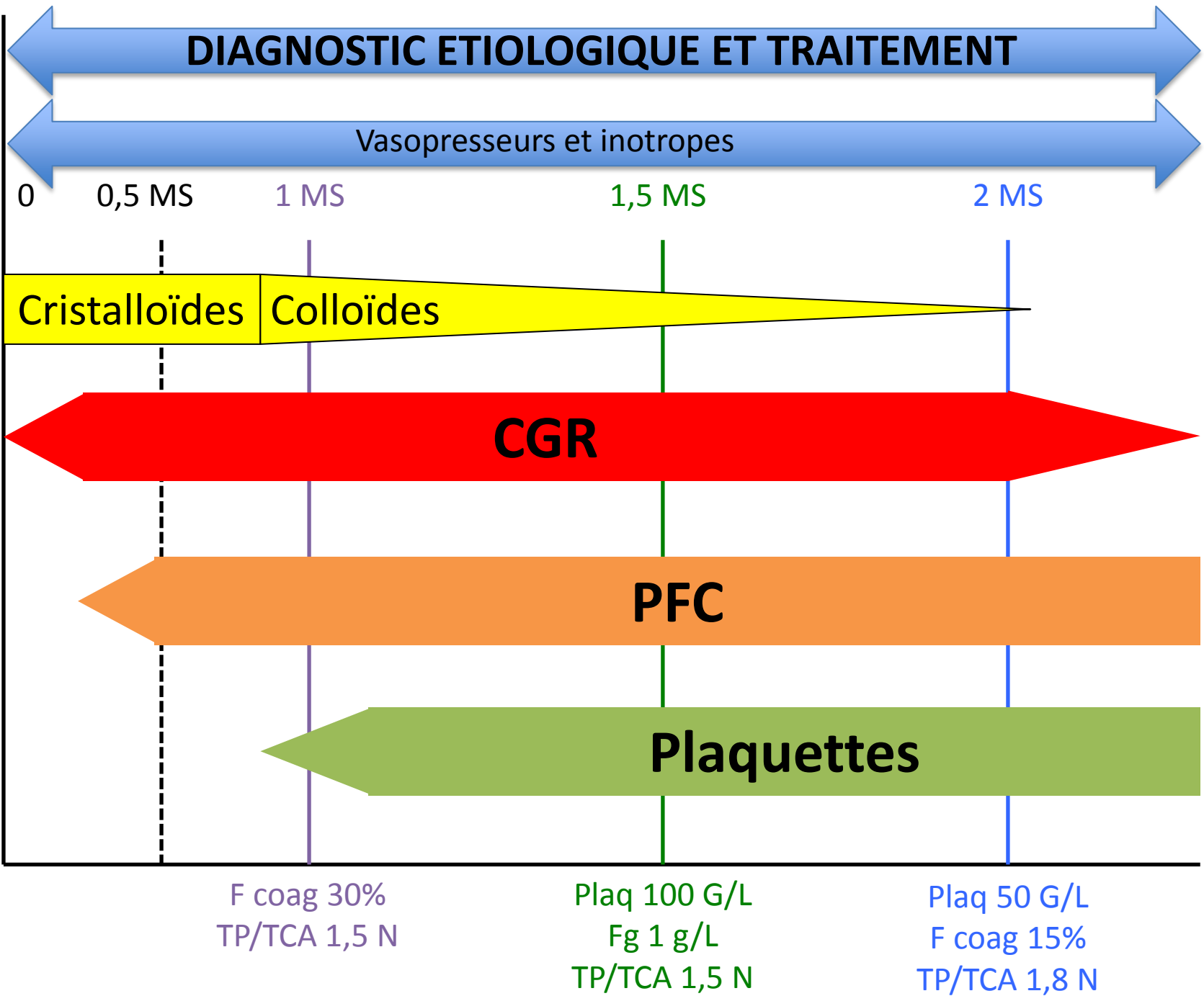
Cristalloïdes

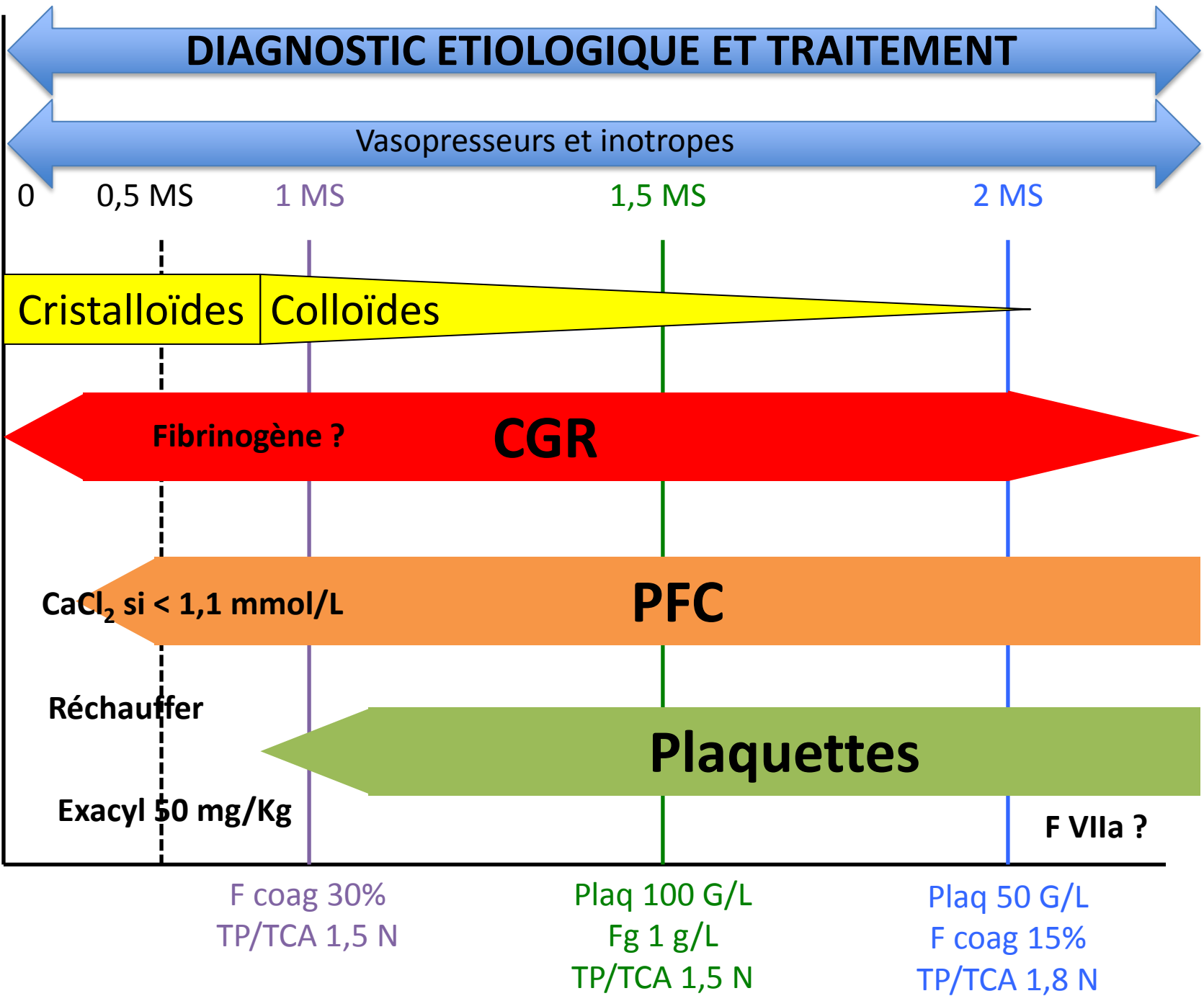
Colloïdes

F coag 30%
TP/TCA 1,5 N

Plaq 100 G/L
Fg 1 g/L
TP/TCA 1,5 N

Plaq 50 G/L
F coag 15%
TP/TCA 1,8 N





Les risques iatrogènes

- Polytransfusion
 - Allo-immunisation
 - TRALI
 - ATNC
- Risque infectieux
- Le syndrome de reperfusion

Conclusions



- Ne pas négliger les signes de gravité !
 - Terrain
 - Cinétique
- Le temps est précieux, les produits sanguins labiles également.
- Les risques d'une transfusion massive sont réels.
- La prise en charge d'un choc hémorragique est un travail d'équipe !