

Prise en charge du choc hémorragique aux urgences

Journées d'échange entre les 2 rives
Tiaret, Algérie, 25/05/2013



Dr Sihem OUAR
SAU du CHU Henri Mondor (94)



■ Hypovolémie

- « absolue » par défaut d'hydratation (chaleur, diarrhée), pertes plasmatiques (brulures), pertes sanguines visible ou non (hématome rétro-péritonéal, bassin..)
- « relative » par remplissage insuffisant à compenser une hypotonie vasculaire secondaire à une infection sévère ou une anaphylaxie.

**LE CHOC
HYPOVOLÉMIQUE**

Etiologies les plus fréquentes

Hypovolémie par hémorragie

- Traumatismes graves
- Hémorragies obstétricales
- Hémorragies gastro-intestinales

Hypovolémie par perte hydrique

- Digestive
- Coup de chaleur
- Brulure



Cas clinique 1

- Mr B. 82 ans
- ATCD : ACFA, HTA, DNID, Cardiopathie ischémique stenté il y a 6ans.
- Traitement : Glucophage, Daonil, Lasilix, Cardensiel, Kardegic, Sintrom
- Autonome
- Consulte pour dyspnée avec asthénie depuis 3 jours. Il vous signale que ses selles sont noires depuis 2 jours.
- Aux urgences : TA 80/50, FC 70, Sat 96%, FR 26

Quel est votre diagnostic?

Conduite à tenir?

Cas clinique 1

- Méléna + dyspnée / TA 80/50, FC 70, Sat 96%, FR 26
- 2 VVP de gros calibres + bio (INR TP NFS Iono Creat Gpe Rh RAI)
- Scope + O2
- Hemocue et/ou GDS → Hb 4g/dl
- Remplissage vasculaire par cristalloïdes
- Transfusion de culot globulaires en urgence (Sans RAI)
- Antagonisation : Vit K 10mg IVL + PPSB 25 UI/kg
- IPP 80mg IVL puis 8mg/h IVSE
- A jeun
- SNG????
- Transfert en salle de réveil pour FOGD en urgence

SNG

1. Intérêts

- Déterminer l'existence d'un saignement digestif haut avec une sensibilité 79 % et une spécificité 59 %
- La présence de sang frais au lavage fait partie des facteurs de gravité de l'hémorragie en terme de risque de récurrence et de mortalité
- Elle permet, par les lavages répétés de suivre l'activité de l'hémorragie.
- Les lavages préparent l'endoscopie en nettoyant la cavité gastrique (efficacité 60% des cas)

SNG

2. Inconvénients

- Risques de perforation œsophagienne (reste exceptionnelle)
- Inhalation
- Procédures les plus désagréables en thérapeutique d'urgence
- Elle est consommatrice de temps médical et paramédical dans le contexte difficile de l'urgence

Pose de la SNG

- L'intérêt très controversé et certaines équipes la jugent inutile avant de réaliser l'endoscopie diagnostique.
- Les recommandations concernant la pose d'une SNG dans la prise en charge des HD ne sont pas univoques.
- La conférence de consensus internationale sur les ***hémorragies digestives ulcéreuses propose de discuter la pose de la SNG (intérêt pronostique)***.
- La conférence de consensus sur la PEC des ***complications la cirrhose recommande l'utilisation de l'érythromycine IV avant FOGD dans HD haute mais ne se prononce pas sur l'intérêt de la pose de la SNG***

Pateron D., Vicaut, Debuc E. et al. Erythromycin infusion and/or gastric lavage for upper gastrointestinal bleeding: a multicentre randomized trial. Ann Emerg Med 2011 ; 57 : 582-9.

Barkun A., Bardou M., Kuipers J. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2010 ; 152 : 101-13.

Facteurs de mauvais pronostic

Clinical predictors of increased risk for rebleeding :

- age older than 65 years
- Shock
- Poor overall health status
- comorbid illnesses
- low initial hemoglobin level
- Melena
- transfusion requirement
- fresh red blood on rectal examination, in the emesis, or in the nasogastric aspirate

Cas clinique 2

- Mr R. 50 ans, vient pour hématomèse (10 verres à eau)
- Aux urgences TA 120/60, FC 60, Sat 100% en AA
- Pas de douleur abdominales, pas de méléna ni rectorragie
- ATCD : Cirrhose post VHB, HTA
- Traitement : avlocardyl, inexistum

Conduite à tenir?

Cas clinique 2

- Mr R. 50 ans, hématomène, pas de tachycardie sous BB
- 2 VVP de gros calibre / Bilan pré transfusionnel
- Scope
- SNG?
- Sandostatine (Octréotide) 25-50 μ g/h IVSE ou Glypressine (Terlipressine \rightarrow risque thrombose)
- A jeun
- IPP 80mg IVL
- Erythromycine IVL
- Remplissage
- Transfert salle de réveil pour FOGD en urgence

Cas clinique 2 (suite)

Hémorragies cataclysmiques

■ Définition :

Hématémèse sévère et continue

Besoins transfusionnels

Choc

■ CAT :

- Sonde de tamponnement en urgence (efficacité 80-90%)
- Place du traitement endoscopique ?

Conférence de consensus GCB 2004

Hémorragie digestive haute (HD)

Les ruptures de VO représentent 10 à 30% des HD hautes
Chez les patients atteints d'HTP la répartition des causes de saignement est :

1. Rupture de VO 70-80%
2. Erosion gastro duodénale 0-30%
3. UGD 5-15%
4. Oesophagite 2-4%
5. Mallory Weiss 2-10%
6. Gastropathie hypertensive 5%

Donc impossible de savoir quelle lésion est en cause. FOGD en Urgence++++

Hémorragie digestive

Une HD nécessite des mesures rapides et efficaces pour 3 raisons :

Une HD active peut rapidement entraîner un retentissement circulatoire majeur pouvant aller jusqu'au choc hypovolémique.

Une HD peut récidiver avec une abondance imprévisible.

La tolérance à l'hypovolémie est très liée au terrain et aux pathologies associées.

Femme 35 ans

2 enfants, Stérilet depuis 1 an

- Metrorragie noirâtre depuis 3 jours
- Violente douleur abdominale avec malaise sans PC le matin pendant le petit déjeuner
- Nouveau malaise sur son lieu de travail, sueurs, douleur persistante
- PA 9 / 5, pouls 120

GEU

- Forte suspicion, Pas de signe de détresse circulatoire
 - VVP x 2 (Soluté cristalloïde)
 - Prélèvement bilan sanguin, Hémocue
 - Monitoring : scope (FC), PNI, SpO2
- Signes de détresse circulatoire
 - VVP gros calibre x 2,
 - Remplissage (Soluté cristalloïde ou colloïde)
 - O2 (MHC)
 - Pantalon anti-choc mis en place en prévention



Orientation :
Urgences Gynéco



Orientation :
Urgences Gynéco avec Bloc disponible

Prise en charge

- **Maintien de la volémie**
- **Remplissage vasculaire *Colloïdes, Cristalloïdes***
- ***Transfusion sanguine***
- **Scope**
- **Bloc opératoire**

Cas clinique

- Homme de 48 ans
- Traitement par AVK depuis 5 ans pour TVP à répétition
- Admis aux urgences avec un tableau de choc hypovolémique
- TP = 10% INR > 7
- Réalisation d'un TDM corps entier
 - Épanchement péritonéal
 - Épanchement pleural G

Prise en charge

- 2 VV de gros calibre
- Scope
- Remplissage vasculaire
- Vitamine K1 10 mg IV
- **PPSB** 25 UI/kg sur 20 min
- Commande de 3 CGR en urgence sans attendre les RAI
- Soutien hémodynamique par Noradrénaline

=> Transfert en réanimation

Surdosage AVK asymptomatique

Recommandation HAS 2008

INR Mesuré	Mesures correctrices	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5 – 3,5 ou 3 – 4,5)
INR < 4	<ul style="list-style-type: none"> pas de saut de prise pas d'apport de vitamine K 	
$4 \leq \text{INR} < 6$	<ul style="list-style-type: none"> saut d'une prise pas d'apport de vitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> pas de saut de prise pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	<ul style="list-style-type: none"> arrêt du traitement par AVK 1 à 2 mg de vitamine K <i>per os</i> (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A²) 	<ul style="list-style-type: none"> saut d'une prise un avis spécialisé (ex. cardiologue si le patient est porteur d'une prothèse valvulaire mécanique) est recommandé pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K <i>per os</i> (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	<ul style="list-style-type: none"> arrêt du traitement par AVK 5 mg de vitamine K <i>per os</i> (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

Si hémorragie sous AVK

Comment classer les hémorragies en fonction de leur gravité ?

Une hémorragie grave, ou potentiellement grave, dans le cadre d'un traitement par AVK est définie par la présence d'au moins un des critères suivants :

- hémorragie extériorisée non contrôlable par les moyens usuels ;
- instabilité hémodynamique : PAS < 90 mmHg ou diminution de 40 mmHg par rapport à la PAS habituelle, ou PAM < 65 mmHg, ou tout signe de choc ;
- nécessité d'un geste hémostatique urgent : chirurgie, radiologie interventionnelle, endoscopie ;
- nécessité de transfusion de culots globulaires ;
- localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel, par exemple :
 - › hémorragie intracrânienne et intraspinale,
 - › hémorragie intraoculaire et rétro-orbitaire,
 - › hémothorax, hémopéritoine, hémopéricarde,
 - › hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge,
 - › hémorragie digestive aiguë,
 - › hémarthrose.

S'il n'existe aucun de ces critères, l'hémorragie est qualifiée de non grave.

Si hémorragie grave

Recommandation HAS 2008

Il est recommandé :

- d'arrêter l'AVK ;
- d'administrer en urgence du CCP et de la vitamine K (grade C) ;
- d'assurer simultanément le traitement usuel d'une éventuelle hémorragie massive (correction de l'hypovolémie, transfusion de culots globulaires si besoin, etc.).

Si hémorragie grave

Recommandation HAS 2008

Il est recommandé :

- d'arrêter l'AVK ;
- d'administrer en urgence du CCP et de la vitamine K (grade C) ;
- d'assurer simultanément le traitement usuel d'une éventuelle hémorragie massive (correction de l'hypovolémie, transfusion de culots globulaires si besoin, etc.).

Si hémorragie grave

Recommandation HAS 2008

Les modalités thérapeutiques suivantes sont recommandées :

- **administration de CCP :**
 - **dose utilisée :**
 - si l'INR contemporain de l'hémorragie n'est pas disponible : administrer une dose de 25 U/kg d'équivalent facteur IX, soit 1 ml/kg dans le cas de l'utilisation de CCP dosés à 25 U/ml de facteur IX (préparations disponibles en France) (grade D),
 - si l'INR contemporain de l'hémorragie est disponible, la dose suivra les recommandations du résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la spécialité utilisée ;
 - **vitesse d'injection :** la vitesse d'injection intraveineuse préconisée par les fabricants est de 4 ml/min. Toutefois, des données préliminaires indiquent qu'une administration en bolus (3 minutes) permet d'obtenir le même taux de correction (proportion d'INR < 1,5) en seulement 3 minutes (niveau de preuve 4) ;
- **administration de vitamine K :** administration concomitante de 10 mg de vitamine K par voie orale ou intraveineuse lente, quel que soit l'INR de départ (grade C) ;
- **contrôles biologiques :**
 - la réalisation d'un INR 30 minutes après administration du CCP est recommandée,
 - si l'INR reste $\geq 1,5$, une administration complémentaire de CCP, adaptée à la valeur de l'INR et en suivant le RCP de la spécialité utilisée, est recommandée,
 - la mesure de l'INR 6 à 8 heures plus tard, puis quotidiennement pendant la période critique, est recommandée.

Remplissages

- Le remplissage vasculaire permet de corriger l'hypovolémie et de rétablir une circulation efficace,
- Mais le fait de restaurer la PA peut entretenir le saignement, American College of Surgeons, 1997.
- Un remplissage abondant et précoce favorise le resaignement
- Conséquences néfastes d'un remplissage excessif :Hémodilution
=>
 - ↓ transport en O₂ (Carli et al., JEUR1990)
 - Survenue d'un SDRA et/ou SDMV (Ware et al., NEJM2001)



Objectif tensionnel

- PAS cible : 80 à 100 mmHg jusqu'à ce que le saignement soit stoppé, en l'absence d'atteinte cérébrale = *hypotension permissive*,
 - Intérêt : maintenir le clou plaquettaire, éviter la dilution des facteurs de coagulation,
 - Coagulopathie apparaît pour une PAS < 70 mmHg, Spahn DR, Crit Care, 2007.

- Objectif tensionnel supérieur si atteinte cérébrale pour maintenir une bonne perfusion cérébrale, PAS cible = 120 mmHg (PAM = 90 mmHg, PPC ≥ 60 mmHg),
Edouard A, 2003.



Choc hémorragique : PSL



■ Intérêt des PSL :

- Restauration d'une hémostase favorable à la coagulation biologique,
- Restitution d'un transport en oxygène adéquat par l'apport d'hémoglobine pour éviter l'hypoperfusion d'organe,

■ Seuils transfusionnels :

- Études surtout chez le patient de réanimation stable, euvolémique,
- Pas d'étude chez le patient en situation hémorragique aiguë.

Transfusion de CGR

Indications

- ▶ Les hémorragies aiguës responsables d'un état de choc ou d'une mauvaise tolérance clinique, quel que soit la concentration en hémoglobine
- ▶ Dans les autres situations, la condition clinique guide la valeur du seuil transfusionnel :

Valeur seuil d'hémoglobine	Condition clinique
10 g/dL	Syndrome coronarien aigu
8-9 g/dL	Cardiopathie ischémique, Insuffisance cardiaque sévère, Patient âgé Post-opératoire de chirurgie cardio-vasculaire
7 g/dL	Absence de comorbidité

Quantité de produit : usuellement 2 concentrés érythrocytaires

Urgence vitale immédiate.

Il est possible de transfuser des concentrés érythrocytaires O Rh négatif en urgence et sans groupage préalable ; la règle est la transfusion de 4 culots globulaires.

Transfusion de plaquettes

- Pas d'essai clinique depuis le début de l'utilisation dans les années 50 => dose adéquate incertaine,
- Risque hémorragique réel si taux de plaquettes < 50G/L et les fonctions plaquettaires diminuent de façon exponentielle sous ce seuil,

Spahn DR, Crit Care, 2007.

- **Recommandations du National Institute of Health et de l'AFSSAPS :**
 - Transfusion plaquettaire en cas d'hémorragie ou de risque hémorragique pour maintenir un taux à 50G/L.

Indications du Plasma Frais Congelé (PFC)

- Posologie initiale recommandée : 10 à 15 mL/kg puis doses répétées en fonction de l'évolution,
- Pas d'essai randomisé contrôlé ayant évalué la dose,
- En cas de surdosage en AVK, PFC recommandé uniquement si PPSB non disponible.

O'Shaughnessy, Br J Haematol, 2004.

Indications du Plasma Frais Congelé (PFC)

- Contient tous les facteurs de coagulation, y compris le fibrinogène (2-5 mg/mL),
- Utilisé en 1^{ère} intention car remplace de nombreux facteurs de coagulation,

Erber WN, Best Prac Res Clin Haematol, 2006.

- Indications : saignement massif ou saignement significatif compliqué de coagulopathie,
- But : maintenir un TP > 40% (50% si atteinte cérébrale).

Spahn DR, Crit Care, 2007.

Conduite à tenir

- Remplissage dont CGR pour rétablir volémie efficace et atteindre objectifs tensionnels,
 - Puis correction de la coagulopathie liée à la perte sanguine et au remplissage massif :
 - PFC,
 - Plaquettes,
 - Autres produits dérivés du sang,
- O'Shaughnessy DF, BJH, 2004.
- Évaluer secondairement l'intérêt du facteur VII activé.

Conclusion

- Choc hémorragique secondaire à plusieurs causes,
- Prise en charge spécifique de l'origine du saignement : traitement essentiel,
- Concept *d'hypotension permissive* avec PAS cible : 80-100 mmHg,
- Utilisation de nombreux PSL et produits dérivés du sang,
- Indications des PSL et des produits dérivés du sang à respecter car complications possibles.

MERCI

CHOC HEMORRAGIQUE : OBJECTIFS TENSIONNELS, INDICATIONS DES PSL ET DES PRODUITS DERIVES DU SANG.

■ **Facteurs de gravité:**
Volume et rapidité de l'hémorragie

- **Mécanismes compensateurs**
- **Durée du choc**
- **Lésions associées**

