

1) Recherche de l'origine du saignement (en parallèle du début de la réanimation)

- examen clinique complet et rigoureux de la tête aux pieds : saignement extériorisé
possiblement maîtrisable par mesure "mécanique": sutures/agraves, mèches/sondes, garrots.
- + examens paracliniques:
 - contexte traumatique = radio thorax/bassin et fast écho pour débrouillage, puis body TDM si patient transportable: permet d'identifier une cause accessible à une chirurgie ou à une artério-embolisation.
 - absence de saignement extériorisé et pas de contexte traumatique: FOGD pour saignement digestif (rupture de VO/UGD) etc..

/!\ antagonisation pour patients sous anticoagulants = AVK → PPSB 25UI/kg; héparine → sulfate de protamine 10 mg pour 1000 UI/!

2) Prélèvement sanguin (ASAP, sans retarder la prise en charge):

NFS/plaquettes/TP/TCA/fibrinogène,

[groupe+rhésus] x2, RAI,

ionogramme complet/bilan hépatique pour évaluer retentissement du choc,

puis pose KTA KTC si possible

3) Prise en charge du choc hémorragique → objectif: maintien PAM 60-65mmHg (en l'absence de traumatisme crânien)

1) **remplissage vasculaire** avec cristalloïdes en priorité (Ringer Lactate >> NaCl 0.9%), débiter rapidement la Noradrénaline si besoin

!/\ limiter volume total de RL à 1.5-2L pour éviter dilution fact coag ++

2) **administrer EXACYL** (acide tranexamique = anti-fibrinolytique), 1g IVL sur 10 minutes +/- 1g sur 8h, dans les 3 heures qui suivent le début du saignement (CI relatives : atcd MTEV ou épilepsie)

3) rapidement débiter la transfusion des PSL:

- culots globulaires (CGR) → Hb 9g/dL (urg vit imméd, O nég pour toute femme jeune en âge de procréer, O+ pour hommes et femmes ménopausées)

!/\ test de compat (Beth Vincent) au lit !/\

- plasma frais congelés (PFC) = facteurs de coagulation, à débiter en même temps que les CGR (NB: ratio CGR/PFC 1:1 ou 2:1) → TP > 40%, TCA patient/témoin < 1,5 (Novoseven si marasme)

- concentrés de plaquettes d'aphérèse (CPA), $0.5 \times 10^{11}/10\text{kg}$, à débiter dès le 4ème CGR → plq > 50 G/L

- fibrinogène (Fgne): 50mg/kg, classiquement 3g IVL → taux > 1.5g/L

!/\ mesures associées : réchauffer le plus tôt possible pour maintien $T = 37^\circ$, mettre sous O2 pour une $SpO_2 > 95\%$, administrer Gluconate de Ca^{2+} (1 amp) → Ca^{2+} ionisé > 1.1mmol/L.

4) suivre efficacité de la transfusion avec

- clinique: amélioration des signes d'hypoxie tissulaire (récupération état de conscience correct, stabilisation hémodynamique avec régression marbrures, reprise diurèse, etc)

- bilans réguliers: NFS plq TP TCA Fgne, explo délocalisée de la fibrinolyse (ROTEM, TEG etc)