

Recommandation en cas d'hémorragie massive

Types d'institutions:

- Catégorie 1 (soins maximaux): centres de traumatologie, chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire majeure, transplantation, chirurgie hépatique, chirurgie intracrânienne, chirurgie de la colonne vertébrale complexe et centres des grands brûlés.
- Catégorie 2 (soins intermédiaires): obstétrique, prise en charge primaire des traumatismes.
- Catégorie 3 (exigences minimales): toutes autres institutions.

Les institutions de catégorie 3 transfèrent les patients qui saignent vers une institution de catégorie 2 ou 1. Recommandations: organisation du transfert, éventuellement Standard Operating Procedure (SOP).

Les institutions de catégorie 2 transfèrent les patients qui saignent vers une institution de catégorie 1 si l'hémorragie chirurgicale ou la coagulopathie ne peut pas être traitée par les moyens disponibles. Recommandations: organisation du transfert, éventuellement Standard Operating Procedure (SOP).

Procédure en cas de pertes sanguines prévisibles > 500ml

Anamnèse d'hémostase:

1. Diathèse hémorragique
2. Anamnèse familiale
3. Anamnèse de maladie thromboembolique
4. Anamnèse médicamenteuse

Analyses de laboratoire recommandées:

Hb, comptage plaquettaire, TP, aPTT, Fibrinogène, Temps de Thrombine.

Analyses de laboratoire additionnelles recommandées pour les institutions de catégorie 1, souhaitables pour catégorie 2 :

- Tests viscoélastiques (Thromboélastométrie, Thromboélastographie), point of care ou au laboratoire central 24h sur 24.
- Fonction plaquettaire, point of care ou au laboratoire central 24h sur 24.
- D-Dimères, facteur V, facteur XIII, activité Anti Xa (en UI/ml ou µg/L) 24h sur 24.

En cas de traitement par un anti-Xa (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban) ou anti-IIa (Dabigatran) le taux plasmatique correspondant peut être déterminé.

Un TP prolongé peut indiquer la prise d'un antagoniste de la Vitamine-K. Une activité anti-Xa peut indiquer la présence d'héparine ou d'un anti-Xa. Les anti-IIa prolongent le Temps de Thrombine

En cas d'hémorragie persistante et si le patient a un traitement anticoagulant, ce dernier peut être interrompu partiellement ou complètement, selon son indication. Une attention particulière est de mise en cas de prophylaxie thromboembolique.

Antagonistes de la Vitamine-K: Concentré de Complex Prothrombinique= PPSB

Anti-IIa: Idarucizumab = Praxbind®

Anti-Xa: PPSB en absence d'antagoniste spécifique

Héparine: Protamine

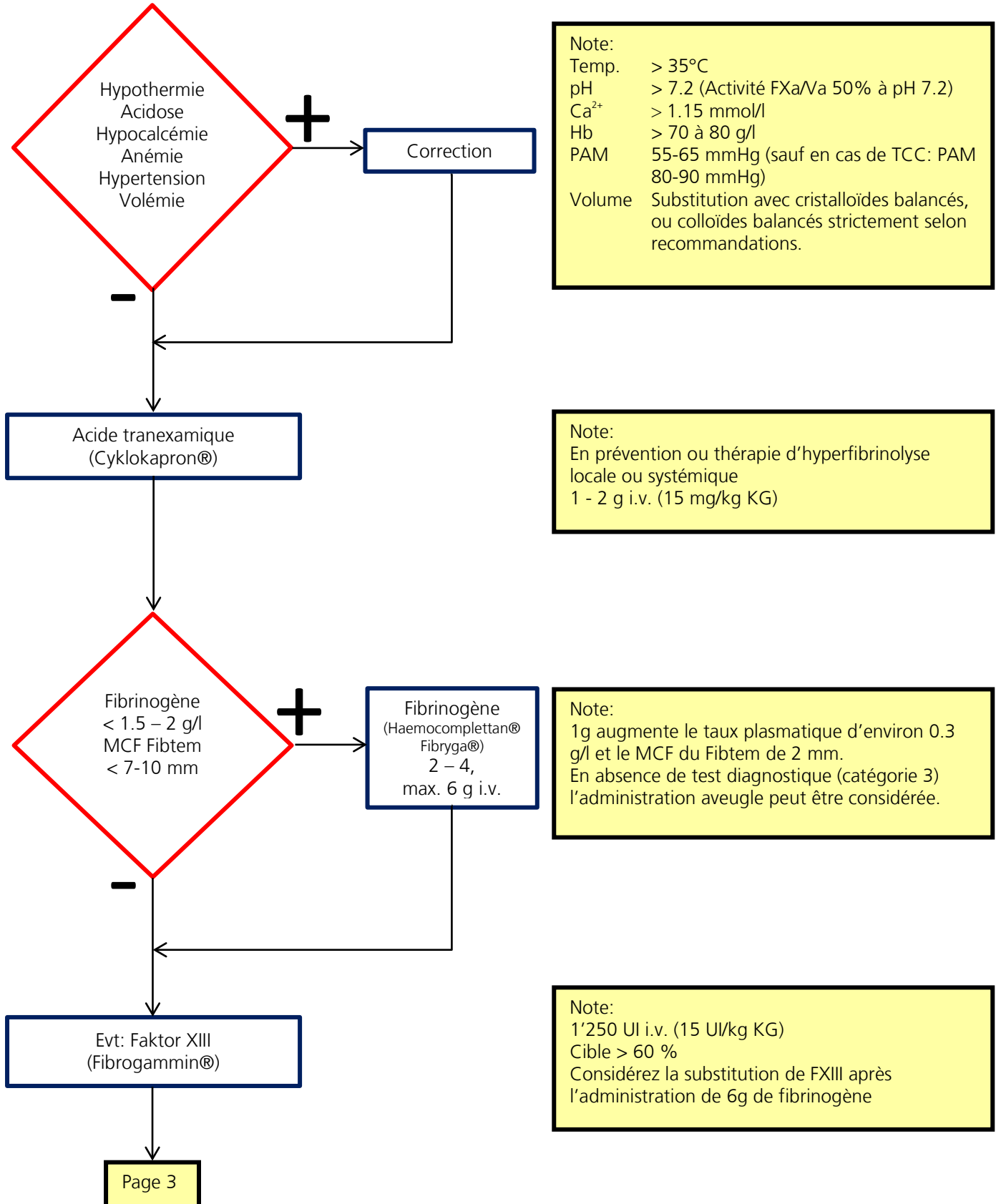
Antiplaquettaires: Desmopressine = Minirin®

Transfusion plaquettaire (les thrombocytes transfusés sont potentiellement influencés par les taux plasmatiques des antiplaquettaires ou de leurs métabolites)

Considérez lors de chaque étape le transfert du patient vers un centre de catégorie supérieure.

Algorithme pour la transfusion de produits sanguins et la thérapie hémostatique en cas d'hémorragie massive

Condition: hémorragie coagulopathique persistante

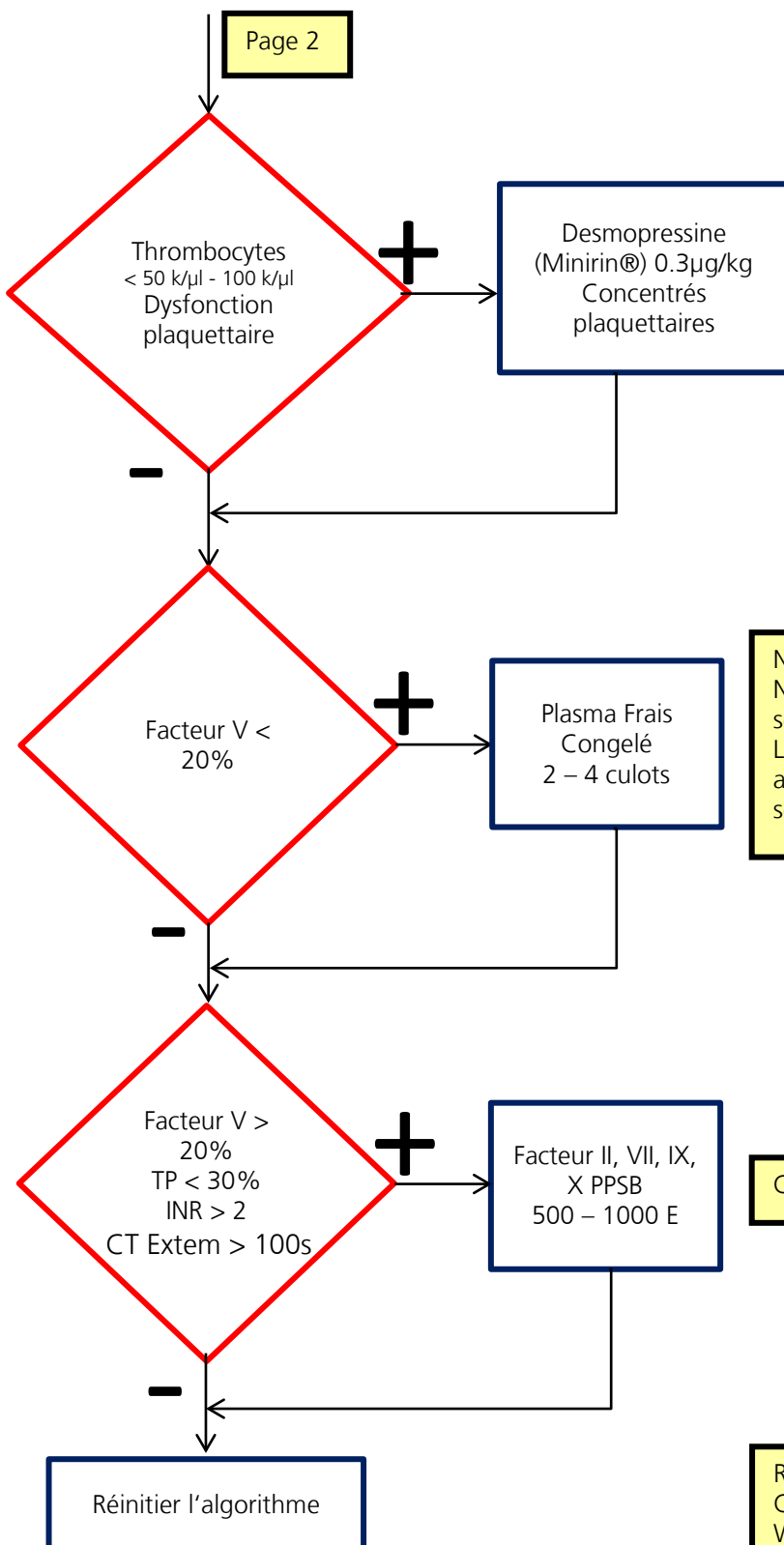


Note:
 Temp. > 35°C
 pH > 7.2 (Activité FXa/Va 50% à pH 7.2)
 Ca²⁺ > 1.15 mmol/l
 Hb > 70 à 80 g/l
 PAM 55-65 mmHg (sauf en cas de TCC: PAM 80-90 mmHg)
 Volume Substitution avec cristalloïdes balancés, ou colloïdes balancés strictement selon recommandations.

Note:
 En prévention ou thérapie d'hyperfibrinolyse locale ou systémique
 1 - 2 g i.v. (15 mg/kg KG)

Note:
 1g augmente le taux plasmatique d'environ 0.3 g/l et le MCF du Fibtem de 2 mm.
 En absence de test diagnostique (catégorie 3) l'administration aveugle peut être considérée.

Note:
 1'250 UI i.v. (15 UI/kg KG)
 Cible > 60 %
 Considérez la substitution de FXIII après l'administration de 6g de fibrinogène



Note:
Notamment en cas d'insuffisance hépatique ou sepsis intra abdominal.
Les PFC doivent être transfusés immédiatement après décongélation, les facteurs de coagulation se dégradant rapidement

Cave: Thrombogénicité

Remarque:
Considérez du facteur VIII isolé (Haemate®, Wilate®), ou des concentrés plaquettaire, comme source de facteur Von Willebrand