HEMORRAGIE POST AMYGDALECTOMIE

St-Justine 2015

NE PAS SOUS ESTIMER LES HEMORRAGIES POST AMYGDALCTOMIE MEME SI LEGERES CAR PEUVENT DEVENIR RAPIDEMENT POTENTIELLEMENT MORTELLES => TOUJOURS CONSULTER IMMEDIATEMENT DANS UN HOPITAL POSSEDANT UN BLOC OPEARTOIRE !

* 2 pics :
  + Dans 24 post opératoire dont 80% dans les 6h post opératoires = temps minimal de surveillance post opératoire.
  + Dans les 5-10 jours post opératoire (résorption du caillot)
* La quantité de sang perdu (presque toujours sous estimé)
* Présence de facteurs de risque
  + Trouble de la coagulation
  + Thrombopénie
  + Traitement par anti agrégeant (Asprine®)

**STATUS**

* AVPU et si Réa : O2, scope, ABCDE, VVP
* Recherche d’un saignement actif, caillots
* Etat de choc :
  + Tachycardie
  + Tachypnée
  + Sudation
  + Angoisse, confusion, somnolence
  + Hypotension + tension pincée
  + Pâleur, mauvaise perfusion périphérique (TRC > 2 -3 sec.), marbrures
  + Arrêt de la diurèse.

**LABORATOIRE EN URGENCE**

* Groupe, Rhésus et crossmatch (demander du O Rh neg en urgence)
* Gazométrie:
  + Hb
  + Acidose métabolique et lactates augmenté = signes de gravité
* FSC:
  + Hb permettra de juger la perte de sang mais de façon différée une fois que le volume perdu aura été compensé => se méfier des valeurs initalement normales
  + Plaquettes
* Crase et fibrinogène: pour juger besoin de PFC si patient continue à saigner
* Si patient instable:
  + NA, K, Calcium, Cl, glycémie
  + Urée, créatinine
* CRP si crainte d’une infection/inflammation responsible d’un saignement secondaire.

**TRAITEMENTS**

* AVISER **L'ORL DE GARDE**
* AVISER **ANESTHESISTE DE GARDE** SI VOIES AERIENNES COMPROMISES (BRONCHO-ASPIRATION DE SANG) ET PREPARER LE BLOC OPERATOIRE
* **POSITION ASSISE PENCHE EN AVANT** permettant de faire cracher le sang pour éviter un passage pulmonaire
* **OXYGENE**
* **ASSURER LES VOIES AERIENNES =>**  SI INTUBATION EN URGENCE => PRÉFÉRER LA KÉTAMINE
* **MONITORING** (SATU, FC, FR, TA)
* **VOIES VEINEUSES PERIPHERIQUES**
* Cold pack sur nuque +/- cou
* **NETTOYER LES CAILLOTS** QUI ENTRETIENNENT LE SAIGNEMENT => ASPIRATION, MOUCHAGE, COMPRESSES **IMBIBEES DE ADRENALINE 1/10’000** AU BOUT D’UNE PINCE MAGILL ET REALISER UNE **PRESSION LATERALE**
* **ANTIFIBRINOLYTIQUE** LE PLUS VITE POSSIBLE: **Ac tranhexamique**
* Exacyl® IV: 10 mg/kg (max 500 mg) 2-3x/j tant que le patient est à jeûn
* Cyclokapron®) per os en relai per os : 25 mg/kg/dose (max 1500mg) 3x/j pendant 2 semaines.
* **BOLUS** **DE NaCl 0,9%** puis IsoG5 à 1-1,5x les besoins d’entretien.
* **CULOTS GLOBULAIRES** pour transfusion 10-15 ml/kg si:
* Anémie severe ou mal tolérée (tachycardia persistante, acidose métabolique severe)
* Choc réfractaire à 2 bolus de NaCl 0,9%
* **PLASMA FRAIS CONGELE** SI CRASE/FIBRINEGENE PERTURBES
* Mettre à jeun
* ANTIBIOTIQUE (Augmentin®) si inflammation/infection