**HEMORRAGIE POST AMYGDALECTOMIE**

*The ICU Book, Marino’s*

*Urgences & Soins intensifs pédiatriques 2007-CHU Ste-Justine 2007*

St-Justine 2015

FMS 2015 ; 15(9) p.194

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 OPERATOIRE !

* 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 (Aspirine®)

**STATUS**

* AVPU et si Réa : O2, scope, ABCDE, VVP
* Recherche visuelle d’un saignement actif ORL, présence de caillots
* Etat de choc (dans l’ordre d’apparition):
  + Tachycardie
  + Tachypnée
  + Hypotension + tension pincée
    - Hypotension **orthostatique** (= delta TA systolique assis vs couchée de > 10 mmHg) dès perte de sang de 15% du volume circulant (15% de 80cc/kg = 12 cc/kg).
    - Hypotension **en position couchée** dès perte de sang de 40% du volume circulant (40% de 80cc/kg =32 cc/kg).
  + Mauvaise perfusion périhérique : Froideur, pâleur, marbrures, TRC > 3 sec (dès perte de 25% du volume circulant (20% x 80 cc/kg= 20 cc/kg).
  + Signes neurologiques d’hypoperfusion
    - Anxiété, angoisse, confusion, somnolence.
  + Arrêt de la diurèse.
* Méléna :
  + Délai de 4-20h
  + Dure ad 5 jours après la fin du saignement

**LABORATOIRE EN URGENCE**

* Groupe, Rhésus et crossmatch (demander du O Rh neg en urgence)
* Gazométrie:
  + Hémoglobine
  + Acidose métabolique et lactates augmenté = signes de gravité
* Crase et fibrinogène: pour juger besoin de PFC si patient continue à saigner
* FSC:
  + **Hémoglobine** permettra de juger la perte de sang mais de façon différée une fois que le volume perdu aura été compensé => Se méfier les valeurs initales sont souvent normales dans les premières 24-48h mais dépend fortement du degré de remplissage!
  + **Plaquettes**
  + **GB:** pour juger d’une infection/inflammation
* CRP si crainte d’une infection/inflammation responsable d’un saignement secondaire.
* Si patient instable:
  + NA, K, Calcium, Cl, glycémie
  + Urée, créatinine: un saignement haut (avant le mi intestin) va être en partie réabsorbé dans les intestine et faire monter l’urée

**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)
* **2 VOIES VEINEUSES PERIPHERIQUES**
* **BOLUS** **DE NaCl 0,9%** puis IsoG5 à 1-1,5x les besoins d’entretien. CAVE : sucharge, OAP et si varices car augmente la pression => remplir lentement une fois la tension stabilisée !
* **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.
* **CULOTS GLOBULAIRES** pour transfusion 10-15 ml/kg si:
* Anémie sévère avec Hb <70 g/L
* Anémie mal tolérée (tachycardie persistante, acidose métabolique sévère)
* Choc réfractaire à 2 bolus de NaCl 0,9%
* Hémorragie non contrôlée en attendant le passage au bloc opératoire
* NB surveiller lors de transfusion de sang :
* Si > 2 culots globulaire => donner du calcium pour compenser le citrate dans le sang
* Surveiller aussi Mg, Potassium (lyse des vieux GR)
* Hypothermie
* **PLASMA FRAIS CONGELE** SI CRASE/FIBRINEGENE PERTURBES
* **METTRE A JEUN**
* **ANTIACIDE si suspicion d’hémorragie sur gastrite/ulcère :** Oméprazole 2 mg/kg IV (max 80 mg).
* ANTIBIOTIQUE (Augmentin®) si inflammation/infection
* Besoin d’une intervention au bloc en urgences ? => Score de Glasgow Blatchford  avec ‘cut off pour intervention à =7 points => Se=96% (95% IC 88-100%), la Sp=69%

