

Hémorragies Digestives Intra-Hospitalier



Rappels

■ Divisées en hémorragies hautes et basses par rapport à l'angle duodéno-jéjunal.

■ Hémorragies hautes :

- saignement ulcère GD
- saignement varice œsophagienne sur HTP
- œsophagite
- Mallory Weiss

■ Hémorragies basses :

- diverticuloses
- angiodysplasie

Diagnostic

- hématurie, méléna, rectorragie
- anémie ferriprive (hors contexte urgence)

BS : NFS, hémostase TP TCA, iono avec calcémie, gazométrie veineuse, 2 groupes, RAI

Évaluation de la gravité

- stabilité hémodynamique : TA longtemps maintenue, attention FC chez patients sous bêta-bloquants.
- abondance de l'hémorragie

Prise en charge

Si critères gravité :

Prévenir réanimateur

Déchoc/SI/Réa

Surveillance scopée

2 VVP

Stabilisation hémodynamique

- Limiter remplissage vasculaire cristalloïdes (1000L)
- CGR : pas de seuil transfusionnel, tolérance clinique
- Objectifs : - FC <100, Hb 7-9g/dL, diurèse > 30mL/heure, PAM > 65
- O2 pour SpO2 >95%

- IPP : bolus initial de 80 mg IV puis 8 mg/h IVSE, puis relais par IPP PO double dose si un ulcère à bas risque de récurrence est identifié
- Suspicion HTP : octréotide : 25 µg/heure , relais BB en prévention secondaire
- Antibioprophylaxie chez cirrhotique : C3G ou FQ

- FOGD : diagnostique et thérapeutique
(érythromycine 250mg 20 min avant le geste)
- artériographie embolisation : HD haute après 2 échecs endoscopie, HD basse saignement actif scanner
- chirurgie d'hémostase
- tamponnement œsophagien si échec traitement endoscopique, en attente TIPS

Place du scanner ?

Si hémorragie grave ET :

- Suspicion hémorragie haute mais endoscopie non disponible immédiatement
- Suspicion fistule aorto digestive
- Endoscopie normale (HD basse, TDM à compléter par artériographie pour embolisation dans le même temps)

Cas clinique :

Homme 75 ans, appel 15 par son fils pour malaise.

« respire rapidement, ralenti (venu lui rendre visite),

Antécédents : a de la tension, opéré du ventre, prend plusieurs cachets »

Trouvé sur les lieux par le SMUR :

Traitement :

OH, cigarettes, Apixaban, cardentiel, simvastatine,
enalapril, simbicort, ventoline

Courrier cardio il y a 5 ans : HTA, ACFA, BPCO

Trouvé sur les lieux par le SMUR :

Traitement :

OH, cigarettes, Apixaban, cardentiel, simvastatine,
enalapril, simbicort, ventoline

Courrier cardio il y a 5 ans : HTA, ACFA, BPCO

- Patient G13, TA 97/69, FC 87bpm, SpO2 91% en aa, FR 26/min sans signe de lutte, apyrétique, extrémités fraîches, marbrures genoux
- auscultation CP sans particularité, en dehors tachypnée, pas de signe de TVP
- abdomen souple dépressible indolore, circulation collatérale, angiome stellaires, cicatrice épigastrique
- neuro : confus, pas de signe de focalisation

- ECG : sinusal 87 bpm, pas de trouble du rythme ou de la conduction/repolarisation
- dextro : 1,02 g/L
- Hémodocue : oublié à la base
- TA symétrique aux deux bras

=> Total : choc chez patient HTA ACFA BPCO, suspicion clinique cirrhose avec HTP, pas de point d'appel.

=> 2 VVP, NaCl 500mL débit libre, O2 6L/min , transfert SAUV

SAUV

- TR réalisé devant état de choc + suspicion HTP : méléna
- Gazométrie artérielle sous 6L: pH 7,38, paO₂ 86, paCO₂ 54, HCO₃⁻ 28, Lactates 4,5 mg/L, Hb 9 g/dL
- Prélèvement BS, NFS iono urée créat coag BH groupes RAI
- péniflow, KTC, arrêt antiHTA, AC et BB. Discuter PPSB
- Echo cardiopulmonaire : bonne FEVG visuelle sans trouble cinétique VG voire hyperkinétique, pas de dilatation des cavités droites, VCI collabée

SAUV

=> Donc suspicion choc hémorragique sur HD.

=> Stabilisation HD , CGR, et appel endoscopiste pour réalisation FOGD <12h

Le patient est stabilisé, le saignement sur varices œsophagiennes est tarit grâce au traitement endoscopique.