

APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES URGENTES

Les situations d'urgences sont :

- **Hématémèse de sang rouge ou marc-de café**
- **Méléna = selles noires goudron et très nauséabondes**
- **Rectorragies massives de sang rouge (origine haute) ou « gelée de groseille » (grêle terminal) ou dans contexte de varices oesophagiennes (VO)**
- **Toute hémorragie avec altération de l'état général, douleurs+++ , sepsis, occlusion)**

En dehors de ces cas : Cf. protocole « hémorragie digestive basse »

Diagnostic et Evaluation :

1/ Diagnostic différentiel :

ORL/oral	Épistaxis, tonsillectomie, sang maternel avalé
Pneumologique	hémoptysie
Génito-urinaire	Règles, lésions génito-urinaires

2/ Antécédents et contexte :

- Antécédents néonataux (Kt veineux ombilical), chirurgie digestive
- Hypertension portale (thrombocytopénie, présence de VO), hépatopathie chronique,
- Coagulopathie (innée/aquise : hémophilie, thrombophilie, déficit en vit. K dans un contexte de cholestase chronique),
- Médicaments (AINS, inhibiteur de recapture sérotonine, corticoïdes),
- Anémie chronique
- Cardiopathie sous-jacente.

3/ Anamnèse : infection virale les derniers jours, quantité du saignement et du type de saignement, alimentation au sein, alimentation colorant les vomissements, symptômes digestifs associés (douleurs abdominales, dysphagies, vomissements répétés), ictère

4/ Evaluation clinique –rechercher signes de choc:

- Hémodynamique (pâleur, TRC, pouls (signe précoce) et TA : voir normes pour l'âge)
- Fréquence respiratoire
- Examen clinique : complet, particulièrement cutané (hématomes, pétéchies, signes d'hépatopathie chronique) et digestif (douleurs abdominales, splénomégalie, hépatomégalie), examen de l'anus (fissures, varices rectales)

Prise en charge d'un patient avec une hémorragie digestive haute urgente :

1. Stabilisation du patient :

- Pose de 2 voies veineuses périphériques de gros calibre, remplissage

- Oxygène, commander de 2 culots et 1 PFC si déglobulisation confirmée à la gazo.

2. Bilan :

- Biologique : gazo. veineuse (Hb, Ht), FSC : Hb, Hct, plq, Quick/PTT, bilan hépatique et rénal (cave chez patient connu pour une Hépatopathie chronique, ad facteur V).
- US <12h si suspicion de cavernome/hépatopathie chronique non connue.

3. Konakion ivd lent : 10 mg

4. Produits sanguins selon besoins et estimation par réanimateurs. Attention : objectifs de transfusion limite inf. de la norme pour l'âge.

5. IPP : Bolus d'un IPP: 2 mg/kg (max. 80mg) puis 6mg/kg/jour pendant 72 heures, au Maximum 240mg, soit en perfusion continue, soit en 3 doses

6. Pose sonde nasogastrique (sauf si suspicion de VO ou VO connues qui saignent), aspirer le contenu de l'estomac à la recherche de saignement actif

7. Appel gastroentérologue de garde (24660). Discuter avec gastro de garde de l'indication à effectuer une endoscopie haute/ basse lorsque le *patient est stabilisé* dans les 24h

8. Si patient connu pour une HTP avec VO, ou si cavernome porte + HTP :

- ad Octreotide (Sandostatin®). Voir si protocole déjà présent dans le DPI patient (alerte de prise en charge)
 - o 1γ/kg en bolus, puis 1-5γ/kg/h.
 - o CAVE : risque d'hypoglycémie. Pas d'arrêt brusque : sevrage lent sur 2 j.
 - o protocole de préparation sur l'intranet de la pharmacie : <http://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/utilismedic/sandostatine.pdf>
- Piperacilline-tazobactam 100mg/kg 3x/jrs chez tous les patients suspects de saignement sur VO

9. Si persistance d'une hémorragie active :

Malgré un traitement hémostatique endoscopique, avertir les chirurgiens et ad angio-CT en urgence (radiologie interventionnelle adulte) pour localiser l'origine du saignement et en vue d'un geste d'embolisation.

Etiologies des hémorragies digestives hautes (Cf. protocole HD urgente)			
Nouveau-né	2-24 mois	2-6 ans	> 6 ans
Sang maternel avalé*	Ulcère de stress*	Ulcère de stress*	Ulcère peptique
Troubles de coagulation	Oesophagite*	Gastrite*	chronique (HP)
Gastrite hémorragique	Gastrite*	Mallory Weiss*	Ulcère de stress*
Ulcère de stress*	Mallory Weiss*	Oesophagite	Gastrite*
Oesophagite*	Sténose pylore	Corps étranger	Mallory Weiss
Irritation/corps étranger	Malformation vasculaire	Malformation vasculaire	Varices oesophagiennes
Malformation vasculaire	Duplication		Oesophagite
Duplication			MICI
			Hémobilie

Etiologies des hémorragies digestive basses urgentes (Cf. protocole HD urgente)			
Nourrisson	2-24 mois	2-6 ans	6 ans- 16 ans
Coagulopathie	Volvulus	Angiodysplasie	Angiodysplasie
Enterocolite ulcéro-nécrosante	Meckel	Meckel	Polypose familiale
Colite infectieuse	Hirschsprung		
Hirschsprung	Enterocolite		
Volvulus			
Insuffisance cardiaque			

APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES NON URGENTES



