

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

01/2020

PRISE EN CHARGE URGENTE : STABILITE DU PATIENT ABC

Evaluation abondance des pertes : Hématémèse ? Melaena ?

Anamnèse : épistaxis, AINS, antécédents médicaux, antécédents de cathé ombilical

Ex clinique : hépatomégalie ? splénomégalie ? signes de cirrhose ?

Prise des paramètres hémodynamiques : signes de choc ?

Voie d'accès + prélèvements pH (Hb rapide), COFO, Groupe sanguin, RAI, coagulation avec fibrinogène,
(+ ROTEM/MULTIPLATE si insuffisance hépatique)

En cas de choc, remplissage raisonnable ; éviter hyper-volémisation brutale en cas de suspicion d'HTP, tenir compte aussi des dérivés sanguins à administrer

Mise en place d'une sonde naso-gastrique → estimer la quantité + « lavage » au physio à température ambiante (10 ml/kg).

Arrêt de tous les traitements favorisant (AINS, AAS)

US doppler foie, veine porte (cirrhose, thrombose porte ?)

Endoscopie à prévoir en centre spécialisé, après stabilisation hémodynamique et si possible arrêt des saignements. Pas en phase hémorragique active.

PATIENT SANS ANTECEDENT – SANS EVIDENCE D'HTP

Nécessité de transfusion de globules rouges ? (Anémie < 7 g/dl ou intolérance hémodynamique) – 10 à 20 ml/kg .

A jeun + sonde naso-gastrique

IPP en intraveineux (1 mg/kg, min 10 mg, max 40 mg)

Endoscopie digestive haute (24h)

- i. Ulcère (prise d'AINS ?)
- ii. Gastrite (Helicobacter Pylori ?)
- iii. Mallory-Weiss (effort de vomissements ?)

Si pas d'étiologie digestive : envisager fibroscopie ORL

PATIENT AVEC RISQUE DE VARICES OESOPHAGIENNES (HEPATOPATHIE CONNUE, HEPATO-SPLENOMEGALIE A L'EXAMEN CLINIQUE, SPLENOMEGALIE ISOLEE, ...)

Splénomégalie isolée : exclure thrombose veine porte (Doppler)

Signes de cirrhose : hépatomégalie dure ; splénomégalie, circulation collatérale, ascite

Nécessité de transfusion (volémisation prudente)

Globules rouges ? ne pas viser au-delà 8 g/dl

(Hb désirée – Hb mesurée) x 3 x poids en kg

Plaquettes ? si thrombopénie (< 50 000 /mm³) ou thrombopathie (cfr ROTEM)

Plasma Frais Congelé (15 ml/kg) si nécessaire (cfr ROTEM)

Fibrinogène (dose 40-100 mg/kg) si inférieur à 80 mg/dl !! A charge du patient → si possible mettre l'ampoule complète.

Start SOMATOSTATINE

Bolus : 3,5 mcg/kg IV puis

Continu : 3,5 mcg/kg/h dans NaCl 0,9%

Vitamine K 0.5 mg/kg IV si cholestase connue.

Start antibioprofylaxie : cefuroxime

Enfant stabilisé : endoscopie digestive haute pour ligature (12-24h)

ROTEM : interprétation (cfr Carnet SIP)

Timing	Signification	Problème	Traitement
CT	Formation caillot	Facteurs de coagulation	PFC
CFT	Résistance du caillot	Fibrinogène	Fibrinogène
MCF	Fermeté caillot	Plaquettes	Plaquettes

INTEM :

MCF diminué et/ou CFR prolongé → Fibtem : CT prolongé → Fibrinogène

CT normal → plaquettes

ANTICIPATION

L'hémorragie digestive chez un patient cirrhotique précipite souvent une décompensation hépatique aiguë ; nécessite prise en charge en centre spécialisé. La décompensation aiguë peut également évoluer (30%) vers Acute on Chronic Liver Failure, à savoir apparition de défaillances multi-systémiques : cœur, poumons, reins, encéphalopathie, insuffisance hépatique

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- . Upper gastrointestinal tract bleeding management : Belgian Guidelines for adults and children. I Colle and al. Acta Gastro-enterologica Belgica, Vol LXXIV, January-March 2011
- Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et l'enfant. Recommandations formalisées d'experts. D. Osman et al. Réanimation
- Pas à pas pédiatrie : recommandations de la Société Française de pédiatrie. M. Ben Hariz, L. Michaud.
- EASL guidelines on decompensated cirrhosis