

HÉMORRAGIE DIGESTIVE

SAUV

Rédacteur :

ROUXEL Clément (IDE)

Vérificateurs :

AUGIER Francis (FFCS) – BERTIN Frédéric (CS)
Dr LAGHZAoui Samir

Approbateur :

Dr LAGHZAoui Samir

<p>Définitions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie digestive haute (en amont de l'angle duodéno-jujénal ou angle de Treitz) : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Hématémèse : hémorragie extériorisée par des vomissements ➔ Méléna : émissions par l'anus de sang digéré noir et nauséabond • Hémorragie digestive basse (en aval de l'angle de Treitz) : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Rectorragies : émissions par l'anus de sang rouge vif et/ou de caillots sanguins
<p>Signes de gravité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hématochézie : présence de rectorragies secondaires à des hématémèses • Abondance des pertes • Signes de choc associé : tachycardie (attention si patient sous βbloquant), hypotension, pâleur, marbrures, troubles de la conscience • Prise d'anticoagulant • Antécédents du patient : OH chronique, troubles de la coagulation, varices œsophagiennes
<p>Prise en charge</p>	<p>Conditionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring : PA, FC, SpO₂, FR, Température, EVA, Glasgow. • ECG • 1 VVP de 18G à minima + 1 VVP avec octopus • Répétition des hémocues • Oxygénothérapie avec objectif de SpO₂ 95% (en fonction des antécédents) • +/- SAD avec surveillance diurèse • SNG si vomissements itératifs ou troubles de la conscience • Anticipation VVC et KT artériel si signes de choc • Sonde de Blackmore si hémorragie digestive haute +++ <p>Examens complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan sanguin : NFS, TP, TCA, Fibrinogène, +/- INR, dosage AOD, bilan pré-transfu, ionogramme, calcémie, albuminémie, bilan hépatique, +/- lactates • ECBU et hémocultures en cas de suspicion de sepsis associé <p>Traitements :</p> <p>➔ Hémodynamique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remplissage vasculaire avec objectif de PAM > 65 mmHg • Si remplissage inefficace : Noradrénaline® PSE (24 mg/48ml soit 0,5mg/mL) • Transfusion CGR +/- Plaquettes si < 50 000/mm³ • C3G chez patient cirrhotique pour antibioprophylaxie <p>➔ Hémostase :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antagonisation : <ul style="list-style-type: none"> - AVK : Kanokad® 25 UI/kg au PSE D=200mL/h + VitK® 10mg en IVD : contrôle de l'INR à 30 min - AOD : Kanokad® 50 UI/kg au PSE D=200mL/h - Pradaxa® : Praxbind® 2,5g/50mL : 5g en IVL sur 20 min • IPP : Bolus 80 mg puis relais au PSE 8 mg/h • +/- Octréotide® : PSE 25µg/h <p>➔ Endoscopie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En Urgence si hémorragie massive active ou déglobulisation significative • Érythromycine® pour vidange gastrique si jeun <6h : 250mg en IVL sur 30 min et 30 min avant le geste <p>Anticiper : IOT si dégradation du patient : troubles de la conscience, agitation ou hématémèse active abondante, aspiration +++</p>

