



Journées Thématiques Interactives de la
Société Française de Médecine d'Urgence
et Journée Nationale des Infirmiers et Personnels de l'Urgence



URGENCES VASCULAIRES du 15 au 17 octobre 2014
ANGERS CENTRE DES CONGRÈS www.sfmou.org / www.sfmou.mcocongres.com

5

HEMORRAGIE ET ISCHEMIE DIGESTIVE

Experts : D. Pateron (Paris), G. Piton (Besançon)

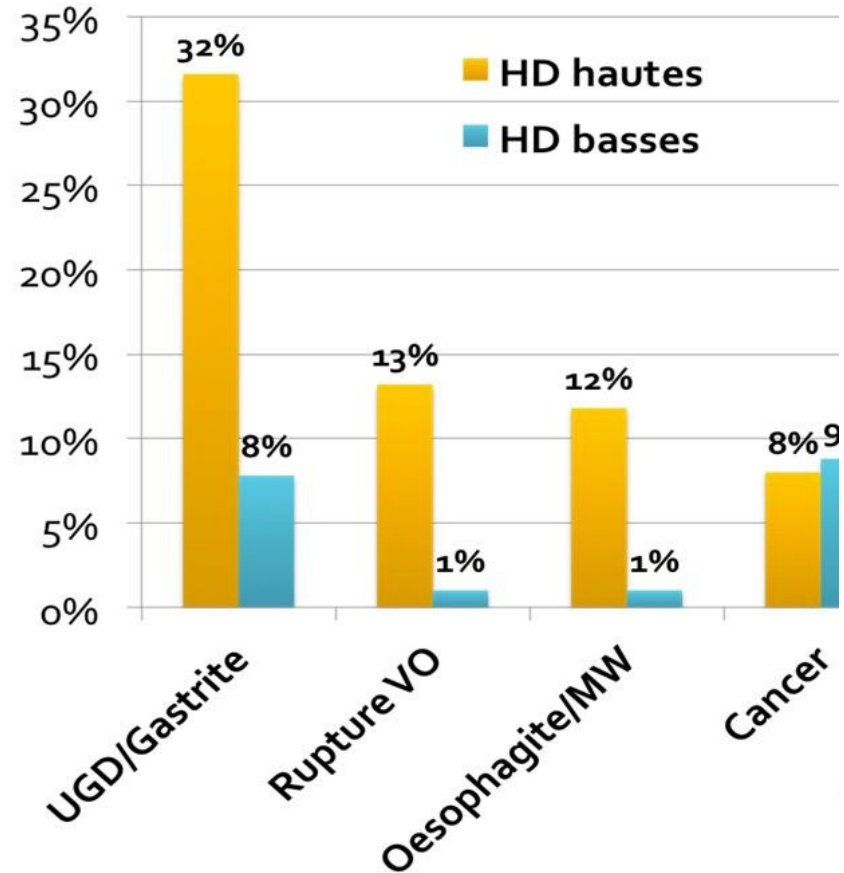
Coordonnateur - Rapporteur : Y. Freund (Paris)

Animateurs : YE. Claessens (Monaco), T. Schotté (Angers)

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

Epidémiologie

- 150 cas 100 000
- ~Id EpiHD
- 90% passent par les SAU
- ↗ de l'âge moyen
- mortalité stable
 - autour de 8%
 - 9% SAU - 19% SMUR



Facteurs de risques

- Prise d AINS (pas corticoïdes)
 - Effet dose, pas effet durée
 - Actuel >>> récent/ancien
- ATCD d ulcère (ulcère compliqué!)
- Helicobacter Pylori

Facteurs pronostiques

- Terrain :

AB préventive!



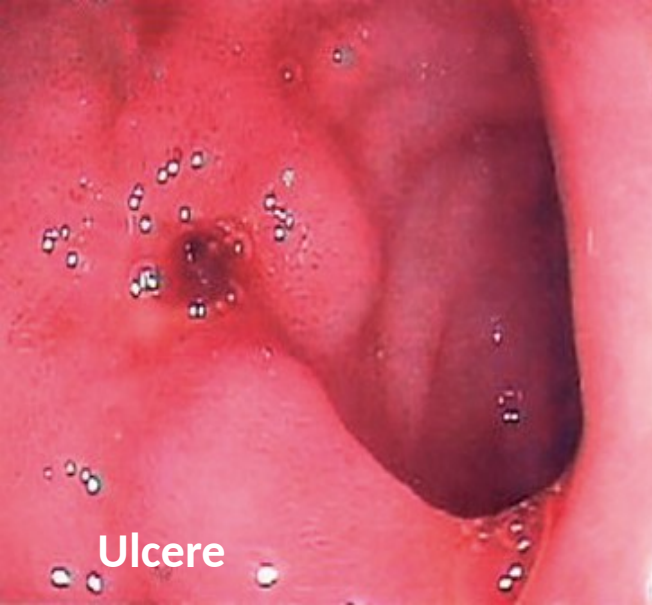
- ✓ Âge

- ✓ Cirrhose (Infection, Child-Pugh, CHC, ins rénale / hépatique)

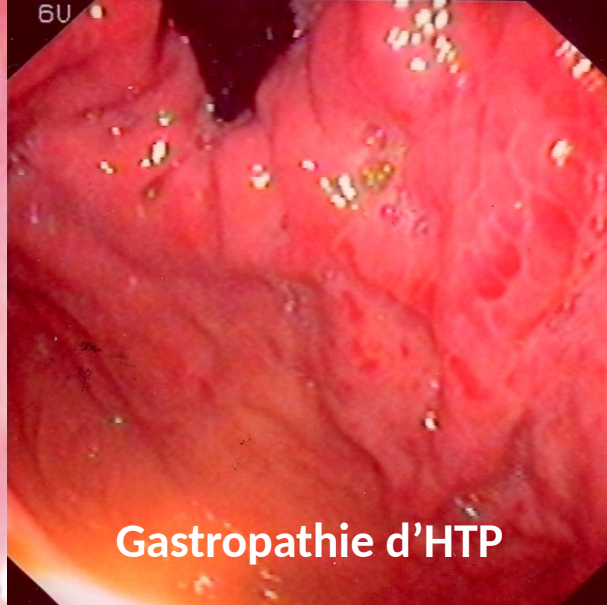
- Prise d'anticoagulants/antithrombotiques

- Le sang et l'Hb

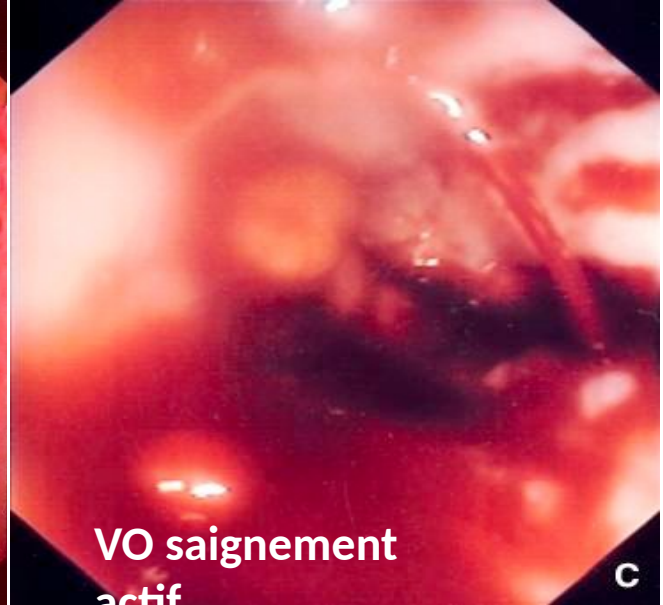
- Hemodynamique, choc initial



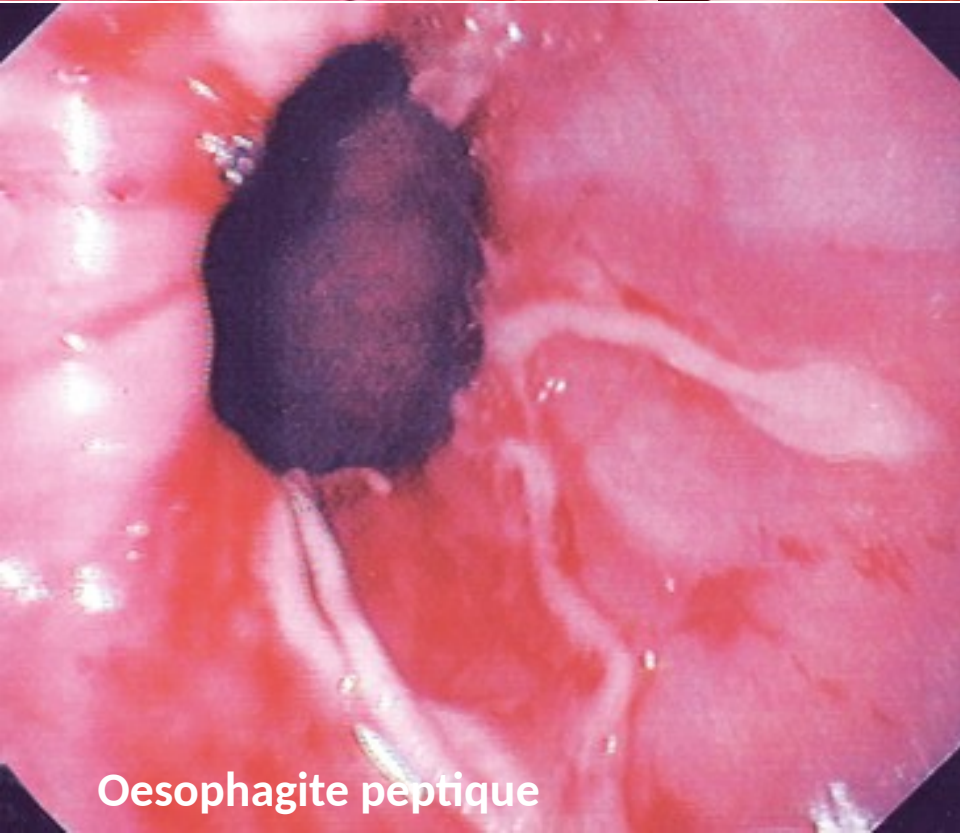
Ulcere



Gastropathie d'HTP



VO saignement
actif



Oesophagite peptique



Mallory Nataf Weiss

Prise en charge initiale

- Diagnostic : Eliminer ≠Is, oublier BU, H2O2.
- Rectorragie de sang rouge :
origine haute suspectée si altération de l'HD
- Evaluation de la gravité: SMUR si
 - ✓ Signes de gravité liés à l'hypovolémie
 - ✓ Hématémèse (mais fait en pratique?)
 - ✓ Rectorragies abondantes
- Appréciation initiale (PA, FC, TRC, neuro)

Attention à la prise de Beta-bloquants

Prise en charge initiale

- 2 VVP – **Cristalloïdes** (voire colloïdes?)

KTO si difficulté de perfusion > VVC

Ringer Lactate ? Pas de Cl

- Cas de l'albumine :

recommandé dans l'ILA et Sd HepatoRenal
suggérée par études récentes

- **Objectifs :**

➤ TA : 65mmHg ? => stabilité HD

➤ Hb : stratégie restrictive meilleure => seuil 7g/dl
Y compris coronariens et vieux!

➤ > 50K pq, TP > 40%, Cai > 0.9, fib > 1.5



Cas du patient anticoagulé

Higher-risk condition	Low-risk condition
Atrial fibrillation associated with valvular heart disease, prosthetic valves, active congestive heart failure, left ventricular ejection fraction < 35%, a history of a thromboembolic event, hypertension, diabetes mellitus, or age > 75 y	Uncomplicated or paroxysmal nonvalvular atrial fibrillation
Mechanical valve in the mitral position	Bioprosthetic valve
Mechanical valve in any position and previous thromboembolic event	Mechanical valve in the aortic position
Recently (< 1 y) placed coronary stent	Deep vein thrombosis
Acute coronary syndrome	
Non-stented percutaneous coronary intervention after myocardial infarction	

Balance bénéfice risque?

Tendance à antagoniser ou passage HNF

Le cirrhotique est un chic type

- Mauvaise coagulation, TP bas
- Mais prothrombotique
(baisse facteur anticoagulant)
- Pas besoin de correction sauf si
 - Plaquettes < 50 000
 - Hémorragie active persistante

La sonde gastrique

- **Pour le diagnostic :**

dans 80% des cas, c'est extériorisé
peut être utile pour confirmer en cas de doute

VPN 60 - 80%
VPP < 90%

- **Pour suivre l'activité :**

Peut avoir une valeur pronostique
Mais paramètres HD + Hb peuvent suffire

- **Pour la préparation :**

Erythromycine non inférieure (250mg iv 30')

**En pratique, très peu voire pas d'intérêt.
Déconseillé.**

Endoscopie

- IOT si trouble Cs, instabilité HD, hypoxie
- Dans les 24 premières heures
- **Dès que possible** si :
 - Instabilité HD
 - Sang frais
 - Hb < 8
 - Score Glasgow-Blachford > 12
- Ligature privilégiée à sclérose

12h si cirrhose

Traitement médicamenteux

- IPP démontré dans la pathologie ulcéreuse
- Forte dose, sans attendre l'endoscopie
- Bénéfique pour quels malades?

A débiter d'emblée dès le diagnostic (80mg puis 8mg/h)

- A réévaluer après endoscopie

Cirrhotique

- Objectif PAM 65 mmHg
- Pas de PFC ni VIIa, plaquettes si < 30 000
- Vaso-actifs le plus tôt possible (prehosp!)
 - Somatostatine 250 microg / h
 - Terlipressine 1 à 2 mg / h
 - Octréotide 25 50 microg/ h
- Antibiothérapie : Quinolone vs C3G
- Pas d'indication à prévention encéphalopathie

HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

Généralités

- Incidence 20/100 000 / an, ↗ âge
- Proctologiques > Diverticules > T > Vasc > infl
- Facteurs pronostiques péjoratifs
 - Age, comorbidités, terrain, tolérance
 - Ischémie
 - Cause non procto et non K

Cas particuliers

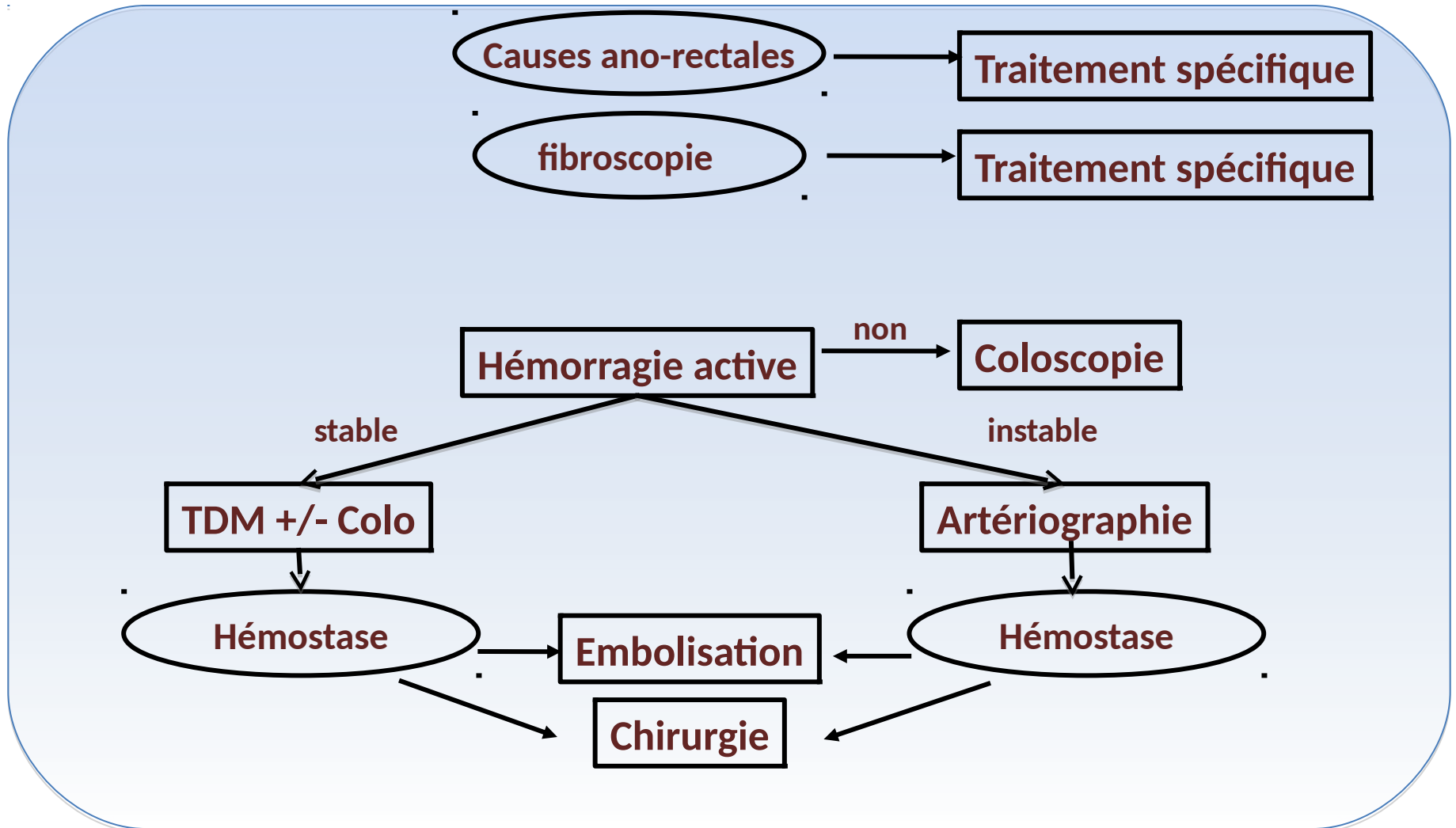
- Diverticule : 80% arrêt spontané. 15% récurrence
- Colite ischémique => corriger bas débit
Si transmural : infarctus mésentérique
- RCH/Crohn : hémorragie pas au premier plan
Rechercher complications de la MICI
- Colite aux AINS
- Colite infectieuse

Bilan

- TDM supplante l'artériographie
- Voit des saignements < 1ml/min
- Coloscopie reste le gold standard
 - Identifie le site et permet geste hemostase
 - Dans les 48h

Artériographie justifiée en cas d'hémorragie abondante

Résumé



ISCHEMIE MESENTERIQUE

Ischémie mésentérique du grêle

- Mécanisme :
 - 40% Embolie, Thrombose artérielle 30%, NO 20%
- 50-90% mortalité, guidé par time to balloon
- Lésions dues à l'ischémie et la reperfusion
- AHA 2006 :
 - A suspecter chez DA + antécédents CV, prise de vasoconstricteur, apres chir vasculaire abdominale
 - Pas d'échographie
 - Artério recommandée

Diagnostic

- Douleur abdominale initiale, intense
- Qui diminue avec les heures et la nécrose
- Triade {DA, Diarrhée, Rectorragie} peu spé
- Biologie peu spécifique (leucocytes, lactates)
- Peu sensible : stigmates après complication!
- I-FABP prometteur?

Se 93%,
Spe 96%

- **Confirmation : TDM sans puis avec iv**

Evaluation de la gravité

- Signes péritonéaux
- Défaillance d'organe
 - Insuffisance rénale
 - Hyperlactacidémie
 - Cytolyse hépatique
 - CIVD
- A l'imagerie :
 - signes d'infarctus/ischémie transmurale
 - Aéroportie, air dans la paroi, dans les vaisseaux

Traitement

- **Médical :**
 - Remplissage rapide et précoce (cristalloïdes)
 - Correction débit, TA
 - Antibiothérapie
 - Anticoagulation discutée en dehors de la thrombose V
- **Revascularisation : endovasculaire**
- **Laparotomie**
 - Embolectomie chirurgicale
 - Résection de grêle non viable :

En pratique

Suspicion = Abdomen aigu / Terrain

Confirmation au TDM

Si délai TDM
chirurgie d'emblée?

Infarctus mésentérique

Pas d'infarctus mésentérique

Laparotomie 1°

Revascularisation
endovasculaire ?

Laparotomie 2°

Merci

- Aux experts :
DPateron
G Piton
- Aux animateurs :
YE Claessens
T Schotte
- A la salle