

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Hémorragie digestive (HD)	Version : 2 Date d'application : 01/2023

Protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique des hémorragies digestives (HD).

### 1. Présentation clinique

- **Hématémèse et/ou méléna et/ou rectorragies.**
- Signe d'anémie et/ou d'hypovolémie : pâleur, tachycardie, hypotension, marbrures, sueurs, agitation, confusion, soif, douleur thoracique, oligo-anurie.
- **Attention à l'absence de tachycardie chez le patient traité par bêtabloquant.**
- Y penser devant une **anémie** sans étiologie évidente, un **collapsus inexpliqué**, une **décompensation de cirrhose**, une **dissociation urée-créatinine**.
- A ne pas confondre avec une hémorragie digestive : selles noires liées à une supplémentation martiale, vomissements fécaloïdes liés à un syndrome occlusif, vomissements de vin rouge, de betterave ou encore de café, hémoptysie, saignement d'origine ORL dégluti (donne hématémèse et méléna), méno-métrorragie.

### 2. Signes de gravité

- Extériorisation abondante et active.
- Troubles hémodynamiques : FC  $\geq$  120, TAS < 100mmHg
- Signe de choc : soif, sueurs, marbrures, oligo-anurie, confusion, hyperlactatémie.

⇒ **Admission SAUV (+/- appel précoce au réanimateur)**

*NB : le taux l'hémoglobine (NFS récente ou Hémocue® à l'accueil) n'est pas un signe de gravité prit de façon isolé, et ne justifie pas une entrée au SAUV en l'absence de signe de gravité associé.*

### 3. Conduite à tenir dès l'arrivée du patient

- Hémocue®, Dextro, FC, TA, Saturation, ECG.
- **Biologie** : NFS, ionogramme, fonction rénale, CRP, hémostase (avec facteur V si cirrhose), bilan pré-transfusionnel, bilan hépatique, troponine (si douleur thoracique).
- **Gazométrie + lactates** en cas de signe de choc.
- **Prescription des culots globulaires** (demander à l'EFS de les mettre en réserve si on ne sait pas encore si on va en avoir besoin).
- **Mise en alerte du gastro-entérologue.**

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Hémorragie digestive (HD)	Version : 2 Date d'application : 01/2023

#### 4. Prise en charge

- 2 VVP de bon calibre
- Patient à jeun
- **Remplissage** (prudent) par NaCl 0,9% pour une cible de **PAM à 65mmHg**.
- NB : *dépasser 65mmHg de PAM favorise la persistance du saignement.*
- **Transfusion : stratégie restrictive : Hb cible 7-8**, ou > 8 en cas de mauvaise tolérance et/ou de coronaropathie instable.
- **IPP : 80mg IVD** le plus précocement possible, et relais IVSE à 8mg/h.
- **Vasopresseurs** : à introduire le plus précocement possible pour toute HD chez un patient cirrhotique (avec HTP) ou à la moindre suspicion d'HTP : **Somatostatine 250µg IVD puis 250µg/h IVSE**. Ne doit jamais être arrêté avant l'endoscopie (risque de reprise du saignement). *Contre-indiqué chez la femme enceinte ou allaitante. Surveiller la glycémie. En cas d'administration trop rapide, la somatostatine peut entraîner un flush, des nausées et une bradycardie.*
- **Réchauffer** en cas d'hypothermie.
- **Oxygène** pour une saturation > 95%
- En cas de choc hémorragique et de transfusions massives : **Exacyl®** (patient non cirrhotique, 1g en 10 minutes puis 1g sur 8h au PSE), **chlorure de Calcium** (si Ca ionisée < 0,9), **PFC** (si ≥ 2 CGR et/ou si plaquettes < 50-75000 et/ou TP < 40% et/ou Fibrinogène < 1,5, chez un patient non cirrhotique), **NAD**, et **allo réanimateur**.
- **Antagoniser les anticoagulants** (cf protocole spécifique). *L'antagonisation est une urgence, quelle que soit l'indication des anticoagulants. En cas de résolution spontanée chez un patient rassurant, on peut maintenir l'anticoagulation, avec un switch par héparine (risque de récurrence).*
- Pas de SNG. Sauf en cas de doute diagnostique, afin de rechercher une HD en aspiration, ou pour suivre l'activité de l'hémorragie, mais plutôt déconseillé. Et strictement contre-indiquée si suspicion de cirrhose (et donc de varices œsophagiennes).

#### 5. Avis spécialisés

- **Allo gastro-entérologue** pour toute hémorragie digestive (prise en charge endoscopique et hospitalisation).
- **Allo radiologue** en cas d'HD basse active engageant le pronostic vital.
- **Allo chirurgien digestif** en cas de colite ischémique avec signes de gravité clinique ou scannographique, d'HD basse majeure non accessible à un traitement endoscopique ou radiologique.
- **Allo réanimateur** en cas de choc hémorragique résistant aux premières thérapeutiques (indication de Noradrénaline et/ou de transfusions massives).

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Hémorragie digestive (HD)	Version : 2 Date d'application : 01/2023

## 6. Etiologies

- **Etiologies des HD hautes** : **UGD** (35%), **lié à l'hypertension portale** (25%, dont 80% de varices œsophagiennes, 10% de varices cardio-tubérositaires et 10% de gastropathie), **gastro-duodénite aiguë** (15%), syndrome de Mallory Weiss, œsophagite ulcéreuse, tumeur maligne, angiodysplasie, fistule entéro-aortique, ulcération de Dieulafoy, hémobilie, wirsungorragie.

### Quelques précisions :

- **En cas d'HD sur un UGD** : l'HD n'est pas toujours précédé ou accompagnée de douleur ulcéreuse. Les récurrences hémorragiques surviennent dans 90% des cas durant les trois premiers jours.
- **Fistule entéro-aortique** (fistule avec l'œsophage ou le duodénum) ; complique 2 à 4% des prothèses aortiques, souvent 2 à 5 ans après la chirurgie. Réaliser systématiquement un angioscanner avant toute endoscopie en cas d'antécédent de prothèse aortique.
- **Le syndrome de Mallory Weiss** survient suite à des vomissements itératifs entraînant une ulcération du cardia, parfois dans un contexte d'alcoolisation, de prise d'AINS, de grossesse, ou de vomissements forcés. Souvent bénin et de résolution spontanée, il peut parfois nécessiter un geste d'hémostase endoscopique.

- **Etiologies des HD basses** : **Diverticulose** (20 à 50% des HD basses), **colite** ischémique ou infectieuse, **angiodysplasie**, tumeur, polype, MICI, rectite radique, chute d'escarre post polypectomie, hémorroïdes, fissure anale, ulcération traumatique, diverticule de Meckel.

### Quelques précisions :

- **Dans 10 à 15% des HD d'allure basse (rectorragies), le saignement est d'origine haute (en particulier s'il existe une instabilité hémodynamique et/ou une dissociation urée-créatinine et/ou du méléna) : la démarche diagnostique (et la prise en charge) sera celle d'une HD haute (EOGD en 1<sup>ère</sup> intention).**
- **Colite à Klebsiella oxytoca post-antibiotique** : rectorragie parfois abondante, cède spontanément dans la majorité des cas.
- **Ne pas rater une colite ischémique** (douleur en fosse iliaque gauche et/ou du flanc gauche, diarrhées, rectorragies ; souvent chez un patient âgé et/ou vasculaire).
- **HD sur diverticulose** : la diverticulose est connue dans 80% des cas. Les hémorragies diverticulaires sont le plus souvent indolores et de survenue brutale cédant spontanément dans 80 à 90% des cas.
- **HD post polypectomie** : une chute d'escarre peut survenir jusqu'à 15 jours après le geste. Ces hémorragies cèdent spontanément dans 70% des cas. L'HD peut être abondante.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Hémorragie digestive (HD)	Version : 2 Date d'application : 01/2023

## 7. Exploration de l'HD

Explorations selon la symptomatologie, le terrain et l'état hémodynamique (avis spécialisé) :

- **EOGD** : *indiqué en cas d'HD haute. Sur un patient stabilisé (+/- intubé si agitation majeure, trouble de conscience ou hématemèses récidivantes). A faire dans les 24h pour toute HD haute, et dans les 12h si rupture de VO probable. **Erythromycine IVL 250mg** dans 125cc de G5 en 20 min, à faire 30 à 120 minutes avant l'endoscopie (contre-indiqué en cas d'allongement du QT et/ou d'allergie aux macrolides).*
  - L'EOGD doit être réalisée soit en salle d'endoscopie aux heures ouvrables, soit au bloc en urgence.
  - Ne doit jamais être réalisée aux Urgences.
- **Coloscopie** : *à privilégier dans la grande majorité des HD basses (saignement minime de résolution spontané ou saignement chronique intermittent). A réaliser sur un patient stabilisé, de préférence dans les 24h, parfois programmé à distance. Doit être précédée d'une préparation colique. Jamais de coloscopie en urgence sans préparation chez un patient avec hémorragie active : inutile (aucune visibilité) et dangereuse (risque majeur de perforation).*
- **Scanner abdominal injecté**. *Indiqué en cas d'HD basse active, et en cas d'HD haute active avec EOGD non contributive ou non disponible. A réaliser en première intention en cas de suspicion de fistule entéro-aortique (ATCD de chirurgie de l'aorte abdominale avec mise en place de prothèse) ou de colite ischémique.*
- **RT** (avec les coupes) : *recherche d'une pneumopathie d'inhalation et d'un pneumopéritoine (avant une éventuelle EOGD).*

**En cas d'HD basse abondante**, une HD d'origine haute doit être éliminée au moindre doute (EOGD). En cas d'instabilité hémodynamique, la réalisation d'un **scanner abdominal injecté** est la règle. En cas de stabilité hémodynamique et d'absence d'HD haute, la coloscopie peut être réalisée, après préparation colique, dans un délai à définir selon la présentation clinique et l'avis du gastro-entérologue. En cas de rectorragie basse abondante avec saignement actif repéré sur l'angioscanner : la radio-embolisation est le traitement de première intention (sinon : coloscopie). Le traitement peut être chirurgical dans certains cas.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Hémorragie digestive (HD)	Version : 2 Date d'application : 01/2023

## 8. Particularités de l'HD chez le patient cirrhotique

- HD chez un cirrhotique : rupture de varice œsophagienne (VO) dans 70% des cas.
- HD résistante sur des VO, et/ou récurrence précoce, et/ou Child C = envisager un TIPS.
- **Chez un patient avec un TIPS** : éliminer une thrombose de TIPS (échographie).
- **Rechercher systématiquement une autre cause de décompensation (infection, encéphalopathie, insuffisance rénale ou hépatique, hépatite alcoolique...)**
- Attention à l'interprétation de la FC : anormalement basse sous bêtabloquant (traitement préventif des VO), élevée en cas de sevrage alcoolique ou d'infection.
- Le remplissage doit être prudent +++
- **Exacyl non recommandé** (*risque de thrombose et pas de bénéfice dans la littérature*).
- **Correction de l'hémostase** seulement si HD résistante et thrombopénie < 30.000.
- En cas de cirrhose connue ou probable : **C3G (Ceftriaxone 1g)**.
- **Albumine** en cas de cirrhose décompensée.
- **Ne pas oublier de prendre en charge le sevrage alcoolique** (protocole Cushman).

## 9. Indication d'hospitalisation

- L'hospitalisation est la règle, sauf en cas de saignement minime et bien toléré (ou de saignement chronique).

## 10. Retour à domicile

- En cas d'HD minime, bien tolérée et résolutive spontanément et/ou de saignement chronique.
- En cas de syndrome de Mallory Weiss non grave.
- Parfois après transfusion.
- Appeler l'interne de gastro-entérologie afin de fixer un rendez-vous pour une exploration précoce si elle est indiquée.

## 11. Supplémentation martiale

- En IV : en cas d'anémie importante (patient transfusé). *Risque rare de réaction allergique justifiant une surveillance jusqu'à 30 minutes post injection.*  
**Ferinject® 1000mg dans 100cc de NaCl 0,9%, en 30 minutes. Adapter la dose chez le patient dialysé.**  
**Ou Venofer® 100mg dans 100cc de NaCl 0,9%, en 30 minutes.**
- Et/ou per os (ex : Tardyferon 1 à 2cp par jour pendant 3 mois)

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON