

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

FACULTE DE MEDECINE



DEPARTEMENT
DE MEDECINE

Urgences (6^e Année)

TD CAS CLINIQUES

Pr GHOMARI W. I.
Dr BOUMELIK R.
Anesthésie-Réanimation

HEMORRAGIE DIGESTIVE

Vous recevez aux urgences Mr X. , 70 ans pour hématomèses de grande abondance.

Aucun ATCD médical ou chirurgical.

Notion d'alcool-tabagisme sévère

À son arrivée, le patient est conscient, mais agité, pâle et en sueurs, TA= 85-50 mm Hg, FC 100 / min, SpO2 = 90% à l'air ambiant , T° = 38°C

L'examen clinique retrouve :

Angiomes stellaires de la face antérieure du thorax - Érythrose palmaire bilatérale

Pas d'ictère cutanéomuqueux

Abdomen distendu, mate aux flancs, foie augmenté de volume, et rate perceptible

Toucher rectal: sang noir

Œdèmes des membres inférieurs mous et indolores

Auscultation pulmonaire normale

Auscultation cardiaque : bruits du cœur réguliers et rapides

Bilan :

NFS Hb = 6,5 g/100ml, VGM = 110 Plaquettes = 100 000 GB= 8300 mm

QU'EST CE QU'UNE HEMATEMESE ?

Localisation du saignement par rapport à l'angle de Treitz

HD hautes, en amont de l'angle de Treitz, extériorisées sous forme d'une hématomèse et/ou d'un méléna.

HD basses, en aval de l'angle de Treitz

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL D'une HD haute

Saignement d'origine ORL : épistaxis déglutie, saignement laryngé, Hémoptysie Vomissements alimentaires :betteraves, grenadine, etc...

Hématémèse

Emissions de sang lors d'un effort de vomissement.

= HDH

Méléna : Emission par l'anus de sang noir et digéré

= Saignement en amont de l'angle colique droit.

Rectorragie

Emission de sang rouge et non digéré par l'anus.

ATTENTION Un méléna peut correspondre à une HD basse. Une rectorragie peut être associée à une HD Haute massive

PRINCIPALES ETIOLOGIES

HDH
Ulcère gastrique ou duodénal
Varice(s) oesophagienne(s) ou gastrique(s)
Gastrites ou duodénites
Syndrome de Mallory-Weiss
OEsophagites
Tumeurs malignes
Angiodysplasie
Fistule entéroaortique
Ulcération de Dieulafoy
Hémobilie
Wirsungorragie

FACTEURS DE RISQUE

- Age > 65 ans
- ATCD d'ulcère, de cirrhose.
- Médicamenteux
 - AINS
 - Traitement anti-thrombotique, traitement anticoagulant
 - Traitement sérotoninergique
 - Corticostéroïdes en association avec les AINS
 - Prise concomitante de plusieurs médicaments gastro-toxiques.
- Toxique : Ethylisme chronique / alcoolisation aigue
- Infectieux : Portage d'Helicobacter Pylori

NOTRE PATIENT

FACTEURS DE RISQUE : : Age > 65 ans Ethylisme chronique / alcoolisation aigue

CAT INITIALE

- Aucune étape ne doit retarder la prise en charge
- Confirmer le diagnostic
- Eliminer Hémoptysie, épistaxis déglutti, saignement hémorroïdaire

Interrogatoire

HDH	<ul style="list-style-type: none">• ATCD : UGD / Douleur ulcéreuse, Ethylisme Hépatopathie , cirrhose, VO - Chirurgie abdominale et prothèse aortique <ul style="list-style-type: none">• TRT Anticoagulant AINS (gastrotoxique)• Survenue après vomissements : Sd de Mallory Weiss
GRAVITE	Retentissement HMD Malaise, Dlr Thoracique, chute , tachycardie Baisse de l'Hb à la phase initiale Comorbidités cardio Vx Transfusion inefficace Quantification de l'hémorragie

Examen physique

Signes de choc (attention aux BB si cirrhose)
Douleur ou défense à la palpation de la région épigastrique
Masse abdominale, cicatrices abdominales
TR, examen procto
Signes de cirrhose et d'hypertension portale

Paraclinique

NFS, plaquettes, hémostase
Fct rénale, hépatique, Ionogramme, GDS
ECG
Exploration endoscopique en 1ère intention
Imagerie TDM: Pas en 1ere intention

MISE EN CONDITION

Monitoring FC TA SpO2
O2 VVP de bon calibre Demande de sang (CG)
Appeler chirurgien

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

O2 Remplissage Vx
Transfusion selon gravité Hb = 7-9 g/dl, > 9 si path cardio Vx, 7-8 si rupture de VO

SURVEILLANCE Signes de choc, hémorragie

EOGD

Conditions:

- En urgence, dans les 06 H si hémorragie active
- Dans les 24H si stable
- Dans les 12H si suspicion de VO

-Chez malade stable, intubé, ventilé

-Après vidange gastrique après érythromycine en IV lente 3 mg/kg

Objectifs:

Dc: identifie la cause et le siège du saignement

Pronostic (Forrest)

Trt: Sérum adrénaliné , coagulation thermique, clips hémostatiques , ligature

Si échec

Ulcère

2^e endoscopie

Artériographie et embolisation sélective

Chirurgie trt radical

• VO

• Discuter la pose d'un TIPS (Child B ou C

• Sonde de tamponnement à ballonnets

TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt) pour

<< dérivation porto-cave intrahépatique par voie transjugulaire >>

NOTRE PATIENT

Après remplissage Vx, transfusion de 02 culots globulaires, l'Hb est = 8g/100dl

Une endoscopie EOGD est réalisée chez le patient : 03 Cordons variqueux grade II, dont l'un avec signe rouge

Quelle est l'origine de cette hémorragie digestive?

Rupture de VO

Quelle seraient les autres causes de cette hémorragie digestive ?

Ruptures de varices cardio-tubérositaires

Ulcère gastrique ou duodénal

Gastrite d'hypertension portale

Œsophagite

Quel traitement préventif sera proposé à ce patient ?

Prévention secondaire :

VO: Ligatures , BB non sélectifs

Ulcère: éradiquer *Helicobacter pylori*,

Arrêt Médicaments gastro-toxiques

HEMOPTYSIE

Un homme de 65 ans est amené aux urgences par son entourage car il a craché du sang .

Ancien employé du bâtiment,

ATCD : traitée dans son enfance d'une tuberculose pulmonaire

IDM antérieur , angioplastie à l'âge de 60 ans, sous aspégic et Corvasal

Tabagique, depuis l'âge de 20 ans, éthyliste

Examen clinique:

TA 150-90 mm Hg, FC = 100, FR = 20 /min , SpO₂= 96% à l'air ambiant, T° = 37,1°

Pas de tirage, pas de cyanose

MV audible, symétrique, ronflants aux bases

Bruits du cœur réguliers , pas de souffle

Pas d'œdème des membres inférieurs

Abdomen souple , circulation veineuse collatérale, hépatomégalie, à bord inférieur dur

Comment qualifiez vous ce saignement ?

Hémoptysie

Définir

Rejet de sang , lors de l'effort de toux, provenant des voies aériennes sous-glottiques

Principaux Dc différentiels

Hématémèses (patient avec signes de cirrhose alcoolique)

Saignement de la sphère ORL

Epistaxis

Quel est le principal Dc à éliminer ?

Hématémèses (patient avec signes de cirrhose alcoolique)

Sur quels critères allez-vous évaluer la gravité de cet évènement?

Abondance de l'hémoptysie

Faible < 50 cm³ (un demi-verre)/24h

Moyenne > 50 cm³/24 h

Grande > 200cm³ (02 verres) en un épisode ou > 500 cm³/24h (avec nombre d'épisodes)

Signes de détresse respiratoire

Signes d'anémie aiguë (très rares)

NOTRE PATIENT

Après stabilisation, vous réalisez un scanner thoracique .

Quelles étiologies sont évoquées chez un ancien tuberculeux?

DDB

Aspergillome

Kc bronchique

A son retour du scanner , le patient fait un 3e épisode .

Il devient polypnéïque à 25 /min, tirage , SpO2 = 80%; TA = 190-100 mm Hg, FC = 130/min

Quelle est la conduite-à-tenir en urgence ?

Intubation trachéale

Ventilation assistée

Artériographie en urgence pour embolisation

Thoracotomie

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Mme A. 21 ans, se présente à votre consultation pour des douleurs abdominales violentes.
Elle dit avoir un retard de règles de 6 semaines et des métrorragies peu abondantes.

Examen obstétrical : Utérus de taille normale, dont la mobilisation est douloureuse avec empatement du cul-de-sac droit.

Le reste de l'examen clinique est considéré comme normal.

Le bilan biologique met en évidence un taux de β -hCG à 6 258 UI/l.

Que suspectez-vous ?

Grossesse extra-utérine

Comment affirmer ce diagnostic ?

Echographie +/- coelioscopie en cas de doute.

Quelles attitudes thérapeutiques sont envisageables ?

Interrompre la grossesse

Exérèse chirurgicale par coelioscopie

*Au cours des prélèvements biologiques, la patiente présente un malaise avec tachycardie.

L'échographie réalisée en urgence montre un épanchement liquidien important intraabdominal et une annexe droite augmentée de volume.

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

GEU rompue -- > Chirurgie en urgence