

Hémorragie digestive haute

ESC_DL_001_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 54 ans, alcoololo-tabagique et cardiopathe ischémique, admis pour douleurs abdominales, vomissements et malaise, en rapport avec une anémie aigüe. Il présente une hémorragie digestive haute sur rupture de varices œsophagiennes.

Objectifs critiques :

- Poser le diagnostic positif d'une hémorragie digestive haute,
- Éliminer les diagnostics différentiels,
- Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- Considérer les examens complémentaires,
- Établir les facteurs pronostiques.

Hémorragie digestive haute

ESC_DI_001_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	54 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 86 Kg, Taille = 176 cm
SF	:	douleurs abdominales,
Début	:	quelques jours
Signes associés	:	vomissements
Mode d'admission	:	urgences
Signes critiques	:	malaise

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	cardiopathie ischémie, cardioaspirine®, crestor®
Toxiques	:	alcoololo-tabagique
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 20 c/min, pas de cyanose, pas de râles, SpO2 = 94%			
Fonction circulatoire	:	FC = 146 bpm, PA = 100/60 mmHg, pâleur, auscultation normale			
Fonction neurologique	:	GCS = 13/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral			
Examen somatique	:	distension abdominale, OMI			
Glycémie	:	0,6 g/L	Température	:	36,5 °C

Hémorragie digestive haute

ESC_DL_001_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Octréotide
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> CIIIG/FQ
<input type="checkbox"/> Appareil ECG	<input type="checkbox"/> Lactulose
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	<input type="checkbox"/> Acide tranexamique
<input type="checkbox"/> Défibrillateur	

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculine
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples, culotte tâchée de sang noir

Formateurs

- | | | |
|---|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Instructeur 1 | : | technicien aux manettes |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 2 | : | briefing et debriefing |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 3 | : | debriefing |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 1 | : | sénior de garde |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 2 | : | femme du patient |

Hémorragie digestive haute

ESC_DI_001_Scénario

Baseline

FR = 20
SpO₂ = 94%
EtCO₂ = 30

FC = 146
PA = 100/60

GCS = 13/15
Myosis serré

TTT symptomatique
État de choc
hémorragique

Interventions

RAS

FC = 120
PA = 100/70
SpO₂ = 95%

Octréotide
Ligature VO

Non

Oui



Hémorragie digestive haute

ESC_DI_001_Programmation

Baseline

FR = 20 c/min, SpO₂ = 94%, pas de cyanose, pas de râles

FC = 146 bpm, PA = 100/60 mmHg, pâleur, auscultation normale

EtCO₂ = 30 mmHg

GCS = 13/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral

Critical

Détresse circulatoire

Aggravation neurologique

Landing

FR = 12 c/min, SpO₂ = 95%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 110/70 mmHg

EtCO₂ = 35 mmHg

Stabilisation hémodynamique et respiratoire

Hémorragie digestive haute

ESC_DI_001_Debriefing

Fiche

- L'hémorragie digestive (HD) demeure une cause importante de morbi-mortalité,
- 80% des HD aigues sont d'origine haute,
- Les complications de la maladie ulcéreuse ou celles de l'http constituent les deux tiers des étiologies des HD hautes,
- L'HD haute se caractérise par la survenue d'une hématémèse et/ou d'un moelena mais elle peut également se manifester par des rectorragies lorsqu'elle est abondante. La pose d'une sonde nasogastrique peut aider au diagnostic de l'origine du saignement,
- L'évaluation de la gravité des HD hautes repose sur les scores de Glasgow-Blatchford et de Rockall, largement validés,
- En cas de suspicion d'HD en rapport avec un ulcère, un traitement par IPP à forte dose doit être débutée précocement. En cas de suspicion d'HD en rapport avec une rupture de varices œsogastriques, un traitement vasoactif réduisant le débit sanguin portal doit être débuté dès la phase préhospitalière si possible,
- Lorsqu'une HD haute est suspectée, une endoscopie oeso-gastroduodénale (EOGD) doit être réalisée dans les 24 heures suivant l'admission (12 heures en cas d'HD liée à l'HTP),
- En cas de rectorragie abondante, une EOGD doit être réalisée avant la coloscopie,
- Le traitement interventionnel de première intention des HD hautes repose sur l'hémostase per-endoscopique. Un traitement par radiologie interventionnelle (artério-embolisation ou TIPS) peut être tenté en cas d'échec du traitement endoscopique,
- En cas d'HD basse, l'angioscanneur abdominopelvien peut permettre de localiser l'origine du saignement et guider le traitement radiologique.

Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif d'une hémorragie digestive haute,
- Éliminer les diagnostics différentiels,
- Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- Considérer les examens complémentaires,
- Établir les facteurs pronostiques.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	6.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	18.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	7.50 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles Soit	52.0 % 12.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles Soit	0.6 % 0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles Soit	0.5 % 0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes Soit	10.5 % 5.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes Soit	6.0 % 0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	160 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	66 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	34 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.6 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na⁺)	136 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	3,5 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.90 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.70 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	18 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	60 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	60 UI/L	(5-40)
CRP	20 mg/L	(< 10)
Albumine	28 g/L	(35-55)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.40	(7.35-7.45)
CO ²	40 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	24 mmol/L	(22-26)
PaO ²	85 mmHg	(> 85)
SaO ²	94 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)

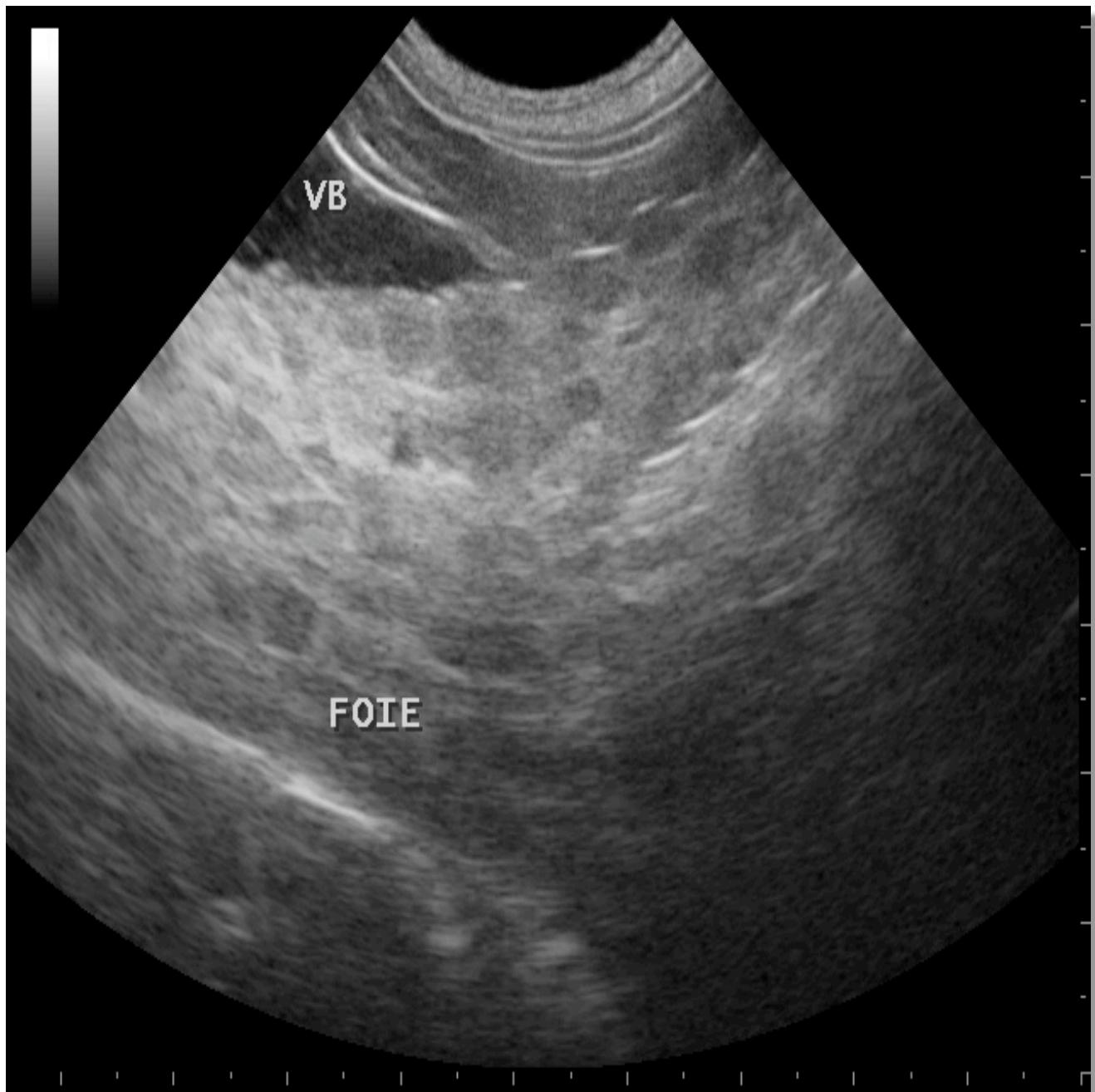
Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Troponine	< 0,02 ng/mL	(< 0.01)

Radiographie du Poumon



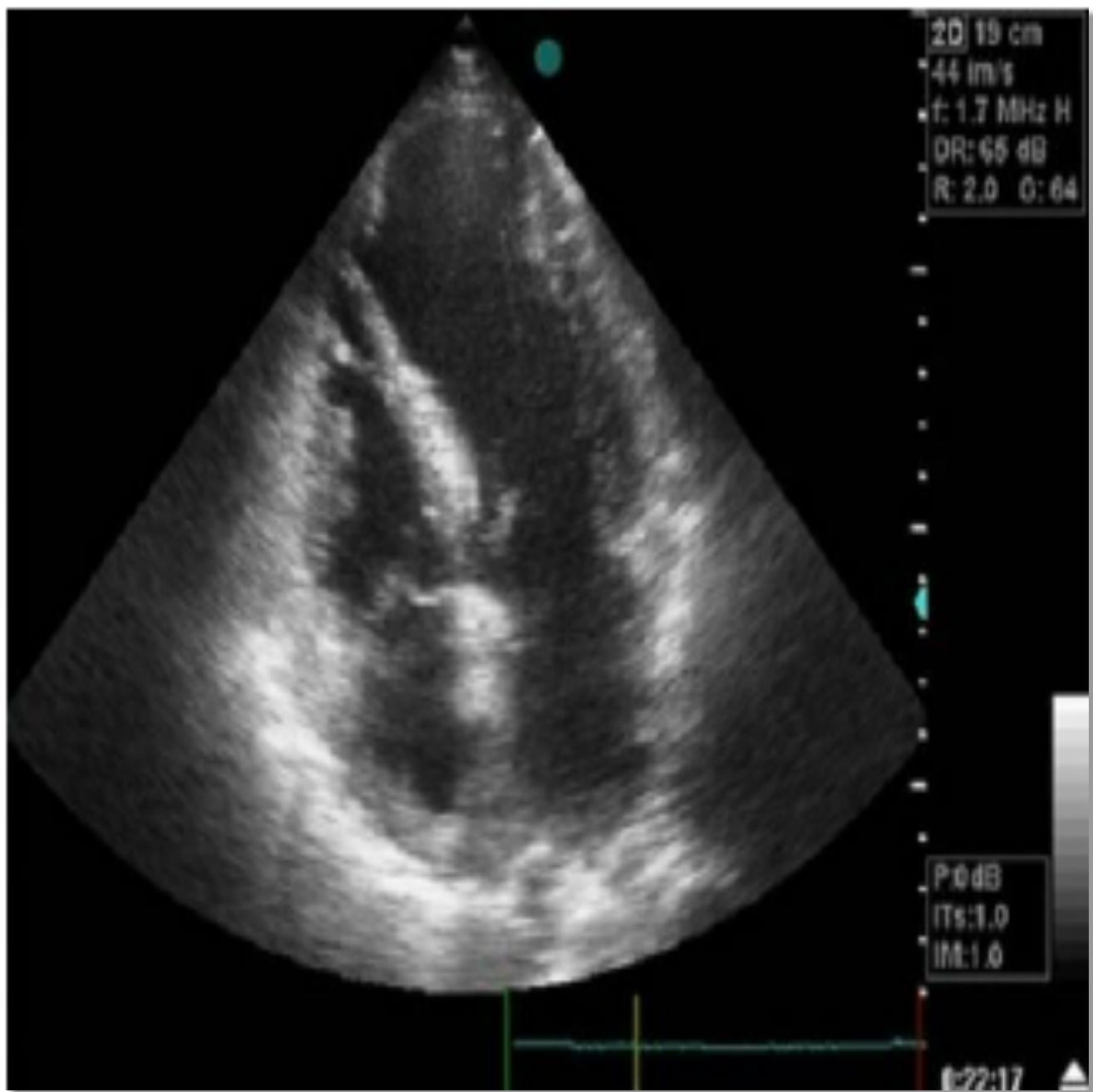
Échographie abdominale



Interprétation :

Suspicion d'hépatopathie chronique.

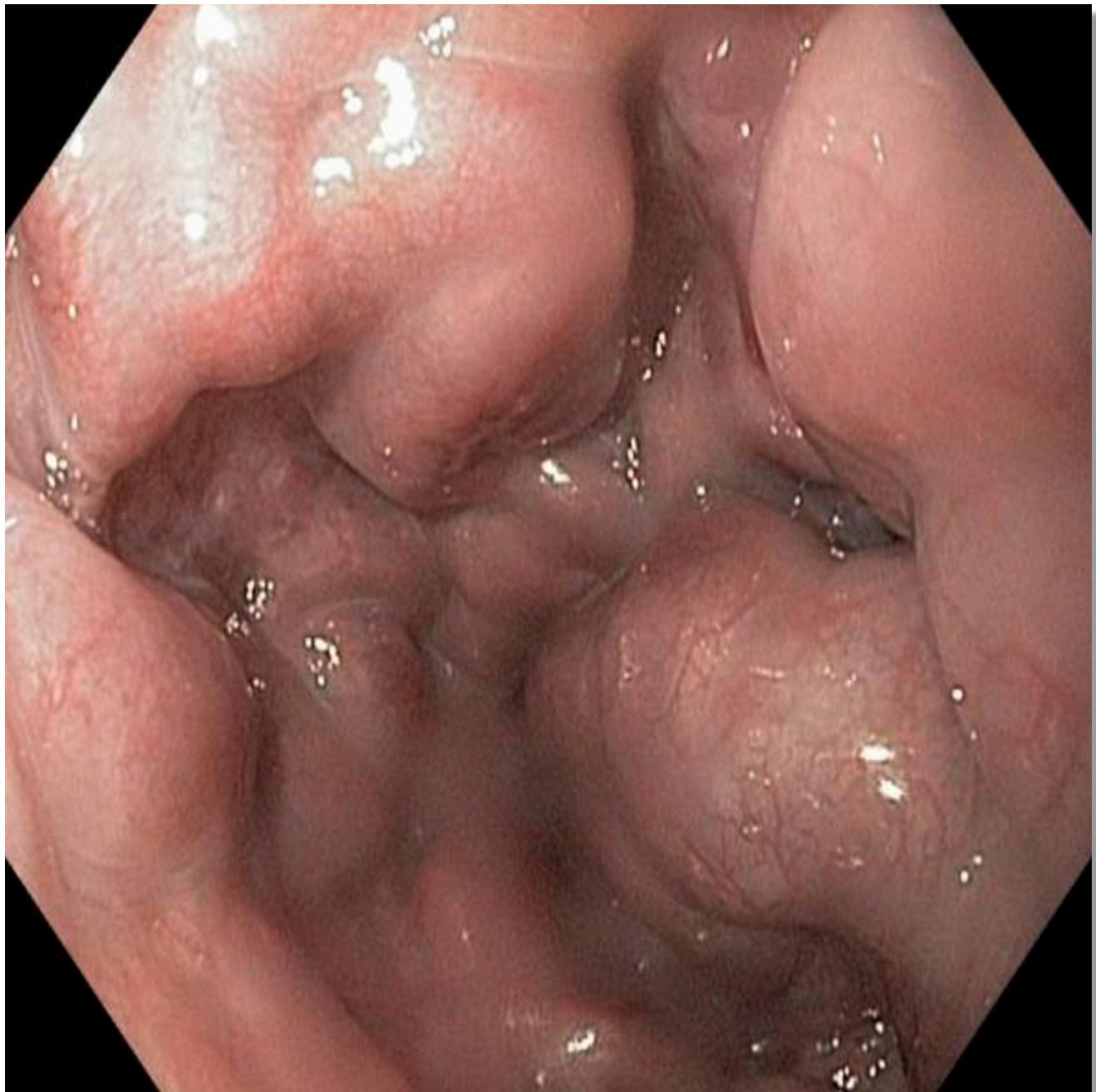
Échocardiographie



Interprétation :

Dysfonction modérée VG, FE = 43%.

Endoscopie digestive



Interprétation :

Varices oesophagiennes.

ESC_DI_001

ECG

