

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE



Présentation typique

Hématémèse

Méléna

Etiologie : ulcère +++, rupture de VO, Mallory Weiss, oesophagite, gastrite

Bilan minimum

Groupe rhésus RAI

Hémostase (TP/INR + V si AVK)

NFS- Plaquettes

Urée, créatinine

Bilan hépatique

Acide lactique

ECG

PIEGES

Rectorragie abondante : hémorragie digestive haute

Cirrotique+bétabloquant : pas de tachycardie

Etat de choc sans saignement extériorisé (surveillance NFS/2-3h et TR répété) ou chercher une autre cause

Epistaxis dégluti / hémoptysie

Signes de gravité

Etat de choc : tachycardie, hypotension, marbrures, polypnée, pâleur, TRC > 3 s

Trouble de la conscience

Inhalation

Prise en charge immédiate

Symptomatique

2 VVP

Remplissage : **cristalloïdes**

Transfusion si instabilité / selon terrain

- Si coronarien obj Hb>8g/dl
- Si HTP obj Hb>7g/dl

+/- noradrénaline

Oxygénothérapie

A jeun, sonde nasogastrique non systématique

Envisager IOT protectrice pour l'endoscopie

Thérapeutique étiologique

Erythromycine 250 mg IVL (vidange gastrique), en absence de CI si EOGD

IPP Bolus 80mg puis 8mg/h IVSE

Si patient cirrotique : **octréotide** 25 µg/h IVSE + antibioprophylaxie de l'ILA (Ceftriaxone 1 g/j IVL)

Si AVK + état de choc : **vitamine K** 10 mg + **PPSB** 1 mg/kg

Orientation

- Appel du gastroentérologue d'astreinte (interne SI en journée **41 878 ; 07 86 26 52 41** la nuit)
- Discuter endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) chez patient stabilisé.
- Hospitalisation Gastro SI ou USC pour patient stable, réanimation si instable.

Messages clé :

- 1/ Prise en charge état de choc hémorragique
- 2/Stabilisation + vacuité gastrique pour EOGD : examen diagnostique et thérapeutique
- 3/Sur-transfusion chez cirrotique = risque récurrence hémorragique