

MODULE

GASTRO-ENTÉROLOGIE

FORMATION IOA

Janvier 2019

Dr BILLIER Laurianne

GÉNÉRALITÉS

- Motif de consultation fréquent (10% des admissions)
- Symptômes abdominaux = expression clinique de maladies diverses
- A aborder différemment :
 - Selon la localisation de la douleur
 - Selon l'âge du patient
 - Selon le contexte clinique

- BUT =

**RECONNAÎTRE RAPIDEMENT LE DEGRÉ D'URGENCE MÉDICALE
OU CHIRURGICALE**

/!\ PIÈGES :

- Douleur d'origine extra-abdominale
- Évolution de la pathologie

ÉCHELLES DE TRI

Généralités



- **Priorité 1** :
Prise en charge immédiate, délai 0
- **Priorité 2** :
Prise en charge urgente, délai < 20 min
- **Priorité 3** :
Prise en charge semi-urgente, délai < 1h
- **Priorité 4** :
Prise en charge non urgente, délai non déterminé (< 2h ?)

HGE

- Motifs **100**

113	Douleur intense EN > 8
104	Troubles de la conscience
102	Insuffisance circulatoire (PA < 80 mmHg et/ou marbrures et/ou pouls filant)
103	Hémorragie digestive massive active (constatée et/ou signes de choc et/ou pâleur extrême)

- Motif **200** et **300**

221	Douleurs abdominales intenses ($5 < EN < 8$) et/ou aiguës
222	Hématémèse, méléna ou rectorragie
223	Nausées, vomissements répétés ou fécaloïdes
224	Corps étranger digestif
240	Sonde de stomie arrachée (non remplacée)
307	Douleur abdominale légère ($EN < 5$) ou ancienne (> 15 jours)
308	Symptômes gastro-intestinaux isolés (diarrhée, constipation, vomissements légers, hoquet, nausées, dysphagie)

- Motif **400**

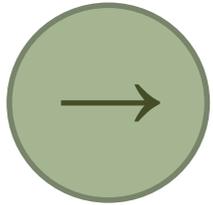
113

Problème de sonde (urinaire ou gastrique) arrachée ou obstruée

AUX URGENCES,

Pourquoi trier ?

Pourquoi prioriser ?



ORIENTATION

Circuit debout

Boxes

Sauv

Orientation directe vers spécialiste

Hospitalisation directe en service

UHTCD

...

EN CAS DE DOUTE,

MAO



Garder en tête que...



- Motif fréquent de recours en médecine générale...

... ET AUX URGENCES...!

→ **VIGILANCE +++**

Par exemple...

Monsieur Epigastre

- 50 ans
- Motifs d'admission :
 - Douleur épigastrique, brutale, > 3h
 - Vomissements et nausées
- ATCD : HTA, RGO, lithiase vésiculaire
- Traitement : Triatec, Tahor, Gaviscon

- Évaluation à l'accueil :
 - PA 110/60 mmHg, FC 60 bpm
 - SpO₂ 99% en AA
 - Douleur épigastrique irradiant en ceinture (EN 5)
 - Nausées, un peu pâle

Priorisation ?

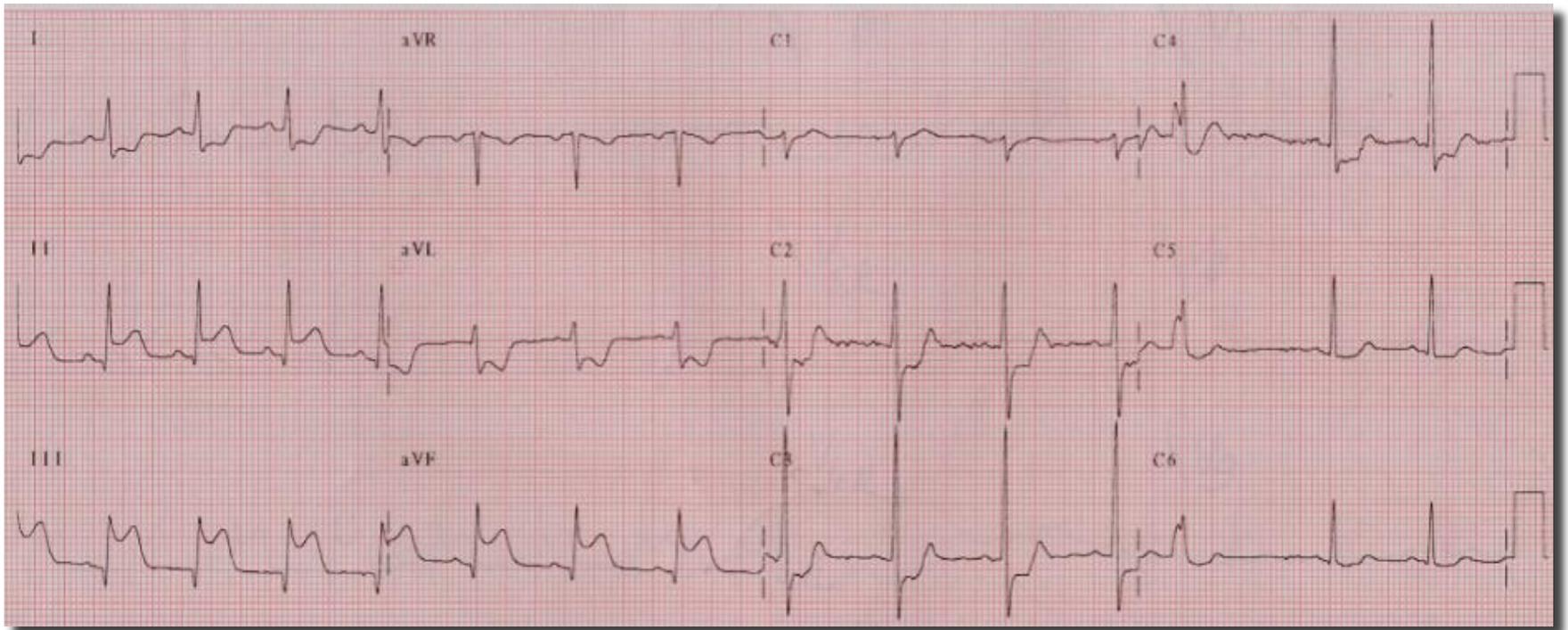
PEC accueil ?

Orientation ?

Examens ?

221	Douleurs abdominales intenses (5 < EN < 8) et/ou aiguës
222	Hématémèse, méléna ou rectorragie
223	Nausées, vomissements répétés ou fécaloïdes
224	Corps étranger digestif
240	Sonde de stomie arrachée (non remplacée)
307	Douleur abdominale légère (EN < 5) ou ancienne (> 15 jours)
308	Symptômes gastro-intestinaux isolés (diarrhée, constipation, vomissements légers, hoquet, nausées, dysphagie)

Finally, patient installed in medicine box at H2



SCA ST+ inférieure

Madame iliaque

- 20 ans
- Amenée par sa mère
- Motifs d'admission :
 - Douleur brutale flanc droit et FID survenue en fin de nuit
 - Nausées
- ATCD : colique néphrétique, cystite
- Traitement : contraception orale

- Évaluation à l'accueil :
 - PA 90/50 mmHg, FC 100 bpm
 - FR 26/min
 - Agitée, hurle, douleur insupportable, pas de position antalgique (EN ?)

Priorisation ?

113 Douleur intense EN > 8

104 Troubles de la conscience

PEC accueil ?

102 Insuffisance circulatoire
(PA < 80 mmHg et/ou marbrures et/ou pouls filant)

Hypothèses ?

103 Hémorragie digestive massive active
(constatée et/ou signes de choc et/ou pâleur extrême)

Orientation ?

Examens complémentaires ?

- Finalement installée en SAUV
 - **PRÉVENIR UN MÉDECIN**

 - VVP x 2
 - Antalgiques palier 1 et 3 sur protocole
 - Bilan sanguin
 - NFS, TP-TCA, **Groupe sanguin/Rh/RAI**
 - Ionogramme
 - **Bêta HCG**
- *Amélioration brutale*
- *Colique néphrétique droite sans signe de gravité*



PIÈGES

- Pas de diagnostic évident = urgence vitale ?
- Origine extra-abdominale :
 - Cardiaque : SCA
 - Vasculaire : anévrisme aorte
 - Métabolique :
 - Acidocétose du diabétique
 - Insuffisance surrénale aiguë
 - Causes autres : pleuro-pulmonaire
 - ...

SI DOUTE : PRIORITÉ 1 POUR ECG / HGT OU



!

INTERROGATOIRE ACCUEIL

PAR L'IOA

- Signes cliniques :
 - Hémodynamique, t°C, état général ± dextro, hémocue, BU
 - Symptômes digestifs (...), SFU, diurèse
 - DDR
- ATCD/terrain :
 - Âge
 - ATCD médicaux / chirurgicaux / gynécologiques
 - Voyage récent, contagiosité
 - Traitement (habituel, occasionnel...)

/! RESPECTER LE JEÛN

SYMPTÔMES DIGESTIFS

1

DOULEUR ABDOMINALE

- Type, siège, irradiation
- **Intensité** (EVA, EN)
- Mode de début, évolution dans le temps
- Ancienneté
- Caractère constant vs intermittent
- Facteurs déclenchants

Signes de gravité

- **Signes de choc**

- Tachycardie : FC > 100 bpm (/!\ si bêta bloquants)
- Hypotension artérielle : PAS < 90 mmHg ou perte de 4 points par rapport à la PA habituelle
- Insuffisance circulatoire : œdèmes des genoux ou de l'abdomen,

**PRIORITE 1 :
SAUV ?**

- Troubles de conscience : somnolence, confusion
- Détresse respiratoire aiguë : $10 < FR < 30/\text{min}$ et/ou cyanose et/ou tirage et/ou difficulté à parler
- Intensité de la douleur (**EN > 8**)

- Douleur **5 < EN < 8**
- Sans signe de gravité

PRIORITE 2 :
boxes

Pour soulager la douleur...

- Autres = douleurs abdominales légères ou anciennes

PRIORITE 3 :
CD ?

*/! chez la personne âgée :
intensité atténuée ou mal exprimée...*

Causes possibles - Généralités

- Intestinales

Péritonite, perforation ulcère, appendicite, sigmoïdite

Syndrome occlusif

Pathologies lithiasiques biliaires, pancréatite

GEU, torsion d'annexe

- Extra-digestives

Acidocétose

Insuffisance surrénale aiguë

Pneumopathie

Colique néphrétique

- Vasculaires

SCA, AAA

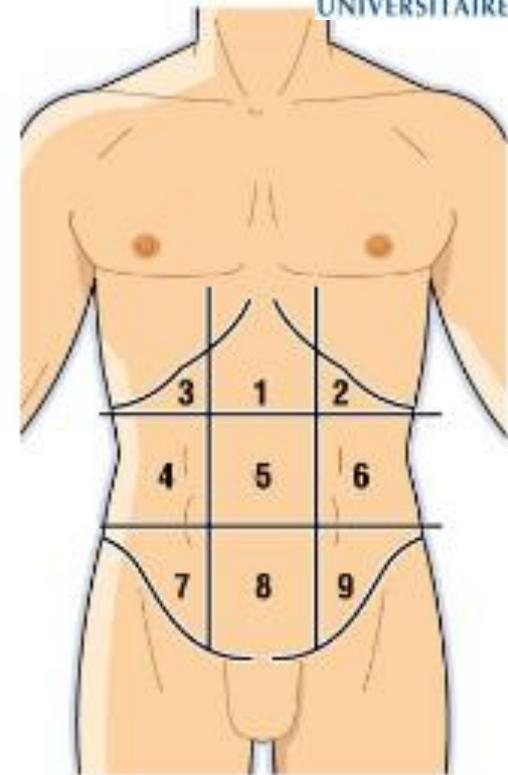
Causes

Selon mode d'apparition

- Douleur aiguë brutale
 - Irritation péritonéale (perforation organe creux, occlusion, GEU)
Patient prostré, immobile
 - Obstruction vasculaire
 - Obstruction conduit naturel (uretère, voies biliaires)
Patient agité, pas de position antalgique
- Douleur non aiguë
 - Syndrome obstructif progressif
 - Lésions inflammatoires / infectieuses : appendicite, sigmoïdite, pancréatite, cholécystite, pyélonéphrite...

Causes Selon localisation

- Douleur diffuse
 - Pancréatite aiguë
 - Péritonite
 - Ischémie mésentérique
 - Syndrome occlusif
- Douleur localisée
 - HCD : biliaire ou hépatique
 - FID : appendicite
 - FIG : sigmoïdite, colite
 - Flancs : reins, uretères, vaisseaux



- 1 - Epigastre
- 2 et 3 - Hypochondre gauche et droit
- 4 et 6 - Flanc droit et gauche
- 5 - Région périombilicale
- 7 et 9 - Fosse iliaque droite et gauche
- 8 - Hypogastre

Conduite à tenir

- *Laisser a jeun*
- Prévenir médecin (senior) si besoin
- Respecter la position antalgique
- Antalgie palier 1 et 3
- **ECG** « facile »
- **Dextro**
- BU ± ECBU
- VVP (x 1 voire 2)
- Bilan biologique orienté selon tableau clinique
- Puis ASP, RT, écho, TDM...

Urgences vitales

- Vasculaires
 - Rupture/fissuration AAA
70 ans, fdrCV, douleur migratrice, collapsus
 - Ischémie mésentérique
Tableau trompeur, fdrCV, état de choc
 - Extra-abdominale : SCA
- Perforation digestive
- Hémorragie digestive active
- GEU = toute femme en âge de procréer

2

HÉMORRAGIE DIGESTIVE

- **Signes de gravité**

- Pâleur, sueurs
- Polypnée FR > 30/min, désaturation
- Troubles de la conscience (GSC)
- Défaillance
 - Tachycardie
 - Hypotension rapport à la
 - Insuffisance des membres des genoux ou de l'abdomen, des hanches, TRC > 3 sec
- Hémorragie active : vomissements sanglants, rectorragies intenses
- **Hémocue ?**

PRIORITE 1 :
SAUV ?

- **Pas de signe de gravité**
et/ou **hémorragie spontanément tarie**

PRIORITE 2 :
boxes

*/! Récidive toujours possible
Avec abondance imprévisible*

Causes

- Hémorragie digestive haute

- Varices oesophagiennes
Terrain (éthylisme chronique, cirrhose)
- UGD
Douleur épigastrique, médicaments gastrototoxiques (AINS...)
- Syndrome de Mallory-Weiss

- Hémorragie digestive basse

- Diverticules
- Tumeurs

Conduite à tenir

- *Laisser a jeun*
- Prévenir médecin (senior) si besoin
- O²
- Position décubitus ou 1/2 assis
- **Hémocue**
- VVP
- Biologie avec Groupe sanguin/Rh/RAI
- ECG
- Traitement symptomatique et étiologique (sando, IPP)
- Commande de CG ?

 **dégradation toujours possible**

3

VOMISSEMENTS

- Type : alimentaire ? Bilieux ? Fécaloïdes ?
- Abondance, fréquence
- Tolérance (alimentaire, hydratation)
- Caractère récent ou chronique
- Association avec autres symptômes (douleurs, troubles du transit...)

- Signes de gravité : **priorité 1**
 - Déshydratation (soif, troubles de la conscience...)
 - Signes de choc (hypovolémique, septique)
 - Troubles ioniques (bilan ambulatoire)

- Actifs, répétés : **priorité 2**
 - Pour soulager le patient
 - Hématémèse sur vomissements répétés
 - ± SNG
 - Déterminer l'indication chirurgicale

- Sinon : **priorité 3**

Causes... multiples !

- Abdominales : syndrome occlusif, GEA
- Métaboliques : diabète, insuffisance surrénale
- Toxiques
- Neurologiques : syndrome méningé, HTIC, vertiges

- Mais aussi SCA, colique néphrétique...

4

DIARRHÉES

- Signes de gravité :
 - Déshydratation, perte de poids
 - Troubles hydro-électrolytiques
 - Hypovolémie, sepsis
 - Fièvre
 - Durée > 8 jours
 - Terrain / ATCD : sujet âgé, Icard, Irénal, immunodéprimé
- Interroger sur :
 - Début d'installation, intensité, signes associés
 - Présence glaire / sang / pus
 - Voyage récent (< 7 jours), contagé, prise alimentaire douteuse

Causes

- Infectieuses : GEA, voyage récent en zone à risque (tourista, paludisme...)
- TIAC
- Médicamenteuses
- Fausse diarrhée du constipé (sur fécalome)

5

CONSTIPATION

- Causes
 - Syndrome occlusif
 - Constipation chronique
 - Médicamenteuses
 - Psy

6

CORPS ÉTRANGER DIGESTIF

- Motif d'accueil À *RECHERCHER* car pas toujours communiqué par le patient de façon spontanée
- Recueil de l'histoire de la maladie, notamment, l'occlusion
- Évaluation des troubles digestifs
- Prise en charge de l'urgence et extraction dans un délai bref
- **RESPECT DU SECRET MÉDICAL**

PRIORITE 2 :

Boxe

(méd ou traumatolo)

7

SONDE DE GASTROSTOMIE ARRACHÉE

- Prise en charge rapide pour conservation de l'orifice de gastrostomie

PRIORITE 2

- **INSTALLATION D'UNE SONDE URINAIRE PROVISOIRE**

8

PROBLÈME DE SONDE AUTRE (GASTRIQUE / URINAIRE)

- Retentissement...
- Traumatisme...

PRIORITE 4

EXEMPLES

Exemple 1

- Mme A. 55 ans
- Adressée par MT pour hématomésées répétées
- Chez MT : stable, pas de récurrence de vomissements

- ATCD : cirrhose sur OH (non sévère) avec VO
- TTT : bêta bloquant

- Priorisation ? 2 ou 1 ?

- À l'accueil :
 - PA 85/50 mmHg
 - FC 110 bpm
 - Pâleur conjonctivale
 - GSC15 mais un peu agitée

Rupture de VO
UGD
Mallory Weiss

• Hypothèses ?

• Priorisation ?

1 + SAUV ?

Exemple 2

- M B. 40 ans
- Adressé par MT pour rectorragie depuis la veille
- Chez MT : stable, pas de récurrence de vomissements

- ATCD : Ø / TTT : Ø

- À l'accueil :
 - PA 130/70 mmHg
 - FC 75 bpm
 - GSC15 calme mais inquiet

- Hypothèses ?

Hémorroïdes

Tumeur

Diverticule

Saignement haut actif

CE ?

- Priorisation ?

2 + boxes

Exemple 3

- Mme C. 19 ans
- Adressée par MT pour douleur abdominale en FID
- ATCD : Ø / TTT : Ø
- À l'accueil :
 - PA 100/50 mmHg
 - FC 80 bpm
 - T°C 37,8 °C
 - EN 6/10

Syndrome appendiculaire

Cause gynéco

Cause urinaire

• Hypothèses ?

• Priorisation ?

**2 + boîtes
(ou CD ?)**

Exemple 4

- Mme D. 19 ans
- Adressée par MT pour douleur abdominale en FID
- ATCD : Ø / TTT : Ø
- À l'accueil :
 - PA 100/50 mmHg
 - FC 110 bpm
 - T°C 37,8 °C
 - EN 7/10
 - Agitée, pâle, pas de position antalgique

**1 + SAUV
ou boxes ?**

Exemple 5

- Mme E. 80 ans
- Adressée par MT pour douleur abdominale diffuse associée à des diarrhées

- ATCD : HTA, pontage fémoral, angor
- TTT : ?

- À l'accueil :
 - GSC 13-14
 - PA 100/50 mmHg, FC 90 bpm
 - EN 7/10, apyrétique
 - Calme, pâle, marbrures genoux et abdomen

Diarrhée infectieuse

Sepsis

**Diarrhée sur bas débit,
cause vasculaire...**

• Hypothèses ?

• Priorisation ?

1 + SAUV

Exemple 6

- M F. 55 ans
- Adressée pour méléna évoluant depuis la veille, associée à une douleur abdominale
- ATCD : HTA, OH chronique non compliquée (?)
- TTT : Ø sauf AINS récemment pour tendinite
- À l'accueil :
 - GSC 15
 - PA 130/70 mmHg, FC 100 bpm
 - EN 5/10

2 + CD
(boxe ?)

Suite...

- Installé dans la file d'attente
- 2 patients avant lui

À H.U.C.

- Choc hypovolémique
- Prise en charge immédiate
- Admission à la Sauv

⚠ dégradation toujours possible

Exemple 7

- M G. 55 ans
- Admis pour douleur du flanc G évoluant depuis le matin, suspicion de colique néphrétique G
- Anamnèse
 - CS MT le matin pour douleur abdominale intense flanc G et fosse lombaire G : 1^{er} épisode de CN ?
 - Adressé pour échographie en ville après antalgie palier 2
 - Échographie RAS, adressé aux urgences pour TDM
- ATCD : HTA
- TTT : ?

- À l'accueil :
 - PA 110/60 mmHg, FC 85 bpm, SpO₂ 95% AA
 - Douleur persistante 6/10
 - Pâleur

- CAT ?

2 + boîte rapide
pour antalgie

- Mais « ne le sent pas »



Finalemment...

- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Fissuration 45 min après l'arrivée du patient admis au BO après TDM

**Travail d'accueil = travail de binôme
IOA + MAO au moindre doute**

EN CONCLUSION : ÉVOLUTION TOUJOURS POSSIBLE

→ **TRIAGE, SURVEILLANCE ET VIGILANCE !**

QUESTIONS ?

MERCI À TOUS
