

CRITERES D'INTERVENTION D'URGENCE GASTROENTÉROLOGIQUE (HORS CHUV)

Le but de ce document est de préciser si une endoscopie sera effectuée en urgence durant la garde de gastroentérologie, en dehors du CHUV. Cette liste est une annexe du Règlement interne pour la garde de gastroentérologie du Groupement des Gastroentérologues Vaudois (GGV). Les gastroentérologues vaudois estiment que l'application de ces critères permet d'intervenir adéquatement en urgence, et aussi d'organiser électivement les endoscopies non-urgentes, électives et semi-électives.

1. Hémorragie digestive aiguë haute (réf 1 - 5) : *Les causes les plus fréquentes sont les ulcères peptiques puis les hémorragies variqueuses. Avant l'endoscopie le patient doit être stabilisé sur le plan cardio-respiratoire et hémodynamique. Les scores publiés doivent être intégrés dans l'ensemble de la démarche thérapeutique (score de Blatchford >1, ...).*

- **Si suspicion d'hémorragie variqueuse :** octréotide 50microg en bolus iv suivi de 25 ug/h dans tous les cas. Si instabilité hémodynamique → stabiliser le patient et rajouter un IPP 80mg/iv puis 8mg/h + érythromycine 250mg/iv/30 minutes avant OGD → Si patient compensé : **OGD dès que patient stabilisé.**

- **Si hémorragie variqueuse peu probable :** IPP 80mg/iv puis 8mg/h + érythromycine 250mg/iv/30 minutes avant OGD. **OGD dans les 12h dès que patient stabilisé, si reste compensé.** Le délai pour une OGD en urgence peut être rediscuté avec le gastroentérologue de garde si le patient reste instable malgré des mesures appropriées. Si patient ne répond pas au remplissage, demander un avis chirurgical et/ou de radiologie interventionnelle si disponible.

2. Corps étrangers oeso-gastriques (7) : Scanner thoraco-abdominal → à discuter si obstructif, tranchant, trop grand pour passer le pylore. Extraction des piles plates (>2cm) dans l'œsophage → **OGD dans les 6 heures.**

3. Hémorragies digestives aiguës basses (6) : *les hémorragies digestives basses sont le plus souvent diverticulaires. Etant donné que la plupart des hémorragies s'arrêtent spontanément, une coloscopie après 24 heures est suffisante dans la plupart des cas. Une coloscopie après purge préalable (PEG) est en général la première étape → **COLOSCOPIE dans les 24 heures.***

4. Syndrome occlusif bas : *Iléus par obstruction colique aiguë fonctionnelle (syndrome d'Ogilvie) ou mécanique (brides, volvulus, cancer) → Scanner abdominal → dilatation caecale <12cm → néostigmine 2mg/iv (8) → si échec → **COLOSCOPIE dans les 12 heures pour exsufflation.***

5. Pancréatite biliaire sévère, cholangite aiguë (MOF, ictère, état septique, cholangite ne répondant pas après 24 heures d'antibiotiques) : → Scanner thoraco-abdominal non-injecté → **ERCP → transfert au CHUV.**

Hors de ces critères le médecin de garde peut à tout moment discuter avec le gastroentérologue de garde qui jugera quand l'intervention en urgence se justifie.

Karime ABDELRAHMAN
Anca ANTONINO
Laurent BOCHATAY
Tarek BOUSSAHA
Sophie BUYSE
Ali DEHLAVI (vice-président)
Joakim DELARIVE
Pierre DELTENRE
Christopher DOERIG
Gian DORTA
Christian FELLEY
Suzanne GALLOT-LAVALLEE
Sébastien GODAT
Jürg HESS
Roxane HESSLER
Philippe MAERTEN
Michel MAILLARD
Pierre MICHETTI
David MONDADA (secrétaire)
Darius MORADPOUR
Cristina NICHITA
Thierry NICOLET
Isabelle PACHE
Gérolde SCHACHER
Jean-François SCHNEGG
Alain SCHOEPFER
Philippe STADLER
Joël THORENS
Francesco VIANI
Dominique VOUILAMOZ
Marianne VULLIEMOZ GIURGIS
Paul WIESEL (président)

Références :

1. Osman D. Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant. Réanimation 2012;21(4):477-92.
2. Badel S, Dorta G. Hémorragie digestive haute : utilité des scores pronostiques. Rev Med Suisse 2011;7:1574-8
3. Monteiro S. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: Who, when and why? World J Gastrointest Pathophysiol 2016;7(1): 86-96.
4. De Franchis R. Revisiting consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. Journal of Hepatology 2010;53:762-768.
5. Laine L. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol 2012;107:345-360.
6. Ghassemi KA. Lower GI bleeding: Epidemiology and management. Curr Gastroenterol Rep 2013;15:333.
7. Birk M. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2016;48:489-96.
8. Lopez Valle RM. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. Ann Med Surg (Lond). 2014; 3(3): 60-4.