

# Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

## Prise en charge initiale par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte

---

### Chemin clinique

#### Contexte

Le réanimateur est régulièrement confronté au sujet de l'hémorragie digestive (HD). Il est en effet amené à prendre en charge les formes graves d'HD aiguë, pathologie fréquente et sévère, mais dont la mortalité probablement inchangée pendant 20 ans, pourrait diminuer grâce aux récents progrès diagnostiques et thérapeutiques. Il doit aussi, pour chacun des patients déjà admis en réanimation, définir les modalités de prévention de l'HD haute « de stress », complication devenue rare, mais dont la prévention médicamenteuse reste pourtant largement réalisée.

La prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives a fait récemment l'objet d'un travail de recommandations organisé par la SRLF.

A partir de ce référentiel, deux outils d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ont été élaborés. **Le premier est un chemin clinique dont l'objectif est d'évaluer la prise en charge initiale du patient adulte admis en réanimation pour hémorragie digestive.** Le second est un audit clinique dont l'objectif est d'évaluer la pertinence de la prescription médicamenteuse pour la prévention de l'HD haute « de stress ».

#### Promoteurs

- Société de Réanimation de Langue Française (SRLF)
- Organisme de DPC de Réanimation (DPC Réa)

#### Groupe de travail

Daniel Da Silva, Michel Djibré, Dominique Hurel et David Osman

#### Groupe de lecture

Commission des Référentiels et d'Évaluation de la SRLF : Thierry Boulain, Cédric Bretonnière, Karim Chaoui, Michel Djibré, Fabienne Fieux, Khaldoun Kuteifan, Martine Lesny, Olivier Lesieur, Dominique Hurel, Virginie Lemiale, Daniel Silva, Benoit Misset, David Osman, Luigi Titomanlio, Ly Vong, Christophe Milési, Jean-Pierre Quenot, Lilia Soufir

#### Référence

- Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant, Réanimation 2012 ; 21: 4, 477-492.
- Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children, Annals of Intensive Care 2012, 2: 46

#### Cibles Professionnelles

- Médecins réanimateurs
- Médecins anesthésistes réanimateurs
- Médecins urgentistes
- Médecins hépato-gastro-entérologue

#### Patients concernés

Tous les patients **adultes suspects de présenter une hémorragie digestive** et susceptible d'être pris en charge par un réanimateur. Il doit être réalisé chez **dix patients consécutifs**.

## Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

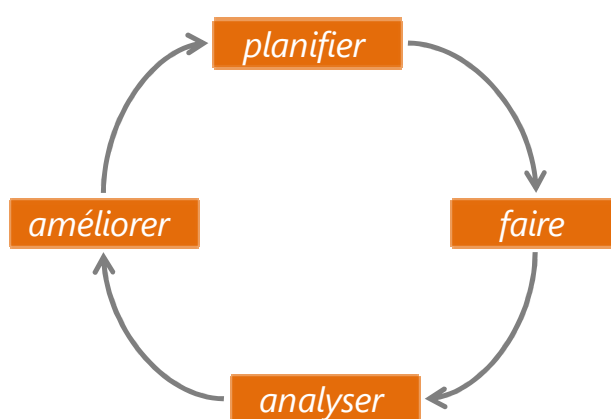
---

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'**analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations** et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr>).

Le programme comporte ensuite, obligatoirement, la **mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques**. Les critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques reposent sur des objectifs de qualité à atteindre. Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité.

D'une manière générale, les démarches d'amélioration de la qualité s'inscrivent dans le modèle proposé par *W.E. Deming*. Ce modèle comprend quatre étapes distinctes se succédant indéfiniment : **planifier, faire, analyser, améliorer**.

1. **Planifier** : étape de définition de la démarche d'amélioration de la qualité, d'évaluation traduite par le référentiel, d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes et des critères choisis.
2. **Faire** : étape de mesure de la pratique au regard du référentiel, au cours de laquelle les données sont recueillies.
3. **Analyser** : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés (identification des points forts et analyse des écarts par rapport au référentiel) et selon la démarche d'amélioration de la qualité adoptée.
4. **Améliorer** : Les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.



## Chemin clinique pour l'évaluation de la prise en charge initiale par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte.

### 1. Avant la réalisation d'une endoscopie œsogastroduodénale (EOGD)

Critère	Oui	Non	NA
1 Mesurer le score de Glasgow-Blatchford			
2 Organiser l'EOGD dans les délais requis			
3 Discuter la réalisation d'un angioscanner abdomino-pelvien si l'EOGD ne peut pas être réalisée dans les délais requis			
4 Administrer 250 mg d'érythromycine IV avant la réalisation de l'EOGD			
5 Administrer un traitement IPP à forte dose			
6 Administrer un traitement vasoactif spécifique du territoire splanchnique			

EOGD: endoscopie œsogastroduodénale, IPP: inhibiteur de la pompe à protons

#### Aide au remplissage

2 : répondre oui si l'EOGD est réalisée :

- dans les 24 heures
- ou dans les 12 heures si une rupture de VO est suspectée
- ou sans délai en cas d'hémorragie active suspectée / de rectorragie abondante

3 : répondre NA si l'EOGD est réalisée dans les délais requis

4 : répondre NA s'il existe une contre-indication à l'administration d'érythromycine IV

5 : répondre NA si l'hypothèse ulcéreuse est exclue par le clinicien

6 : répondre NA si l'hypothèse d'une hypertension portale est exclue par le clinicien

## 2. Lors de la réalisation de la première endoscopie EOGD

### Si un ulcère est mis en évidence

Critère	Oui	Non	NA
1 Réaliser un traitement endoscopique adapté			
2 Discuter l'embolisation ou le traitement chirurgical en cas d'échec 1 <sup>ère</sup> du traitement endoscopique d'une lésion Forrest Ia et Ib			
3 Discuter une endoscopie de "second-look" dans les 24h			
4 Poursuivre un traitement médicamenteux adapté			
5 Poursuivre un traitement par Aspirine à visée coronaire			
6 Arrêter un traitement par Clopidogrel			

#### Aide au remplissage

1 : répondre oui si

- un traitement endoscopique est réalisé en cas de Forrest Ia, Ib, Iia
  - un traitement endoscopique est tenté en cas de Forrest IIb
- répondre non si un traitement endoscopique est réalisé en cas de Forrest IIc et III

2 : répondre NA en l'absence d'échec primaire

3 : répondre NA si seule une lésion de « bas risque » (Forrest IIc et III) est mise en évidence

4 : répondre oui si :

- le traitement vasopresseur du territoire splanchnique est éventuellement arrêté
- et le traitement IPP est poursuivi à dose « standard » (IIc et II) ou « forte dose » (Ia, Ib, Iia, IIb)

5 : répondre NA si le patient ne reçoit pas de traitement par Aspirine à visée coronaire

6 : répondre NA si le patient ne reçoit pas de traitement par Clopidogrel à visée coronaire

## Si le diagnostic de rupture de varices oeso-gastriques est retenu

Critère	Oui	Non	NA
1 Réaliser un traitement endoscopique adapté			
2 Poursuivre un traitement médicamenteux adapté			
3 Débuter une antibioprofylaxie adaptée			
4 Discuter un TIPS chez les patients à haut risque			
5 Discuter la mise en place d'une sonde de tamponnement et la réalisation d'un TIPS en cas d'échec 1 <sup>aire</sup> du ttt endoscopique			
6 Administrer une transfusion globulaire adaptée (objectif Hb 7 à 8g/dl)			
7 Administrer une transfusion plaquettaire adaptée			
8 Discuter une transfusion en PFC			
9 Ne pas transfuser de facteur VIIa			

*TIPS: shunt intrahépatique portosystémique transjugulaire; PFC: plasma frais congelé*

### Aide au remplissage

1 : répondre oui si

- une ligature est réalisée pour les varices oesophagiennes
  - une obturation à la colle est pratiquée pour les varices gastriques
- répondre non dans les cas contraires ou si aucun traitement n'est pratiqué

2 : répondre oui

- un traitement IPP est éventuellement arrêté
- et le traitement vasopresseur du territoire splanchnique est poursuivi

3 : répondre oui si une antibiothérapie par céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération ou fluoroquinolone est débutée

4 : répondre NA pour les patients à bas risque de récurrence (patients Child A et patients Child B avec hémorragie active lors de l'EOGD)

5 : répondre NA si le saignement est contrôlé lors de l'EOGD

6 : répondre non si une transfusion globulaire est réalisée et aboutit à des taux d'Hb très au dessus de 8g/dl

7 : répondre oui uniquement si une transfusion plaquettaire est réalisée chez un patient ayant un saignement non contrôlé et présentant moins de 30 000 plt/mm<sup>3</sup>.

8 : répondre non si prescription de PFC à titre systématique.

### Si l'EOGD est normale

Critère	Oui	Non	NA
1 Organiser un angioscanner abdomino-pelvien ou une artériographie			
2 Réaliser une artério-embolisation si le saignement est repérable			
3 Réaliser une artério-embolisation ou un traitement chirurgical d'hémostase si le saignement est repérable et cataclysmique			
4 Organiser une coloscopie avec préparation dans les délais requis si le saignement n'est pas repérable			
5 Organiser le traitement chirurgical en cas d'échec de l'embolisation et/ou du traitement per-endoscopique			

#### *Aide au remplissage*

2 : répondre NA si

- le saignement n'est pas repérable
- le saignement est cataclysmique

3 : répondre NA dans les autres situations qu'un saignement cataclysmique

4 : répondre NA en cas de saignement repérable

5 : répondre NA dans les autres situations qu'un échec d'embolisation ou de traitement per-endoscopique