

#001

Objectifs du carnet

Hémorragie Digestive Grave

Carte de révision anesthésie-réanimation

- 1 Reconnaître hémorragie digestive grave : hématemèse, méléna, rectorragie avec choc, anémie ou anticoagulation.
- 2 Causes ou contextes prioritaires : ulcère, varices, cancer, diverticule, angiodysplasie ou iatrogénie.
- 3 La première étape est de sécuriser les fonctions vitales et de raisonner en ABCDE.
- 4 Les examens doivent répondre à la question de gravité, de mécanisme et de traitement causal.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant hémorragie digestive grave en contexte EDN et en garde.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaître et prioriser

- Reconnaître hémorragie digestive grave : hématemèse, méléna, rectorragie avec choc, anémie ou anticoagulation.
- Causes ou contextes prioritaires : ulcère, varices, cancer, diverticule, angiodysplasie ou iatrogénie.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, la première étape est de sécuriser les fonctions vitales et de raisonner en ABCDE.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, les examens doivent répondre à la question de gravité, de mécanisme et de traitement causal.

#003

Traiter, surveiller, réévaluer

- Traitement initial : ABCDE, VVP, transfusion, correction anticoagulants, IPP ou vasoactif si varices, endoscopie.
- Surveillance rapprochée : TA, Hb, lactate, coagulation, récidence, encéphalopathie et stratégie hémostase.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, l'avis spécialisé ou le transfert se décide tôt si aggravation ou ressources limitées.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, le piège est de corriger un chiffre sans traiter la cause ni réévaluer la réponse clinique.

#004

Pièges fréquents

- Pour Hémorragie Digestive Grave, un patient compensé peut se dégrader brutalement: surveiller la tendance plus que le chiffre isolé.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, hypoxie, hypotension, hypoglycémie, hyperkaliémie et sepsis ne doivent pas attendre le bilan complet.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, les traitements invasifs exigent anticipation des complications et traçabilité.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, la réévaluation après chaque geste fait partie du traitement.

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Hémorragie Digestive Grave, prioriser ABCDE, monitoring, accès vasculaire, traitement causal et appel à l'aide.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, mesurer réponse clinique avec conscience, peau, diurèse, gaz du sang, lactate et hémodynamique.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, adapter niveau de soins, transfert et limitation éventuelle à l'objectif thérapeutique.
- Pour Hémorragie Digestive Grave, documenter décisions, information et critères de surveillance.

Sources: Référentiels et conférences SFAR/SRLF selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/22- Réanimation et SSD1/Alex/23- Anesthésie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte