

MISE EN CONDITION

Scope, Hémocue®/15', PNI (PAM > 65 mmHg), SpO₂
Pose de **deux VVP** de gros calibre (16G)
SNG utile pour confirmer le diagnostic sans pouvoir l'éliminer, pas de CI en cas de suspicion rupture VO
O₂: QSP SpO₂ 95-98% sauf CI

SI INSTABILITE HEMODYNAMIQUE

ACIDE TRANEXANIQUE : 1 g en bolus IV en 10' (dans les 3H), suivi de 1 g perfusé sur 8h

REPLISSAGE : 1000-1500ml de NaCl 0,9%, discuter macromolécules

NORADRENALINE : Si remplissage insuffisant débiter à 0,2 µg/Kg/min

Cf. NORADRENALINE & Cf. Choc hémorragique

ANTAGONISATION SI TRAITEMENT ANTICOAGULANT PREEXISTANT

Ne doit pas faire retarder le transfert du patient

AVK : 10mg de vit K IV + 25 U/kg PPSB

AOD : PPSB 50 U/kg ± antidote : Si AC par DABIGATRAN (Pradaxa®) : Praxbind® (IDARUCIZUMAB) 5g IV

TRAITEMENT ULCERE GASTRO-DUODENAL

OMEPRAZOLE IV : 80 mg en 30', puis 8 mg/h pour une durée totale de 72 heures

SI SUSPICION DE RUPTURE DE VARICES OESOPHAGIENNES

Traitement vasoactif **AU CHOIX** :

OCTRÉOTIDE Sandostatine® 25 µg/heure soit 600 µg/24H pendant 48 heures en IVSE

TERLIPRESSINE Glypressine® : Un bolus de 2 mg, toutes les 4 heures, jusqu'au contrôle initial du saignement et pendant 48 heures maximum ; (1 mg si poids < à 50 kg)

ORGANISATION SUITE DE LA PRISE EN CHARGE VIA ☎ 15 & L'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE

Si FOGD

ERYTHROMYCINE : 250 mg (**PED** : 5 mg/kg) en IV avant réalisation de l'EOGD si prévue à l'arrivée

SI CHOC HEMORRAGIQUE

Organisation conjointe avec le **Bloc Opératoire des Urgences/Déchocage**
Prévoir support transfusionnel