

Énoncé

Une femme de 76 ans, G3 P2, est amenée aux urgences de votre établissement suite à un malaise à son domicile. Ce malaise est survenu deux heures plus tôt en quelques minutes avec une sensation de vertige contraignant la patiente à s'allonger. À l'examen clinique on note une fréquence cardiaque à 115 par minute, une pression artérielle à 130/70 mmHg. On note une pâleur cutanée, des marbrures au niveau des membres inférieurs. La patiente est consciente et bien orientée. La paroi abdominale est souple et indolore. On note la présence de selles noires abondantes. La patiente est traitée par Coumadine® (anti-vitamine K) pour une fibrillation atriale. Le dernier INR était à 2,2. Il existe également une hypertension artérielle traitée par amlodipine. La patiente recevait depuis 10 jours un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) pour une arthrose douloureuse du genou. La numération formule sanguine montre : hémoglobine 80 g/l, hématokrite 25 %, VGM 90 fl, leucocytes 8,9 G/l, plaquettes 220 G/l. Le tracé de l'électrocardiogramme montre un rythme sinusal avec une fréquence à 116 par minute sans trouble de la repolarisation.

1 QCM. Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) un (des) facteur(s) de gravité de cette hémorragie digestive ?

- a. Marbrures au niveau des membres inférieurs
- b. Abondance du méléna
- c. Malaise initial
- d. Prise d'un AINS
- e. Fréquence cardiaque élevée

2 QCM. Quelle(s) est (sont) la (les) première(s) mesure(s) à prendre en urgence ?

- a. Mise en place d'une sonde nasogastrique avec lavage aspiration
- b. Mise en place de deux voies d'abord veineuses
- c. Hospitalisation en unité de médecine
- d. Oxygénothérapie avec surveillance de la saturation
- e. Arrêt de la Coumadine®

3 QCM. Vous prescrivez une compensation de l'hémorragie par macromolécules et culots globulaires. Quel(s) est (sont) l'(les) objectif(s) du remplissage ?

- a. Obtenir une fréquence cardiaque inférieure à 100 battements/minutes
- b. Maintenir le taux d'hémoglobine au-dessus de 100 g/l
- c. Obtenir une diurèse supérieure à 15 ml/heure
- d. Obtenir une pression artérielle systolique au-dessus de 100 mmHg
- e. Maintenir la saturation de l'oxygène au-dessus de 92 %

4 QCM. Quel(s) est (sont) le (les) facteur(s) de risque d'ulcère hémorragique de cette patiente ?

- a. Absence de prise d'inhibiteur de la pompe à protons
- b. Prise d'AINS quelle que soit la durée du traitement
- c. La multiparité
- d. Prise de Coumadine®
- e. Âge supérieur à 65 ans

5 QCM. Vous pensez réaliser une endoscopie digestive haute à cette patiente. Quel(les) est (sont) la (les) proposition(s) qui vous paraî(ssen)t correcte(s) concernant les conditions de réalisation de cet examen ?

- a. L'endoscopie doit être réalisée dans les 6 heures
- b. Une anesthésie avec intubation trachéale est indispensable du fait du risque d'inhalation
- c. L'état hémodynamique doit être stable
- d. Un consentement signé doit être obtenu
- e. L'obtention d'une bonne vacuité gastrique est souhaitable

6 QCM. La patiente a reçu 3 culots globulaires et l'examen endoscopique montre un ulcère du plancher du bulbe avec un saignement en nappe. L'hémostase est assurée par du sérum adrénaliné et la pose d'un clip. Quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) doit (doivent) être prise(s) dans les suites immédiates ?

- a. Autoriser l'alimentation liquide
- b. Reprendre le traitement anticoagulant dans les 24 premières heures
- c. Administrer par voie intraveineuse de l'octréotide
- d. Administrer par voie intraveineuse un inhibiteur de la pompe à protons
- e. Administrer par voie intraveineuse un traitement d'éradication de *Helicobacter pylori*

7 QCM. Après un traitement par oméprazole à fortes doses par voie intraveineuse pendant 72 heures, le méléna a disparu et l'hémoglobininémie est stable à 105 g/l. Quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) doit (doivent) être prise(s) ?

- a. Réintroduire des AINS sous couvert d'un inhibiteur de la pompe à protons
- b. Évaluer le rapport bénéfice / risque avant de réintroduire le traitement par Coumadine®
- c. Reprendre l'alimentation orale
- d. Administrer *per os* un inhibiteur de la pompe à protons à pleine dose
- e. Administrer un traitement d'éradication de *Helicobacter pylori*

8 QCM. Une recherche de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est envisagée. Quelle(s) modalité(s) est (sont) applicable(s) chez cette patiente avant la sortie de l'hôpital ?

- a. Endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales pour culture de *H. pylori*
- b. Endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales pour recherche anatomopathologique de *H. pylori*
- c. Test respiratoire à l'urée marquée
- d. PCR de *H. pylori* dans le liquide gastrique
- e. Sérologie *H. pylori*

9 QCM. Une endoscopie digestive haute avec biopsies gastriques est faite. Quel(s) est (sont) l'aspect (les aspects) microscopique(s) que l'on peut observer en cas de gastrite chronique active à *Helicobacter pylori* ?

- a. Muqueuse antrale normale et gastrite fundique atrophique
- b. Muqueuses antrale et fundique siège d'une gastrite chronique
- c. Présence de bactéries spiralées dans le mucus gastrique
- d. Présence de polynucléaires neutrophiles dans la muqueuse
- e. Présence de granulomes épithélioïdes dans la muqueuse

10 QCM. Les biopsies gastriques ont montré la présence de *H. pylori*. Indiquer le(s) traitement(s) envisageable(s) chez cette patiente ?

- a. Traitement associant un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) double dose et amoxicilline-acide clavulanique
- b. Traitement séquentiel associant un IPP double dose, amoxicilline et érythromycine
- c. Traitement séquentiel associant un IPP double dose, amoxicilline, clarithromycine et métronidazole
- d. Traitement séquentiel associant un IPP double dose, amoxicilline, vibramycine, métronidazole
- e. Traitement par quadrithérapie bismuthée associée à oméprazole 20 mg x 2/j

11 QCM. Quelle est la durée du traitement par IPP chez cette patiente qui reste traitée par AVK mais qui ne prend plus d'AINS ?

- a. 2 semaines
- b. 4 semaines
- c. Au long cours
- d. Arrêt après le traitement d'éradication de *H. pylori*
- e. 6 semaines supplémentaires après le traitement d'éradication de *H. pylori*

12 QCM. Vous avez prescrit un traitement d'éradication par un traitement séquentiel de 10 jours associant IPP double dose, amoxicilline, clarithromycine et métronidazole. Le test respiratoire à l'urée marquée de contrôle fait 4 semaines après est positif. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) proposez-vous ?

- a. Prescription du même traitement séquentiel 10 jours
- b. Prescription du même traitement séquentiel 15 jours
- c. Quadrithérapie bismuthée associée à l'oméprazole pendant 10 jours
- d. Endoscopie digestive avec culture de *H. pylori* sur biopsie pour antibiogramme
- e. Maintien du traitement par IPP pendant toute la durée du traitement anticoagulant

13 QCM. Vous avez prescrit un traitement d'éradication par une quadrithérapie bismuthée associée à oméprazole 20 mgX2 pendant 10 jours. Le test respiratoire à l'urée marquée de contrôle est négatif. La patiente se plaint de douleurs au niveau de son genou avec une indication théorique d'AINS. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

- a. Contrôle de l'éradication par sérologie avant de prendre la décision de traitement
- b. Accord de traitement par inhibiteur de COX-2 associé à un IPP
- c. Accord de traitement par AINS associé à un IPP
- d. Accord de traitement par AINS après contrôle endoscopique de la cicatrisation de l'ulcère
- e. Interdiction du traitement par AINS

14 QCM. Vous revoyez la patiente 2 ans plus tard. Une sténose athéromateuse des troncs supra-aortiques a été découverte dans le bilan d'un accident ischémique transitoire il y a 18 mois. Les anticoagulants ont été arrêtés et la patiente est traitée par clopidogrel. Le traitement par oméprazole 20 mg/j a été poursuivi. La patiente est pâle et fatiguée. L'examen clinique ne décèle aucune anomalie digestive. Les selles sont de coloration normale. Hémoglobine 85 g/l, hématocrite 30 %, VGM 65 fl, leucocytes 5,8 G/l, plaquettes 500 G/l, CRP < 1 mg/l. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) serai(en)t en faveur d'une carence martiale ?

- a. Taux de plaquettes 500 G/l
- b. Volume globulaire moyen 65 fl
- c. Fer sérique bas et coefficient de saturation de la transferrine bas
- d. Fer sérique bas et capacité totale de fixation de la transferrine basse
- e. Ferritinémie basse

15 QCM. L'anémie par carence martiale est confirmée par un taux bas de ferritinémie. Parmi les propositions de prise en charge suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) appropriée(s) ?

- a. Augmentation de la posologie d'oméprazole à 40 mg/j
- b. Arrêt du traitement par clopidogrel
- c. Endoscopie digestive haute
- d. Coloscopie
- e. Dosage de folate et de vitamine B12

■ **Question 1 (10 points)****Réponses EXACTES : A-C-E**

Commentaires Il s'agit d'une question de cours classique.

Les signes de gravité d'une hémorragie digestive qui se présente aux urgences sont les suivants :

- tachycardie avec fréquence cardiaque supérieure à 110/minute (attention si prise de bêtabloquants) ;
- PAS inférieure à 80 mmHg ;
- hémorragie « en flot » ou abondante ;
- troubles de la conscience, signes neurologiques (malaise, coma, confusion) ;
- polypnée, marbrures ;
- terrain : patient âgé, prise d'anticoagulants...

ATTENTION : la prise d'AINS n'est pas un facteur de gravité mais un facteur de risque de faire des hémorragies digestives (ulcères et gastrites).

L'abondance de l'hémorragie extériorisée n'est pas un signe de gravité et n'est souvent pas corrélée à la tolérance du patient.

■ **Question 2 (5 points)****Réponses EXACTES : A-B-D-E**

Commentaires Il s'agit donc d'une hémorragie digestive avec signes de gravité :

- prise en charge hémodynamique : remplissage sur VVP de bon calibre, transfusion éventuelle, oxygénothérapie adaptée à la saturation en O₂ ;
- mise à jeun, SNG et fibroscopie œstro-gastro-duodénale diagnostique ;
- arrêt de traitement aggravant : AINS, anticoagulants (en l'absence de contre-indications).

La présence de signes de gravité impose de garder la patiente aux urgences ou de la muter en soins continus, pas en médecine pour le moment.

■ **Question 3 (5 points)****Réponses EXACTES : A-C-D**

Commentaires Les objectifs du remplissage sont d'obtenir une fréquence cardiaque inférieure à 100/minute, une TAS supérieure à 100 mmHg, une **hémoglobine supérieure à 8 g/dl** et une diurèse supérieure à 30 ml/h.

- *Attention dans le cadre d'une hémorragie digestive, il ne faut pas viser des chiffres trop importants, notamment en cas de varices œsophagiennes du fait du risque d'aggravation du saignement.*

■ **Question 4 (10 points)****Réponses EXACTES : A-B-E**

Commentaires Les facteurs de risque d'hémorragie digestive sur ulcère sont les suivants :

- présence d'*Helicobacter pylori* (Hp) ;
- stress ;
- tabac ;
- âge (augmentation du portage d'Hp, polymédications...);
- **médicaments toxiques : Aspirine[®], AINS.**

On peut considérer l'absence de prise d'IPP comme un facteur de risque d'ulcère chez cette patiente qui prend des antiagrégants plaquettaires.

La prise de Coumadine[®] n'est pas un facteur de risque d'ulcère, mais un facteur de risque d'hémorragie en cas de lésions ulcéreuses préexistantes.

■ Question 5 (5 points)

Réponses EXACTES : C-E

Commentaires Conditions de réalisation d'une fibroscopie digestive haute :

- à jeun strict depuis 6 heures ;
- anesthésie générale de préférence mais possible en locale ;
- l'état hémodynamique doit être le plus stable possible ;
- biopsies systématiques sur lésions macroscopiques ;
- le consentement au geste peut être oral ou écrit.

■ Question 6 (5 points)

Réponses EXACTES : A-D

Commentaires Il s'agit donc d'un ulcère du bulbe avec prise en charge endoscopique et médicale :

- traitement par IPP continu (PSE) pendant 48 à 72 heures ;
- traitement hémostatique endoscopique (déjà réalisé dans l'énoncé) ;
- contrôle de l'efficacité : absence de récurrence clinique et/ou de complications ;
- recherche systématique d'Hp : test diagnostique avec éradication uniquement si test + ;
- *la poursuite d'un jeun (liquides) après la fibroscopie est inutile +++ ;*
- *l'indication du traitement anticoagulant permet de patienter quelques jours avant la reprise de la Coumadine®.*

■ Question 7 (10 points)

Réponses EXACTES : B-C-D

Commentaires À 72 heures :

- les AINS sous couverture des IPP peuvent être repris **si besoin** en privilégiant les antiCOX2 (ici, il n'y a pas d'indication stricte et un traitement antalgique autre peut être proposé) ;
- la reprise de la Coumadine® peut être discutée ;
- l'alimentation peut être normale ;
- le relais *per os* de l'IPP doit être réalisé à double dose ;
- le traitement d'éradication ne sera réalisé que si les prélèvements sont positifs, les résultats n'étant probablement pas revenus pour l'instant.

■ Question 8 (5 points)

Réponses EXACTES : B-E

Commentaires Modalités de recherche d'Hp :

- dans le contexte hémorragique, on privilégie la sérologie +++,
- l'apport de l'histologie est moindre du fait d'un risque plus élevé de faux négatif ; les biopsies peuvent être réalisées en dehors de l'épisode hémorragique lors d'une endoscopie de contrôle (étude histologique, pas de PCR ou de cultures systématiques).

■ Question 9 (5 points)

Réponses EXACTES : B-C-D

Commentaires Les aspects histologiques compatibles avec une gastrite à Hp sont :

- la localisation antrale préférentielle ;
- l'infiltration du chorion par des polynucléaires et des lymphoplasmocytes définissant l'activité et l'inflammation qui sont caractéristiques ;
- détection de bactéries spiralées en HES ou Giemsa ;
- la possibilité, notamment chez l'enfant, d'une formation de nodules lymphoïdes dans le chorion.

■ **Question 10 (10 points)**

Réponses EXACTES : C-E

Commentaires Les recommandations actuelles de la prise en charge de l'infection à Hp dans un contexte d'ulcère antral sont strictes et reposent sur deux propositions en première intention :

- **traitement séquentiel** : amoxicilline + IPP pendant 5 jours puis clarithromycine + métronidazole + IPP pour 5 jours ;
- **quadrithérapie bismuthée** : IPP + tétracycline + métronidazole + bismuth pendant 10 jours.

■ **Question 11 (5 points)**

Réponse EXACTE : B

Commentaires La durée du traitement par IPP chez cette patiente qui a une indication à vie aux AVK, est donc habituellement de 4 semaines pour un ulcère duodénal et de 4 à 8 semaines pour un ulcère gastrique ; en dehors de la prise d'AINS, les AVK ne constituent pas une indication de majorer la durée du traitement par IPP.

■ **Question 12 (5 points)**

Réponses EXACTES : C-D

Commentaires Il s'agit donc d'un premier échec d'éradication d'Hp. Là aussi, les nouvelles recommandations sont claires sur la prise en charge à proposer. Il faut proposer l'autre solution que celle déjà réalisée chez la patiente (traitement séquentiel ou quadrithérapie bismuthée).

On peut aussi proposer la réalisation d'un antibiogramme ou la détermination de résistances bactériennes par PCR pour la clarithromycine et la lévofloxacine (l'endoscopie n'est indispensable qu'après deux échecs d'éradication).

■ **Question 13 (5 points)**

Réponses EXACTES : B-C

Commentaires Dans ces conditions, un traitement par AINS doit être évité au maximum si d'autres antalgiques sont efficaces. Cependant, en cas de nécessité d'introduire un traitement par AINS, ceux-ci peuvent être introduit dès 72 heures, sous couvert d'un traitement par IPP pendant toute la durée du traitement par AINS.

Il faut par ailleurs privilégier dans cette indication les inhibiteurs de COX-2.

■ **Question 14 (10 points)**

Réponses EXACTES : A-B-C-E

Commentaires La carence martiale se caractérise biologiquement par :

- anémie microcytaire arégénérative ;
- thrombocytose ;
- ferritine basse ;
- coefficient de saturation de la transferrine bas.

ATTENTION : en cas de carence martiale, la capacité de fixation de la transferrine est augmentée par augmentation de la synthèse hépatique de la transferrine.

■ **Question 15 (5 points)**

Réponses EXACTES : C-D

Commentaires Il s'agit donc d'une anémie par carence martiale dans un contexte de traitement au long cours par antiagrégant plaquettaire, sous couvert d'un IPP dans le cadre d'un antécédent d'ulcère hémorragique gastrique.

Il existe donc une indication formelle à réaliser les endoscopies digestives, par coloscopie en priorité puis par fibroscopie gastrique pour contrôler l'ulcère et le risque de transformation maligne. La majoration de la dose d'IPP dans ce contexte n'a pas beaucoup d'intérêt en dehors de la confirmation de la récurrence endoscopique de l'ulcère.

ITEMS TRAITÉS

- N° 4. La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS)
- N° 209. Anémie chez l'adulte et l'enfant
- N° 269. Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite
- N° 322. Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse
- N° 350. Hémorragie digestive

RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCE DE CONSENSUS

- HAS 2017 : diagnostic de l'infection par *Helicobacter Pylori* chez l'adulte
- HAS 2017 : traitement de l'infection par *Helicobacter Pylori* chez l'adulte
- SNFGE 2016 : prévention et traitement des hémorragies digestives liées à l'*Helicobacter Pylori* chez les malades atteints de cirrhose
- SRLF 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant
- HAS 2010 : dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* : pertinence et populations concernées
- HAS 2009 : les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. Bon usage du médicament
- AFSSAPS 2007 : recommandations de bonnes pratiques « Le bon usage des anti-sécrétoires gastriques chez l'adulte »
- HAS 2004 : recommandations de la SFED : techniques d'hémostase des ulcères gastriques et duodénaux
- HAS 2003 : places respectives de l'endoscopie et du test respiratoire dans le diagnostic et le contrôle de l'éradication de l'*Helicobacter Pylori*