

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 1/11

REDACTION		
Nom	Fonction	Service
DAUTRECQUE Flavien	Médecin	Hépto-Gastro-Entérologie

DIFFUSION
Hépto-Gastro-Entérologie Service d'Accueil des Urgences

SUIVI DES MODIFICATIONS		
Nature	N° version	Date
Signaler les changements, suppressions et/ou ajouts de manière synthétique, par rapport à la version précédente	Indiquer la nouvelle version	

	NOM	FONCTION
VALIDATION		
APPROBATION		

Seule la version informatisée sur le logiciel Blue Kango fait foi

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 2/11

POURQUOI ?

- La cirrhose est une pathologie chronique, qui compensée, ne nécessite pas d'hospitalisation systématique en secteur d'Hépatologie
- Certains réflexes sont nécessaires pour éviter une perte de temps ou de chance

QUI ?

Les hépato-gastro-entérologues, les urgentistes, les internes du service des Urgences.

QUOI ?

Protocole standardisé.

OÙ ?

Service d'Accueil des Urgences.

QUAND ?

Lors de chaque passage au Service d'Accueil des Urgences d'un patient connu pour avoir une cirrhose.

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 3/11

Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences

RÉFLEXE N°1 : Tout patient ayant un foie décrit comme dysmorphique au scanner n'est pas obligatoirement cirrhotique

Un foie dysmorphique peut simplement correspondre selon la description iconographique à une hépatomégalie hétérogène selon les différents segments hépatiques.

Une telle description est fréquente, notamment chez les patients ayant un syndrome dysmétabolique qui entraîne une stéatose hépatique, mais pas obligatoirement une cirrhose.

En l'absence d'autres signes évocateurs d'une cirrhose, cliniques (angiomes stellaires, circulation collatérale, ictère, encéphalopathie, ascite...) et biologiques (TP bas, bilirubine conjuguée augmentée, thrombopénie...), **le patient ayant un foie dysmorphique doit par défaut être considéré comme non cirrhotique** et des examens non invasifs de fibrose seront nécessaires pour statuer sur la présence ou non d'une cirrhose (Fibrotest, Elastometrie...).

RÉFLEXE N°2 : Tout patient cirrhotique ne doit pas être hospitalisé en Hépato-Gastro-Entérologie

Une cirrhose est dite décompensée s'il existe des certaines manifestations cliniques ou biologiques :

- Un ictère clinique ou une hyperbilirubinémie > 20 mg/L
- Une encéphalopathie hépatique
- Un syndrome oedémato-ascitique

En l'absence de ces signes, et en l'absence d'autres syndromes hépato-gastro-entérologiques (hémorragie digestive notamment), un patient connu cirrhotique ne nécessite pas forcément une hospitalisation dans le service d'Hépatogastro-Entérologie, d'autant plus si la pathologie aiguë qui le fait consulter aux Urgences relèvent d'un autre service de l'hôpital.

Un TP +/- Facteur V isolément bas est un signe de la maladie mais pas un signe de décompensation, et ne doit pas être le seul argument pour hospitaliser un patient en Hépatogastro-Entérologie.

RÉFLEXE N°3 : La cirrhose ne contre-indique pas la prise de Paracétamol

Mais la dose maximale journalière de Paracétamol doit alors être réduite à 500 mg 4 fois par jour au maximum.

Il peut être utile de l'utiliser plutôt comme antipyrétique et de privilégier le Néfopam ou le Tramadol, si possible à but antalgique.

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 4/11

RÉFLEXE N°4 : Une hémorragie digestive chez un cirrhotique peut aussi être d'origine ulcéreuse

La prescription d'une SAP d'IPP doit être concomitante à celle de SANDOSTATINE, de manière probabiliste (Cf. Algorithme de prise en charge ci-dessous).

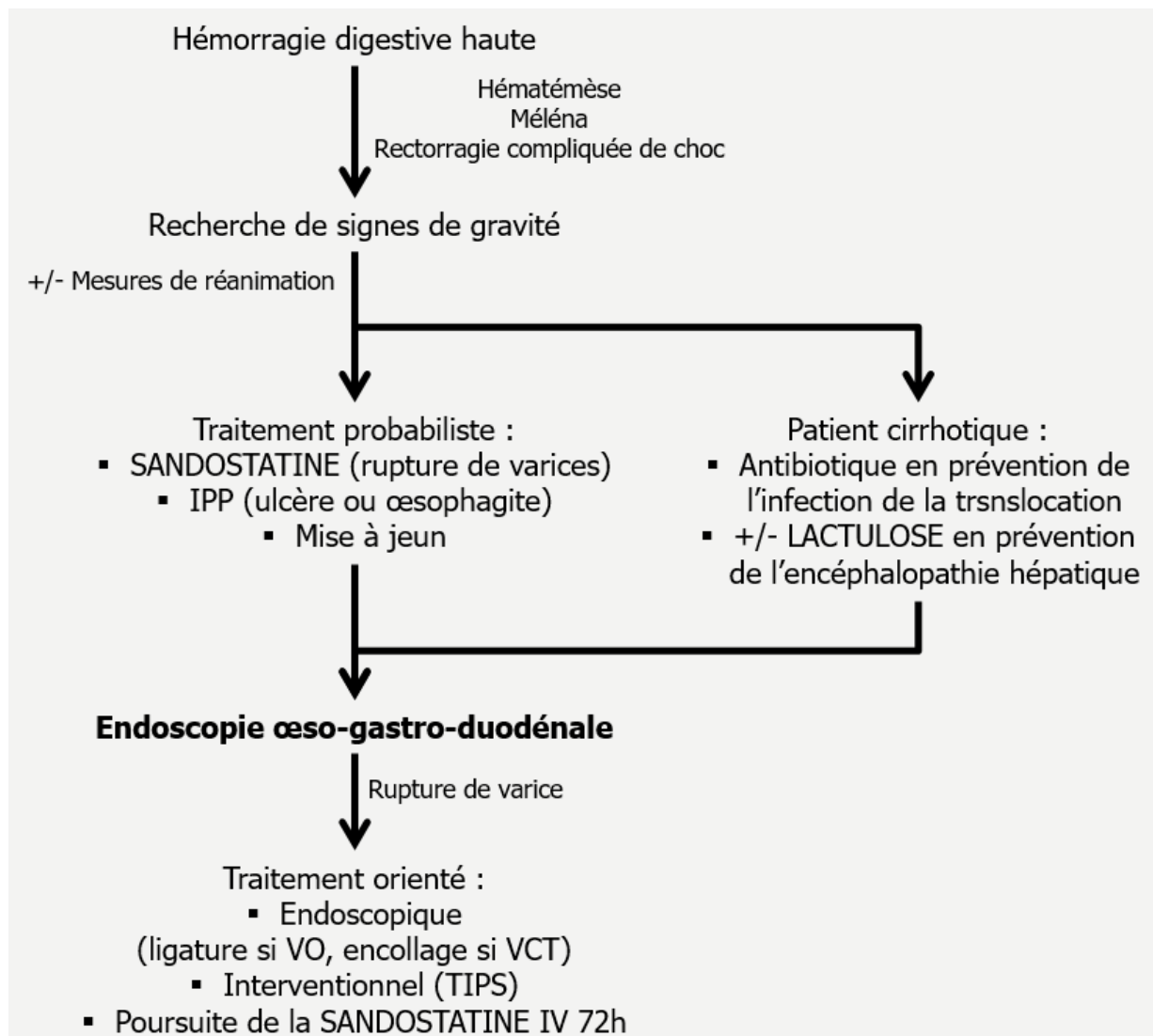
Un protocole Millenium appelé GASTRO Hémorragie Digestive Haute existe en ce sens.

RÉFLEXE N°5 : Une prévention de la translocation bactérienne digestive doit être systématique en cas d'hémorragie digestive haute chez le cirrhotique

La prescription d'une antibioprophylaxie par CEFTRIAXONE 1 à 2g/24h (à défaut d'AUGMENTIN ou de FLUOROQUINOLONES) est nécessaire chez tout patient cirrhotique présentant une hémorragie digestive haute (Cf. Algorithme de prise en charge ci-dessous).

Un protocole Millenium appelé GASTRO Hémorragie Digestive Haute existe en ce sens.

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire	Codification BKG
	Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 5/11



 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 6/11
Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences		

RÉFLEXE N°6 : Toute insuffisance rénale aiguë du cirrhotique n'est pas un syndrome hépto-rénal

Le syndrome hépto-rénal est une complication de l'hypertension portale et répond à une définition assez strict :

- Patient ayant une cirrhose avec signe d'hypertension portale **obligatoire** : ascite +/- thrombopénie
- Exclusion des autres causes
 - Imagerie éliminant une obstruction
 - Absence d'hématurie microscopique ou macroscopique
 - Absence de protéinurie

Le diagnostic le plus fréquent reste l'origine fonctionnelle, entre autre secondaire à la prise de diurétiques.

De manière probabiliste cependant, les recommandations proposent d'hydrater en premier le cirrhotique faisant une insuffisance rénale aiguë par Albumine Concentrée par l'équivalent d'un SAC pour 20 kg de poids corporel et par jour.

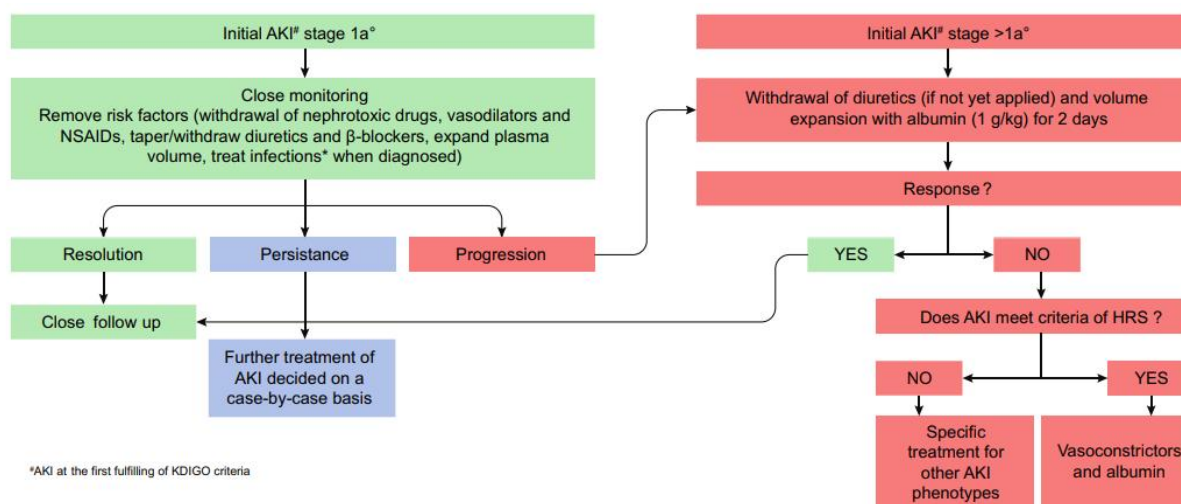


Fig. 8. Algorithm for the management of AKI in patients with cirrhosis (adapted from Ref. 318). AKI, acute kidney injury; HRS, hepatorenal syndrome; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory.

Recommandations EASL

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 7/11

RÉFLEXE N°7 : L'ascite ne correspond pas toujours à une décompensation œdémato-ascitique d'origine hépatique, y compris chez le cirrhotique

Une autre origine doit toujours être évoquée à un syndrome œdémato-ascitique, y compris si le patient a authentiquement une cirrhose :

- Insuffisance cardiaque (d'autant que certains facteurs d'hépatotoxicité sont communs avec les facteurs de risque cardiovasculaires)
- Carcinose péritonéale
- Dénutrition
- ...

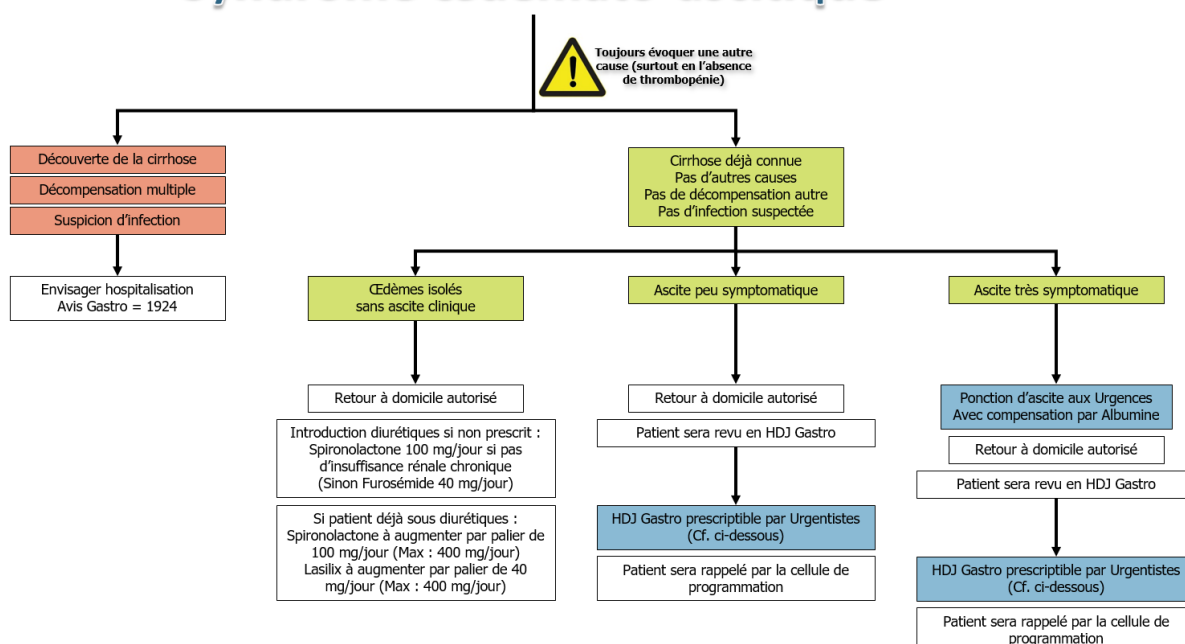
Le diagnostic de syndrome œdémato-ascitique d'origine hépatique est d'autant moins probable en l'absence d'autres signes d'hypertension portale, clinique (circulation collatérale), biologique (thrombopénie) ou iconographique (splénomégalie, voies de dérivation).

RÉFLEXE N°8 : Tout patient ayant un syndrome œdémato-ascitique ne doit pas être hospitalisé

Un retour à domicile est possible en l'absence d'autres éléments pouvant faire proposer une hospitalisation.

Une demande d'HDJ peut être faite par les Urgences directement pour que le patient soit convoqué, via la prescription Millenium **HDJ Gastro RDV** (Cf. exemple ci-dessous).

Syndrome œdémato-ascitique





Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences

Version n°1

Révision : année 2023

Page 8/11

Tâche

Détacher

Changer de utilisateur

Quitter

DMVD

BCSService

Trajectoire

Fiche de décès

Intranet

Theo

Opicconvert

Listes patient

Planification des soins

Messagerie

Options

Liens

Dossier

Patient

Affichage

Edition

TEST, TEST - 0066010878 Ouvert par DAUTREQUE Flavien

Explorer Menu

Carnet de rendez-vous

Anesthésie

Recherche de prélèvements

Administratif

Communiquer

Départ

Conversations

Emplacement temporaire

Formulaires

Gestion des prélèvements

Calculatrice

Formulaire

Agenda ESM

Suivi courrier

Suivi codage

Suivi multi résidents EHPAD

Plan de vie

Suiv Vaccinal Covid

1 minutes écoullée(s)

Imprimer

Plein écran

Statut de reconduction

Historique des médicaments

Admission

Sortie

TEST, TEST

Allergies: Allergies non documenté...

Menu

Dossier médical

Dossier paramédical

Résumé d'hospitalisation

Prescriptions

Examen...

+ Ajout...

Résultats

+ Ajout...

Notes cliniques

Bibliobio Patient

Transmissions ciblées

Agenda du Patient

Plan de vie

Allergies

+ Ajout...

Antécédents

Feuille de saisie et surveillance

Passeport Atouts Santé

Informations Patient

Formulaires documents

Plan d'administration

Synthèse d'administration

Problèmes et diagnostics

Avis spécialisé(s)

Vaccinations

Courbes de croissance

Courbes de croissance GrowthXP

Gnile AGGR

Liste Médicamenteuse

+ Ajout...

Multimedia Manager

+ Ajout...

Dossier Transfessionnel

Documentation opératoire

Prescriptions

Documenter le traitement à domicile du patient

Reconduction

Prescriptions

Liste des médicaments

Ajouter

Documenter le traitement à domicile du patient

Reconduction

Prescriptions à signer

Prescriptions à signer

Protocoles

Protocoles suggérés (0)

Examens complémentaires

Perfusion

Médicaments

Produits Sanguins Labiles

Oxygène

Examens complémentaires

Soins techniques

Laboratoire

Régime

Isolement

Soins paramédicaux

Divers

Ordonnance de sortie non med

Fournitures médicales

Actes médicaux techniques

Consultations

Soins

Historique des médicaments

Vue instantanée de l'historique des m

Historique de reconduction

Données pour HDJ Gastro RDV

Données

Commentaires sur la prescription

Diagnostics

Date/heure de la demande:

13/01/2023

1736

*Indication HDJ GASTRO RDV:

Ponction d'ascite

*Origine du patient ::

Suite passage aux Urgences

Si oui, préciser agent infectieux:

Oui Non

Transmettre résultats au médecin traitant:

*Délai souhaité ::

Dès que possible

Si Autre, précisez ::

*Risque infectieux:

Non

Si autre agent infectieux, préciser:

Signer

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire	Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Codification BKG
			Version n°1
			Validation : ?
			Révision : année 2023
			Page 9/11

RÉFLEXE N°9 : Un cirrhotique ayant une hyperbilirubinémie connue et stable ne nécessite pas obligatoirement une hospitalisation

Certains cirrhotiques ont une cirrhose décompensée en permanence sur un mode hyperbilirubinémique, d'autant plus sur le facteur d'hépatotoxicité (ex : l'alcool) n'est pas traité.

Si elle est connue et stable, la présence d'une hyperbilirubinémie isolée (sans autre décompensation de la cirrhose : syndrome oedémato-ascitique, encéphalopathie, hémorragie...), n'est pas un motif d'hospitalisation. Et ne doit pas être un motif d'hospitalisation en Hépatogastro-Entérologie si par ailleurs le patient se présente pour un problème aigu relevant d'une autre spécialité.

RÉFLEXE N°10 : Un scanner abdominal n'est formellement utile qu'en cas d'apparition ou de majoration notable de l'hyperbilirubinémie avec signes septiques

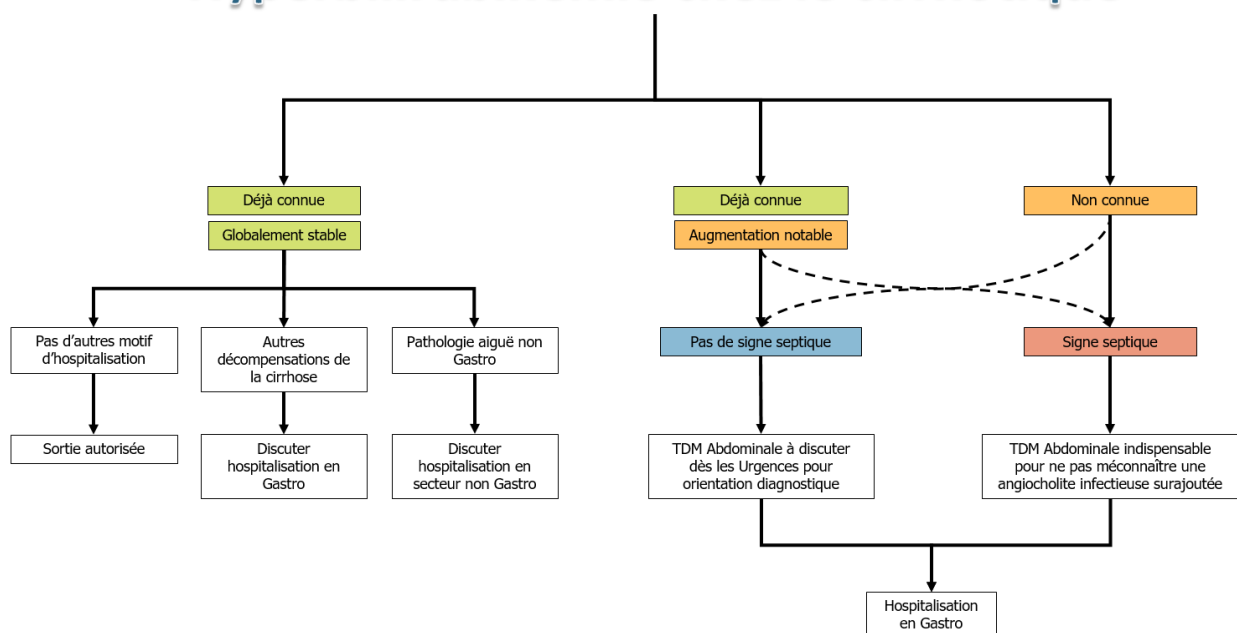
Un patient cirrhotique peut également présenter d'autres pathologies responsables d'une hyperbilirubinémie, notamment une pathologie biliaire.

Un scanner sera donc indispensable à la décision thérapeutique en cas de signes septiques associés à l'hyperbilirubinémie.

Bien qu'il puisse s'agir d'une décompensation ictérique de la cirrhose secondaire à une infection non biliaire.

Dans les deux cas, des hémocultures sont indispensables avant toute antibiothérapie probabiliste.

Hyperbilirubinémie chez le cirrhotique



 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 10/11

RÉFLEXE N°11 : Toute encéphalopathie hépatique doit faire réaliser des prélèvements infectieux

Une infection (y compris extra-digestive) est la première cause d'encéphalopathie hépatique, même si le patient est peu septique.

Tous les foyers infectieux potentiels doivent être cliniquement recherchés.

Des prélèvements bactériologiques (hémocultures et ECBU) +/- virologiques et une radio de thorax sont indispensables.

RÉFLEXE N°12 : Il ne faut pas conclure trop rapidement à une encéphalopathie hépatique chez un patient cirrhotique qui présente des signes neurologiques

Un cirrhotique peut évidemment être atteint de toutes pathologies neurologiques.

Notamment les AVC sont plus fréquents en cas de consommation active d'alcool, et les troubles de la coagulation favorisent l'apparition d'hémorragie en cas de traumatisme crânien.

Un scanner cérébral (si besoin complété d'une IRM) est nécessaire :

- En cas de premier épisode neurologique suspect d'encéphalopathie, chez un cirrhotique n'ayant jamais fait d'encéphalopathie jusqu'alors
- En cas de tableau non typique d'encéphalopathie, ou de signes cliniques évocateurs d'une autre étiologie
- En cas de traumatisme crânien et de troubles importants de la coagulation

RÉFLEXE N°13 : L'ammoniémie, dosée chez un patient ayant une cirrhose certaine, n'a de valeur diagnostique que si elle est négative

L'ammoniémie peut être positive chez un patient cirrhotique ayant une hypertension portale importante, même s'il ne présente aucun signe clinique d'encéphalopathie.

L'ammoniémie n'est utile qu'en cas de tableau neurologique non typique chez un patient cirrhotique. Sa négativité devra fortement faire remettre en doute ce diagnostic. Un EEG peut alors être nécessaire.

 Centre Hospitalier de Lens	Mode opératoire Réflexes pour la prise en charge des patients cirrhotiques aux Urgences	Codification BKG
		Version n°1
		Validation : ?
		Révision : année 2023
		Page 11/11

Syndrome confusionnel chez le cirrhotique

