

OBSERVATOIRE NATIONAL DU TAMPONNEMENT DES VARICES OESOPHAGIENNES

NOTICE :

Nous vous remercions de votre participation à cet observatoire.

Les données pourront être recueillies de façon prospective ou rétrospective (sous réserve de la possibilité d'un recueil le plus complet possible).

Pour des raisons de confidentialité le cahier de recueil ne devra pas faire apparaître le nom ou la date de naissance du patient (âge seulement). Une fois complété il devra être adressé par fax (03.81.66.84.17) ou par mail (scanné) à jpcervoni@chu-besancon.fr.

Chaque participant sera cité dans la publication de ce travail, raison pour laquelle le nom du praticien devra être communiqué en même temps que le cahier de recueil.

OBSERVATOIRE TAMPONNEMENT

A FAXER SVP une fois complété au 03.81.66.84.17

Ou scanné à jpcervoni@chu-besancon.fr

Centre de soins :

Service :

RECUEIL DES DONNÉES J0, (date/.../...)

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Age |__|__| (ans)

Sexe Homme Femme

LIEU DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT (1 seule réponse)

Quel est le lieu de prise en charge du patient ?

Réanimation

Si Oui, préciser : Amines Hémodiafiltration Ventilation mécanique

Unité de soins intensifs (ou continus)

Unité conventionnelle

CARACTÉRISTIQUES DE LA PATHOLOGIE

Cause(s) de la cirrhose (plusieurs critères possibles) :

Alcool

NASH

Hépatite virale (B ou B-Delta ou C)

Surcharge en fer

Autre

Si autre, préciser :

Complication avant l'épisode actuel :

Hémorragie liée à l'HTP	Oui	Non
Ascite	Oui	Non
Encéphalopathie	Oui	Non
Carcinome hépato cellulaire	Oui	Non
Thrombose porte	Oui	Non

Traitements en cours :

Bêta-bloquants	Oui	Non
Diurétiques	Oui	Non
Anticoagulants	Oui	Non
Antiagrégants	Oui	Non

PRÉSENTATION DU PATIENT À L'ARRIVÉE

Hématémèse	<input type="checkbox"/>
Méléna	<input type="checkbox"/>
Rectorragies	<input type="checkbox"/>

Pression Artérielle : Systolique |__|__|__| mmHg Diastolique |__|__|__| mmHg

Fréquence Cardiaque : |__|__|__| battements/min

Saturation en O2 |__|__| % **Débit O2** |__|__| L/min

Ascite clinique Absente Modérée Abondante

Le patient a-t-il une encéphalopathie ? Oui Non

Si Oui, préciser le grade de la classification de West Haven I II III IV

SCORE DE CHILD-PUGH

Le patient est classé Child A (5 ou 6 points), B (7 à 9 points) ou C (10 à 15 points).
Cocher la case pour chaque item

<i>Calcul des points:</i>	1	2	3
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	< 35	35-50	> 50
Albumine (g/l)	>35	28-35	< 28
Ascite	Absente	Discrète	Abondante
TP (%)	> 50	40-50	< 40
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma

Score de Child Pugh: |__| |__| points

RESULTATS BIOLOGIQUES :

Non Fait (NF)

Test	Valeur	Unité
Hémoglobine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> g/dL <input type="radio"/> Autre: _____
TP ou FV <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> %
INR <input type="checkbox"/> NF		
Créatinine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> mmol/L <input type="radio"/> Autre: _____
Bilirubine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> $\mu\text{mol/L}$ <input type="radio"/> Autre: _____
Albumine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> g/L <input type="radio"/> Autre: _____
PaO ₂ <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> mmHG <input type="radio"/> Autre: _____

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE INITIALE

Intubation trachéale Oui Non
Anesthésie générale Oui Non
Médicament vasoactif au moment de l'endoscopie Oui Non

Si Oui, préciser :

Terlipressine

Octréotide

Somatostatine

Antibioprophylaxie	Oui	Non
Transfusion de CGR	Oui	Non

Si oui, préciser le nombre de CGR

ENDOSCOPIE

Prise en charge endoscopique :

Réalisation d'un traitement endoscopique	Oui	Non
Ligature varices	Oui	Non
Encollage varices	Oui	Non
Application de poudre hémostatique	Oui	Non
Autres	Oui	Non
Si oui : quel traitement endoscopique :		

Grade des varices œsophagiennes visualisées :

Grade 1	<input type="checkbox"/>
Grade 2	<input type="checkbox"/>
Grade 3	<input type="checkbox"/>

Aspect en faveur d'un saignement récent des varices œsophagiennes :

Saignement actif	Oui	Non
Caillot adhérent	Oui	Non
Clou plaquettaire	Oui	Non
Erosion / ulcération	Oui	Non
Signes rouges	Oui	Non

Autre(s) cause(s) éventuelle(s) de saignement lié à l'hypertension portale :

Varices gastriques	Oui	Non
Varice ectopique	Oui	Non
Gastropathie d'HTP	Oui	Non

INDICATION DU TAMPONNEMENT

Hémorragie massive (avant endoscopie)

Définition : instabilité hémodynamique (PAS < 90 mmHg) malgré traitement vasopresseur + administration de solutés de remplissage et/ou une transfusion sanguine.

Hémorragie réfractaire au traitement initial

Définition : hémorragie incontrôlée par le traitement endoscopique et vasoactif survenue dans un délai de 120 H

- Hématémèse ou aspiration nasogastrique de ≥ 100 ml de sang frais
- Choc hypovolémique.
- Baisse de 3 g d'Hb (9% de baisse de Ht) sur 24h

POSE DU DISPOSITIF ET MODALITES

Date et heure de la pose :

Dispositif posé

Sonde de tamponnement type Blakemore et équivalents

Endoprothèse œsophagienne auto-expansibile type Stent Danis

Endoprothèse œsophagienne métallique couverte

Si autre prothèse, préciser :

Modalités de pose (quel que soit le dispositif)

Sous AG Oui Non

En vigile Oui Non

Sous contrôle endoscopie Oui Non

Sous contrôle radiographique (per ou post geste) Oui Non

Pas de contrôle (per ou post geste) Oui Non

Difficulté à la pose (quel que soit le dispositif)

Dispositif en place au 1er essai

Dispositif en place après plusieurs essais

Echec de pose

Préciser les difficultés rencontrées :

Quel est le lieu de pose du dispositif ?

Réanimation

Unité de soins intensifs (ou continus)

Plateau technique d'endoscopie

Bloc opératoire

DONNÉES OPÉRATEUR

Le statut de l'opérateur :

Sénior

Interne

La spécialité de l'opérateur :

Hépatogastroentérologue

Réanimateur

Urgentiste

Autre

Si autre préciser :

RECUEIL DES DONNÉES J7 (date/..../....)

LIEU DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT (1 seule réponse)

Quel est le lieu de prise en charge du patient ?

Réanimation

Si Oui, préciser : Amines Hémofiltration Ventilation mécanique

Unité de soins intensifs (ou continus)

Unité conventionnelle

Domicile / SSR

PRÉSENTATION DU PATIENT À J7

Pression Artérielle : Systolique |__|__|__| mmHg Diastolique |__|__|__| mmHg

Fréquence Cardiaque : |__|__|__| battements/min

Saturation en O2 |__|__| % Débit O2 |__|__| L/min

Ascite clinique Absente Modérée Abondante

Le patient a-t-il une encéphalopathie ? Oui Non

Si oui, préciser le grade de la classification de West Haven I II III IV

SCORE DE CHILD-PUGH

Le patient est classé Child A (5 ou 6 points), B (7 à 9 points) ou C (10 à 15 points).
Cocher la case pour chaque item

<i>Calcul des points:</i>	1	2	3
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	< 35	35-50	> 50
Albumine (g/l)	>35	28-35	< 28
Ascite	Absente	Discrète	Abondante
TP (%)	> 50	40-50	< 40
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma

Score de Child Pugh: |__|__| points

RESULTATS BIOLOGIQUES :			<input type="checkbox"/> Non Fait (NF)	
Test		Valeur	Unité	
Hémoglobine	<input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> g/dL	<input type="radio"/> Autre: _____
TP ou FV	<input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> %	
INR	<input type="checkbox"/> NF			
Créatinine	<input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> mmol/L	<input type="radio"/> Autre: _____
Bilirubine	<input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> $\mu\text{mol/L}$	<input type="radio"/> Autre: _____
Albumine	<input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> g/L	<input type="radio"/> Autre: _____
PaO ₂	<input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> mmHG	<input type="radio"/> Autre: _____

ECHEC OU COMPLICATIONS DES PROCÉDURES

Résultats de la procédure :

Echec de contrôle de l'hémorragie après pose du dispositif Oui Non

Récidive hémorragique dans les 7 jours après pose du dispositif Oui Non

Transfusion de CGR Oui Non

Si oui, préciser le nombre de CGR au total depuis l'admission

Survie du patient à J7 Oui Non
si décès cause et date :

Complication(s) suite à la procédure :

Arrêt cardio-respiratoire Oui Non

Rupture œsophage Oui Non

Pneumopathie d'inhalation Oui Non

Ulcère / lacération de l'œsophage Oui Non

Inconfort - douleur - oppression thoracique Oui Non

Migration si stent Oui Non

Sonde de tamponnement retirée précocement Oui Non

Infection Oui Non

Encéphalopathie hépatique Oui Non

Syndrome hépato-rénal Oui Non

SUITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Réalisation d'un TIPS :

Le patient a pu bénéficier d'un TIPS de sauvetage Oui Non

Le patient a dû être transféré pour bénéficier du TIPS Oui Non

Délai entre hémorragie et TIPS de sauvetage (nb de jours) |__|

Autre type de prise en charge (greffe...), si oui, préciser :

RETRAIT DU DISPOSITIF DE TAMPONNEMENT

Date de retrait :

Endoscopie réalisée pour retrait du dispositif de tamponnement Oui Non

Retrait endoscopique avec système dédié pour DANIS Oui Non

Retrait endoscopique avec une pince à corps étranger Oui Non

Autre système de retrait Oui Non

Si oui : préciser

Complication lors du retrait Oui Non

Hémorragie Oui Non

Perforation Oui Non

Ischémie Oui Non

RECUEIL DES DONNÉES J42 (date/.../...)

LIEU DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT (1 seule réponse)

Quel est le lieu de prise en charge du patient ?

- Réanimation
- Unité de soins intensifs (ou continus)
- Unité conventionnelle
- Domicile / SSR

SCORE DE CHILD-PUGH

Le patient est classé Child A (5 ou 6 points), B (7 à 9 points) ou C (10 à 15 points).
Cocher la case pour chaque item

<u>Calcul des points:</u>	1	2	3
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	< 35	35-50	> 50
Albumine (g/l)	>35	28-35	< 28
Ascite	Absente	Discrète	Abondante
TP (%)	> 50	40-50	< 40
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma

Score de Child Pugh: |__|__| points

RESULTATS BIOLOGIQUES :

Non Fait (NF)

Test	Valeur	Unité
Hémoglobine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> g/dL <input type="radio"/> Autre: _____
TP ou FV <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> %
INR <input type="checkbox"/> NF		
Créatinine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> mmol/L <input type="radio"/> Autre: _____
Bilirubine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> $\mu\text{mol/L}$ <input type="radio"/> Autre: _____
Albumine <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> g/L <input type="radio"/> Autre: _____
PaO ₂ <input type="checkbox"/> NF		<input type="radio"/> mmHG <input type="radio"/> Autre: _____

ECHEC OU COMPLICATIONS DES PROCÉDURES

Efficacité de la procédure :

Récidive hémorragique entre 7 et 42 jours

Oui

Non

Si oui, date :

Transfusion de CGR

Oui

Non

Si oui, préciser le nombre de CGR au total depuis l'admission

Survie du patient à J42

Oui

Non

si décès, date et cause :

Complication(s) survenue(s) entre J7 et J42 :

Infection

Oui

Non

Encéphalopathie hépatique

Oui

Non

Syndrome hépato-rénal

Oui

Non

Pneumopathie d'inhalation

Oui

Non

Ulcère de l'œsophage

Oui

Non