

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 et 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 scanner à jpcervoni@chu-besancon.fr

Centre de soins :

Service :



DONNÉES J0 de l'épisode hémorragique

(date/.../...)

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Initiales du patient :

Date de naissance du patient :

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 Hémofiltration Ventilation mécanique

Unité de soins intensifs (ou continus)

Unité conventionnelle

Urgences

CARACTÉRISTIQUES DE LA PATHOLOGIE

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

Alcool Oui Non

NASH Oui Non

Hépatite virale (B ou B-Delta ou C) Oui Non

Surcharge en fer Oui Non

Autre Oui Non

Si autre, préciser :

Evénements présentés avant l'épisode actuel :

Hémorragie liée à l'HTP Oui Non

Date du dernier épisode hémorragique connu :/...../.....

Critères de TIPS préemptif lors de cet épisodes Oui Non

Varices œsophagiennes grade II ou III Oui Non

Ascite Oui Non

Encéphalopathie Oui Non

Carcinome hépato cellulaire Oui Non

Thrombose porte Oui Non

Antécédent de TIPS Oui Non

Traitements en cours :

Bêta-bloquants non cardio sélectifs Oui Non

Diurétiques Oui Non

Anticoagulants Oui Non

Antiagrégants Oui Non

PRÉSENTATION DU PATIENT À L'ARRIVÉE

Hématémèse

Méléna

Rectorragies

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

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 :préciser:

Grade des varices œsophagiennes visualisées :

Grade 1 Oui Non

Grade 2 Oui Non

Grade 3 Oui Non

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

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 / ou échec endoscopie) Oui Non

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

Hémorragie réfractaire au traitement initial Oui Non

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

NATURE DU DISPOSITIF ET MODALITES DE LA POSE

Date de la pose (donnée indispensable) :

Dispositif posé

Sonde de tamponnement type Blakemore et équivalents Oui Non

Endoprothèse œsophagienne auto-expansible de type Stent Danis Oui Non

Endoprothèse œsophagienne métallique couverte Oui Non

Si autre prothèse, préciser :

Modalités de pose (quel que soit le dispositif)

Sous AG Oui Non

En vigile Oui Non

Sous contrôle endoscopique Oui Non

Sous contrôle scopique Oui Non

Sans contrôle Oui Non

Difficultés rencontrées lors de la pose (quel que soit le dispositif)

Aucune, dispositif en place au 1er essai Oui Non

Dispositif en place après plusieurs essais Oui Non

Echec de pose Oui Non

Durée de la 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 CONCERNANT L' OPÉRATEUR

Le statut de l'opérateur :

- Sénior
- Interne

La spécialité de l'opérateur :

- Hépatogastroentérologue
- Réanimateur
- Urgentiste
- Autre

Si autre préciser :.....

STATUT VITAL

Survie du patient à J7 Oui Non

Si décès date :...../...../.....

Et cause du

décès :.....
.....

Si patient vivant à J7, merci de remplir la suite du questionnaire

RECUEIL DES DONNÉES à J7 ou le jour de la sortie d'hospitalisation si avant 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

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

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)	__	
Contre-indication au TIPS	Oui	Non

Si oui, préciser la contre-indication :

.....

Le patient a été transplanté Oui Non

Autre type de prise en charge,

préciser :.....

RETRAIT DU DISPOSITIF DE TAMPONNEMENT

Nombre de jour avec dispositif de tamponnement en place

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

<u>STATUT VITAL</u>

Décès du patient à entre J7 et J42	Oui	Non
---	-----	-----

Si décès date :...../...../.....

Et cause du

décès :.....

.....

Si patient vivant à J42, merci de remplir la suite du questionnaire

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

Calcul des points:	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 J6 et J42 Oui Non
Si oui, date :/...../.....

Transfusion de CGR Oui Non
Si oui, préciser le nombre de CGR au total depuis l'admission :

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

Infection Oui Non

Encéphalopathie hépatique Oui Non

Ascite Oui Non

Syndrome hépato-rénal Oui Non

Pneumopathie d'inhalation Oui Non

Ulcère de l'œsophage Oui Non

SUITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Transplantation hépatique avant J42 Oui Non

Bilan pré greffe débuté avant J42 Oui Non