



Les hémorragies digestives en réanimation

Docteur Rania Ammar

Collège de réanimation médicale Sfax le 19/04/2018 Hôtel Borj Dhiafa

Introduction



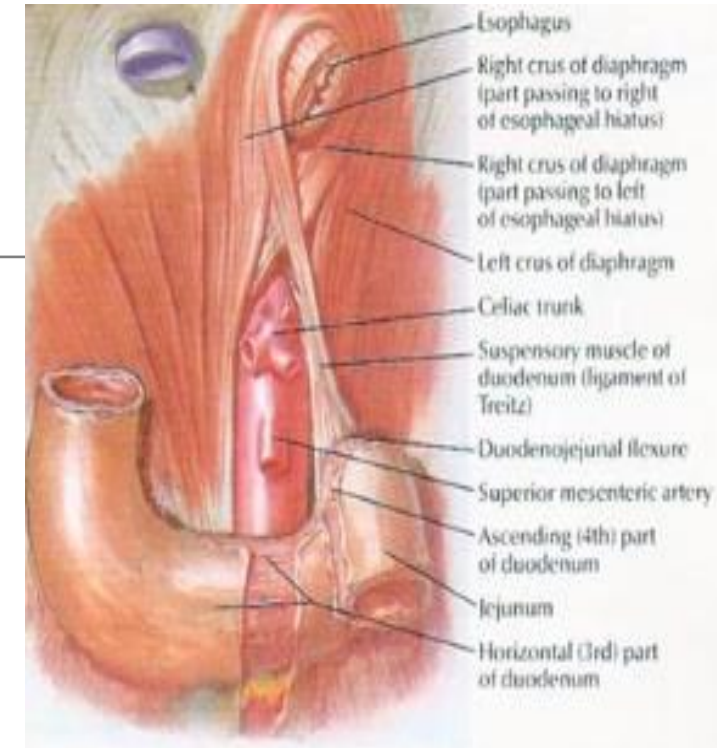
- ❖ (HD) aiguë sont les principales **urgences digestives**
- ❖ Auxquelles le réanimateur est confronté.
- ❖ Cause importante de morbi-mortalité.
- ❖ Faire le diagnostic précoce et reconnaître **les formes graves** .
- ❖ L'apport des **examens endoscopiques** dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique
- ❖ 80% HDH

Définitions:

❖ Hémorragie digestive haute: survient en amont de l'angle

duodéno-jéjunal ou angle de **Treitz**:

- ❖ Estomac
- ❖ oesophage
- ❖ duodenum



❖ Hémorragie digestive basse: survient en aval de l'angle duodéno-jéjunal:

- ❖ Intestin
- ❖ Colon
- ❖ anus

Présentation clinique



❖ Hématémèse:

- ❖ HD extériorisé par un vomissement
- ❖ Elle signe la localisation haute de HD
- ❖ Elle est habituellement suivie de méléna

un état de choc ou un malaise inexpliqué

❖ Méléna:

- ❖ l'émission par l'anus de sang digestif digéré noir et fétide
- ❖ L'origine de l'hémorragie se situe en amont du colon droit

❖ **une hématochézie** (émission de sang rouge et noir par l'anus avec présence de caillots).

❖ Rectorragie:

- ❖ l'émission par l'anus de sang rouge non digéré
- ❖ Elle caractérise hémorragie digestive basse

Etiologies:



Hémorragie digestive haute 80%

Hémorragie digestive basse 20%

Les facteurs orientant vers une origine haute

❖ Méléna

❖ un rapport urée/créatinine sanguine supérieur à 30

❖ et la présence de sang noirâtre au lavage gastrique.

A l'inverse, la présence de caillots dans les selles réduisait la probabilité d'une origine haute du saignement

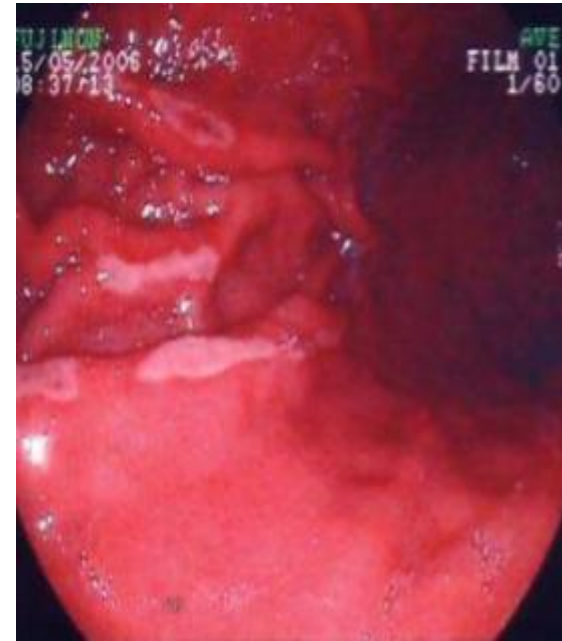
HDH: les causes fréquentes



Maladie ulcéreuse 20-50%



Hypertension portale 20%

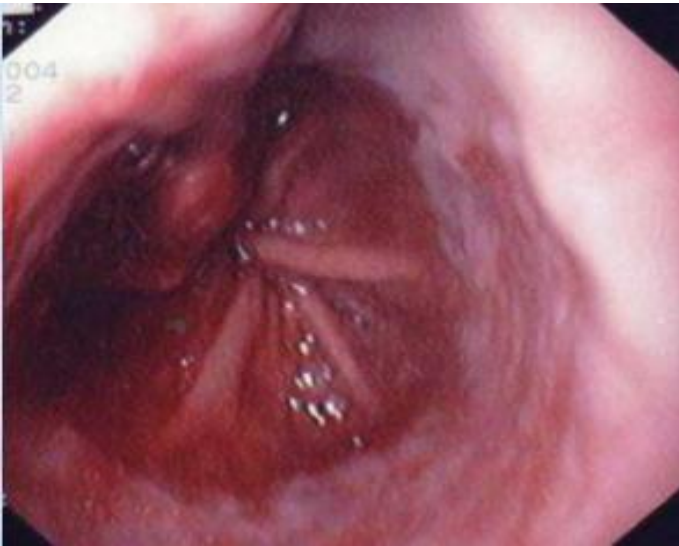


Érosions/ulcérations 8-15%



Oesophagite 5-15%

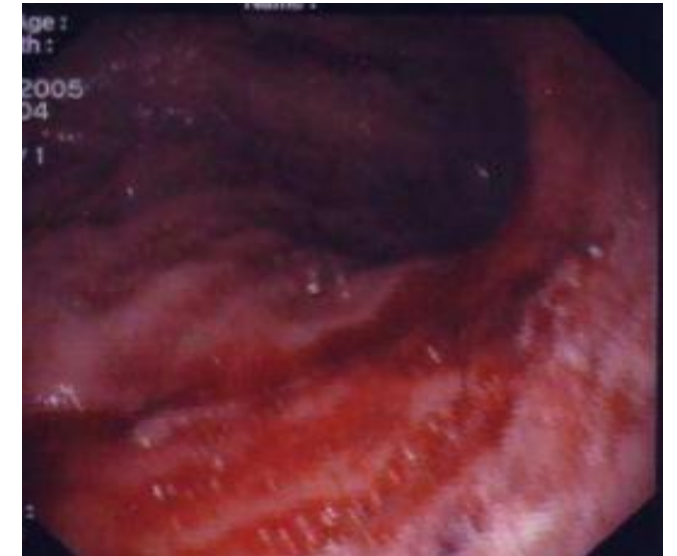
HDH: les causes rares



Mallory-Weiss 8-15%



Angiodysplasies 5%



Dieulafoy 5%

HDB: Causes fréquentes:



Diverticule 20-50 %



Angiodysplasie 3-10 %



**Polypes Tumeurs coliques
6-12%**

HDB : causes fréquentes:

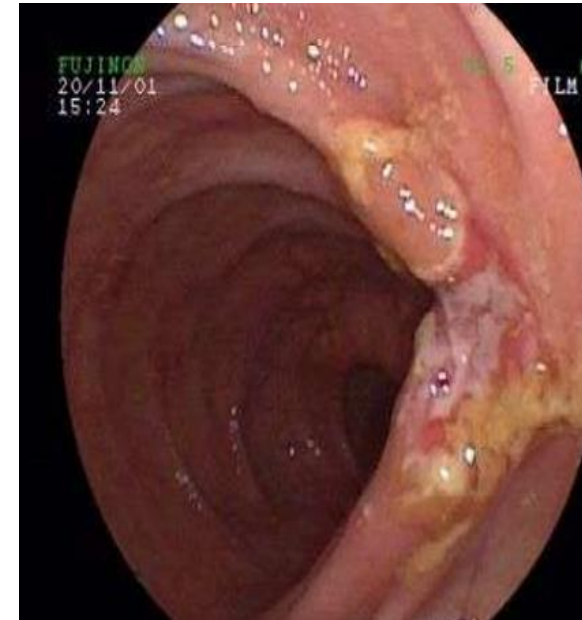


hémorroïde

14-22%



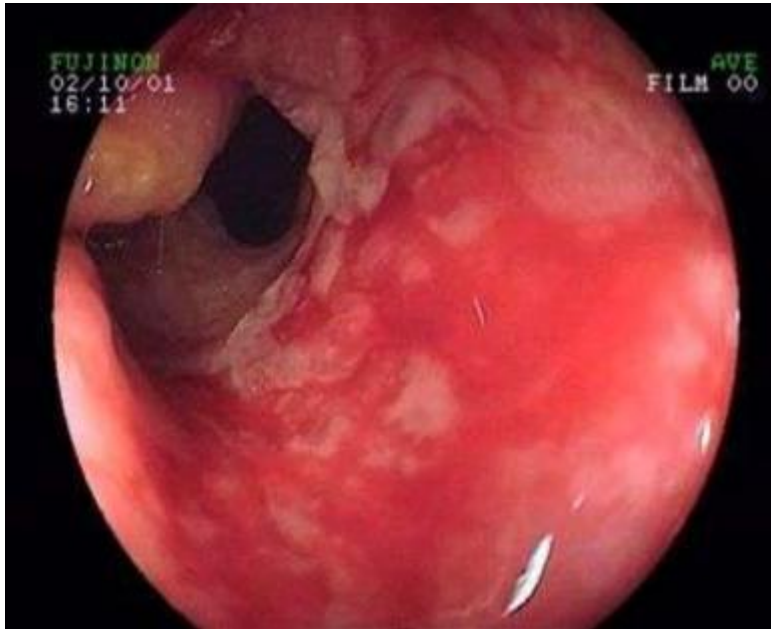
**Ulcération
thermométrique**



Colite

3-12%

HDB :cause rare



Rectite radique



Ulcère solitaire du rectum

Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

- *Evaluation

- *mesures générales et mesures et spécifiques

2-Diagnostic et traitement de la cause : prise en charge spécialisée

- *hémorragies hautes

- * hémorragies basses

3-prévention

Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

- *Evaluation

- *mesures générales et mesures et spécifiques

2-Diagnostic et traitement de la cause : prise en charge spécialisée

- *hémorragies hautes

- * hémorragies basses

3-prévention

Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

*Evaluation

- Anamnèse:
- Gravité:
- Facteurs pronostic:

Prise en charge HD

◦ Anamnèse:

- abondance, malaise?
- ATCD et ttt en cours :

Age > 60 ans : récidence **60% vs 25%**

Co-morbidité (insuffisance rénale, cardiaque, respiratoire) : **RR=3**

Intoxications : alcool **RR =4**, tabac **RR = 3.5**

Médicaments : aspirine (**RR=5.6**), AINS, anti-coagulant

Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

*Evaluation

- Anamnèse:
- **Gravité:**
- Facteurs pronostic:

Prise en charge HD

◦ Gravité:

En présence d'HD haute:

- Existence d'une tachycardie et/ou d'une hypotension à l'admission,
- Sang rouge à l'aspiration gastrique
- Et un taux d'hémoglobine < 8 g/dL sont prédictifs d'hémorragie grave et impose une prise en charge en urgence

mortalité **2,5** et **10%** et atteint **10** à **20%** si RVO.

Prise en charge HD

◦ Gravité:

- Les HD basse moins sévères que les HDH
- 80% cessent spontanément

La gravité :

- Pression artérielle systolique <100 mmHg
- Et/ou pouls > 100 b/min
- Et/ou taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl
- Et/ou Nécessité de plus de 6 culots globulaires pour rétablir une hémodynamique satisfaisante

mortalité 3 à 9%

Estimation de la perte sanguine en fonction des signes cliniques

10-20%

>30%

	I	II	III	IV
Pertes sanguines (ml)	<750	750-1500	1500-2000	≥2000
PAS PAD	Inchangée Inchangée	Inchangée Augmentée	Diminuée Diminuée	Imprenable Imprenable
FC (b/min)	< 100	≥100	> 120	≥140
Pouls capillaire (sec)	<2	>2	>2	>2
FR (c/mn)	14-29	20-30	30-40	>40
État neurologique	Anxiété modérée	Anxiété prononcée	Anxiété confusion	Anxiété obnubilation

Évaluation de la gravité

❖ 2 scores:

❖ score de Rockall :

❖ score de Glasgow-Blatchford:

Score de Rockall

- ❖ Un score < 3: bon pc
- ❖ Un score > 8: corrélé avec mortalité et récidence hémorragique

points	0	1	2	3
âge	<60ans	60-70 ans	>80 ans	
Signes de choc	absents	FC>100bpm PAS>100mmmHg	PAS<100mmmHg	
comorbidité	non	non	Coronaropathie I.Cardiaque Comorbidité majeur	I.Renale I.Hépatique Cancer dissiminé
cause	Mallory Weiss Absence de lesion	Autres diagnostic	Lésions malignes	
Critère endoscopique de risque	Aucun Tâches hémorragiques		Saignement actif Vaisseau visible Caillot adhérent	

Score de Glasgow Blatchford

Marqueur de risque à l'admission		points
Urée sauguine (mmol/l)	≥ 6,5 et < 8	2
	≥ 8 et < 10	3
	≥ 10 et < 25	4
	≥ 25	6
Hémoglobine (g/dl) chez homme	≥ 12 et < 13	1
	≥ 10 et < 12	3
	< 10	6
Hémoglobine (g/dl) chez femme	≥ 10 et < 12	1
	< 10	6
PAS mmHg	≥ 100 et < 109	1
	≥ 90 et < 100	2
	< 90	3
Autres marqueurs	FC ≥ 100 bpm	1
	Méléna	1
	Syncope	2
	Hépatopathie	2
	Insuffisance cardiaque	2

prédire la nécessité d'une intervention (hospitalisation, transfusion, chirurgie) ou le décès

Un score > 8:
transfert du patient en USI/réanimation

Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

- *Evaluation

- *mesures générales et mesures et spécifiques

2-Diagnostic et traitement de la cause : prise en charge spécialisée

- *hémorragies hautes

- * hémorragies basses

3-prévention

Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

*Evaluation

*mesures générales

- oxygène :IOT
- rétablir / maintenir l'hémodynamique

* mesures et spécifiques



Remplissage vasculaire



-2vvp de gros calibre ou KTC

objectif: **PAS**= 80–90 mmHg (**PAM**=60-65 mmHg)

Si cirrhose→ PAM:60-65 mmhg

-Cristalloïde en première intension

-HEA voluven* si cristalloïde seul insuffisant

-Si PAS persiste < 80 mmHg→NAD en première intension

Transfusion

Corriger les troubles de la coagulation

Transfusion CGR :

- si Hg < 7 g/l
- objectif Hg 7-9 g/dl
- si cirrhose Hg: 7-8g/dl

Transfusion de plasma frais

Ratio:PFC/CGR compris entre 1/2 ou 1/1

CPS :objectif: PLAQ > 50000 /mm³

— si cirrhose transfusion CPS si plaq

<30000

acide tranexamique EXACYL*:1g bolus

IV 10 mn puis 1 g dans 8 heures

Fibrinogène :si fibrinémie ≤1,5 g/l

FVIIa :non de 1ère intension

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 3, 2013

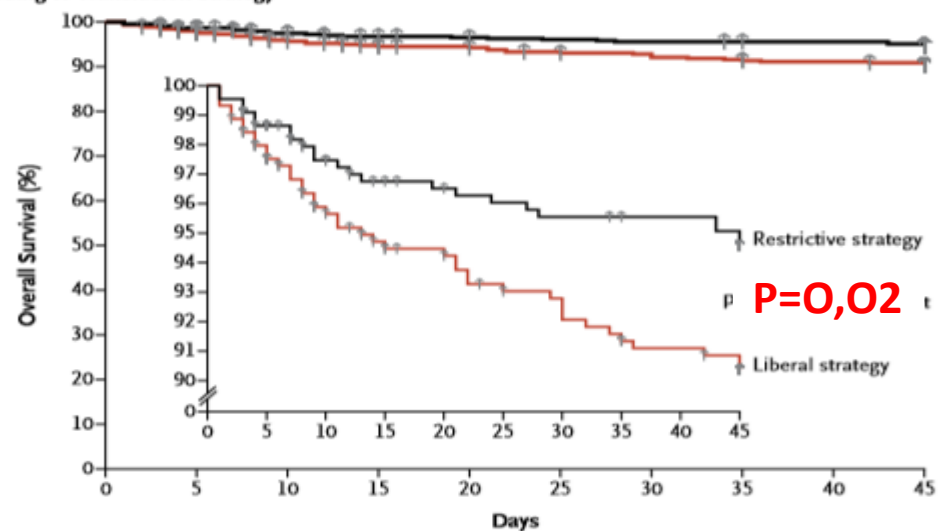
VOL. 368 NO. 1

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Càndid Villanueva, M.D., Alan Colomo, M.D., Alba Bosch, M.D., Mar Concepción, M.D., Virginia Hernandez-Gea, M.D., Carles Aracil, M.D., Isabel Graupera, M.D., Marfa Poca, M.D., Cristina Alvarez-Urturi, M.D., Jordi Gordillo, M.D., Carlos Guarner-Argente, M.D., Miquel Santaló, M.D., Eduardo Muñoz, M.D., and Carlos Guarner, M.D.

Outcome	Restrictive Strategy (N=444)	Liberal Strategy (N=445)	Hazard Ratio with Restrictive Strategy (95% CI)	P Value
Death from any cause within 45 days — no. (%)	23 (5)	41 (9)	0.55 (0.33–0.92)	0.02
Further bleeding — no. of patients/total no. (%)				
Overall	45/444 (10)	71/445 (16)	0.62 (0.43–0.91)	0.01

A Survival, According to Transfusion Strategy



Prise en charge HD

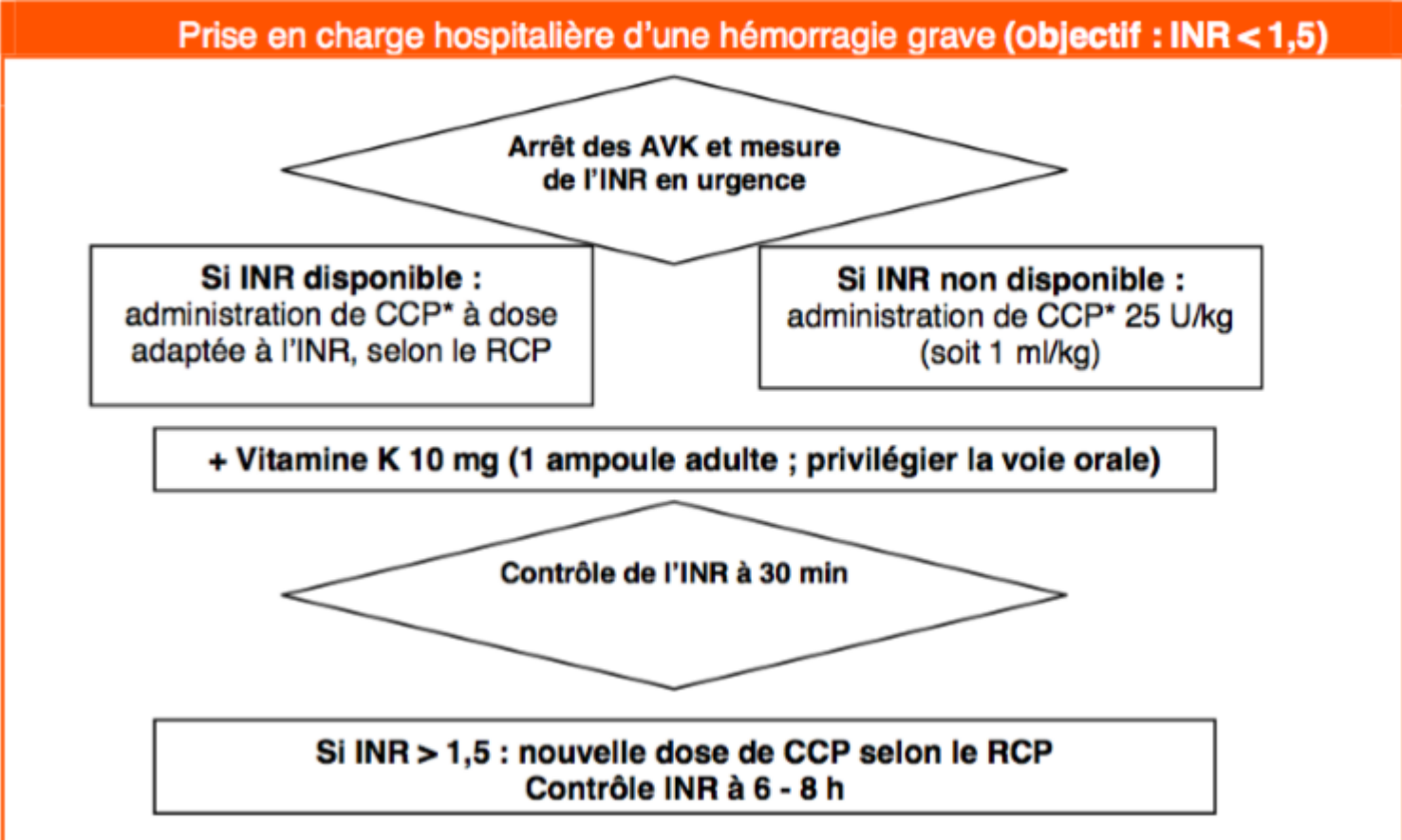
1-prise en charge initiale:

*Evaluation

*mesures générales

- oxygéner
- rétablir / maintenir l'hémodynamique
- mesures spécifiques
 - Gestion du traitement anticoagulant

PEC des surdosages en AVK des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les malades traités par AVK en ville et en milieu hospitalier Avril 2008



Prise en charge des malades sous AOD ou AAP

- ❖ En cas de choc hémorragique survenant chez un patient traité par un anticoagulant oraux direct (AOD), il faut neutraliser l'effet anticoagulant soit par **FEIBA 30-50U/Kg**, soit par **CCP 50U/Kg**, éventuellement renouvelés 1fois/8H
- ❖ Transfusion **CPS** chez les malades traités AAP avec hémorragie sévère

Ne pas oublier

-Corriger les désordres hydro-électrolytiques /métaboliques

- Hypo Ca^{2+} si transfusions massives
- vitamine B si alcool-dépendance

-Antibio-prophylaxie +++

- Si valvulopathie, prothèse vasculaire
- Si cirrhose;ceftriaxone dès que possible

-gestion de la douleur



Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

- *Evaluation

- *mesures générales et mesures et spécifiques

2-Diagnostic et traitement de la cause : prise en charge spécialisée

- ***hémorragies hautes**

- * hémorragies basses

3-prévention

Avant endoscopie: Sonde gastrique?

❖ Pour le diagnostic : -confirme le diagnostic

-si contexte d'anémie aiguë ou d'état de choc d'allure hémorragique.

Hémorragie non extériorisée : 20 % des cas

-si doute: **détermine l'origine haute d'une HD extériorisée par voie basse**

La suspicion RVO ne contre-indique pas la pose d'une SNG

❖ Pour le pronostic

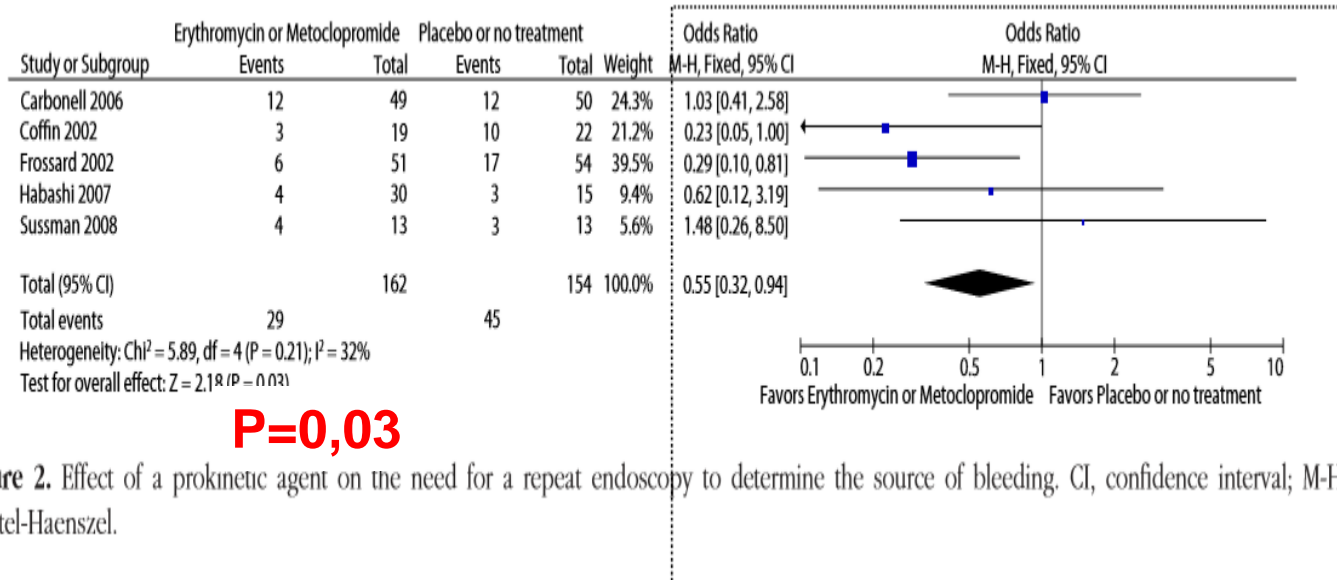
❖ Pour la préparation : l'érythromycine 250 mg (5 mg/kg chez l'enfant) (IV)

Prokinetique

Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis CME

Alan N. Barkun, MD, MSc, Marc Bardou, MD, PhD, Myriam Martel, BSc, Ian M. Gralnek, MD, MSHS, Joseph J.Y. Sung, MD, PhD

Montreal, Quebec, Canada; Dijon, France; Haifa, Israel; Shatin, Hong Kong, China



P=0,03

Figure 2. Effect of a prokinetic agent on the need for a repeat endoscopy to determine the source of bleeding. CI, confidence interval; M-H, Mantel-Haenszel.

(érythromycine ou métoclopramide →
réduction du nombre de deuxième endoscopie

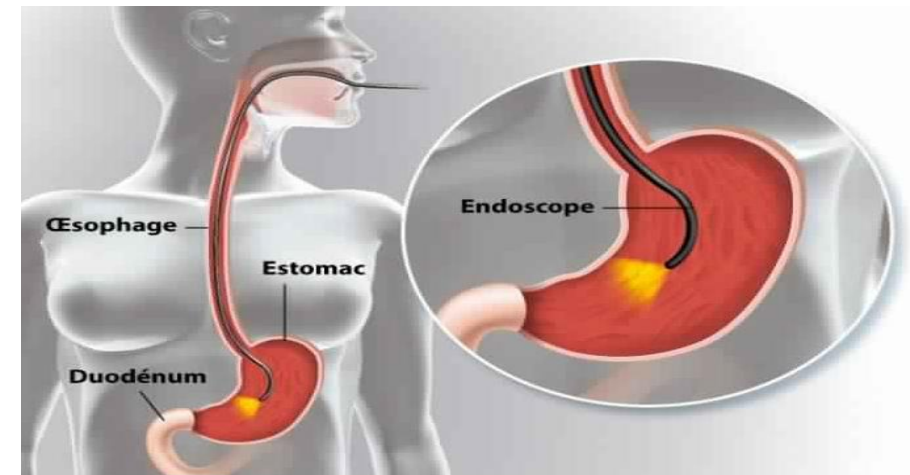
([OR] : 0,55 ; IC 95 % : 0,32–0,94)

L'utilité de l'érythromycine a été démontrée
pour les HD d'origine ulcéreuse et l'HTP

Endoscopie précoce

12 heures si RVO

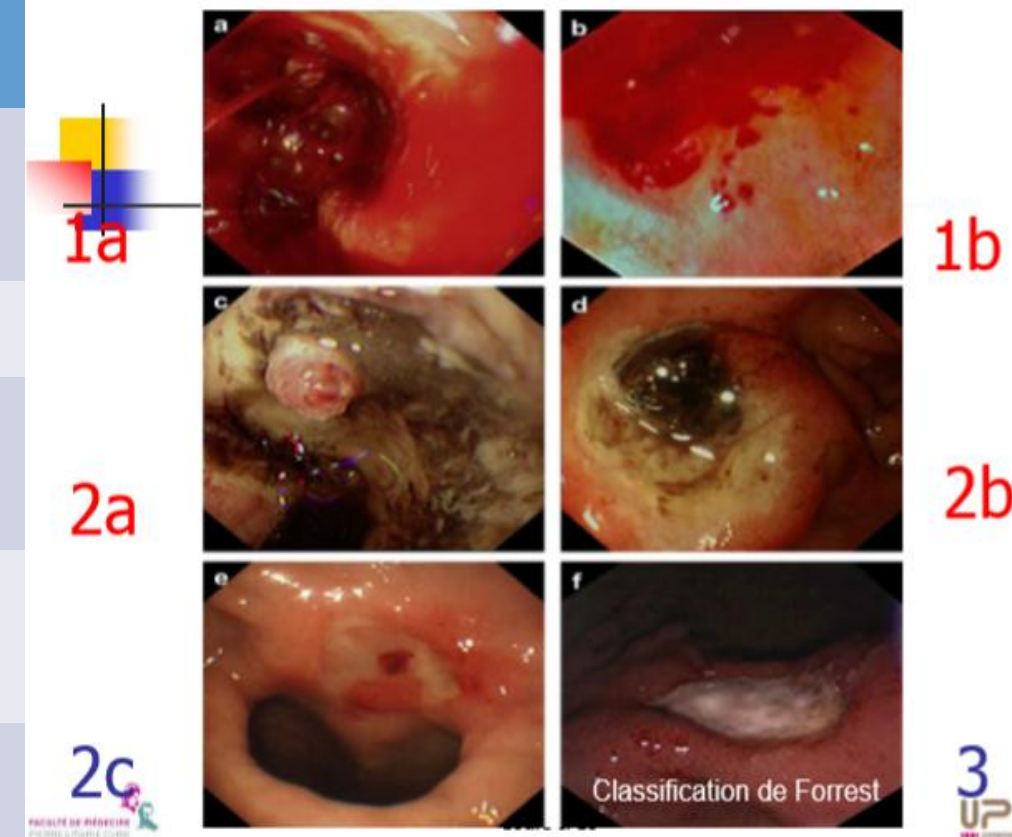
- ❖ FOGD dans les 24 premières heures si HDH
 - ❖ réduction des besoins transfusionnels, du taux de répétition endoscopique et du taux de chirurgie en urgence et de la mortalité
- ❖ un délai de 6 à 12 heures, est aujourd'hui discutée.
- ❖ Intérêt surtout si :
 - ❖ Instabilité HD
 - ❖ Sang frais Hb < 8
 - ❖ Score Glasgow-Blachford > 12



Ulcère gastro-duodénal hémorragique

Classification de Forrest

classe	description	Risque du récidive hémorragique
Ia	Saignement artériel en jet	55%
Ib	Saignement actif en nappe	55%
IIa	Vaisseaux visibles	45%
IIb	Caillot adhérent	20%
IIc	Ulcère à fond noirâtre	10%
III	base propre	<5%





Traitement médical :IPP

- IPP démontré dans la pathologie ulcéreuse

- En 1^{ère} intention

sans attendre l'endoscopie

- Forte dose: **A débiter d'emblée dès le diagnostic**

(80mg puis 8mg/h) PSE 72H

- A réévaluer après endoscopie

Traitement médical :IPP

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Omeprazole before Endoscopy in Patients with Gastrointestinal Bleeding

James Y. Lau, M.D., Wai K. Leung, M.D., Justin C.Y. Wu, M.D.,
Francis K.L. Chan, M.D., Vincent W.S. Wong, M.D., Philip W.Y. Chiu, M.D.,
Vivian W.Y. Lee, Ph.D., Kenneth K.C. Lee, Ph.D.,
Frances K.Y. Cheung, M.B., Ch.B., Priscilla Siu, B.Sc., Enders K.W. Ng, M.D.,
and Joseph J.Y. Sung, M.D.

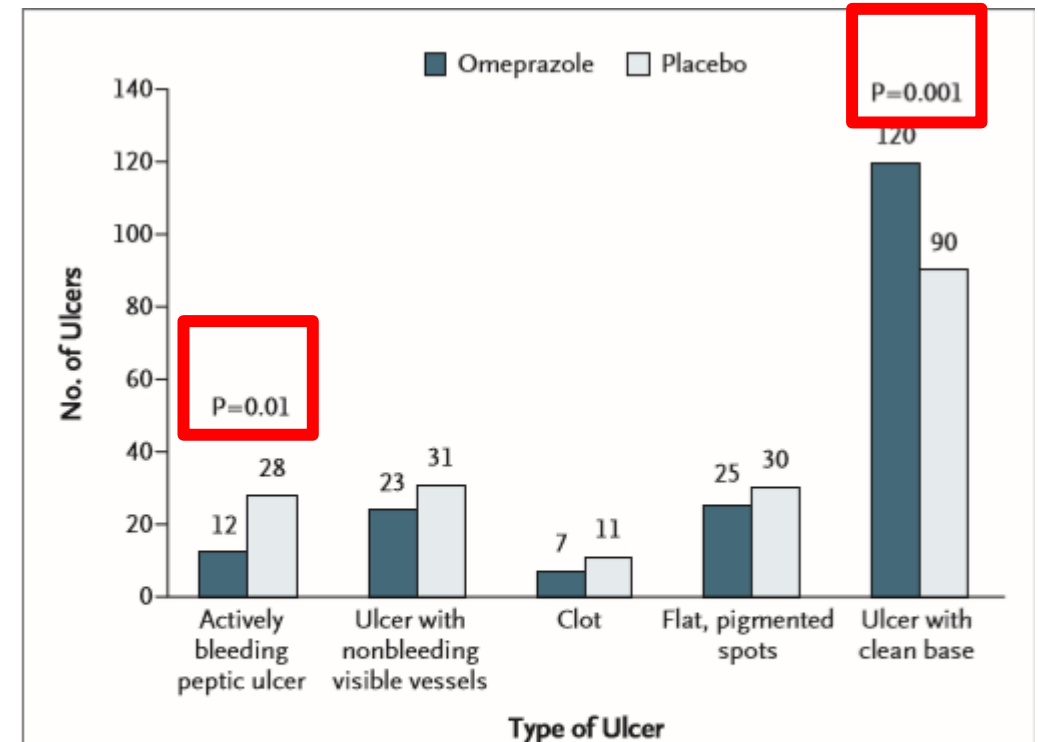


Figure 2. Numbers of Ulcers Found during the First Endoscopic Examination.

A total of 187 patients in the omeprazole group and 190 patients in the placebo group had ulcers.

FGDO second look?

- ❖ Non de façon systématique
- ❖ Délai de 16 à 24 heures après l'endoscopie initiale.
- ❖ Si lésion à « haut risque » a été observée .

Is routine second-look endoscopy effective after endoscopic hemostasis in acute peptic ulcer bleeding? A meta-analysis

Sara El Ouali, MD,¹ Alan N. Barkun, MD, MSc,^{1,2} Jonathan Wyse, MD,³ Joseph Romagnuolo, MD, MSc,⁴ Joseph J. Y. Sung, MD, PhD,⁵ Ian M. Gralnek, MD, MSHS, FASGE,⁶ Marc Bardou, MD, PhD,^{7,8} Myriam Martel, BSc¹

Montreal, Quebec, Canada; Charleston, South Carolina, USA; Shatin, Hong Kong, The People's Republic of China; Haifa, Israel; Dijon, France

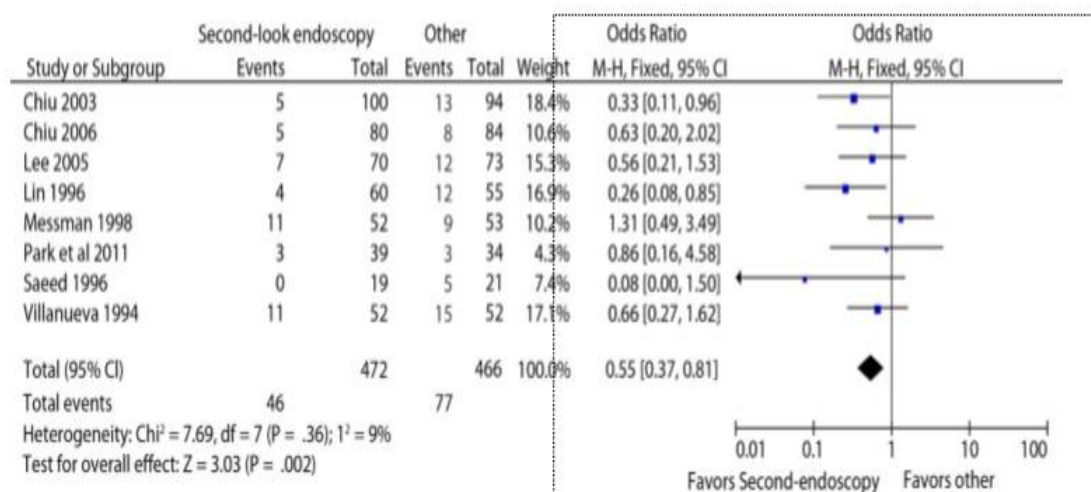


Figure 2. Forrest plot: rebleeding outcome. CI, confidence interval; Fixed, fixed-effects; M-H, Mantel-Haenszel.

SAIGNEMENT

P=0,002

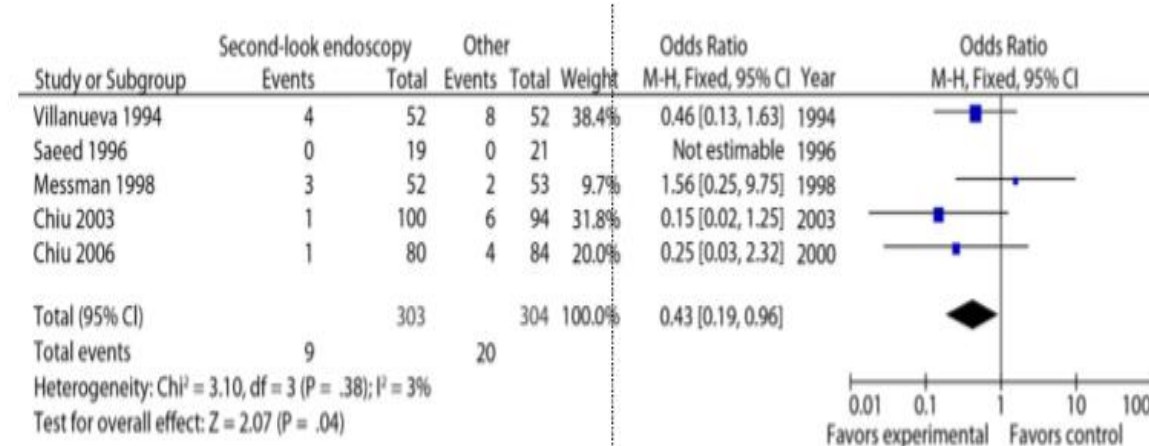


Figure 3. Forrest plot: surgery outcome. CI, confidence interval; Fixed, fixed-effects; M-H, Mantel-Haenszel.

RECOURS CHIRURGIE

P=0,04

Méthodes d'hémostase

Injections

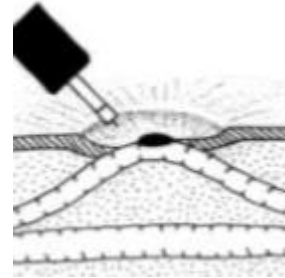
- Adrénaline diluée (1/1000)
- Polidocanol (Aetoxysclérol)
- Solutés hypertoniques

Méthodes mécaniques

- Clips
- Ligature élastique

Méthodes thermiques

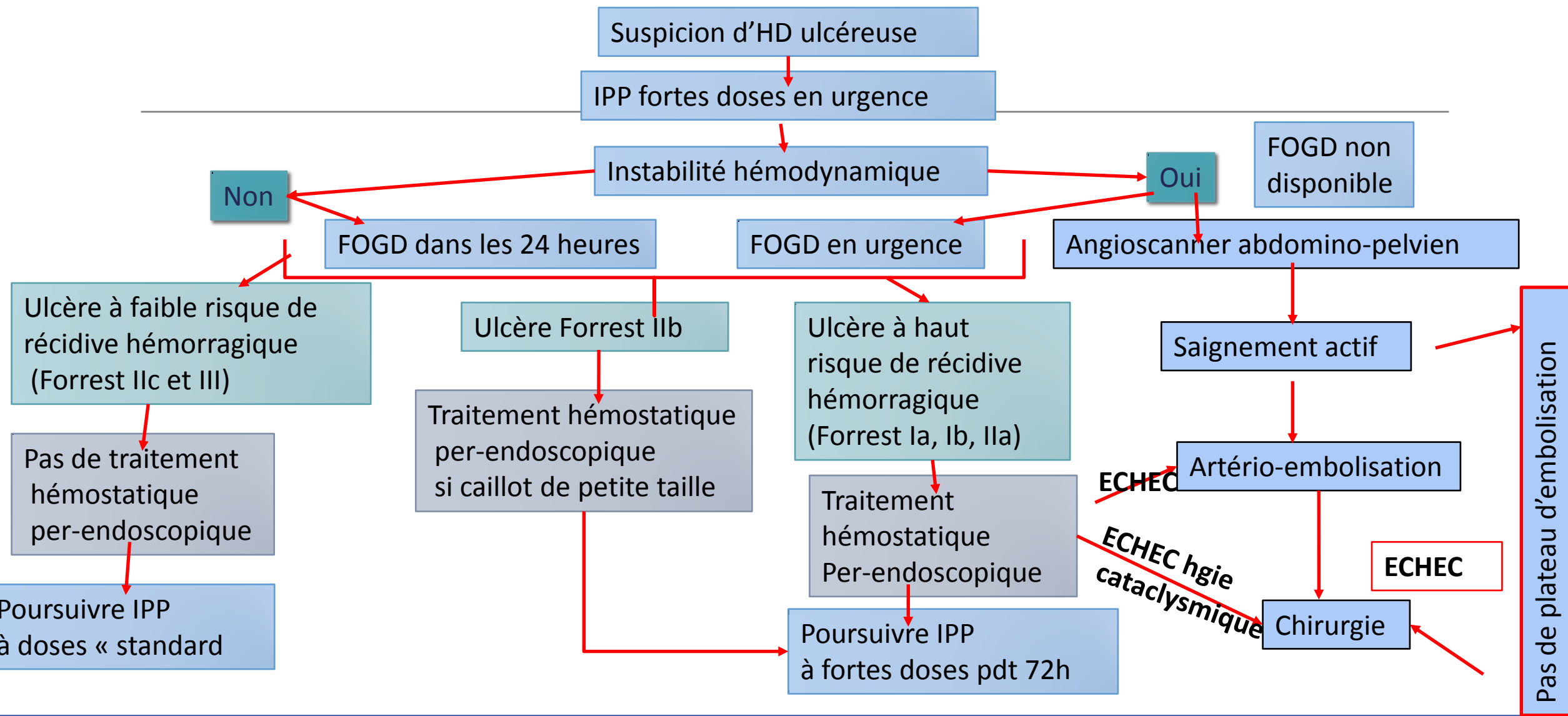
- Coagulation au plasma d'Argon (APC)
- Electro-coagulation bi-polaire
- (LASER Yag)



Pas de place

- Traitement médical antagoniste des récepteurs H2
- Traitement antibiotique de *Helicobacter pylori*
 - ❖ La maladie ulcéreuse est liée à *Helicobacter pylori* dans **58%** des cas.
 - ❖ Pas de bénéfice à traiter **en urgence**, une infection à *H. pylori*.

Mesures spécifiques de la prise en charge de l'hémorragie digestive (HD) ulcéreuse



Hypertension portale

Traitement endoscopique

- ❖ Réalisé au cours de FOGD initiale
- ❖ Dans les **12 heures** chez les **cirrhotiques**

La ligature élastique:
traitement de choix VO



La sclérothérapie est une
alternative chez le très petit
enfant



Obturation à la colle:
le traitement de référence
des VG

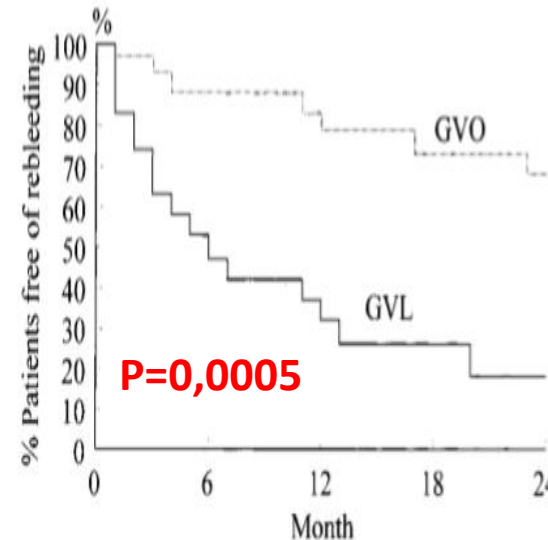


A Prospective, Randomized Trial of Butyl Cyanoacrylate Injection Versus Band Ligation in the Management of Bleeding Gastric Varices

GIN-HO LO, KWOK-HUNG LAI, JIN-SHIUNG CHENG, MEI-HSIU CHEN, AND HUNG-TING CHIANG

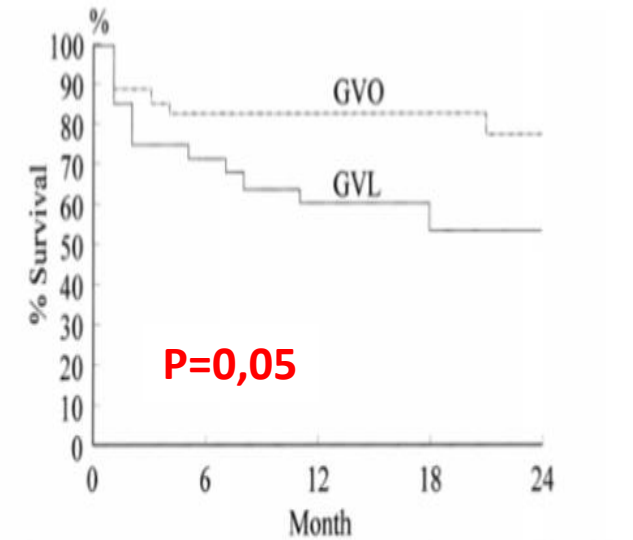
TABLE 2. Results of Treatment

	GVO (n = 31)	GVL (n = 29)	P
Control of active bleeding	13/15 (87%)	5/11 (45%)	.03
GOV1	11/13 (85%)	3/7 (43%)	.08
GOV2	2/2 (100%)	2/4 (50%)	.4
GV obliteration	16/31 (51%)	13/29 (45%)	.78
Sessions	2.7 ± 0.8 (1-4)	2.3 ± 0.7 (1-3)	.75
Rebleeding	9/29 (31%)	14/26 (54%)	P=0,0005
GOV1	5/19 (26%)	10/18 (55%)	.17
GOV2	2/6 (33%)	3/7 (43%)	.58
IGV1	2/4 (50%)	1/1 (100%)	.60
Control of bleeding	7/8 (87%)	6/12 (50%)	.10
Blood transfusion (units)	2.6 ± 0.9	4.2 ± 1.3	<.01



Patients 31 19 16 14 11 GVO
at risk 29 9 6 3 1 GVL

FIG. 2. The actuarial probability of free from rebleeding from gastric varices was significantly higher in the GVO group than in the GVL group.



Patients 31 21 18 16 12 GVO
at risk 29 16 11 7 6 GVL

FIG. 3. The actuarial probability of survival in the 2 treatment groups.

Review article: the management of acute variceal bleeding

J. W. FERGUSON, D. TRIPATHI & P. C. HAYES

Liver Unit, New Royal Infirmary of Edinburgh, Edinburgh, UK

Accepted for publication 23 May 2003

Table 2. Summary of evidence for endoscopic treatment for variceal bleeding

Study, year	Study type	Arm	Haemostasis	30 day mortality
Paquet 1985 ²⁴	RCT	Sclerotherapie/sonde tamponnement	P<0,01	10% P<0,01
Gross 2001 ²⁸	Meta-analysis	ligature	P<0,01	27%
		Vasocon Rx	P<0,002	N/A
		Ttt vasoactive	P<0,02	N/A
Laine 1995 ²⁹	Meta-analysis	VBL		
		EST	N/A	0.67 (0.46–0.98)†
Gross 2001 ²⁸	Meta-analysis	VBL	91% (82.4–96.3%)*	N/A
		EST	81.1% (71.7–88.4%)*	N/A

EST, Sclerotherapy. BT, Balloon tamponade. PI, Pharmacological interventions. SS, Somatostatin. VBL, Variceal band ligation. RD, Risk difference.

* No significant difference.

** $P < 0.01$.

*** $P < 0.002$.

**** $P < 0.02$.

† Odds ratio. Odds ratio favours VBL.

Values in parentheses refer to 95% confidence intervals.

Traitement vasoactive

- ❖ Terlipressine (1 à 2 mg/4h ivd) ou Même si le malade est déjà sous NAD
 - ❖ Somatostatine 250 µg en bolus puis 250 µg/h IV continue
 - ❖ ou Octréotide (25 µg/h IV continue)
 - ❖ durée de **3 à 5** jours après le traitement endoscopique de RVO
- l'arrêt de l'hémorragie dans 75 à 80 %

action vasoconstrictrice sur le réseau sanguin splanchnique et diminution de la pression portale

Early Administration of Vapreotide for Variceal Bleeding in Patients with Cirrhosis

Paul Calès, M.D., Claude Masliah, M.D., Brigitte Bernard, M.D., Pierre-Philippe Garnier, M.D., Christine Silvain, M.D., Nathalie Szostak-Talbodec, M.D., Jean-Pierre Bronowicki, M.D., Didier Ribard, M.D., Danièle Botta-Fridlund, M.D., Patrick Hillon, M.D., Kamel Besseghir, M.D., Didier Lebrec, M.D., *et al.*, for the French Club for the Study of Portal Hypertension*

P=0,002 à j5 et P=0,006 à j42

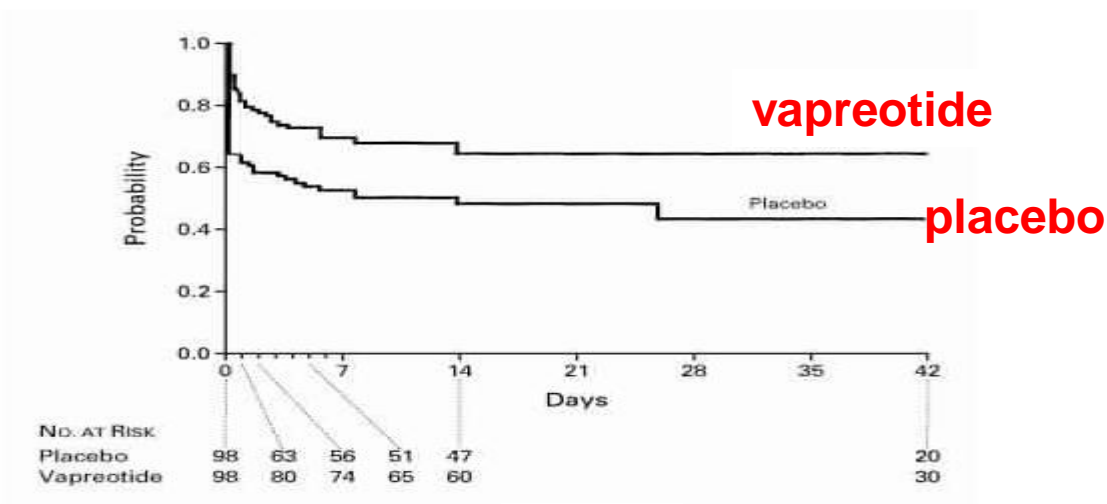


Figure 1. Probability of Survival with Control of Initial Bleeding (Days 1 to 5) and without Late Recurrence of Bleeding (Days 6 to 42), According to Treatment with Vapreotide or Placebo.

P=0.02 at day 5 and P=0.006 at day 42 by the log-rank test.

survie

Place des B Bloquants

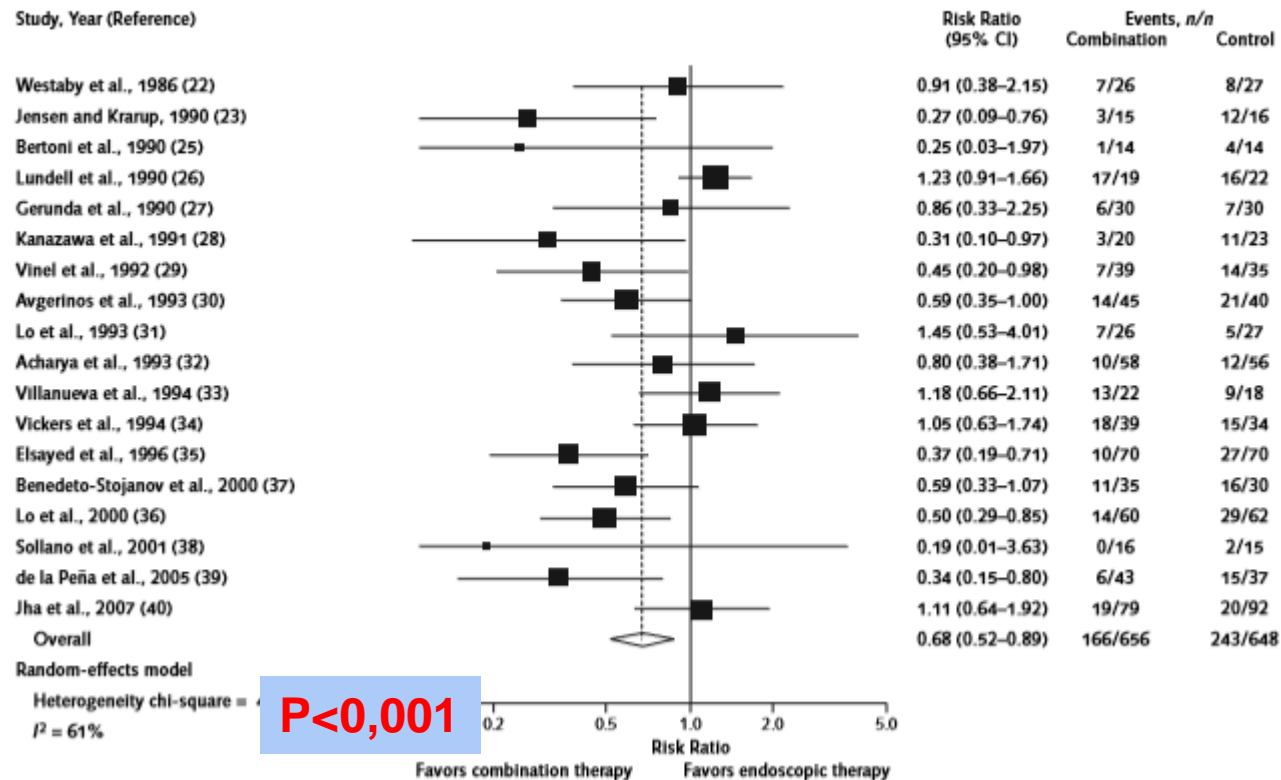
- ❖ La prophylaxie secondaire de l'HD par rupture de VO repose sur l'association bêtabloquants non cardiosélectifs et ligatures itératives de VO .

Éviter l' effet rebond de l'HTP favorisant la récurrence hémorragique

Meta-analysis: Combination Endoscopic and Drug Therapy to Prevent Variceal Rebleeding in Cirrhosis

Rosario Gonzalez, MD; Javier Zamora, MD, PhD; Judith Gomez-Camarero, MD; Luis-Miguel Molinero, PhD; Rafael Bañares, MD, PhD; and Agustín Albillos, MD, PhD

Figure 2. Forest plots of rebleeding events (top) and mortality (bottom) in trials comparing combination therapy with endoscopic therapy.



méta-analyse :23 études,

-traitement combiné (bêtabloquant et ligature) permettait une réduction significative de la récidence hémorragique en comparaison au traitement endoscopique seul (OR : 0,68 ; IC 95 % : 0,52–0,89) ou pharmacologique seul (OR : 0,71 ; IC 95 % : 0,59–0,86) .

La médiane du délai d'introduction des bêtabloquants était de trois jours (range : 1–7 jours)

une antibioprophylaxie

❖ Une infection bactérienne est documentée chez environ **40 %** des patients cirrhotiques dans les 7 jours suivant leur admission pour HDH

→ risque de récurrence hémorragique et à la mortalité

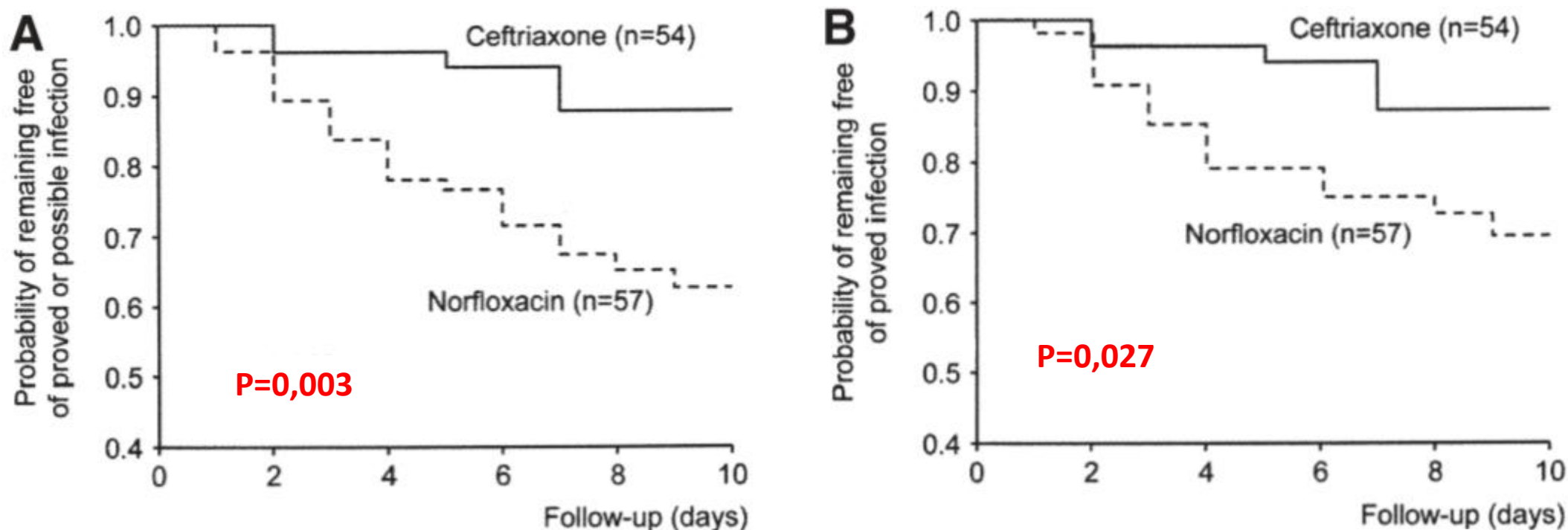
❖ **C3G ou FQ 5-7j**

l'antibiothérapie prophylactique diminuait de manière significative le taux d'infection de 32 % , mais également la mortalité de 9 %

Norfloxacin vs Ceftriaxone in the Prophylaxis of Infections in Patients With Advanced Cirrhosis and Hemorrhage

JAVIER FERNÁNDEZ,* LUIS RUIZ DEL ARBOL,† CRISTINA GÓMEZ,§ ROSA DURANDEZ,|| REGINA SERRADILLA,‡
CARLOS GUARNER,§ RAMÓN PLANAS,|| VICENTE ARROYO,* and MIGUEL NAVASA*

*IMDM and IDIBAPS, Hospital Clínic, University of Barcelona, Barcelona; ‡Servicio de Digestivo, Hospital Ramón y Cajal, Madrid; §Servicio de Digestivo, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; and ||Servicio de Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona, Spain



Infection probable

Figure 2. Probability of remaining free of proved and possible infections (A) and proved infections (B) in patients receiving ceftriaxone (continuous line) and norfloxacin (dotted line). There were significant differences between groups.

Infection certaine

TIPS:transjugular intrahepatic porto systemique stent

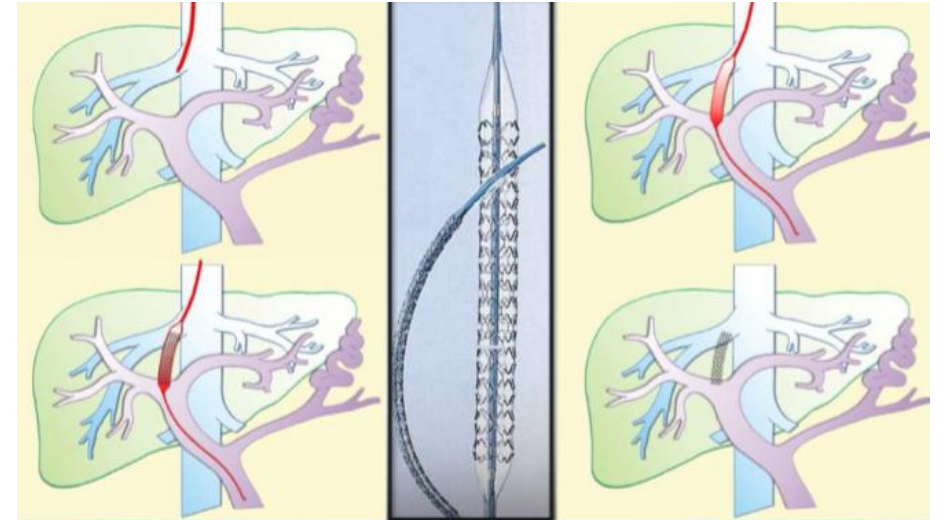
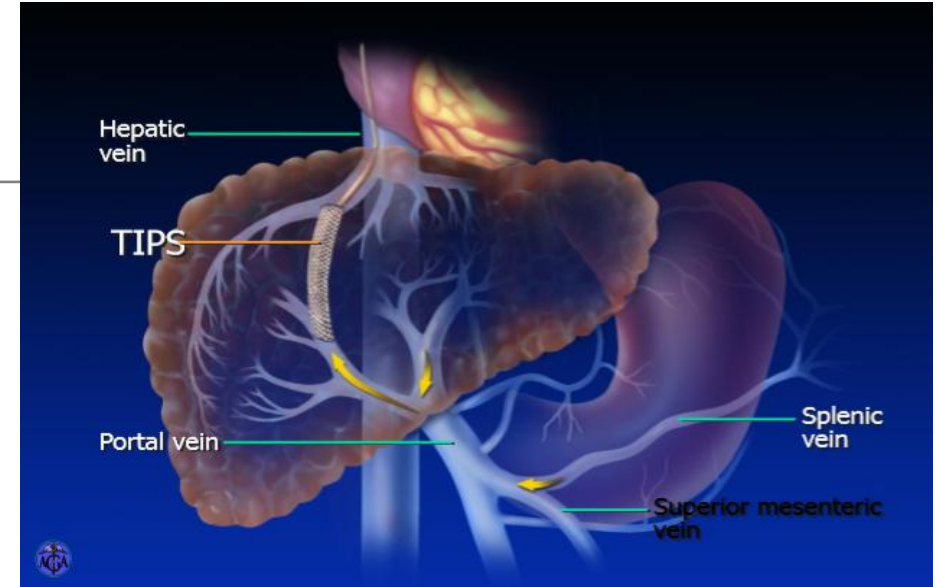
❖ Après contrôle endoscopique

❖ TIPS précoce (si possible ≤ 24 H72 H) si :

❖ Child-Pugh B avec un saignement actif à la FOGD

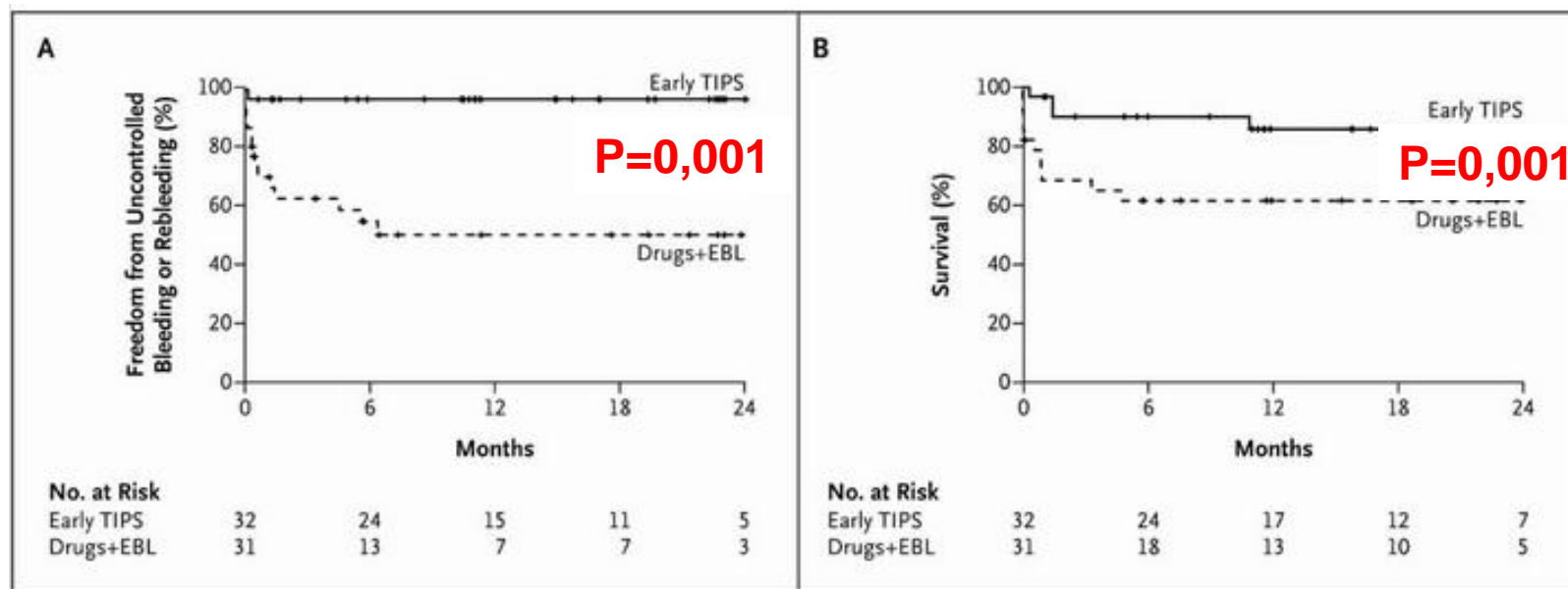
❖ Child-Pugh C

Amélioration de la survie et diminution du re-saignement



Early Use of TIPS in Patients with Cirrhosis and Variceal Bleeding

Juan Carlos García-Pagán, M.D., Karel Caca, M.D., Christophe Bureau, M.D., Wim Laleman, M.D., Beate Appenrodt, M.D., Angelo Luca, M.D., Juan G. Abraldes, M.D., Frederik Nevens, M.D., Jean Pierre Vinel, M.D., Joachim Mössner, M.D., and Jaime Bosch, M.D. for the Early TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt) Cooperative Study Group



Re-saignement

survie

Les sondes pour le tamponnement de varices hémorragiques.

❖ après échec du traitement endoscopique en attendant la réalisation du traitement radical de l'HTP.

→ taux de succès de **40 à 90 %**,

mais complications+++ (pneumopathie d'inhalation, ulcération et rupture œsophagienne) et une récurrence hémorragique **1X/2**



Pas de place

- ❖ prévention encéphalopathie par le lactulose
- ❖ Inhibiteur de la pompe à proton: IPP

Transfusion

❖ ~~PFC~~ dans l'objectif de corriger une coagulopathie ou avant la réalisation de FOGD

→ Un risque d'expansion volémique excessive et d'aggravation de l'HTP

❖ ~~facteur VIIa~~

❖ **CPS** si hémorragie non contrôlée ou taux de plaquettes est inférieur à **30 000/mm³**

TP et l'INR ne sont pas de bons indicateurs de l'état de coagulabilité chez les patients atteints de cirrhose, et il n'est donc pas recommandé de chercher à les corriger

Cirrhose: Objectif

❖ Ne pas « sur-remplir » : **PAM** autour de **65 mmHg**

❖ Maintenir **Hg: 7 à 8 g/dl** → politique transfusionnelle restrictive



Remarque: Après ligature de varices œsophagiennes, il faut probablement éviter de poser une SNG

Mesures spécifiques de la prise en charge de l'hémorragie digestive (HD) par rupture de varices chez le patient cirrhotique

HD aiguë par rupture de varices chez un patient cirrhotique

Traitement vasoactif par terlipressine ou somatostatine (poursuivi 3-5 j) après FOGD
- Antibiothérapie prophylactique - Transfusion éventuelle si hémorragie active

FOGD le plus rapidement possible dans les 12h suivant l'admission

Rupture de varices oesophagiennes (VO)

Ligature élastique per-endoscopique

Contrôle du saignement

Prophylaxie secondaire à J5 post FOGD:
- β -bloquants non selectifs
- Ligature élastique

Patient Child B et hémorragie active ou Child C

Récidive hémorragique

Echec de contrôle du saignement

Sonde de tamponnement si saignement abondant

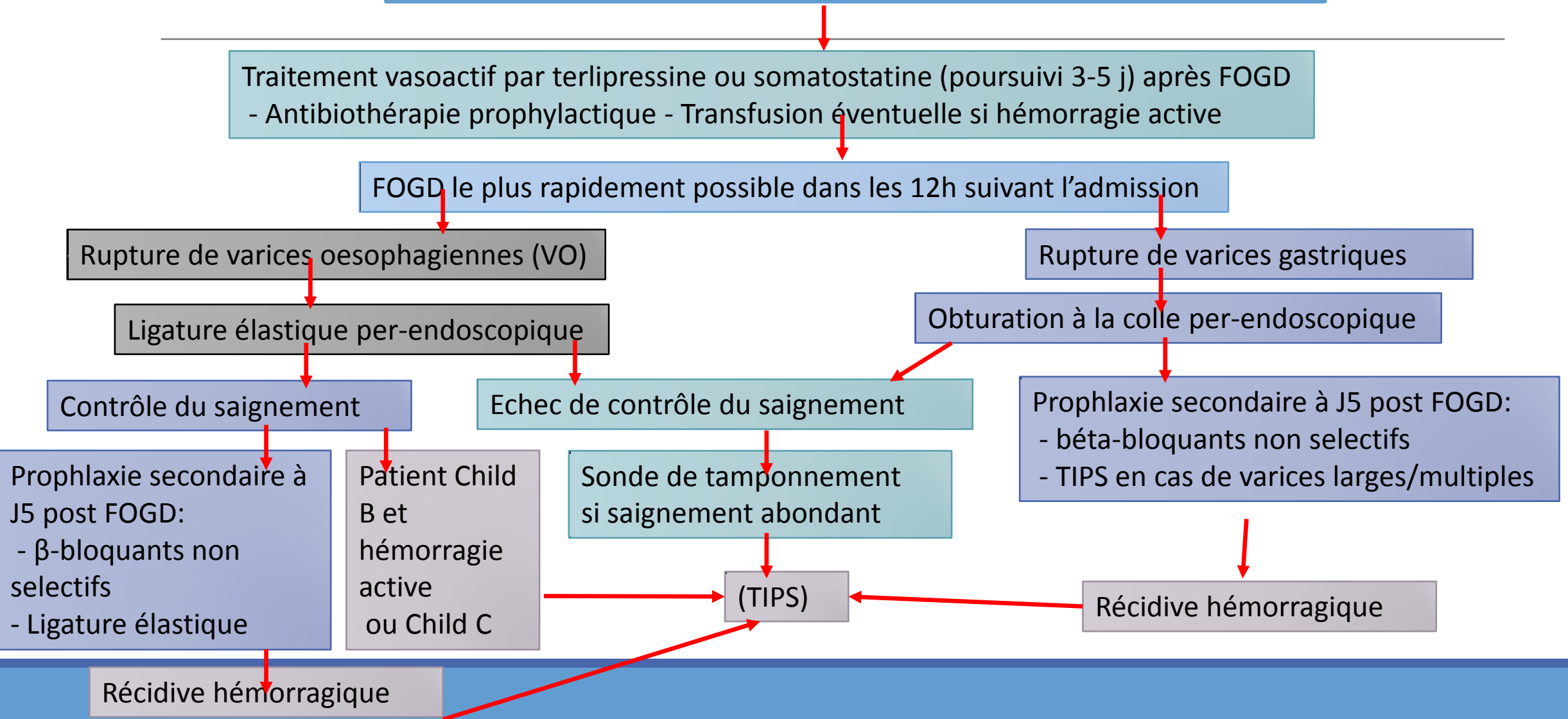
(TIPS)

Rupture de varices gastriques

Obturation à la colle per-endoscopique

Prophylaxie secondaire à J5 post FOGD:
- β -bloquants non selectifs
- TIPS en cas de varices larges/multiples

Récidive hémorragique



Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

- *Evaluation

- *mesures générales et mesures et spécifiques

2-Diagnostic et traitement de la cause : prise en charge spécialisée ...

- *hémorragies hautes

- * **hémorragies basses**

3-prévention

Hémorragie digestive basse

- ❖ Prise en charge plus complexe et moins bien codifiée que HDH
- ❖ multiplicité des causes et du caractère plus invasif des explorations.
- ❖ Mesures de base : identiques.
- ❖ Importance de la préparation à la coloscopie
- ❖ Fréquence des comorbidités
 - ❖ Vieillesse de la population
 - ❖ Large utilisation des antiagrégants plaquettaires et des associations médicamenteuses

Hémorragie digestive basse

- ❖ Eliminer une cause haute par une FOGD +++ (origine haute = **10-15%**)

une FOGD doit être réalisée dès que possible

- ❖ Eliminer une cause rectale ou proctologique
- ❖ Discussion rapide entre recto-sigmoidoscopie, coloscopie sans préparation et angioscanner

Angioscanner abdominopelvien ou artériographie

- ❖ La mise en évidence **d'un saignement actif** repéré par un angioscanner abdominopelvien ou une artériographie avec une instabilité hémodynamique justifie d'un geste d' **artério-embolisation** en première intention .
l'embolisation présente une efficacité hémostatique d'environ 90 %.
- ❖ Faire le diagnostic de fistules aorto-digestives

Coloscopie totale en urgence

- ❖ Réalisable en urgence en 1ère intention
- ❖ Délai de 24 heures
- ❖ Si hémorragie **persistante** délai de 12 heures
- ❖ Après préparation (3-4 l de PEG en 3-6 h)
- ❖ Diagnostique **75%** et thérapeutique(ttt endoscopique)

Une hémostase endoscopique initiale est en effet obtenue dans près de 95 % des cas

Recto-sigmoidoscopie:

- ❖ Facile, après préparation basse rapide sans AG
- ❖ Indiqué si colonoscopie complète ne peut pas être réalisée dans 24H
- ❖ Tolérance médiocre, rentabilité diagnostique **10%**

Exploration de l'intestin grêle

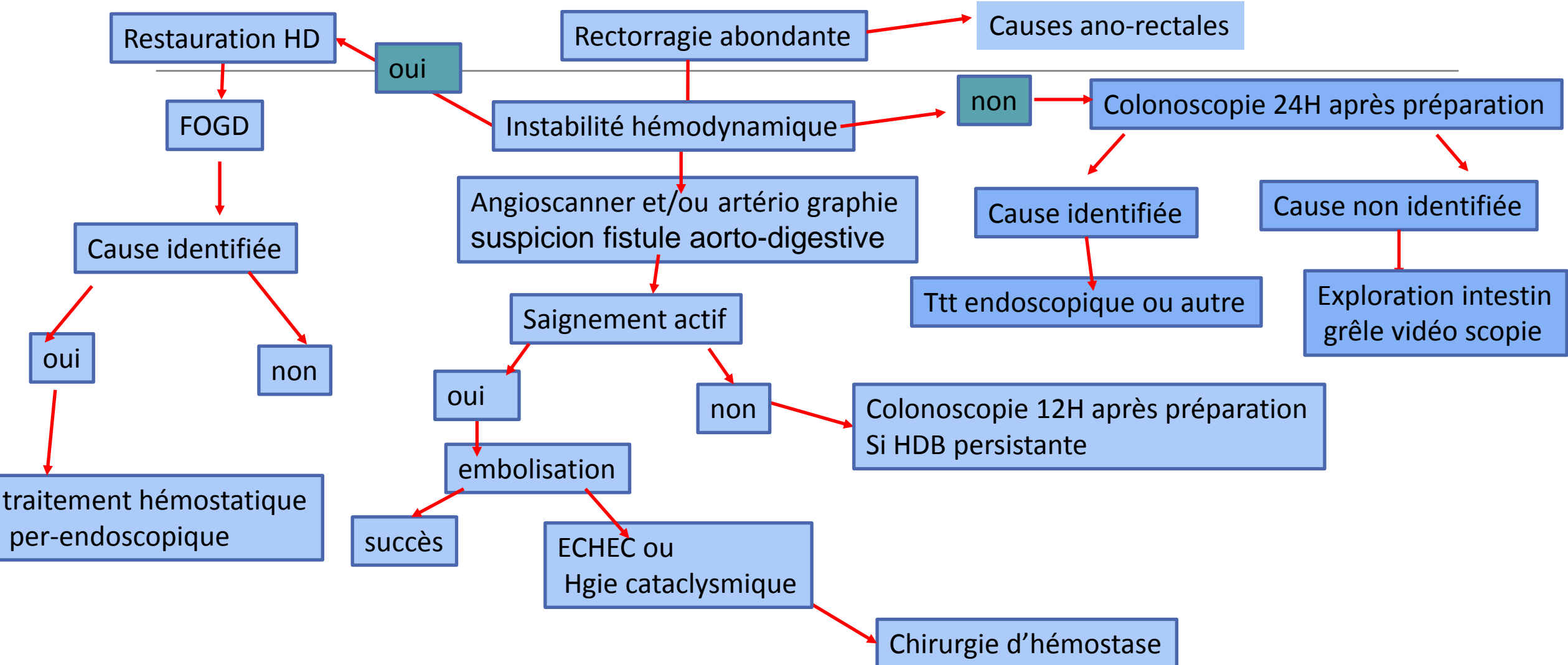
- ❖ Si le scanner et la coloscopie n'ont pas retrouvé l'origine du saignement.
- ❖ Le diagnostic étiologique des saignements de l'intestin grêle est souvent difficile
- ❖ Les techniques endoscopiques (vidéocapsule, entéroskopie) permettent le plus souvent un diagnostic.

Indication de la chirurgie

- ❖ Si d'échec ou de récurrence hémorragique après artério-embolisation ou coloscopie .
- ❖ Si hémorragie basse cataclysmique, et les conditions locales ne permettent pas de réaliser une artério-embolisation
- ❖ En cas de diverticulose colique diffuse sans repérage du siège du saignement, la préférence doit être donnée à la colectomie subtotal.

Les indications du traitement chirurgical d'hémostase sont considérablement réduites du fait des progrès de l'embolisation et de l'endoscopie thérapeutique

Démarche diagnostic et pec d'une hémorragie digestive basse



Prise en charge HD

1-prise en charge initiale:

- *Evaluation

- *mesures générales et mesures et spécifiques

2-Diagnostic et traitement de la cause : prise en charge spécialisée ...

- *hémorragies hautes

- * hémorragies basses

3-prévention

Indication prophylaxie de ulcère de stress

- ❖ Antécédent UGD
- ❖ Ventilation mécanique > 48 heures et **NON** alimentés par voie entérale
- ❖ Les patients avec une insuffisance rénale et/ou un traitement antiagrégant plaquettaire et/ou une coagulopathie

L'alimentation entérale précoce est une mesure efficace pour prévenir l'HD sur ulcère « de stress » → pas de prophylaxie médicamenteuse

Conclusion

- ❖ Mortalité encore élevée
- ❖ Prise en charge rapide efficace et énergétique
- ❖ Multidisciplinaire
- ❖ 2 volet :
 - ❖ ttt symptomatique
 - ❖ ttt spécifique: étiologique
- ❖ ENDOSCOPIE +++ 12-24H : diagnostic et thérapeutique

Merci

