



Hémorragies digestives hautes non hypertensives

Cours Post-graduat HGE 09 Aout 2023

Drs. Batumona B, Matimbo JJ, Kimpiatu JP, Phaka youyou, Ndarabu T, Kengibe J, Monsere T,
Ngoma P, Baveka M, Profs Nkondi J, Mbendi C, Tshimpi A.

Service d'Hépatogastro-Entérologie/Cliniques Universitaires de Kinshasa/
Université de Kinshasa

Epidémiologie :

- Pathologie fréquente
- Presque aux alentours de 150 épisodes pour 100000 habitants par an
- HDH > HDB
- HDH: 80% (HP, mdcts gastro-toxiques), prédominance masculine, âge médian de 70 ans
- HDB: 20%, prédominance masculine, incidence qui augmente avec l'âge, âge moyen de 60 à 77 ans

Causes:

Causes des hémorragies
digestives hautes
(en amont de l'angle duodéno-jéjunal de
Treitz)

CAUSES FRÉQUENTES: 80%

- Ulcère GD
- HTP
- Ulcérations diverses
- Oesophagite par reflux

CAUSES RARES: 10%

- Mallory-Weiss
- Anomalies vasculaires
- Dieulafoy
- Tumeurs malignes
- Causes biliaires et pancréatiques
- Fistules vasculo-digestives...

Endoscopie digestive non contributive dans 10 % avec indication
d'une nouvelle endoscopie.

Causes:

Causes des hémorragies
digestives basses
(en aval de l'angle duodéno-jéjunal de
Treitz)

- **90% d'origine colo-rectale ou anale :**

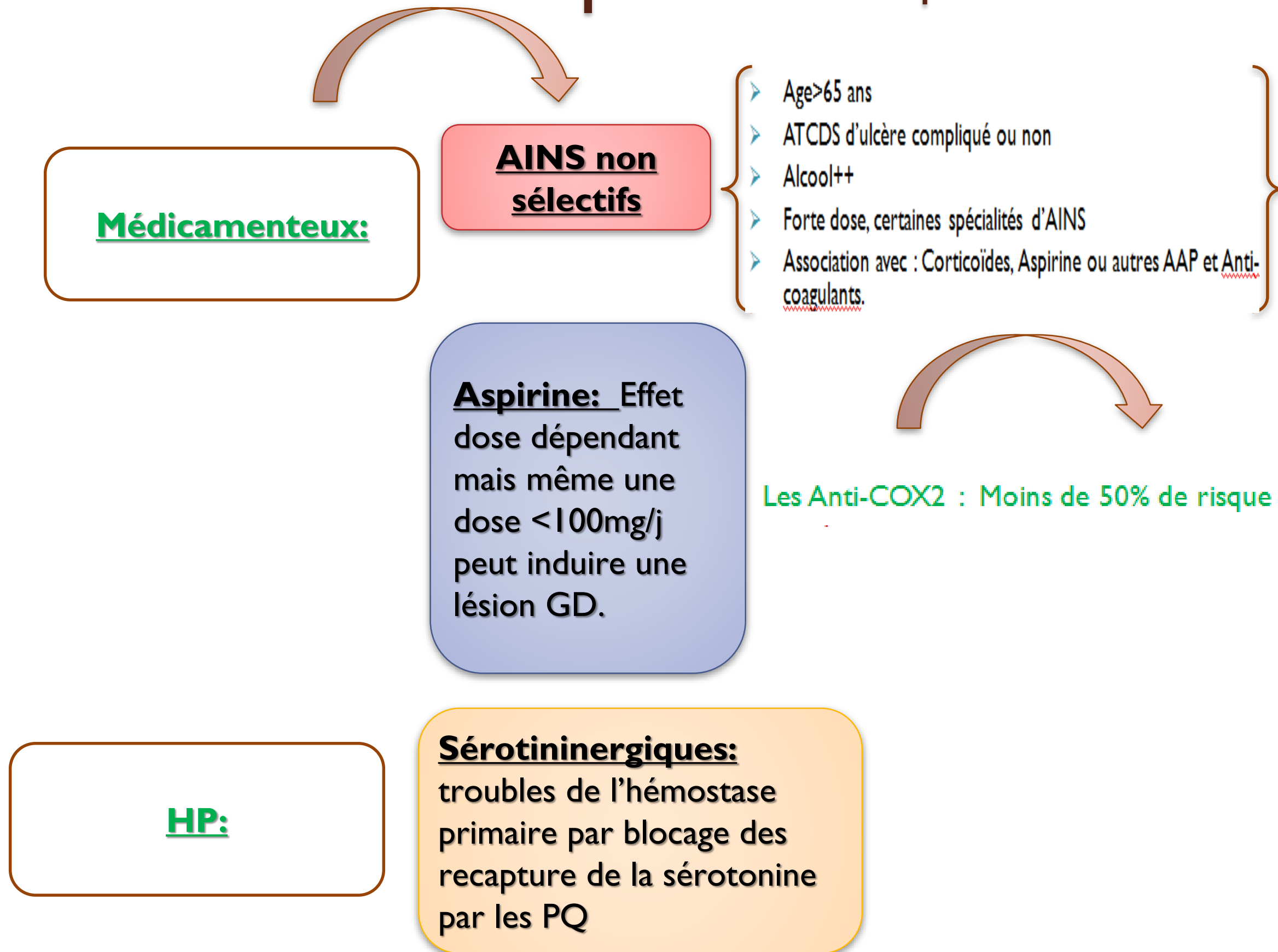
- Maladie diverticulaire
- Affection tumorale colique ou rectale bénigne ou maligne
- Ectasies vasculaires ou angiodysplasies coliques
- Colites ischémique
- Colites infectieuses
- MICI
- Rectites radiques
- Ulcérations traumatiques rectale
- Maladie hémorroïdaires
- Fissure anale

- **Origine grêlique :**

- Angiodysplasies
- Ulcérations (AINS)
- Diverticule de Meckel
- Lésions tumorales
- Diverticules
- Maladie de Rendu Osler

Rôle de la coloscopie. Dans 80 % : arrêt spontané mais risque de persistance et/ou de récurrence du saignement.

Facteurs de risque: Identifiés pour les HDH



Mortalité :

Augmente chez :

- ❑ Les patients les plus âgés
- ❑ Avec les co-morbidités associées :

Cardio ou coronaropathie, diabète, Ice rénale, IRC...

3 à 10% pour les HDH et 2 à 8% pour les HDB (stt si déjà hospitalisé)

Modes de révélation clinique d'une hémorragie digestive :

Hémorragie macroscopique

- **Hématémèse:** Reflète obligatoirement une origine haute de l'HD.
- **Méléna:** Saignement en amont de l'ACD
- **Rectorragie:** En général c'est le signe d'HDB mais peut être en rapport avec une HDH massive

Anémie ferriprive du fait d'une hémorragie occulte

- Anémie hypochrome microcytaire hyposidérémique arégénérative

Choc hémorragique sans extrériorisation de sang

- En milieu de réanimation, saignement du TDS
- Dc : SNG qui ramène du sang rouge

Prise en charge des hémorragies digestives :

Al Affirmer le diagnostic d'une HD:

Différencier :

⑨ Hématémèse / Hémoptysie, épistaxis postérieur dégluti
SNG, mais l'absence de sang n'élimine une HDH post-bulbaire

⑨ Méléna / Traitement par fer ou charbon???

B/ Mesures à prendre en urgence: **Hospitalisation en USC (USI),** **principes de réanimation**

Evaluation de la gravité de l'hémorragie

- ⑩ ⑨ Pouls, TA: Hypotension/Tachycardie avec vasoconstriction/ Signes de choc
- ⑩ ⑨ Hématocrite, Hémoglobine

Les premiers gestes

- A: Liberté des voies aériennes
- B: Oxygénation
- C: Circulation: 2 voies veineuses périphériques (Désilet fémoral ou cathéter central)
- + Sonde urinaire

Bilan sanguin initial

- Groupe sanguin, RAI
- NFS, plaquettes, coagulation
- Constantes métaboliques et biologie hépatique

B/ Mesures à prendre en urgence: Principes de réanimation

Remplissage vasculaire

- Les colloïdes: Les gélâtines fluides: Plasmion/ Les dextrans: Rhéomacrodex/ Les dérivés de l'amidon: Voluven
- Les cristalloïdes: Ringer lactate, Bicarbonates
- Les produits sanguins et dérivés: Sérum albumine 4% et 20%/ CGR/Plasma solvant détergent (PSD) ou Plasma viro atténué/(PVA) : 1 unité pour 2-3 culots globulaires/Plaquettes

Maintenir un hémocrite 25-30%

- Erythromycine en IV

Préparation de l'endoscopie

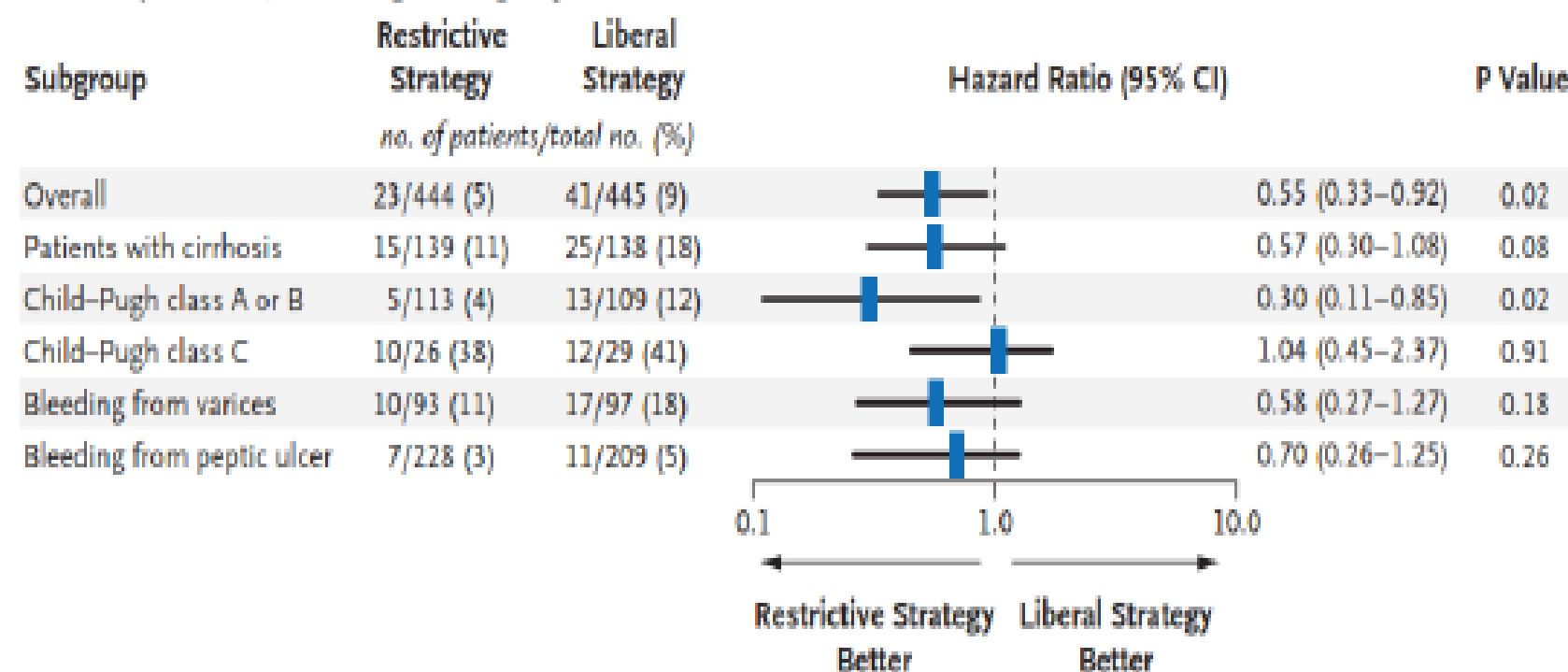
- Retentissement hémodynamique
- Retentissement hématologique
- La persistance du saignement
- Les transfusions sanguines+++

Prise en charge initiale : transfusion ?

Objectifs transfusionnels « restrictifs »

- Hb 7-9 g/dL
- Hb > 9 g/dL si antécédents coronariens

3 Death by 6 Weeks, According to Subgroup



Recommandations ESGE

Villanueva C, N Engl J Med 2013

Gralnek IM, Endoscopy 2015

C/ Démarche diagnostique:

Etape I/ Chercher par l'interrogatoire des éléments d'orientation étiologique:

En cas d'hématémèse et/ou de méléna,

Il faut envisager une cause digestive haute à l'hémorragie digestive, et l'interrogatoire cherche:

- un antécédent d'ulcère gastrique ou duodéal ;
- des douleurs épigastriques d'allure ulcéreuse ;
- la prise de médicaments gastrottoxiques et ou favorisant le saignement (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, anticoagulants) ;
- un antécédent d'affection hépatique ou de varices œsophagiennes connues ;
- des vomissements ayant précédé le saignement (syndrome de Mallory-Weiss) ;
- des antécédents chirurgicaux sur le tube digestif ;
- un antécédent de prothèse aortique ;
- une affection pancréatique.

C/ Démarche diagnostique:

Etape 2/ Examen clinique:

En cas d'orientation vers une hémorragie d'origine haute,

L'examen cherche:

- Des arguments en faveur d'une cirrhose (cause connue de maladie chronique du foie, bord inférieur du foie tranchant, hépatomégalie, ictère, angiomes stellaires, hématomes spontanés, circulation collatérale abdominale, ascite, etc.),
- Des cicatrices abdominales,
- Une masse battante abdominale (anévrisme de l'aorte abdominale),
- Les signes d'une maladie hémorragique (coagulopathie).

C/ Démarche diagnostique:

Etape 3/ Examens complémentaires:

• En cas d'HDH:

L'endoscopie œso-gastro-duodénale de première intention est essentielle.

Elle a un quadruple objectif :

- faire le diagnostic positif ;
- faire le diagnostic lésionnel ;
- évaluer le risque de poursuite ou de récurrence hémorragique ;
- réaliser si besoin un geste d'hémostase.

A réaliser le plus rapidement possible après stabilisation hémodynamique.

Dans la mesure du possible, il est préférable de réaliser l'examen lorsque le malade a été admis dans une unité spécialisée ou dans une unité de soins intensifs.

Lors de l'endoscopie, il importe d'être vigilant sur la protection des voies aériennes supérieures qui est essentielle pour éviter l'inhalation de liquide sanglant.

C/ Démarche diagnostique:

- En cas d'hémorragie massive:

Lorsque l'hémorragie digestive est massive et l'endoscopie œso-gastro-duodénale n'a pas mis en évidence de cause, un **angioscanner** est indiqué.

- Si l'angioscanner permet de localiser le saignement, il peut être suivi d'une **artériographie à visée thérapeutique** (embolisation du vaisseau à l'origine de l'hémorragie).

- En cas de rectorragies sans retentissement hémodynamique important:

Pour les hémorragies digestives basses non graves, sans retentissement hémodynamique ni déglobulisation importante, une **coloscopie longue** sera réalisée après préparation du côlon.

- En cas de négativité des explorations endoscopiques initiales:

Une exploration du grêle par **vidéocapsule endoscopique** et/ou un **entéroscanner/une entéro-IRM** sera effectuée.

Un malade ayant un saignement d'origine inexpliquée ne peut être considéré comme asymptomatique.

Mesures thérapeutiques spécifiques

UGD

IPP forte dose:

- ⑨ Bolus 80 mg (IV)
- ⑨ Puis 8 mg/h IVSE pendant 72h
- ⑨ Relai per os à J4 (posologie et durée selon la pathologie sous jacente).

Evaluation: Gravité et pronostic:

- ⑨ Score de Blatchford (clinico-biologique)
- ⑨ Score de Rockall (clinico-endoscopique)
- ⑨ Score de Forrest (endoscopique)

L'endoscopie:

- ⑨ Dans les premières 24h
- ⑨ Evaluation du pronostic
- ⑨ Prise en charge tttque

Score de Blatchford:

< ou =1: pas d'USI, pas d'endoscopie la nuit
>1: USI et réa si >2 défaillances viscérales

Marqueurs de risque à l'admission		Score
Urée (mmol/L)	Entre 6,5 et 8	2
	Entre 8 et 10	3
	Entre 10 et 25	4
	Supérieure ou égale à 25	6
Hémoglobine (g/100 mL) chez l'homme	Entre 12 et 13	1
	Entre 10 et 12	3
	Inférieure à 10	6
Hémoglobine (g/100 mL) chez la femme	Entre 10 et 12	1
	Inférieure à 10	6
Pression artérielle systolique	Entre 100 et 109 mmHg	1
	Entre 90 et 99 mmHg	2
	< 90 mmHg	3
Pouls	> 100 bpm	1
Méléna	présent	1
Syncope	présent	2
Hépatopathie	présente	2
Insuffisance cardiaque	présente	2
Total		

Score de Rockall (Gut 1996 et 1997)

	0	1	2	3
Age	< 60	60 - 79	> 80	
Hémodynamique	TAS > 100 FC < 100	TAS > 100 FC > 100	TAS < 100	
Comorbidité	Aucune comorbidité majeure		- Insuffisance cardiaque - Insuffisance coronarienne - Comorbidité majeure	- Insuffisance rénale - Insuffisance hépatique - Cancer métastatique
Diagnostic	Mallory-Weiss, aucune lésion identifiée et absence de stigmates d'hémorragie récente	Tous les autres diagnostics	Tumeur maligne du tractus digestif supérieur	
Stigmates d'hémorragie récente	Pas de stigmatisme d'hémorragie récente		Sang dans le tractus digestif supérieur, caillot adhérent, vaisseau visible ou saignement actif	

Pronostic en fonction du score de Rockall

	< 3	3	4	5	6	7	> 8
Mortalité théorique (%)	<1	3	5	11	17	27	41

Endoscopie

- Erythromycine 250 mg IVL
 - 30 – 120 min avant endoscopie
 - Meilleure visualisation muqueuse
 - Diminution besoins transfusionnels
 - Diminution endoscopie « 2nd look »
 - Réduction temps hospitalisation
 - EI : QT long, allergie macrolide
- Selon l'ESGE
 - Très précoce < 12h
 - Précoce < 24h
 - Retardée > 24h

A oublier

- Aspiration par SNG
- Lavages à l'eau glacée
- Exacyl®
- Octréotide, sandostatine

Conditions de réalisation de l'endoscopie (<24h)

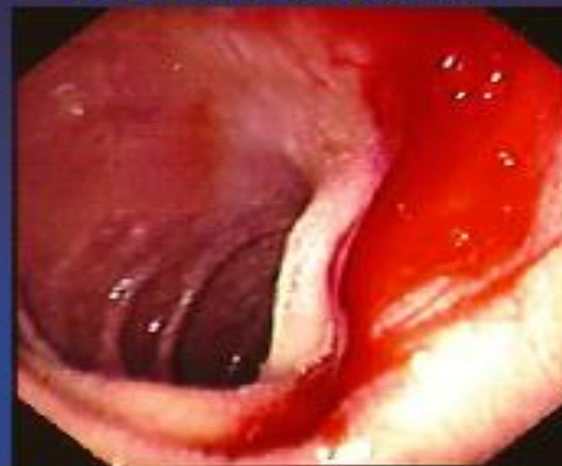
- L'endoscopie très précoce (< 12h) est réservée aux malades à haut risque
 - Instabilité hémodynamique
 - Hématémèse récidivante
 - Arrêt impossible des anticoagulants
- Intubation oro-trachéale souhaitable
- Infirmière d'endoscopie d'astreinte (recommandation forte)
- Gastroscope large canal
- Pompe de lavage et pompe d'aspiration

CLASSIFICATION DE FORREST

En jet I a



Suintement I b



Vaisseau visible II a



Caillot adhérent II b



**Ulcère avec taches
ecchymotiques II c**



Ulcère propre III

Evalue le risque de récurrence hémorragique et la mortalité:

	Fréquence %	Récidive %	Mortalité %
Ulcère à cratère propre (3)	30	< 5	< 5
Taches hémorragiques (2c)	15	7	< 5
Caillot adhérent (2b)	10	30	5-10
Vaisseau visible (2a)	20	50	10
Saignement actif (1a et 1b)	25	50-90	10

Les ulcères gastro-duodénaux

Classification de FORREST	Incidence (%)	Récidive (%)	Mortalité (%)
I saignement actif	18	55	11
Ila vaisseau visible	17	43	11
IIb caillot adhérent	17	22	7
IIc tache pigmenté	20	10	3
III Fond propre	42	5	2

Traitement endoscopique

Indications:

- ▶ Lésions à haut risque de récurrence: Forrest Ia, Ib, IIa
- ▶ Discuté pour Forrest IIb

Techniques: 02 techniques++

- ▶ Injection de produits vasoconstricteurs et/ou sclérosants : Adrénaline diluée
- ▶ Hémostase thermique
- ▶ Clips hémostatiques / Clip Ovesco
- ▶ Hémospray

Gestion des antiagrégants plaquettaires (AAP)

Ulcères à haut risque (Ia, Ib, IIa, IIb)

- AAP en prophylaxie primaire
 - Suspendre et réévaluer indication
- AAP en prophylaxie secondaire
 - ASA faible dose seule
 - Reprise ASA J3
 - Endoscopie « 2nd look »
 - Bithérapie
 - Poursuite ASA seule
 - Avis spécialisé
 - Endoscopie « 2nd look »

Ulcères à faible risque (IIc, III)

- AAP en prophylaxie primaire
 - Suspendre et réévaluer indication
- AAP en prophylaxie secondaire
 - ASA faible dose seule
 - Poursuite ASA
 - Bithérapie
 - Poursuite bithérapie

En cas de monothérapie non aspirine, relais par aspirine

Comment évaluer le risque de récurrence hémorragique ?

Facteurs de risque cliniques	Facteurs de risque endoscopique
Instabilité hémodynamique	Ulcère > 2 cm
Prise AINS	Localisation difficile (petite courbure gastrique, face postérieure du bulbe)
> 5 culots globulaires	Saignement actif (Forrest I)
	Absence endoscopie contrôle ?

- L'endoscopie de contrôle précoce est d'autant plus importante que les conditions de l'endoscopie et de l'hémostase initiale étaient mauvaises

Récidive : endoscopie, embolisation ou chirurgie ?

- Une seconde endoscopie d'hémostase est souhaitable
 - Dans les meilleures conditions possibles
 - Avec tout le matériel d'hémostase à disposition
 - Traitements de sauvetage : Poudres hémostatiques, OTSC clips.
- L'embolisation radiologique est à préférer en 2nde intention chez les patients « fragiles »
- La chirurgie offrira le meilleur résultat hémostatique

Evolution favorable après hémostase endoscopique

- **Helicobacter pylori :**
 - Le traitement de l'infection à HP réduit le risque de récurrence
 - Sérologie > histologie en période hémorragique
- **Alimentation**
 - La reprise alimentaire est progressive, dans les 48h après une hémostase endoscopique
 - Ulcères à bas risque : alimentation normale
- **Anticoagulants**
 - Gestion délicate avec avis spécialisé
 - Reprise AVK J7 – J15
 - Reprise prudente sous contrôle hospitalier

Les causes rares

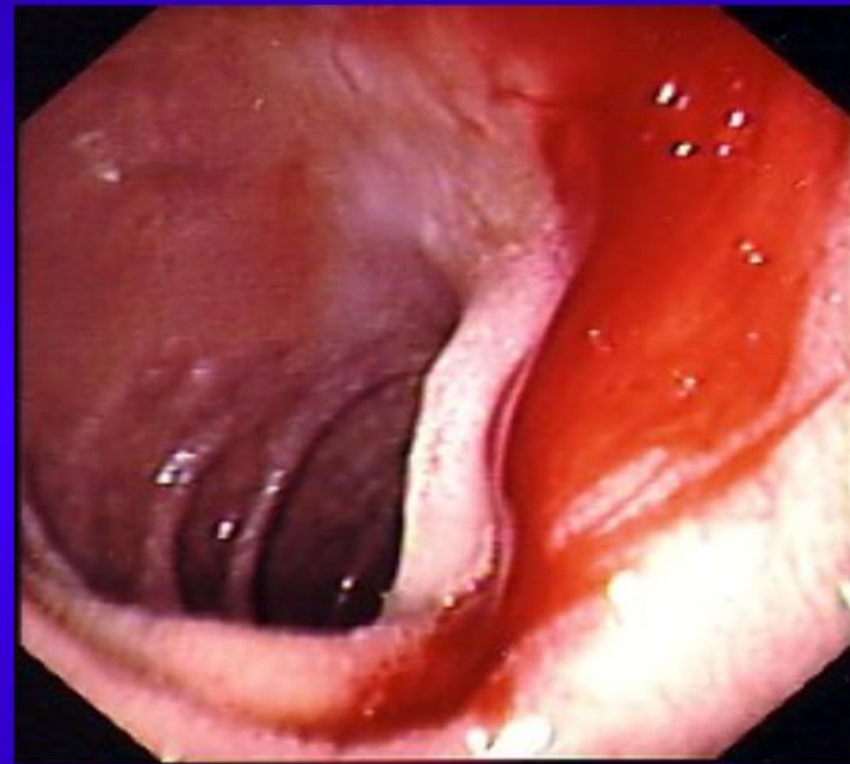
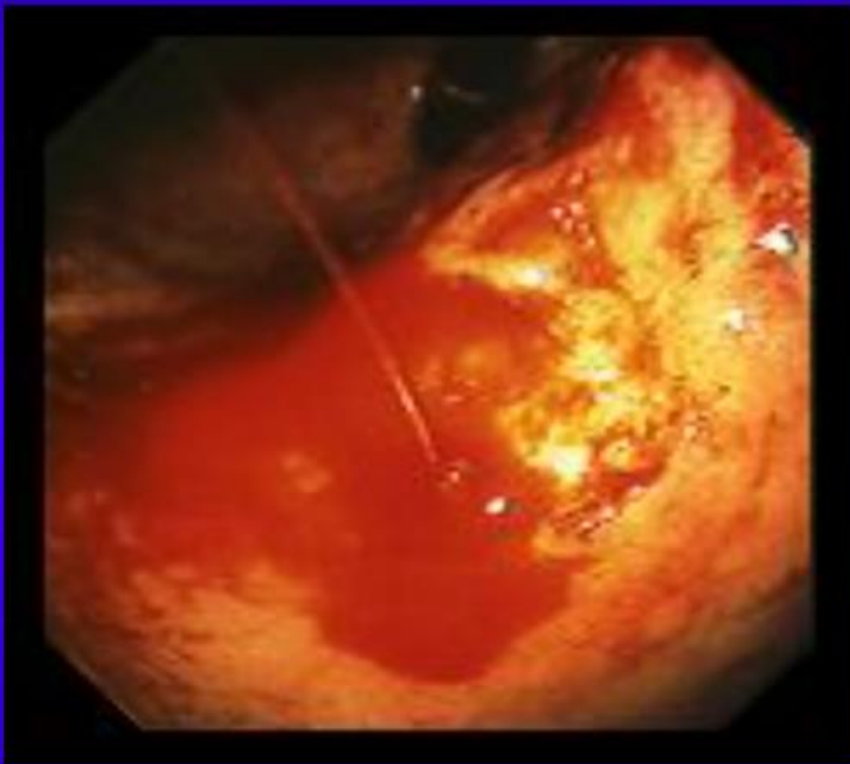
- **Mallory-Weiss**
- **Dieulafoy**
- **Anomalies vasculaires**
- **Fistules aorto-digestives**

- **Endoscopie initiale non diagnostique**

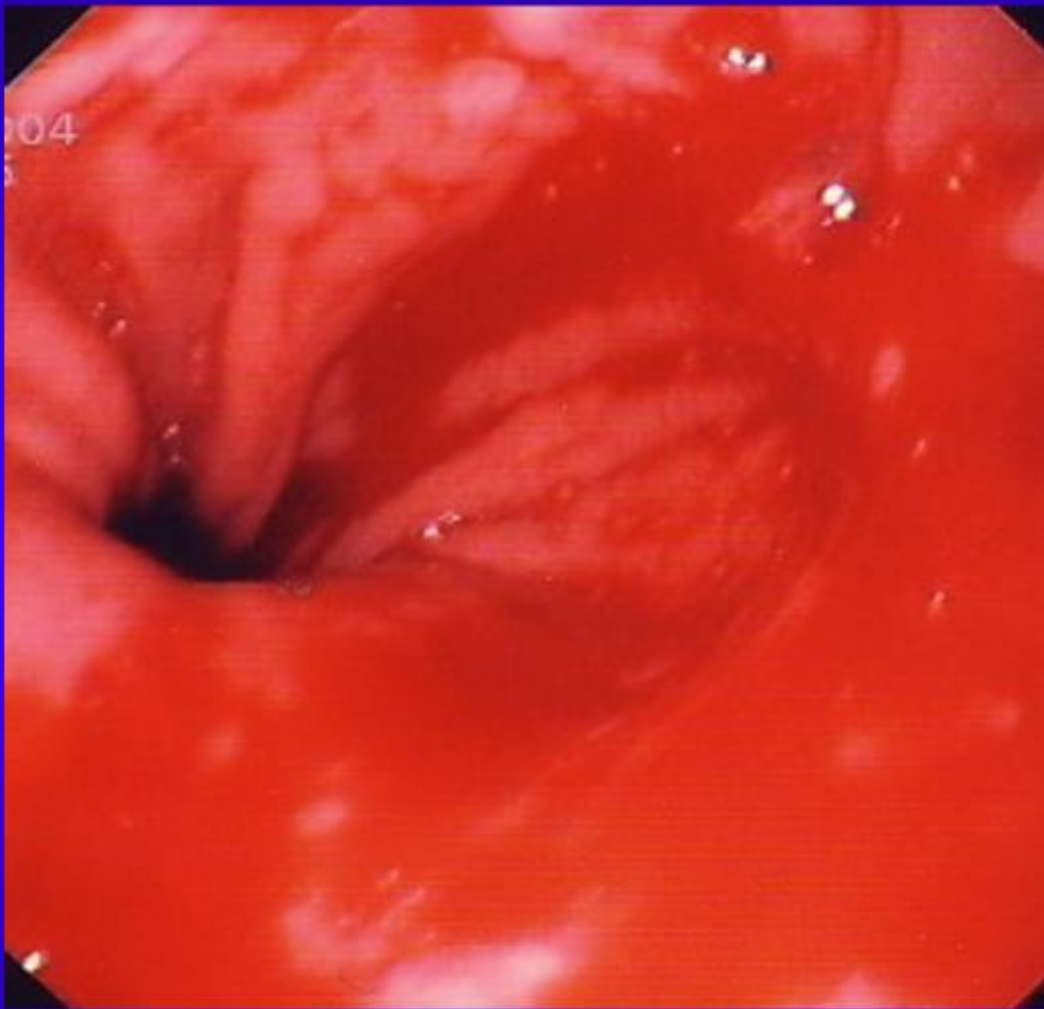
⇒ **Que faire ?**

- ⇒ **Les reconnaître**
- ⇒ **Les moyens d'investigations**
- ⇒ **Indications thérapeutiques**

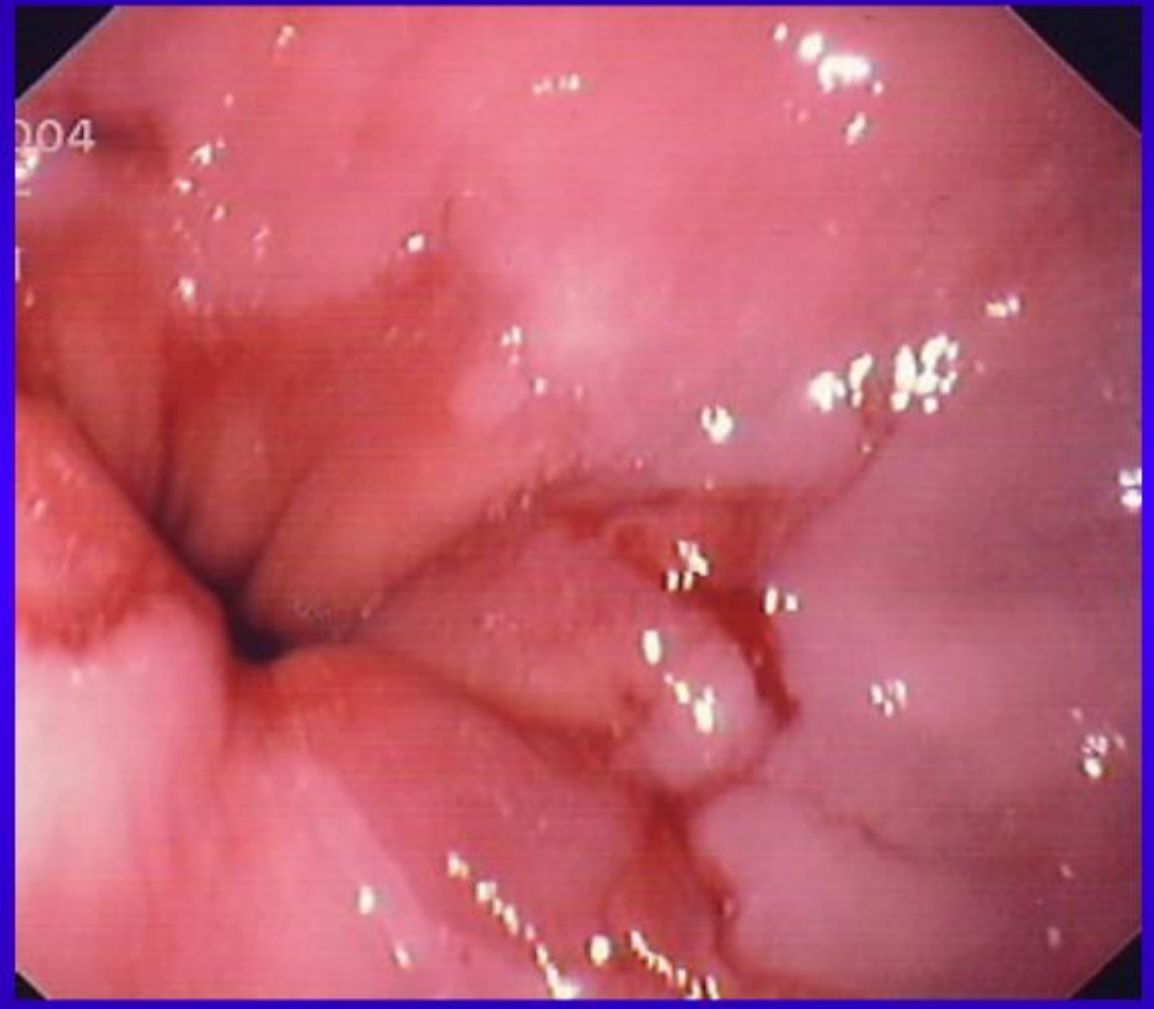
ASPECTS ENDOSCOPIQUES DE DIEULAFOY



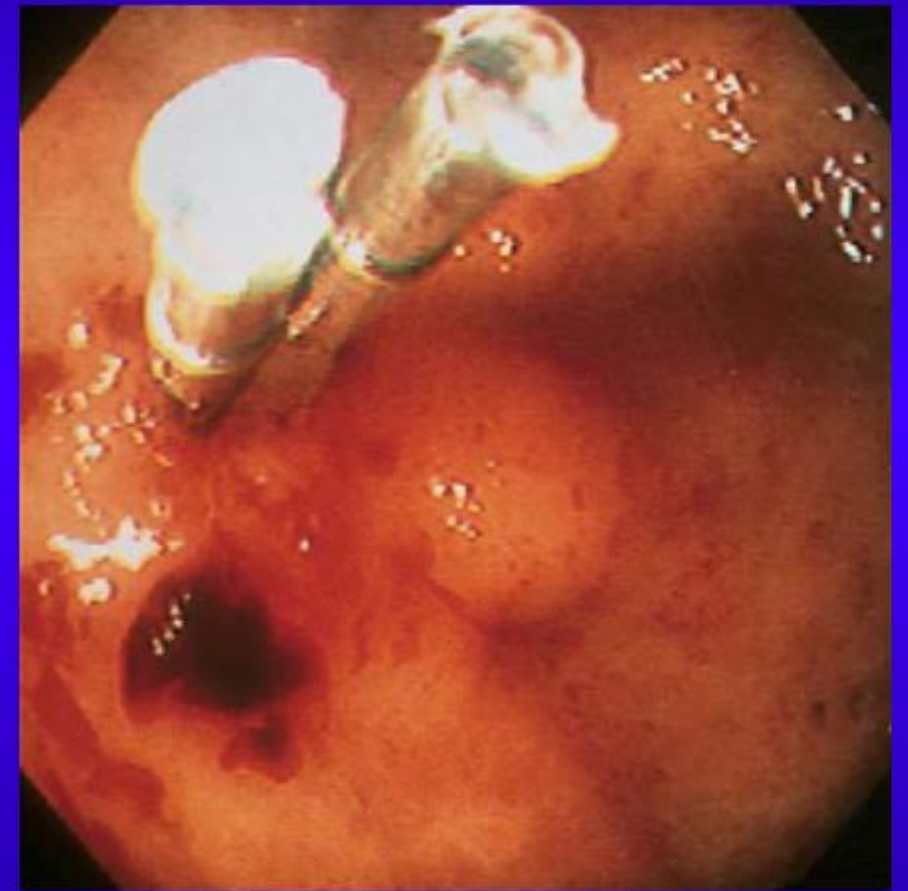
Avant adrénaline



Après adrénaline



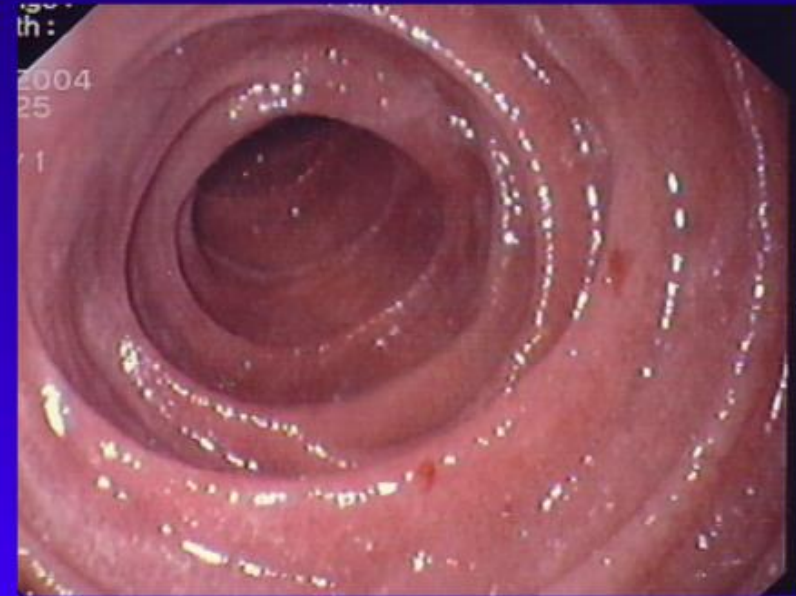
DIEULAFOY FUNDIQUE TRAITE PAR CLIPS



Les angiodysplasies

ASPECTS ENDOSCOPIQUES

tache rouge, ovale
petite taille
souvent plane
halo périphérique clair
groupées en bouquet



ECTASIES VASCULAIRES ANTRALES

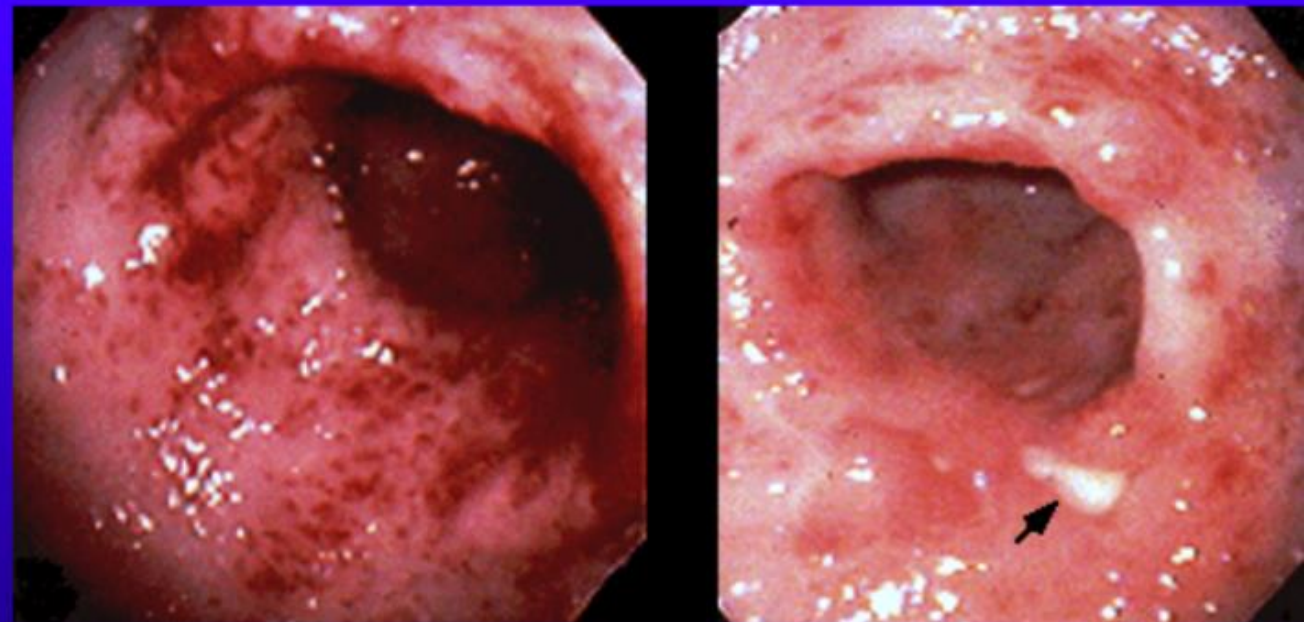
Type I : aspect stries radiaires

Plus fréquent en l'absence de cirrhose



Type II : aspect diffus

En cas de cirrhose



Dans les 2 cas, anémie >> hémorragies