

Gilles LESUR Michel GREFF

Traitement en urgence des hémorragies digestives hautes

- - Connaître les modalités de la prise en charge initiale
- - Connaître les indications et les résultats des traitements médicaux et endoscopiques

PRISE EN CHARGE INITIALE

- Endoscopie en urgence, si hémorragie active ou persistante
 - Après traitement vaso-actif, si HTP certaine ou probable :
 - ✓ Somatostatine (Modustatine ® , Somatostatine –ucb ®)
250 µg/h avec ou sans bolus
 - ✓ Octréotide (Sandostatine®) : 25 µg/h
 - Traitement endoscopique selon cause, aspect et... expérience
 - IPP doses élevées au décours si ulcère
-

ERYTHROMYCINE IV AVANT L'ENDOSCOPIE

	Amélioration qualité endoscopie	Réduction du recours à une 2° endoscopie	Raccourcissement de la durée de l'examen	Tolérance
Coffin (n=41)	oui	non	/	bonne
Frossard (n=105)	oui	oui	oui	bonne
Carbonnel (n=100)	oui	non	non	bonne

LES 10 TRUCS DE L'ENDOSCOPIE D'URGENCE

Laver, laver, relaver, relaver encore,

.... suivre le « rouge »

Examiner à chaque niveau

Se méfier des zones pièges et des associations de lésions

Ne pas oublier le 2° duodénum

Injections premières d'adrénaline

Mobiliser le malade

Biopsies

Un compte-rendu précis

....et bis repetita !!!

Cas clinique 1

- M Appla... 73 ans
- Cardiopathie ischémique sévère, BPCO, sténose carotidienne droite serrée 80%
- Traitement actuel : Kardégic, Plavix, Mopral 20 mg/j
- Méléna Hb 9 g/dl, créatinine = 150 $\mu\text{mol/l}$

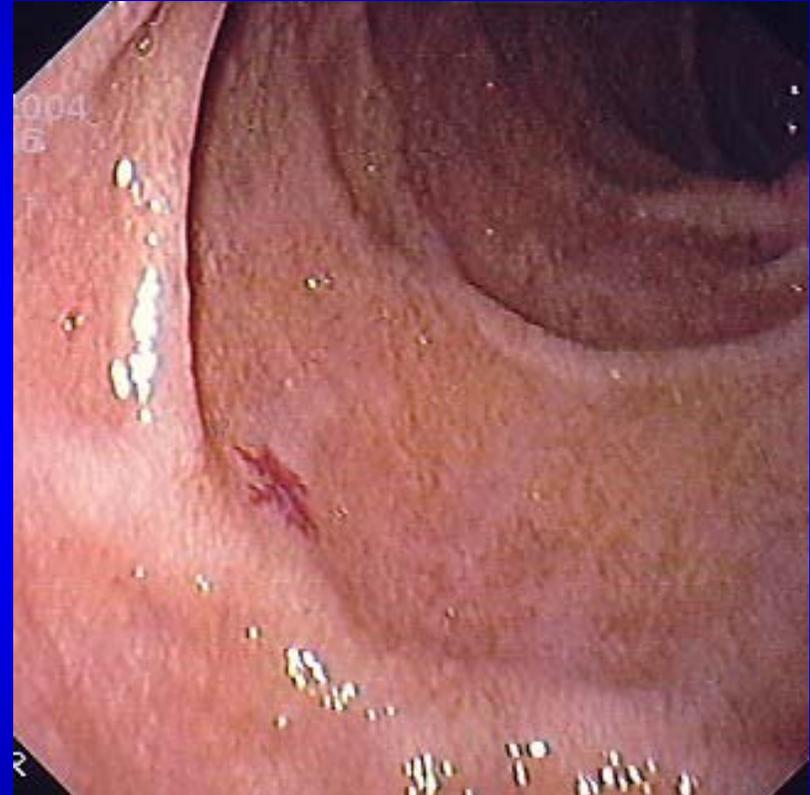
- FOGD = sang rouge dans le duodénum sans lésion visible



Que faites-vous ?

Cas clinique 1 suite

- Arrêt Plavix, IPP fortes doses IV
- TDM normal
- Arrêt de l'hémorragie
- Nouvelle fibroscopie J 2
- Angiodysplasie de D2



—————→ Que faites-vous ?

Cas clinique 1 fin

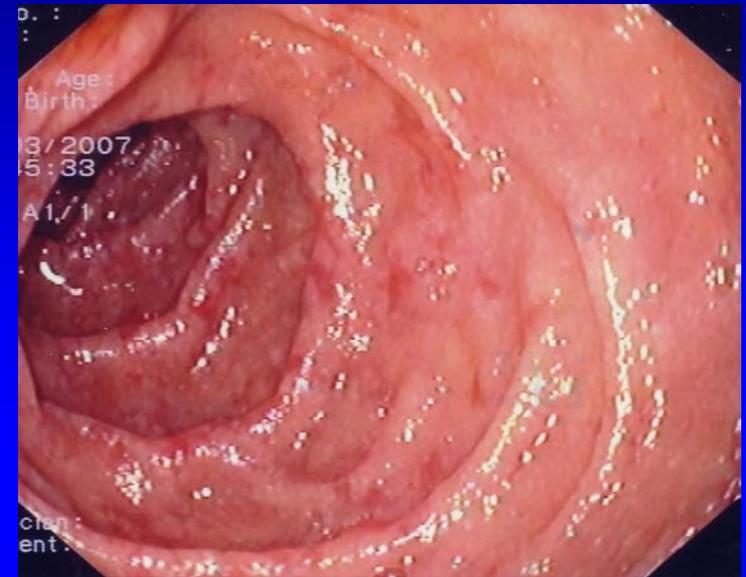
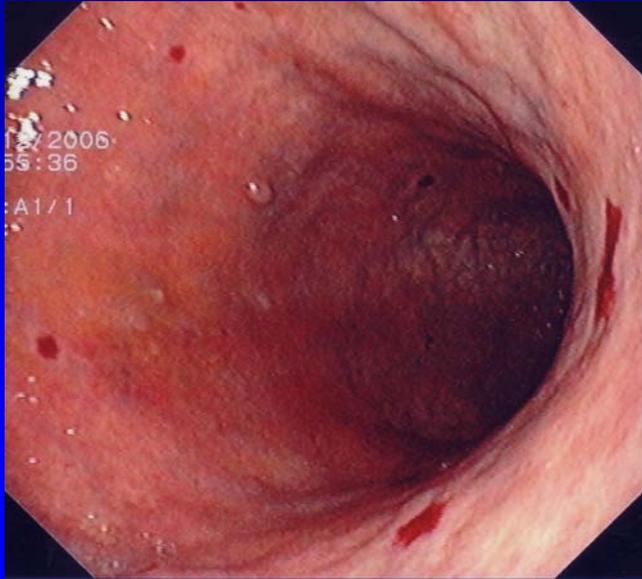
- Coloscopie normale
 - FOGD = coagulation D2 mais sang rouge dans le D 3
 - Entéroscopie à double ballon = coagulation de 7 lésions D3 + jéjunum proximal (échec progression à 70 cms)
 - Traitement de sortie = Kardégic, Inexium 20 mg/j
 - Pas de récurrence hémorragique
 - Endartériectomie carotide droite à distance
-

MALFORMATIONS VASCULAIRES ACQUISES

3 % des hémorragies hautes

- **angiodysplasies/ télangiectasies/ angiomes**
- **ectasies vasculaires antrales**

ASPECTS ENDOSCOPIQUES



MALFORMATIONS VASCULAIRES ACQUISES

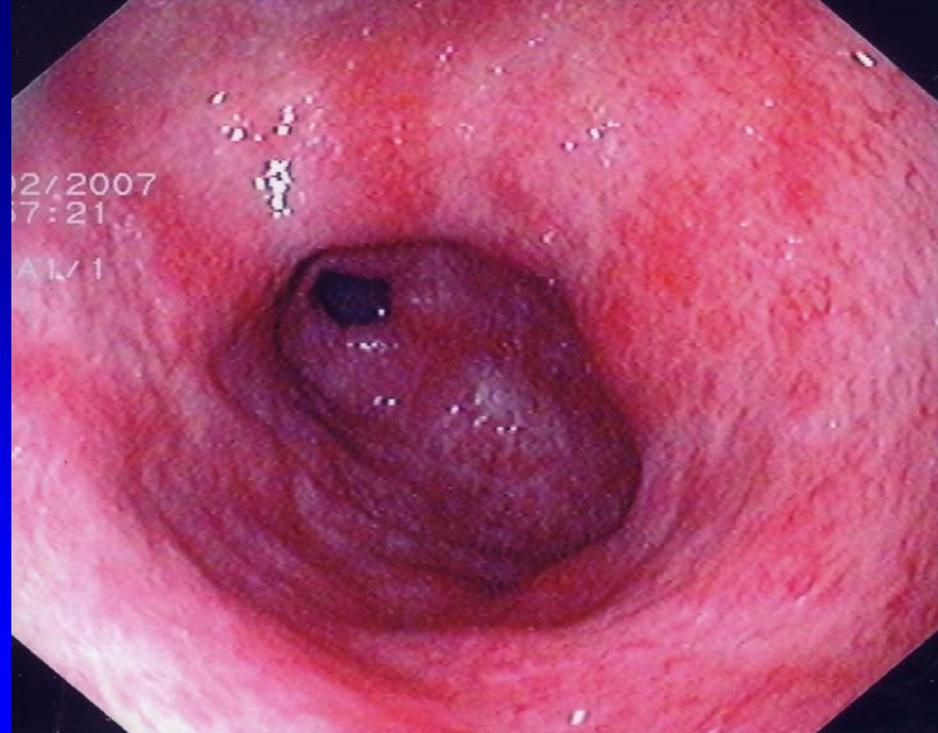
- Prévalence 1 à 2 % et 25 % en cas d'hémorragie digestive
 - Hémorragies non sévères, sauf terrain
 - Hémorragies rarement actives = 10% (suintement diffus)
 - Estomac > bulbe > duodénum
 - Atteinte autres segments du tube digestif = 50 % des cas
 - Associations : néphropathie, cirrhose, troubles de la coagulation...
-

ECTASIES VASCULAIRES

ANTRALES

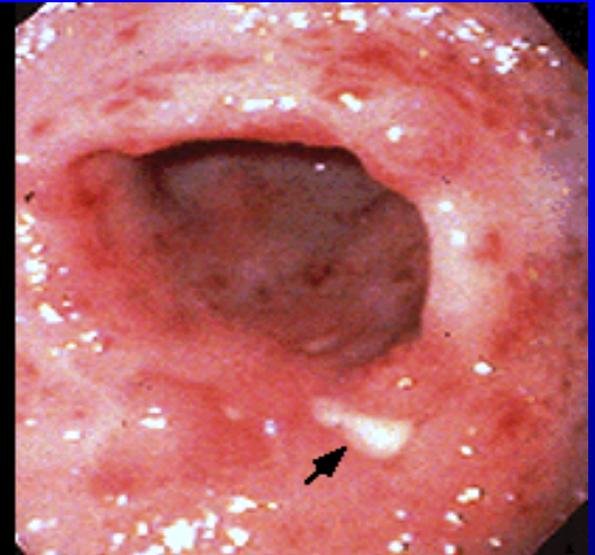
Type I aspect stries radiales

En l'absence de cirrhose



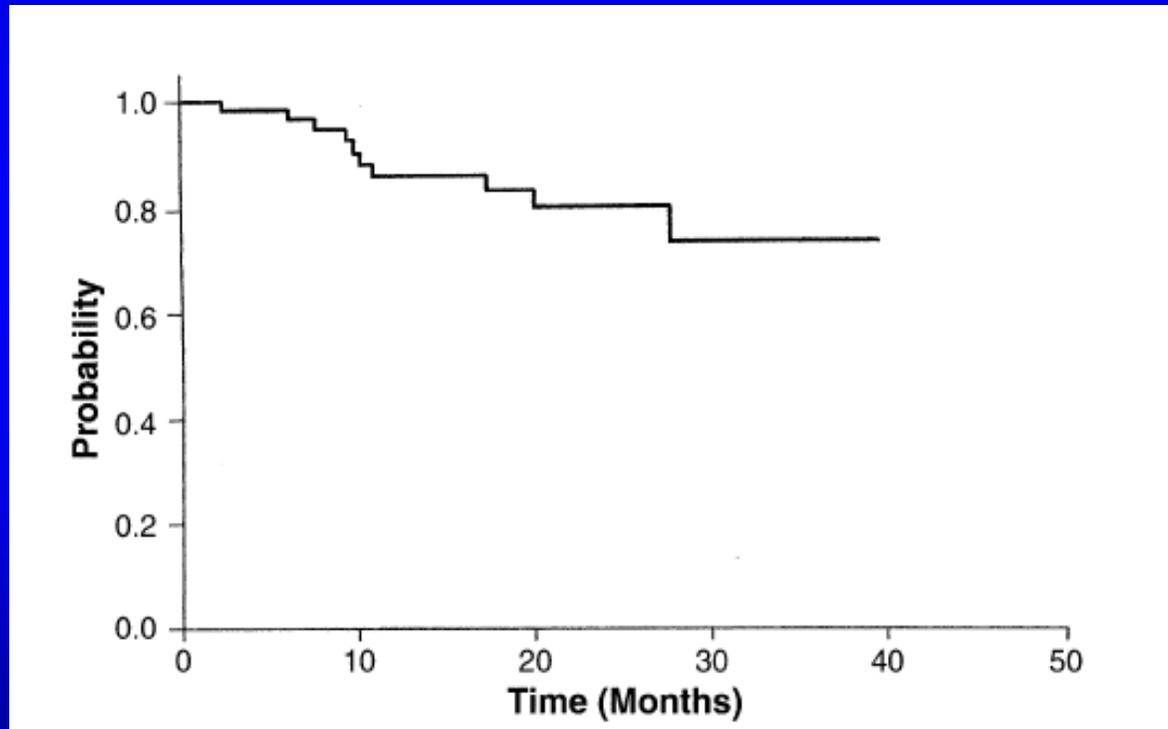
Type II : aspect diffus

En cas de cirrhose



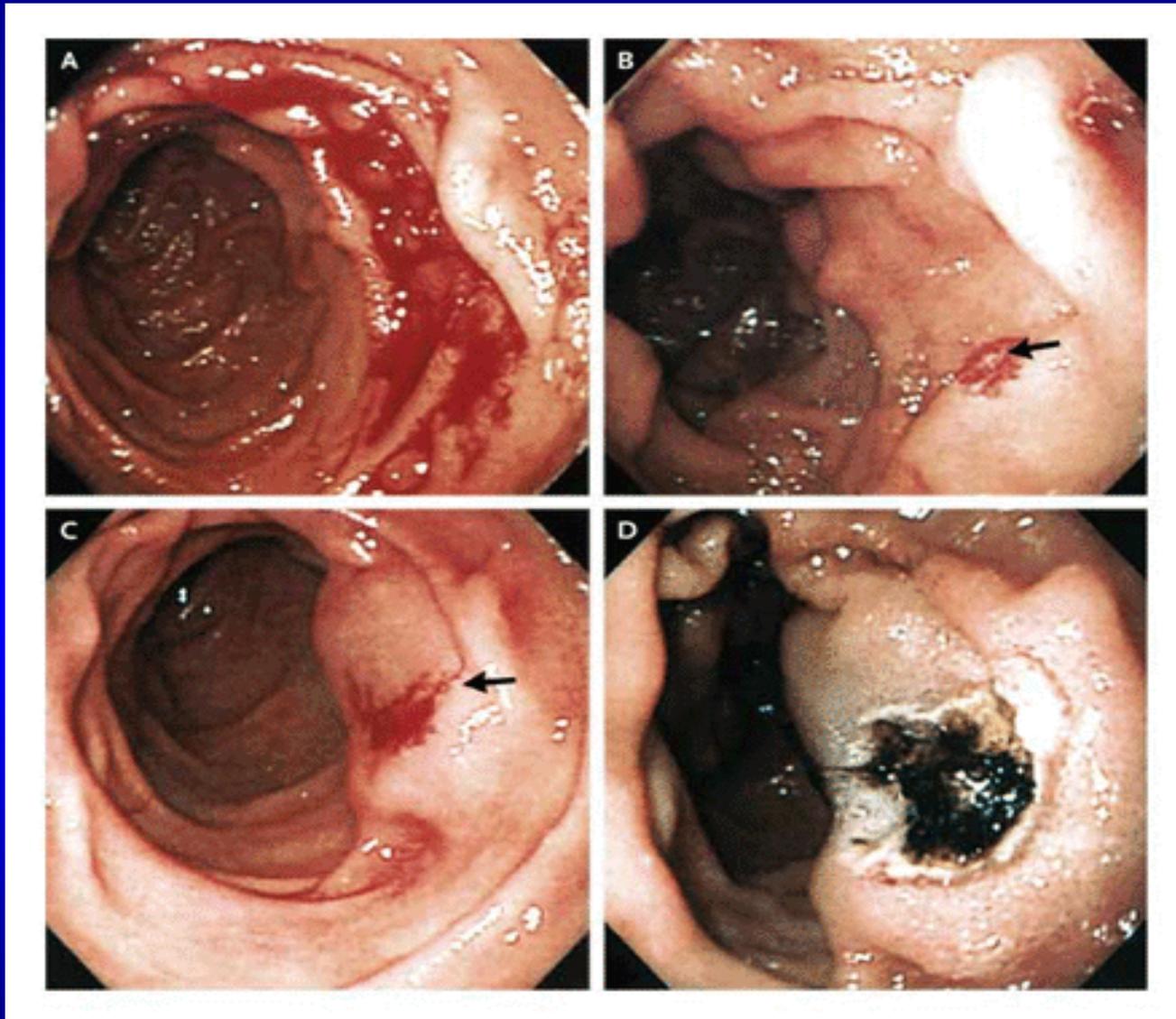
COAGULATION AU PLASMA ARGON ET MVA

Probabilité d'être indemne de récurrence hémorragique
(86 % à un an / 80 % à 2 ans)



Olmos. Gastrointest Endosc 2004

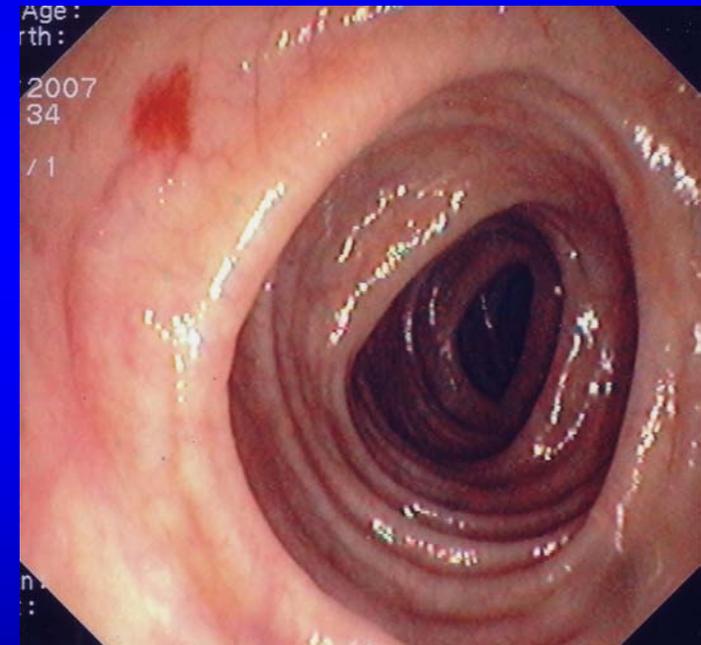
MVA AVANT/APRES COAGULATION ARGON



Fu. NEJM 2006

LE TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE EST EFFICACE

- **Indications : MVA hémorragique**
 - hémorragie active
 - MVA + sang ou anémie + pas d'autre cause
- **Début du traitement dès le diagnostic posé**
- **Pas de traitement des MVA asymptomatiques**
- **Complications du traitement = 2 - 5 %**
- **Résultats MVA > EVA > Rendu-Osler**



ENDOSCOPIE HAUTE EN URGENCE

Causes fréquentes (80 %)

ulcère (30%)

HTP (20%)

érosions diverses (20%)

œsophagite (10%)

Causes rares (10%)

Mallory- Weiss

Dieulafoy

anomalies vasculaires

fistules vasculo - digestives

causes biliaires et pancréatiques

...

Endoscopie sans diagnostic (10%)

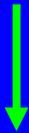
SECONDE ENDOSCOPIE

IL FAUT REFAIRE L'ENDOSCOPIE

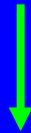
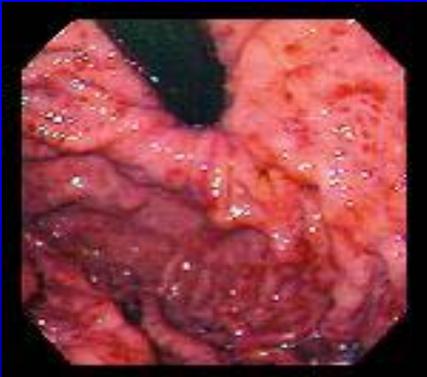
61 MALADES



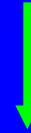
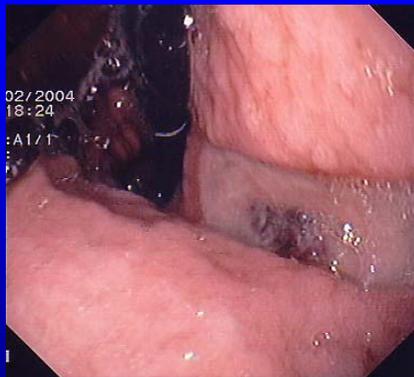
nouvelle endoscopie contributive une fois sur 2



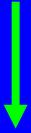
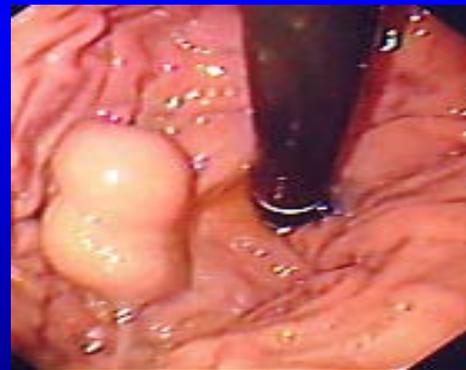
gastropathie HTP 8



ulcère gastrique 2



varices gastriques 2

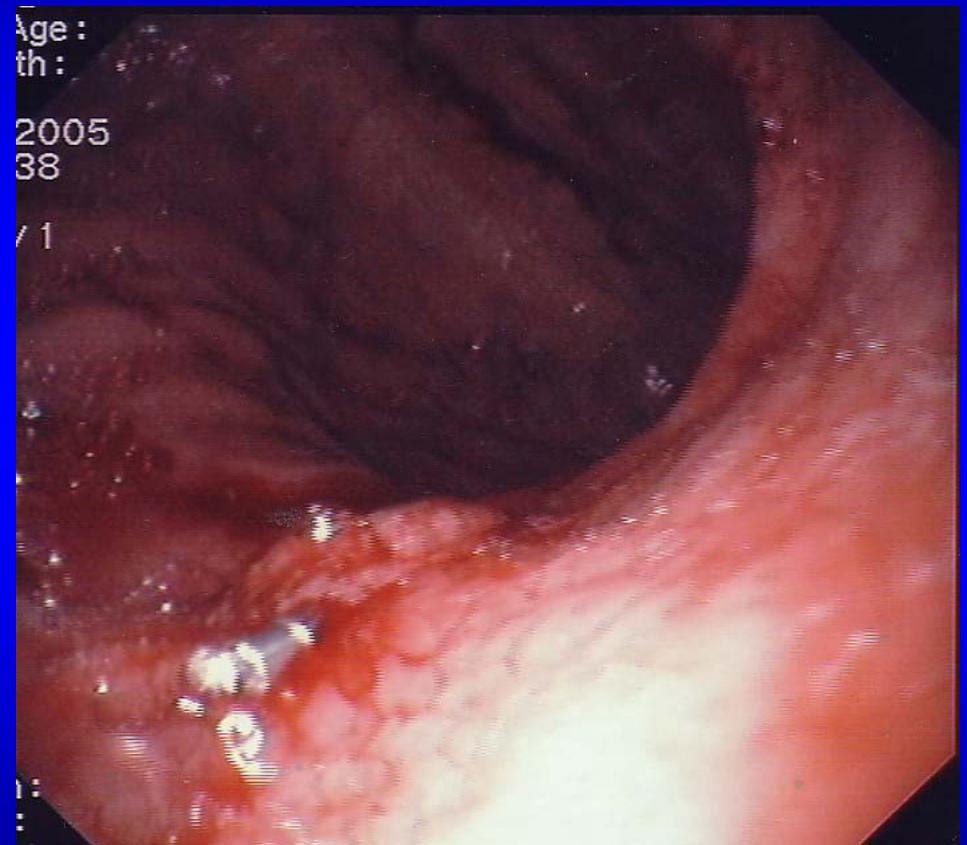


tumeur stromale



Stollan.GIE 1997

DIEULAFOY = CLIPS



Risque élevé de récurrence hémorragique

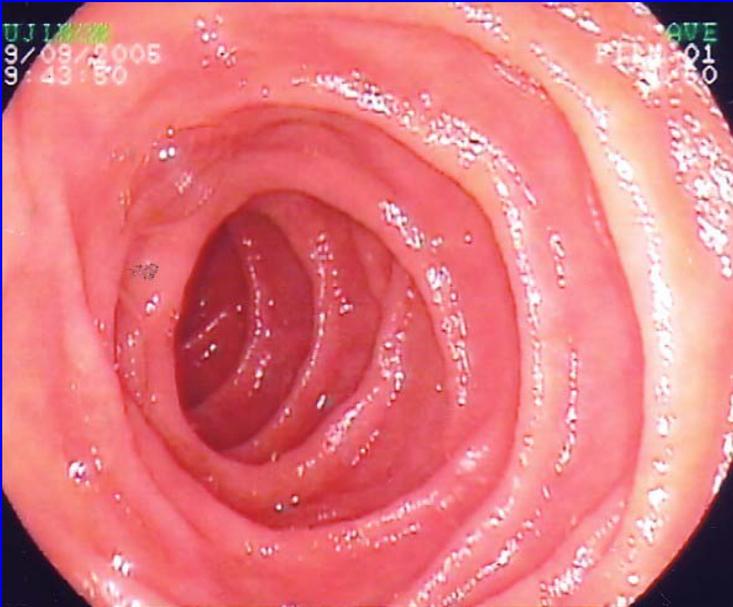
Cas clinique 2

- M de B. homme de 66 ans
- ATCD pontage aorto-bi-iliaque pour anévrisme aorte sous rénale 2 ans auparavant
- Hématémèse sang noir et état hémodynamique stable
- Dimanche matin !! pas de récurrence, Hb 12 g

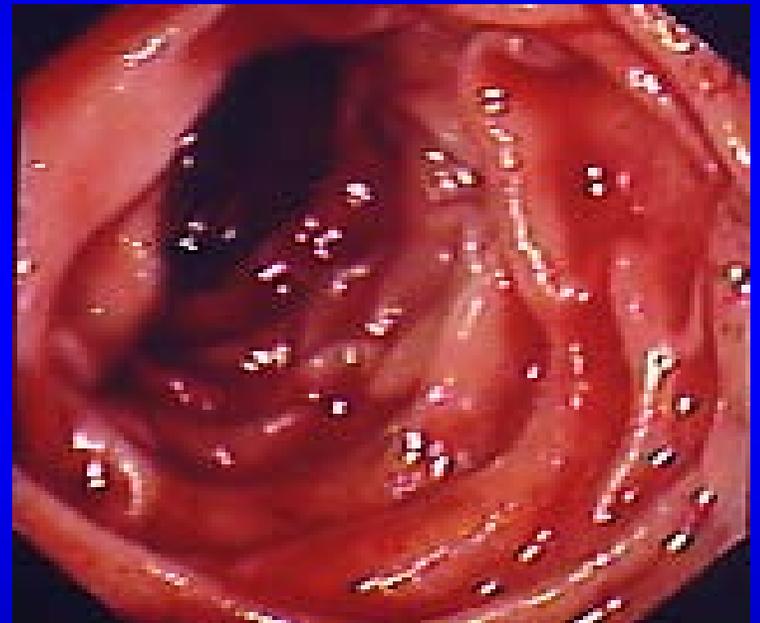
—————→ Que faites-vous ?

Cas clinique 2 suite

1



2



Que faites-vous ?

TOMODENSITOMETRIE ABDOMINALE



Cas clinique 2 fin

Fistule entre D3 et la prothèse

Ablation de la prothèse

Suture brèche duodénale

Pontage aorto bi-iliaque externe



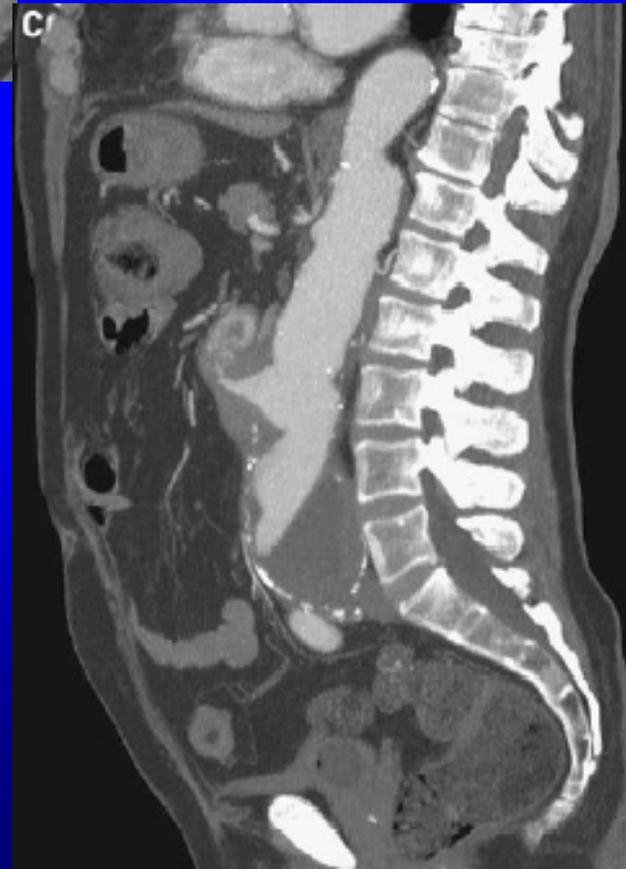
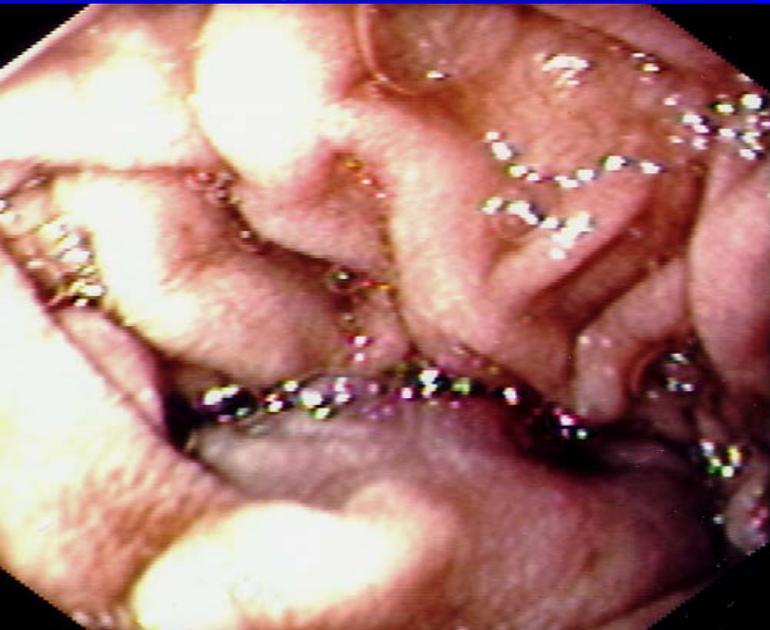
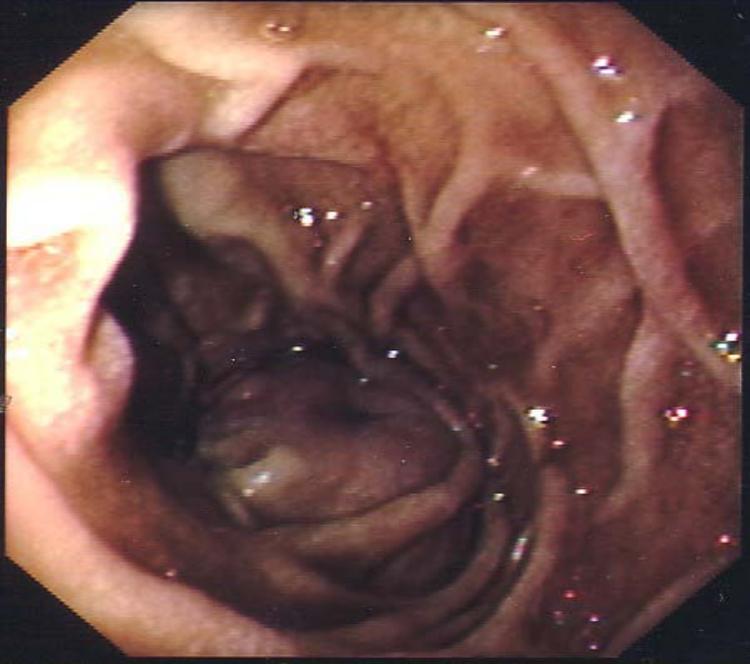
Sortie à J 10

Va bien à 4 ans

FISTULES AORTO-DUODENALES

- < 1% des hémorragies hautes
 - 80 % aorto-duodénales après chirurgie aortique (incidence 1 %) + 80% duodénum distal
 - Délai de survenue très variable mais souvent de plusieurs années
 - 80 % révélées par une hémorragie digestive massive
 - Diagnostic = **endoscopie et/ou TDM**
 - Pronostic = précocité du diagnostic
-

FISTULES AORTO-DUODENALES

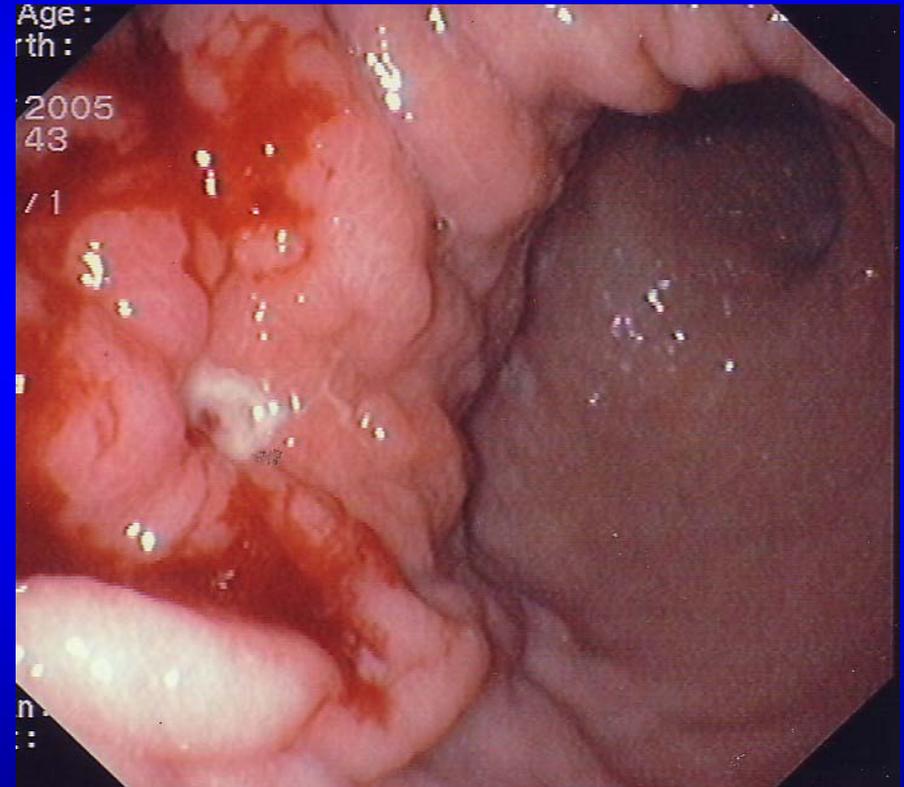


Cas clinique 3

- Mme C ... 76 ans
- Hématémèse et méléna
- FOGD

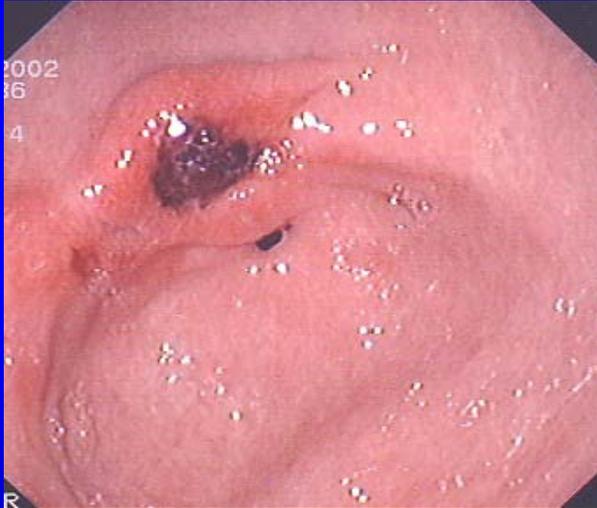


Quel est votre diagnostic ?
Que faites-vous ?

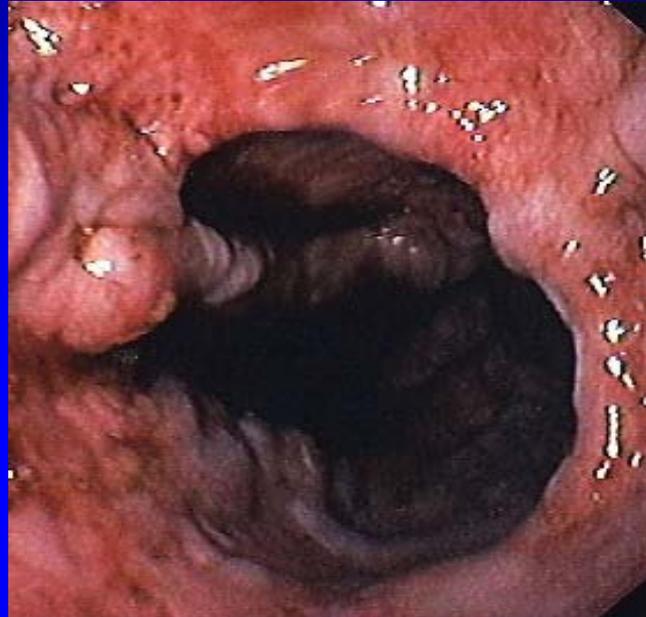
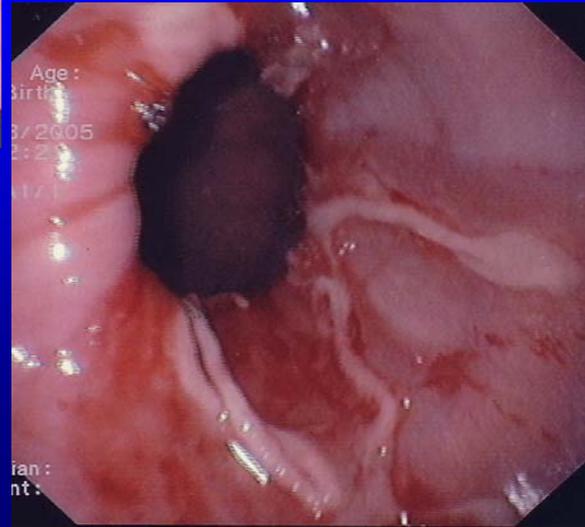


LES CAUSES FREQUENTES

Maladie ulcéreuse 30 %

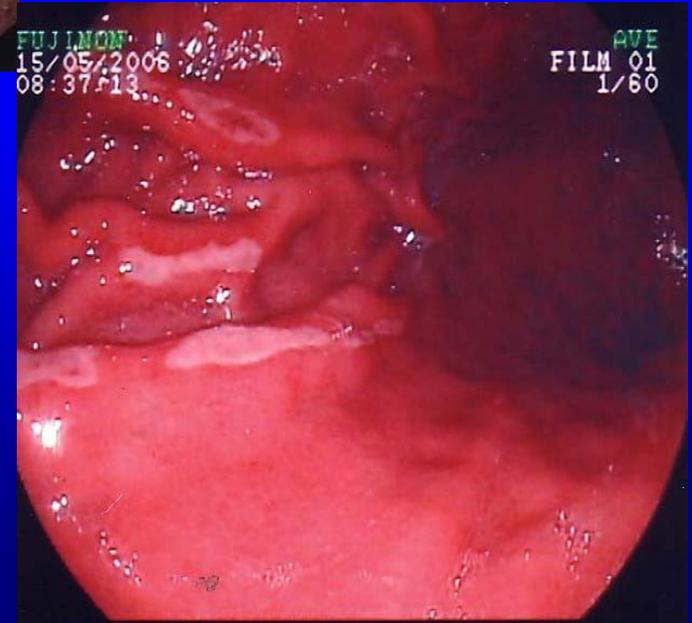


Oesophagite 10%



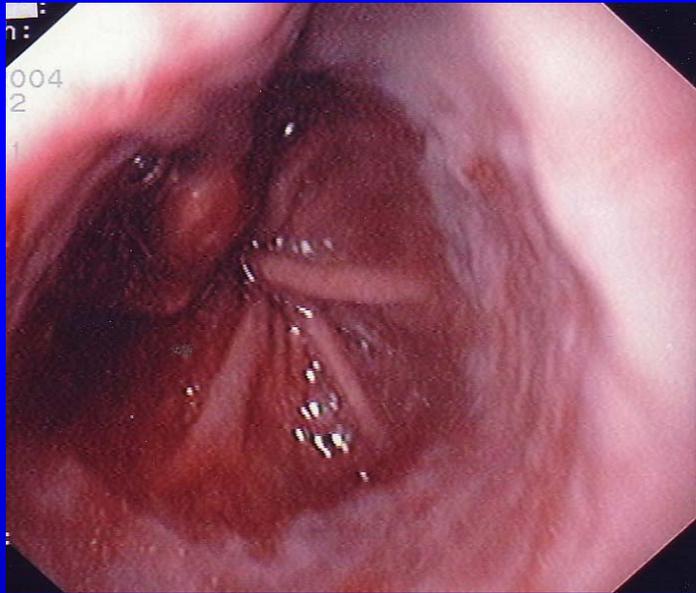
Hypertension portale 30 %

Érosions/ulcérations 20%



LES CAUSES RARES

Mallory-Weiss 5%



Angiodysplasies 3 %



Dieulafoy 2%

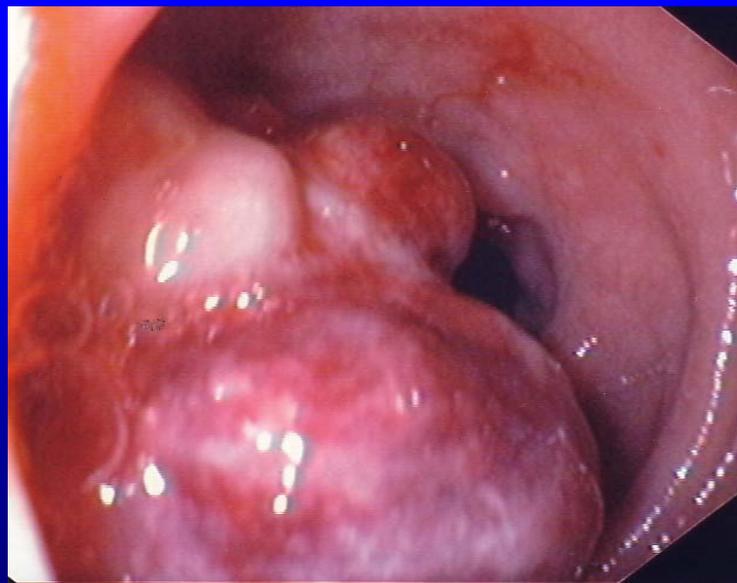
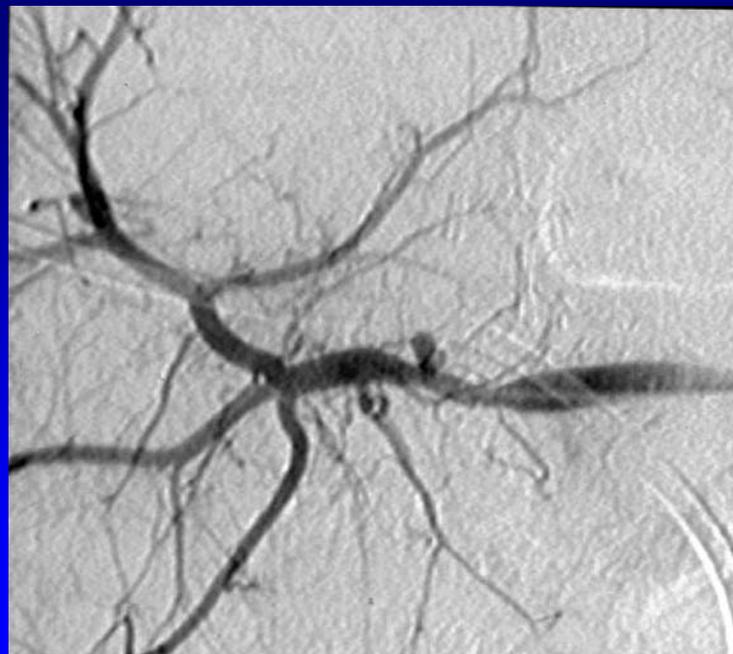


LES CAUSES TRES RARES

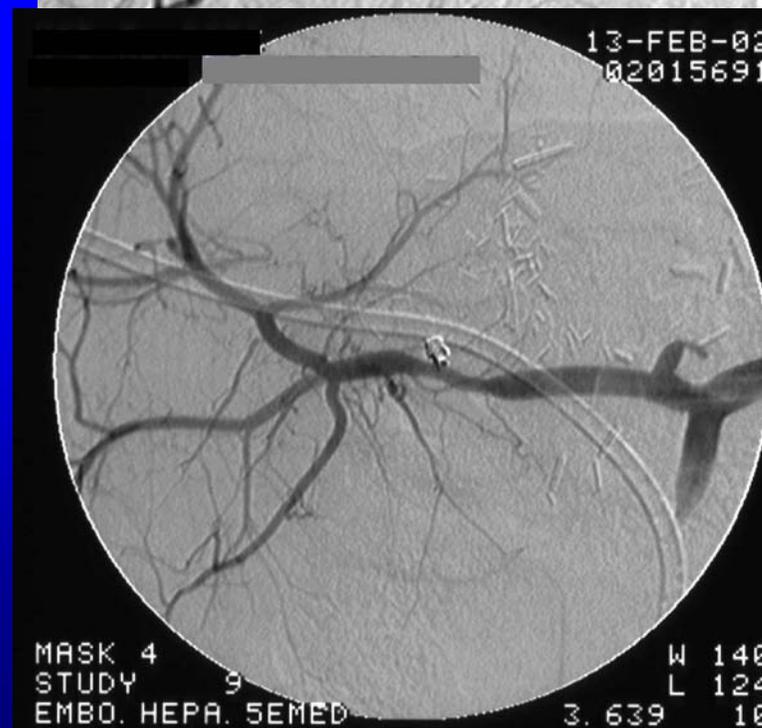
GIST



Hémobilie



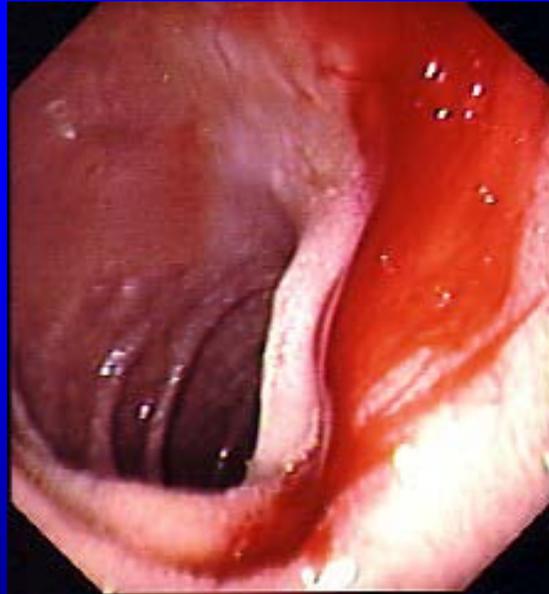
CHC



LE PRONOSTIC S'AMELIORE

- 2 éléments : **récidive hémorragique et terrain +++**
 - Réduction de mortalité :
 - ulcère de 15 à 5 %
 - HTP de 30 à 15 %
 - Amélioration par :
 - meilleure prévention
 - HTP = drogues vaso-actives + antibiotiques
 - progrès traitement endoscopique
 - IPP à la phase aiguë
-

HEMORRAGIE DIGESTIVE ULCEREUSE

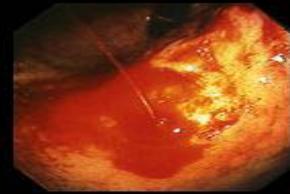


Stades aspect endoscopique

prévalence

*récidive
hémorragique*

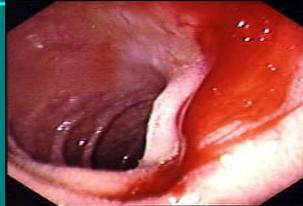
I a en jet



10

90

I b suintement diffus



10

30

II a vaisseau visible



20

50

II b caillot adhérent



20

25

II c taches pigmentées



10

7

III ulcère propre



30

3

LES METHODES HEMOSTATIQUES DE REFERENCE

	commodité	efficacité	morbidité
Injections d'adrénaline	+++	++	/
Thermiques	++	+++	+
Clips	++	++	/

QUELS CLIPS ?

	Quick Clip (Olympus)	Tri Clip (Cook)	Resolution Clip (Microvasive)
Usage unique	+	+	+
Ouverture (mm)	8	8	12
Branches	2	3	2
Réouverture	non	non	oui
Canal op	2,8	2,8	3,2
Rotation	oui	oui	oui
Durée (sem)	2	< 1	4

EN PRATIQUE, LAQUELLE CHOISIR ?

	<u>Injections</u>	<u>Clips</u>	<u>Méthode thermique</u>
Hémorragie en jet	en premier	ulcère de petite taille et accessible	gros ulcère chronique
Suintement diffus	+++	±	pas nécessaire
Vaisseau visible non hémorragique	oui, d'abord en périphérie	oui	éventuellement

TRAITEMENT MEDICAL

- ~~Anti-H₂~~
- IPP étudiés : oméprazole + pantoprazole (hors AMM)
- Doses, voies, durée, relais ?????
- Indications = d'autant + que Forrest élevé et/ou terrain mauvais
- Traitement IV → J3
- 80 mg x 2 IV puis relais per os 40 mg/j ??
- Caillot adhérent ?

IPP AVANT L'ENDOSCOPIE ?

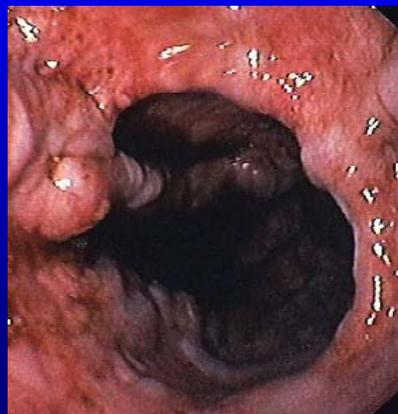
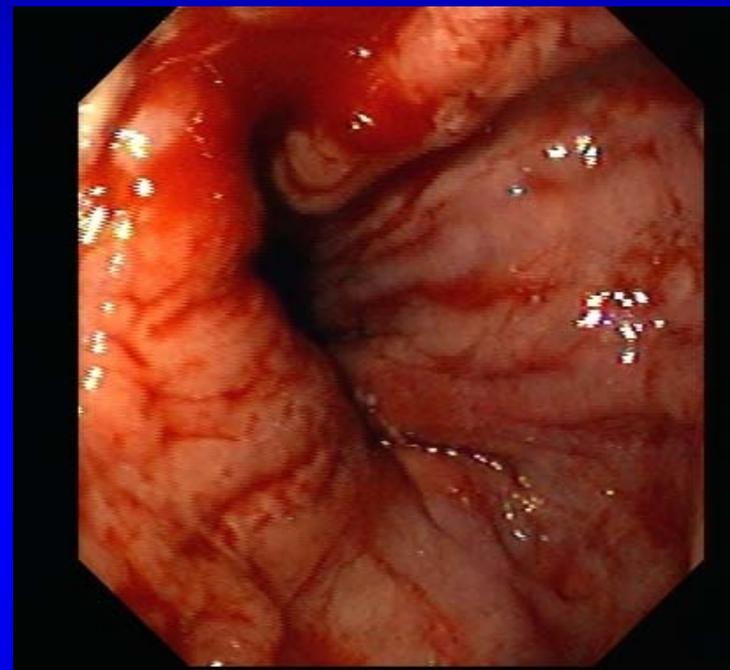
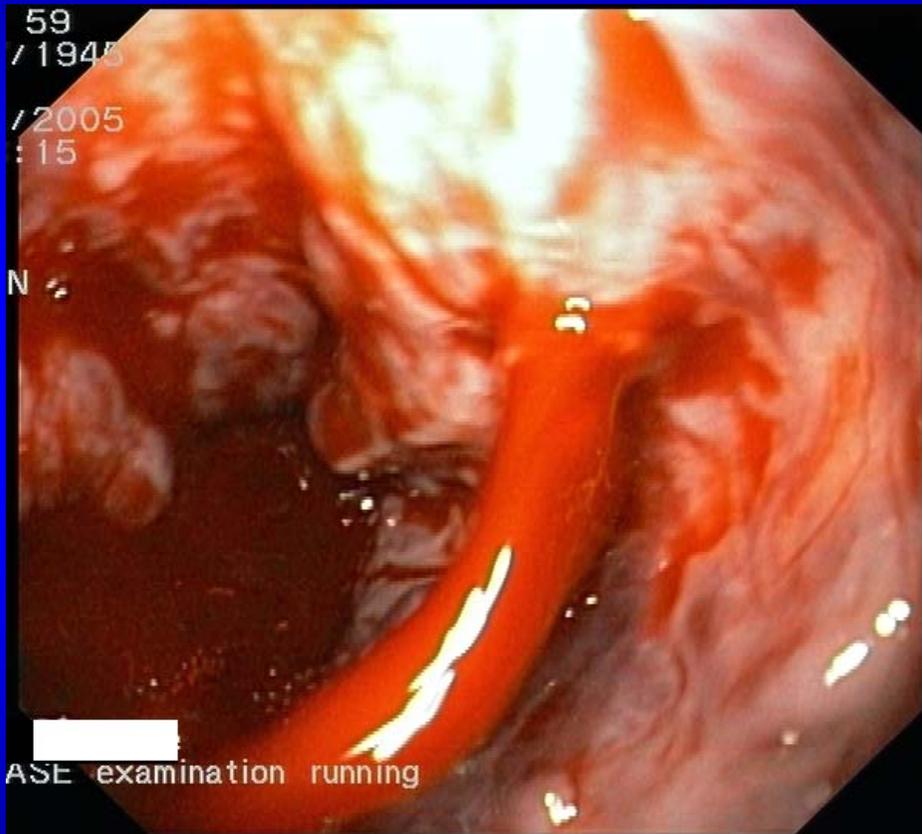
	Pas d'IPP	IPP avant	P
Récidive hémorragique	18 %	8%	0,04
Chirurgie	5 %	1 %	0,04
Mortalité	8 %	2%	0,04

Keyvani. Aliment Pharmacol Ther 2006 ; 21 : 1247

RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE

- **Échecs primaires < 5 %**
 - **Récidive si IPP = 10 %**
 - **Hémorragie initiale massive, siège, taille, en jet**
 - **Récidive = 2° traitement endoscopique**
 - **Complications < 1 %**
 - **Retraitement systématique = IPP à fortes doses**
-

HEMORRAGIES DIGESTIVES ET CIRRHOSE



L'ENDOSCOPIE D'URGENCE CHEZ LE CIRRHOTIQUE

- Après administration de drogues vaso-actifs qui dans 70 % des cas stoppent l'hémorragie rendant l'endoscopie plus aisée
 - En cas de rupture de VO, la ligature élastique au moyen de multi-ligateurs s'impose même si l'hémorragie est interrompue
 - Ambiance « cirrhose » : antibiothérapie, ascite, fonctions rénale et respiratoire ...
 - Hémostase définitive = 80 %
-

EN CAS D'ECHEC D'UN PREMIER TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

- **Persistance ou récurrence précoce = 20 %**
 - **Nouveau traitement endoscopique contrôle 10 % d'hémorragies supplémentaires**
 - **Changement du traitement médical d'effet modeste**
 - **Si échec avéré de 2 traitements endoscopiques = hémorragie réfractaire**
 - **Si hépatopathie grave + défaillance viscérale ≥ 2 , risque décès = 95 %**
 - **Dans les autres cas, TIPS après écho-Doppler (thrombose porte)**
-



FMC
HIGE