

JFHOD

2019
obésité



PALAIS DES
CONGRÈS DE PARIS

21/24 MARS



Prise en charge de la rupture de varices oesophagiennes

Docteur Marika Rudler
Samedi 23 mars 2019

Objectifs pédagogiques

- Connaître la prise en charge de la rupture de varices oesophagiennes
- Connaître les préventions primaire et secondaire
- Connaître la place du TIPS en cas de rupture de varices

JFHOD

2019

obésité



PALAIS DES
CONGRÈS DE PARIS

21/24 MARS



Liens d'intérêt

- Gore: oratrice

Recommandations

Mesures Non Spécifiques

Traitement Vasoactif

Antibioprophylaxie

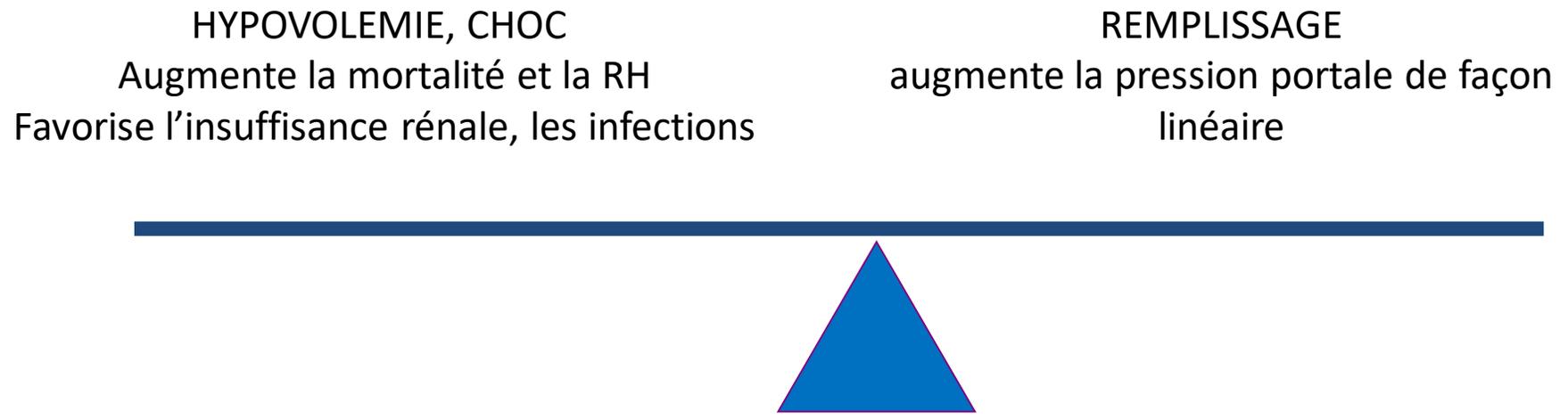
Endoscopie

Baveno VI 2015

AASLD 2016

EASL 2018

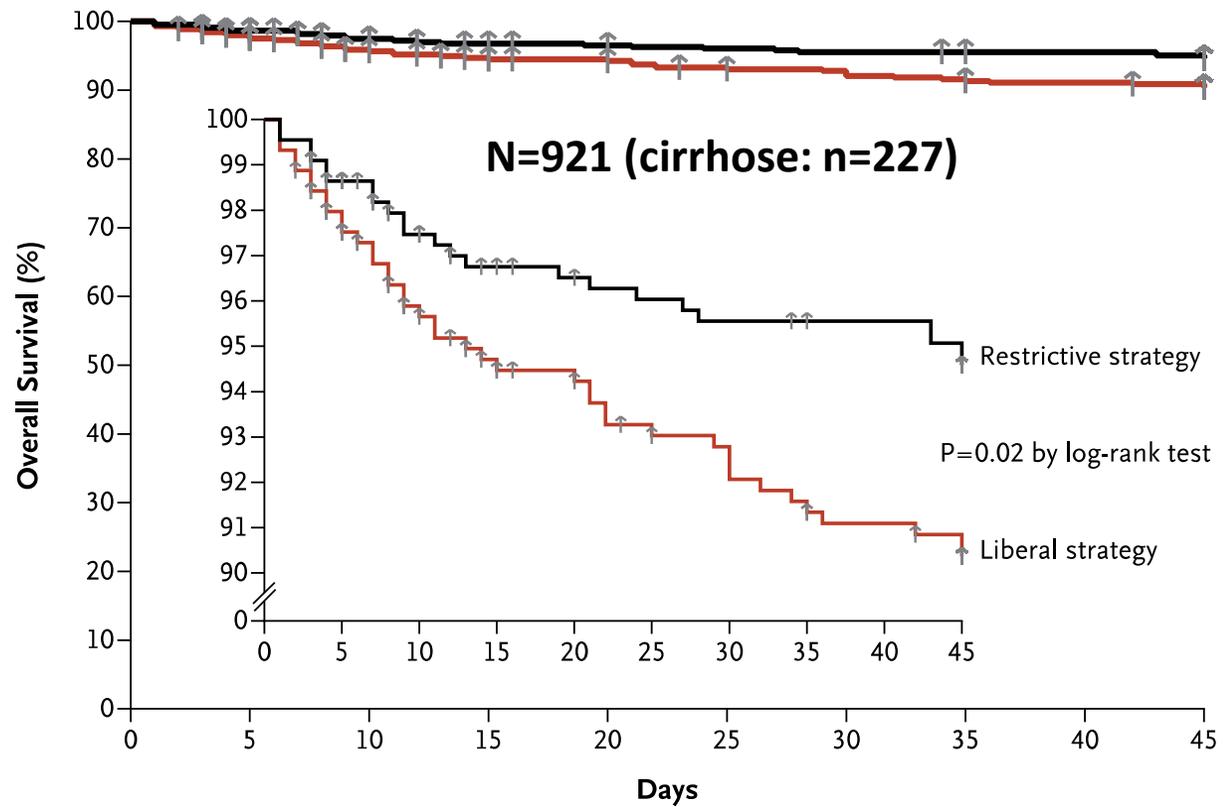
Remplissage: objectif PAM=65 mmHg



Objectifs: maintenir une PAM autour de 65 mmHg par analogie au choc septique



Transfusion: stratégie restrictive, objectif hémoglobine 7-8 g/dL



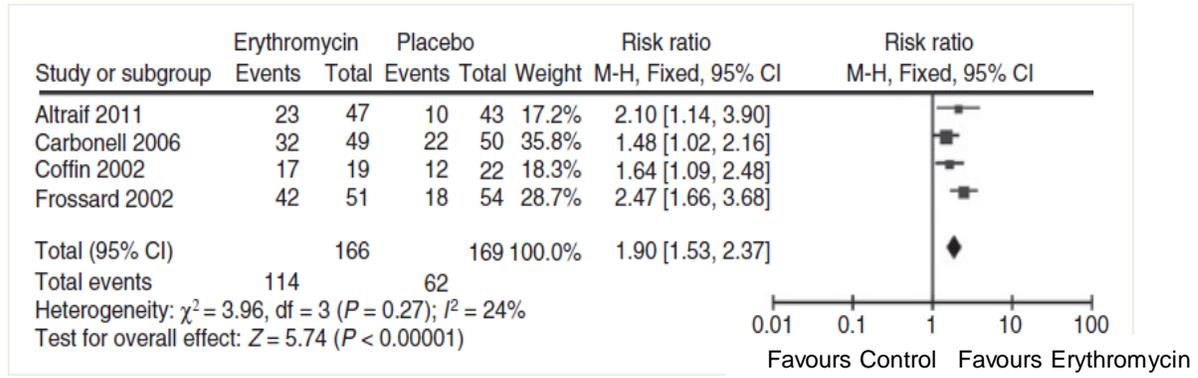
No. at Risk	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45
Restrictive strategy	444	429	412	404	401	399	397	395	394	392
Liberal strategy	445	428	407	397	393	386	383	378	375	372

Transfusion plaquettes? Plasma Frais congelé?

- Pas d'étude à ce jour au cours de la cirrhose
- Pas de PFC
- Plaquettes si $<30.000/mm^3$ et saignement incontrôlable

Préparation de l'estomac à l'endoscopie: érythromycine en l'absence de contre-indication (QT long)

Empty stomach

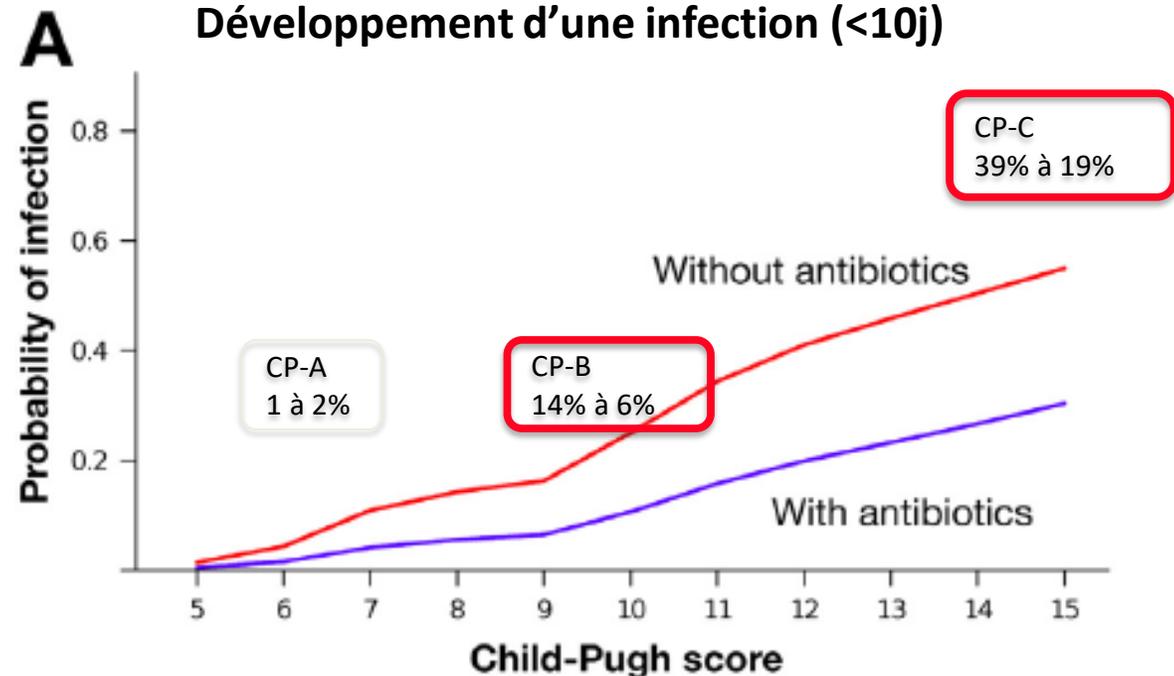


➤ 146 ruptures de varices

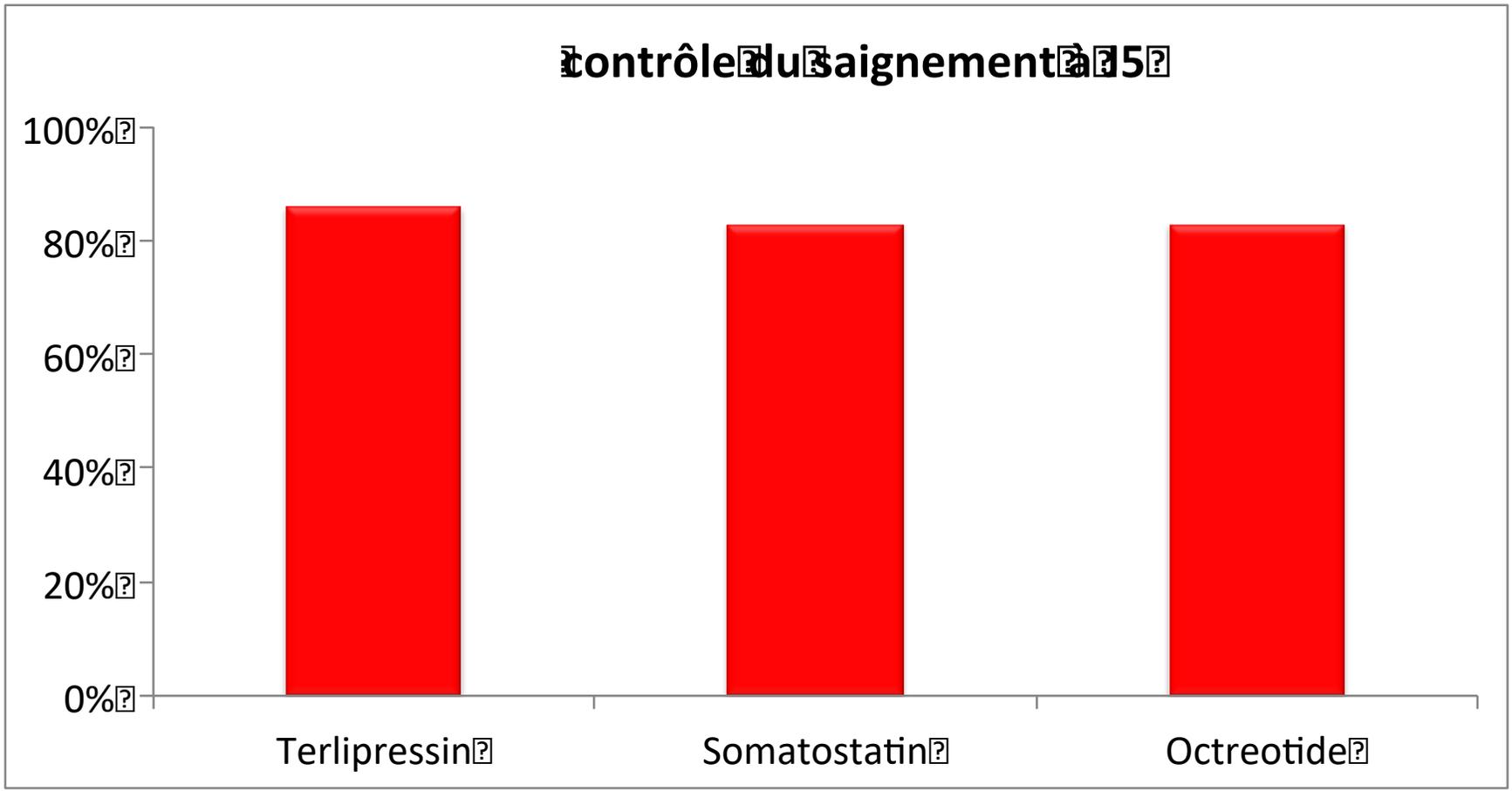
	RR or mean difference (CI)	Z	P value	Heterogeneity		
				χ^2	P	I^2
Second endoscopy	0.56 (0.36, 0.88)	2.50	0.01	4.46	0.22	33%
Blood transfusion	-0.51 (-0.95, -0.07)	2.27	0.02	0.28	0.96	0%
Hospital stay	-0.98 (-1.54, -0.41)	3.39	0.0007	3.24	0.36	7%
Procedure time	-1.73 (-4.46, 1.00)	1.24	0.21	10.44	0.02	71%
Death	0.51 (0.17, 1.52)	1.21	0.23	0.36	0.55	0%

Modalités de l'antibiothérapie: FQ ou C3G chez tous les patients

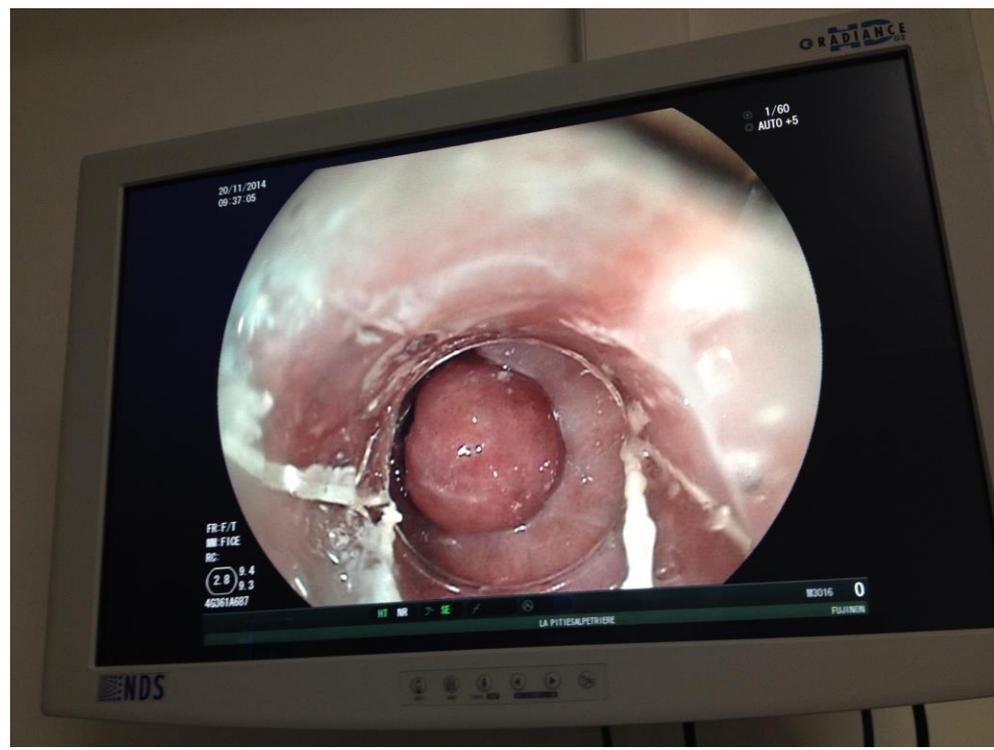
- 70% hommes, âge 56 ans, MELD 16, CP 9 (12% CP-A, 50% CP-B, 38% CP-C)
- 54% ont reçu des antibiotiques p, 46% sans antibiotiques, score de propension
- Antibiothérapie associée à:
 - Moins d'infections: aOR: 0.37 (0.91 to 0.74)
 - Mortalité plus faible: aOR 0.63 (0.31 to 1.29)



Traitement vasoactif: dès que le diagnostic d'hémorragie sur HTP est suspecté



Traitement endoscopique: ligature endoscopique dans les 12h ou le plus tôt possible

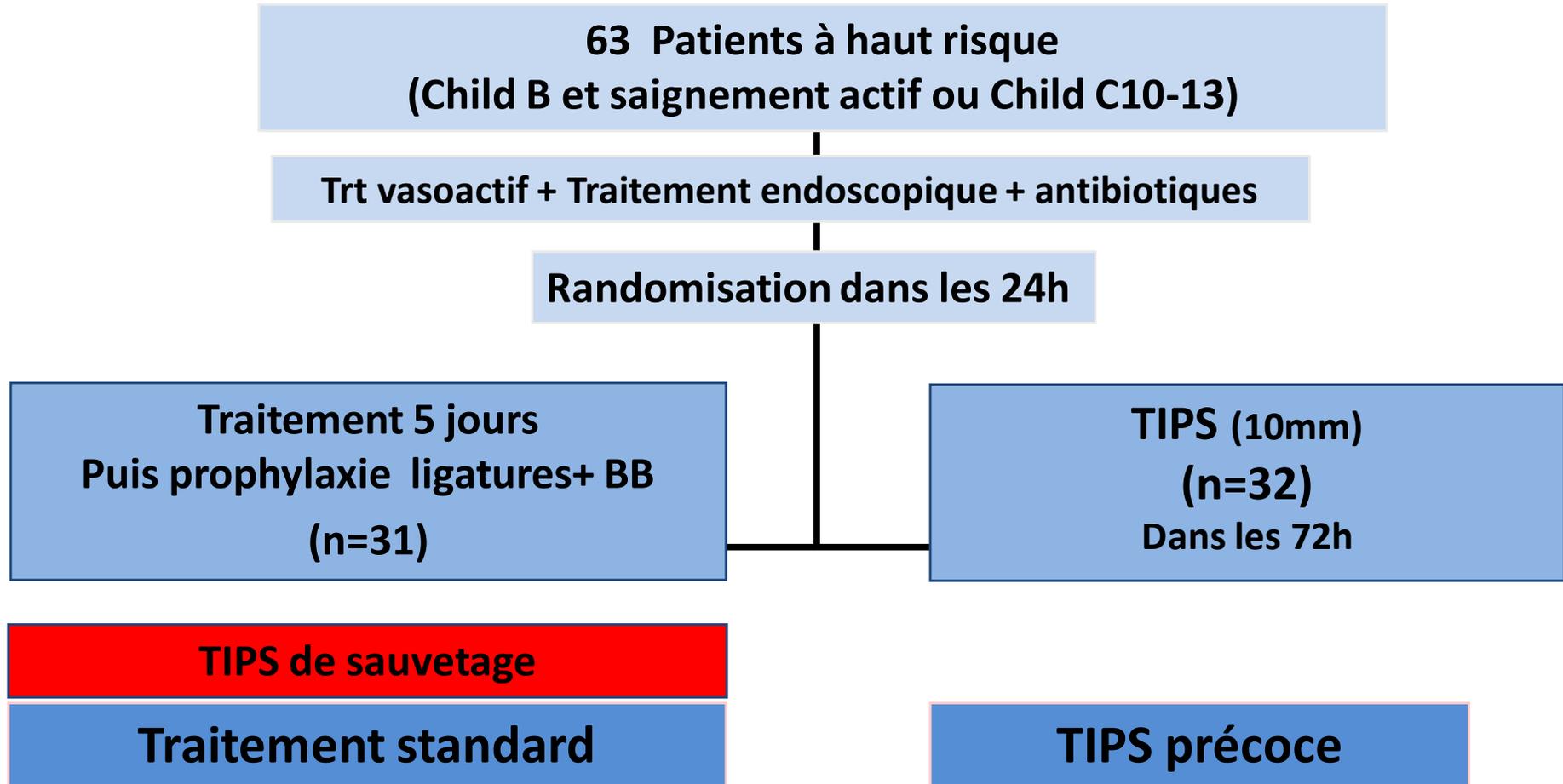


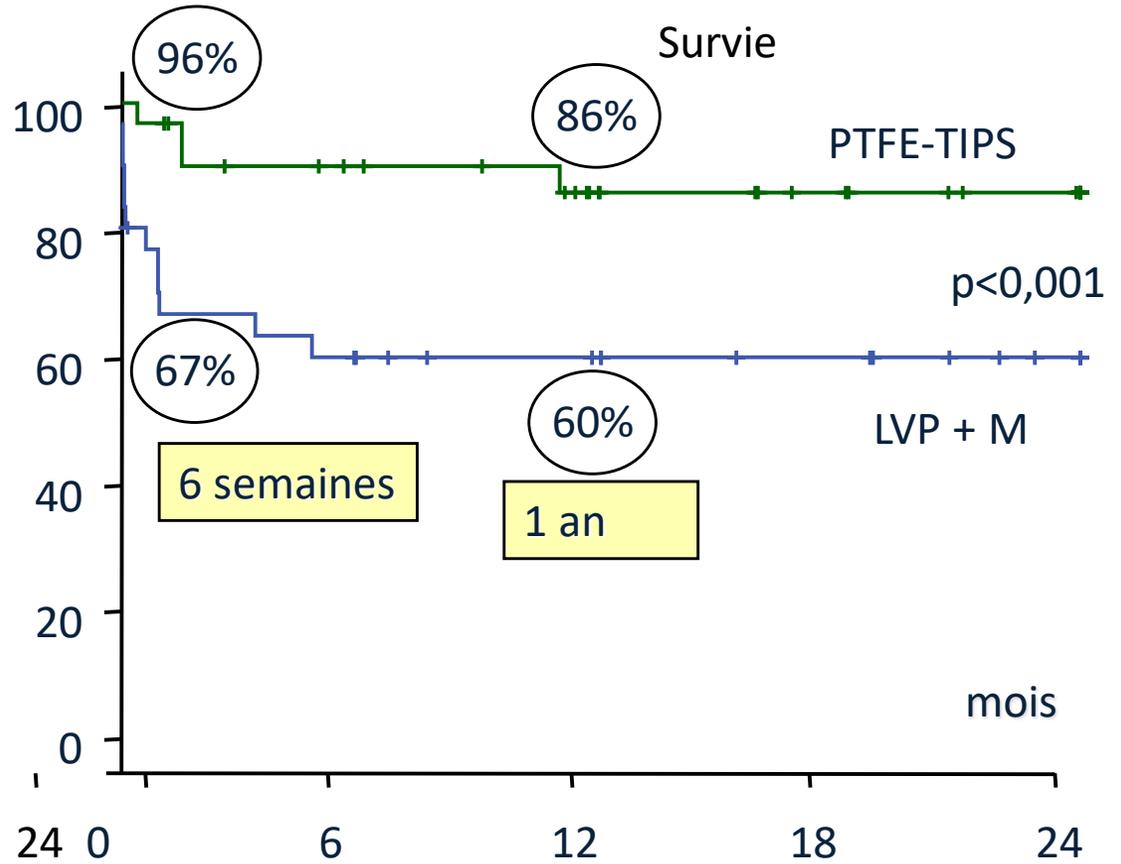
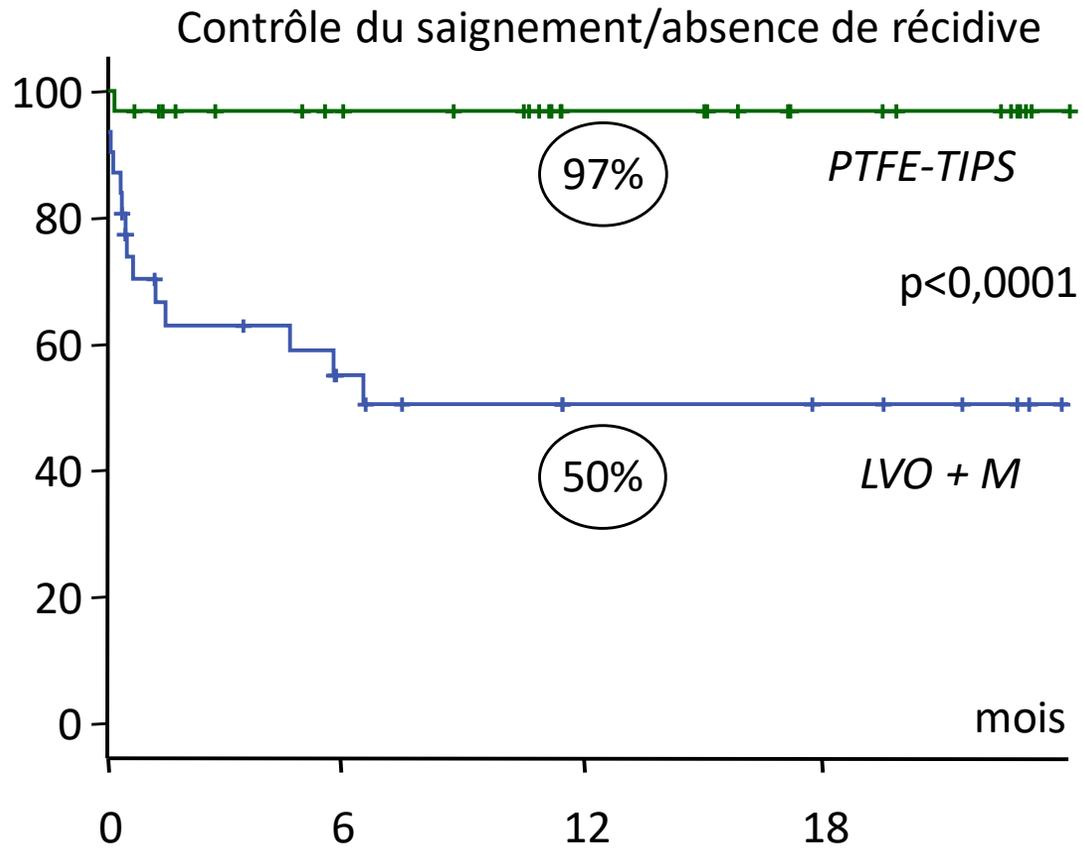
Intérêt de l'association traitement vasoactif et LVO

Abandonner la sclérothérapie

Place des poudres hémostatiques non définie

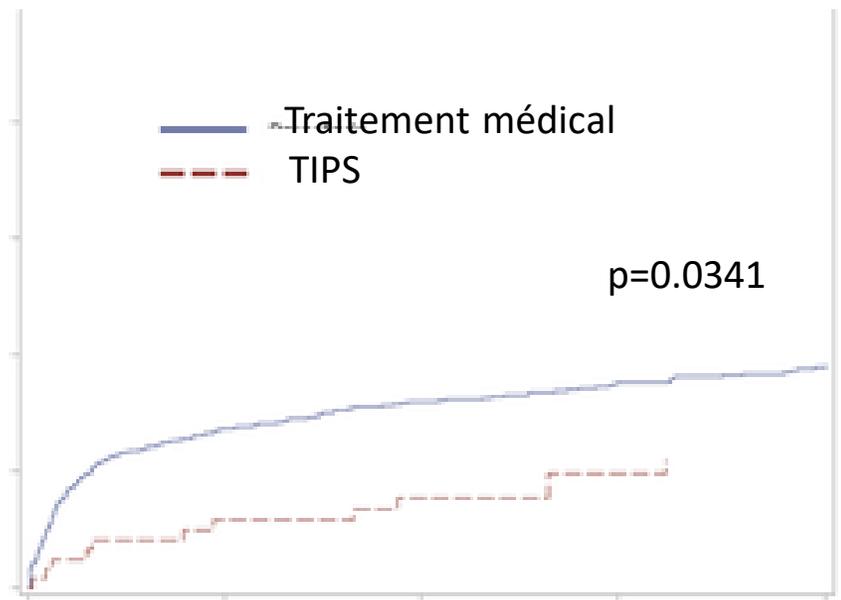
Place du TIPS précoce: chez des patients stabilisés à haut risque de récurrence



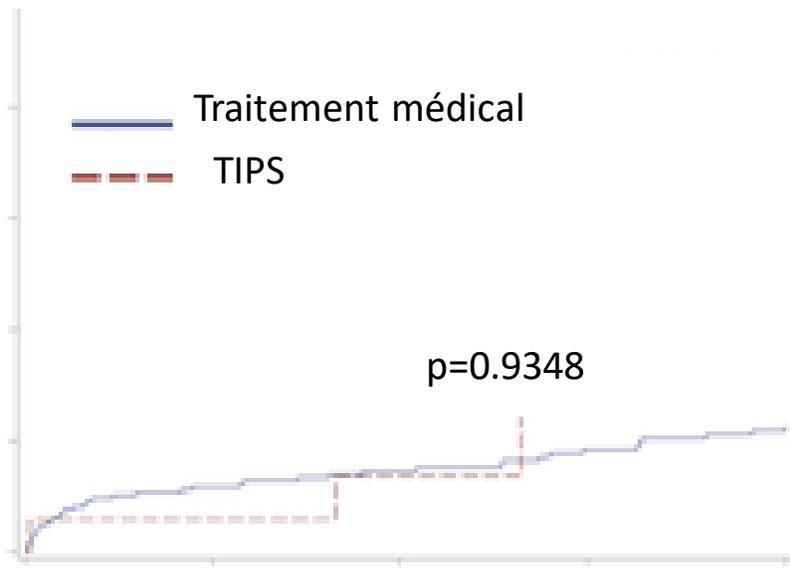


PTFE-TIPS	32	24	15	11	5
LVO + M	31	13	7	7	3

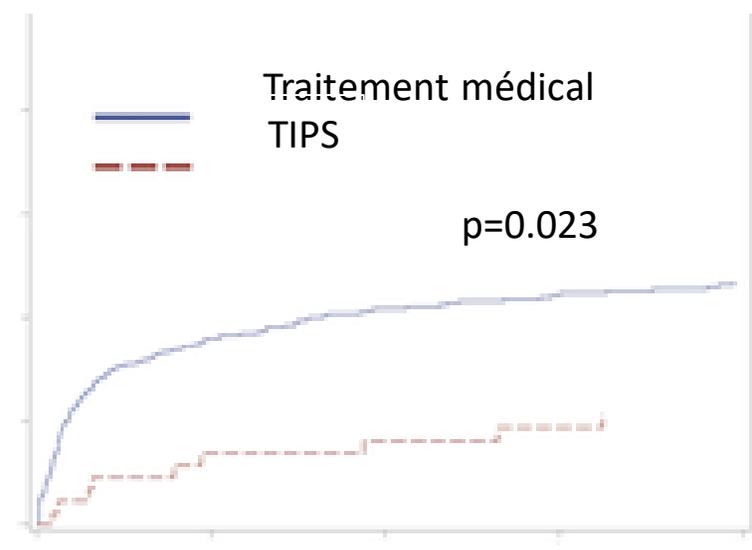
Place du TIPS précoce: données issues des cohortes observationnelles



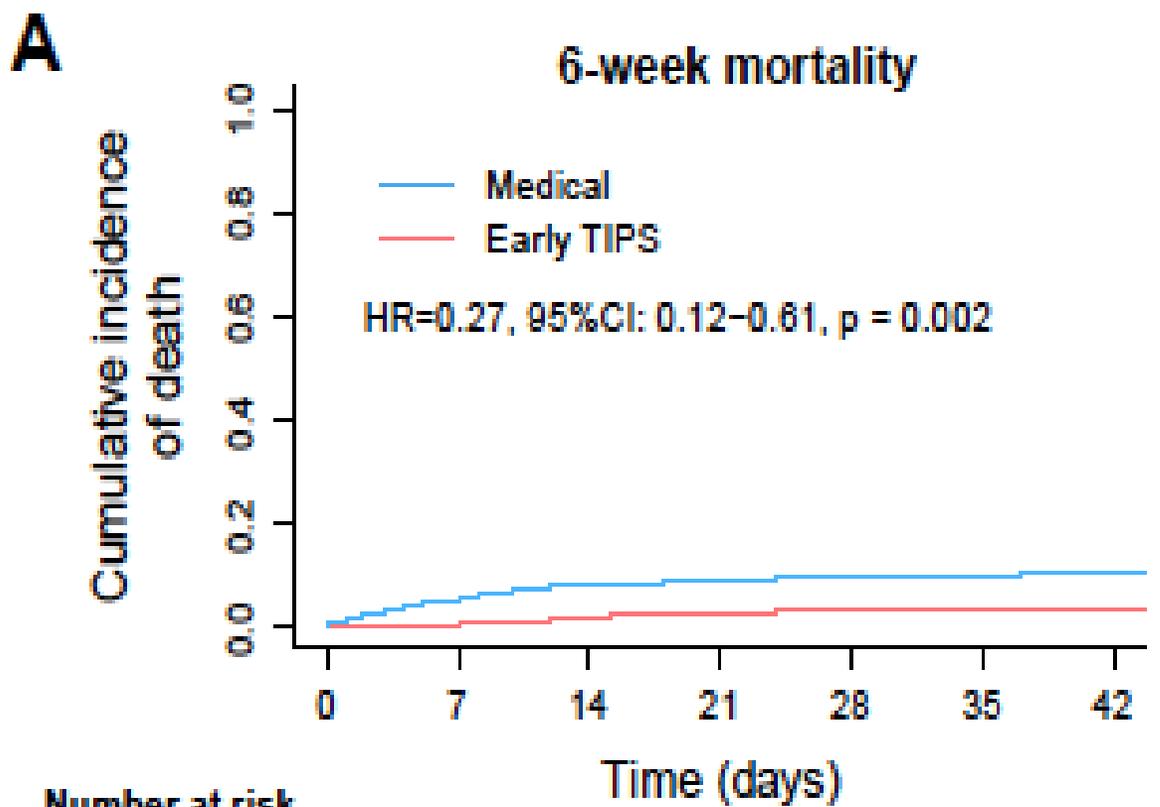
Mortalité à 1 an (incidence cumulée)
Population entière



Mortalité à 1 an (incidence cumulée)
Child-Pugh B

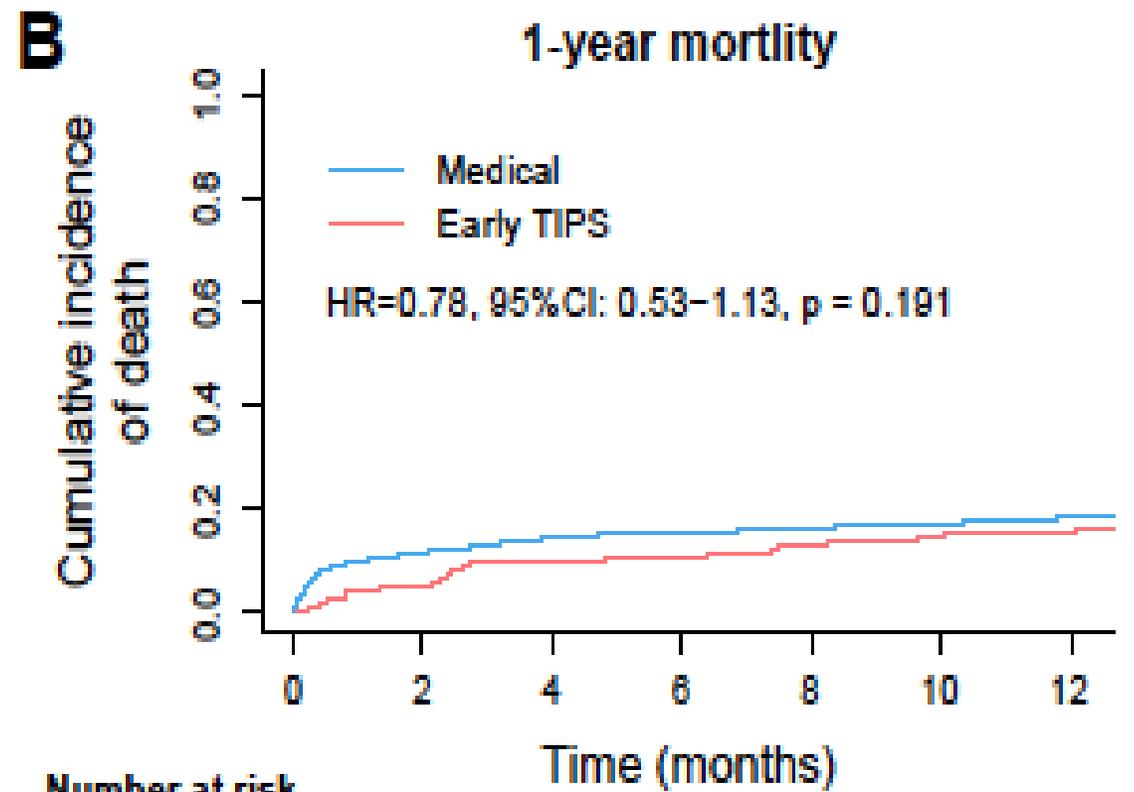


Mortalité à 1 an (incidence cumulée)
Child-Pugh C



Number at risk

	0	7	14	21	28	35	42
Medical	1219	1137	1048	1012	999	987	977
Early TIPS	206	197	187	184	182	182	181



Number at risk

	0	2	4	6	8	10	12
Medical	1219	963	923	892	858	819	764
Early TIPS	206	178	170	162	144	134	123

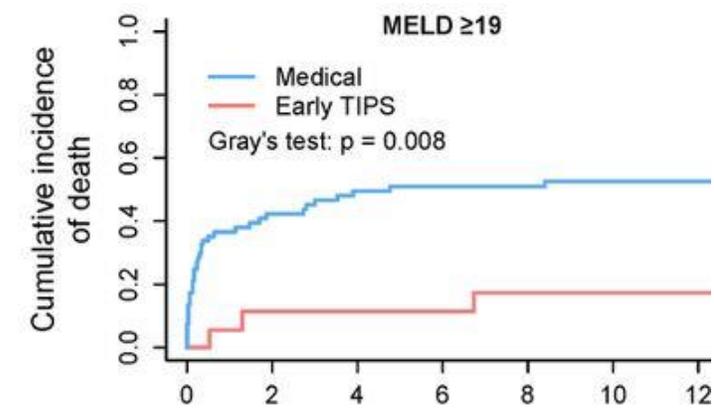
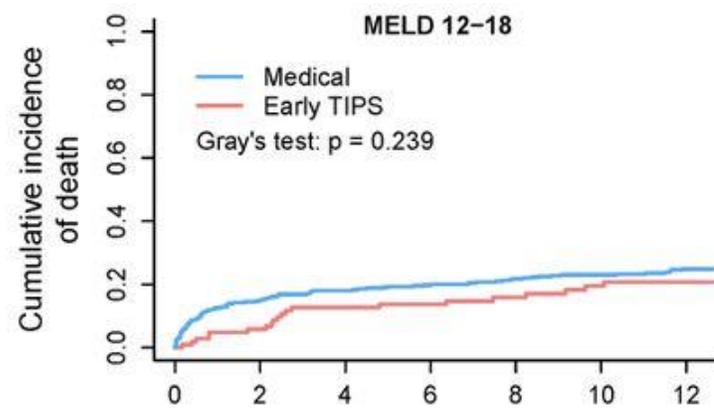
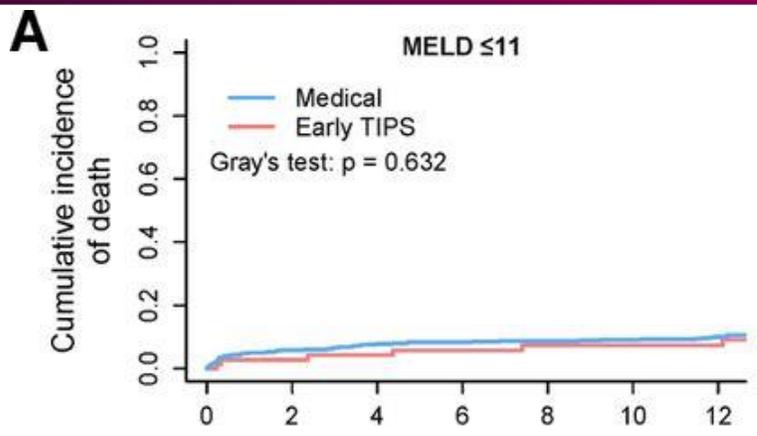
JFHOD 2019

obésité



PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

21/24 MARS



Number at risk

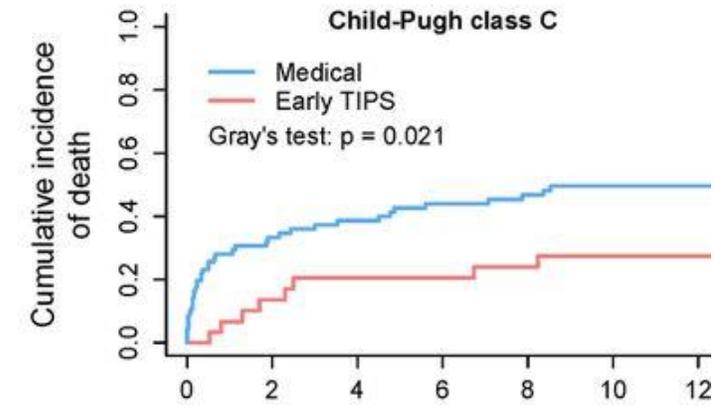
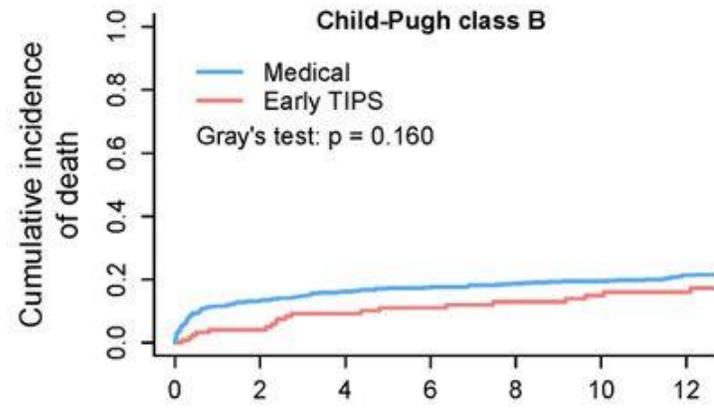
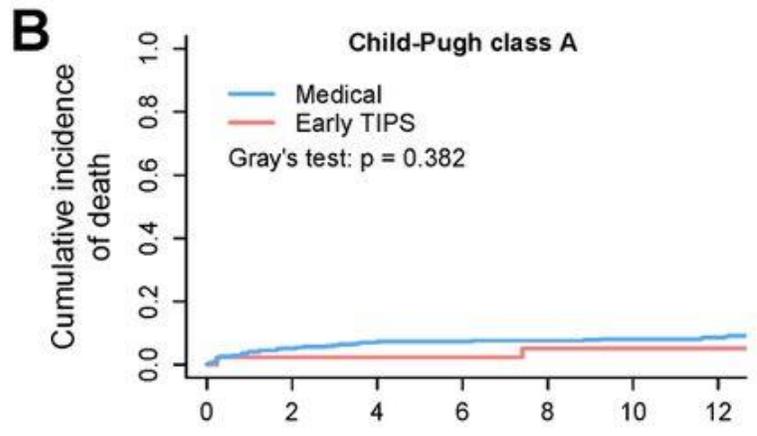
	0	2	4	6	8	10	12
Medical	681	568	549	532	517	489	459
Early TIPS	75	65	64	63	58	56	52

Number at risk

	0	2	4	6	8	10	12
Medical	459	356	340	328	311	302	278
Early TIPS	113	97	90	84	72	64	57

Number at risk

	0	2	4	6	8	10	12
Medical	79	39	34	32	30	28	27
Early TIPS	18	15	15	15	14	14	14



Number at risk

	0	2	4	6	8	10	12
Medical	462	403	392	383	373	358	332
Early TIPS	42	39	39	39	34	34	33

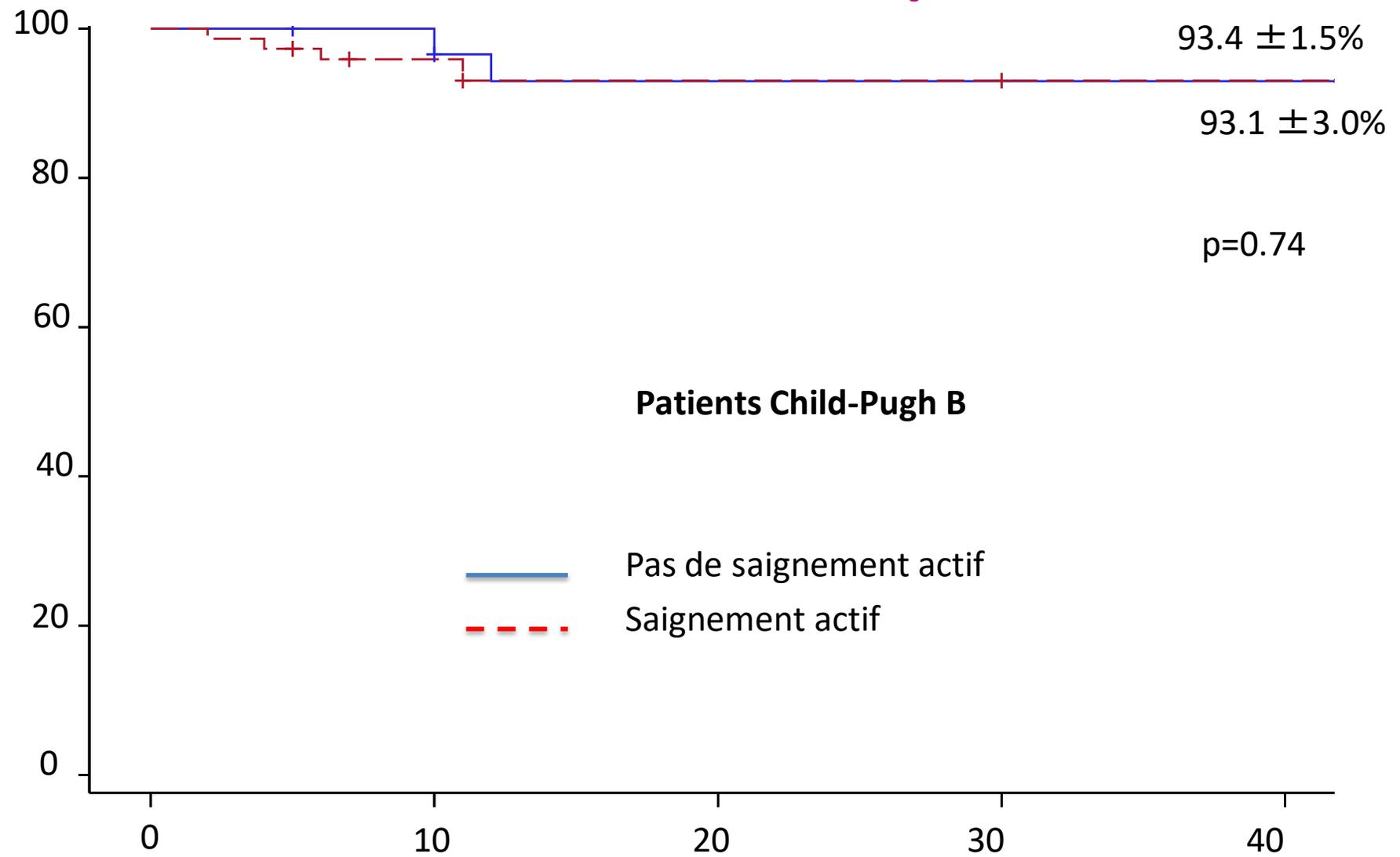
Number at risk

	0	2	4	6	8	10	12
Medical	665	509	485	467	447	426	400
Early TIPS	131	113	106	100	88	79	77

Number at risk

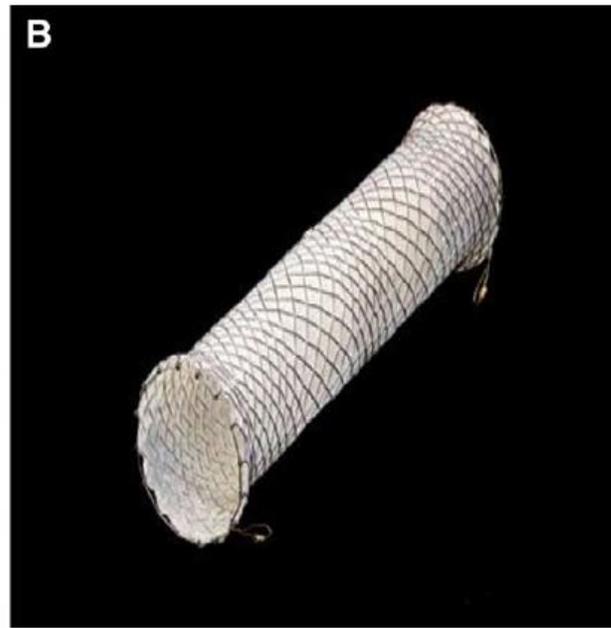
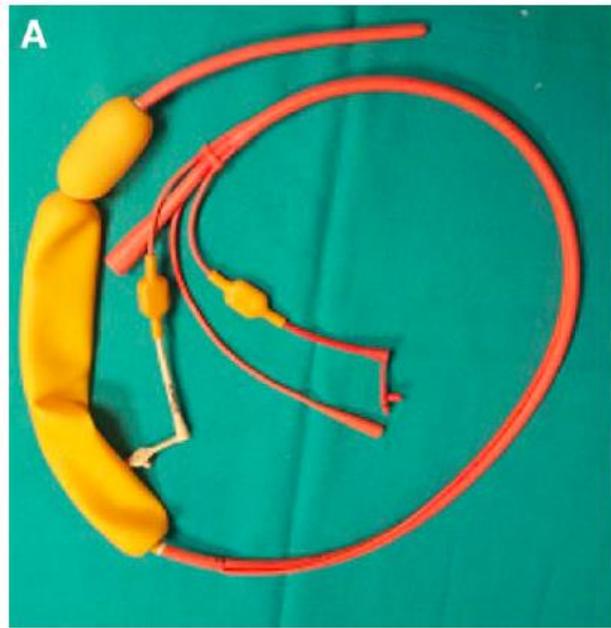
	0	2	4	6	8	10	12
Medical	92	51	46	42	38	35	32
Early TIPS	33	25	24	23	22	21	19

L'hémorragie active est-elle réellement de mauvais pronostic chez les Patients Child B?



Conejo, Clinical Gastro 2017
Rudler, Liver int 2018

Hémorragie réfractaire: sonde de tamponnement ou prothèse oesophagienne ?



Probablement moins de complications avec les prothèses

Problème de disponibilité++++

En pratique: sonde de Blakemore+++
Se pose comme une SNG
Après IOT
Se gonfle avec de l'air
**DEGONFLAGE OBLIGATOIRE DES 2 BALLONS
PENDANT 30 MIN TOUTES LES 4 HEURES**



Hémorragie réfractaire: sonde de tamponnement ou prothèse oesophagienne puis TIPS de sauvetage

Auteur	Nb Patients	Child A/B/C	Contrôle Hémorragique	Mortalité
Mc Cormick	20	1/7/12	100%	55%
Jalan	19	3/3/13	100%	42%
Sanyal	30	1/7/22	100%	40%
Chau	112	5/27/80	98%	37%
Gerbes	11	1/0/0	100%	0%
Banares	56	11/22/23	96%	28%
Azoulay	58	3/8/47	93%	30%
Bouzbib	106	6/32/68	80%	38% (J42)

Mortalité à 1 an sans TH C14-C15= 100%

Grefe?

Prophylaxie primaire

- Bêta-bloquants non cardio-sélectifs ou carvedilol ou LVO chez les patients ayant des VO de grande taille
- Méta-analyse regroupant 32 essais randomisés vs placebo, soit plus de 3300 patients
- Choix dépend des CI, des EI, des habitudes des praticiens
 - Arrêt des bêta-bloquants si ascite réfractaire ET hyponatrémie < 130 OU hypoTAS < 90 mmHg OU insuffisance rénale

Prophylaxie secondaire

- Double prophylaxie associant bêta-bloquants et LVO
 - Amélioration survie
 - Diminution récurrence hémorragique
- Attention, pas de LVO seules si les bêta-bloquants doivent être arrêtés: penser au TIPS++
- En cas d'échec de la prophylaxie secondaire bien menée:
TIPS

Place du TIPS dans l'hémorragie digestive par rupture de VO: résumé

- TIPS de sauvetage en cas d'hémorragie incontrôlée
- TIPS précoce (<72h) chez les patients stabilisés à haut risque de récurrence
- Prophylaxie secondaire chez les patients en échec ou qui ont une contre-indication aux bêta-bloquants

Points forts :

- En cas de rupture de VO, après traitement médical et/ou endoscopique, le TIPS précoce améliore le pronostic chez les patients Child C 10 à 13.
- L'indication du TIPS de sauvetage doit être discutée chez les patients les plus sévères.
- Les malades les plus sévères doivent être rapidement orientés vers un centre de transplantation hépatique.
- La prophylaxie secondaire est indispensable : elle associe les bêta-bloquants non cardio-sélectifs et les ligatures itératives.
- Lorsque les bêta-bloquants non cardio-sélectifs sont contre-indiqués, il faut impérativement discuter de la pose d'un TIPS en prophylaxie secondaire. Les ligatures seules ne sont pas recommandées.