JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
PAYS INVITÉ : LA SUISSE
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE
FMC HGE

Hémorragie digestive basse aiguë : Diagnostic et Traitement

Pr Marine CAMUS

Sorbonne Université, Hôpital Saint Antoine, APHP

SORBONNE UNIVERSITÉ
CRÉATEURS DE FUTURS DEPUIS 1257

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

LIENS D’INTERET

- Medtronic, Ambu, Cook

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaître les causes d'hémorragie digestive basse
- Savoir évaluer la gravité et connaître l'intérêt des scores clinico-biologiques
- Connaître les indications de l'angioscanner et de l'embolisation en urgence
- Connaître la place de la coloscopie et le délai optimal de sa réalisation
- Savoir gérer un traitement anticoagulant ou antiagrégant

Définition

- Hémorragie Digestive Basse (HDB) = saignement en aval de la valvule de Bauhin
  - Exclusion des saignements de l'intestin grêle (4% des HD)

- HDB aiguë = saignement récent (< 3j) qui peut entraîner une instabilité hémodynamique, une anémie, et/ou la nécessité d'une transfusion sanguine

- Recommandations européennes de l'ESGE 2021

Triantafyllou K et al. ESGE guidelines Endoscopy 2021

Diagnostic positif

- Hématochézie, rectorragies et/ou méléna
  - Hématochézie = émission de sang rouge non digéré par l'anus

- Attention ! **10% à 15%** des patients présentant une hématochézie isolée ont une hémorragie digestive haute

Laine et al, Am J Gastroenterol 2010
Camus et al. J Clin Gastroenterol. 2016

Épidémiologie

- 20% des hémorragies digestives
- Environ 20 000 cas/an en France

- **<u>Arrêt spontané du saignement dans 80% des cas</u>**, mais:
  - Récidive hémorragique : 10 à 15% des cas
  - Mortalité : 3%
    - 20% chez les patients recevant ≥ 4 CG
    - 18% chez patients déjà hospitalisés pour une autre cause (comorbidités > exsanguination)

Hreinsson et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2013
Oakland et al. Gut 2018

Causes des hémorragies digestives basses

	Age <60 years N=699 N (%)	Age 60–79 years N=938 N (%)	Age ≥80 years N=889 N (%)	All patients Total N=2528* N (%)
Diverticular disease	94 (13.4)	259 (27.6)	315 (35.4)	668 (26.4)
Colitis	163 (23.3)	116 (12.4)	65 (7.3)	344 (13.6)
Infective	20 (2.9)	16 (1.7)	5 (0.6)	41 (1.6)
Ischaemic	12 (1.7)	44 (4.7)	29 (3.3)	85 (3.4)
IBD	43 (6.2)	8 (0.9)	11 (1.2)	62 (2.5)
Undetermined	88 (12.6)	48 (5.1)	20 (2.2)	156 (6.2)
Malignancy	18 (2.6)	71 (7.6)	65 (7.3)	154 (6.1)
Colon	5 (0.7)	19 (2.0)	37 (4.2)	61 (2.4)
Rectum	10 (1.4)	37 (3.9)	24 (2.7)	71 (2.8)
Anal	2 (0.3)	6 (0.6)	1 (0.1)	9 (0.4)
Other†	1 (0.1)	9 (1.0)	3 (0.3)	13 (0.5)
Benign anorectal disorders‡	171 (24.5)	127 (13.5)	124 (13.9)	422 (16.7)
Haemorrhoids	126 (18.0)	86 (9.2)	93 (10.5)	305 (12.1)
Polyp(s)	11 (1.6)	28 (3.0)	24 (2.7)	64 (2.5)
Angiodysplasia	5 (0.7)	11 (1.2)	9 (1.0)	25 (1.0)
Postendoscopy§	18 (2.6)	46 (4.9)	13 (1.5)	77 (3.0)
Postpolypectomy	9 (1.3)	32 (3.4)	8 (0.9)	49 (1.9)
Postoperative¶	23 (3.3)	15 (1.6)	5 (0.6)	43 (1.7)
Small bowel source**	2 (0.3)	11 (1.2)	3 (0.3)	16 (0.6)
Drugs (presumed aetiology)††	9 (1.3)	21 (2.2)	13 (1.5)	43 (1.7)
Other‡‡	10 (1.4)	13 (1.4)	6 (0.7)	29 (1.1)
Unknown	160 (22.9)	194 (20.7)	222 (25.0)	576 (22.8)
(Missing data)	9	28	30	67

Audit multicentrique

Cas consécutifs de patients adultes
Hôpitaux britanniques sur 2 mois en 2015
Etude prospective, suivi de 28 jours

2528 patients sur 143 hôpitaux
Age médian : 74 ans
29,4% antiagrégants et 15,9% anticoagulants

1ere cause = diverticules

<u>Chez environ 20% des patients, la cause n'est pas connue à la sortie du patient</u>

Rectopathie radique peut se présenter sur un mode aigu

Oakland et al. Gut 2018

Patient se présentant pour une HDB aiguë

Evaluation de la sévérité

Histoire de la maladie

Quand le saignement a-t-il débuté ? Premier épisode, hématochezie ? Méléna ?

Endoscopie récente ?

Examen physique constantes, examen cardio-pulmonaire, incluant TR

Biologie NFS, ionogramme, coagulation, groupe, RAI

Co-morbidités

Traitement en cours

AINS ? Antiagrégant ? Anticoagulant ?

Plaquettes	Non recommandé en systématique
PFC	Non recommandé en systématique

Culots globulaires	Seuil	Cible
Absence de pathologie cardiovasculaire	**7g/dL**	**7–9g/dL**
En cas de pathologie cardio-vasculaire	**8g/dl**	**≥ 10g/dl**

JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Patient se présentant pour une HDB aiguë

Evaluation de la sévérité

Histoire de la maladie

Quand le saignement a-t-il débuté ? Premier épisode, hématochezie ? Méléna ? Endoscopie récente ?

Examen physique constantes, examen cardio-pulmonaire, incluant TR

Biologie NFS, ionogramme, coagulation, groupe, RAI

Co-morbidités

Traitement en cours

AINS ? Antiagrégant ? Anticoagulant ?

Patient hémodynamiquement instable

Prise en charge réanimatoire

Shock Index > 1

Patient hémodynamiquement stable

Discuter la sortie du patient

score d'Oakland ≤ 8

Evaluation de la gravité = stratification du risque ➔ Orientation sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique

Coloscopie

Angioscanner

La coloscopie est de loin l'examen le plus pratiqué

Shock index

- Définition : fréquence cardiaque (batts/min) / tension artérielle systolique (mmHg)

Instable	Stable
> 1	≤ 1

- Utilisé en traumatologie
- Rares études pour HDB – mais recommandé par les Britanniques
- Prédit une extravasation de produit de contraste à l'angioTDM
- Attention aux B-bloquants

➔ Etude prospective nécessaire pour montrer son impact sur le tri des patients

Rossaint et al. Crit Care 2016
Nakasone et al. Cardiovasc Intervent Radiol 2007
National Confidential Enquiry into Patient Outcomes and Death. Time to get control? UK 2015

Score d'Oakland

Variables		Valeurs
Âge (années)	**< 40**	0
	40-69	1
	≥ 70	2
Sexe	**Femme**	0
	Homme	1
Antécédent d'hospitalisation pour HDB		
	Non	0
	Oui	1
Toucher rectal		
	Absence de sang	0
	Présence de sang	1
Fréquence cardiaque		
	< 70	0
	70-89	1
	90-109	2
	≥ 110	3
Pression artérielle systolique		
	< 90	5
	90-119	4
	120-129	3
	130-159	2
	≥ 160	0
Hb (g/dl)	**< 7**	22
	7,0-8,9	17
	9,0-10,9	13
	11,0-12,9	8
	13,0-15,9	4
	≥ 16	0

Pour les patients stables

7 variables

Dérivé d'un audit national britannique

Validé sur une seconde cohorte

HDB majeure	HDB mineure
> 8	≤ 8
hospitalisation	ambulatoire

Oakland et al. Lancet Gastroenterol Hepatol 2017
Almaghrabi et al. JAMA Netw Open *2022*

Patient se présentant pour une HDB aiguë

Evaluation de la sévérité

10%

Patient hémodynamiquement instable

Prise en charge réanimatoire

Remplissage vasculaire intaveineux +/- catécholamines

Diagnostic

- AngioTDM
- Discuter endoscopie digestive haute sauf si l'angioTDM a identifié le site du saignement

Traitement

- L'angiographie est réalisée en cas de positivité de l'angioTDM
- Embolisation radiologique dans les 60 minutes
- Discuter la chirurgie pour les patients en échec de l'endoscopie et/ou de la radiologie

Quelques chiffres

- ✓ 10% d'angioTDM positifs, si instabilité - shock index> 1
  - ✓ Si angioTDM positif, embolisation super-sélective possible dans 93-100% des cas
- ✓ Taux de récidive à court terme : 10 à 50%
- ✓ L'ischémie est la complication la plus fréquente : 7-24 %

Patient se présentant pour une HDB aiguë

Evaluation de la sévérité

90%

Patient hémodynamiquement stable

= hémorragie majeure **Si score d'Oakland > 8** **Hospitalisation (+/- endoscopie haute)**	**= hémorragie mineure** **Si score d'Oakland ≤ 8** **Ambulatoire**
Diagnostic • Coloscopie ✓ Pompe de lavage / CO2 / Capuchon ✓ Intubation de l'iléon terminal ✓ Préparation colique : 4 à 6 l de PEG Administrés en 3 à 4 h Lavements complémentaires SNG facilite la préparation (si intolérance orale) +/- anti-émétiques	**Traitement** • Traitement thermique • Traitement mécanique • En sauvetage : poudre hémostatique

Timing de la coloscopie

ESGE recommends that, in patients with major acute LIGB, colonoscopy should be performed sometime during their hospital stay because there is no high quality evidence that early colonoscopy influences patient outcomes

Intérêt coloscopie rapide = Identifier des stigmates d'hémorragie digestive
Conditionne le risque de récidive hémorragique

Triantafyllou K et al. ESGE guidelines Endoscopy 2021

Stigmates d'hémorragie digestive : risque faible de récidive

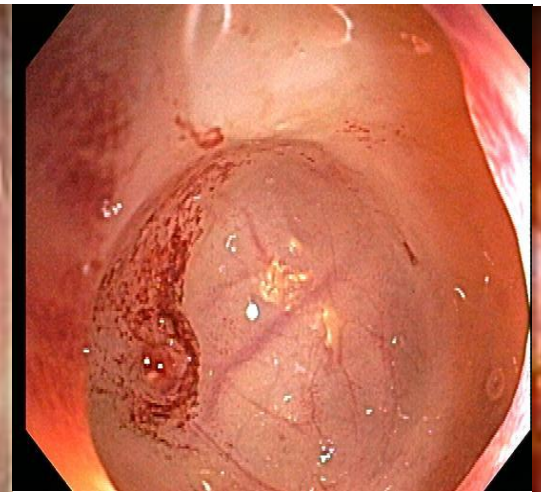
Besoins d'une intervention	**0**
Recours à une embolisation	**0**
Recours à la chirurgie	**0**

Stigmate	Tâches pigmentées	Fond propre
Taux de récidive hémorragique à J30 en l'absence de traitement	0%	0%

Jensen et al. GIE 2016
Jensen et al. New England Journal of Medecine 2000

Stigmates d'hémorragie digestive : risque élevé de récidive

Besoin d'une intervention	***52,4%***
Recours à une embolisation	*28,6%*
Recours à la chirurgie	*19%*
Recours à une hémostase endoscopique	*4,8%*



Stigmate	Hémorragie active	Vaisseau visible non hémorragique	Caillot adhérent
Taux de récidive hémorragique à J30 en l'absence de traitement	67%	50%	43%

Jensen et al. GIE 2016

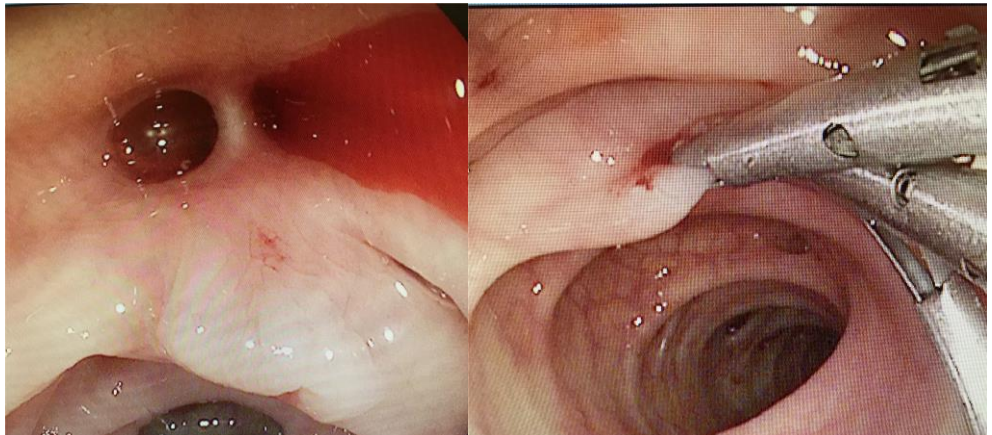
Jensen et al. New England Journal of Medecine 2000

Techniques thermiques

	Coagulation **Contact** 	Argon **Sans contact**
Indications	Toutes les indications	Angio-ectasie Rectopathie radique
Avantages	Efficacité, facilité d'utilisation	Efficacité
Limites	Générateur Perforation (monopolaire) Préparation colique	Sans contact, Préparation colique Perforation (injecter le caecum) Moins efficace en cas d'hémorragie active Générateur et bouteille argon
Données de la littérature	Absence d'études comparatives	Absence d'études comparatives

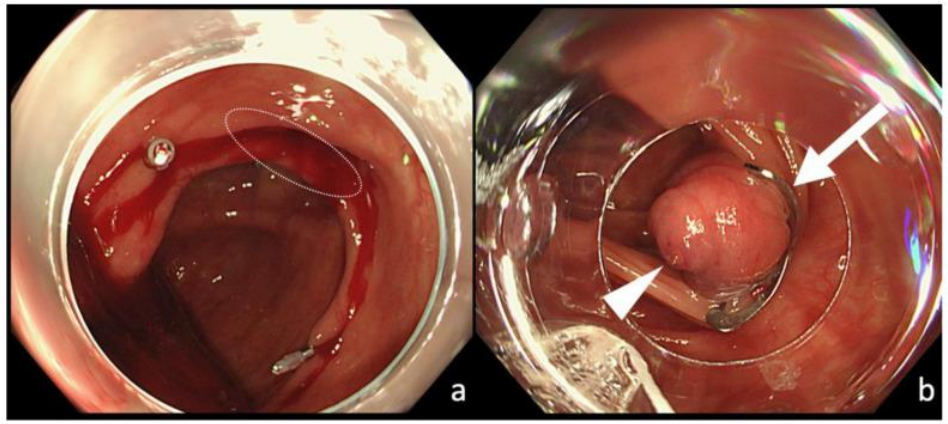
Techniques mécaniques

	Clip standard TTS – Trough-the-scope	Ligature élastique	Clip OTSC Over the Scope Clip
Indications	Diverticule, post-résection…	Diverticule	Post-résection, anastomose, diverticule, ulcère rectal
Avantages	Disponibilité	Meilleure option dans la littérature	Efficacité, fibrose
Limites	Fibrose, large plage	Retrait de l'endoscope pour monter le système (clip de repérage)	Retrait de l'endoscope pour monter le système (clip de repérage) Colon droit, clip reste en place
Données de la littérature	Etudes comparatives, pas de ERC	Etudes comparatives, pas de ERC	Séries de cas rétrospectifs



Kawano et al. J Clin Med 2021

Naoyoshi Nagata, et al JGH 2022



Poudres hémostatiques

Indications	Large zone hémorragique, tumeur
Avantages	Thérapie de sauvetage, facile d'utilisation
Limites	Traitement transitoire
Données de la littérature	Méta-analyse (étude rétrospectives)

Meta-analyse, 10 études, n= 259 patients

Succès technique	**100%**
Hémostase immédiate	**96,3%** (93,4%-99,2%)
Taux de récidive hémorragique	
7 jours	**9,6%** (4,5%-14,6%)
30 jours	**12,9%** (7,2%-18,5%)

ESGE suggests that, hemostatic topical agents be used as a secondary treatment option (e.g. rescue therapy) in case of inadequate/failed hemostasis with ongoing bleeding

Triantafyllou K et al. ESGE guidelines Endoscopy 2021

Antiagrégants plaquettaire (AAP) et anticoagulants

- > 30% des patients ayant une HDB aiguë
  - 2 à 5% bithérapie d'AAP ou combinaison d'anticoagulant et d'AAP
- Littérature scientifique très pauvre pour l'HDB
  - Données issues de la prise en charge des hémorragies hautes
- La correction des paramètres hémostatiques est une urgence, mais elle ne doit pas retarder un geste d'hémostase

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Patient se présentant pour une HDB aiguë

Evaluation de la sévérité

ADMISSION

Patient hémodynamiquement instable

Patient hémodynamiquement stable

Majeure
score d'Oakland > 8

Mineure
score d'Oakland ≤ 8
= sortie du patient

Anticoagulants : Arrêt des AVK ou AOD
Corriger les paramètres de la coagulation selon la sévérité de l'hémorragie, et le risque thrombotique

AVK : Vitamine K IV et/ou PPSB

ou à défaut des PFC en l'absence de PPSB disponible

AOD : antidotes
idarucizumab - dabigatran
andexanet ou PPSB - anti-facteur Xa

coordination avec l'hémostasien

Pas d'antidote nécessaire

Anticoagulants :
Poursuite des AVK ou AOD

SORTIE

- ✓ Reprise des anticoagulants en cas d'indication d'anticoagulation à long terme
- ✓ Reprise de l'anticoagulation (AVK ou AOD) le plus rapidement possible dans les 7 jours
- ✓ Reprise de l'anticoagulation plus rapide, préférablement dans les 72h, par héparine, si patients à haut risque de thrombose

Patient se présentant pour une HDB aiguë

Prévention primaire

Arrêt de l'aspirine
Considérer l'arrêt permanent en fonction de l'avis du spécialiste référent

Prévention secondaire

Monothérapie

Pas d'arrêt de l'aspirine

Si l'aspirine est interrompue, reprise au plus vite < 5 jours,
ou plus rapidement
si hémostase effectuée ou si l'absence de signe de saignement

Double antiagrégation

Pas d'arrêt de la bi-antiagrégation avant un avis cardiologique
Poursuite de l'aspirine recommandée
L'antagoniste du récepteur P2Y12 peut être continué ou arrêté en fonction de la sévérité de l'hémorragie et du risque ischémique

Si l'antagoniste du récepteur P2Y12 est arrêté,
Repris < 5 jours si toujours indiqué

POINTS FORTS

- L’hémorragie digestive basse cesse spontanément dans 80 % des cas mais la récidive est fréquente.
- Les causes les plus fréquentes d’hémorragie digestive basse sont les diverticules, la pathologie ano-rectale et les colites. Une gastroscopie doit être envisagée en cas de doute sur une hémorragie d’origine haute, car dans 10 à 15 % des cas l’hémorragie est d’origine haute.
- Le score d’Oakland permet d’identifier lorsqu’il est ≤ à 8, les patients à faible risque de complications, pouvant être gérés en ambulatoire.
- La coloscopie après préparation colique est l’examen de référence pour le diagnostic étiologique et le traitement d’hémostase. Son rendement diagnostique est augmenté si elle est réalisée dans les 24 premières heures.
- En cas d’hémorragie digestive basse grave avec patient instable (shock index >1 : tension artérielle systolique/ fréquence cardiaque), l’angioscanner suivi éventuellement d’une embolisation artérielle doit être réalisé en urgence, en première intention.