

Cas clinique 1

Homme 55 ans hospitalisé pour sevrage (retrait de permis)

Consommation 80 g/j depuis 30 ans

Tabac 30 paquets année

Aucun antécédent

Commercial divorcé 2 enfants

Poids 85 kg – Taille 1m80

Examen clinique :

Hépatomégalie à bord inférieur tranchant

Angiomes stellaires

Circulation collatérale abdominale

Cas clinique 1

Hb = 14,5 g/dl

Plaquettes = 120 000 mm³

TP = 62 %

INR = 1,2

ASAT = 85 UI/l

ALAT = 65 UI/l

γ GT = 450 UI/l

Bilirubine totale 38 μ mol/l

Créatinine 85 μ mol/l

Albumine 34 g/l

Echographie Doppler hépatique: dysmorphie hépatique, lame d'ascite périhépatique, splénomégalie, pas de CHC, flux tronc porte hépatopète - vitesse 25 cm/s

Elasticité hépatique : 32 kPa

Sérologies virales B et C négatives

Cas clinique 1

Cirrhose ? – Biopsie hépatique ?

Score de Child Pugh B7

MELD : 12

Concernant le dépistage des VO, on doit :

- 1 Réaliser une vidéo-capsule
- 2 Réaliser une tomodensitométrie thoraco-abdominale APC
- 3 Réaliser fibroscopie œsogastro-duodénale
- 4 Ne rien faire le Fibroscan® suffit

Cas clinique 1

Cirrhose

Score de Child Pugh B7

MELD : 12

Concernant le dépistage des VO, on doit :

- 1 Réaliser une vidéo-capsule
- 2 Réaliser une tomодensitométrie thoraco-abdominale APC
- 3 Réaliser fibroscopie œsogastro-duodénale
- 4 Ne rien faire le Fibroscan® suffit

Consensus

« Tous les patients atteints d'une cirrhose doivent bénéficier d'une endoscopie oeso-gastroduodénale à la recherche de varices œsophagiennes (VO) ou de varices gastriques (VG) »



Chez ce patient : dépistage des autres lésions liées à l'alcool et au tabac

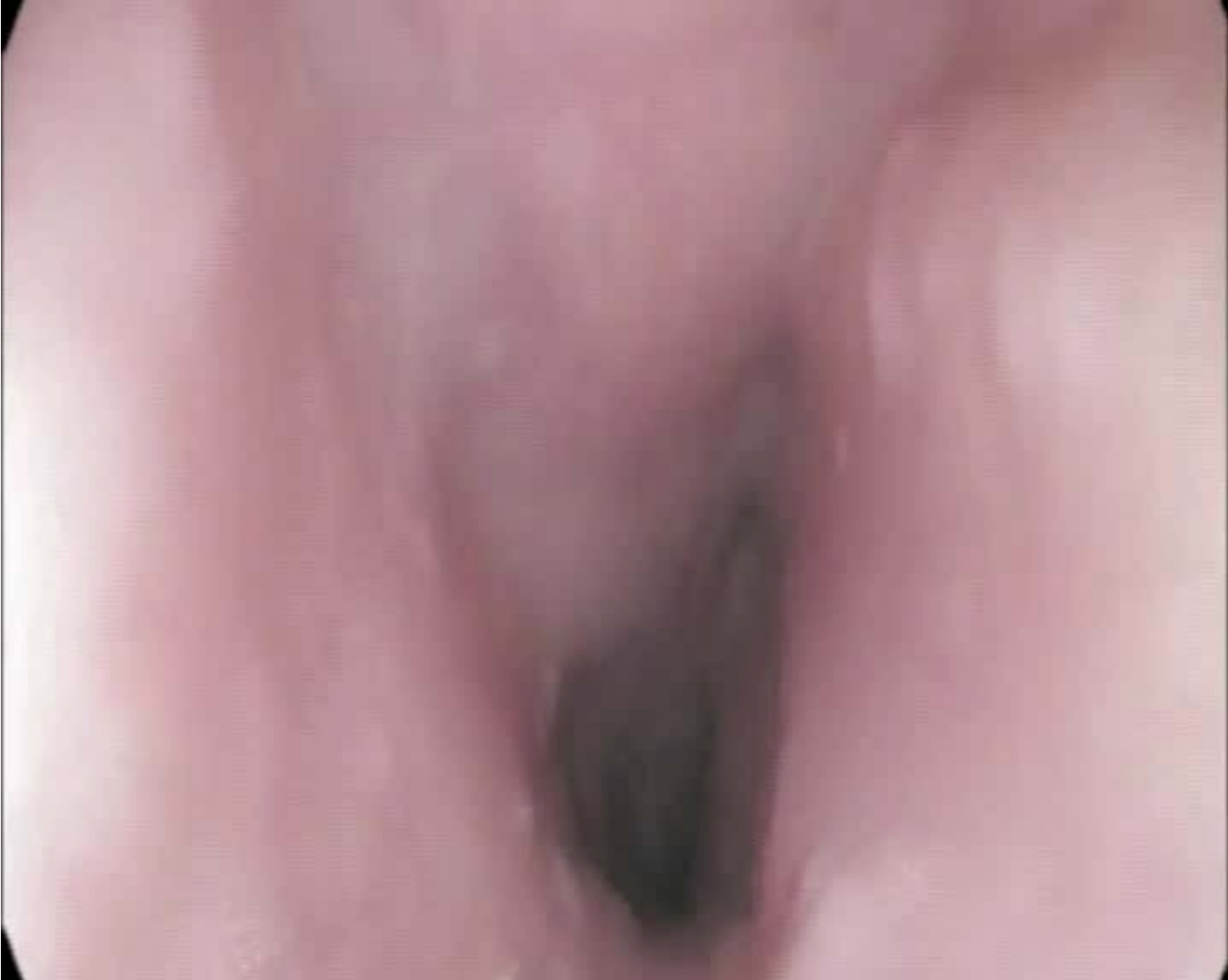
Cas clinique 1



Classification

Stade 1	Varices qui disparaissent à l'insufflation
Stade 2	Varices qui ne disparaissent à l'insufflation < 2/3 du rayon
Stade 3	Varices qui ne disparaissent à l'insufflation qui occupent tout le rayon ou confluentes

Classification



Classification



Classification



Classification



Classification



Cas clinique 1

Quels sont les principaux facteurs de risque d'hémorragie ?

- 1 La taille des varices
- 2 La température extérieure
- 3 La sévérité de la cirrhose
- 4 Le sexe masculin
- 5 La présence de signes rouges

Cas clinique 1

Quels sont les principaux facteurs de risque d'hémorragie ?

- 1 La taille des varices
- 2 La température extérieure
- 3 La sévérité de la cirrhose
- 4 Le sexe masculin
- 5 La présence de signes rouges

Cas clinique 1

Pour la prévention primaire, les recommandations sont ?

1 β -bloquants

2 Ligature des VO

3 Aucune en dehors du sevrage et un contrôle endoscopique

4 Dérivés nitrés

5 β -bloquants + LVO

Cas clinique 1

Pour la prévention primaire, les recommandations sont ?

1 β -bloquants

2 Ligature des VO

3 Aucune en dehors du sevrage et un contrôle endoscopique

4 Dérivés nitrés

5 β -bloquants + LVO



Diminution du risque de moitié : 30 % à 15 %

Cas clinique 1

β -bloquants et pas de contrôle endoscopique

Mais très vite asthénie, maux de tête, troubles de la libido



Modalités ?

Cas clinique 1



Cas clinique 1



Cas clinique 1



Cas clinique 1

Eradication des VO en 3 séances tous les 15 jours

Arrêt des β -bloquants

Contrôle à 1 et 3 mois pas de récurrence des VO

Perte de vue

Cas clinique 1

Eradication des VO en 3 séances tous les 15 jours

Arrêt des β -bloquants

Contrôle à 1 et 3 mois pas de récurrence des VO

Perte de vue

1 an plus tard : 56 ans – reprise d'une consommation excessive

Commercial divorcé 2 enfants – a son permis

Hématémèse – pas de gastro-toxiques

Signes de choc – FC = 120 /min ; PA = 90/65 mmHg

Pas de fièvre – Pas d'encéphalopathie

Cas clinique 1

Hb = 6,2 g/dl

Plaquettes = 85 000 mm³

TP = 45 %

INR = 1,5

Bilirubine totale 65 µmol/l

Créatinine 95 µmol/l

Albumine 27 g/l

Hémorragie digestive haute chez un patient atteint d'une cirrhose
Score de Child C<14

Cas clinique 1

Pour la prise en charge immédiate, quelles propositions ?

1 Antibiotiques

2 Traitement vasoactif

3 Prévoir endoscopie haute dans les 12 heures

4 TIPS en urgence

5 Transfuser pour Hb > 10 g/dl

6 Corriger troubles coagulation : plaquettes et PFC

Cas clinique 1

Pour la prise en charge immédiate, quelles propositions ?

1 Antibiotiques

2 Traitement vasoactif

3 Prévoir endoscopie haute dans les 12 heures

4 TIPS en urgence

5 Transfuser pour Hb > 10 g/dl

6 Corriger troubles coagulation : plaquettes et PFC

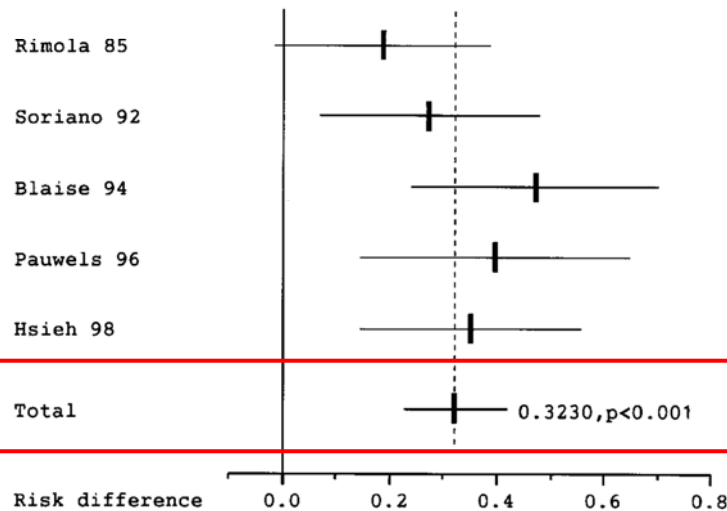
Antibiotic Prophylaxis for the Prevention of Bacterial Infections in Cirrhotic Patients With Gastrointestinal Bleeding: A Meta-Analysis

BRIGITTE BERNARD,¹ JEAN-DIDIER GRANGÉ,² ERIC NGUYEN KHAC,¹ XAVIER AMIOT,² PIERRE OPOLON,¹ AND THIERRY POYNARD¹

HEPATOLOGY 1999;29:1655-1661

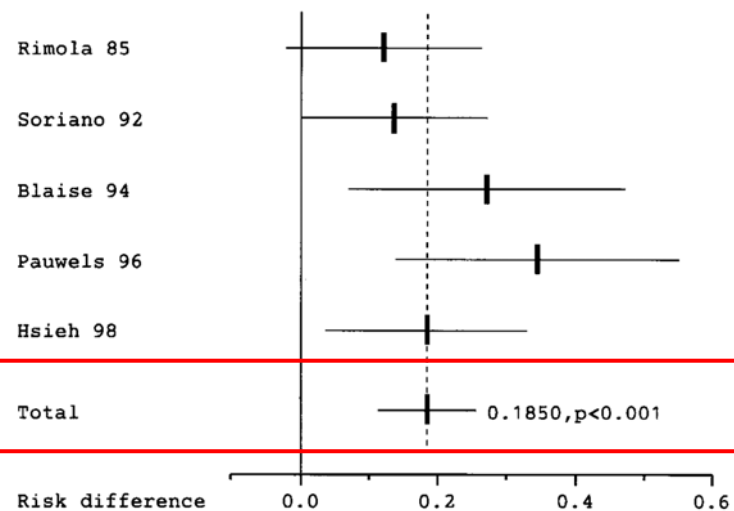
Free of infection

Risk difference, random model
Bilateral CI, 95% for trials, 95% for MA



Free SBP/bacteremia

Risk difference, random model
Bilateral CI, 95% for trials, 95% for MA

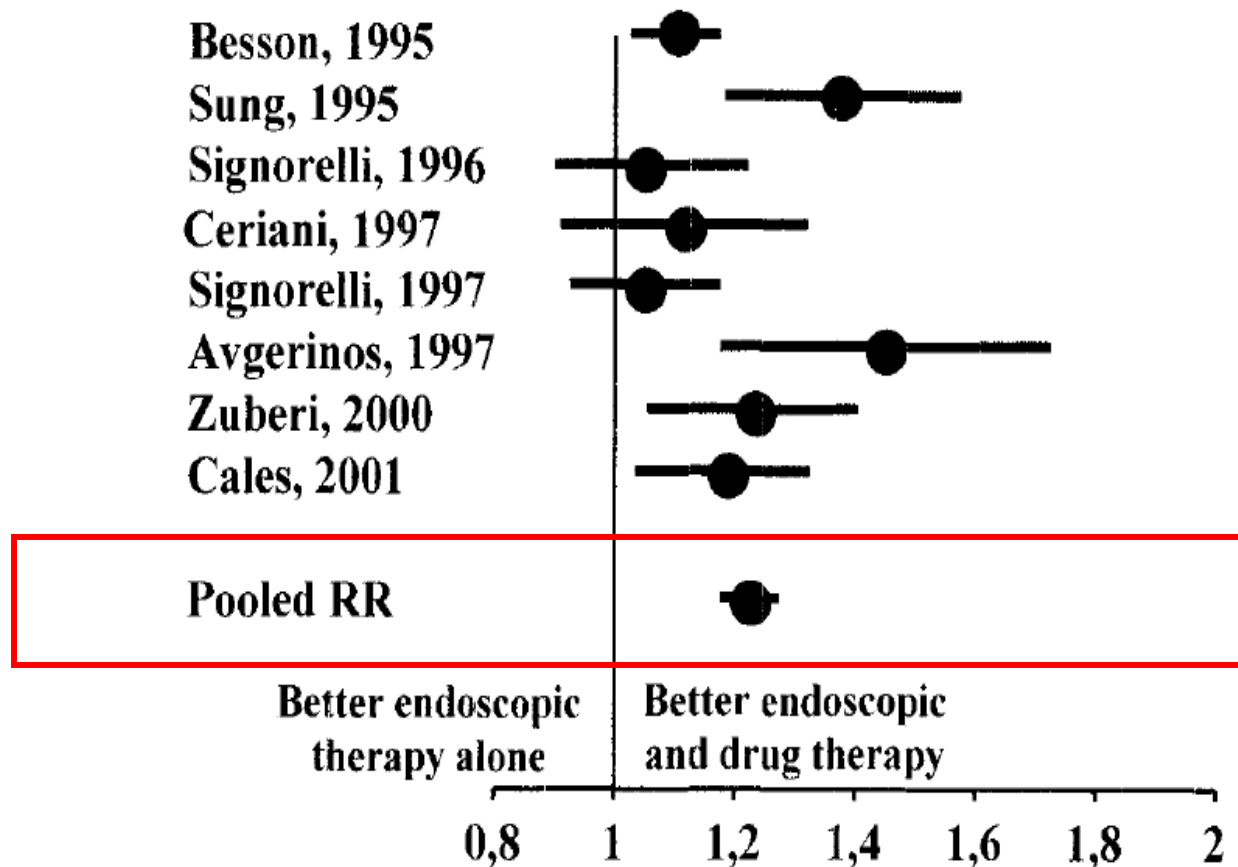


Amélioration de la survie à 5 jours

Endoscopic Treatment Versus Endoscopic Plus Pharmacologic Treatment for Acute Variceal Bleeding: A Meta-analysis

Rafael Bañares,¹ Agustín Albillos,² Diego Rincón,¹ Sonia Alonso,¹ Mónica González,² Luis Ruiz-del-Arbol,² Magdalena Salcedo,¹ and Luis-Miguel Molinero³

HEPATOLOGY 2002;35:609-615.



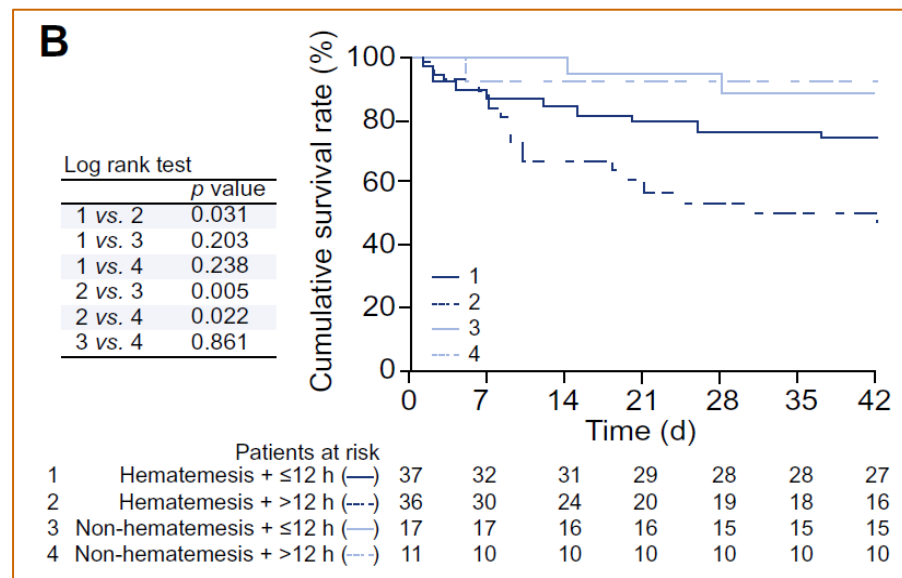
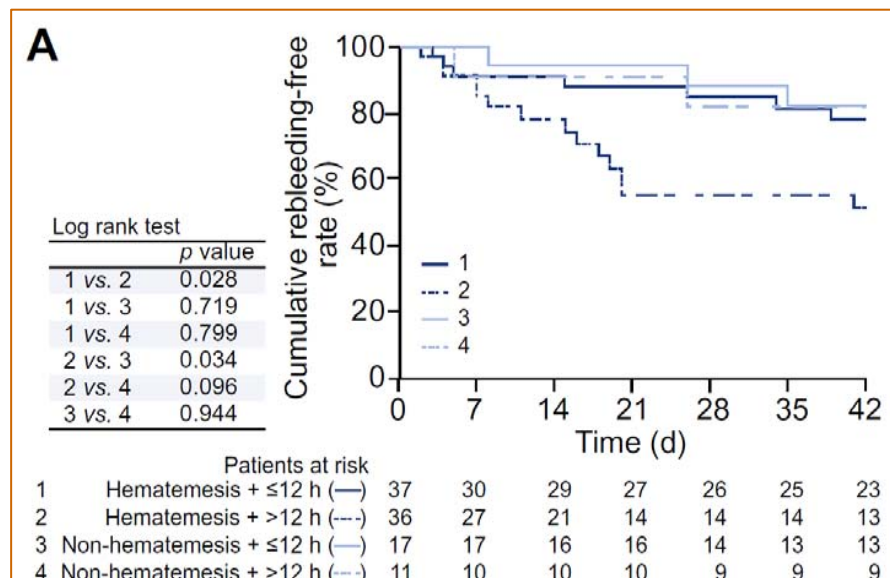
Delayed endoscopy increases re-bleeding and mortality in patients with hematemesis and active esophageal variceal bleeding:

70 % des hémorragies chez le cirrhotique sont liées à l'HTP

J Bosch et al. Gastroenterology 2004

70 % de mortalité chez les patients en échec du contrôle de l'hémorragie par le traitement initial

G D'Amico et al. Hepatology 2003



PH Chen et al. J Hepatol 2012

Un équilibre à trouver

Boyer JL, Chatterjee C, Iber FL, Basut AK. Effect of plasma-volume expansion on portal hypertension. N Engl J Med 1966;275:750-5.

Renal Failure After Upper Gastrointestinal Bleeding in Cirrhosis:
Incidence, Clinical Course, Predictive Factors,
and Short-Term Prognosis

ANDRÉS CÁRDENAS, PERE GINÈS, JUAN URIZ, XAVIER BESSA, JOAN MANUEL SALMERÓN, ANTONI MAS, ROLANDO ORTEGA,
BLAS CALAHORRA, DARA DE LAS HERAS, JAIME BOSCH, VICENTE ARROYO, AND JUAN RODÉS
HEPATOLOGY 2001;34:671-676

**Splanchnic and Systemic Hemodynamics
in Portal Hypertensive Rats During
Hemorrhage and Blood Volume
Restitution**

D. KRAVETZ, E. SIKULER, and R. J. GROSZMANN
Hepatic Hemodynamic Laboratory, Veterans Administration Medical Center, West Haven; and
Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

GASTROENTEROLOGY 1986;90:1232-40

Correction du Choc



« Surremplissage »

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

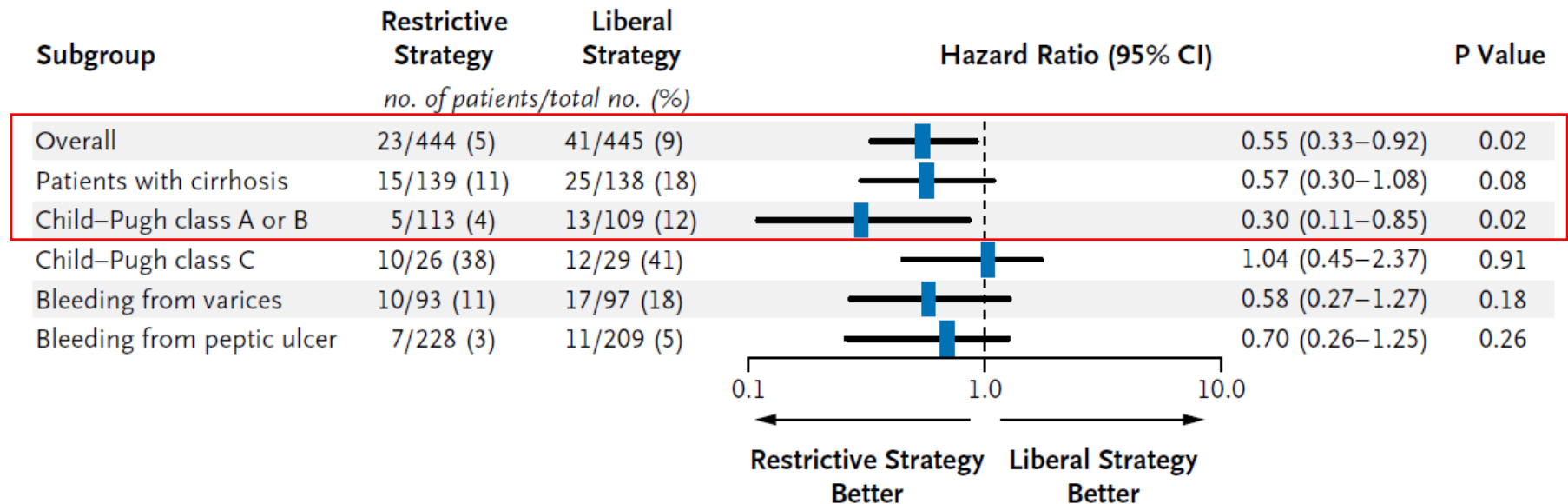
ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 3, 2013

VOL. 368 NO. 1

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

B Death by 6 Weeks, According to Subgroup



Consensus



- Pas de recommandations pour la prise en charge et la prévention de l'encéphalopathie.
- Pas de recommandations pour la prise en charge des troubles de la coagulation.
- Le TP / INR n'est pas un indicateur fiable chez ces patients.

Cas clinique 1



Classification

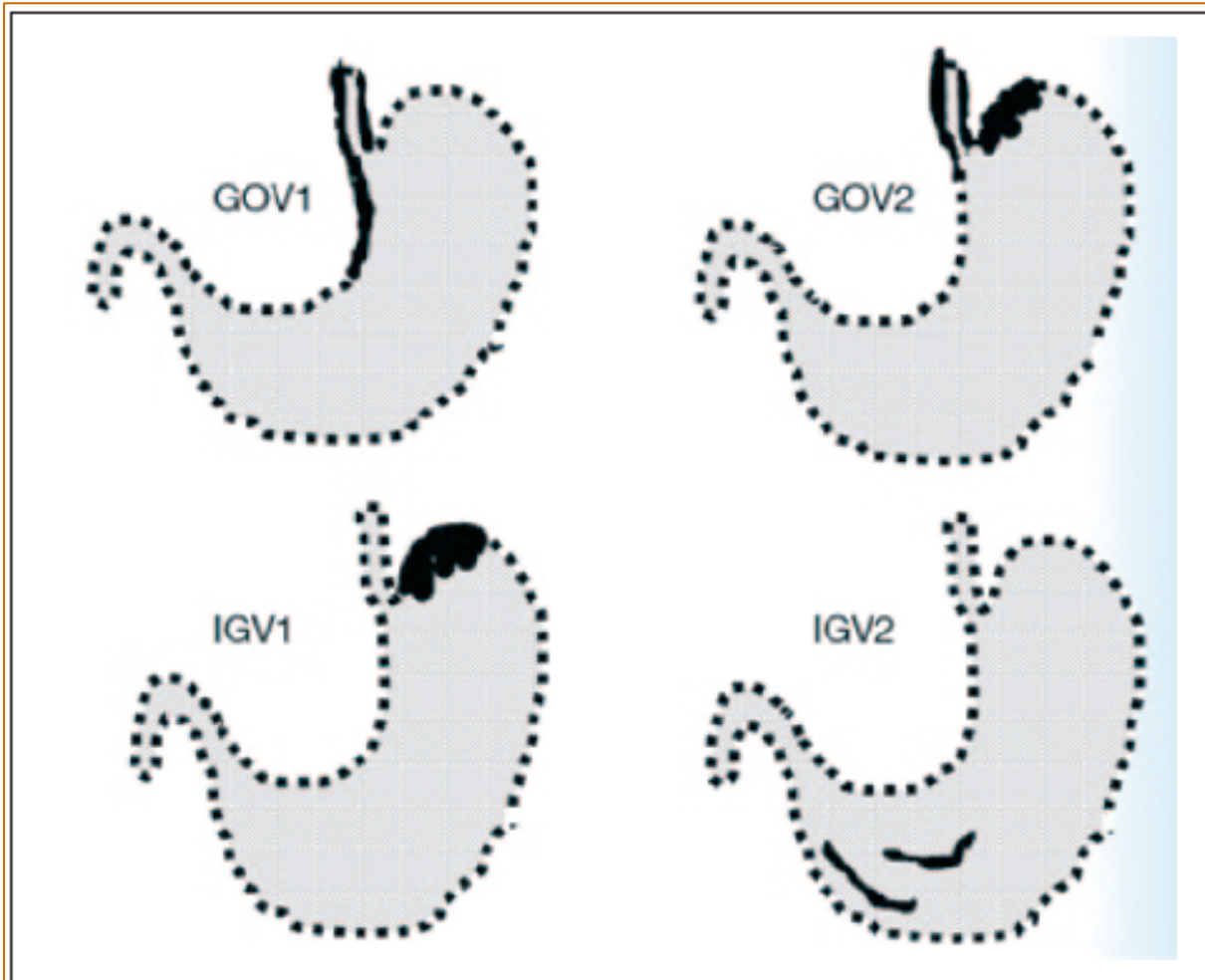


Figure 1. Classification endoscopique des varices gastriques selon Sarin
(GOV: gastro-oesophageal varices - IGV isolated gastric varices)

FDR rupture

Taille > 2 cm

Gastropathie en mosaïque

Sévérité de la cirrhose

Classification



Classification



Classification



Classification



Traitement GOV1



Traitement GOV1



Traitement GOV2



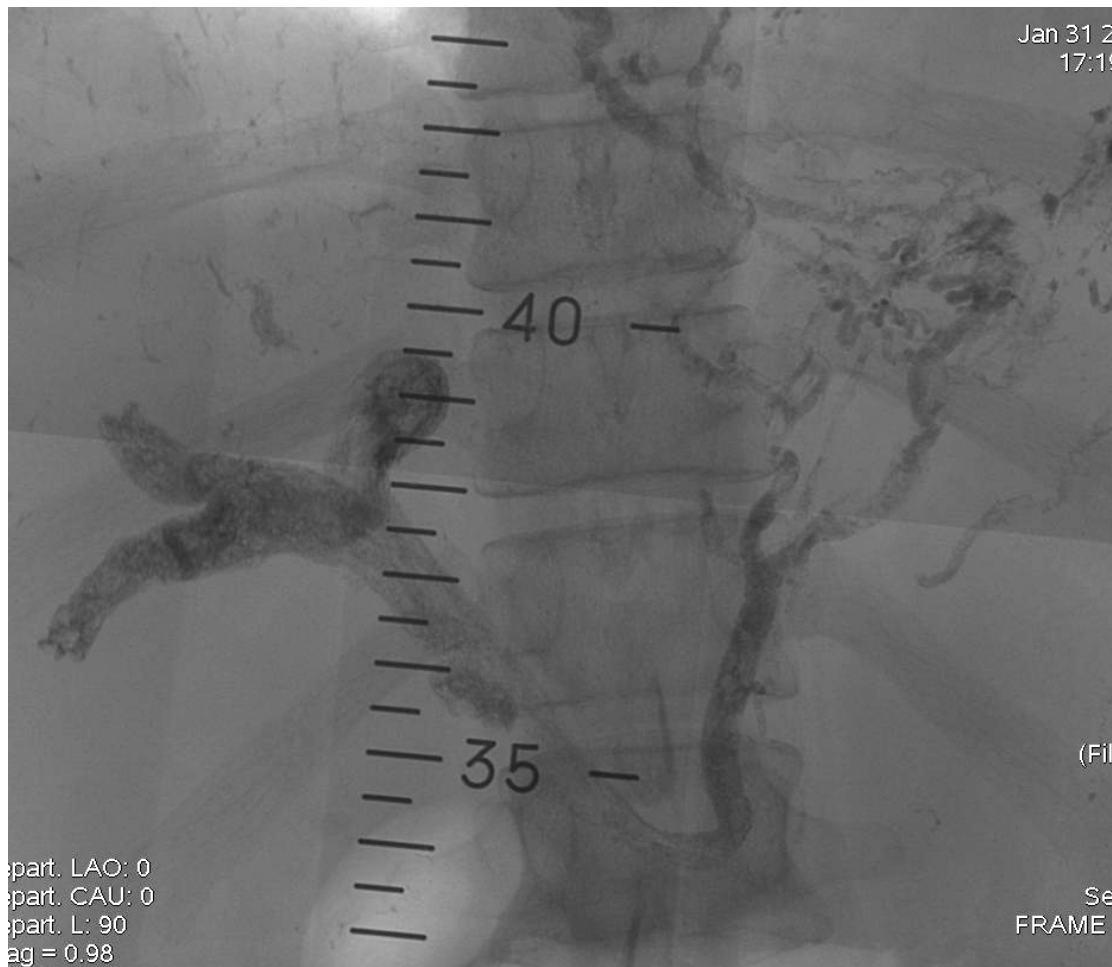
Traitement IGV1

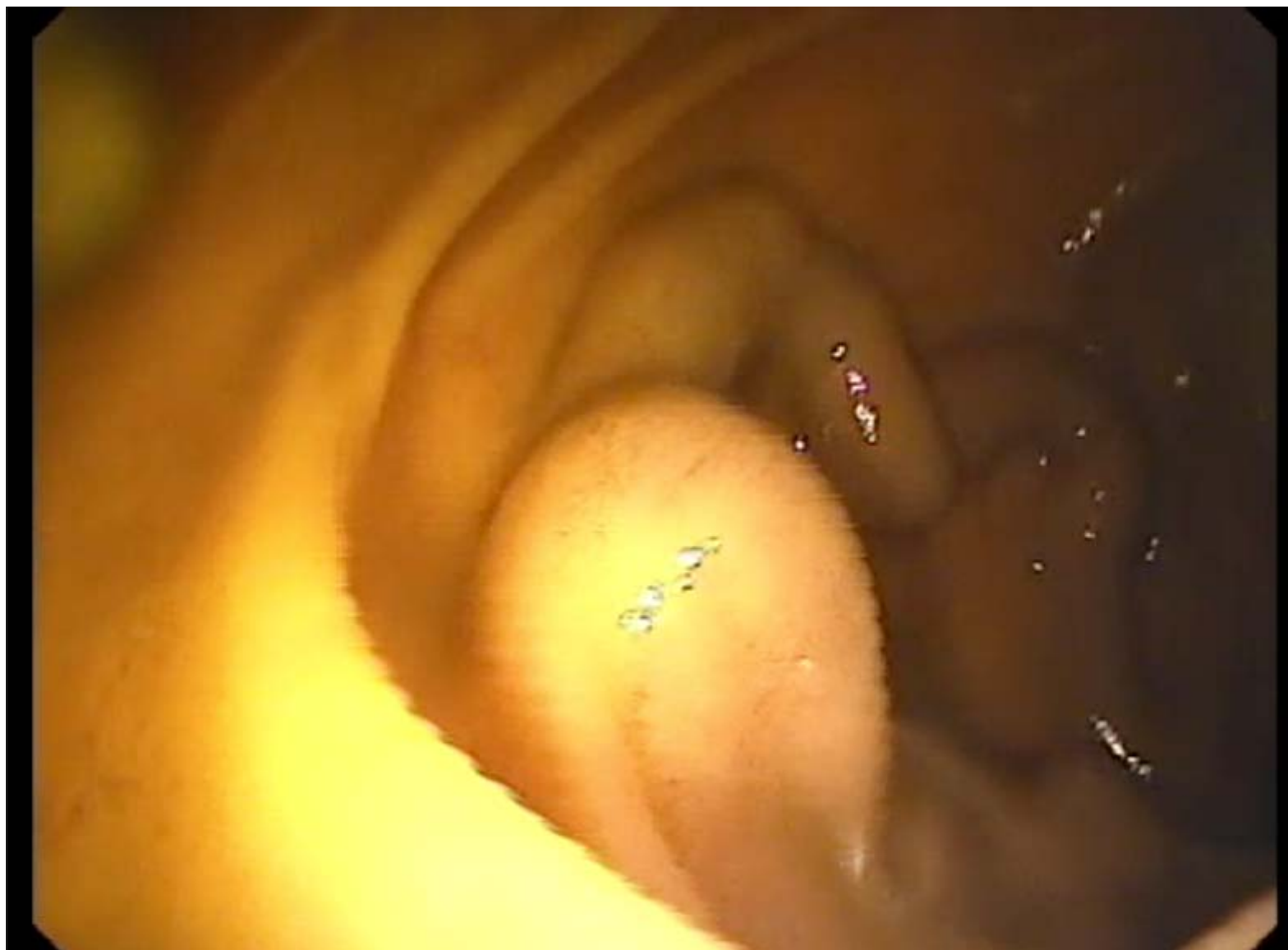


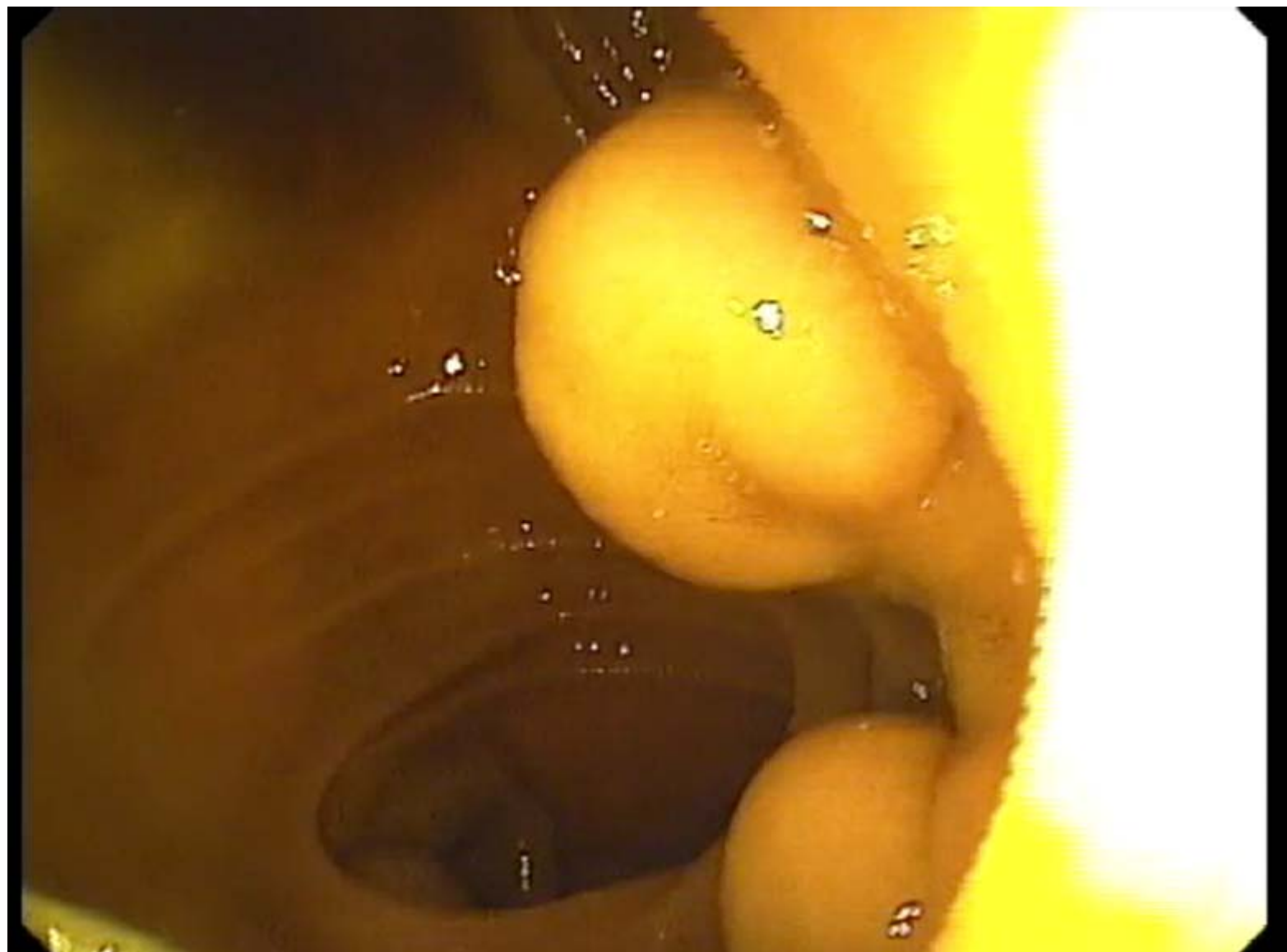




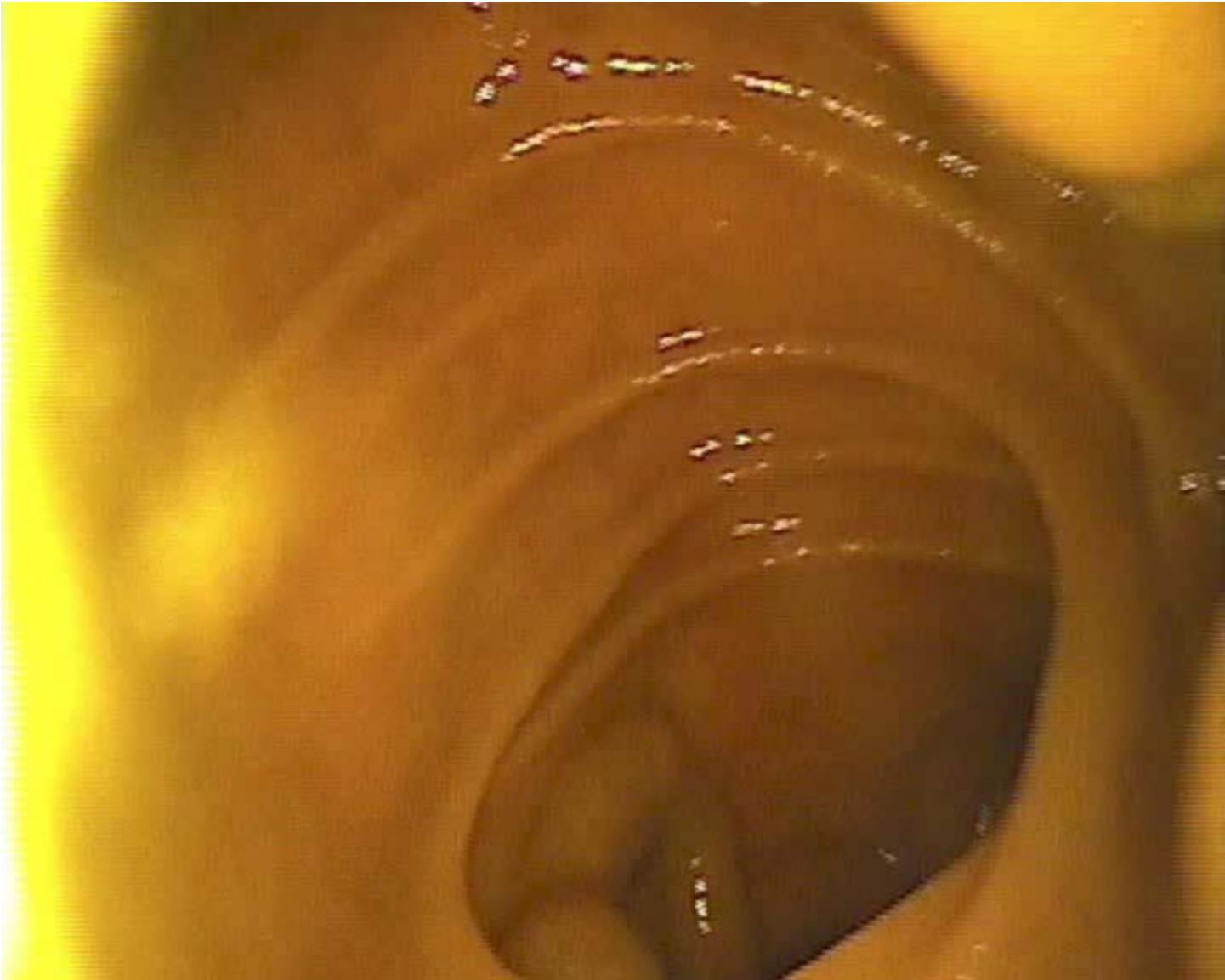








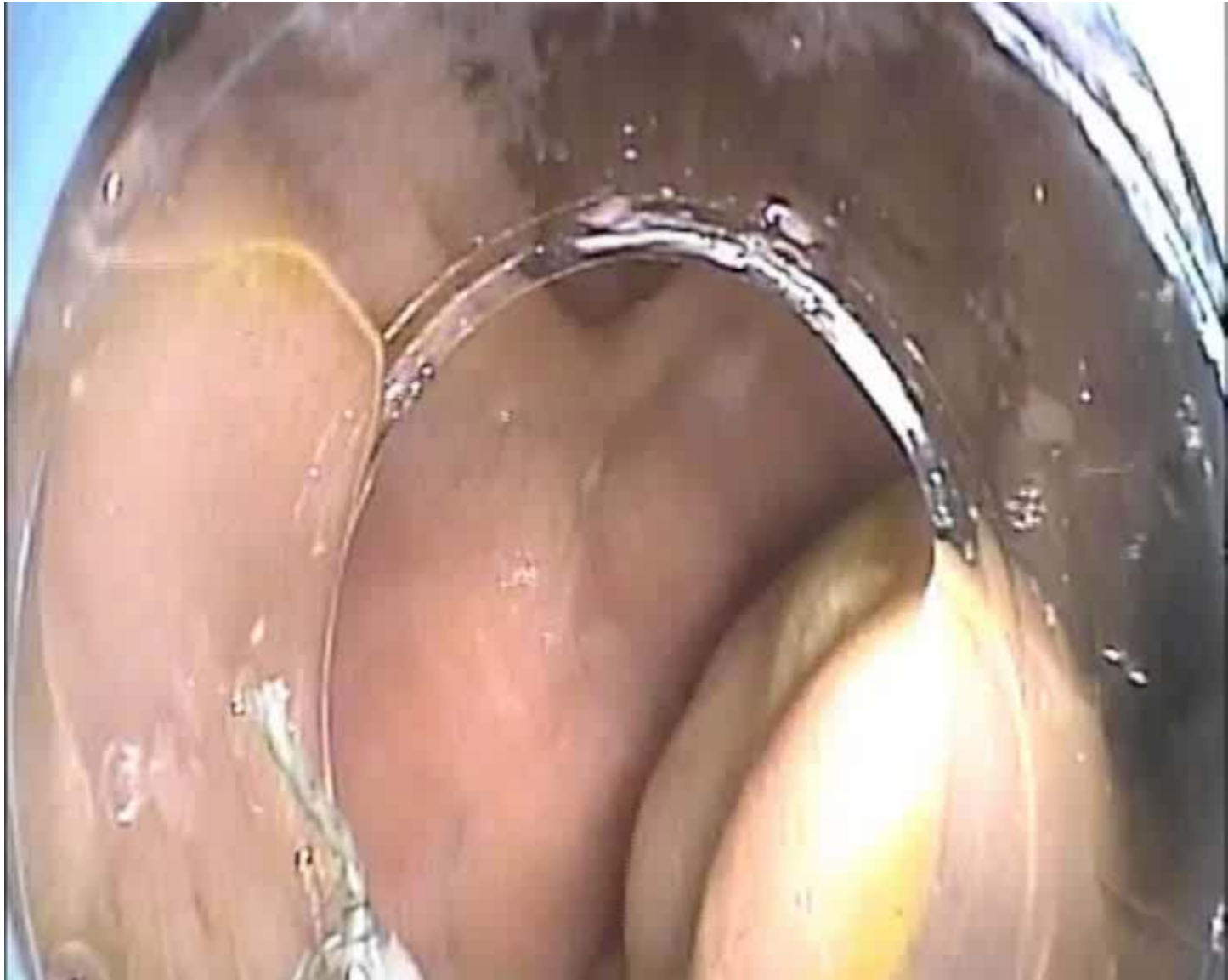
Varices duodénales

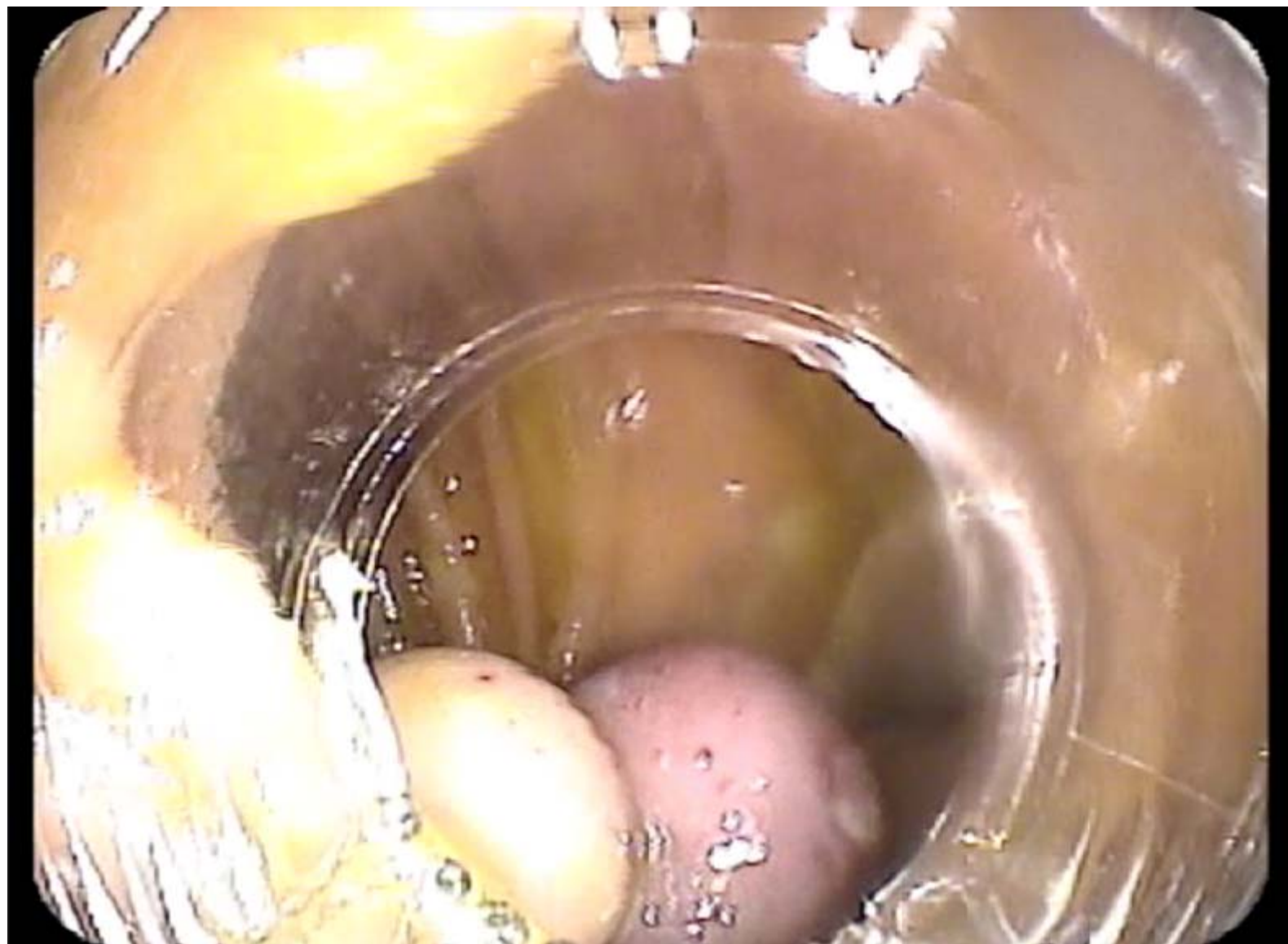


Varices duodénales



Traitement Varices duodénales



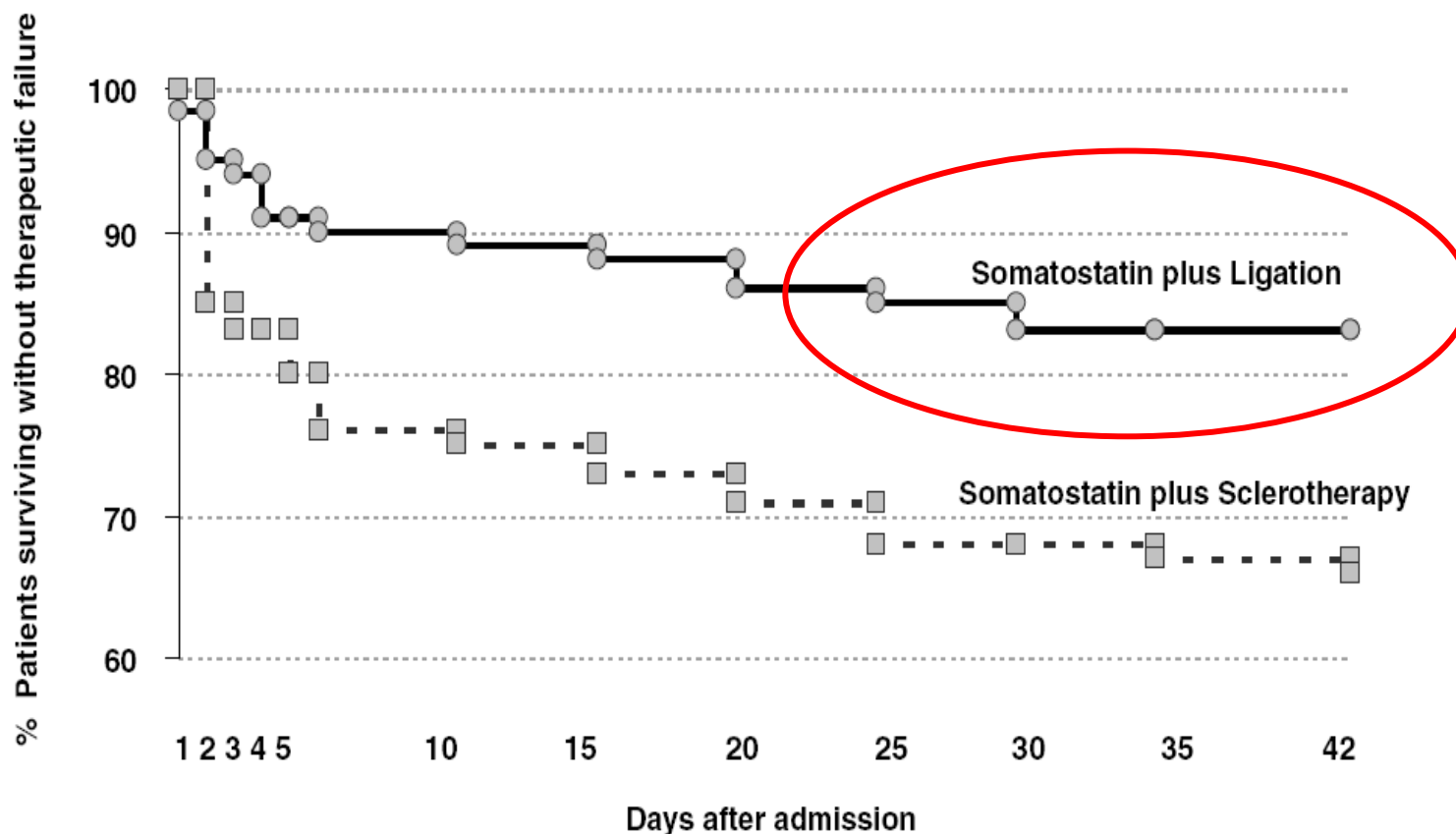


Varices duodénales



A randomized controlled trial comparing ligation and sclerotherapy as emergency endoscopic treatment added to somatostatin in acute variceal bleeding ☆☆☆

Càndid Villanueva^{1,*}, Marta Piqueras¹, Carles Aracil¹, Cristina Gómez¹,
Josep M. López-Balaguer¹, Begoña Gonzalez¹, Adolfo Gallego¹, Xavier Torras¹,
Germà Soriano¹, Sergio Sáinz¹, Salvador Benito², Joaquim Balanzó¹



Consensus



Traitement endoscopique

Le + tôt possible

Dans les meilleures conditions

La LVO est préférée à la sclérose

Ligature sauf cas particuliers

- colle : pour les varices gastriques
(isolées ou GOV 2)

- ligature ou colle pour les GOV 1

Cas clinique 1

Hb = 6,2 g/dl

Plaquettes = 85 000 mm³

TP = 45 %

INR = 1,5

Bilirubine totale 65 µmol/l

Créatinine 95 µmol/l

Albumine 27 g/l

Hémorragie digestive haute par rupture de GOV 1 chez un patient atteint d'une cirrhose - Score de Child C<14

Cas clinique 1

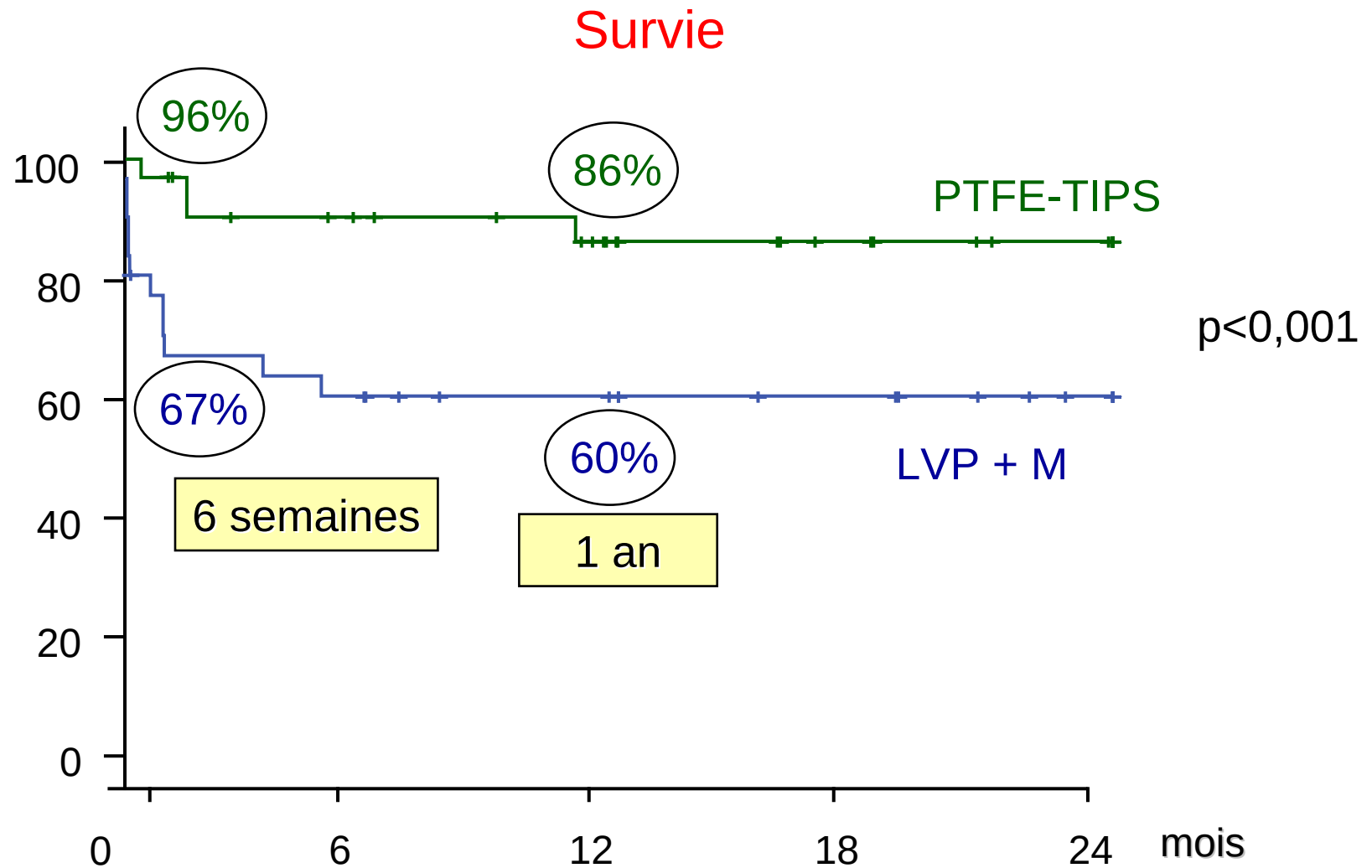
Que faut il discuter ?

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

- Cirrhose
- Hémorragie digestive par rupture de VO, GOV1 ou GOV2
- Patient Child-Pugh B + hémorragie active à l'endoscopie malgré le traitement pharmacologique
ou patient Child-Pugh C (<14)

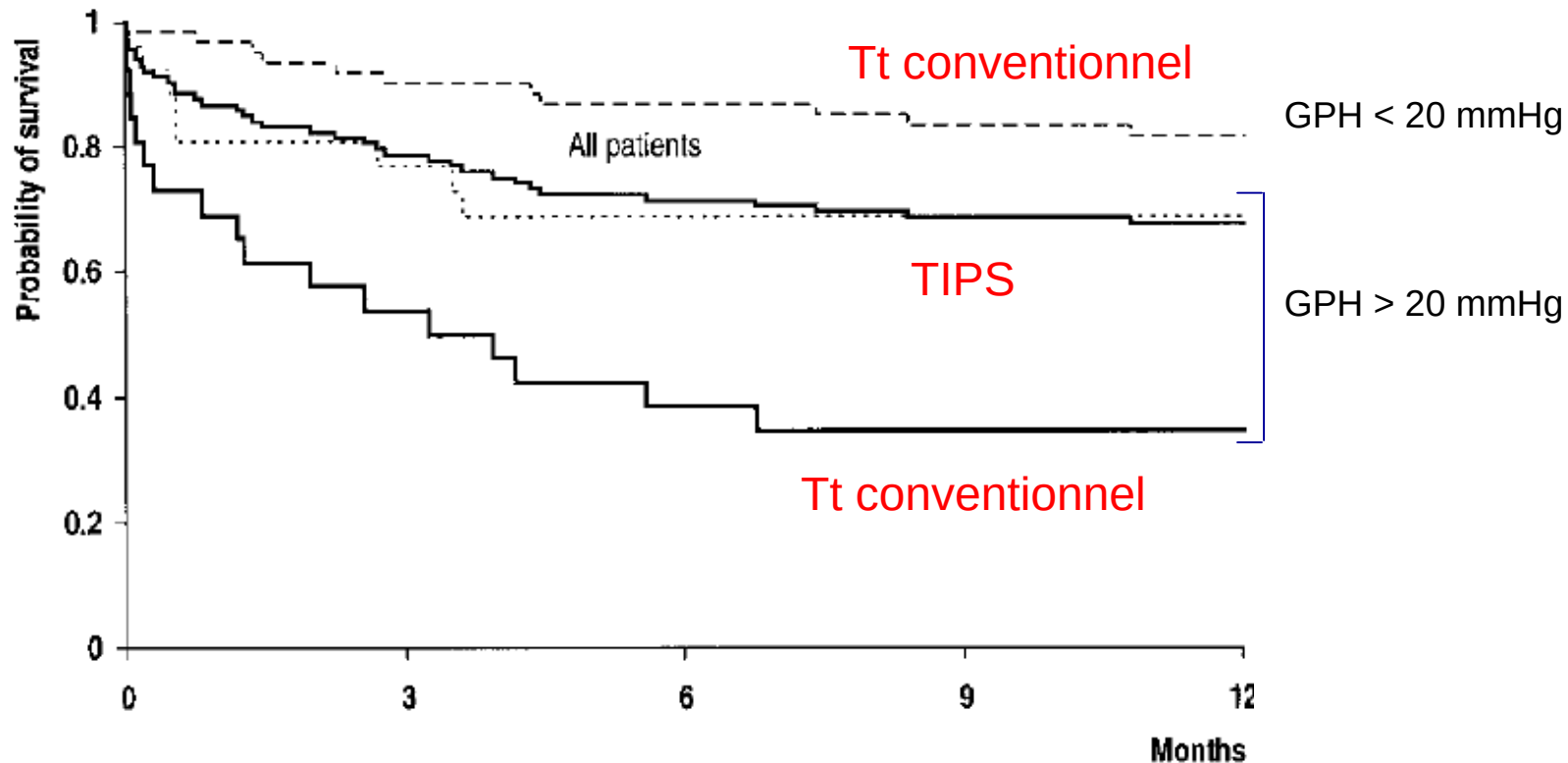
Early Use of TIPS in Patients with Cirrhosis and Variceal Bleeding



Influence of Portal Hypertension and Its Early Decompression by TIPS Placement on the Outcome of Variceal Bleeding

Alberto Monescillo,¹ Francisco Martínez-Lagares,² Luis Ruiz-del-Arbol,³ Angel Sierra,¹ Clemencia Guevara,¹ Elena Jiménez,¹ José Miguel Marrero,¹ Enrique Buceta,² Juan Sánchez,⁴ Ana Castellot,¹ Mónica Peñate,¹ Ana Cruz,¹ and Elena Peña³

HEPATOLOGY 2004;40:793–801



Consensus



Early TIPS placement

An early TIPS within 72 h (ideally 24 h) **should be considered** in patients at high-risk of treatment failure after initial pharmacological and endoscopic therapy.

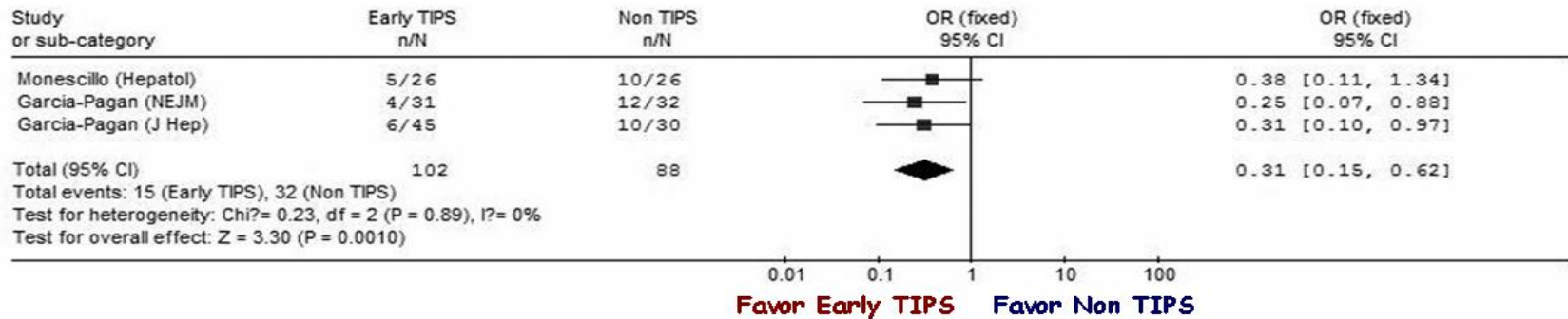
Management of treatment failures

Persistent bleeding despite combined pharmacological and endoscopic therapy is best managed by TIPS.

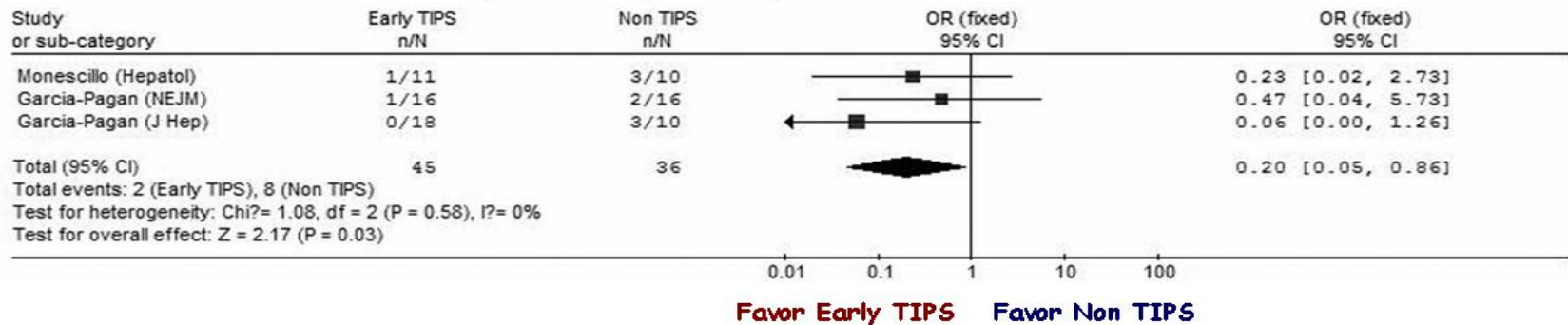
Rebleeding during the first 5 days may be managed by a 2nd attempt at endoscopic therapy. If rebleeding is severe, TIPS is likely the best option.

Meta-A Hémorragie selon la classe de Child-Pugh

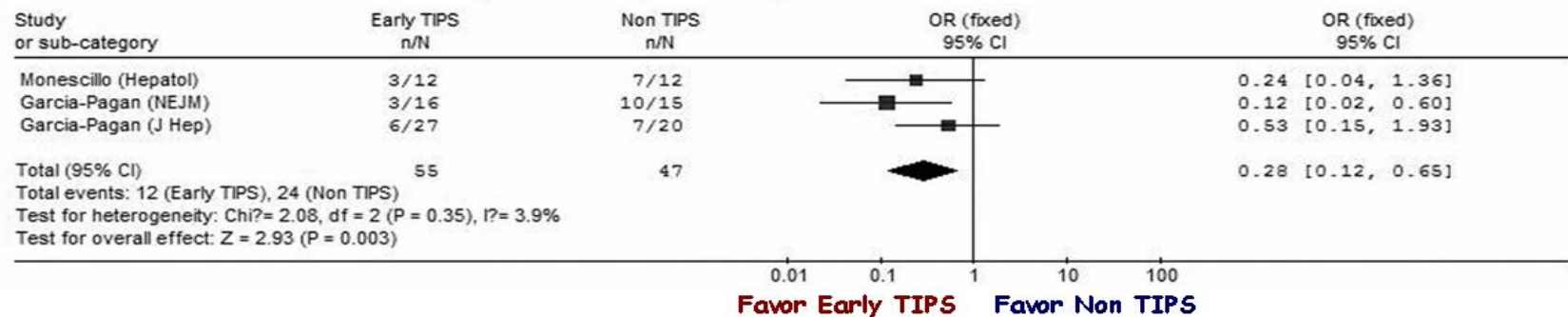
A. Mortality in all patients



B. Mortality in Child-Pugh class B patients



C. Mortality in Child-Pugh class C patients



With authorization of Pr Han.

Autres lésions

GASTROENTEROLOGY 1995;108:138-144

LIVER, PANCREAS, AND BILIARY TRACT

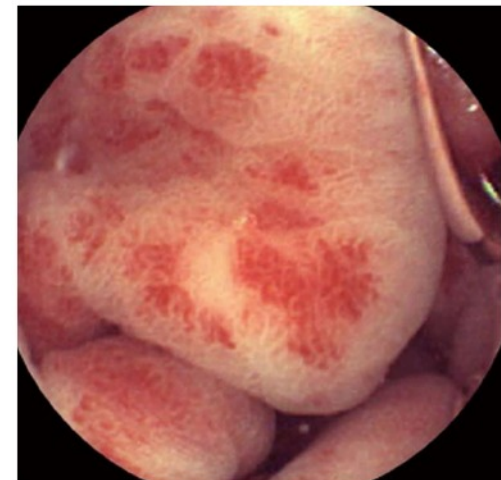
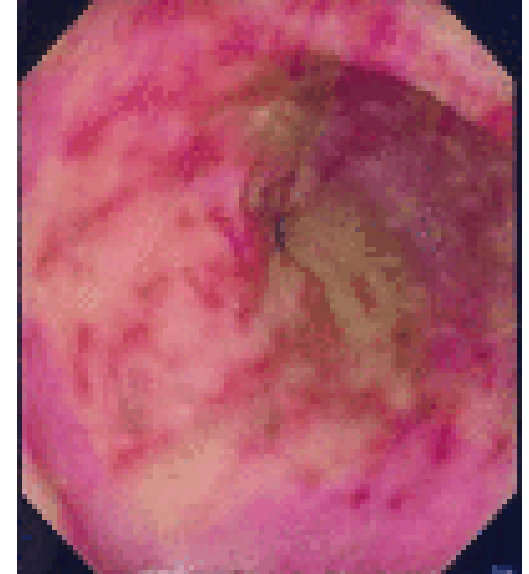
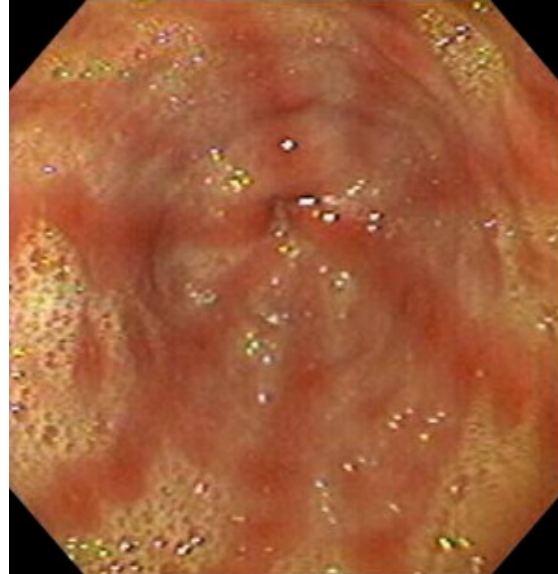
Severe Portal Hypertensive Gastropathy and Antral Vascular Ectasia Are Distinct Entities in Patients With Cirrhosis

JEAN-LOUIS PAYEN,* PAUL CALÈS,[†] JEAN-JACQUES VOIGT,[§] SOPHIE BARBE,*
CHRISTOPHE PILETTE,[†] LILIANNE DUBUISSON,^{||} HERVÉ DESMORAT,* JEAN-PIERRE VINEL,*
ALAIN KERVAN,[¶] JEAN-ALAIN CHAYVIALLE,[#] and JEAN-PIERRE PASCAL*

Autres lésions

	Gastropathie d'HTP	EVA
Localisation	Corps et fundus	Antre
Histologie	Dilatation cap muq et /smu	Dilatations thrombi prolifération cellules fusiformes et fibrohyalinose
Aspect endoscopique typique	Mosaïque points rouges	Plages rouges séparées de muq N Watermelon stomach
HTP	Toujours	Parfois
Autres pathologies associées	HTP non cirrhotique	Connectivites Grefe moelle IRC Diabète
Tt endoscopique	Non	Laser – Ligature ?
Tt HTP	β -Bloquants	?

Ectasies vasculaires antrales



Ectasies vasculaires antrales

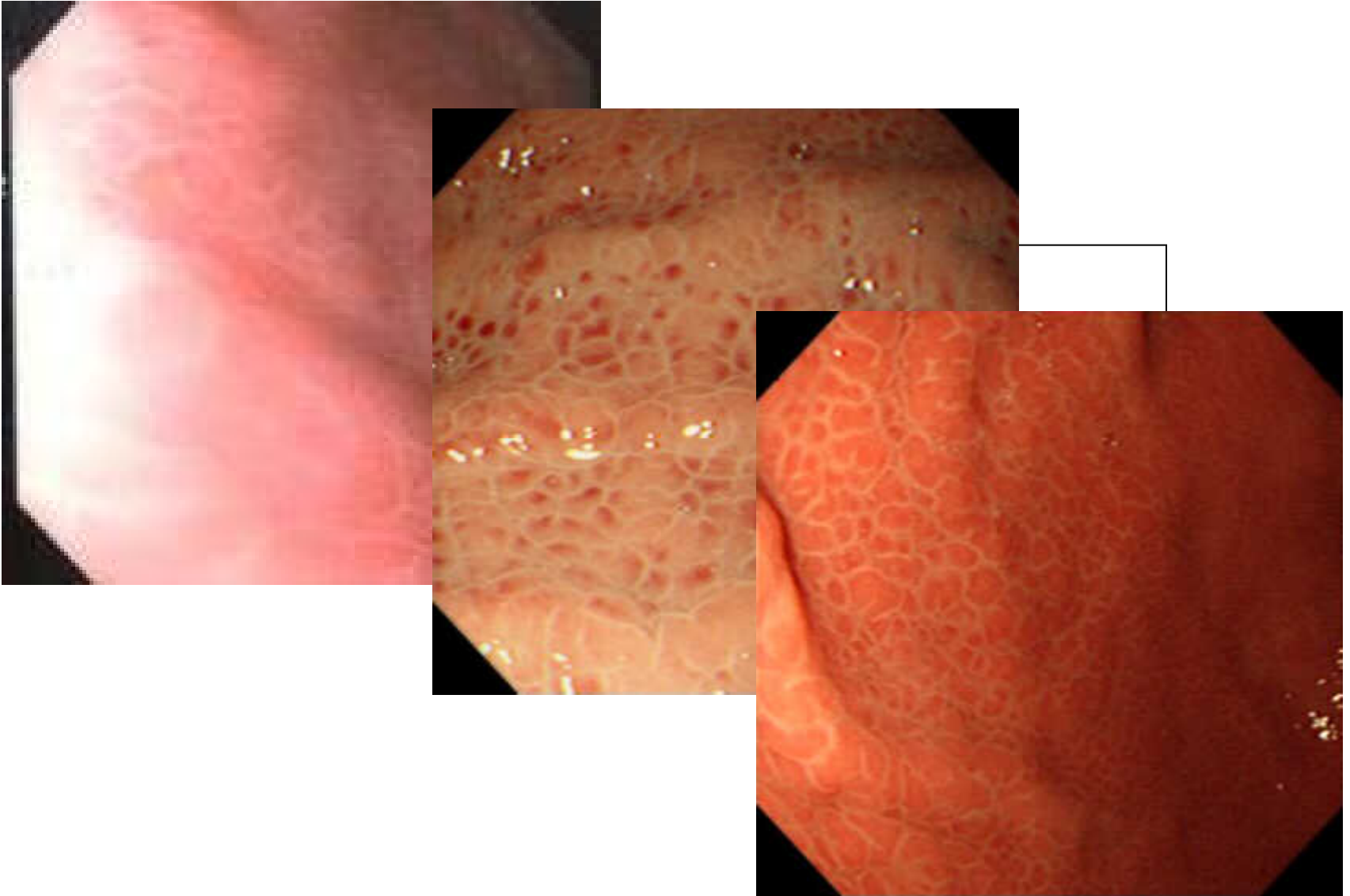


Traitement ectasies vasculaires antrales

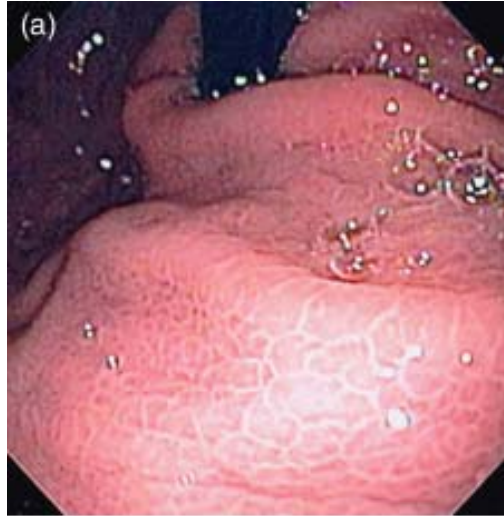




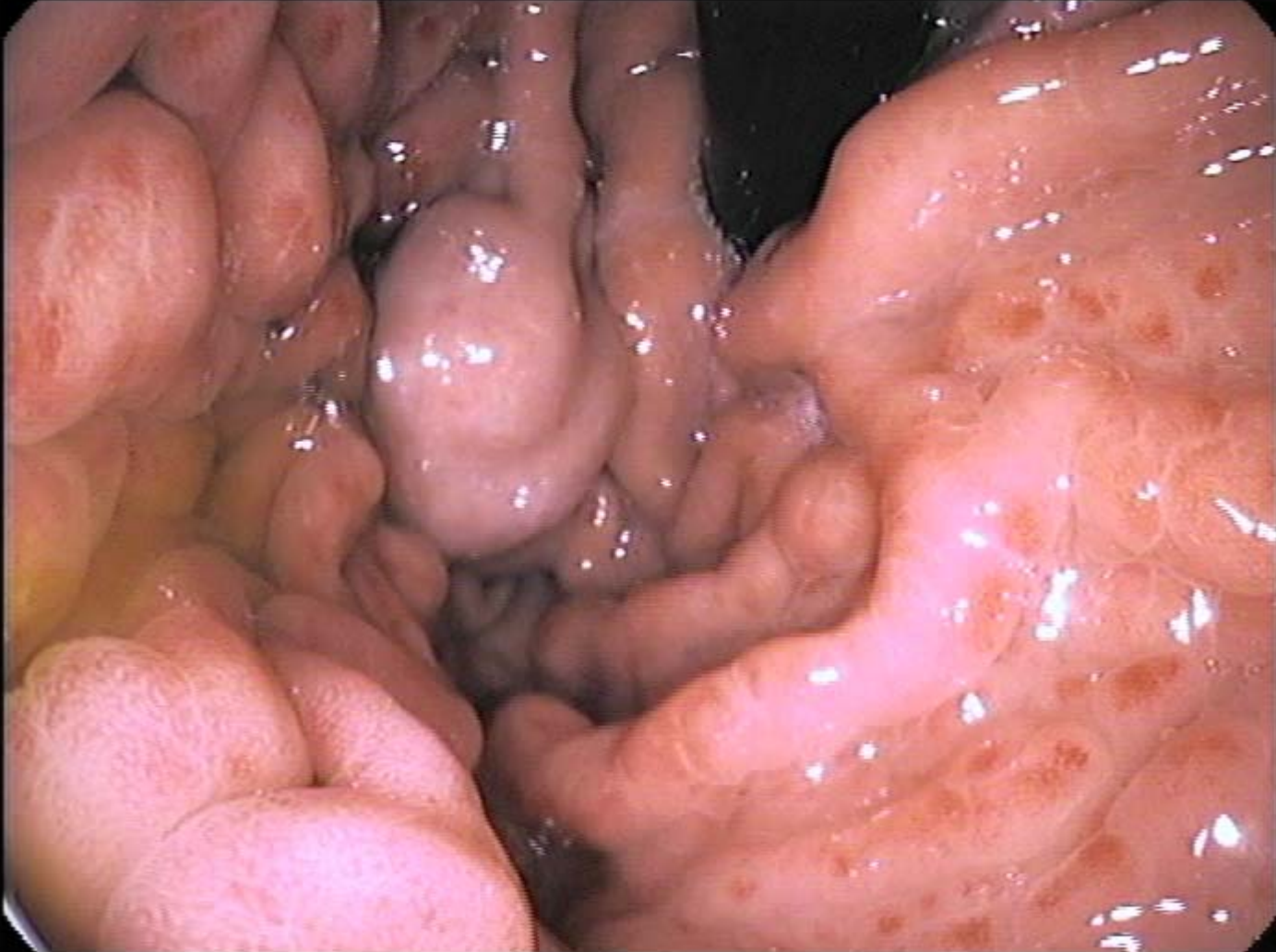
Gastropathie d'hypertension portale



Gastropathie d'hypertension portale



Gastropathie d'hypertension portale



Gastropathie d'hypertension portale



Cas clinique 2

Homme de 58 ans

Syndrome métabolique – **Cirrhose Child A**

Avlocardyl® 160 LP en prévention primaire

Surpoids : IMC = 38 kg/m²

Diabète type 2 : **Glucophage – Diamicron – Lantus**

HTA : **Zestoretic**

Cardiopathie ischémique (Stent 2002) **Plavix Kardegic Inipomp**

Bilan d'anémie ferriprive

8,4 g/dl: dyspnée et asthénie

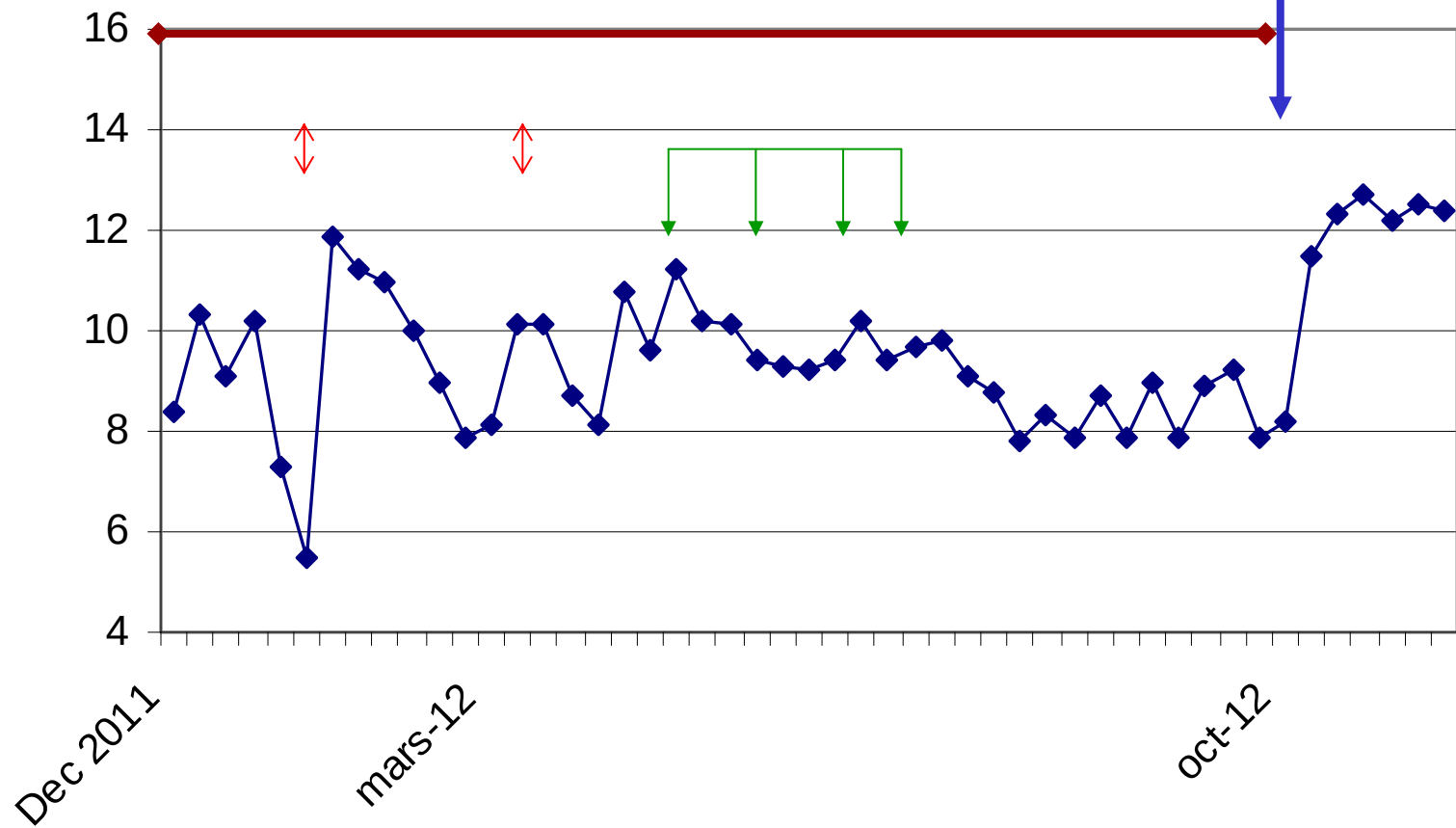
VO stade 3 avec signes rouges mais sans signes
d'hémorragie récente

EVA : saignement au moindre contact

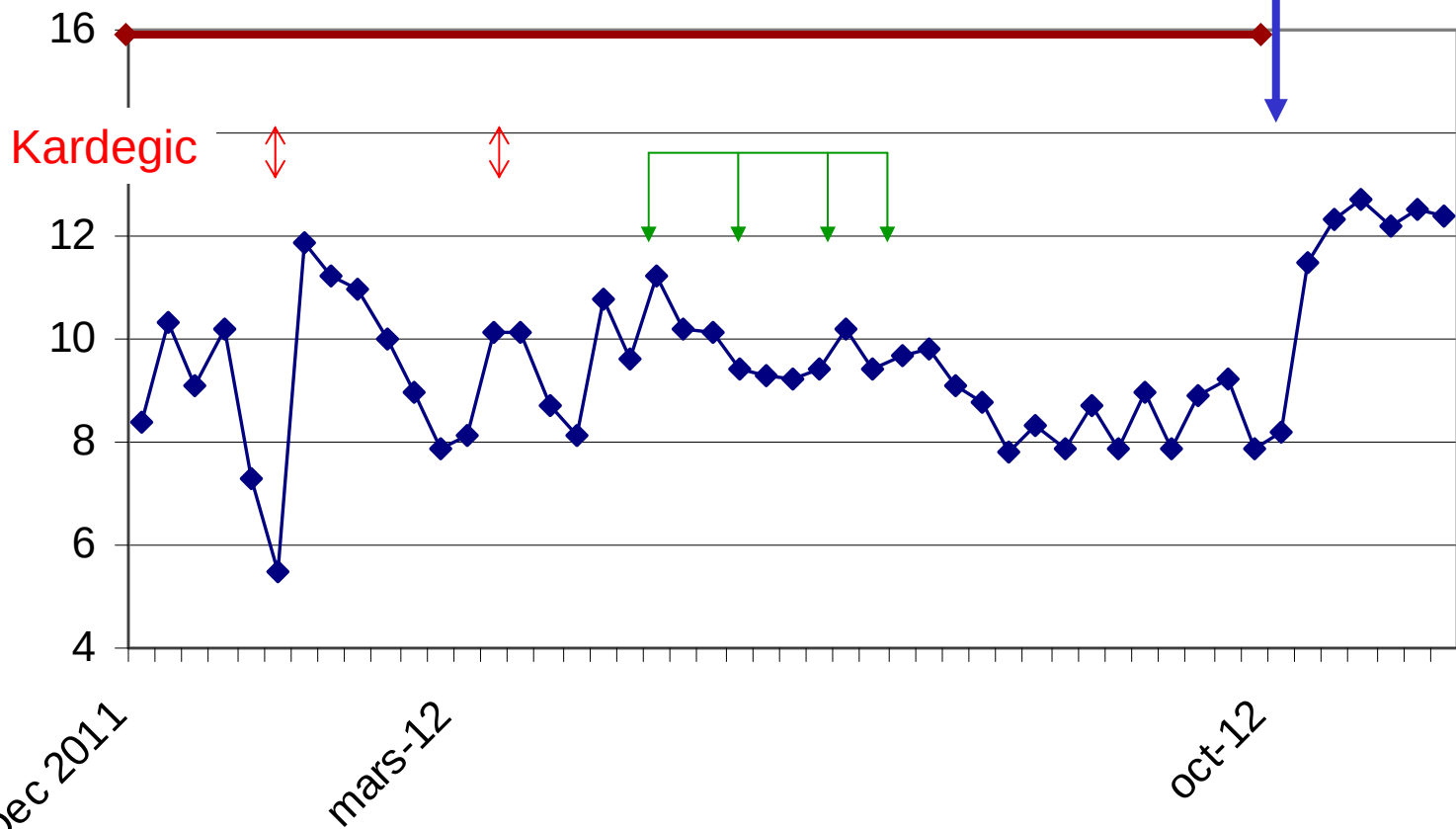
Coloscopie normale

Vidéocapsule : pas d'autres lésions

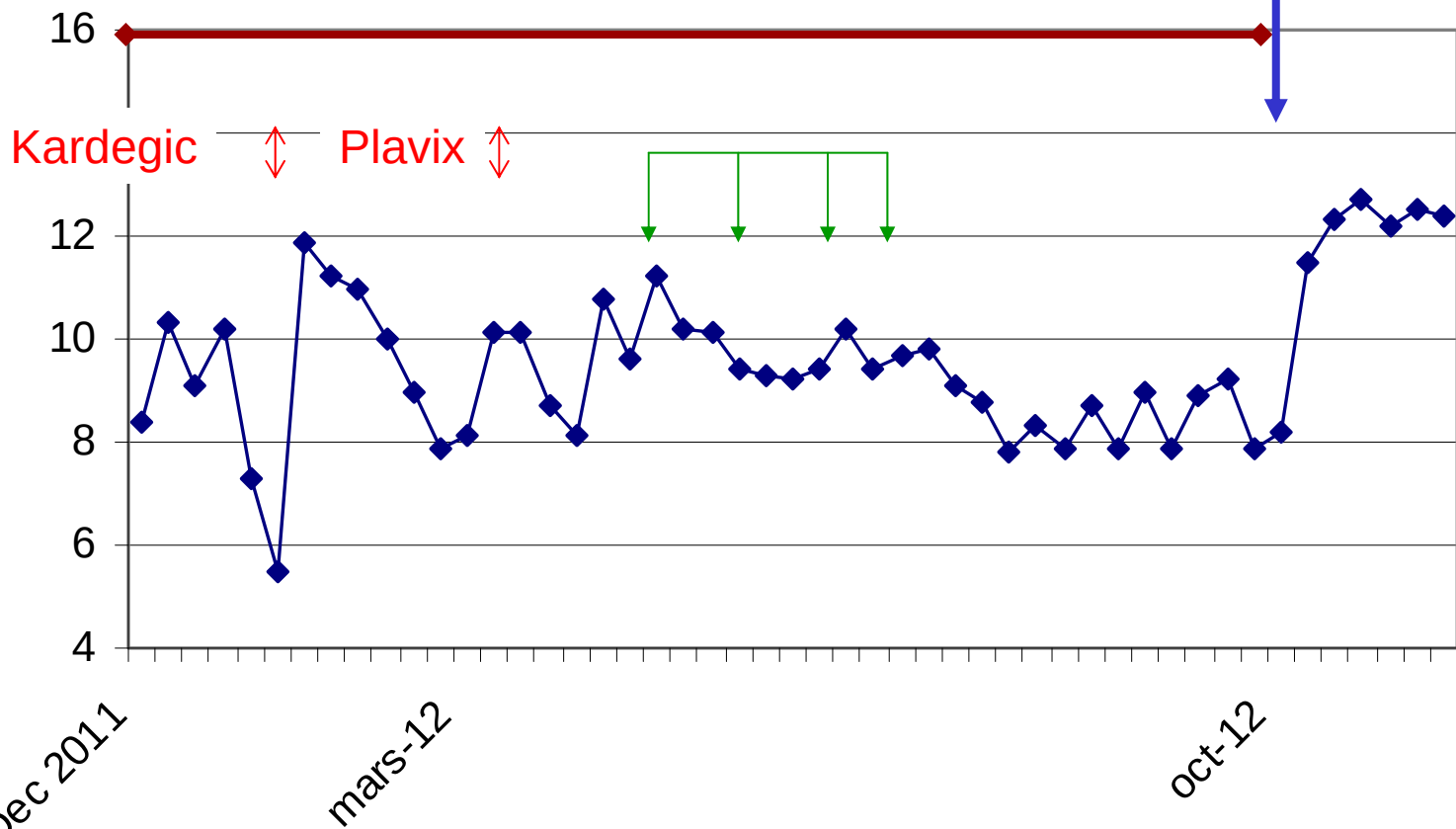
42 Culots Globulaires



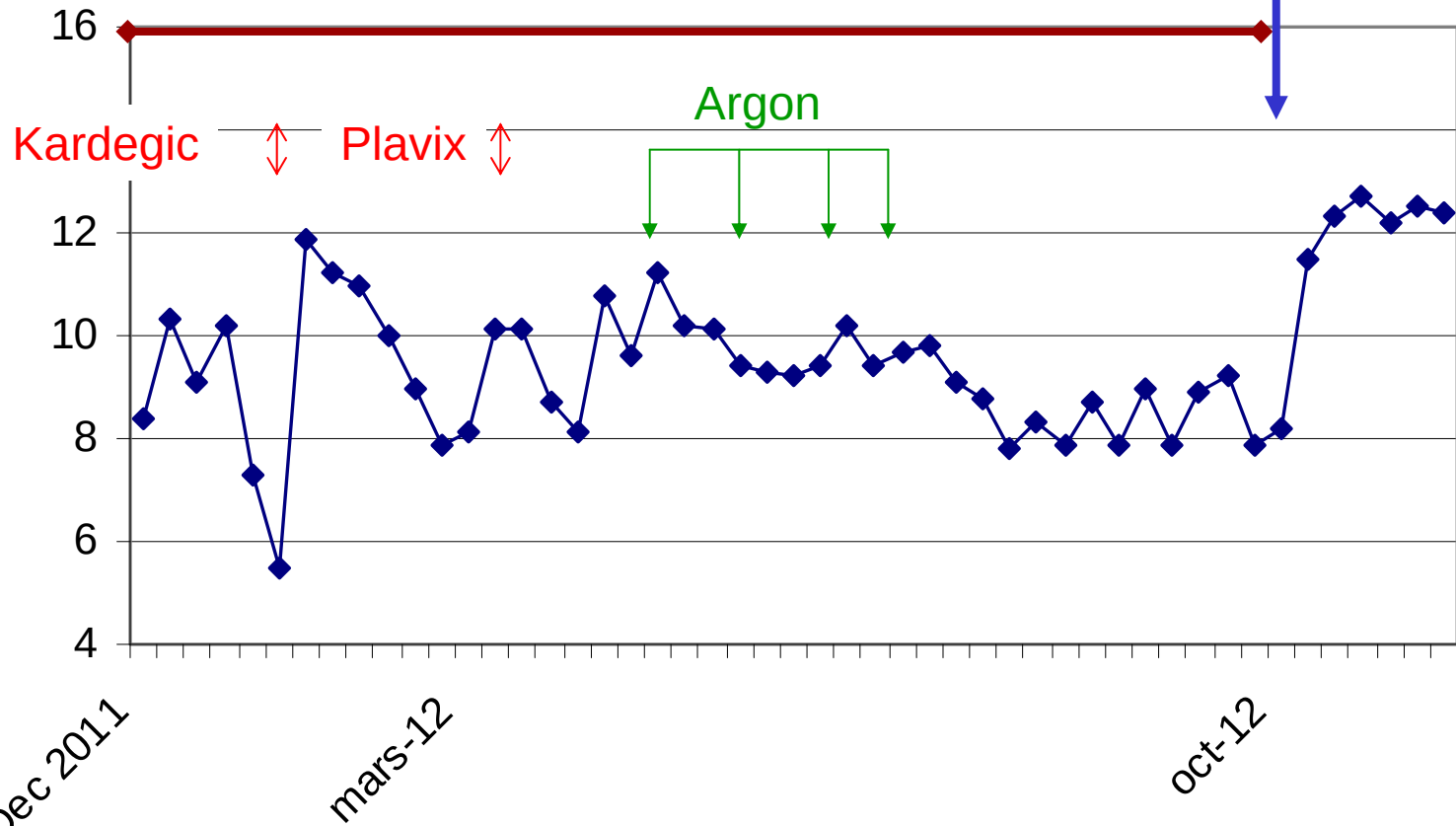
42 Culots Globulaires



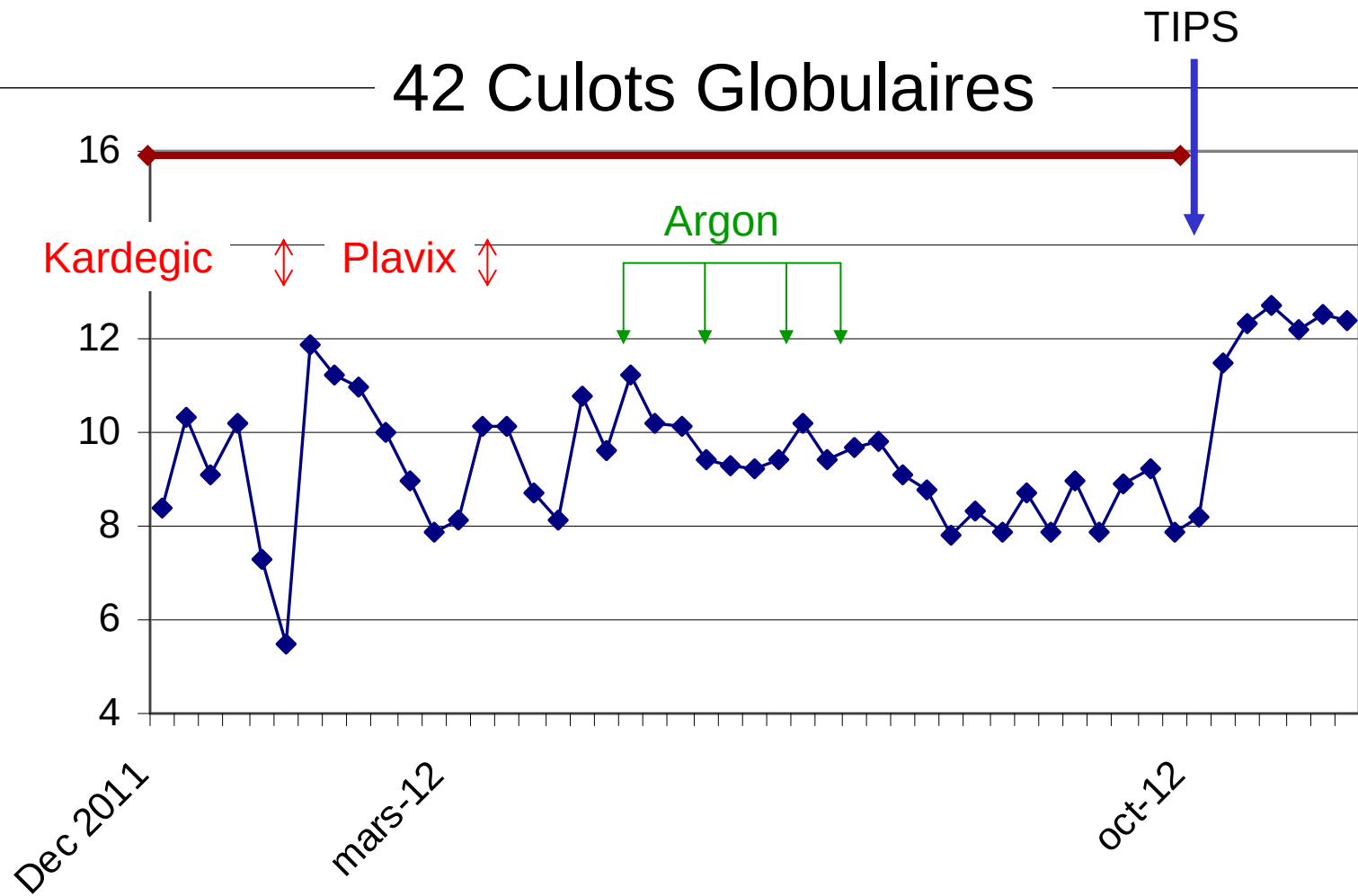
42 Culots Globulaires



42 Culots Globulaires



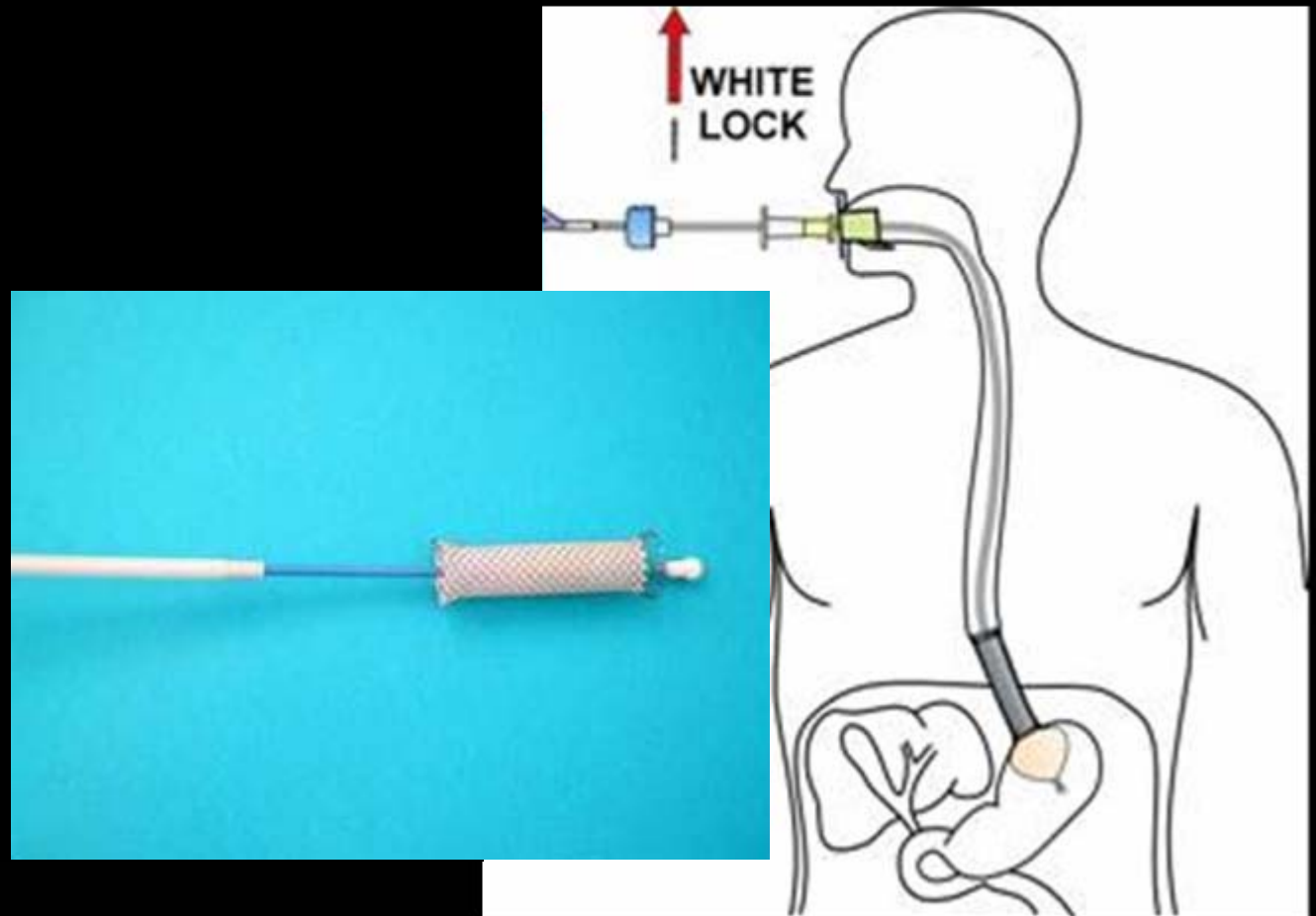
42 Culots Globulaires

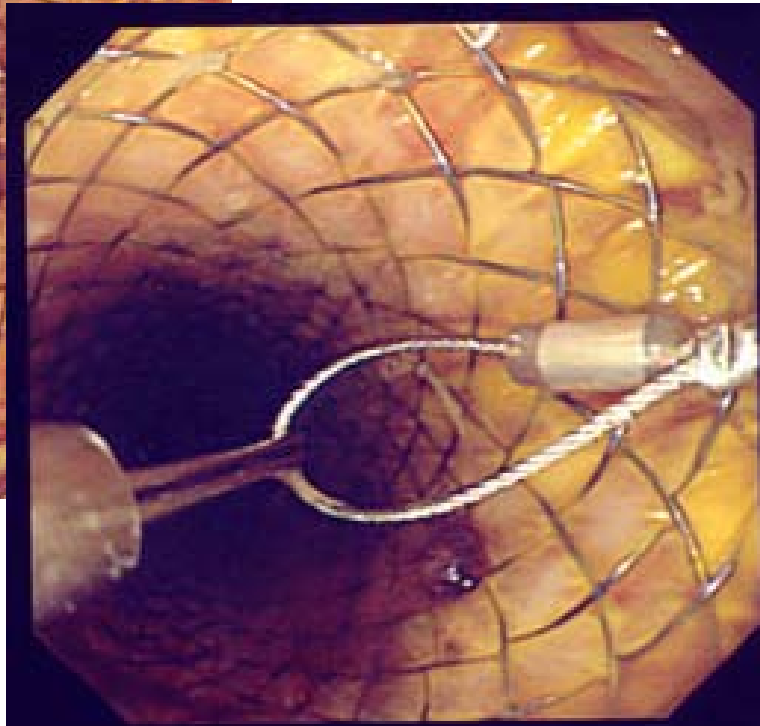
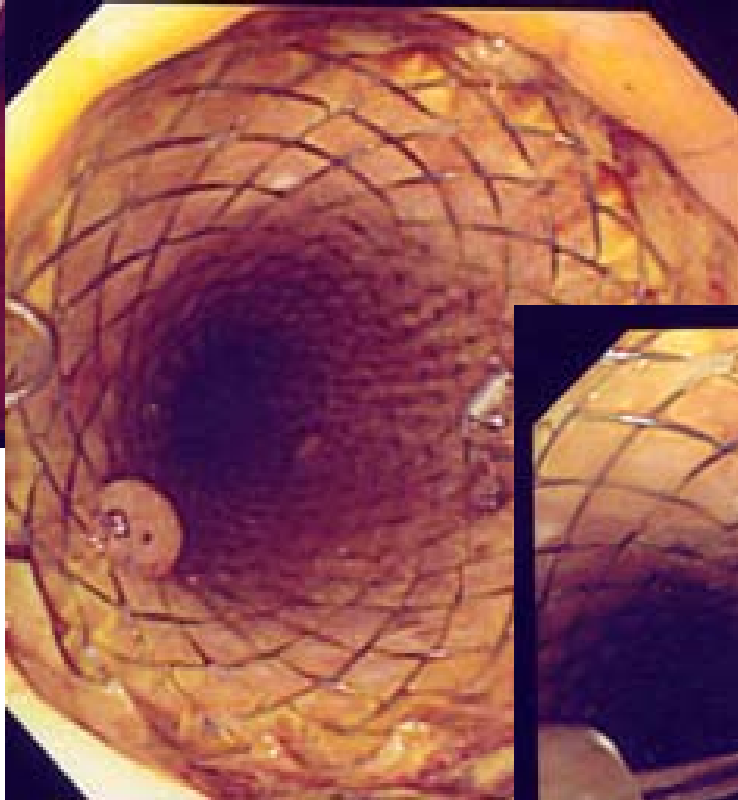
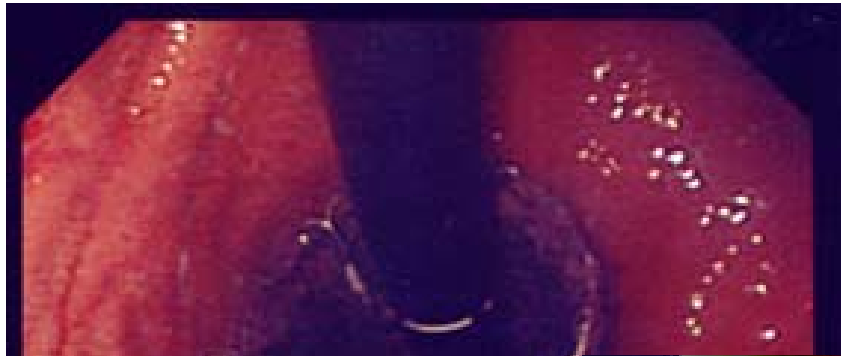


Les 6 points forts

- ❶ Tout patient atteint d'une cirrhose doit avoir une endoscopie de dépistage des VO.
- ❷ La taille des VO et la sévérité de la cirrhose sont les principaux facteurs associés au risque de présenter une hémorragie par rupture de VO.
- ❸ La prévention de la première hémorragie par rupture de VO repose sur les β -bloquants ou la LVO, la prévention de la récurrence sur l'association des 2 méthodes.
- ❹ Le traitement d'hémostase d'une rupture de VO est au moins une trithérapie : vasoactif + antibiotiques + ligature.
- ❺ Le TIPS est discuté chez les patients à haut risque d'échec du contrôle de l'hémorragie, en cas d'échec du contrôle de l'hémorragie ou en cas d'échec de la prévention de la récurrence par l'association β -bloquant + ligature.
- ❻ En fonction du contexte et de la localisation : les β -bloquants, l'injection de colle, la ligature et le TIPS sont les moyens utilisés pour les varices gastriques.

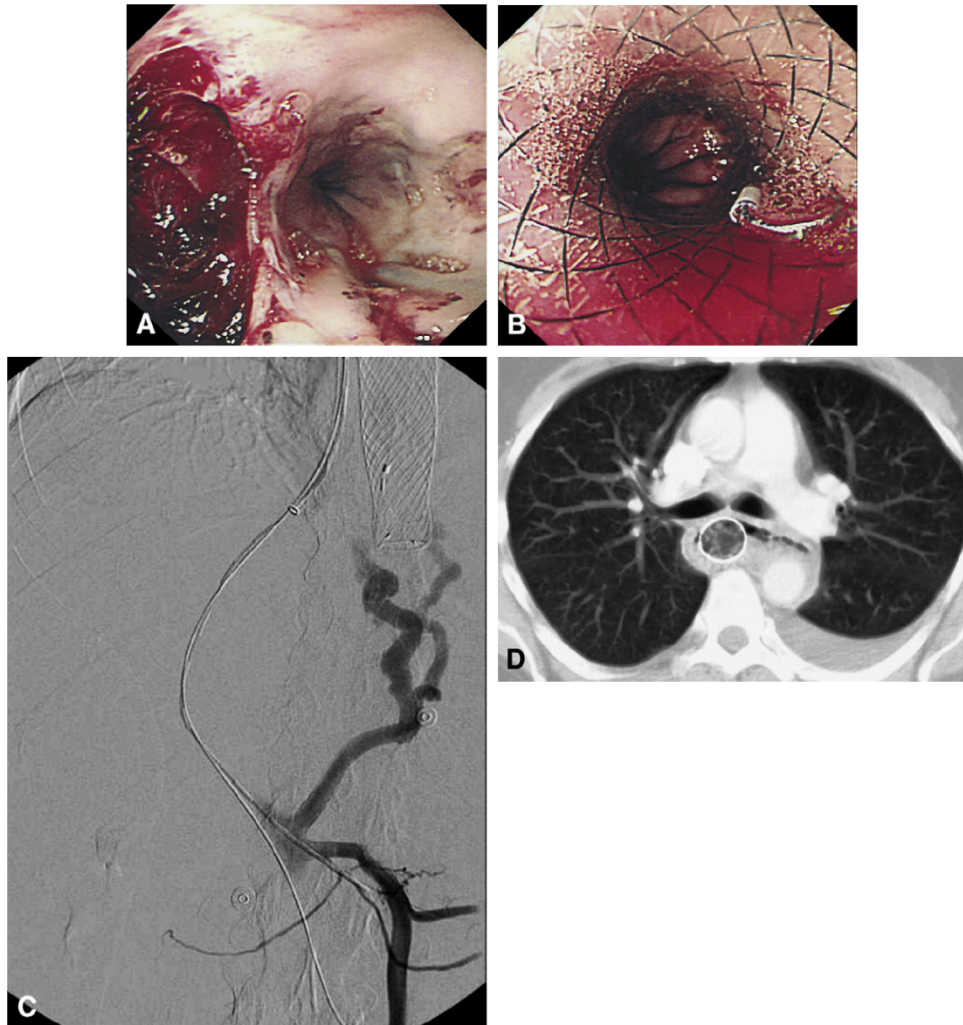
- 1 Le ballon est gonflé dans l'estomac et remonté en traction jusqu'au cardia
- 2 La prothèse est larguée
- 3 Le ballon est dégonflé et retiré





Lawrence J. Brandt, MD, Associate Editor for Focal Points

A removable covered self-expanding metal stent for the management of Sengstaken-Blakemore tube-induced esophageal tear and variceal hemorrhage



Hubmann R et al. Endoscopy 2006

20 patients

Succès de la mise en place 100 %

Arrêt de l'hémorragie 100 %

20 % de migration

Extraction dans 100 % des cas

Dérivation chez 10 patients – Transplantation chez 2

75 % de survie à 6 semaines

Wright G et al. Gastrointest Endosc 2010

10 patients

Succès de la mise en place 90 %

Arrêt de l'hémorragie 70 %

Extraction dans 60 % des cas

50 % de survie à 6 semaines

L'évolution des sondes de tamponnement

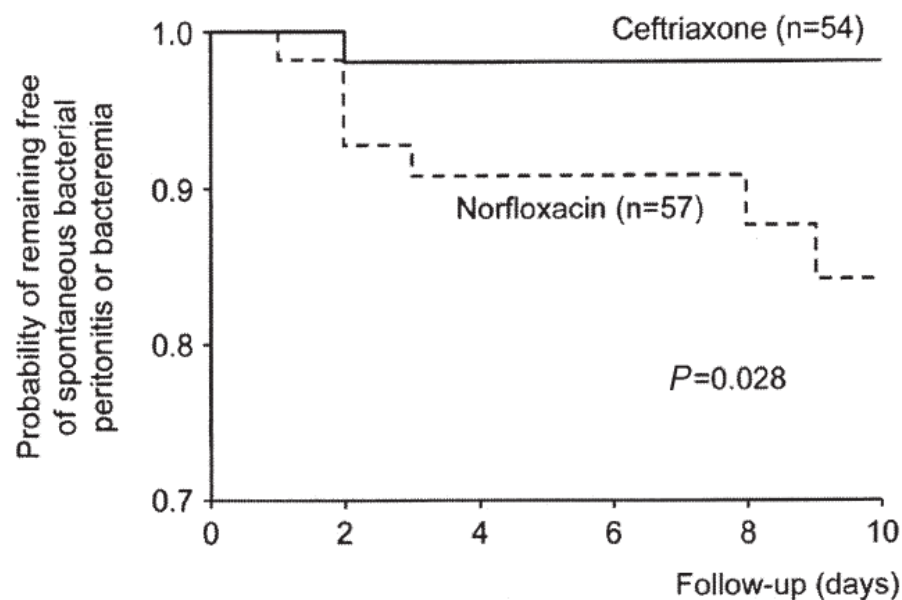
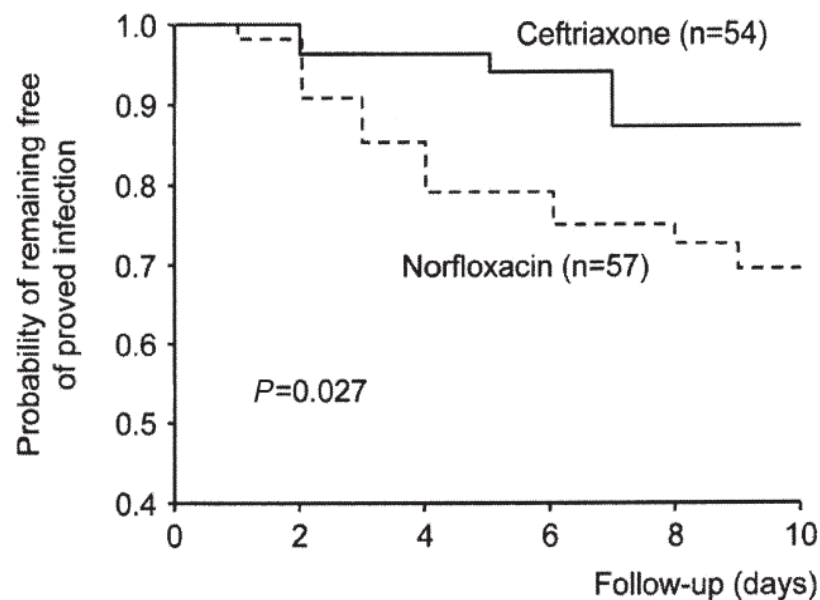


Norfloxacin vs Ceftriaxone in the Prophylaxis of Infections in Patients With Advanced Cirrhosis and Hemorrhage

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

GASTROENTEROLOGY 2006;131:1049–1056



Effect of erythromycin before endoscopy in patients presenting with variceal bleeding: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial

Ibrahim Altraif, MD, FRCP, Fayaz A. Handoo, MD, MRCP, Abdulrahman Aljumah, FRCP(I), Abduljaleel Alalwan, MD, Mutasim Dafalla, MD, MRCP, Abdullah Mohamed Saeed, MD, MRCP, Abdulrahman Alkhormi, MD, Abdul Karim Albekairy, PhD, Hani Tamim, PhD

125 mg dans 50 ml de sérum ϕ en 10 min 30 min avant l'endoscopie

TABLE 3. Effects of erythromycin and placebo in the study population

Variables	Erythromycin	Placebo	P value
No. of patients	47	43	
Empty stomach, no. (%)	23 (48.9)	10 (23.3)	<.012
Endoscopic score, mean (SD)	12.5 (3.6)	9.8 (4.2)	<.05
Endoscopy duration, min, mean (SD)	19.0 (9.8)	26.0 (13.4)	<.005
Hospital stay, d, mean (SD)	3.4 (2.4)	5.1 (2.9)	<.002
No. of units of blood transfused in 24 h, mean (SD)	3.0 (1.8)	3.6 (2.8)	.64
Transfusion of PRBCs, no. (%) of patients	12 (25.5)	11 (25.6)	.99
Second-look endoscopy, no. (%)	2 (4.3)	4 (9.3)	.33
Aspiration pneumonia, no. (%)	0.0	2 (4.7)	.23
In-hospital mortality, no. (%)	4 (8.5)	6 (13.9)	.41

PRBCs, Packed red blood cells; SD, standard deviation.

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*

Characteristic	Restrictive Strategy (N = 444)	Liberal Strategy (N = 445)	P Value
In-hospital bleeding — no. (%)†	20 (5)	30 (7)	0.19
Rockall score‡	5.3±2.0	5.4±1.7	0.18
Source of bleeding — no./total no. (%)			
Peptic ulcer	228/444 (51)	209/445 (47)	0.20
Location			0.95
Gastric	76/228 (33)	71/209 (34)	
Duodenal	143/228 (63)	131/209 (63)	
Stomal	9/228 (4)	7/209 (3)	
Stigmata			0.93
Active bleeding	35/228 (15)	33/209 (16)	
Visible vessel	127/228 (56)	119/209 (57)	
Gastroesophageal varices	101/444 (23)	109/445 (24)	0.58
Mallory–Weiss tears	25/444 (6)	30/445 (7)	0.49
Erosive gastritis or esophagitis	38/444 (9)	29/445 (7)	0.26
Neoplasms	16/444 (4)	20/445 (4)	0.50
Other	36/444 (8)	48/445 (11)	

1/4 des hémorragie digestives hautes liées à l'HTP

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Cirrhosis — no. (%)	139 (31)	138 (31)	0.94
Alcoholic cause — no./total no. (%)	63/139 (45)	62/138 (45)	0.49
Child–Pugh class — no./total no. (%)§			0.57
A	37/139 (27)	30/138 (22)	
B	76/139 (55)	79/138 (57)	
C	26/139 (19)	29/138 (21)	
HVPG — mm Hg¶	20.1±4.4	20.6±5.2	0.61
Causes of bleeding — no./total no. (%)			
Esophageal varices	93/139 (67)	97/138 (70)	0.60
Gastric varices	8/139 (6)	12/138 (9)	0.36
Peptic lesions	21/139 (15)	18/138 (13)	0.73

70 % des hémorragies chez le cirrhotique sont liées à l'HTP

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Table 2. Hemoglobin Levels, Transfusions, and Cointerventions.*

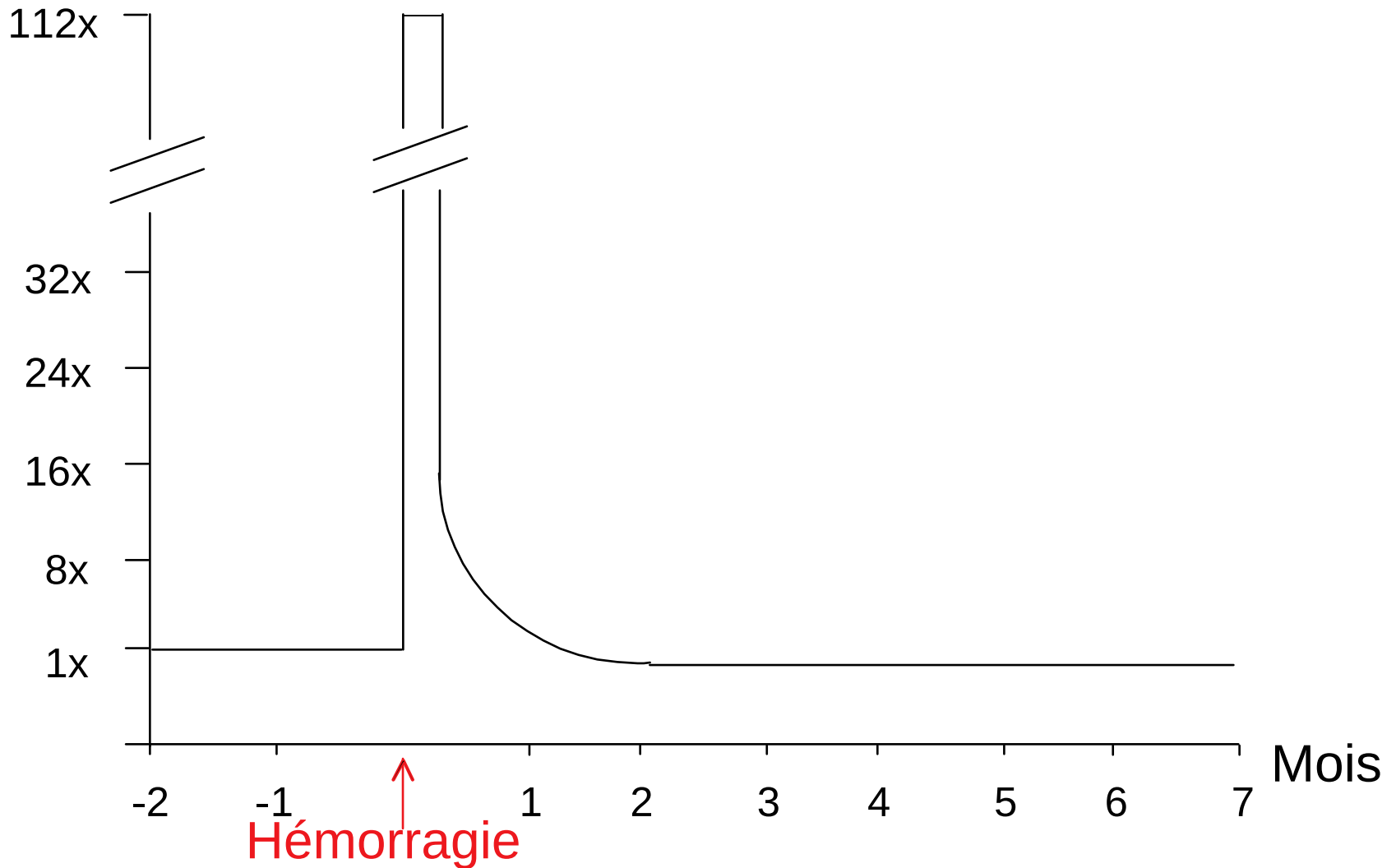
Variable	Restrictive Strategy (N = 444)	Liberal Strategy (N = 445)	P Value
Hemoglobin level — g/dl			
At admission	9.6±2.2	9.4±2.4	0.45
Lowest value during hospital stay	7.3±1.4	8.0±1.5	<0.001
At discharge†	9.2±1.2	10.1±1.0	<0.001
At day 45	11.6±1.7	11.7±1.8	0.67

Red-cell transfusion

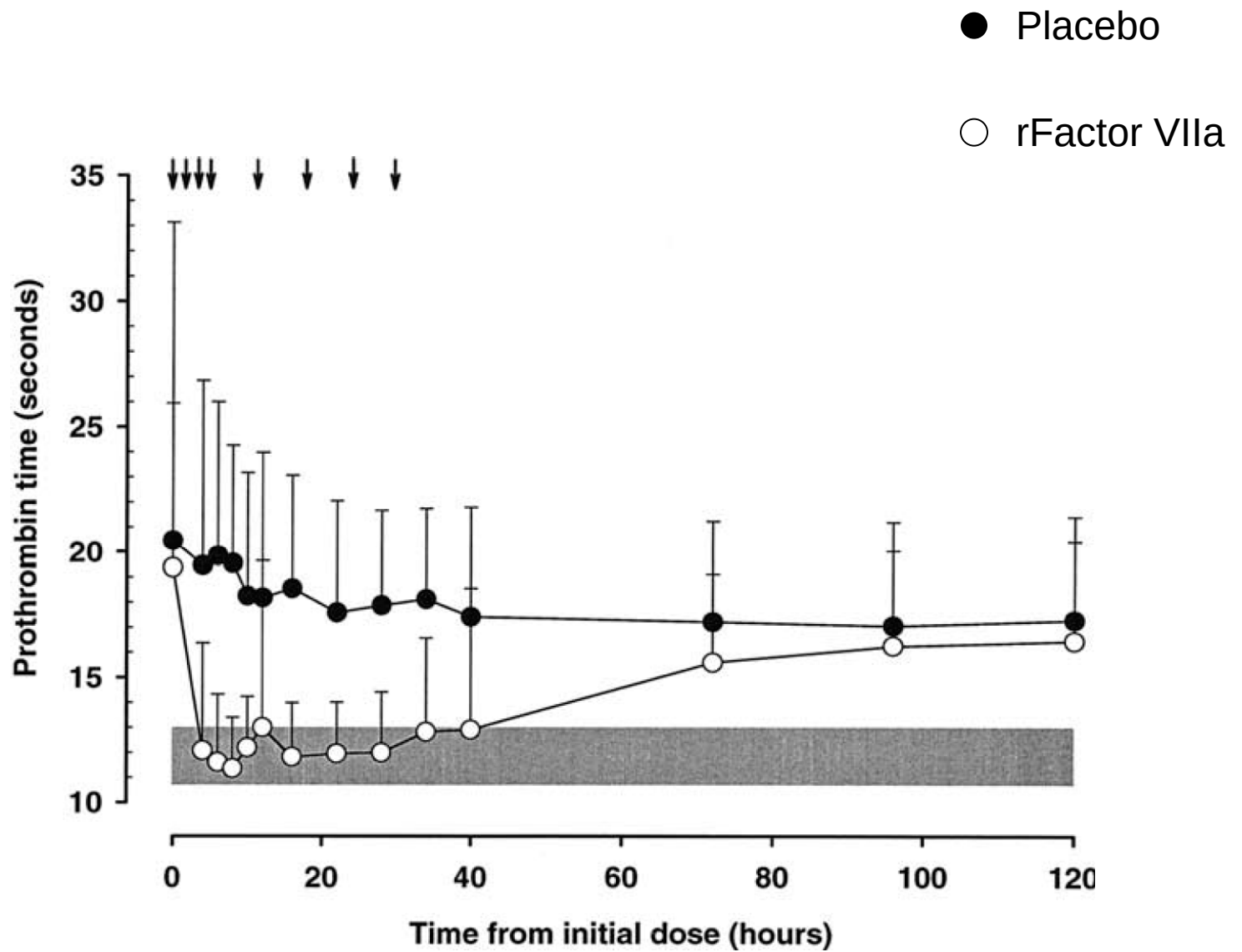
Any — no. of patients (%)	219 (49)	384 (86)	<0.001
Units transfused — no.			
Total‡	671	1638	<0.001
Mean/patient	1.5±2.3	3.7±3.8	<0.001
Median	0	3	<0.001
Range	0–19	0–36	
During index bleeding§	1.2±1.8	2.9±2.2	<0.001
Transfusion not adjusted to hemoglobin level — no. of patients (%)¶	35 (8)	12 (3)	0.001
Major protocol violation — no. of patients (%)	39 (9)	15 (3)	<0.001

Histoire naturelle de la rupture de varice œsophagienne

RR de décès



D'après Graham et Smith Gastroenterology 1981



Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension

Critères d'échec

Période aiguë **120h**

Défini par le décès ou au moins un des 3 critères suivants:

- Hématémèse sang rouge frais au moins 2 heures après le début du traitement spécifique
- Survenue d'un choc hypovolémique
- Diminution de 3 g d'Hb durant une période de 24 heures si aucune transfusion n'a été administrée

Performances diagnostiques des critères de Baveno IV et Baveno II/III

Interobserver agreement for clinical judgement

Failure according to criteria

Outcome	Kappa
Failure	0.81



Consensus:
100% of patients



Failure:
68/355 (19.2%)

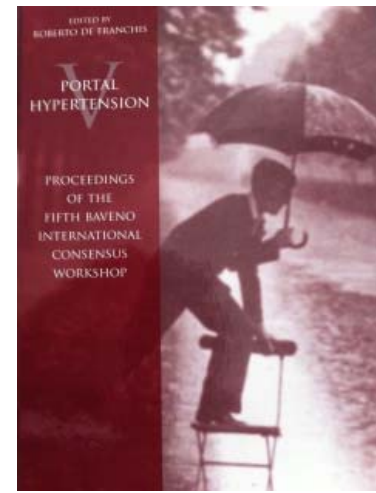
Failure Baveno IV:
167/355 (47.0%)

Failure Baveno II/III:
187/355 (52.7%)

	Baveno IV	Baveno II/III	p
C-index	0.73	0.64	0.001

Sensitivity				Specificity		
	Estimated	CI95%		Estimated	CI95%	
Baveno IV	83.8%	75.1%	92.6%	61.7%	56.0%	67.3%
Baveno II/III	75.0%	64.7%	85.3%	52.6%	46.8%	58.4%
p	0.18			0.01		

Conférence de Consensus Paris 2003



Traitement vaso actif

Terlipressine: 1 à 2 mg IV toutes les 4 heures

Somatostatine: bolus de 250 μ g puis perfusion continue 6mg/24h

Octréotide: bolus de 50 μ g puis perfusion continue 25 à 50 μ g/h

Ce traitement peut être maintenu jusqu'à 5 jours.

Indicateurs du risque de décès à 6 semaines

Child C - Meld > 18

Echec de l'hémostase

Récidive précoce

Indicateurs du risque d'échec du contrôle de l'hémorragie

Sévérité de l'insuffisance hépatique: Child Pugh C

GPH $\geq$ 20mmHg

Sévérité de l'hémorragie :

- saignement actif au moment de l'endoscopie
- PAS à l'admission
- hématocrite à l'admission