

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES : QUI TRAITER EN AMBULATOIRE ?



## OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- 1) Connaître les facteurs de gravité
- 2) Connaître les facteurs de récurrence hémorragique
- 3) Etablir une liste des critères permettant une prise en charge en ambulatoire

Gilles Lesur, Boulogne

# Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2013

## CONFLITS D'INTÉRÊT

Aucun conflit d'intérêt



*Girodet 1792*

*Hippocrate refusant les présents d'Artaxerxès*

# LE CONTEXTE

- Le pronostic des hémorragies digestives hautes s'améliore
- Le risque de récurrence hémorragique diminue ....et le nombre de lits d'hospitalisation aussi !
- Une prise en charge en ambulatoire est évoquée dans les recommandations internationales de 2010\*

« Des patients **sélectionnés** avec hémorragie **ulcéreuse** à faible risque de récurrence sur des **critères cliniques** et **endoscopiques** **peuvent** sortir **rapidement** après l'endoscopie »

\* Barkun. Ann Med Intern 2010 ; 152 :101

## HEMORRAGIES DE L'HTP ?

- **Pas d'ambulatoire** pour les hémorragies de l'HTP :
  - Hémorragies plus sévères
  - Traitement endoscopique plus souvent nécessaire (60%)
  - Traitement vaso-actif par voie veineuse
  - Période « critique » dure 5 jours
  - **Donc, NON !**

# FACTEURS PRONOSTIQUES DES HDH NON HTP

---

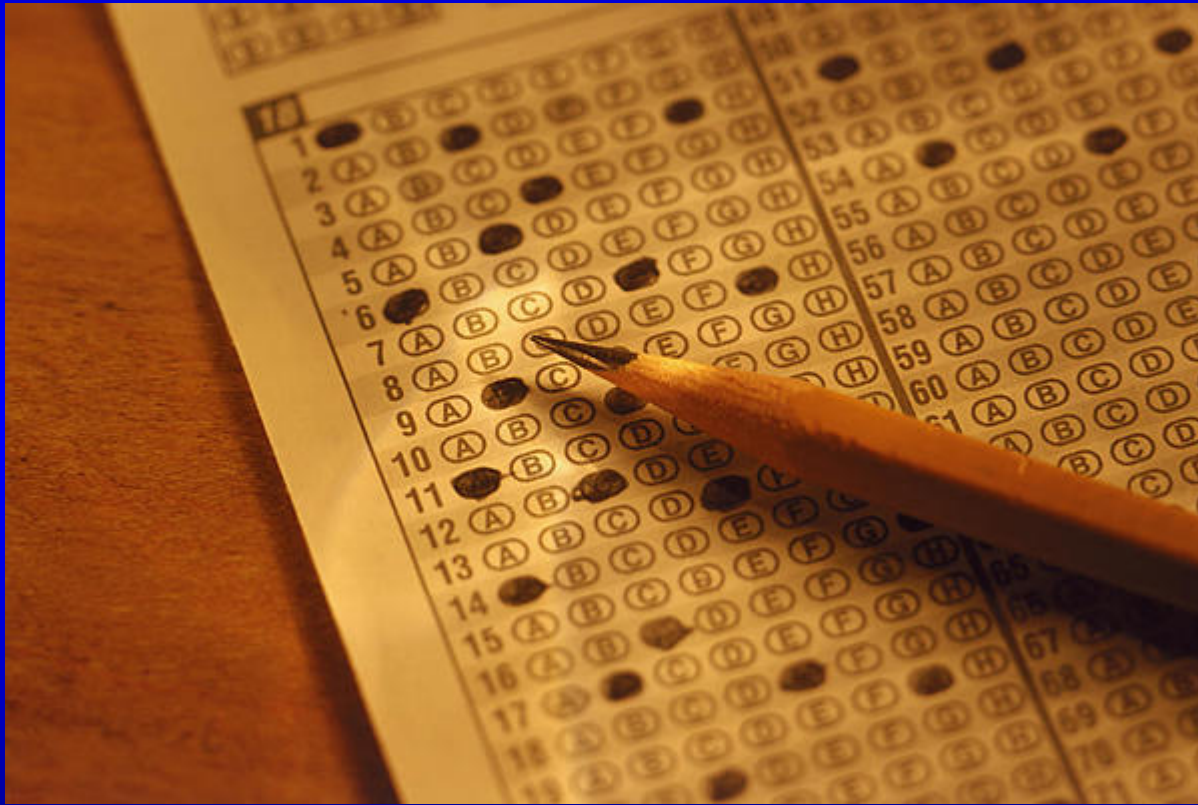
## Facteurs de gravité

- Terrain : âge, comorbidité
- Hémodynamique
- Hémoglobine <8 g/dl
- Besoins transfusionnels
- Récidive hémorragique

## Facteurs de récurrence hémorragique

- Comorbidité
  - Première hémorragie abondante
  - Forrest I, II a, II b
  - Taille ulcère
  - Certaines localisations
-

# LES SCORES SONT-ILS LA SOLUTION ?



# SCORES ET HÉMORRAGIES DIGESTIVES \*

- 16 scores (15 hémorragies hautes)
- Items étudiés : mortalité (5), récurrence (2), « intervention » (2), combinaison (7), **ambulatoire (1)**
- Qualité méthodologique moyenne (9-25) : 17
- Un sur 2 de ces scores est jugé facile à utiliser
- Seulement 1/3 avec conséquence pratique claire
- Enquête en France : utilisation d'un score = 6% ! \*\*

\* De Groot. Endoscopy 2012 ; 44 : 731 \*\* Lesur. GCB 2005 ; 29 : 140

## ET LES GAGNANTS SONT...

Auteur	Rockall (avec endoscopie)	Blatchford (sans endoscopie)	Almela (avec endoscopie)
Année	1996	2000	2001
N malades	2956	1748	581
Qualité (9-25)	23	25	16
Items « visés »	décès récidive hémorragique	« intervention »	<b>ambulatoire</b>
Validation prospective	oui	oui	non



## SCORE DE ROCKALL (0 à 11)

Variable	0 point	1 point	2 points	3 points
<b>Age</b>	<60 ans	60-79 ans	> 79 ans	
<b>Choc</b>	non	FC >100 PAS > 100	FC >100 PAS <100	
<b>Comorbidité</b>	non		cardiopathie	néphropathie hépatopathie cancer évolué
<b>Diagnostic</b>	Mallory-Weiss, pas de lésion, pas de stigmate	autres diagnostics		
<b>Signes de saignement</b>	Pas de stigmate		saignement actif, II a, II b sang frais	

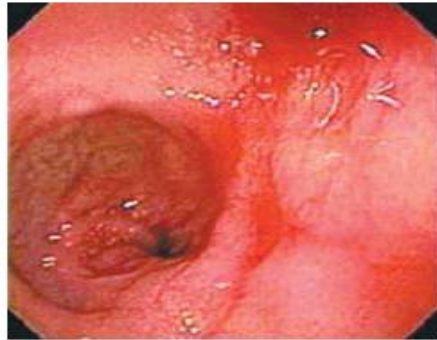
Si score  $\leq 2$  risques de récurrence hémorragique et de décès sont faibles

# CLASSIFICATION DE FORREST

Endoscopic Stigmata of Bleeding Peptic Ulcer, Classified as High Risk or Low Risk



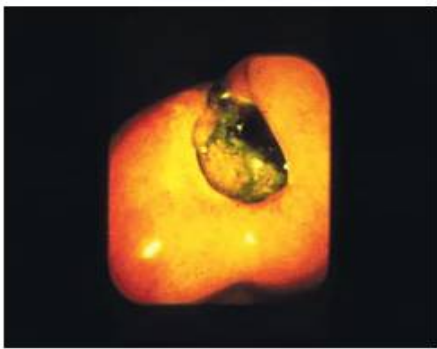
Spurt blood (grade IA)



Ooze blood (grade IB)



Nonbleeding visible vessel (grade IIA)



Adherent clot (grade IIB)



Flat, pigmented spot (grade IIC)



Clean base (grade III)

## **UN SCORE DE ROCKALL $\leq 2$ A UNE BONNE VPN \***

- **Rockall complet (+ endoscopie)**
  - **Dans une population de 175 malades, 53 (30%) sont évalués à faible risque**
  - **2 recours à la transfusion (sans récurrence hémorragique), pas de décès**
  - **VPN récurrence hémorragique = 96,2 %**
  - **Réduction de 20 % des admissions pour hémorragies digestives**

\* Gralnek. GIE 2004 ; 60 : 9-14

## SCORE DE ROCKALL $\leq 2$

Variable	0 point	1 point	2 points	3 points
<b>Age</b>	<60 ans	<b>60-79 ans</b>	> 79 ans	
<b>Choc</b>	non	<b>FC &gt;100 PAS &gt; 100</b>	FC >100 PAS <100	
<b>Comorbidité</b>	non		cardiopathie	néphropathie hépatopathie cancer évolué
<b>Diagnostic</b>	Mallory-Weiss, pas de lésion, pas de stigmate	<b>autres diagnostics</b>	Cancer digestif haut	
<b>Signes de saignement</b>	Pas de stigmate		saignement actif, II a, II b sang frais	

## SCORE DE BLATCHFORD \* (0-23)

Facteurs de risque à l'admission	Score
<b>Urée (mmol/l)</b>	
6,5-7,9	2
8-9,9	3
10-24,9	4
≥25	6
<b>Hémoglobine (g/l) ♂</b>	
120-129	1
100-119	3
< 100	6
<b>Hémoglobine (g/l) ♀</b>	
100-119	1
< 100	6
<b>Tension artérielle systolique (mmHg)</b>	
100-109	1
90-99	2
< 90	3
<b>Autres marqueurs</b>	
Fréquence cardiaque ≥ 100/min	1
Présentation avec méléna	1
Présentation avec syncope	2
Hépatopathie	2
Insuffisance cardiaque	2

Un score < 3 =  
nécessité de traitement  
inférieure à 1% des cas

Blatchford. Lancet  
2000 ; 356 : 1318

# BLATCHFORD EN VALIDATION SUR L'AMBULATOIRE

## ■ N=491 patients

- N= 123 (22%) avec un score = 0
- Ambulatoire est sans risque (RH =0, décès =0)
- Endoscopie programmée n= 23 (hémostase endoscopique=0)
- Réduction de 25 % des admissions pour hémorragies digestives
- Mais... malgré un score à zéro, 30 % des malades étaient hospitalisés

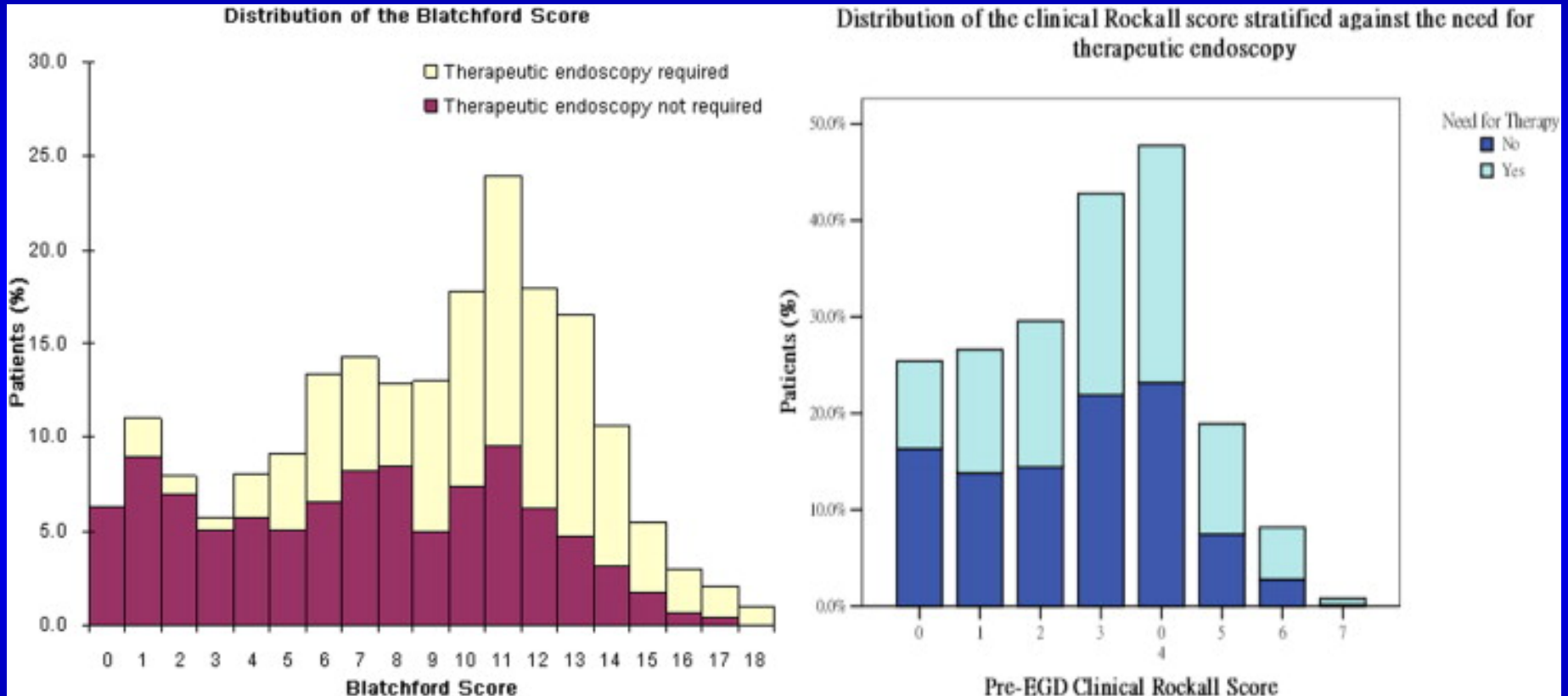
Stanley. Lancet 2009 ; 373 : 42-7

## CAUSES D'HEMORRAGIES

	Score 0 (n=66)	Score > 0 (n=419)
Normal/hernie hiatale	56%	24 %
Gastrite	18%	17%
Duodénite	14%	8%
Mallory Weiss	5%	4 %
Barrett	3%	3%
Dieulafoy	0	< 1%
Ulcère duodénal	0	16%
Ulcère gastrique	0	10%
Varices	0	7%
Anomalies vasculaires	0	2%

# BLATCHFORD > ROCKALL !

N=1087 dont 297 (27,3%) requérant une endoscopie



Pang SH. GIE 2010; 71 : 1134



# SCORE D'ALMELA \*

- **Passé médical**
  - Décompensation cardiaque 3
  - Infarctus récent 3
  - AVC récent 3
  - Coagulopathie 3
  - Conditions socio-économiques défavorables 3
  - ATCD de chirurgie digestive 2
  - Cachexie 2
  - Cancer évolutif 1
  - Alcoolisme chronique 1
- **Hémodynamique**
  - Sévèrement altérée 3
  - Modérément altérée 2
- **Endoscopie**
  - Impossible à réaliser 3
  - Hémorragie active, vaisseau visible, caillot adhérent 3
  - Ulcère duodéal 1
  - Hémorragie de cause inconnue 1

\* Almela. GIE 2004 ; 59 : 772-81

# SCORE D'ALMELA DANS LA VRAIE VIE

- N=581
- Score  $\geq 3$  impose une hospitalisation

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Récidive ou chirurgie	100 %	<b>29 %</b>	12 %	<b>100 %</b>
Mortalité	78 %	38 %	3 %	99 %

# SCORE D'ALMELA = 2

- **Passé médical**
  - Décompensation cardiaque 3
  - Infarctus récent 3
  - AVC récent 3
  - Coagulopathie 3
  - Conditions socio-économiques défavorables 3
  - ATCD de chirurgie digestive 2
  - Cachexie 2
  - Cancer évolutif 1
  - **Alcoolisme chronique** 1
- **Hémodynamique**
  - Sévèrement altérée 3
  - Modérément altérée 2
- **Endoscopie**
  - Impossible à réaliser 3
  - Hémorragie active, vaisseau visible, caillot adhérent 3
  - **Ulcère duodéal** 1
  - Hémorragie de cause inconnue 1

# REGLEMENTAIRE DE L'AMBULATOIRE

---

- Malade informé et qui a compris l'information qui est consignée par écrit
  - Retour en centre spécialisé possible (accompagnant)
  - Coordonnées du médecin et du centre responsable
  - (Appel au malade le lendemain)
-

## **PROPOSITION DE LISTE « HEMAMBU »**

---

- **< 70 ans**
  - **Pas de comorbidité**
  - **Pas d'hypovolémie clinique**
  - **Hb > 13 g/dl ou > 12 g/dl chez la femme**
  - **Endoscopie lésion « peptique » Forrest III ou II c**
  - **Conditions de l'ambulatoire réunies**
-

# POINTS FORTS

- **Pas d'ambulatoire pour les hémorragies par hypertension portale**
- **Concerne potentiellement 10 à 30% des hémorragies hautes non HTP**
- **Le score de Blatchford est le plus à même de repérer les candidats**
- **L'endoscopie est nécessaire**
- **L'ambulatoire doit être réservé aux :**
  - **sujets de moins de 70 ans**
  - **sans comorbidité**
  - **avec hémorragie non abondante, interrompue, à faible risque de récurrence hémorragique (Forrest < II b)**
- **Le malade doit être informé de la conduite à tenir en cas de récurrence et capable de se rendre en centre spécialisé**