

**JFHOD** 21-24 MARS  
PARIS  
2013



# HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES GRAVES : PRISE EN CHARGE

Dr Stéphane Nahon,

Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil

# CONFLITS D'INTÉRÊT

- Pas de conflit d'intérêt avec la présentation

# Objectifs pédagogiques

- Quels sont les critères de gravité d'une hémorragie digestive basse ?
- Connaître les principales causes
- Quelle est la place respective de l'endoscopie basse (quelle préparation), de l'angioscanner, et de la scintigraphie ?
- Quelle est la place respective des traitements : endoscopie, radiologie interventionnelle, chirurgie ?

# Définition de la gravité

- **Aucune définition consensuelle** de la gravité d'une HDB
- **Hémorragie abondante** (émission de sang rouge par l'anus avec ou sans caillots) associée à un **retentissement hémodynamique**
  - une pression artérielle  $< 100\text{mmHg}$
  - et/ou un pouls  $>100/\text{min}$
  - et/ou un hématokrite  $<35\%$
  - et/ou un taux d'hémoglobine  $<10\text{g/dL}$
  - et/ou le nombre de culot globulaires nécessaire à transfuser pour rétablir une hémodynamique satisfaisante.

# Définition de la gravité

- **Aucune définition consensuelle** de la gravité d'une HDB
- **Hémorragie abondante** (émission de sang rouge par l'anus avec ou sans caillots) associée à un

En utilisant ces critères

1189 (48%) des 2462 malades de la cohorte de l'ANGH avaient une HDB abondante

- et/ou un hématokrite  $<35\%$
- et/ou un taux d'hémoglobine  $<10\text{g/dL}$
- et/ou le nombre de culot globulaires nécessaire à transfuser pour rétablir une hémodynamique satisfaisante.

# Facteurs prédictifs de mortalité hospitalière

	Cohorte américaine (n=227 022)	Cohorte ANGH (n=2462)
Age	âge >70 vs. <50 ans, odds ratio (OR) 4,91	
Cause	colite ischémique (OR 3,47; IC à 95% 2,57–4,68)	
comorbidités	2 vs. 0 comorb, OR 3,00; IC à 95% 2,25–3,98	
Hem hospitalière	OR 2,35; IC à 95% 1,81–3,04	OR 3,2 ; IC à 95% 1,8-5,73
troubles de la coagulation	OR 2,34; IC 95% 1,50–3,65	OR 7,4 ; IC à 95% 2,25-21,6
Hypovolémie	OR 2,22; IC à 95% 1,69–2,90	
transfusion sanguine	OR 1,60; IC à 95% 1,23–2,08	OR 2,61 ; IC à 95% 1,49-4,58),
sexe masculin	OR 1,52; IC à 95% 1,21–1,92	
Pouls >100/min		OR 2,16 ; IC à 95% 1,27-3,69
PASys <100 mmHg		OR 2,04 ; IC à 95% 1,15-3,6

# Facteurs prédictifs de mortalité hospitalière

	Cohorte américaine (n=227 022)	Cohorte ANGH (n=2462)
Age		
Cause		
comorb		
Hem hos		
troubles		6
Hypovol		
transfus		58),
sexe ma		
Pouls >100/min		OR 2,16 ; IC à 95% 1,27-3,69
PASys <100 mmHg		OR 2,04 ; IC à 95% 1,15-3,6

- Signes de choc
- Hémorragie survenant au cours d'une hospitalisation pour une autre cause : 12.7% vs. 3% (ANGH) \*\*\*\* étude américaine 23.1% vs 3.6%

# Evaluation de la sévérité

## Utilité de score pour trier les patients

### Score de Strate L. (Arch Int Med 2003)

- 1) pouls  $\geq 100/\text{min}$
- 2) pression artérielle systolique  $\leq 115 \text{ mmHg}$
- 3) syncope
- 4) absence de douleur abdominale
- 5) rectorragies dans les 4 premières heures avant l'évaluation
- 6) la prise d'aspirine
- 7)  $>2$  comorbidités

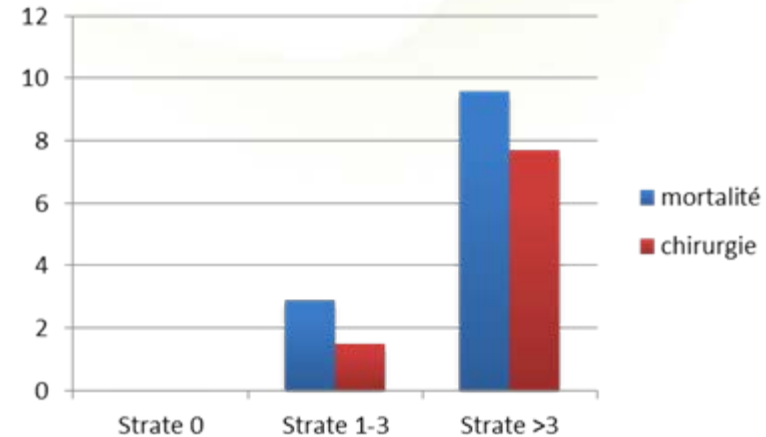
**7 FDR**



# Evaluation de la sévérité

## Score de Strate L. (AJG 2005) (VALIDATION)

- 3 grades de sévérité
  - Risque faible: 0 FDR
  - Risque modéré (1 à 3 FDR)
  - Risque élevé (> 3 FDR)



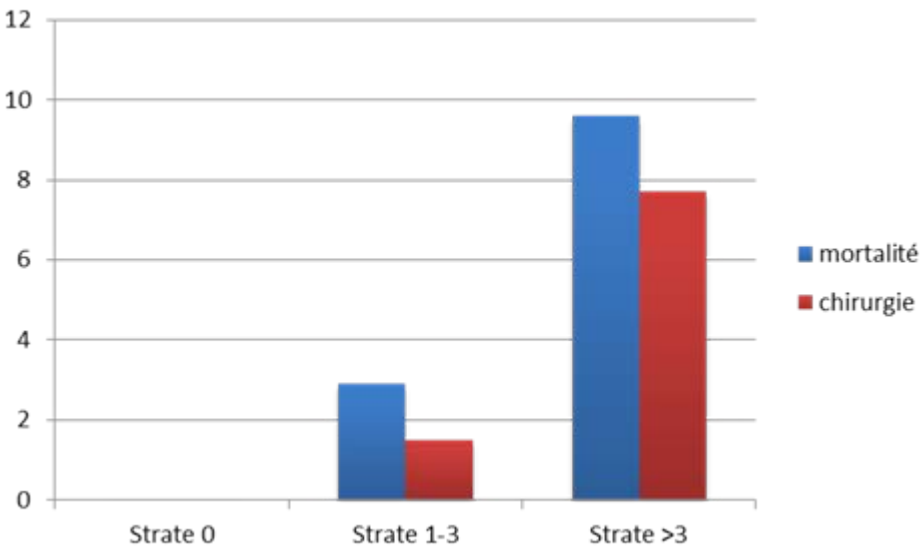
**Table 4.** Major Clinical Outcomes According to Risk Category

Outcome	Low-Risk (No Risk Factors)		Moderate-Risk (1–3 Risk Factors)		High-Risk (>3 Risk Factors)		<i>p</i> Values*
	Validation	Derivation	Validation	Derivation	Validation	Derivation	
Surgery (%)	0	0	1.5	2.5	7.7	9.1	0.003
Death (%)	0	0	2.9	1.5	9.6	6.8	0.006
Length of stay (median days)	2.8	1.7	3.1	2.5	4.6	3.4	0.0003
Transfused RBCs (median units)	0	0	1.0	0	3.0	3.5	<0.0001

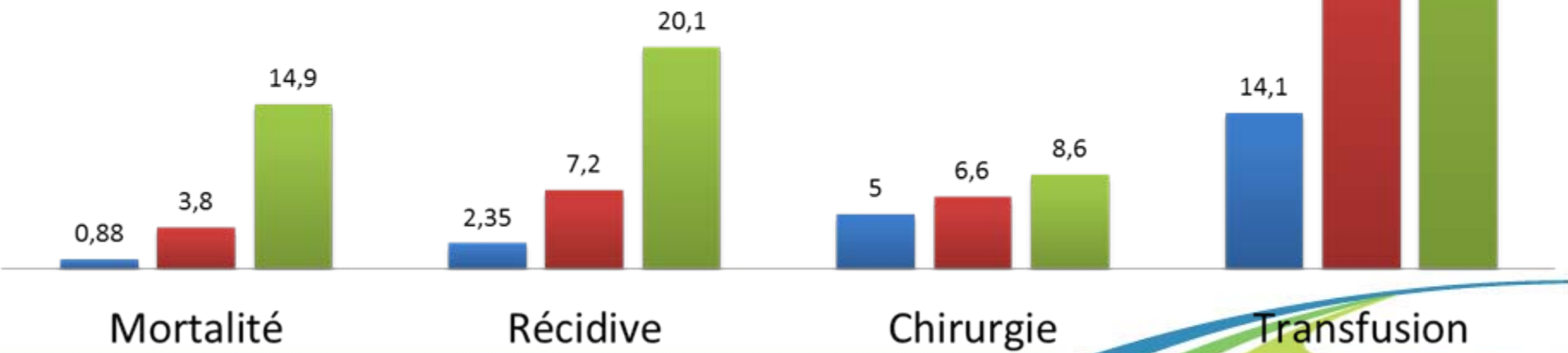
\**p* values reflect the comparison of major outcomes across the 3 risk categories using the Fisher's exact or Kruskal-Wallis tests. The validation and derivation cohorts were combined for these calculations.

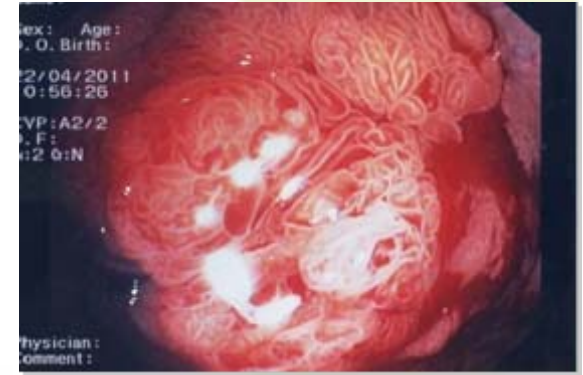
# Score de Strate (Cohorte de l'ANGH)

■ Strate 0   ■ Strate 1-3   ■ Strate >3

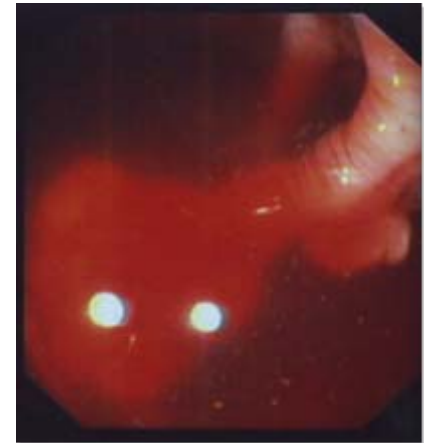
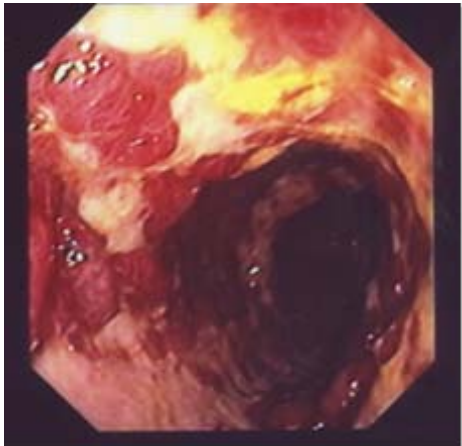


Strate et al. AJG 2005





# LES CAUSES

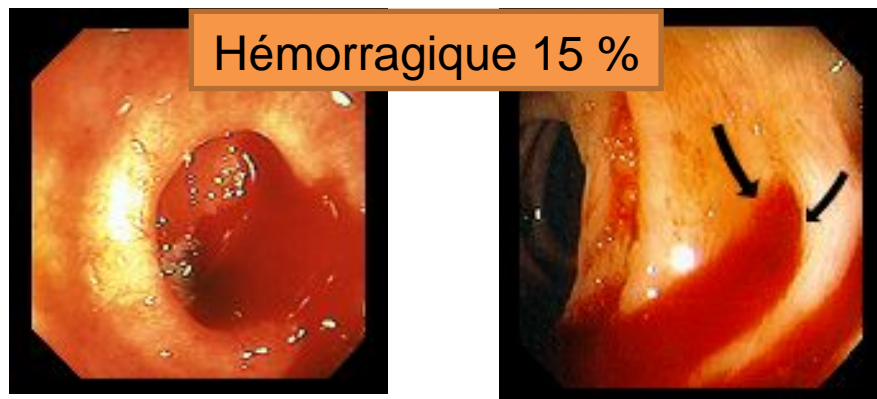


# CAUSES

Causes	%	HDB abondantes
Diverticules	30-41	38
Angiodysplasies	3-5,7	5,7
Polypes/CCR	6-12	4/12
Post-polypectomies	3,5	3,5
Colites (ischémique/MICI/inf ectieuse/radique)	12,5 / 3,1 / 3,3 / 2,4	8,4/3,7/1,9/2,7
Anorectales	5-22,5	14,9

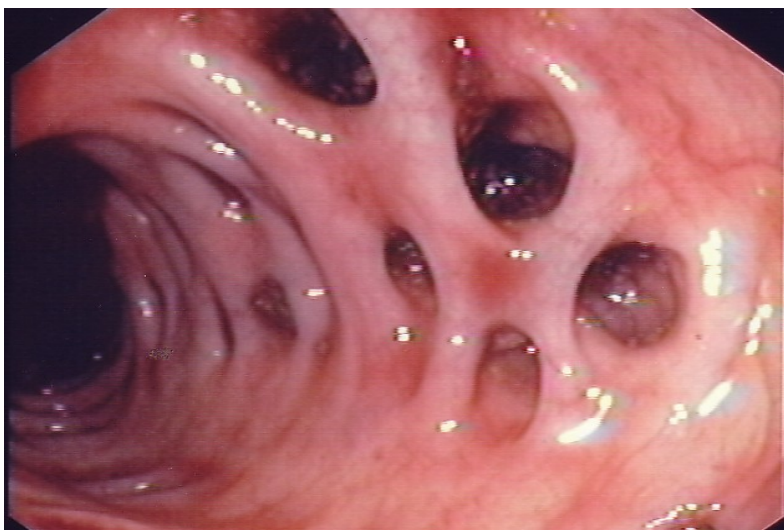
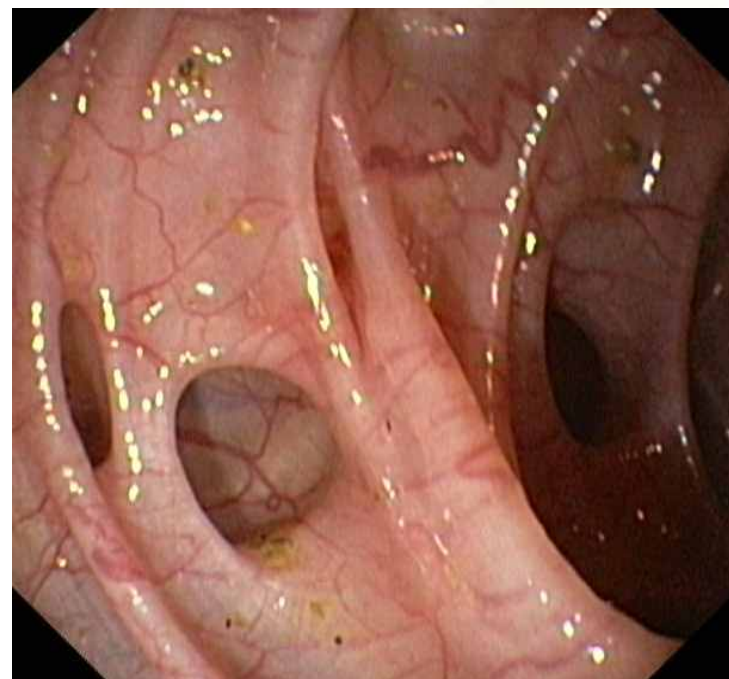
# Hémorragie diverticulaire

Diverticules: imputabilité difficile (difficulté augmente avec le délai de réalisation de la coloscopie)



Hémorragique 15 %

Incidente 55%

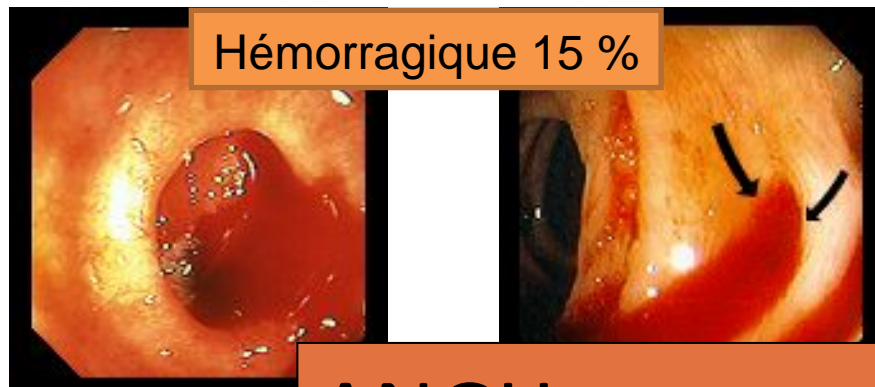


Probablement hémorragique 30%

Photos: G. Lesur

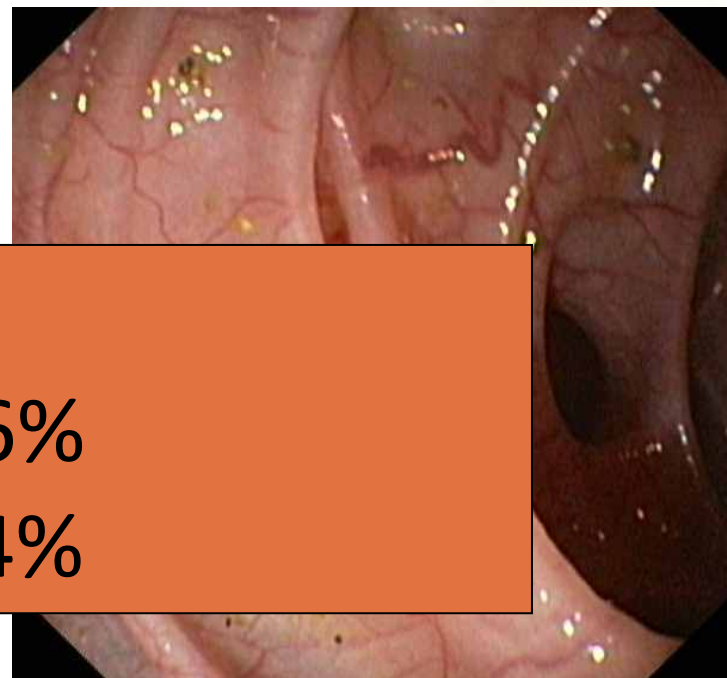
# Hémorragie diverticulaire

Diverticules: imputabilité difficile (difficulté augmente avec le délai de réalisation de la coloscopie)



Hémorragique 15 %

Incidente 55%



ANGH  
Cause certaine: 26%  
Cause possible: 74%



Photos: G. Lesur

Probablement hémorragique 30%

# PLACE RESPECTIVE DES DIFFERENTES TECHNIQUES D'EXPLORATION

# Endoscopie œsogastroduodénale

- Fréquence des HDH variable selon les critères d'inclusion des études
- Jusqu'à 10% des HDB
- Signes de choc +++
- A préférer à la SNG
- **Cas particulier** : fistule aorto-duodénale = TDM d'emblée



# Coloscopie

- Rendement diagnostique de 72 à 97%
- Geste thérapeutique possible dans 5 à 35% des cas (taux ↗ si coloscopie précoce)
- Taux de complication <1%
- Préparation PEG +++ (sonde nasogastrique si besoin): 4 à 6 litres
  - Lavement + pompe à eau: taux de coloscopie complète de 69% (Repaka et al. GIE 2012)

# Délai de réalisation de la coloscopie

- Peu d'études et contradictoires
- Jensen (NEJM 2000): plus de traitement endoscopique, moins de recours à la chirurgie et moins de récurrence hémorragique si coloscopie réalisée en urgence (6-12 H)
- Laine (AJG 2010 ): essai randomisé colo <12H vs colo différée (36-60 H): pas de bénéfice (mais biais méthodologique)
- ASGE en 2005: coloscopie dans les 12-48 H

# Radiologie

## angiographie-angioscanner

### Angiographie

- Débit du saignement doit être d'au moins 0,5 à 1 cc par minute
- Localisation origine du saignement dans 25-70% des cas
- PAS < 90 mmHg et transfusion > 5 CG → facteur prédictif d'angiographie anormale (**hémorragie sévère et active**)
- Inconvénient : absence visualisation de la muqueuse (diagnostic étiologique difficile)
- Avantage: **traitement**

# Radiologie

## angiographie-angioscanner

### Angioscanner

- Débit 0,3 à 0,5 cc par minute
- Rendement diagnostique de 60% ( 25-95%), augmenté si saignement actif
- Permet de voir la muqueuse
- Meilleur rendement par rapport angiographie
- Inconvénients: iode, pas de traitement

# Radiologie ou coloscopie

- Coloscopie: **examen de choix** pour la prise en charge des HDB
- Coloscopie si patient stabilisé et préparation possible:
  - stratégie la plus efficace
  - la plus sûre avec un rendement diagnostique élevé, supérieur aux explorations radiologiques.
  - traitement
- Angiographie/angioscanner > coloscopie chez les patients présentant une hémorragie grave ?
- En fonction des habitudes de l'institution

# PLACE RESPECTIVE DES TRAITEMENTS

# Traitement endoscopique

- ↑ du traitement hémostatique si endoscopie précoce
- Hémostase initiale est généralement obtenue dans près de 95% des cas
- Résultats variables en termes d'hémostase définitive
- Complication <1%
- Traitement endoscopique réalisé dans 8 à 35% des cas devant un saignement actif ou bien en présence de stigmates HD

# Hémorragie diverticulaire

	Chirurgie	Endoscopie	p
Récidive hémorragique (%)	53%	0	0,0001
Hémorragie grave (%)	35 %	0	0,005
Colectomie en urgence (%)	35 %	0	0,03
Complications (%)	12%	0	0,26
Récidive tardive (%)	0	0	
Suivi (mois)	36	30	



# Hémorragie diverticulaire

- Ligature élastique n=31
- Coloscopie de repérage = pose de clip
- Remontée endoscope avec ligateur
- Succès technique 87 %, pas de complication
- Récidive hémorragique précoce =11 %
- Durée = 47 min !
- Une hémicolectomie droite à 11 mois

# Hémorragie diverticulaire

Clips ou ligature ?

	Ligature N=18	Clips N=48	p
Hémostase initiale	18	48	ns
Récidive hémorragique	1	16	0,018

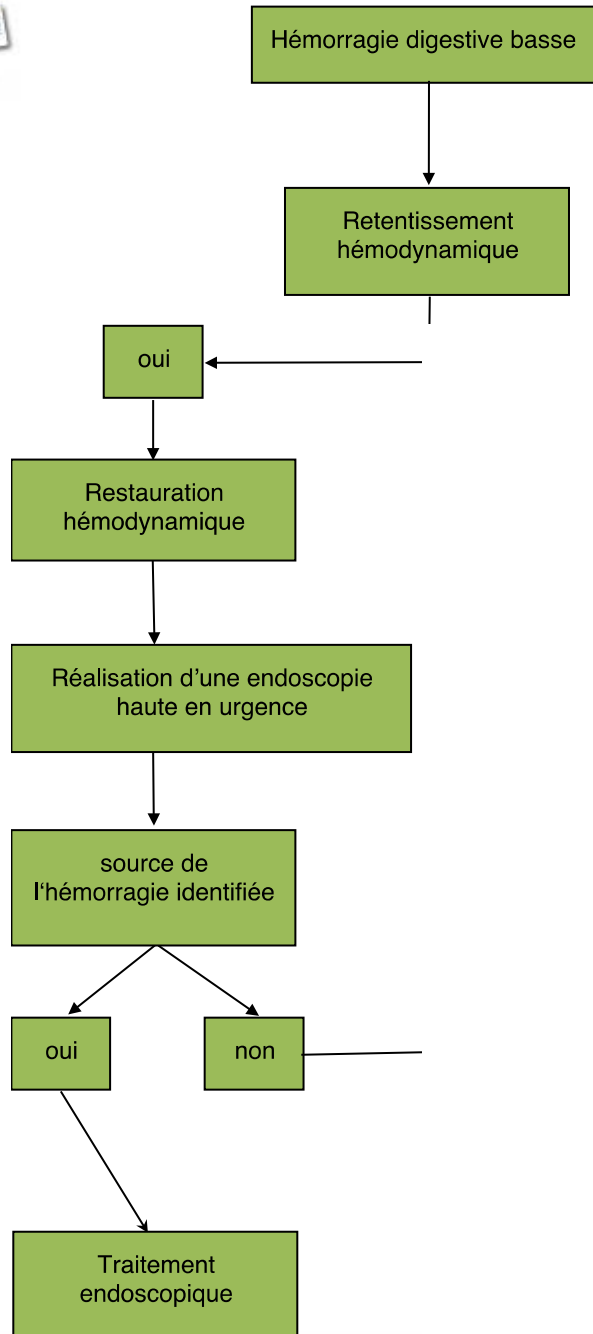
# Chirurgie

- A envisager si rectorragies abondantes continues nécessitant la transfusion > 6 CG en moins de 24 heures
- ou après échec des autres traitements (hémostase endoscopique, embolisation radiologique)
- Localisation préopératoire de l'HDB essentielle pour éviter intervention chirurgicale délabrante et une « colectomie à l'aveugle »
- Résection segmentaire possible lorsque le site de saignement est identifié (tumeur maligne du côlon, maladie diverticulaire limitée)

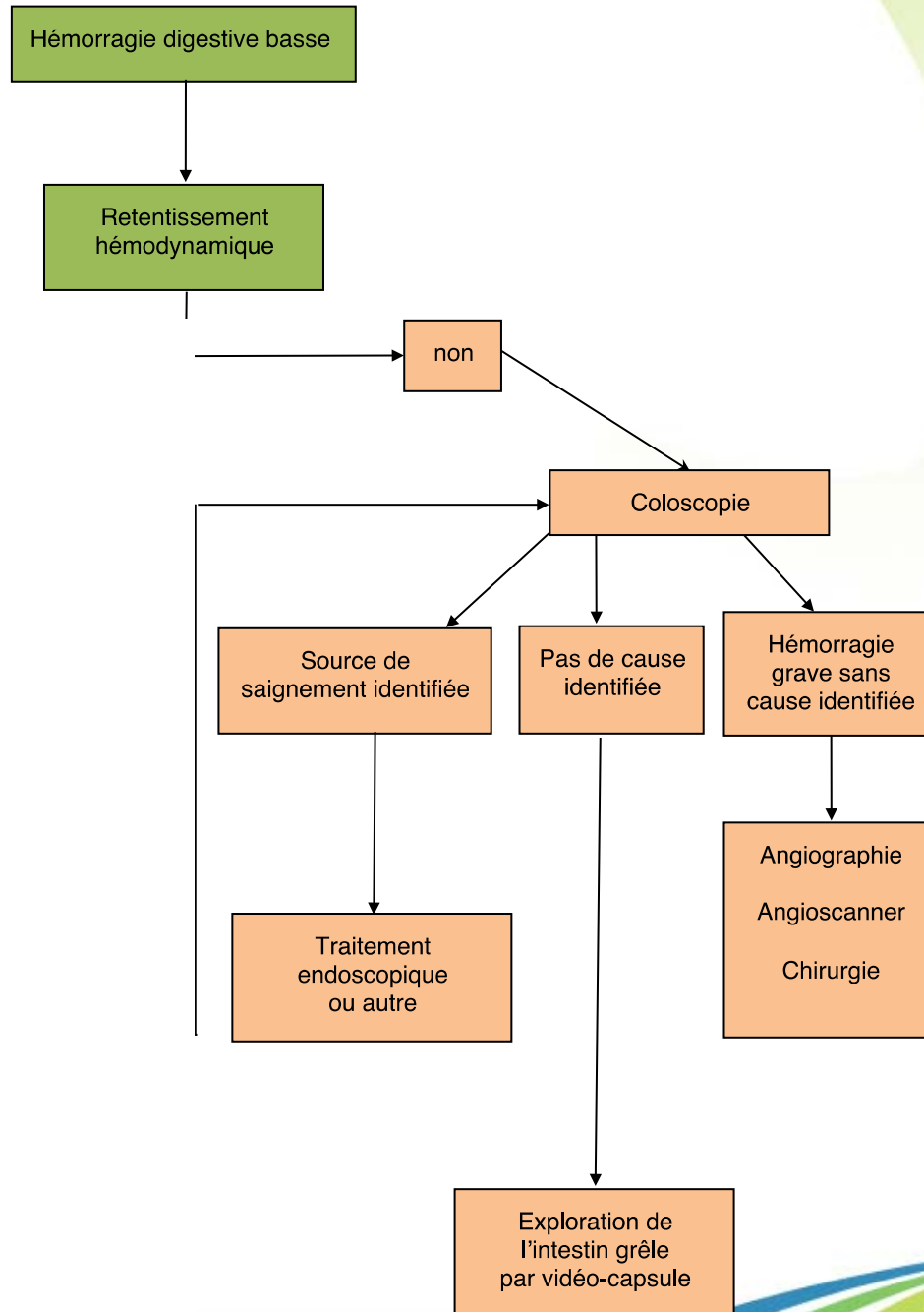
# CONCLUSION

- **HDB grave**: Rectorragies abondantes + signes de choc
- Score de Strate intéressant pour trier les malades
- Diverticulose hémorragique : première cause
- Coloscopie: **examen de choix bon rendement diagnostique + traitement** (12-48 H en fonction de l'activité du saignement)
- Hémorragie non contrôlée ou coloscopie impossible: angiographie ou un angioscanner : diagnostic topographique (étiologique pour TDM).
- Angiographie + embolisation si hémorragie non contrôlée (centres experts)
- **Chirurgie d'hémostase si hémorragie non contrôlée**, en l'absence d'embolisation possible et après avoir au mieux localisé le siège de l'hémorragie.

- 1) En cas de rectorragies importantes, une endoscopie oesogastroduodénale doit être réalisée dès que possible afin d'éliminer une cause oesogastroduodénale
- 2) En cas de rectorragies abondantes, une coloscopie doit être réalisée dans les 24 h après une préparation colique par PEG ; en l'absence de critères de sévérité, la coloscopie pourra être différée (dans les 48 à 72 h)
- 3) En cas d'hémorragie active, une angiographie ou un angioscanner permettent de localiser le siège de l'hémorragie et un traitement par embolisation au cours de l'angiographie
- 4) En cas d'hémorragie active, il faut proposer un traitement endoscopique premier avec tentative d'hémostase puis la chirurgie ou l'embolisation artérielle en cas d'échec
- 5) En cas d'hémorragie cataclysmique, il faut proposer un traitement chirurgical d'hémostase si les conditions locales ne permettent pas de réaliser une embolisation artérielle



# Algorithme de prise en charge d'une hémorragie digestive basse



# Algorithme de prise en charge d'une hémorragie digestive basse

