

# Congrès SARMUR Urgences Abdominales



11 & 12 AVRIL 2024

Hôtel le Récif • L'Hermitage



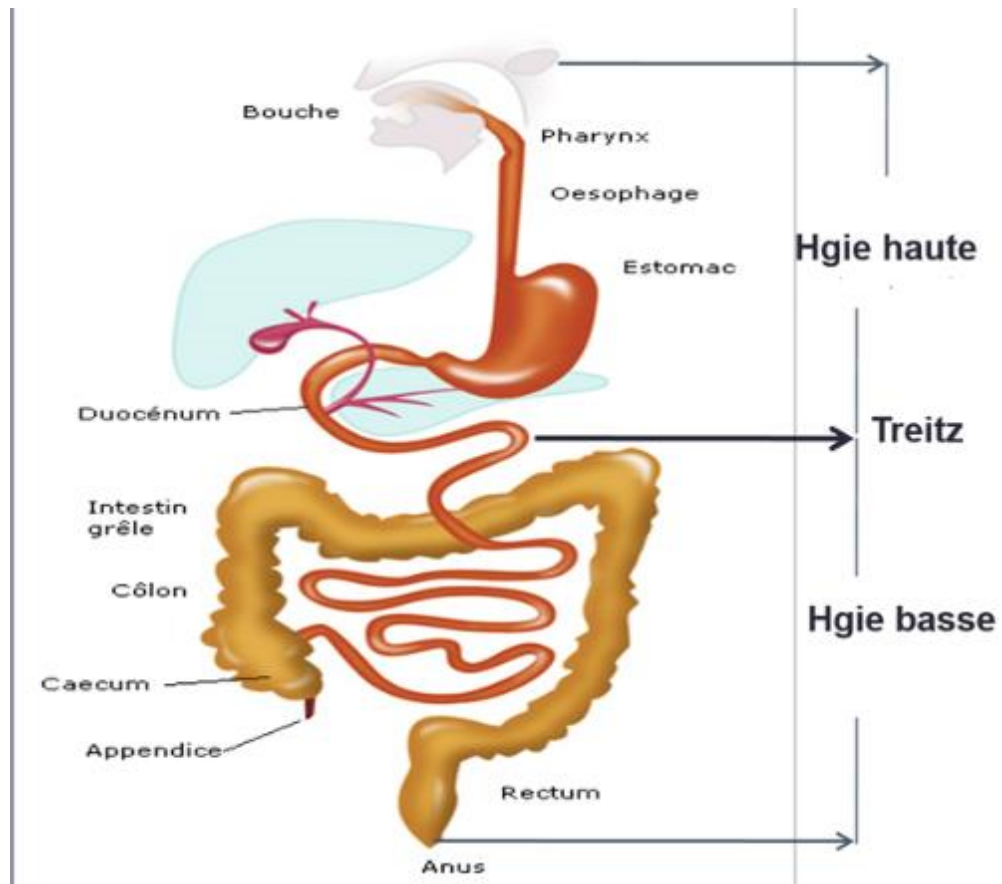
## Hémorragies digestives hautes : prise en charge, timing de l'endoscopie

Dr Emilie MORANDEAU  
Hépto-gastro-entérologue



- European Society of Gastrointestinal Endoscopy : diagnostic et prise en charge de l'hémorragie digestive haute non variqueuse (fev 2021)
- FMC HGE
- Recommandations Association Française Etude des maladies du Foie TIPS (Nov 2023)
- Baveno VII (octobre 2021)

# Hémorragie digestive haute : définition



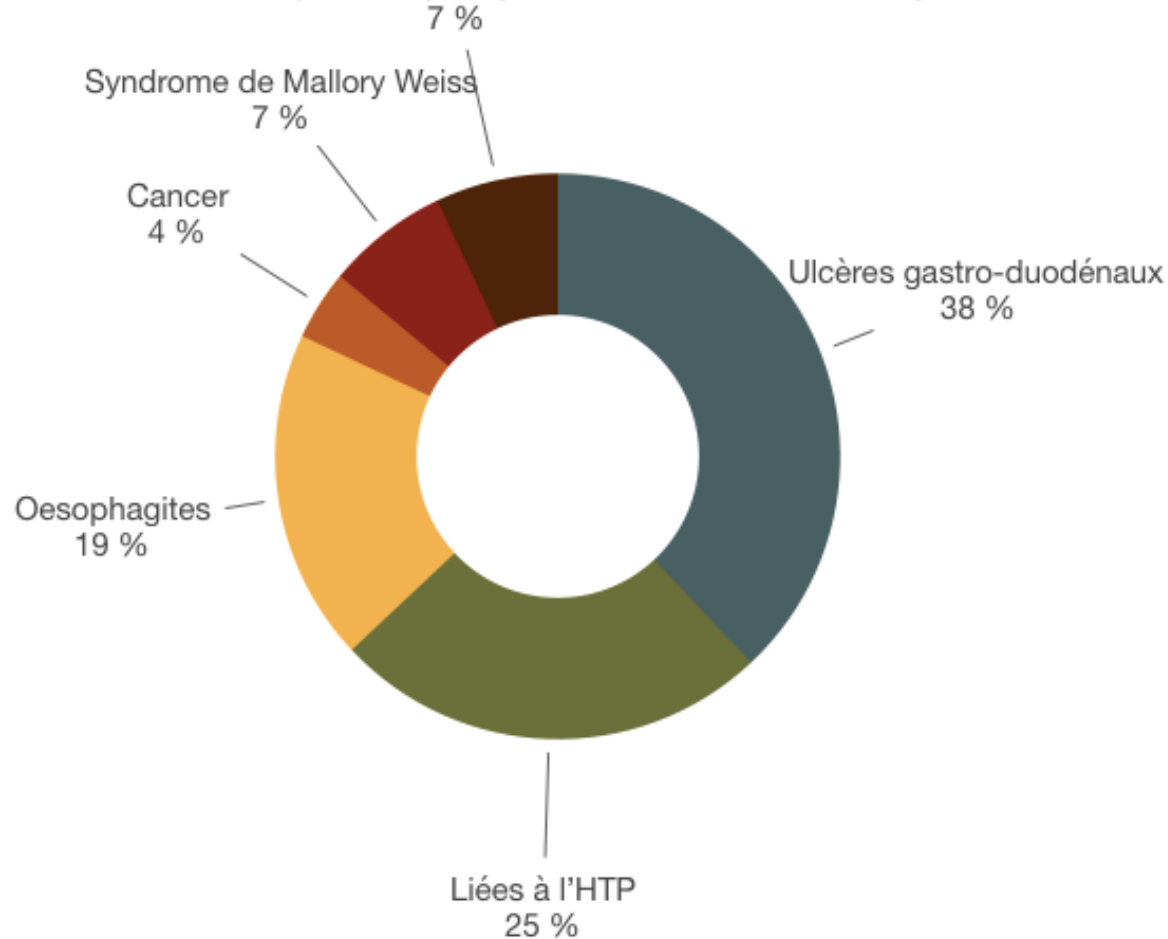
Hématémèse

Méléna

(Rectorragies + signes de choc)

# Epidémiologie

Autres : Ulcération de dieulafoy, wirsungorragie, hémobilie, fistule aorto digestive...



80% des hémorragies digestives

120 cas / 100000 habitants en France en 2015

Mortalité 5 – 15%

L'hémorragie digestive en chiffres : qu'avons-nous gagné en 30 ans ?

La Presse Médicale Formation Volume 2, Issue 5, November 2021, Pages 460-465 Diane Lorenzo

# Prise en charge de l'hémorragie digestive haute

Quels patients prendre en charge en ambulatoire ?

# Quels patients prendre en charge en ambulatoire ?

Scores de risque pré endoscopique : score de Glasgow–Blatchford, Score de Rockall ...

> [Lancet](#). 2000 Oct 14;356(9238):1318-21. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02816-6.

**A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage**

[O Blatchford](#) <sup>1</sup>, [W R Murray](#), [M Blatchford](#)

# Quels patients prendre en charge en ambulatoire : Score de Glasgow–Blatchford

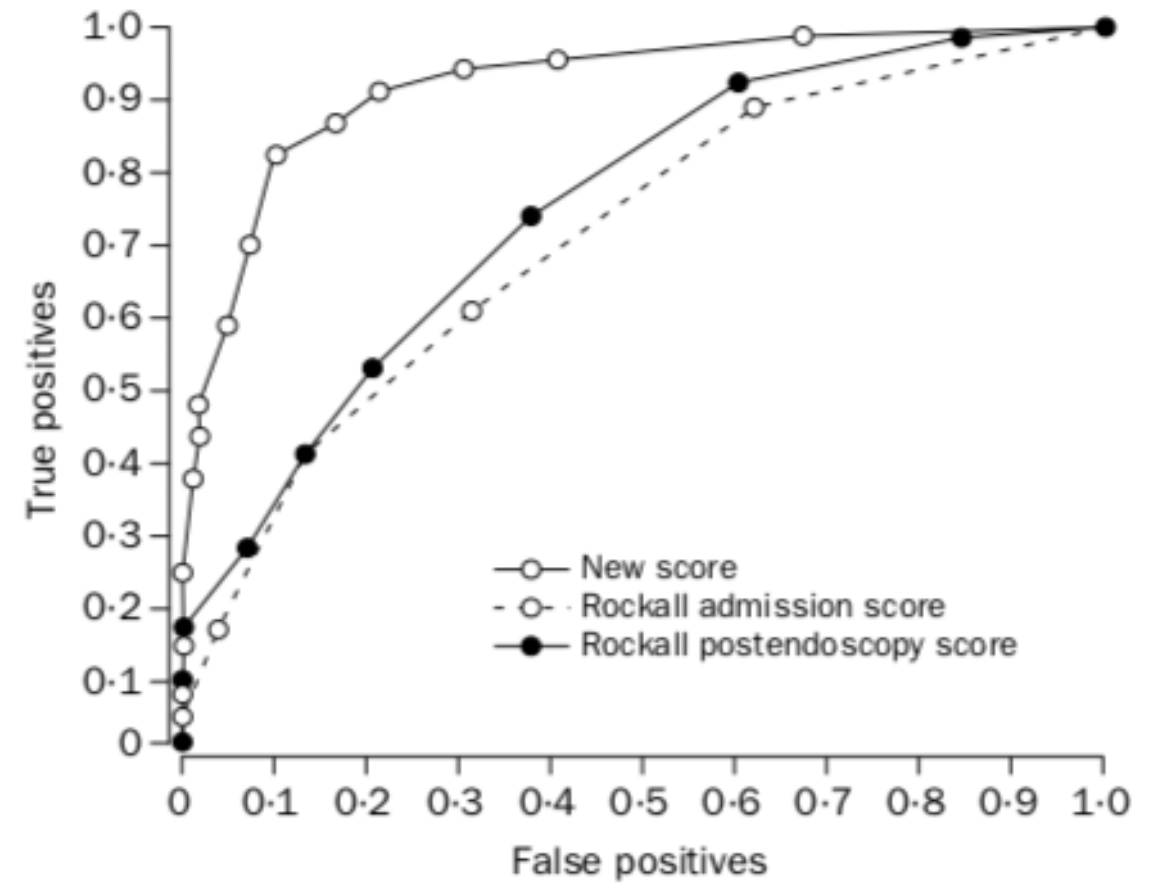
Etude rétrospective multicentrique écossaise 1748 patients HDH

-> création d'un score par régression logistique permettant d'identifier les **patients devant bénéficier d'un traitement**

(transfusion, geste d'hémostase endoscopique, ou patients sans intervention mais décédé ou avec hémorragie persistante ou récidivante)

Validation sur cohorte prospective de 197 patients

Marqueur de risque	Donnée	Points	
Urée plasmatique (mmol/L)	≥6,5 et <8	2	
	≥8 et <10	3	
	≥10 et <25	4	
	≥25	6	
Hémoglobine (g/L)	Homme	≥12 et <13	1
		≥10 et <12	3
		<10	6
	Femme	≥10 et <12	1
		<10	6
Pression artérielle systolique (mmHg)	≥100	1	
	≥90 et <100	2	
	<90	3	
Fréquence cardiaque (bpm)	≥100	Oui : 1	
Méléna	-	Oui : 1	
Syncope	-	Oui : 1	
Hépatopathie	-	Oui : 2	
Insuffisance cardiaque	-	Oui : 2	



Discriminer les patients avec besoin d'une intervention médicale

AUC 0,92 (95% CI 0.88–0.95)

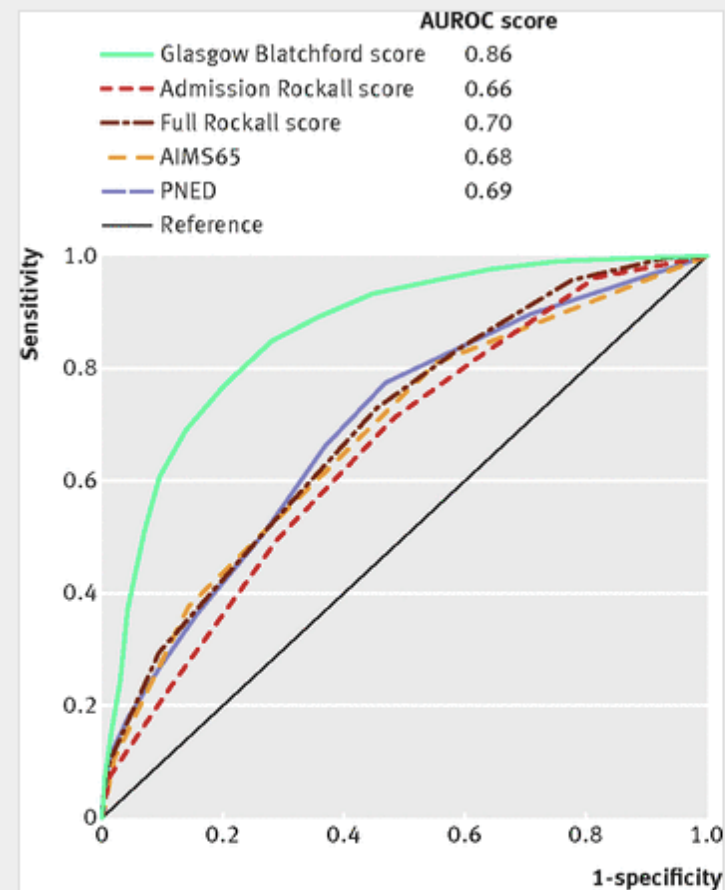


# Score de Glasgow–Blatchford

## Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study

*BMJ* 2017 ; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i6432> (Published 04 January 2017)

Cite this as: *BMJ* 2017;356:i6432     *Adrian J Stanley, consultant gastroenterologist*



**Fig 1** Comparisons of scores in prediction of need for any intervention (transfusion, endoscopic treatment, interventional radiology or surgery) or 30 day mortality (n=1704). All figures compare patients with complete data for all compared scores. AUROC=area under the receiver operating characteristic curve

**Table 3** Outcomes at optimal thresholds of Glasgow Blatchford score, AIMS65, and admission Rockall score in prediction of need for intervention, or death. Values are numbers (percentages) unless stated otherwise

Scoring system	Cut-off	Low risk patients*	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Received transfusion	Endoscopic therapy	Surgery or interventional radiology†	Mortality‡
Glasgow Blatchford	≤1	564 (19.2)	98.6	34.6	96.6	56.0	10 (1.8)	8 (1.4)	2 (0.4)	2 (0.4)
AIMS65	0	865 (34.6)	81.5	49.9	74.7	59.9	165 (19)	107 (12)	9 (1.0)	6 (0.7)
Admission Rockall	0	436 (14.7)	95.6	23.4	86.5	50.9	41 (9.4)	29 (6.7)	0 (0)	1 (0.2)

Les patients avec score Blatchford  $\leq 1$  peuvent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire (IPP per os et FOGD en ambulatoire)

# Prise en charge médicale initiale

- Stabilisation hémodynamique
- Patients stables sans ATCD cardiovasculaire : stratégie transfusionnelle restrictive (seuil 7 g/dL)
- A jeun

« envisager » bolus IPP 80 mg puis IVSE 8 mg/h dès suspicion hémorragie digestive sur ulcère peptique (recommandation faible)

# Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding

[Takeshi Kanno](#)<sup>1 2 3</sup>, [Yuhong Yuan](#)<sup>1 4</sup>, [Frances Tse](#)<sup>1 4</sup>, [Colin W Howden](#)<sup>5</sup>, [Paul Moayyedi](#)<sup>1 4</sup>,  
[Grigorios I Leontiadis](#)<sup>1 4</sup>

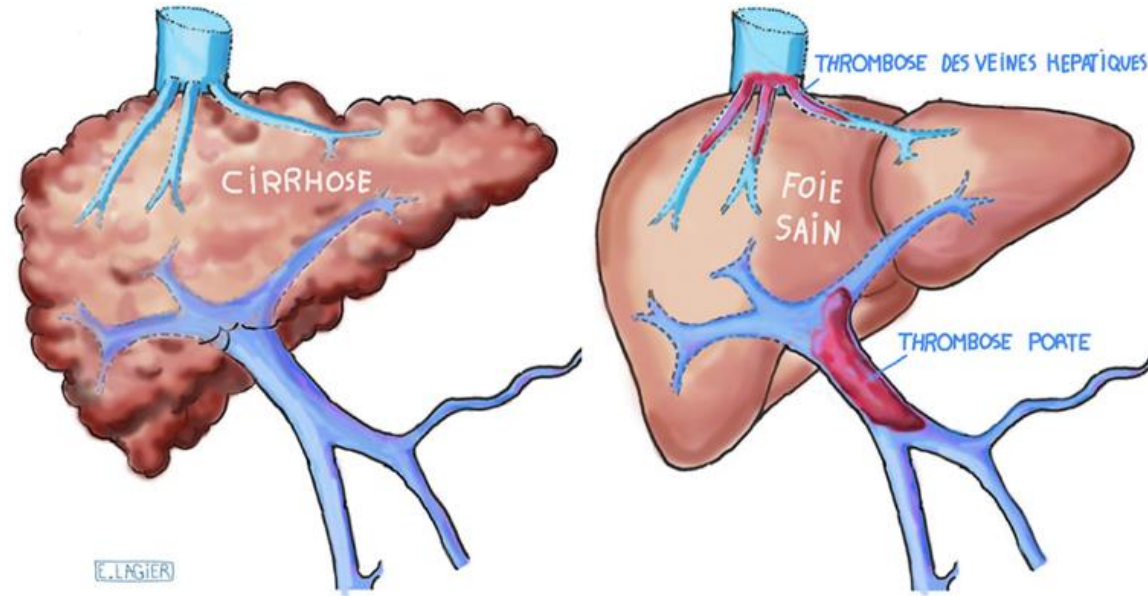
6 essais randomisés, 2223 patients

-> diminution du nombre d'indication d'hémostase endoscopique

OR 0.68, 95% CI 0.50 - 0.93

Aucun effet sur la récurrence hémorragique, le recours à la chirurgie, durée d'hospitalisation ou la mortalité (coût)

# Hypertension portale connue ou suspectée ?



Traitement vaso actif efficace sur système splanchnique (octréotide = Sandostatine  $25\mu$  /h, somatostatine, terlipressine)

Antibioprophylaxie en cas de cirrhose Child B ou C : 1g Ceftriaxone pendant 5 jours

# Gestion des anticoagulants / anti agrégants / troubles de la coagulation

- Suspension AVK / NACO (< 7 jours)
- Si hémorragie sévère, instabilité hémodynamique : vitamine K, PPSB
- Suspension des antiagrégants (reprise en fonction stade ulcère)
- PFC, exacyl non recommandés dans l'hémorragie du cirrhotique

# Indication à la réalisation d'une imagerie ?

- Etat de choc persistant
- Douleurs abdominales évocatrices d'ischémie
- Suspicion de fistule aorto-digestive (fistule entre le duodenum et prothèse vasculaire : douleurs abdominales, syndrome infectieux, méléna puis hémorragie massive après temps de latence)

# Timing de l'endoscopie



## FOGD dans les 24 heures

- > réduit le taux de mortalité
- > réduit la durée d'hospitalisation
- > coût efficace

Garg SK, Anugwom C, Campbell J et al. Early esophagogastroduodenoscopy in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endosc Int Open* 2017; 5: E376–E386

Siau K, Hodson J, Ingram R et al. Time to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: results from a prospective multicentre trainee-led audit. *United European Gastroenterol J* 2019; 7: 199–209

Jeong N, Kim KS, Jung YS et al. Delayed endoscopy is associated with increased mortality in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Emerg Med* 2019; 37: 277–280



# Timing de l'endoscopie



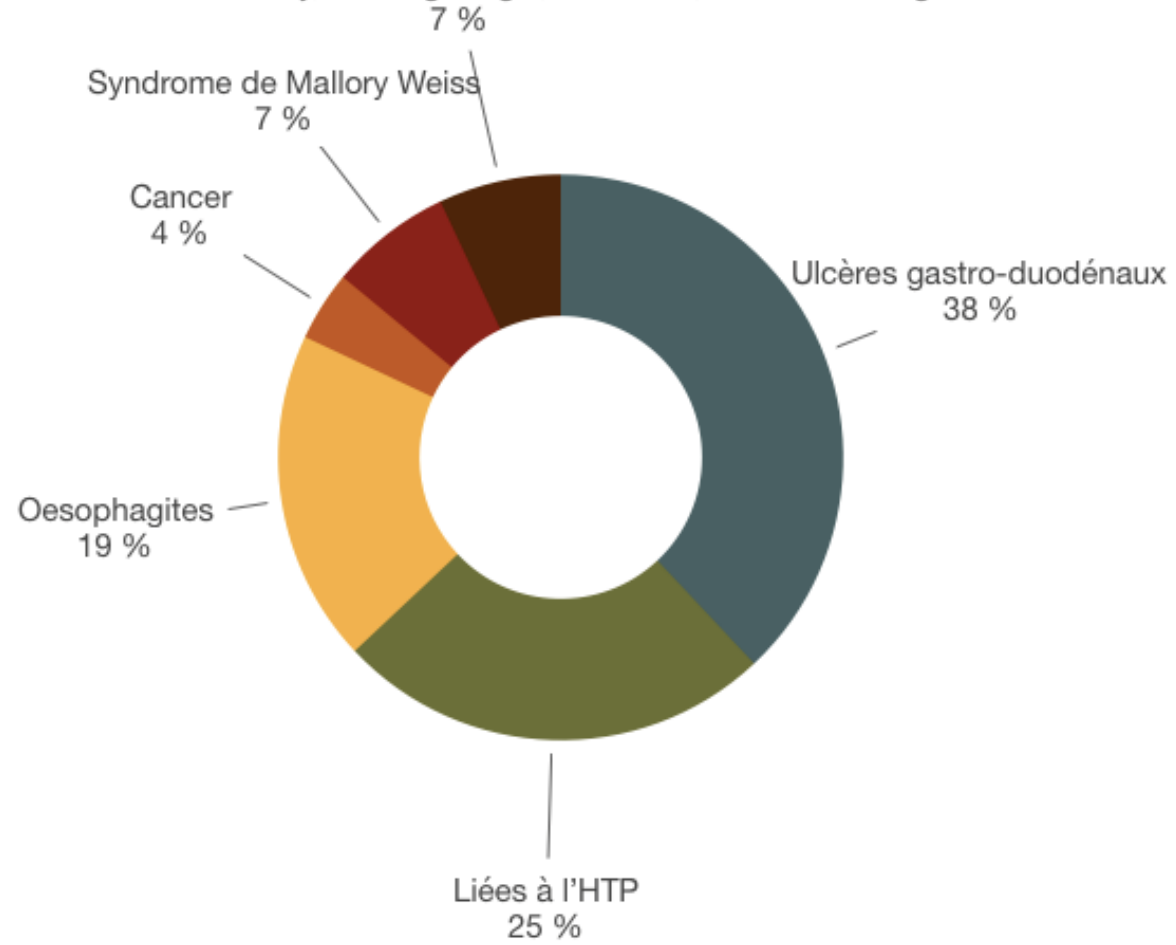
- HTP connue ou suspectée
- Persistance d'une instabilité HD

Délai < 12h  
= Endoscopie d'urgence  
(à réaliser en dehors des  
heures ouvrables, le week-  
end ou jours fériés)

# Conditions de réalisation de l'endoscopie

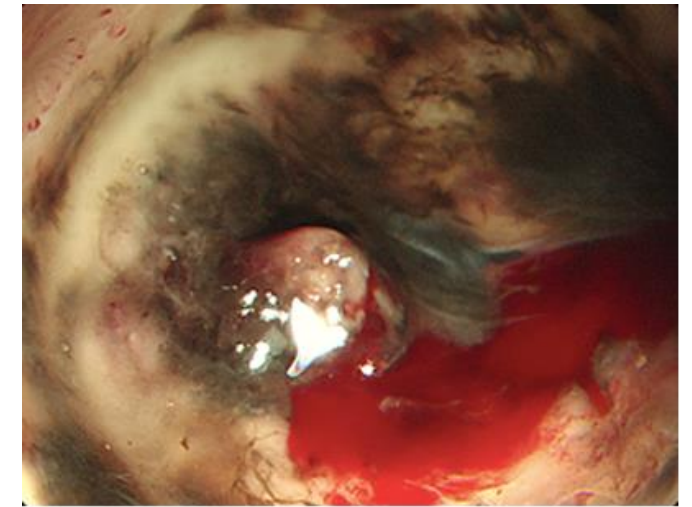
- Prokinétique : Erythromycine 250 mg, 30-120 min  
(CI : allongement QT, allergie macrolides)
  - > meilleure visualisation muqueuse (OR 4.14, 95 %CI 2.01–8.53; P < 0.01)
  - > diminue nombre de « 2<sup>nd</sup> look » (OR 0.51, 95 %CI 0.34–0.77; P < 0.01)
  - > diminue durée d'hospitalisation (–1.75, 95% CI –2.43 to –1.06; P < 0.01)
- IOT : agitation, troubles de la vigilance, hématomène persistante

Autres : Ulcération de dieulafoy, wirsungorragie, hémobilie, fistule aorto digestive...



# Ulcères gastro-duodénaux : Classification de Forrest

Stade	Stigmates hémorragiques	Aspect endoscopique	Fréquence %	% récidence hémorragique	% mortalité
Forrest I	Hémorragie active		25	50-90	10
Ia	Artérielle, pulsatile	Saignement actif en jet			
Ib	Veineuse, en nappe	Saignement en nappe			
Forrest II	Hémorragie récente				
IIa	Vaisseau visible, non hémorragique	Tâche rouge surélevée	20	50	10
IIb	Caillot non extractible	Caillot non extractible	10	30	5-10
IIc	Caillot adhérent Couche d'hématine non saillante	Tâche hémorragique plane, noire, rouge ou bleue	15	7	< 5
Forrest III	Absence de stigmate hémorragique	Plancher de l'ulcère plein et recouvert de fibrine	30	< 5	< 5



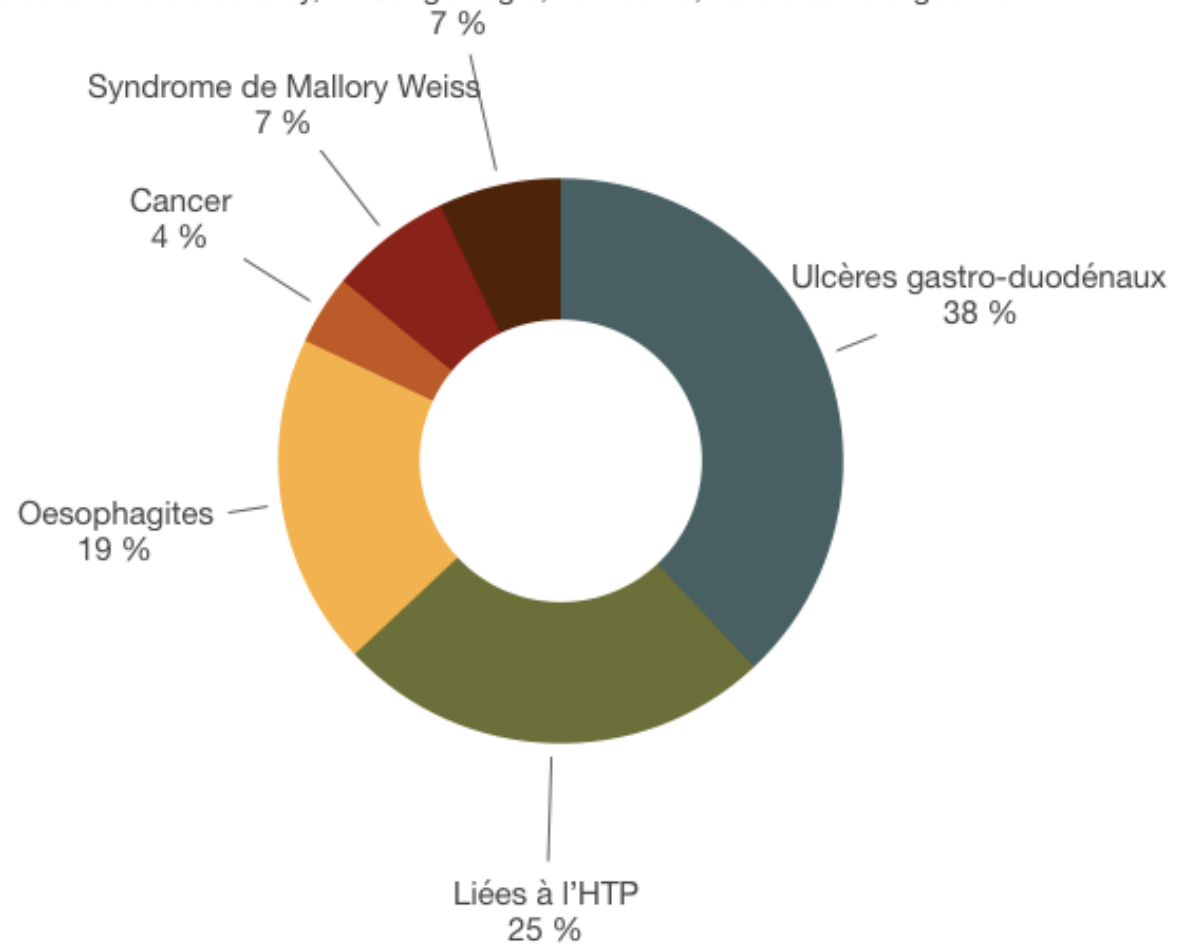
# Ulcères gastro-duodénaux : traitement médical

- UGD à haut risque de récurrence (Forrest I, IIa et IIb) : poursuite IPP à haute dose par voie intraveineuse pendant 72h
  - > diminution du risque de récurrence hémorragique
  - > diminution du recours à la chirurgie
  - > diminution du taux de mortalité
- Eradication HP
- AINS

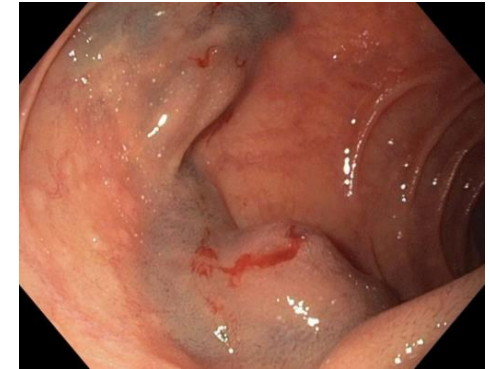
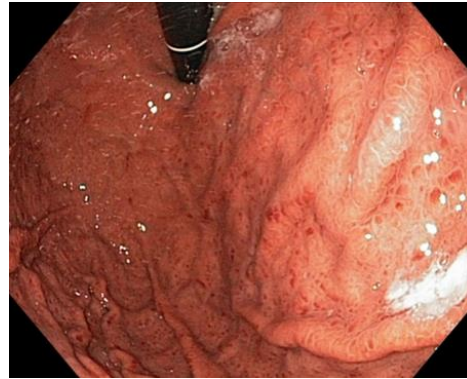
# Traitement de la récurrence hémorragique

- Nouvelle FOGD : optimisation de l'hémostase
- Embolisation
- PEC chirurgicale si embolisation non disponible ou réalisable, échec

Autres : Ulcération de dieulafoy, wirsungorrhagie, hémobilie, fistule aorto digestive...



# Hémorragie digestive haute liée à l'hypertension portale



Varices œsophagiennes  
ectopique

Gastropathie d'HTP

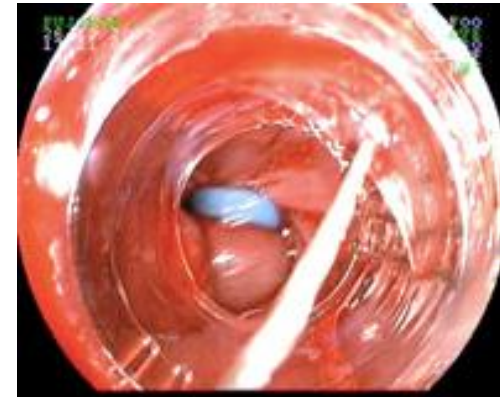
Varices gastriques

Varice



# Hémorragie liée à l'HTP : traitement endoscopique

- FOGD dans les 12 heures, sous sandostatine
- Ligature de varices œsophagiennes
- Encollage de varice gastrique



# Hémorragie liée à l'HTP : traitement médical

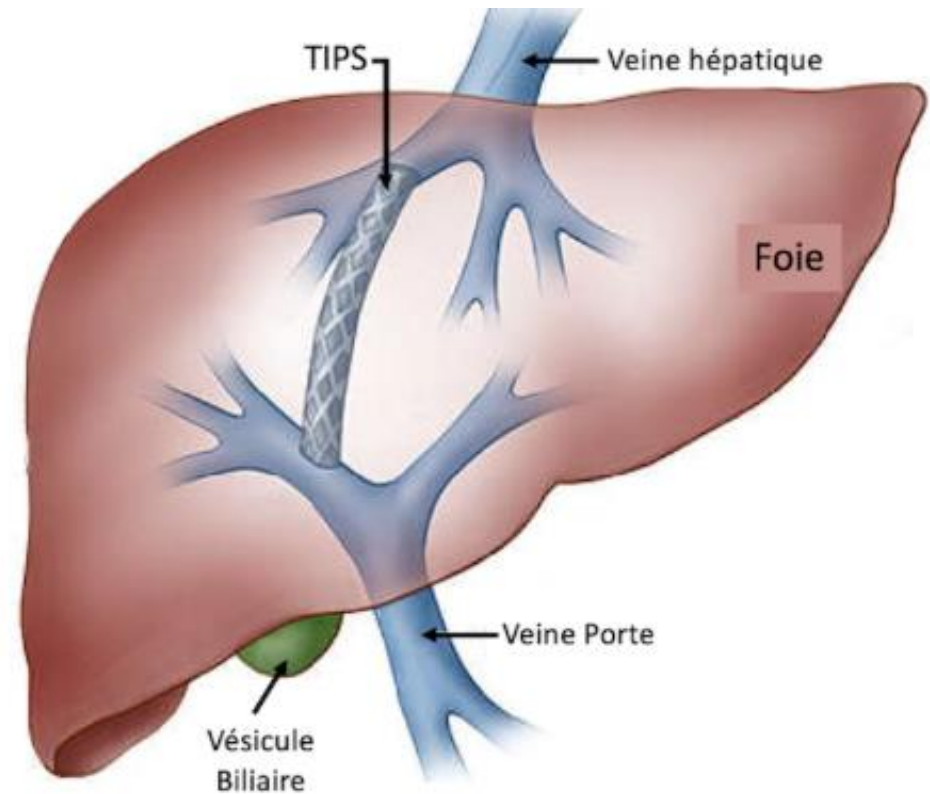
- Poursuite sandostatine IVSE 5 jours, relai bêta bloquant (carvedilol)
- Antibioprophylaxie (Ceftriaxone 1g/jour pendant 5 jours)
- Prévention encéphalopathie hépatique (lactulose)

Comment prévenir la récurrence ?

# TIPS pré-emptif dans les 72 heures (24 heures)

## Rupture de VO ou GOV1

- Cirrhose Child C <14
  - Cirrhose Child B et saignement actif à la FOGD (sous sandostatine)
  - Ou GPH >20 mmHg
- 
- Probablement recommandé même si encéphalopathie à l'admission ou ACLF



# TIPS pré-emptif dans les 72 heures (24 heures)



Insuffisance cardiaque sévère, valvulopathie sévère, HTAP, sepsis incontrôlé, encéphalopathie réfractaire, anomalie anatomique

TIPS pré-emptif chez patients à haut risque de récurrence (CHILD C ou B avec saignement actif) permet :

- > diminution de la récurrence hémorragique
- > diminue de la morbidité (apparition ascite)
- > améliore la survie à 6 semaines et 1 an

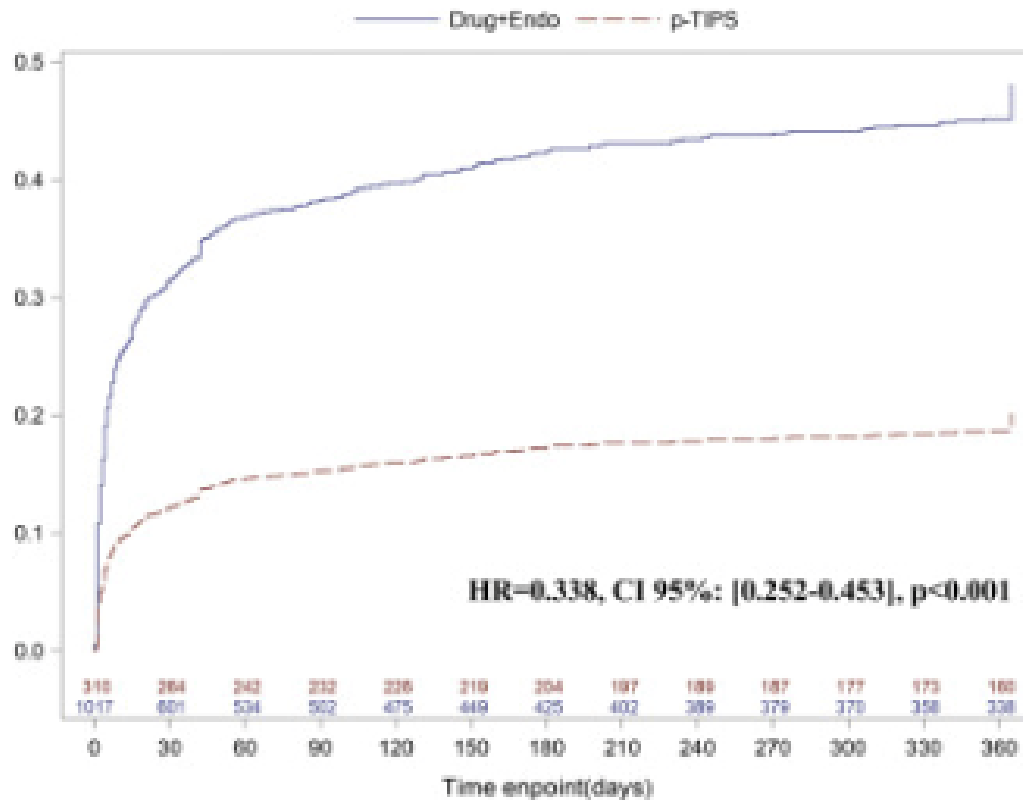
1<sup>er</sup> essai randomisé publié en 2010

## **Effects of Early Placement of Transjugular Portosystemic Shunts in Patients With High-Risk Acute Variceal Bleeding: a Meta-analysis of Individual Patient Data**

Oana Nicoară-Farcău <sup>1</sup>, Guohong Han <sup>2</sup>, Marika Rudler <sup>3</sup>, Debora Angrisani <sup>4</sup>,

1327 patients (p-TIPS n = 310) issus de 7 études dont 3 randomisées patients Child-Pugh B (= 602 patients dont 138 p-TIPS) et Child-Pugh C (= 725 patients dont 172 p-TIPS) ont été analysés de manière indépendante

# Critère composite échec de contrôle du saignement / récurrence hémorragique

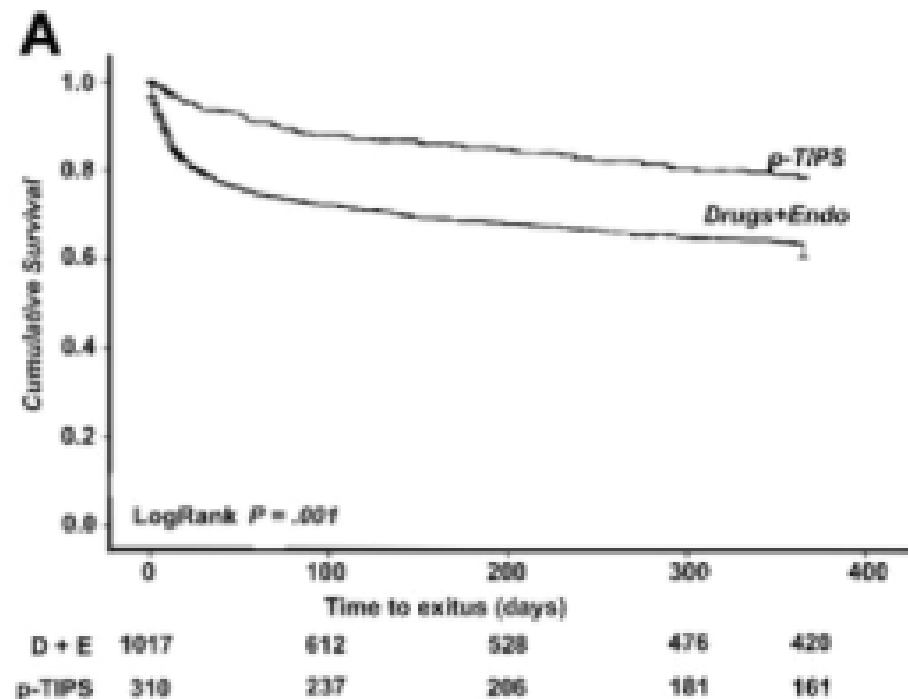


309 = 30.3% patients traitement endoscopique + médical  
vs 28 = 9% p-TIPS

P-TIPS diminue significativement le risque d'échec de contrôle hémorragique / récurrence hémorragique

(HR 0.338; 95% CI 0.252–0.453;  $P < .001$ )

# Survie



Survie à 6 semaines et 1 an significativement plus élevée groupe p-TIPS (93% vs 76.8% et 79% vs 62%, Log Rank  $P < 0.001$ )

# Hémorragie réfractaire

Hémorragie cliniquement significative malgré traitement endoscopique et pharmacologique bien conduit / récurrence hémorragique dans les 5 jours

10 à 20%

- Discuter deuxième endoscopie
- TIPS de sauvetage en urgence
- Traitement d'attente par tamponnement probablement recommandé (de préférence par prothèse œsophagienne métallique auto-expansive)



# TIPS de sauvetage

Pose de TIPS pour contrôler une hémorragie digestive liée à HTP toujours active

Critères de futilité à discuter au cas par cas en l'absence de projet de TH:

- Défaillance multi viscérale
- Ou Child C  $\geq$  14
- Ou MELD  $\geq$  30 et/ou lactatémie  $\geq$  12 mmol/L après 1eres heures de réanimation

# TIPS de sauvetage

- Améliore la survie
- Multiples études sans bras contrôle
- Hétérogénéité patients (ACLF...)
- Hétérogénéité définitions hémorragie réfractaire / récurrence hémorragique

# Traitement d'attente par tamponnement

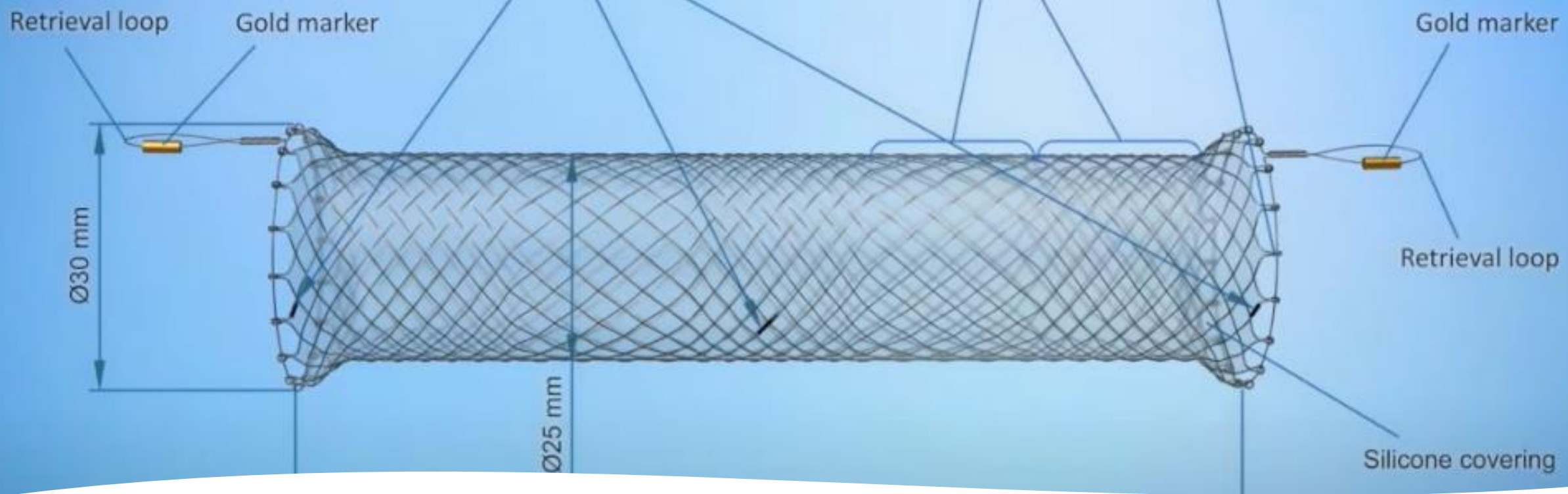
Mesure temporaire en cas d'hémorragie digestive réfractaire liée à l'HTP  
= attente TIPS de sauvetage ou TH

Sonde de tamponnement (Blakemore)

Hémostase à court terme (récidive > 50% au dégonflement)

Perforation

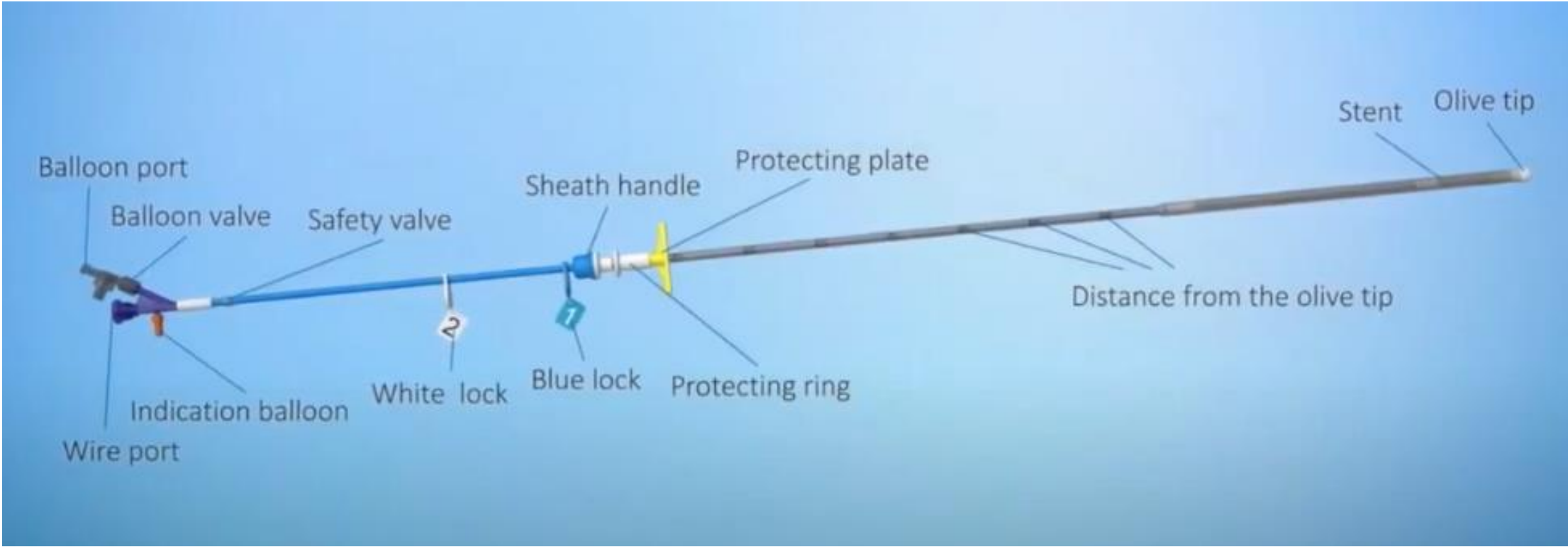


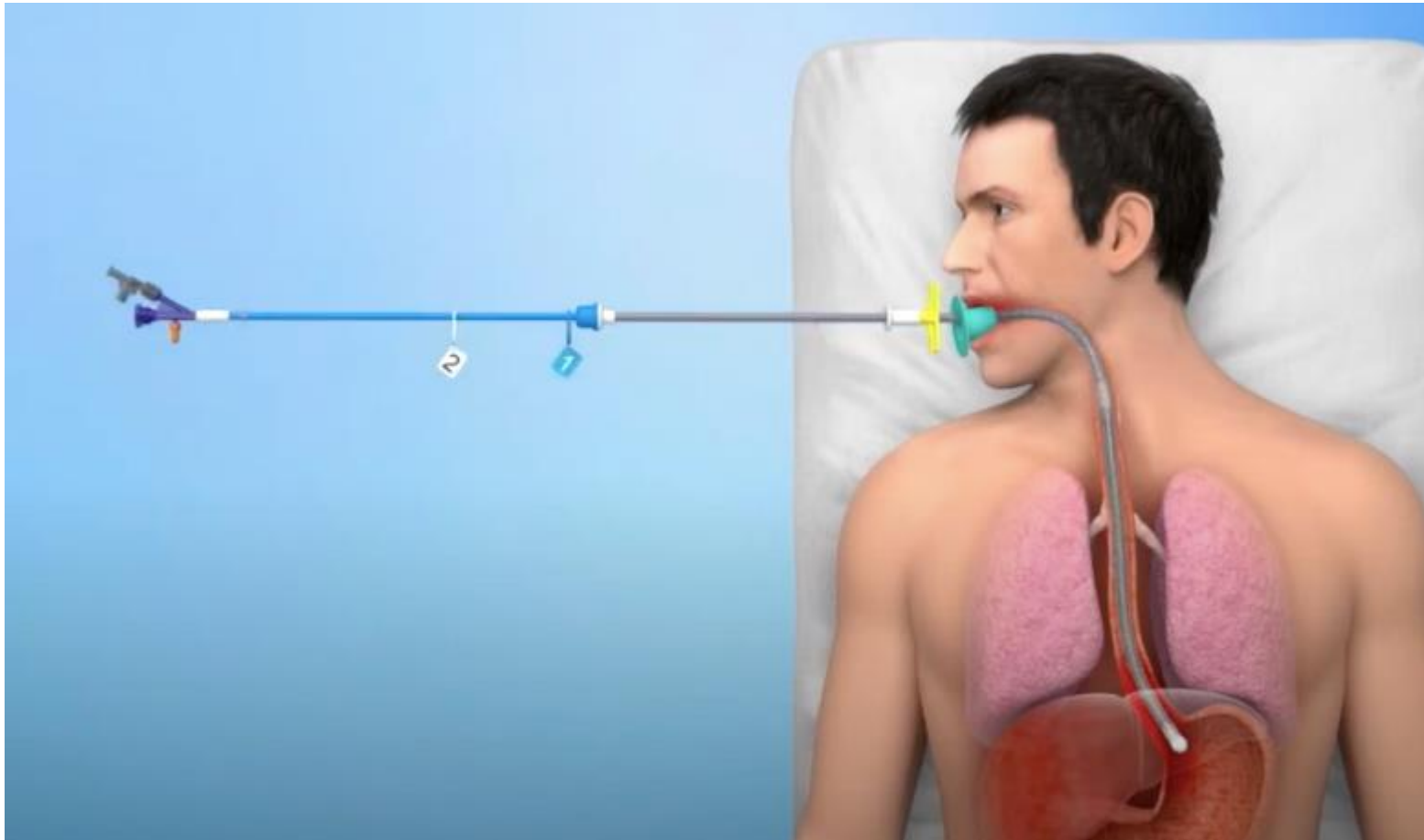


## Prothèse œsophagienne métallique auto- expansive (SX ELLA Dannis)

- Taux récurrence hémorragique plus faible 12 vs 35%
- Moins effets secondaires (érosions, migration) 10 vs 20%

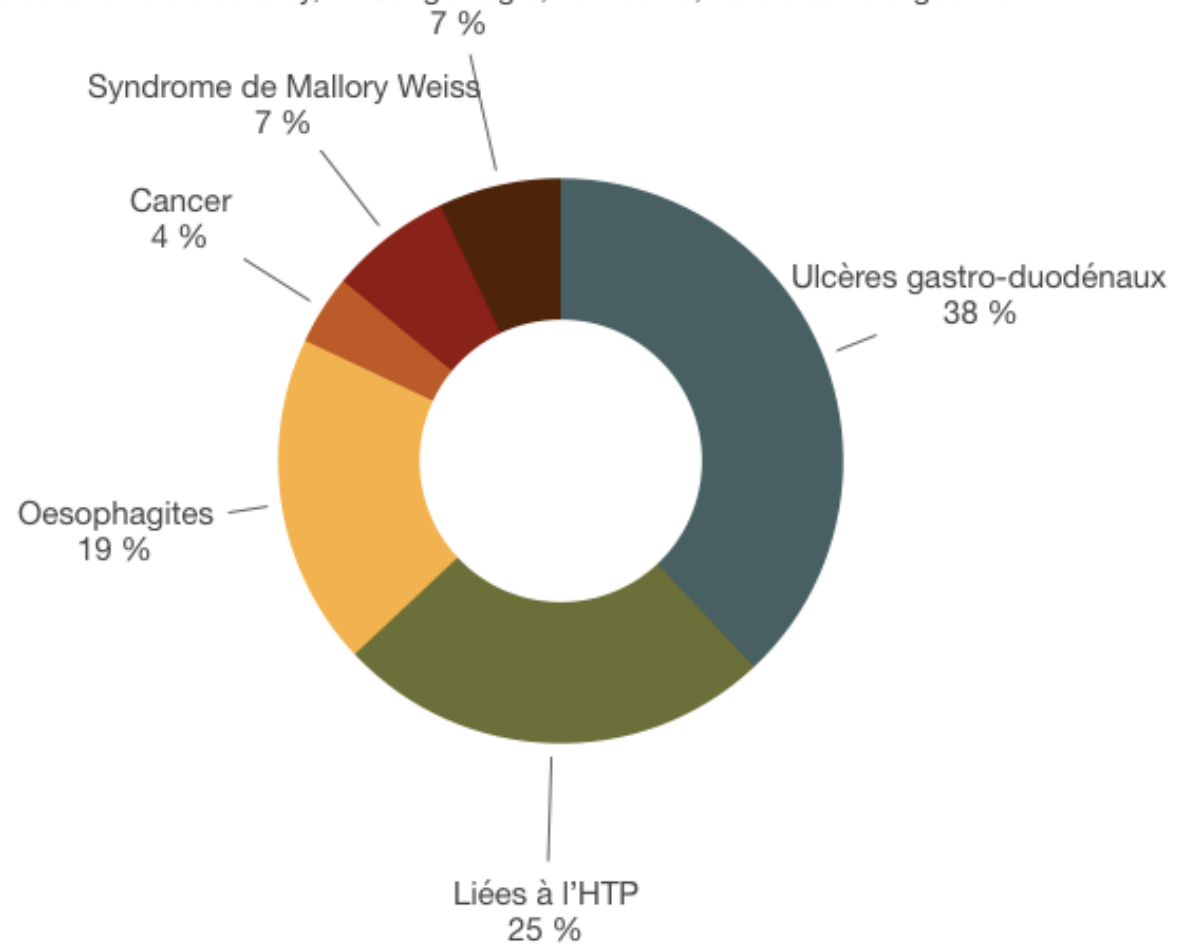
Rodrigues SG, Cárdenas A, Escorsell À, et al. Balloon Tamponade and Esophageal Stenting for Esophageal Variceal Bleeding in Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Semin Liver Dis* 2019; 39: 178-94





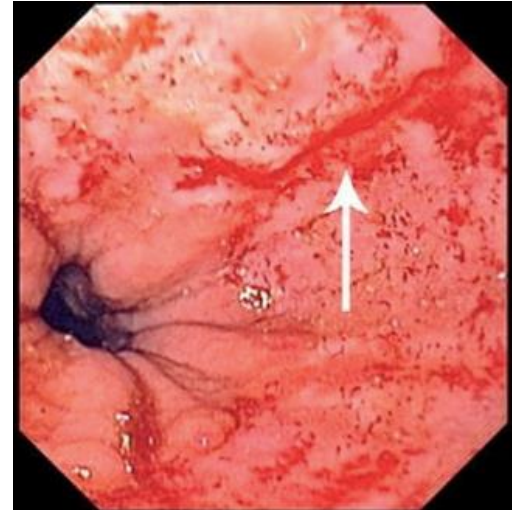
Pas de nécessité de contrôle endoscopique ou scopique

Autres : Ulcération de dieulafoy, wirsungorrhagie, hémobilie, fistule aorto digestive...



# Syndrome de Mallory Weiss

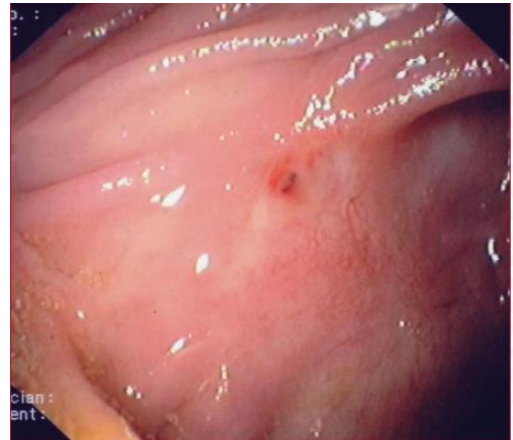
- Vomissements répétés (constipation, toux...)
- Vomissements alimentaires puis sanglants
- Ulcération longitudinale de la jonction oeso-gastrique
- Evolution favorable dans 90 % des cas





# Ulcération de Dieulafoy

- perte de substance qui détruit la musculaire muqueuse et érode une assez volumineuse artère suivant un trajet superficiel ectopique et sinueux
- début brutal, l'hémorragie sévère (état de choc, besoins transfusionnels élevés)
- diagnostic endoscopique souvent difficile : petite ulcération superficielle (< 3 mm de diamètre) ou une muqueuse normale avec saignement actif, vaisseau visible saillant ou un caillot frais adhérent de petite taille



# Take home messages

- Envisager IPP forte dose dès suspicion d'hémorragie digestive haute
- FOGD recommandée dans les 24 heures chez un patient stabilisé sur le plan hémodynamique, après perfusion d'erythromycine
- Délai < 12 heures en cas d'HTP suspectée ou avérée, sous traitement vaso-actif
- TIPS pré-emptif indiqué dans les 72 h en cas de RVO ou GOV1 sur cirrhose CHILD C ou CHILD B et hémorragie active à la FOGD
- TIPS de sauvetage à discuter en cas d'hémorragie réfractaire, traitement d'attente par prothèse auto-expansive