

# Hémorragies digestives

Pr JM Péron

Service d'hépatologie

Hôpital Rangueil, CHU Toulouse

# Prise en charge diagnostique et thérapeutique des ulcères gastroduodénaux hémorragiques

⊕ Julien Branche, Marion Khaldi

# Prise en charge de la rupture de varices œsophagiennes

⊕ Marika Rudler



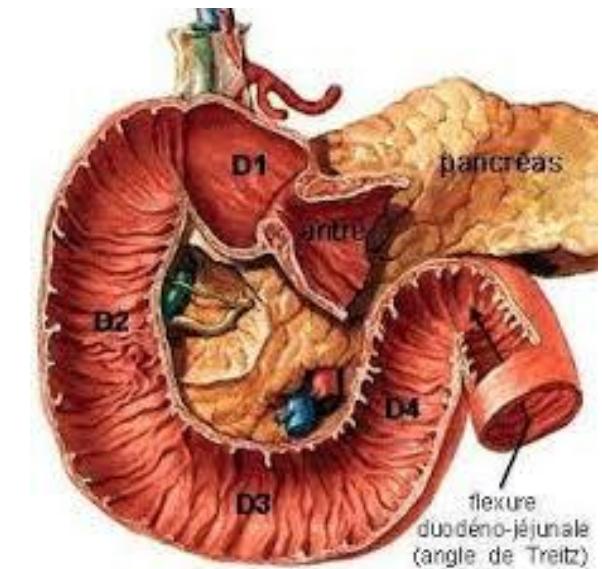
October 27-30, 2021

## Hémorragie digestive haute

- En amont de l'angle de Treitz (duodénojéjunal)

## Hémorragie digestive basse

- En aval de l'angle de Treitz



- **Hématémèse** : toujours une hémorragie digestive haute
- **Méléna** : souvent une hémorragie digestive haute
- **Rectorragies** : plutôt une hémorragie digestive basse, hémorragie digestive haute possible en cas de saignement très abondant +++

- Evaluation de la gravité de l'hémorragie
- Rechercher une cirrhose
- Prise d'anticoagulant, d'antiagrégants, d'AINS
- ATCD d'intervention sur l'aorte

# Evaluation de la gravité de l'hémorragie

- Etat de choc
  - Fc, TA
  - Marbrures, sueurs, pâleur
  - Diurèse
- Notion de syncope

Perte de 75 à 1500 ml (15 à 30% du vol circulant) **Fc > 100 bpm** avec une TA syst qui peut être normale

Perte de 1500 à 2000 ml (30 à 40 % du vol circulant) **Fc > 120 bpm** TA syst basse

# Prise en charge initiale

- Hospitalisation obligatoire (à jeun ...)
- 2 voies veineuses de bon calibre
  - Cathéter gris : 16 gauge, 1,7 mm diamètre extérieur, débit 196 ml/min
- Expansion volémique par cristalloïdes
  - PAM 65 mmHg
  - Osman D Ann Intensive care 2012
- O2 lunettes , systématique (maintenir une saturation > 95 %)
- Allo hépato-gastro-entérologue précocement +++

# Bilan initial

- Hb au doigt
- Hémostase
- NFS plaq, IONO créat, groupe ABO Rhésus Kell, recherche d'Ac anti érythrocytaires irréguliers (RAI)
- **Transfuser** pour maintenir Hb au dessus de 7 g

# Prise en charge initiale : suspicion hémorragie digestive haute

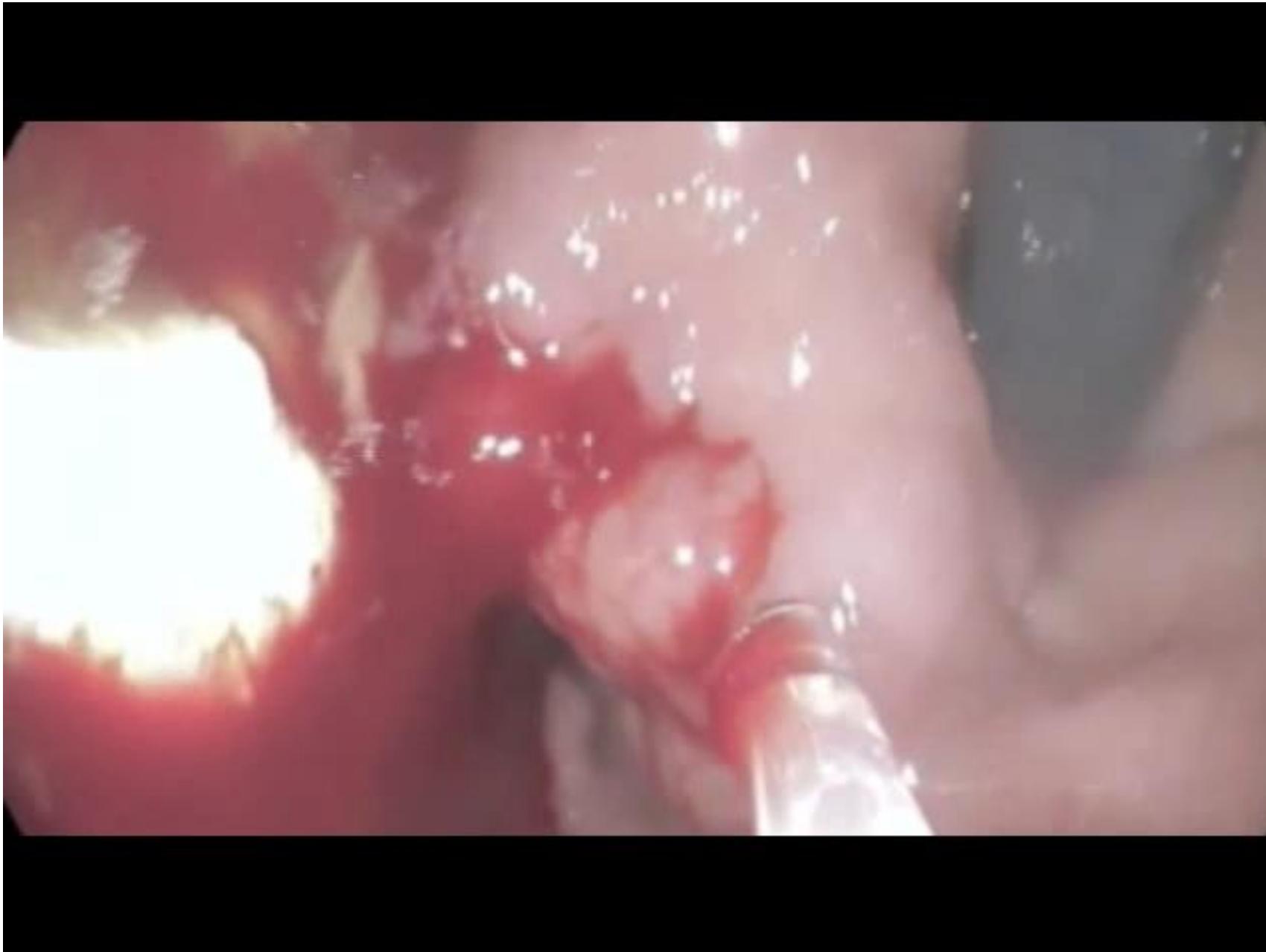
- IPP bolus et seringue électrique
  - 80 mg oméprazole puis 8 mg/h
- En cas de cirrhose (connue ou découverte)
  - Antibiothérapie
    - 40% des patients ont ou vont développer une infection
    - Ceftriaxone 1 g par jour, norfloxacine 400 mg 2 fois par jour per os
  - Médicaments vasoactifs
    - Somatostatine (250 mg bolus puis IVSE 250 mg/h 5 jours)
    - Analogues de la somatostatine (Octréotide)
    - plus rarement terlipressine, CI coronaropathie) 1 à 2 mg IV toutes les 4 heures 5 jours
    - A débuter le plus rapidement possible
  - Pas d'indication de perfusion de PFC ou de plaquettes

# Prise en charge initiale : suspicion hémorragie digestive haute

- **FOGD en urgence +++**
  - Dans les 12 h en cas de cirrhose
  - Dans les 24h en absence de cirrhose
  - Dépend de l'état hémodynamique
- **Erythromycine** 30 min avant l'endoscopie (attention QT long)
- **Intubation**, patient stabilisé

Bai et al APT 2011



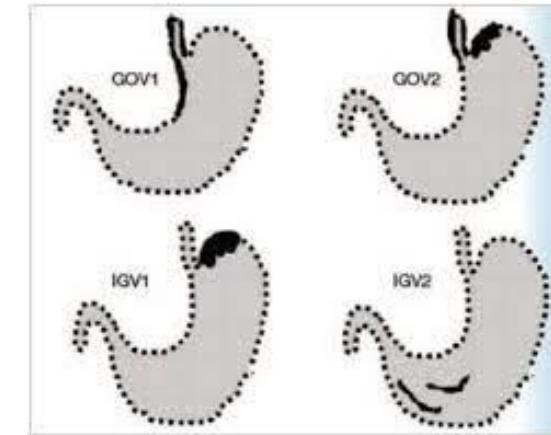


# Prise en charge initiale : hémorragie digestive haute, rupture de VO ou VG

- **Rupture de VO :**
  - Hémorragie active oui/non
  - Ligature des VO en commençant par le bas et en remontant
  - En cas de clou plaquettaire ou de saignement actif on priorise cette varice
  - Mortalité 15 %



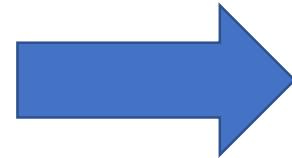
- **Rupture de VG :**
  - Injection de colle biologique (N-butyl-cyanoacrylate)
  - Ligature possible si GOV 1



- **FOGD complète**
- Maintient du traitement vasoactif (somatostatine), stop IPP
- Transfert unité de soins intensifs
- Lactulose pour obtenir 2-3 selles molles par jour

# Prise en charge initiale : hémorragie digestive haute, rupture de VO ou VG

- L'hémostase est obtenue
  - Child > B7 et hémorragie active
  - Child C < 14



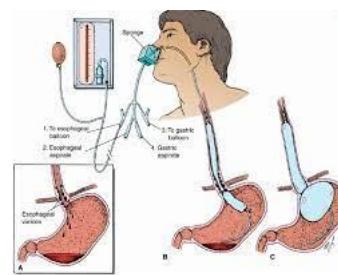
TIPS préemptif



Garcia Pagan NEJM 2010  
Baveno VII

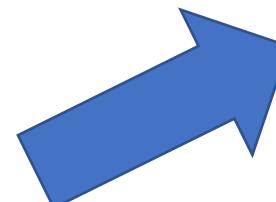
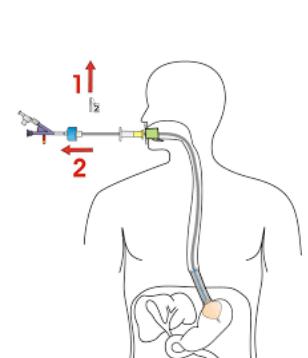
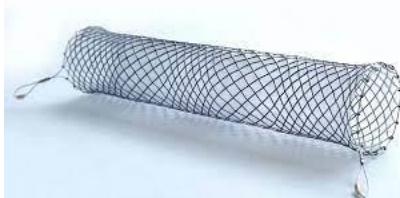
# Prise en charge initiale : hémorragie digestive haute, rupture de VO ou VG

- L'hémostase n'est pas obtenue
  - Sonde de Linton ou Blakemore



TIPS de sauvetage

- Prothèse Danis

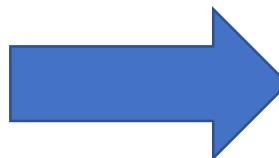


Futile si Child-Pugh  $\geq 14$  cirrhosis,  
MELD score  $> 30$  et lactates  $> 12$  mmol/L,  
sauf si transplantation prévue

Garcia Pagan NEJM 2010  
Baveno VII

# Prise en charge initiale : hémorragie digestive haute, ulcère gastroduodénal

- Hémorragie en jet
- Hémorragie en nappe
- Vaisseaux visible
- Caillot adhérent



## Traitement endoscopique Pose de clips

Injection d'adrénaline diluée (1mg d'adrénaline dans 10 CC sérum phy)  
Hemospray (dernière intention)  
Clip Ovesco (exceptionnel)

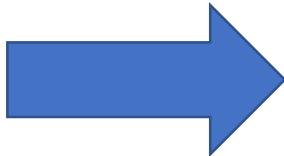
Classification de Forrest : description, fréquence moyenne des différents aspects endoscopiques et risques de récidive hémorragique en l'absence de traitement endoscopique.

Forrest	Description	Prévalence (%)	Récidive hémorragique (%)
I a	Hémorragie en jet	10	90
I b	Suintement diffus	10	10
II a	Vaisseau visible non hémorragique	20	50
II b	Caillot adhérent	20	20
II c	Taches pigmentées	10	5
III	Cratère à fond propre	30	2

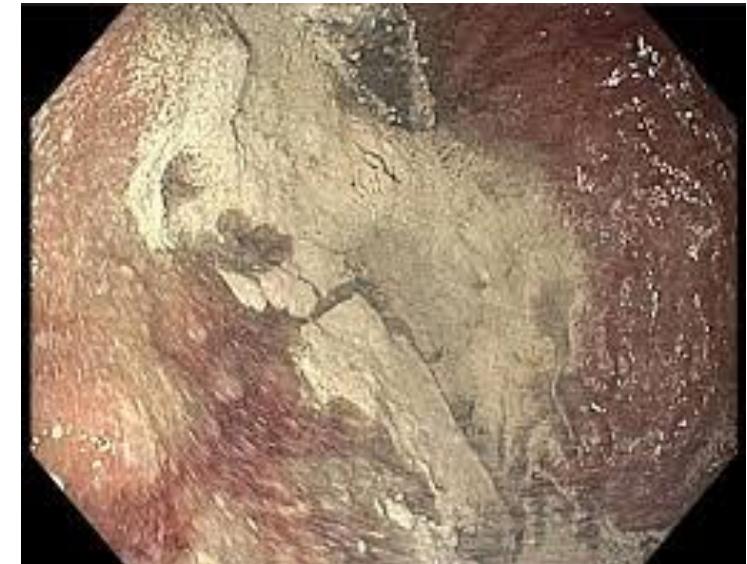


# Prise en charge initiale : hémorragie digestive haute, ulcère gastroduodénal

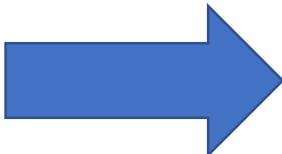
- Hémorragie en jet
- Hémorragie en nappe
- Vaisseaux visible
- Caillot adhérent



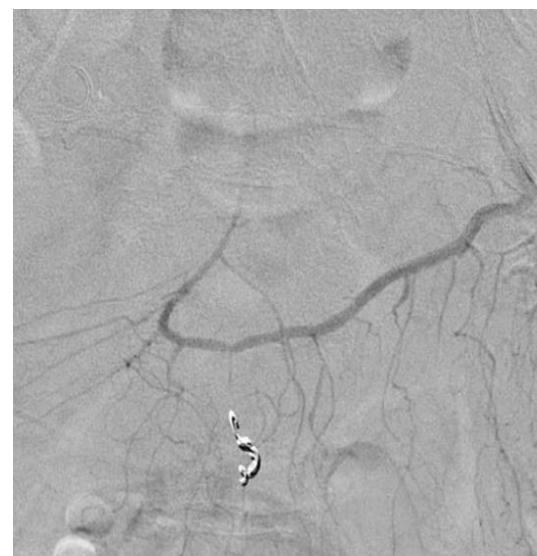
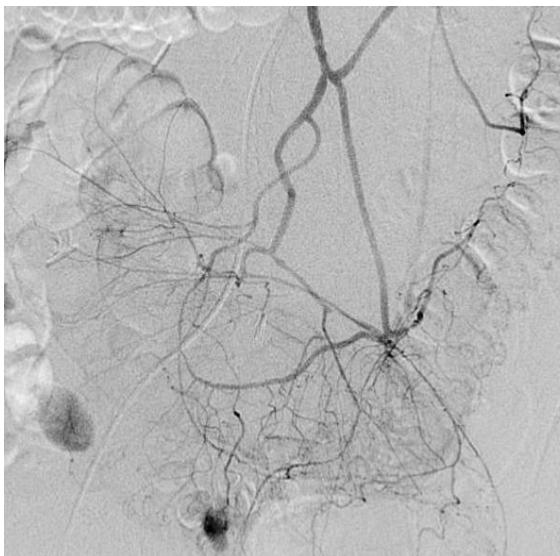
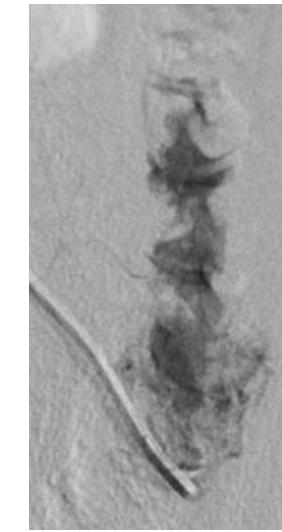
Traitement endoscopique  
Hemospray



# Prise en charge initiale : suspicion hémorragie digestive basse

- Peu abondante (pas de choc)
    - Arrêt des antiagrégants ou anticoagulants
    - Coloscopie au cours de la même hospitalisation
  - Abondante (choc)
    - FOGD
    - Scanner avec injection
- 
- Artériographie et embolisation

# saignement colique - diverticule



# Conclusion

- Prise en charge initiale du choc identique pour les hémorragie digestives hautes ou basses
  - Hospitalisation, VVP, expansion volémique et transfusion à 7 g
- Hémorragie digestive haute
  - IPP IVSE, Erythromycine, FOGD en urgence
  - En cas de cirrhose, médicaments vasoactifs et antibiotiques
- Hémorragie digestive basse
  - Choc : EOGD puis scanner injecté
  - Pas de choc : stop anti agrégants, coloscopie au cours de la même hospitalisation