

Hémorragies digestives

Pr JM Péron

Service d'hépatologie

Hôpital Rangueil, CHU Toulouse

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des ulcères gastroduodénaux hémorragiques

⊖ Julien Branche, Marlon Khaldi

Prise en charge de la rupture de varices œsophagiennes

⊖ Marika Rudler

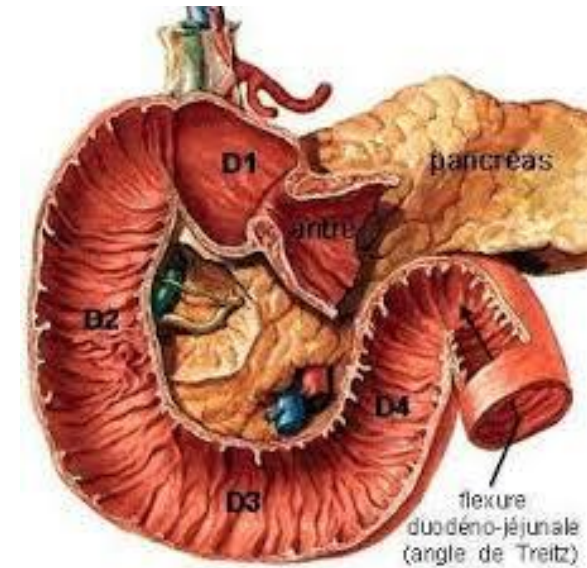


Hémorragie digestive haute

- 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, pâleurs
 - 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
- O2 lunettes , systématique (maintenir une saturation > 95 %)
- Allo hépato-gastro-entérologue précocement +++
Osman D Ann Intensive care 2012

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)

Bai et al APT 2011

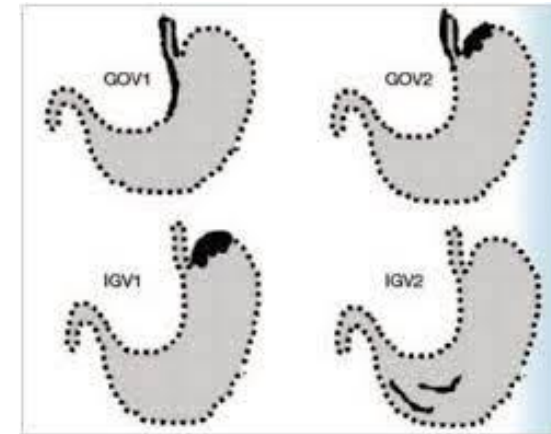
- **Intubation**, patient stabilisé





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



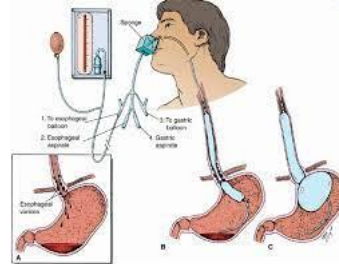
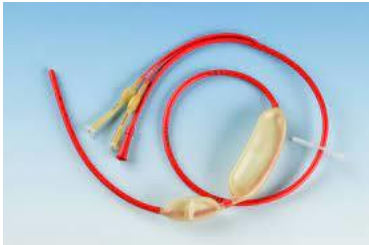
TIPS préemptif



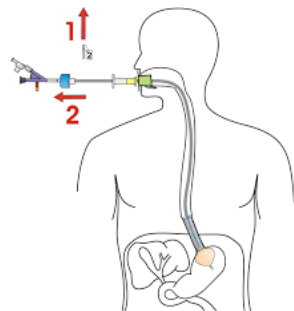
Garcia Pagan NEJM 2010
Baveno VII

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

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

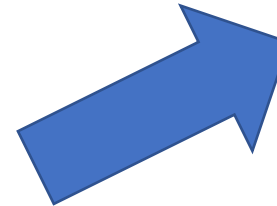


- Prothèse Danis



TIPS de sauvetage

Futile si Child-Pugh ≥ 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)
Hémospay (dernière intention)
Clip Ovesco (exceptionnel)

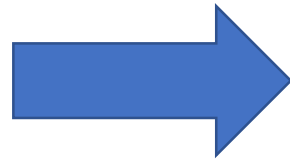
Classification de Forrest : description, fréquence moyenne des différents aspects endoscopiques et risques de récurrence hémorragique en l'absence de traitement endoscopique.

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

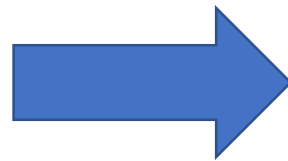


Traitement endoscopique
Hémospay



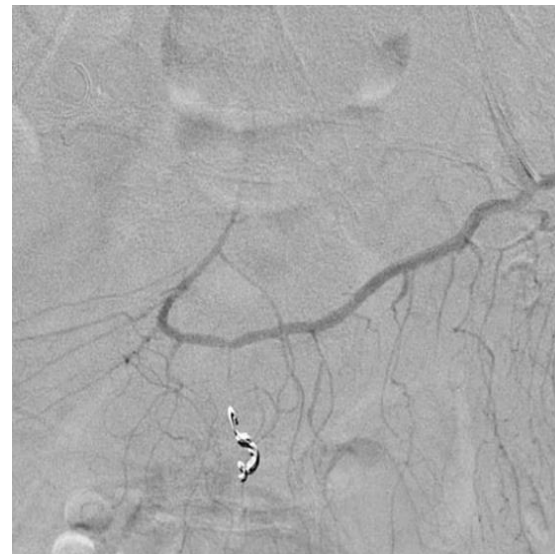
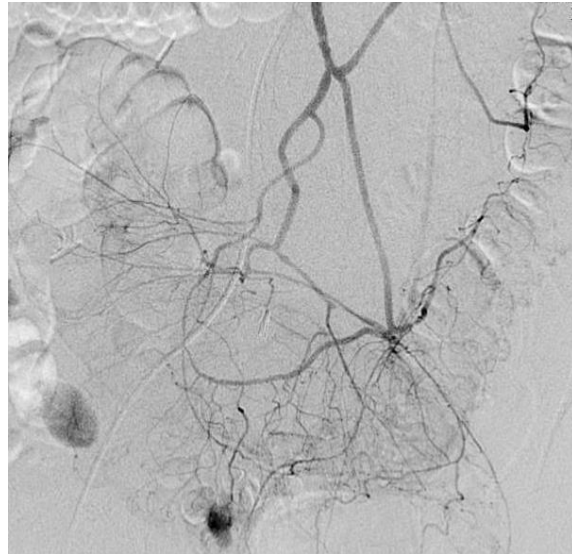
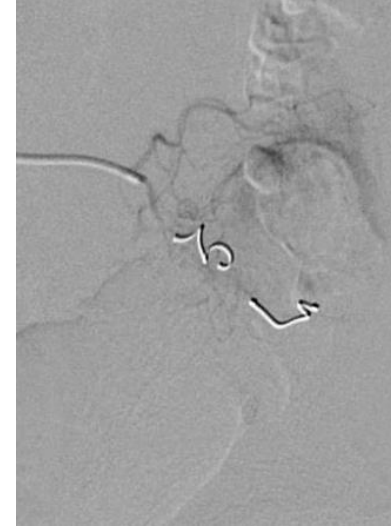
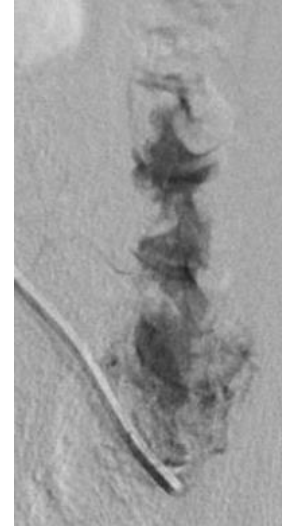
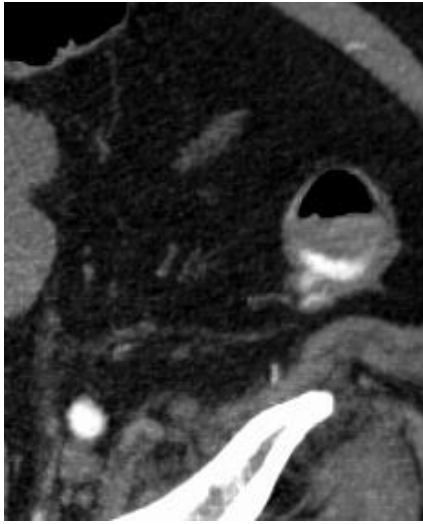
Prise en charge initiale : suspicion hémorragie digestive basse

- **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