

Hémorragies digestives: Diagnostic et prise en charge immédiate 10 règles

Nicolas Carbonell
hépatogastroenterologie
Hôpital Saint-Antoine



Hémorragie digestive

Hémorragies hautes (>80%)

Hémorragies basses

HTP

- varices œsophagiennes
- Varices gastriques
- Gastropathie d'HTP

Ulcères peptiques

- Ulcères gastro-duodénaux
- Exculcération de Dieulafoy

Diverticulaire
Angiodysplasies
Colites

Hémorragie digestive

Hémorragies hautes (>80%)

Ulcères peptiques

- Ulcères gastroduodénaux
- Exculcération de Dieulafoy

HTP

- varices œsophagiennes
- Varices gastriques
- Gastropathie d'HTP

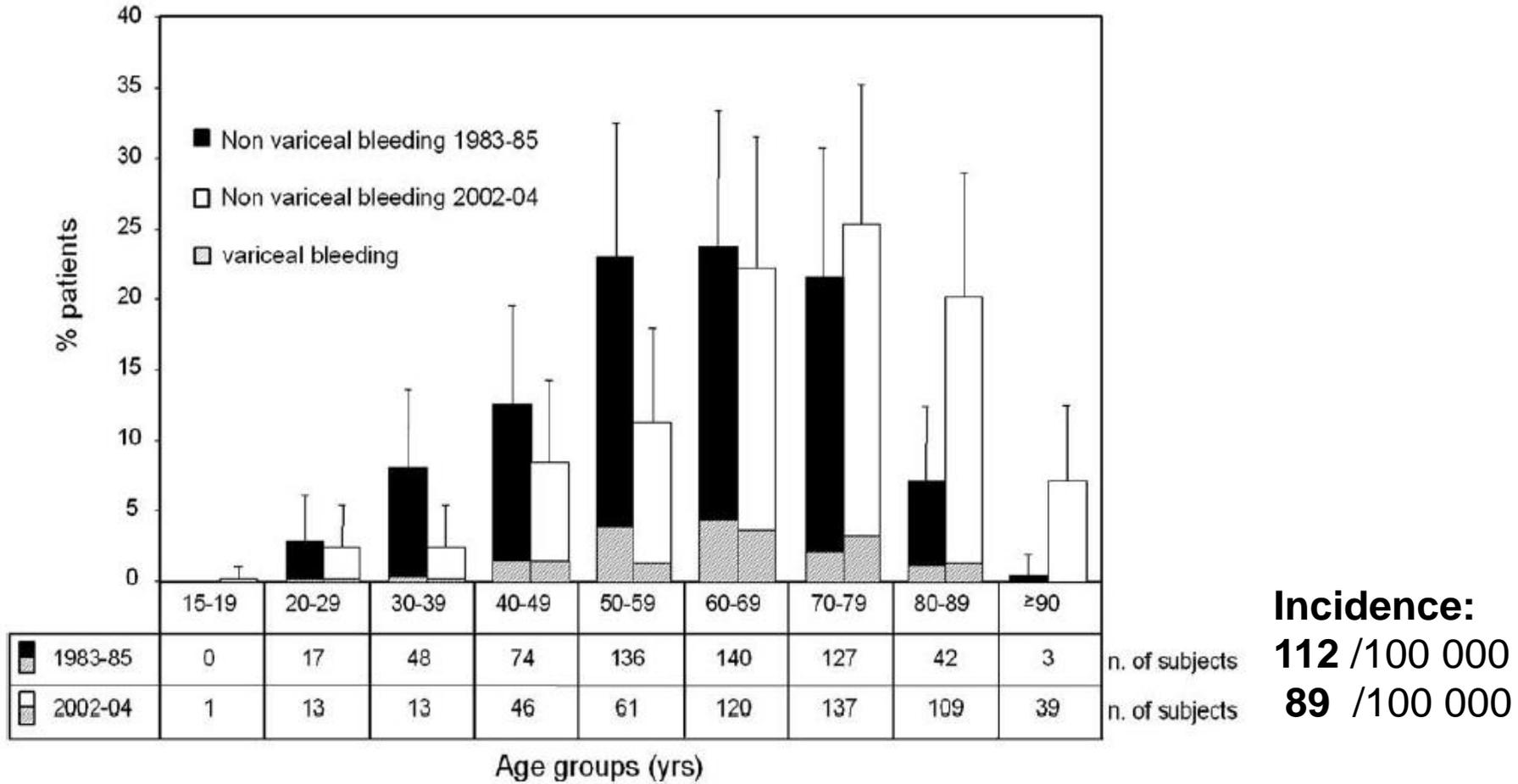
Règle 1: Evaluation précoce

- Age (>60 ans)
- Terrain : comorbidités
- Signes de choc
- Récidive hémorragique

Facteurs favorisant un saignement

- Age > 60 ans
- AINS (début de traitement jusqu'à J30)
- Aspirine
- Corticoïdes: augmentent le risque de saignement si prescrits avec les AINS
- Anticoagulants
- Rôle d'*Helicobacter Pylori*

Distribution des âges et hémorragie digestive: 2 cohortes: 1980 et 2000



Evolution présentation clinique

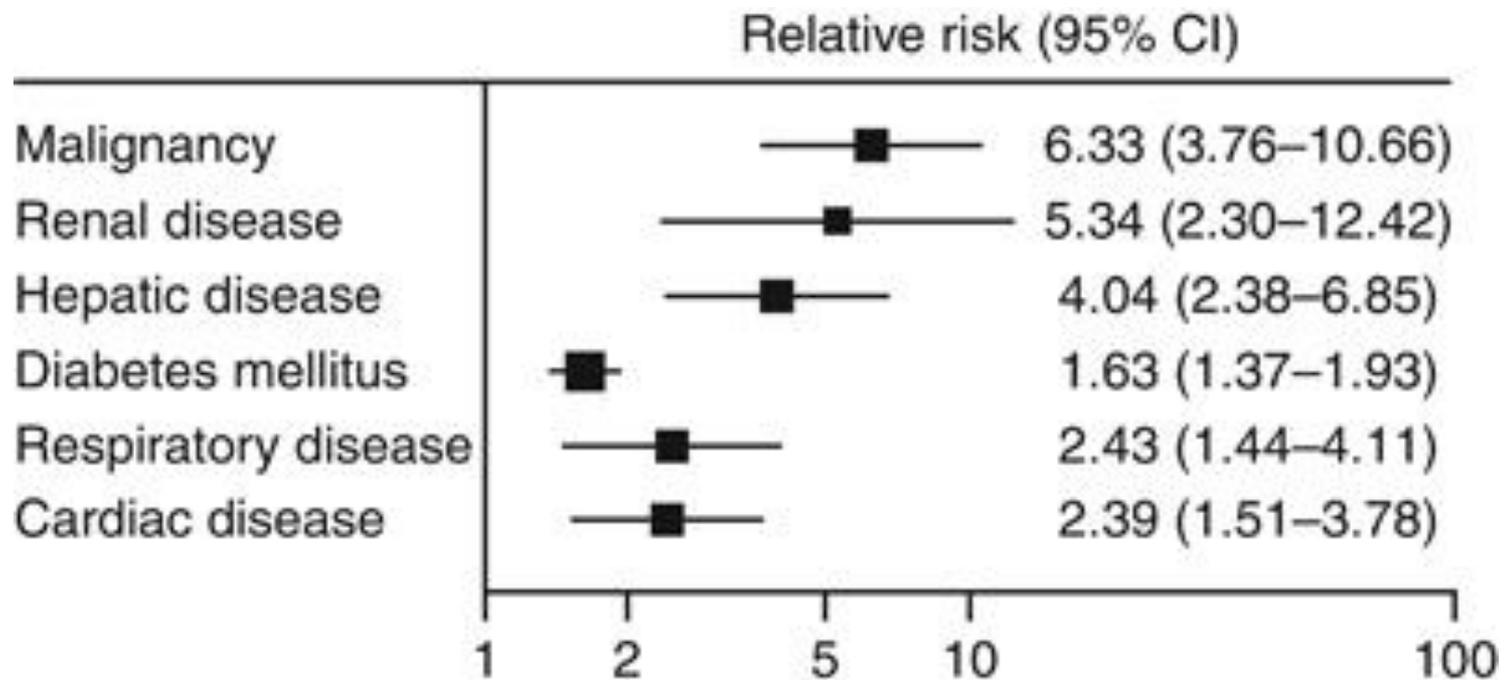
	1980	2000	p
Age (an)	61	69	< .001
Comorbidités (%)	68	75	.01
AINS Aspirine (%)	40	46	.03
Mortalite	15,5	9,1	<.001
Chirurgie (%)	10	2	<.001
Endoscopie <12h	51	73	< .001
Transfusion n CG	3,6	2,7	.005

Pronostic de l'HDH selon l'âge

	<75 ans	>75 ans	p
n	2246	1041	
Comorbidités	1,5	1,6	ns
Rockall (-age)	4,1	4,2	Ns
Récidive hémorragique	9,7 %	11,8%	ns
chirurgie	2,5 %	4%	Ns
mortalité	8,2 %	8,9%	Ns

Nahon S et al. Clinical Gastro and Hepato 2008

Impact des comorbidités sur le pronostic des ulcères Hémorragiques



LEONTIADIS et al. American J gastro 2013

Nbr de Comorbidités et pronostic

<i>N</i>	Number of comorbidities	Non-survivors, n (%)	χ^2 -Trend test
5,984	0	123 (2.1)	$P < 0.001$
2,393	1	287 (12.0)	
763	2	139 (18.2)	
104	≥ 3	76 (73.1)	

Sung et al. American J gastro 2010

Score de Blatchford

Admission risk marker	Score component value
Blood urea (mMol/l)	
6.5–8.0	2
8.0–10.0	3
10.0–25.0	4
>25	6
Hemoglobin (g/l) for men	
120–130	1
100–120	3
<100	6
Hemoglobin (g/l) for women	
100–120	1
<100	6

Systolic blood pressure (mm Hg)	
100–109	1
90–99	2
<90	3
Other markers	
Pulse >100 per min	1
Presentation with melena	1
Presentation with syncope	2
Hepatic disease	2
Cardiac failure	2

Score de Blatchford

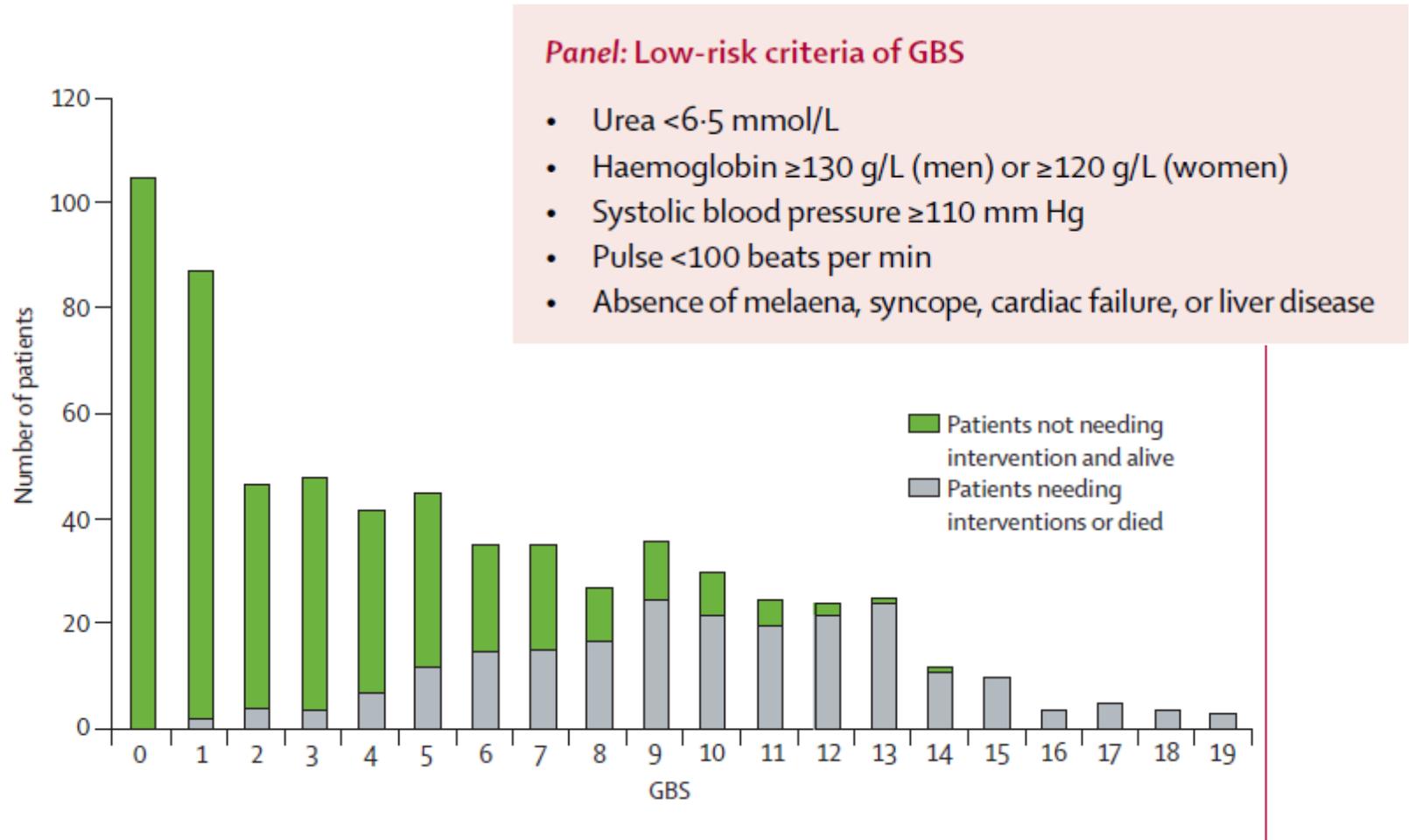


Figure 1: Need for intervention or death by score for all four centres in phase one

Le score prè endoscopique de Blatchford prédit le recours a un traitement per-endoscopique

Règle 2: IPP précoce

Baisse acidité gastrique (stabilise caillot)
Objectif pH>6

Avant la FOGD

=> amélioration de la visibilité des lésions

Après la FOGD

⇒ Diminution du risque de récurrence hémorragique
⇒ Amélioration de la survie vs placebo

Forte posologie (?) - IV

Bolus 80 mg + 8 mg/h pdt 72 h

Règle 3: Transfusion

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 3, 2013

VOL. 368 NO. 1

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Càndid Villanueva, M.D., Alan Colomo, M.D., Alba Bosch, M.D., Mar Concepción, M.D., Virginia Hernandez-Gea, M.D., Carles Aracil, M.D., Isabel Graupera, M.D., María Poca, M.D., Cristina Alvarez-Urturi, M.D., Jordi Gordillo, M.D., Carlos Guarner-Argente, M.D., Miquel Santaló, M.D., Eduardo Muñoz, M.D., and Carlos Guarner, M.D.

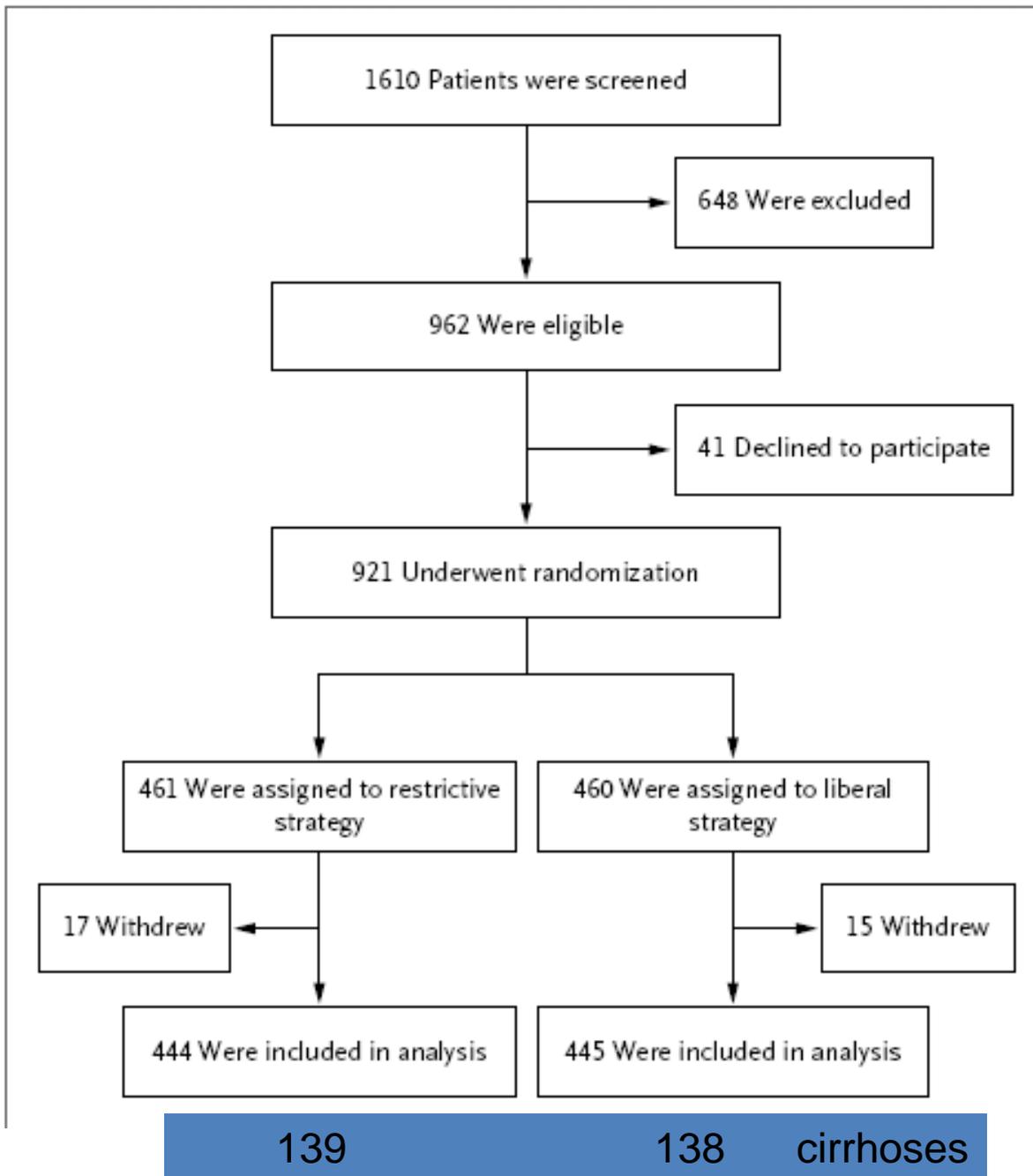
Stratégie restrictive:

Transfusion Hb 7g/dl, obj 7-9 g/dl

Stratégie libérale:

Transfusion à partir de 9g/dl, obj 9-11g/d

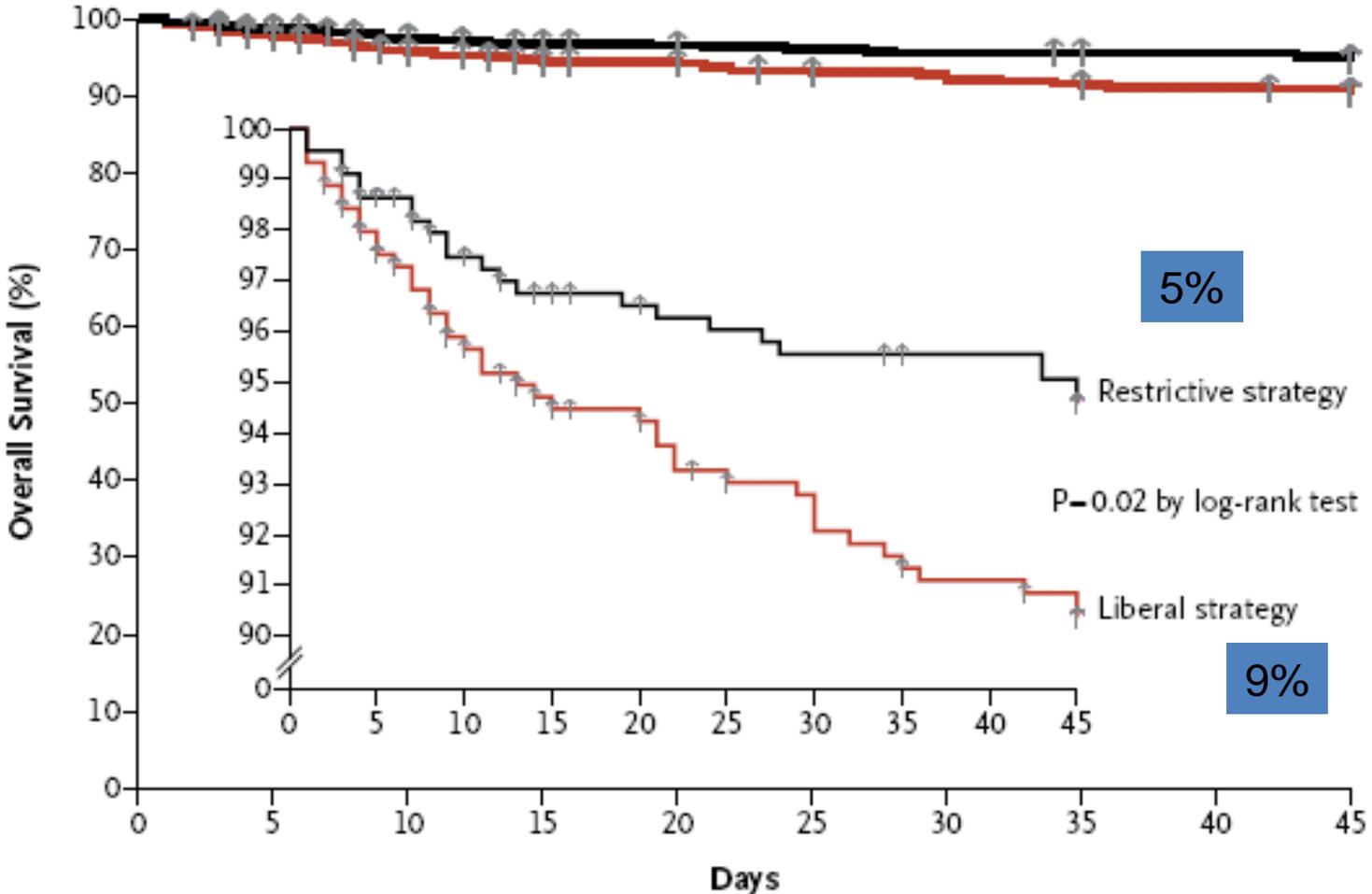
Randomisation avec stratification sur la présence d'une cirrhose



39 massive HD
329 minimes
70 terrain ischémique
50 HDB
75 déjà inclus

139 138 cirrhosés

A Survival, According to Transfusion Strategy

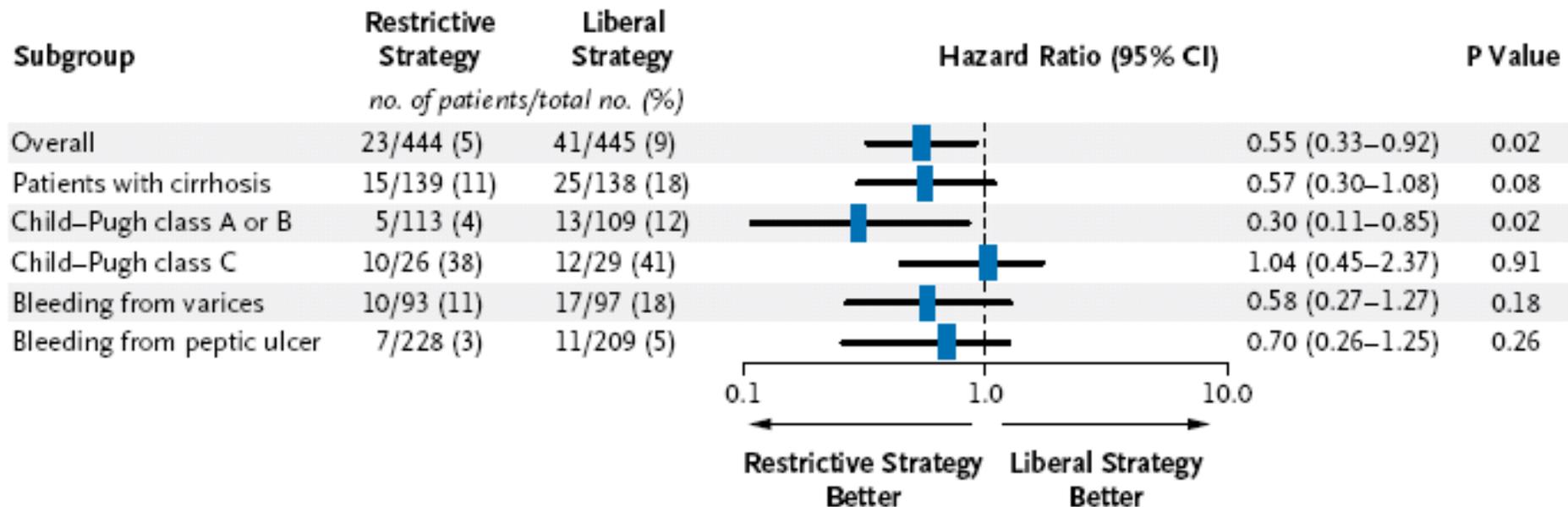


No. at Risk

Restrictive strategy	444	429	412	404	401	399	397	395	394	392
Liberal strategy	445	428	407	397	393	386	383	378	375	372

Analyse de survie

B Death by 6 Weeks, According to Subgroup



DC par hémorragie: 3 v/s 14

DC par comorbidités: 19 v/s 25

Règle 3: Transfusion

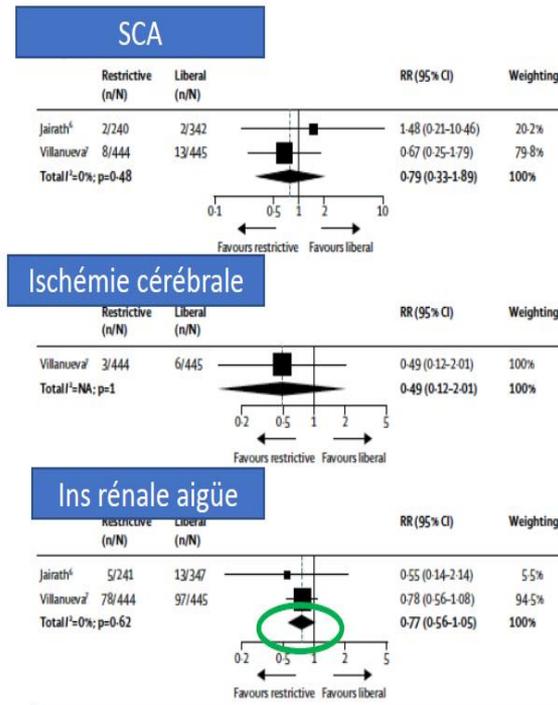
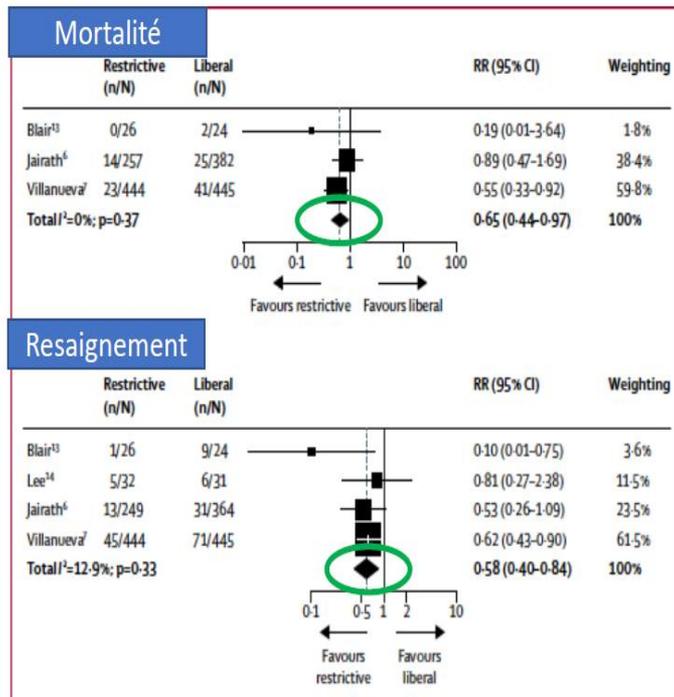
Stratégie restrictive (7-8 g/dl) Vs Stratégie Libérale (10 g/dl) ?



Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Ayodele Odutayo*, Michael J R Desborough*, Marielena Trivella, Adrian J Stanley, Carolyn Dorée, Gary S Collins, Sally Hopewell, Susan J Brunskill, Brennan C Kahan, Richard F A Logan, Alan N Barkun, Michael F Murphy, Vipul Jairath

Lancet Gastroenterol Hepatol
2017; 2: 354-60



Règle 3: Transfusion

- Transfusion à la phase initiale:
 - Si HTP: à partir de 7g/dl
 - Pas d'HTP: 8g/dl
 - Si coronaropathie: à partir de 9 g/dl

Règle 4: SNG Vs Erythromycine

Erythromycin Infusion or Gastric Lavage for Upper Gastrointestinal Bleeding: A Multicenter Randomized Controlled Trial

Dominique Pateron, MD, Eric Vicaut, MD, PhD, Erwan Debuc, MD, Karima Sahraoui, MD, Nicolas Carbonell, MD, Xavier Bobbia, MD, Dominique Thabut, MD, Frédéric Adnet, MD, PhD, Pierre Nahon, MD, Rolland Amathieu, MD, Mounir Aout, PhD, Nicolas Javaud, MD, Patrick Ray, MD, Jean Claude Trinchet, MD, PhD, for the HDUPE Collaborative Study Group*

Annals of Emergency Medicine

- **N=270**
- **SNG=Erythromycine=SNG + Erythromycine**

Règle 5: timing endoscopie

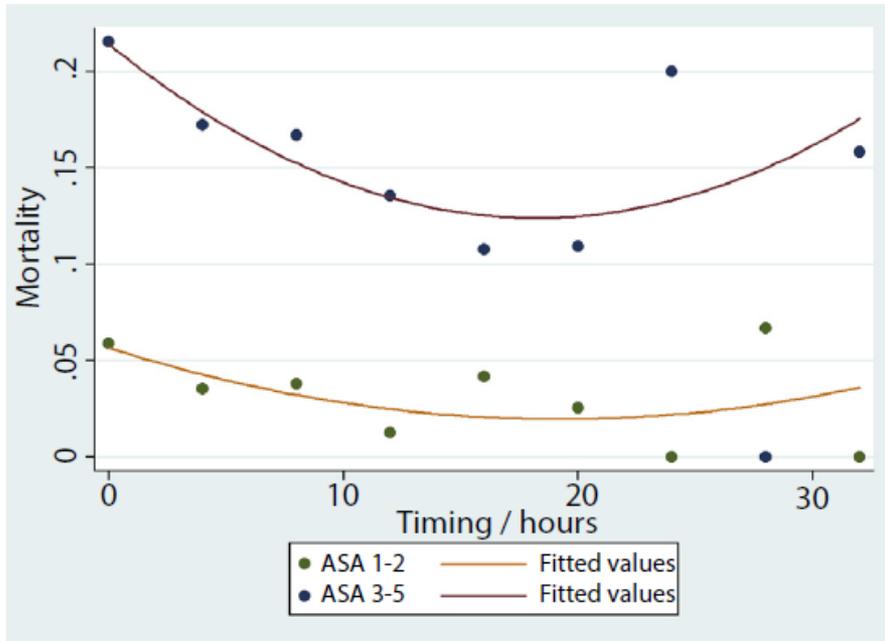


Figure 2. Association between timing of endoscopy and in-hospital mortality in patients with hemodynamic instability.

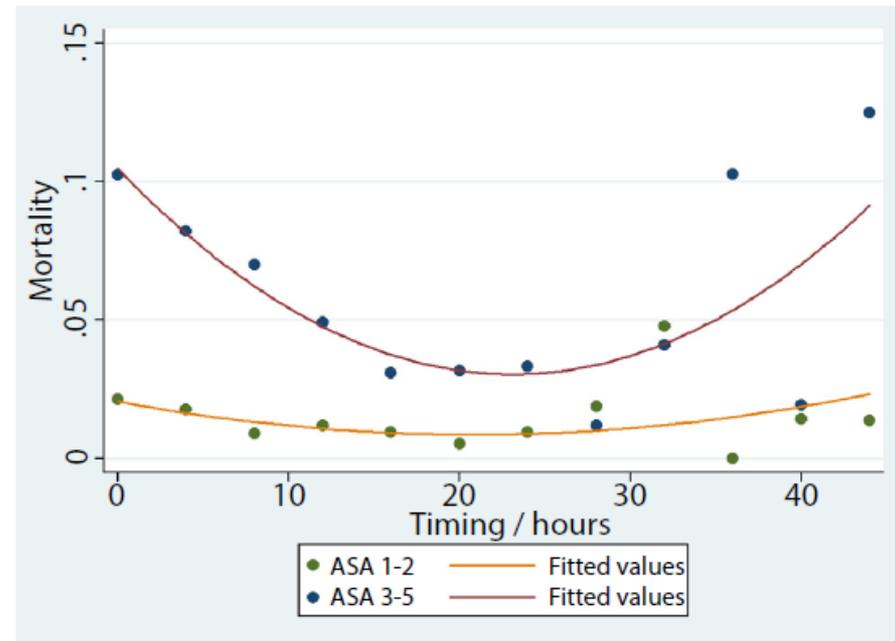


Figure 1. Association between timing of endoscopy and in-hospital mortality in hemodynamically stable patients.

ORIGINAL ARTICLE: Clinical Endoscopy

Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study (CME)



Stig B. Laursen, MD, PhD,¹ Grigorios I. Leontiadis, MD, PhD,² Adrian J. Stanley, MD, FRCP,³
Morten H. Møller, MD, PhD,⁴ Jane M. Hansen, MD, PhD,¹ Ove B. Schaffalitzky de Muckadell, MD, DMSc¹

Odense, Copenhagen, Denmark; Hamilton, Ontario, Canada; Glasgow, Scotland, United Kingdom

Règle 5: timing endoscopie

- 1.8 Il faut réaliser une endoscopie oesogastroduodénale dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient suspect d'hémorragie digestive haute
- 1.9 Il faut probablement réaliser une endoscopie oesogastroduodénale dans les 12 heures suivant l'admission du patient lorsqu'une rupture de varice oesophagienne est suspectée
- 1.10 Il faut probablement réaliser une endoscopie oesogastroduodénale dès que possible, et une fois le patient réanimé, lorsqu'une hémorragie haute active est suspectée

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

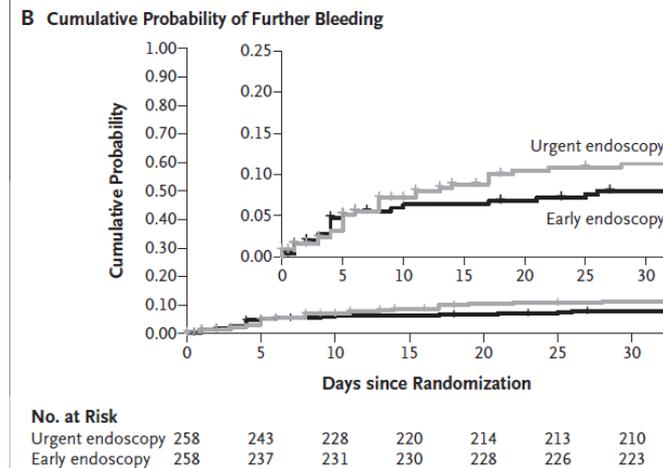
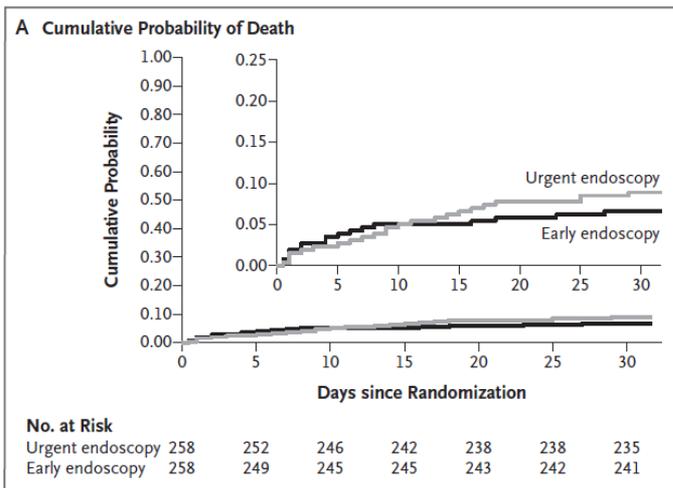
ESTABLISHED IN 1812

APRIL 2, 2020

VOL. 382 NO. 14

Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

James Y.W. Lau, M.D., Yuanyuan Yu, Ph.D., Raymond S.Y. Tang, M.D., Heyson C.H. Chan, M.B., Ch.B., Hon-Chi Yip, M.B., Ch.B., Shannon M. Chan, M.B., Ch.B., Sally W.Y. Luk, M.B., Ch.B., Sunny H. Wong, Ph.D., Louis H.S. Lau, M.B., Ch.B., Rashid N. Lui, M.B., Ch.B., Ting T. Chan, M.B., Ch.B., Joyce W.Y. Mak, M.B., Ch.B., Francis K.L. Chan, M.D., and Joseph J.Y. Sung, M.D.

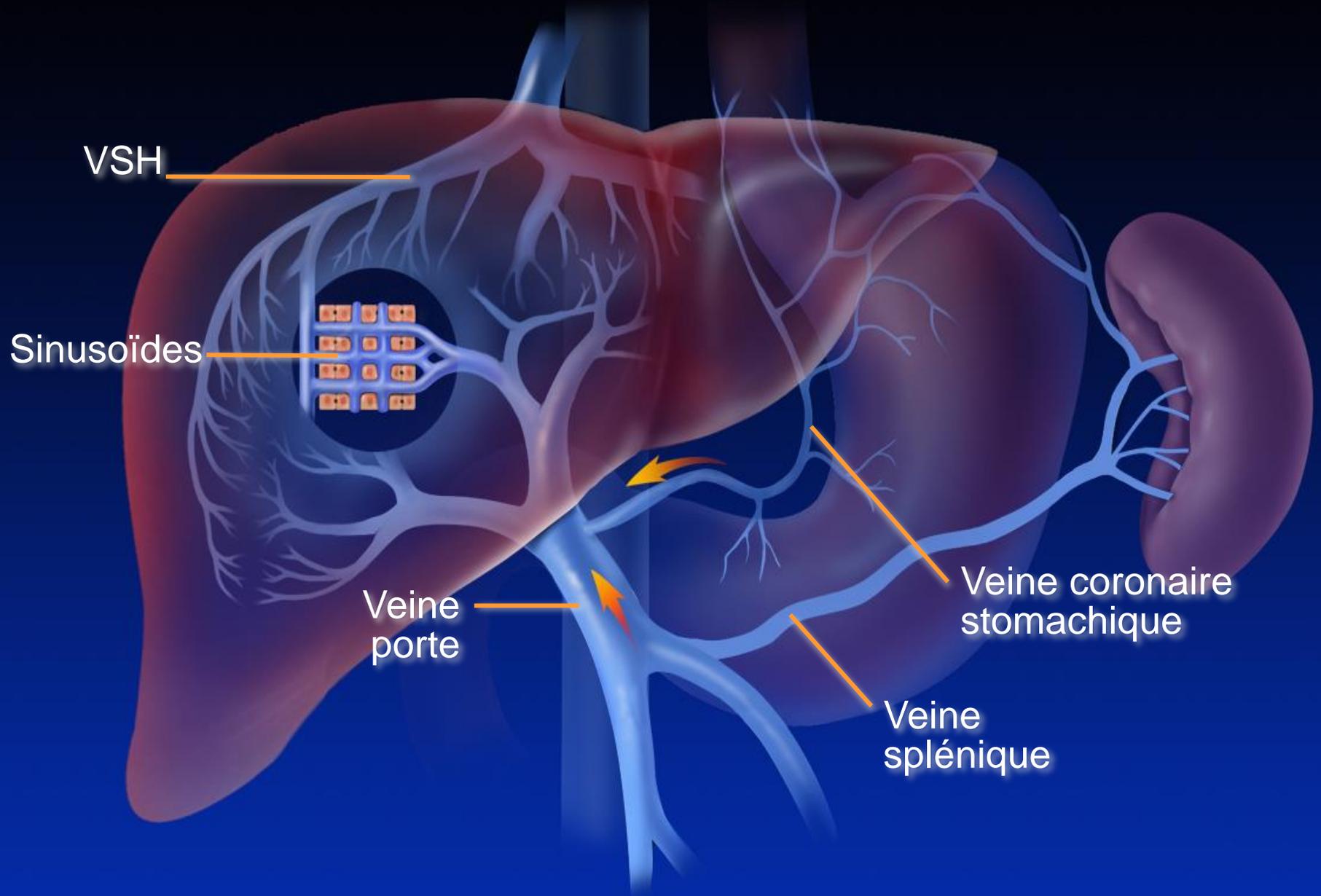


Règle 5: timing endoscopie

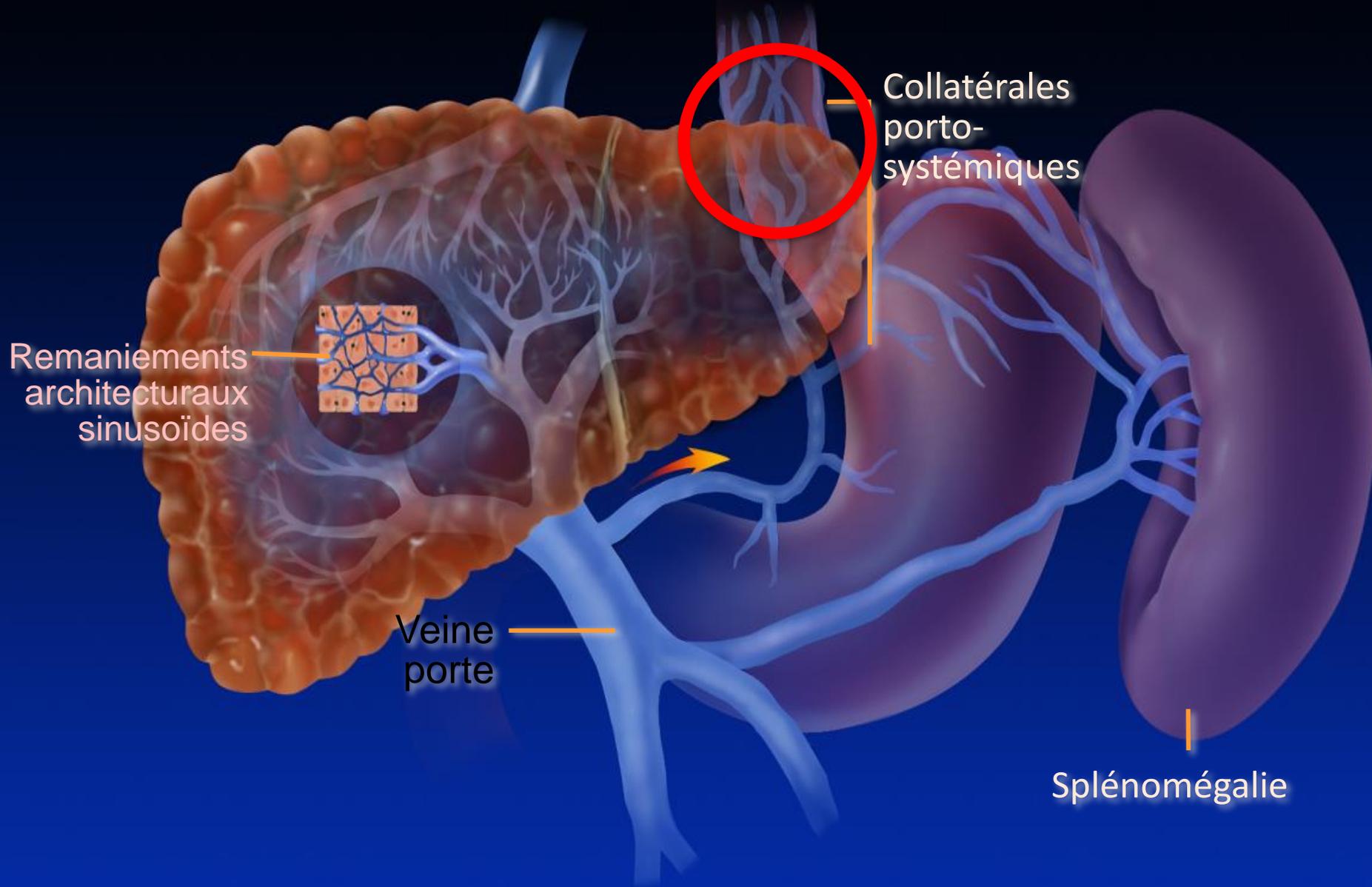
- Malade réanimé
- Si hémorragie active: oui
- Si HTP: <12h
- Si pas d'HTP <24h

- Sous AG Intubé?:
 - Oui si trouble de conscience
 - Mieux pour le malade
 - Mieux pour l'endoscopiste
 - Améliore le traitement?
 - Améliore le pronostic?

Règle 6: hémorragie liée à l'HTP



Règle 6: hémorragie liée à l'HTP



Règle 6: hémorragie liée à l'HTP

Remplissage

- Concept sous remplissage
- PAM: 70 mmHg
- Objectif Hb: 7g/dl à la phase initiale

Drogues Vasoactives

- Le + tôt possible
- Somatostatine (ou dérivés sandostatine)/terlipressine

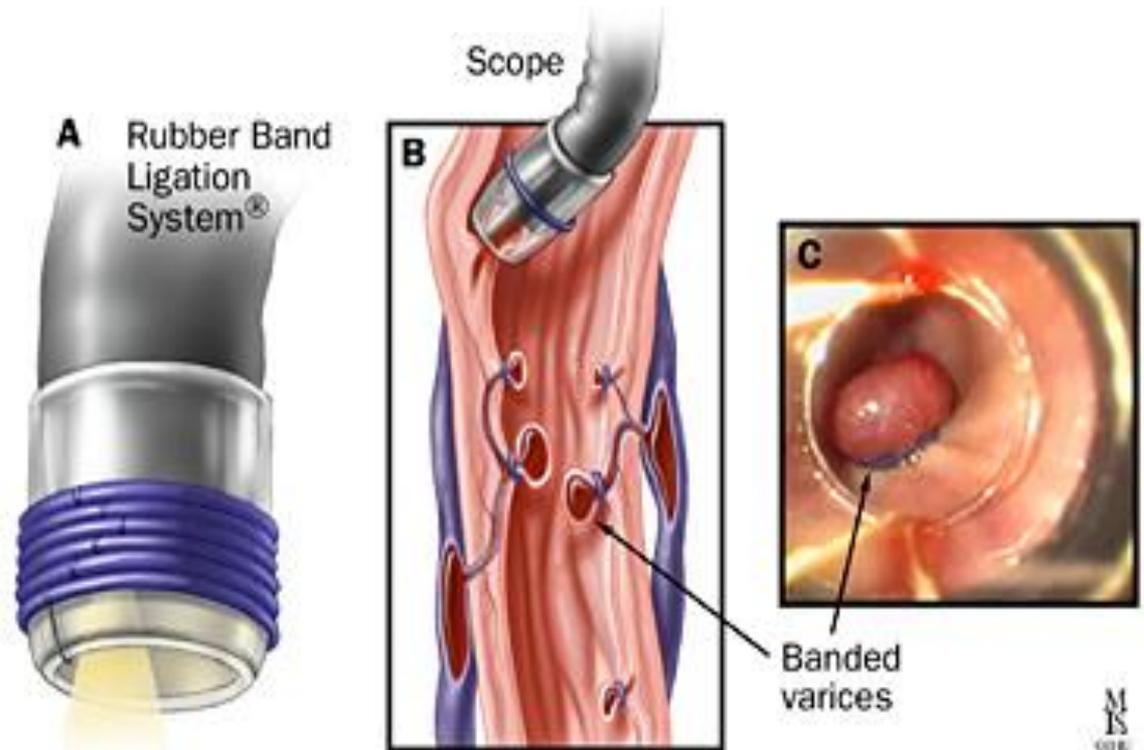
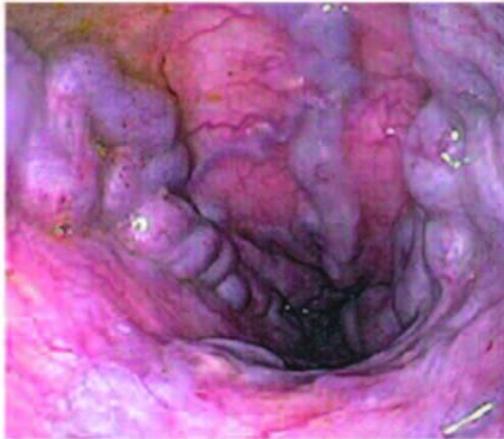
Antibiothérapie

- Fluoroquinolones 1^{ère} intention
- C3G si Child C et résistance FQ (Atlanta)

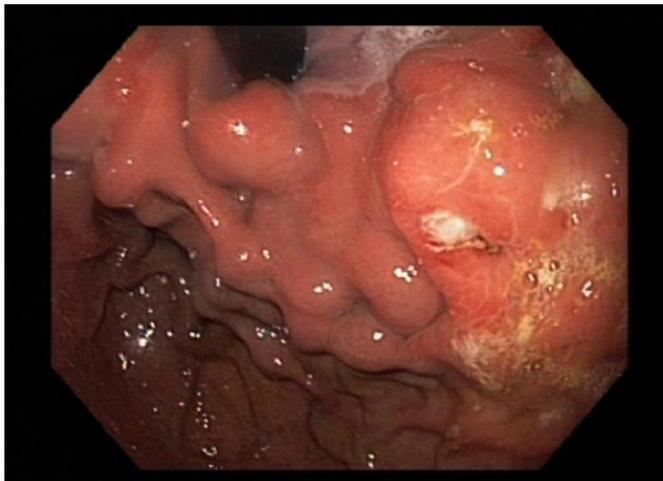
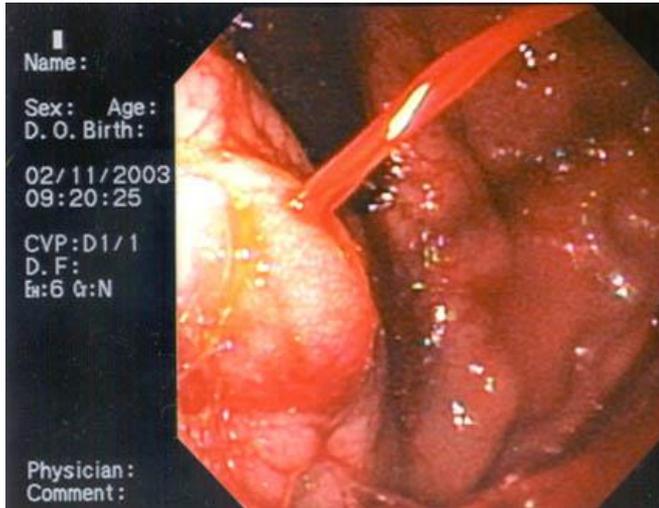
Endoscopie

- Timing: Endoscopie: < 12h, ou le + tôt possible (Baveno)
- Ligature VO/Obturation VCT, VG

Ligature de varices œsophagiennes



Encollage de varices gastriques



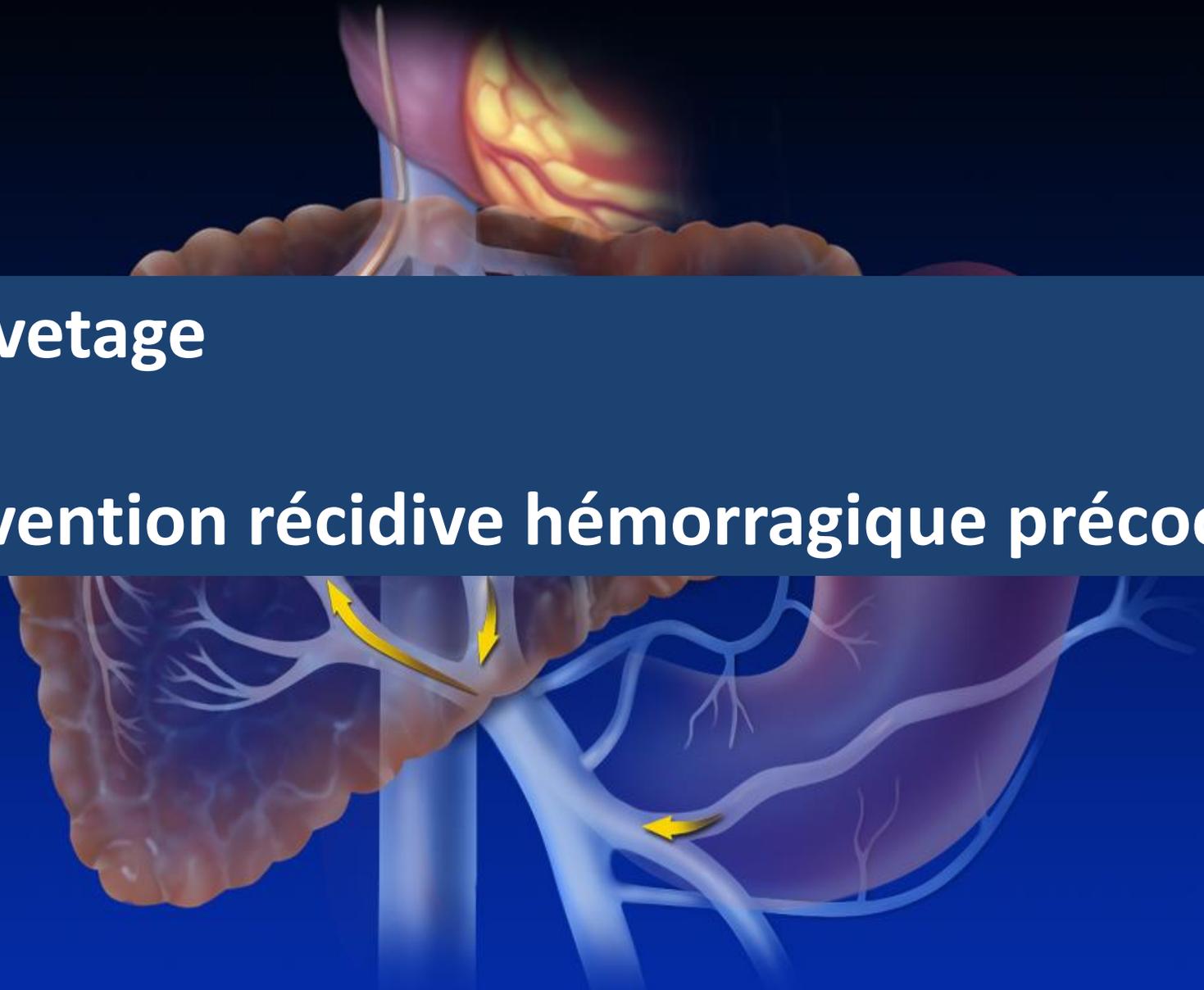
GLUBRAN[®] 2
SYNTHETIC SURGICAL GLUE



Règle 7: hémorragie liée à l'HTP le TIPS

Sauvetage

Prévention récurrence hémorragique précoce



TIPS de Sauvetage

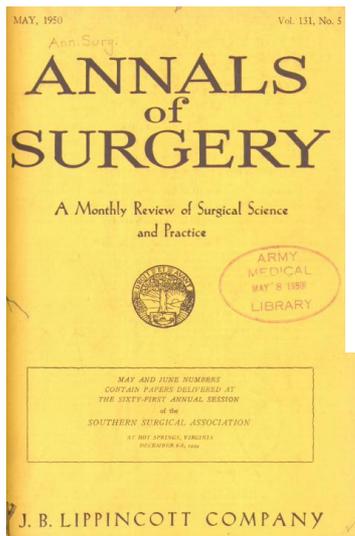
Auteur	Nb Patients	Child A/B/C	Contrôle Hémorragique	Mortalité
Mc Cormick	20	1/7/12	100%	55%
Jalan	19	3/3/13	100%	42%
Sanyal	30	1/7/22	100%	40%
Chau	112	5/27/80	98%	37%
Gerbes	11	1/3/7	100%	27%
Banares	56	11/22/23	96%	28%
Azoulay	58	3/8/47	93%	30%

TIPS de sauvetage: expérience de la Pitié

	N=41
Faisabilité du TIPS	100%
Contrôle hémorragie	76%
Survie J42 Child <13 Child ≥13	76% 12%
Mortalité intra H Child≥14	100%
EH	63%

Règle 8... à n'utiliser qu'en cas de catastrophe...

Sonde de sengstaken-blakemore



BALLOON TAMPONAGE FOR THE CONTROL OF HEMORRHAGE FROM ESOPHAGEAL VARICES*

ROBERT W. SENGSTAKEN, M.D., AND ARTHUR H. BLAKEMORE, M.D.

NEW YORK, N. Y.

FROM THE PRESBYTERIAN HOSPITAL OF NEW YORK CITY

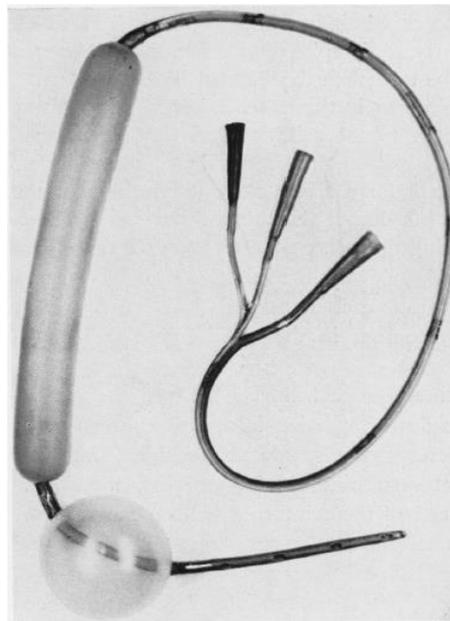


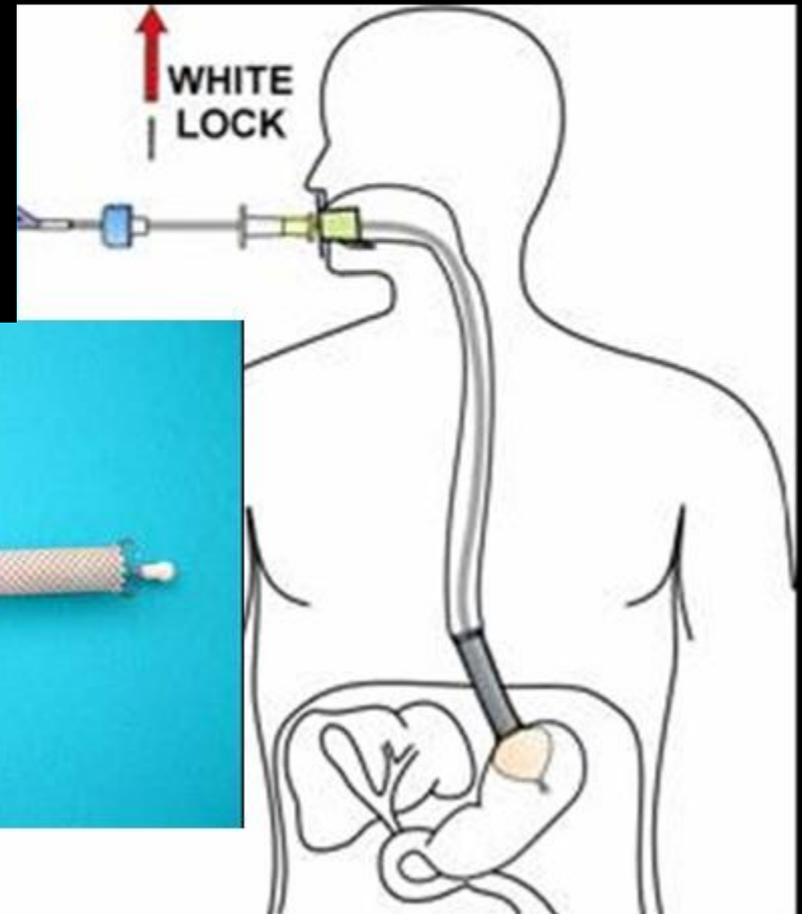
FIG. 1.—A photograph of a naso-gastric tube-balloon assembly for the emergency control of hemorrhage from esophageal varices. Note the generous size of the tube for gastric suction. Observe that the distal one-third of the sausage-shaped esophageal balloon is more shaded, indicating a greater thickness of rubber. A metal roentgen ray marker is incorporated in the wall of the tube between the balloons.

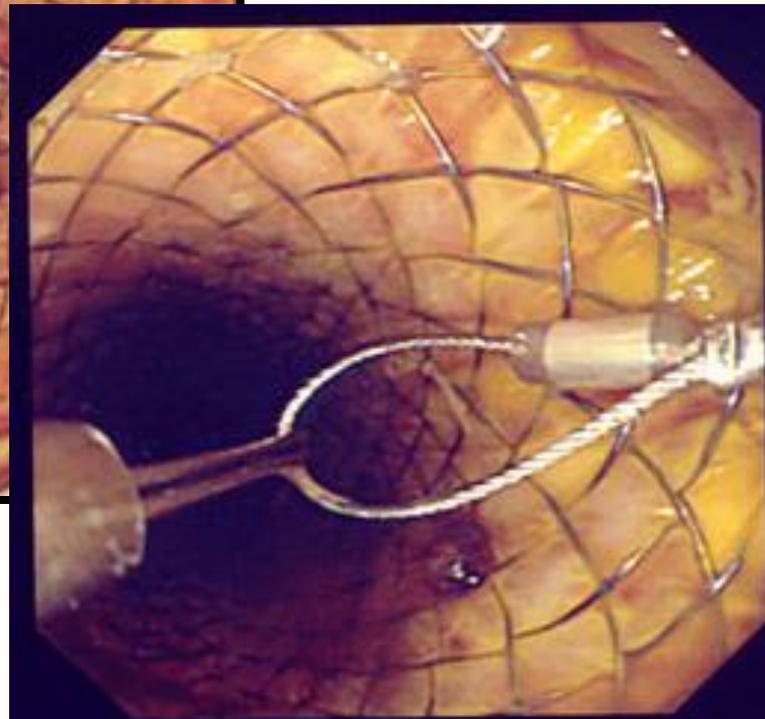
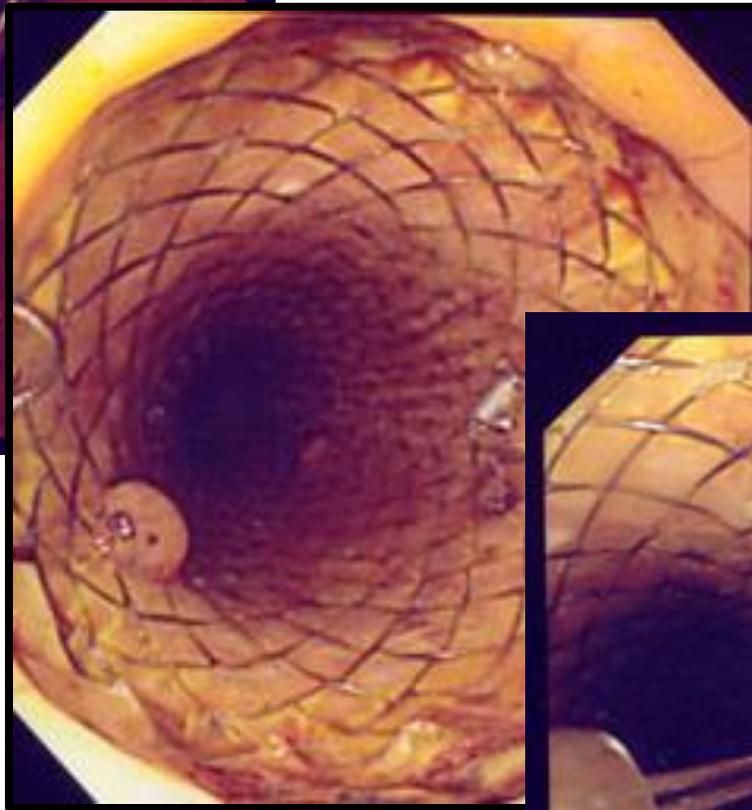
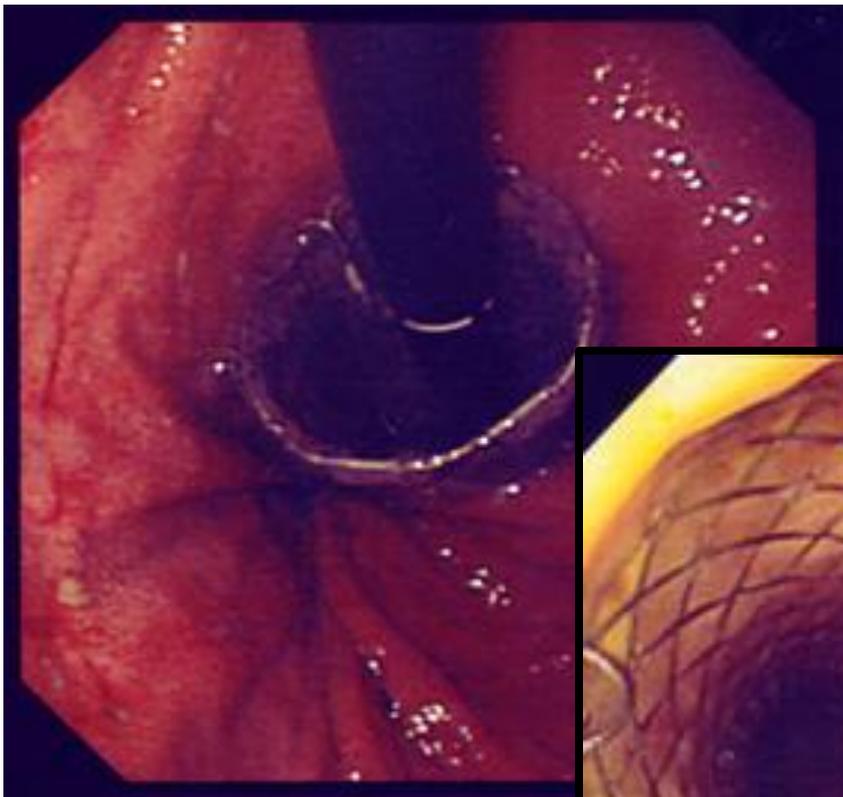
Prothèse oesophagienne: sonde de tamponnement

1 Le ballon est gonflé dans l'estomac et remonté en traction jusqu'au cardia

2 La prothèse est larguée

3 Le ballon est dégonflé et retiré



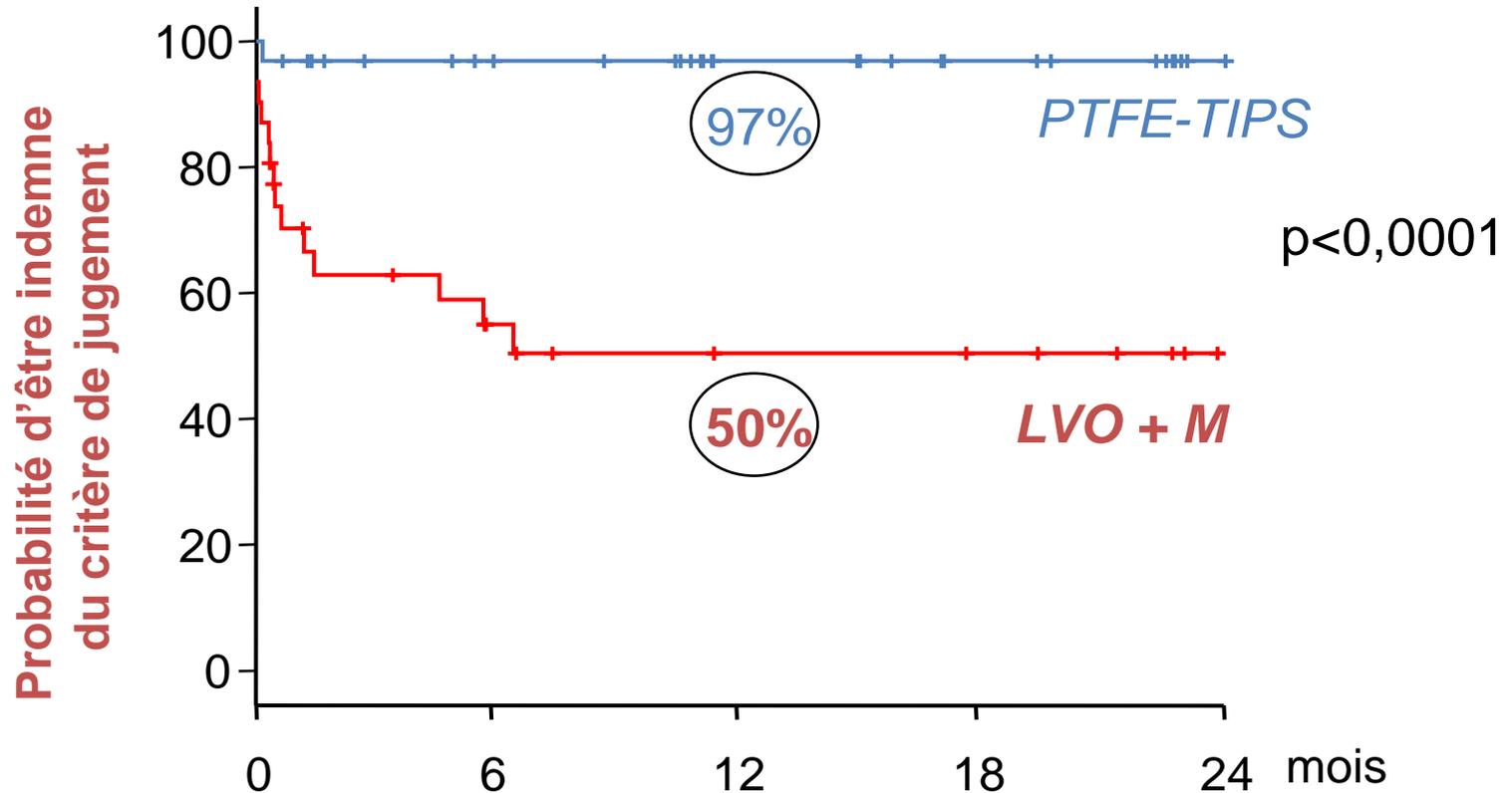


ORIGINAL ARTICLE

Early Use of TIPS in Patients with Cirrhosis and Variceal Bleeding

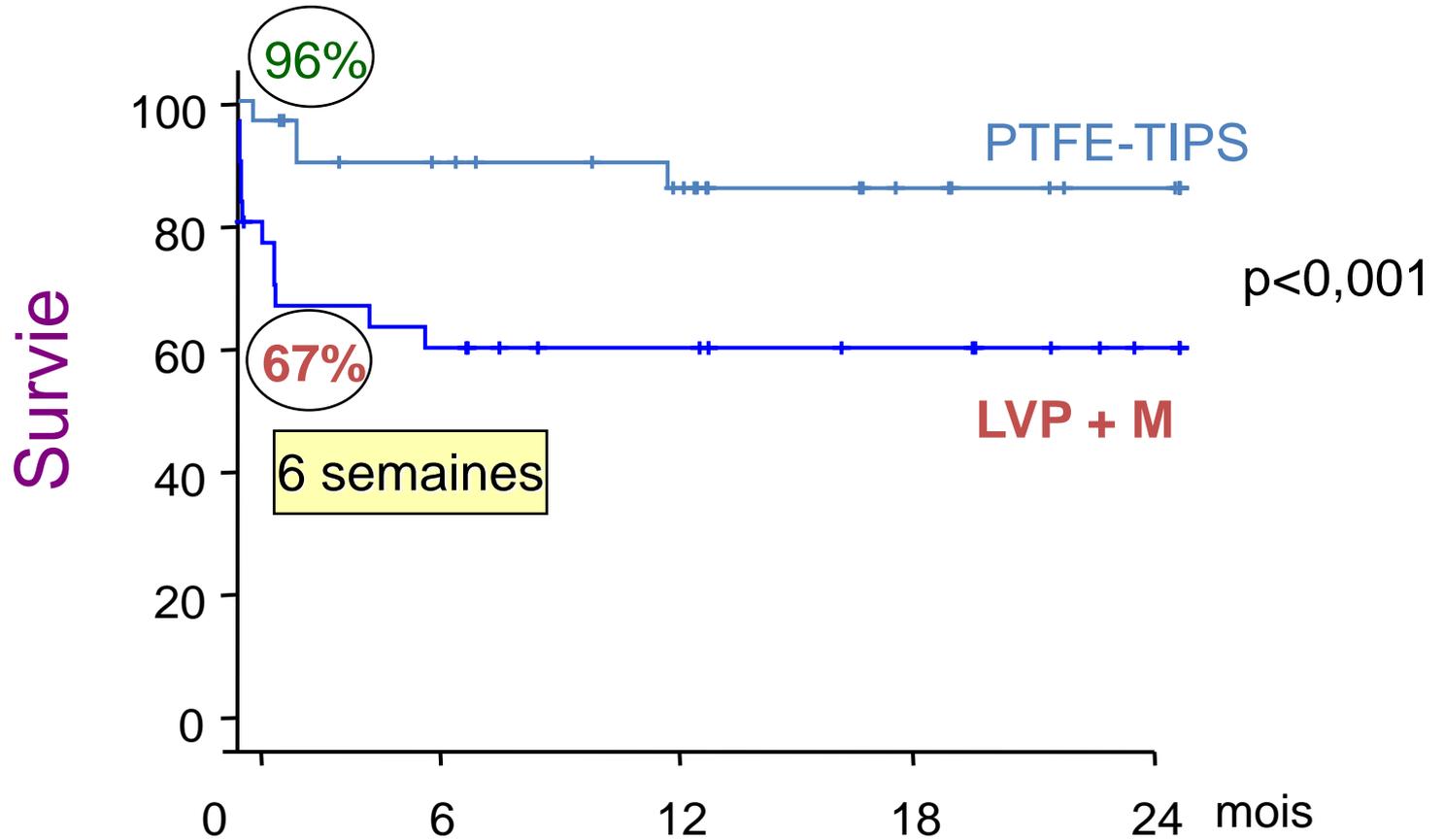
Juan Carlos García-Pagán, M.D., Karel Caca, M.D., Christophe Bureau, M.D.,
Wim Laleman, M.D., Beate Appenrodt, M.D., Angelo Luca, M.D.,
Juan G. Abraldes, M.D., Frederik Nevens, M.D., Jean Pierre Vinel, M.D.,
Joachim Mössner, M.D., and Jaime Bosch, M.D., for the Early TIPS
(Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt) Cooperative Study Group

Echec du contrôle de l'hémorragie ou de la prévention de la récurrence



PTFE-TIPS	32	24	15	11	5
LVO + M	31	13	7	7	3

Survie



PTFE-TIPS	32	24	17	12	7
LVO + M	31	18	13	10	5

Hémorragie digestive

Hémorragies hautes (>80%)

HTP

- varices œsophagiennes
- Varices gastriques
- Gastropathie d'HTP

Ulcères peptiques

- Ulcères gastroduodénaux
- Exculcération de Dieulafoy

Règle 9: traitement des ulcères

Endoscopie

- Traitement endoscopique combinés

Médicaments

- IPP: poursuite des fortes doses si traitement endoscopique

Ulcères hémorragiques

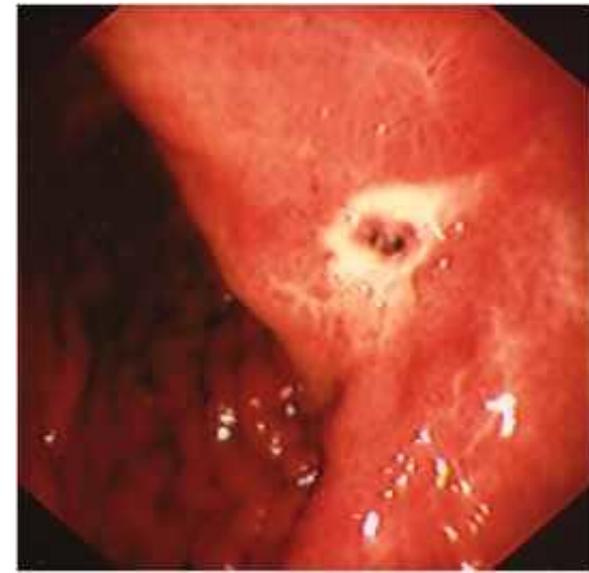
Classification de Forrest



I a
(récidive ~ 80-100%)

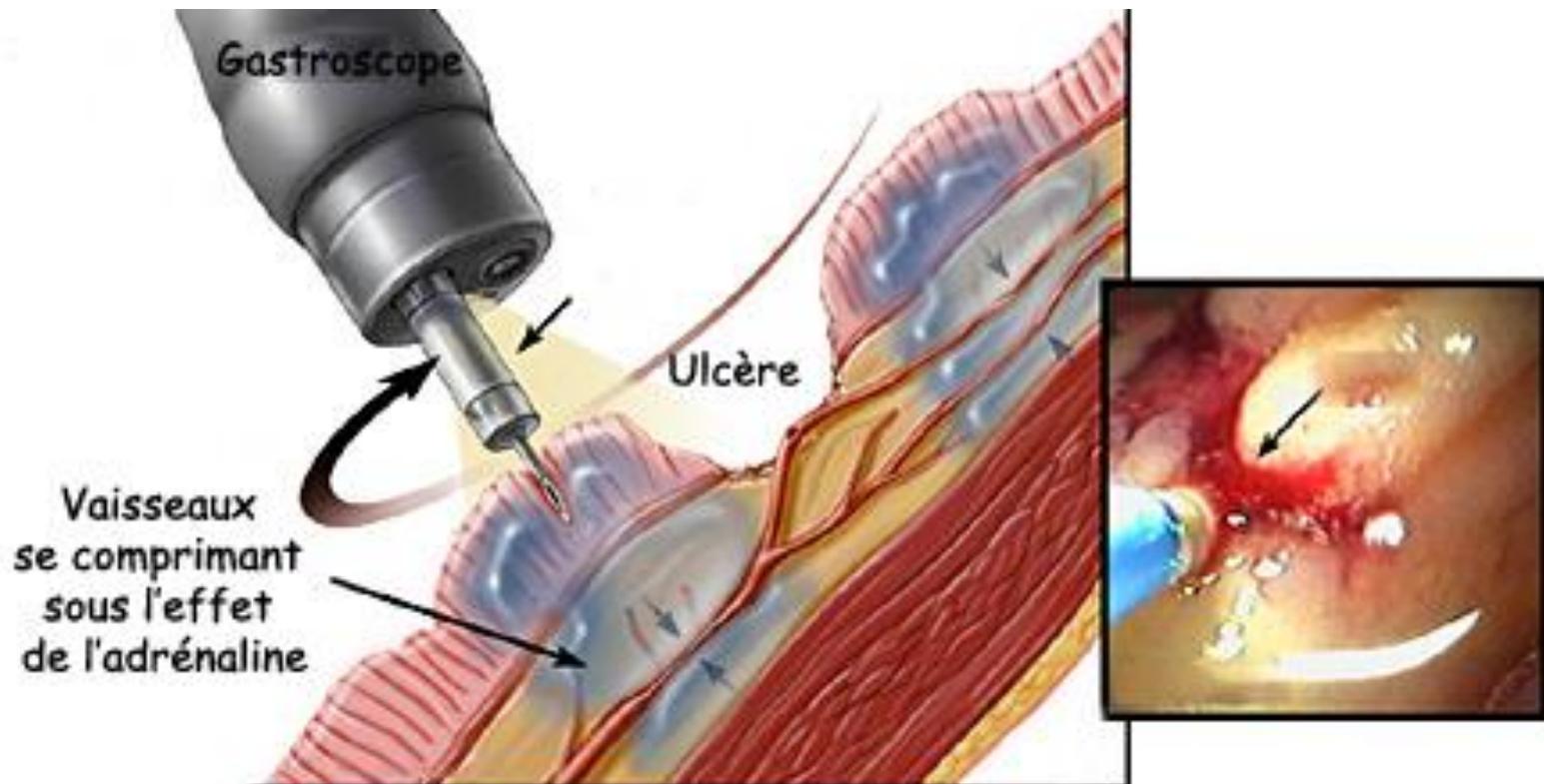


I b
(récidive ~ 60%)

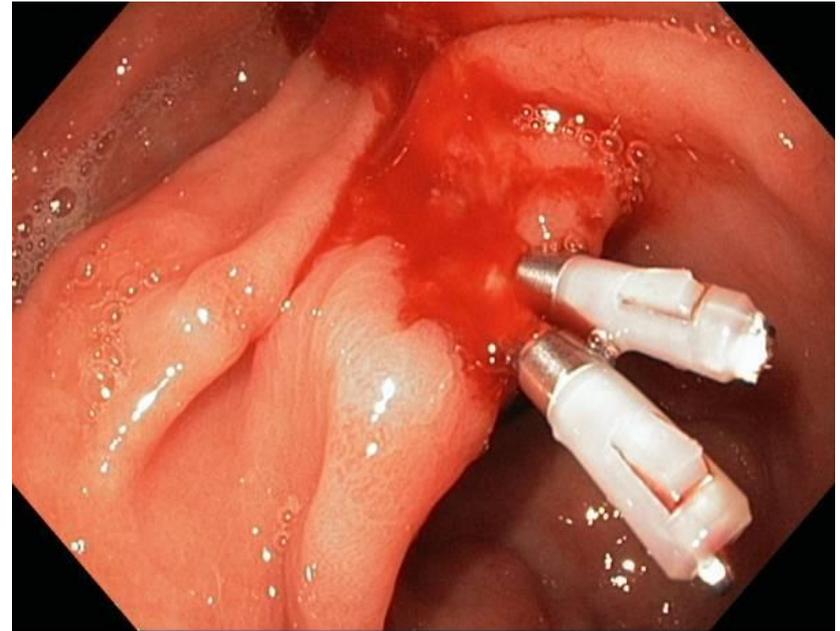
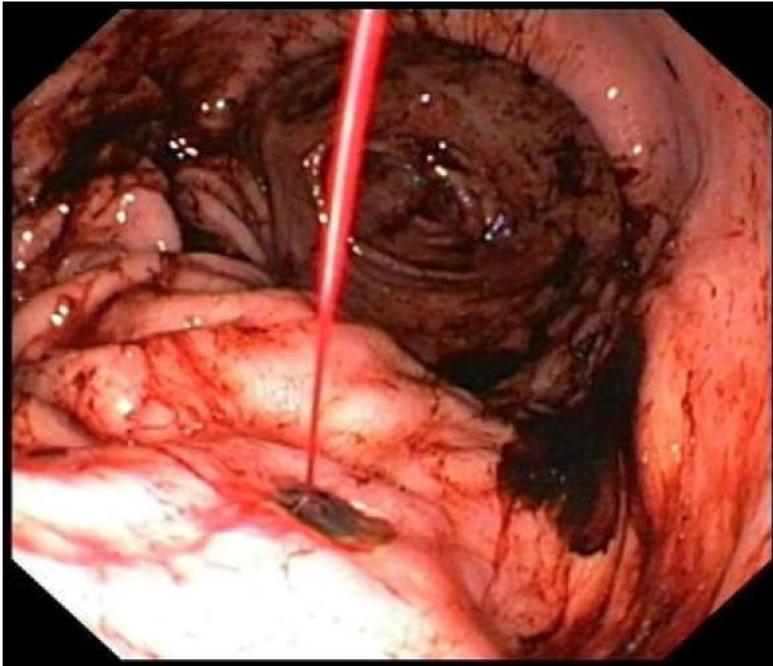


II a
(récidive ~ 50%)

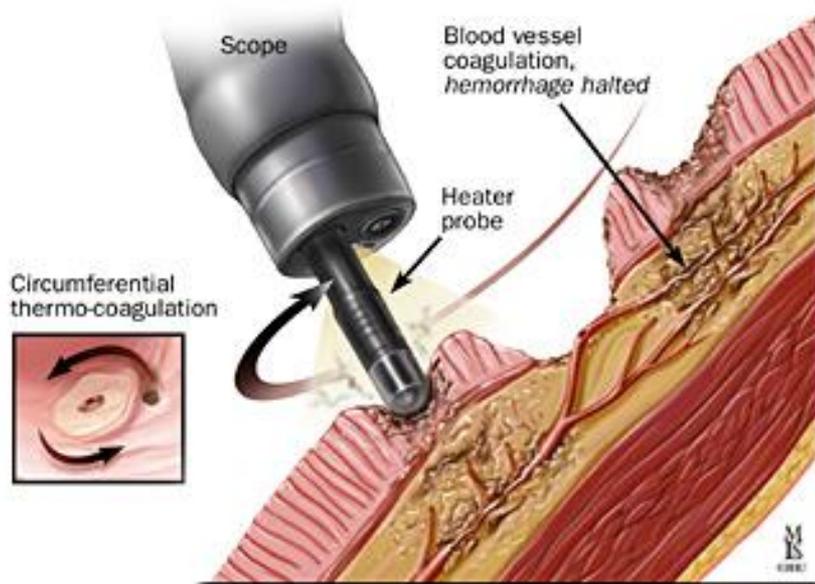
Sclérose adrénalinée



Clips hémostatiques



Coagulation (Thermo/électro/Plasma-argon)

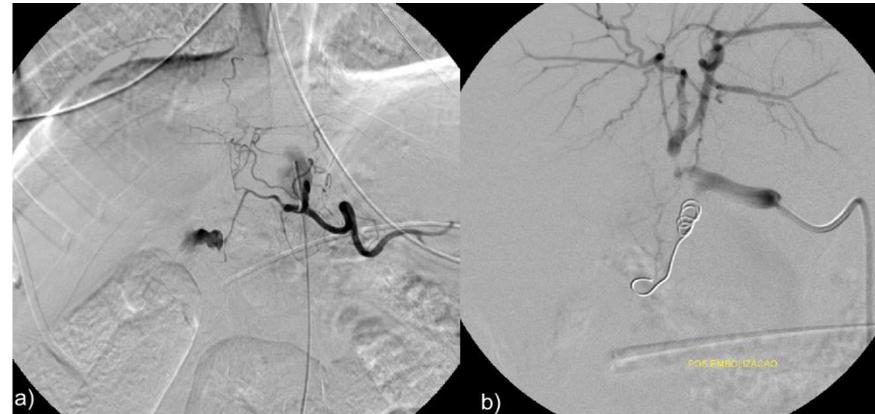
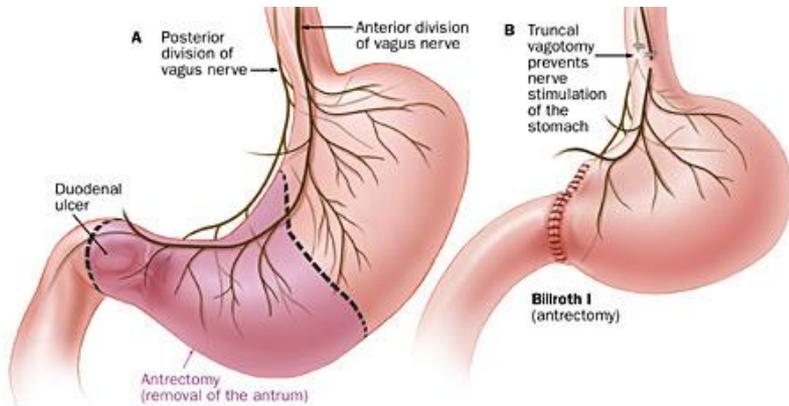


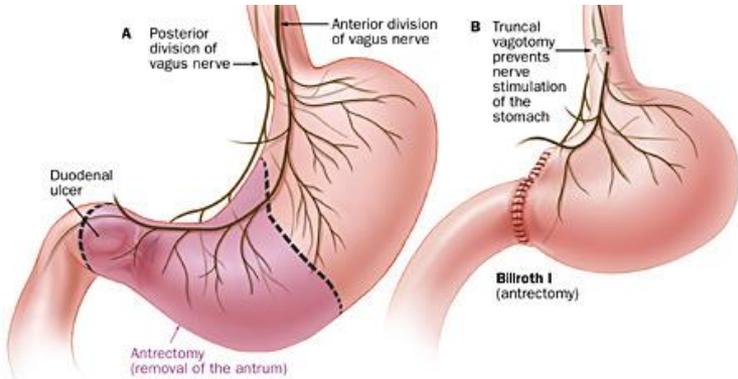
- Retraitement endoscopique +++
- Facteur d'échec d'un traitement endoscopique:
 - Diamètre de l'ulcère >2 cm
 - Etat de choc

Règle 10 – en cas d'échec du traitement de l'ulcère

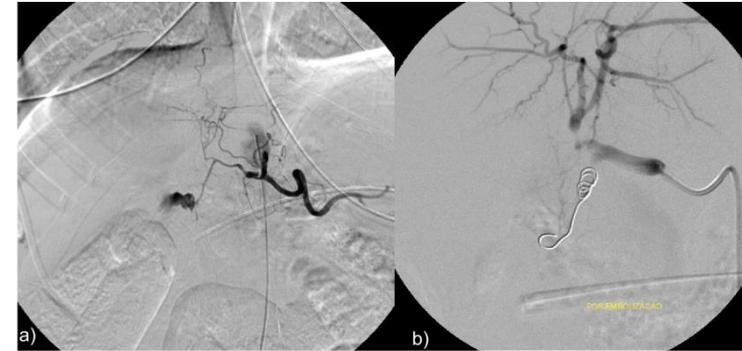
Chirurgie

Embolisation





VS



13 études

mais

- Retrospectives
- Pas d'IPP à forte posologie
- Population hétérogène...

=> RCT en cours...

Transcatheter arterial embolization versus surgery for refractory non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis

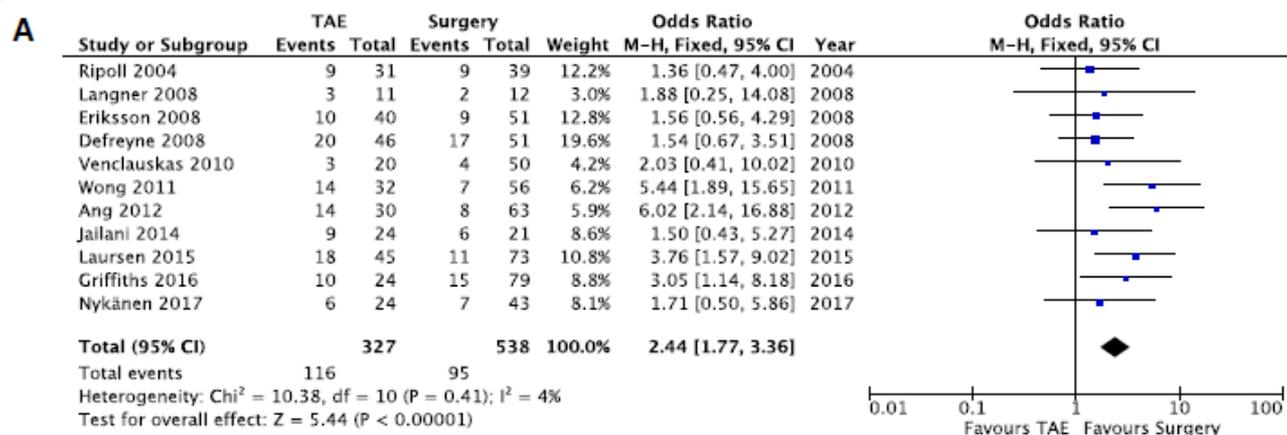


Fig. 4 Rebleeding rates — Comparison of rebleeding rates between the two study groups (fixed effects). **a** Forest plot of comparison. **b** Funnel plot of comparison

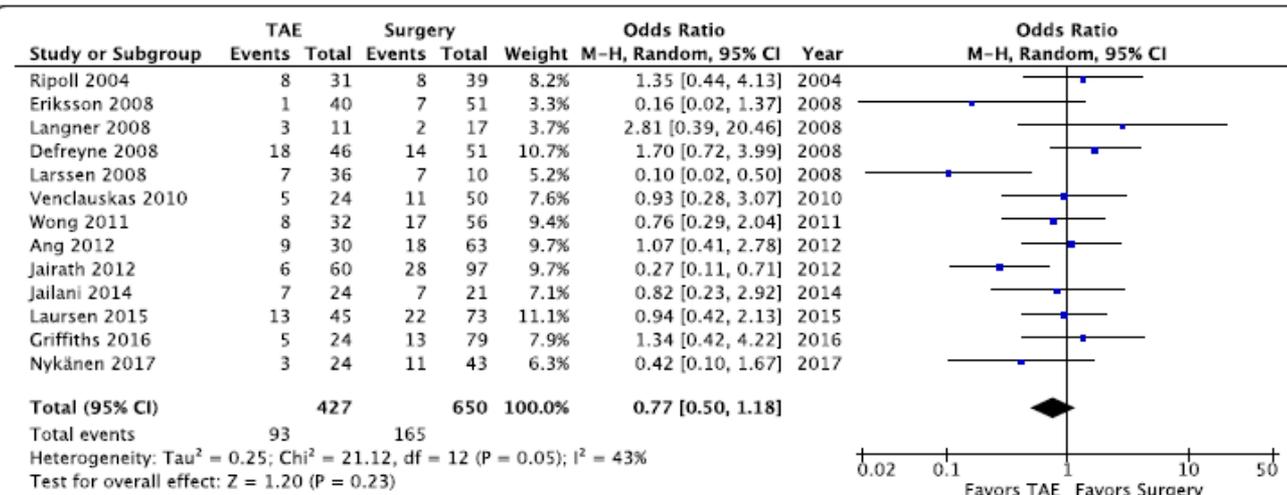
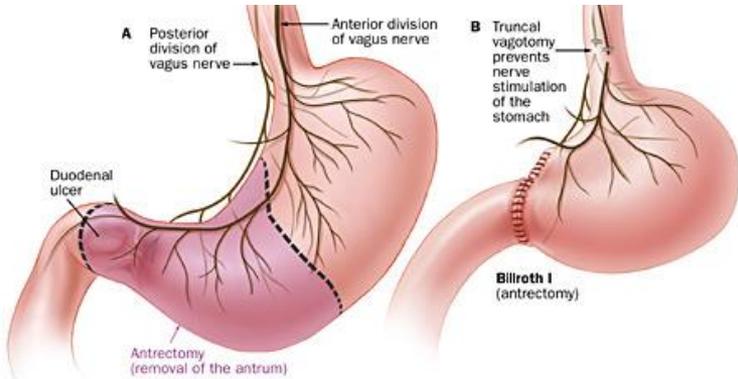
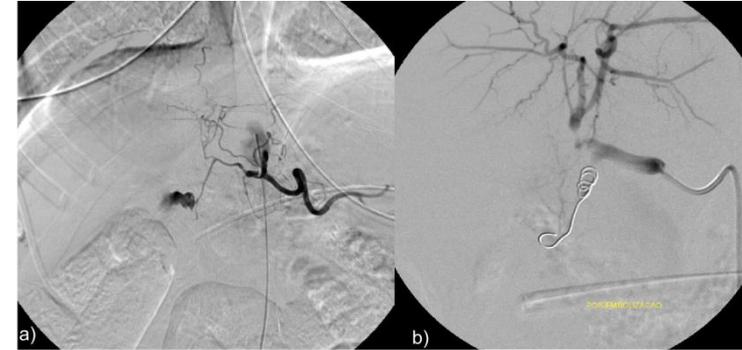


Fig. 3 In-hospital all-cause mortality — Comparison of mortality rates between the two study groups, forest plot of comparison (random effects)



VS



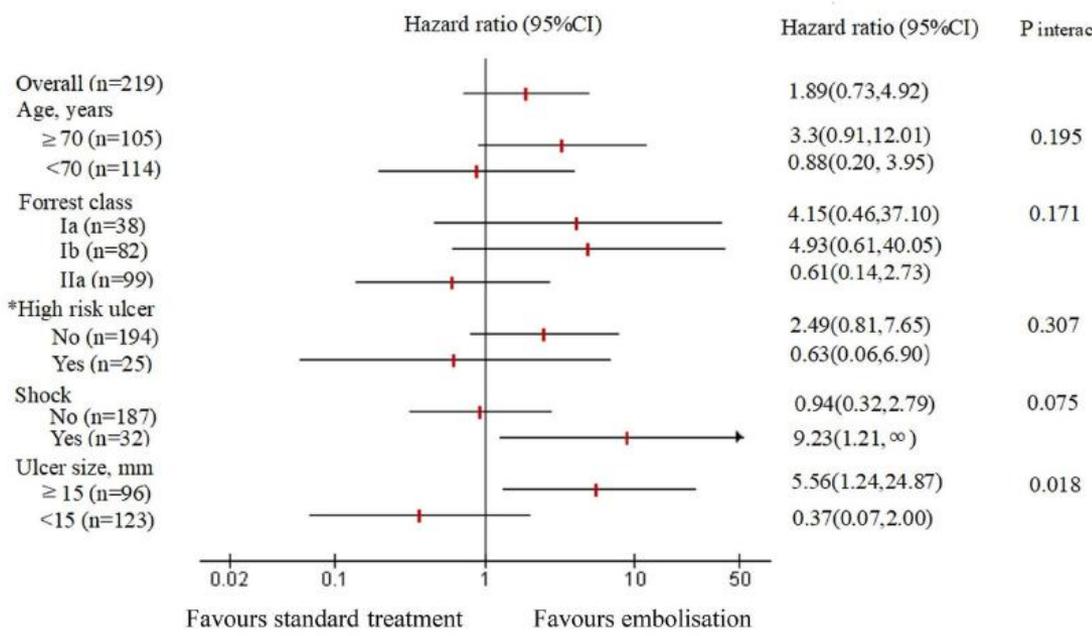
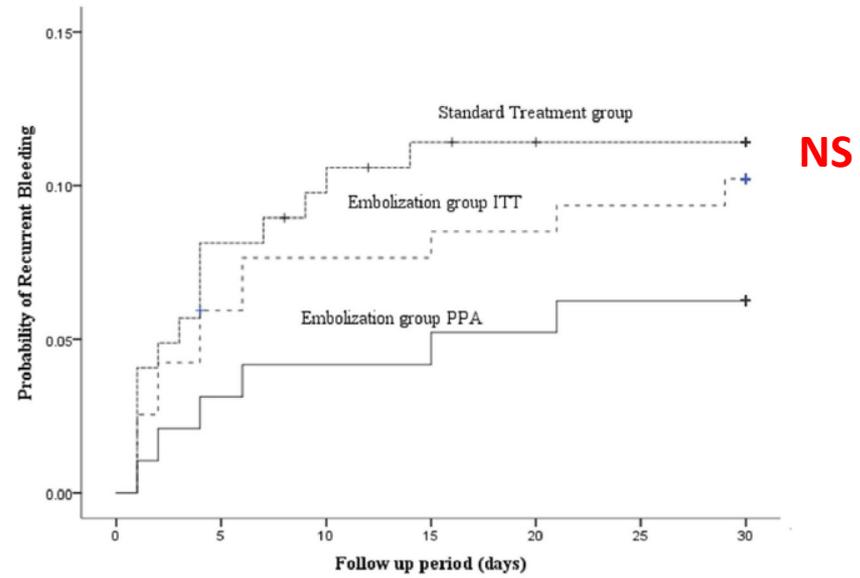
Chez l'adulte, en cas de Forrest Ia et Ib, il faut probablement proposer en première intention une embolisation artérielle sélective par voie radiologique lors de l'échec primaire du traitement endoscopique (accord faible).

Chez l'adulte, en cas de Forrest Ia et Ib et d'hémorragie cataclysmique, il faut probablement proposer en première intention un traitement chirurgical d'hémostase lors de l'échec primaire endoscopique si les conditions locales ne permettent pas de réaliser une artériembolisation (accord fort).

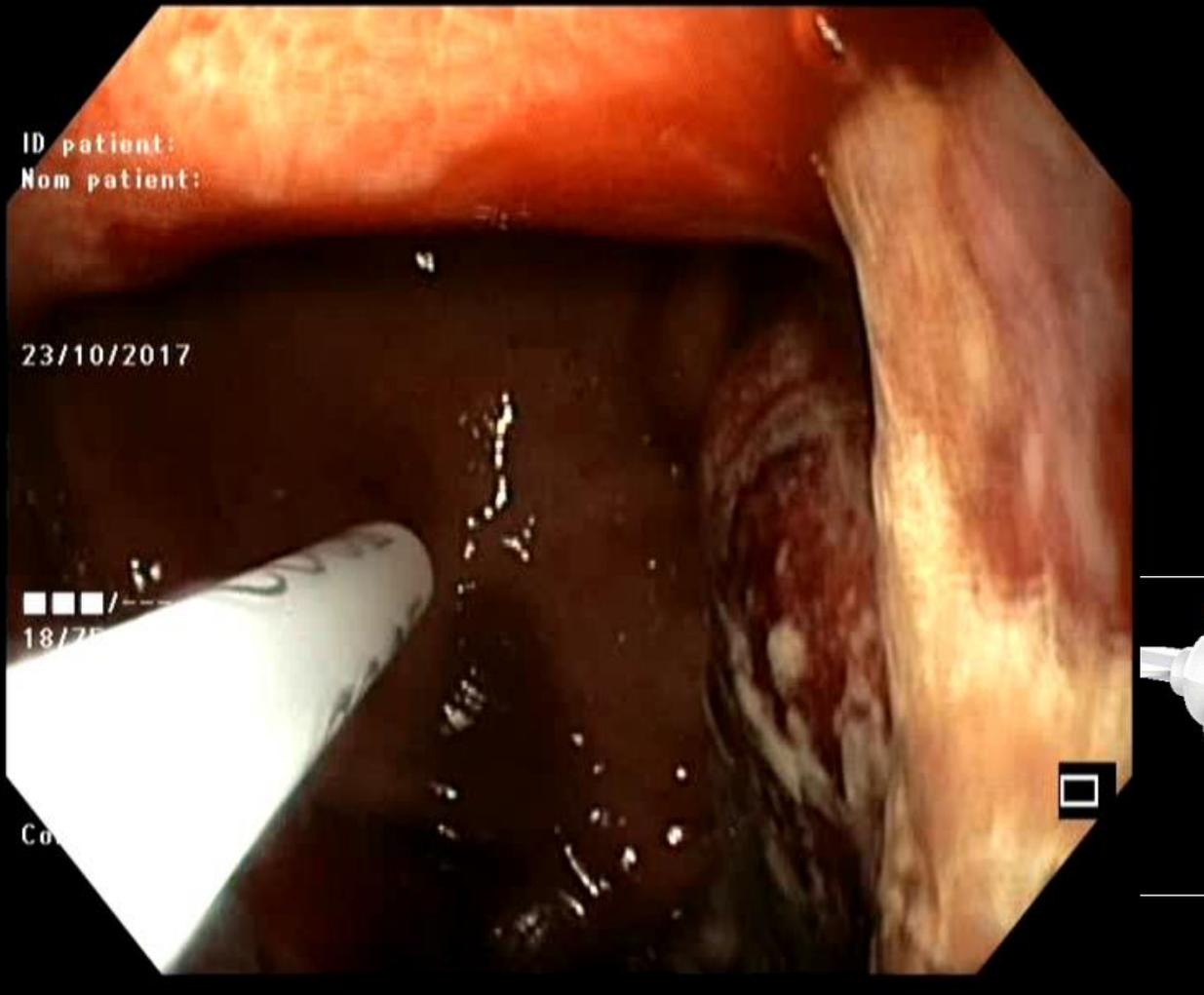
Prophylactic angiographic embolisation after endoscopic control of bleeding to high-risk peptic ulcers: a randomised controlled trial

Lau, Gut 2019

-forest 1 ou 2a + >15mm
 ou hb <9 ou choc
 -22 patients dans le groupe embolization n'ont pas eu le traitement



Hemospray



ID patient:
Nom patient:

23/10/2017

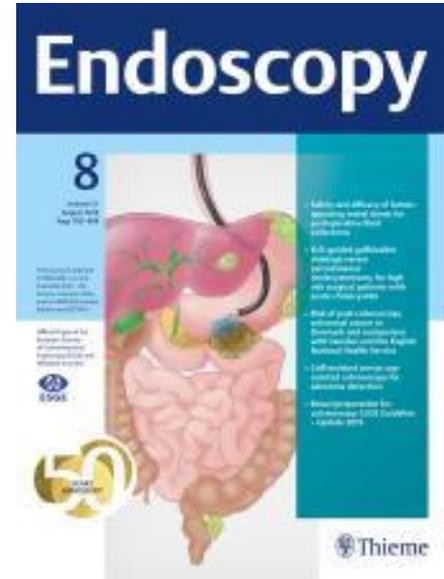
■■■/---
18/75

Commentaire:





ovesco



Over-the-scope clip as salvage therapy in refractory bleeding from esophageal variceal band ligation-induced ulcer

Endoscopic variceal band ligation (EVBL)-induced ulcer bleeding is a known serious complication of banding, with a prevalence of 2.8%–15% and a mortality rate up to 52% [1–3]. Treatment options are limited. Several modalities have been reported including EVBL, cyanoacrylate injection, argon plasma coagulation, Sengstaken–Blakemore tube, and hemostatic spray, with variable treatment success [2,4]. Herein, we present a case using an over-the-scope clip (OTSC) as salvage therapy in a patient with refractory bleeding from EVBL-induced ulcer despite standard endoscopic treatment.



► Fig. 1 Upper endoscopy showed a visible vessel at the base of the band ulcer.



► Fig. 2 OTSC clip applied to the ulcer base.

Over-the-scope clip used to treat duodenal ulcer can cause damage to ulcer base and massive bleeding

The efficacy of the over-the-scope clip (OTSC; Ovesco, Tübingen, Germany) to achieve primary hemostasis and prevent rebleeding has been demonstrated in the treatment of gastroduodenal ulcers [1]. Recent data have shown technical success and hemostasis rates of almost 100% [1–3]. We present the case of technical failure of an OTSC used for a rebleeding duodenal ulcer, leading to massive bleeding when the clip was released (► Video 1).

A 61-year-old man was admitted for hematemesis, anemia, and hypotension. A Forrest IIb ulcer located on the posterior wall of the duodenum was treated with proton pump inhibitors and intravenous proton pump inhibitors. The patient had a history of chronic alcohol consumption and was on aspirin therapy.



En cas d'hémorragie inexpliquée

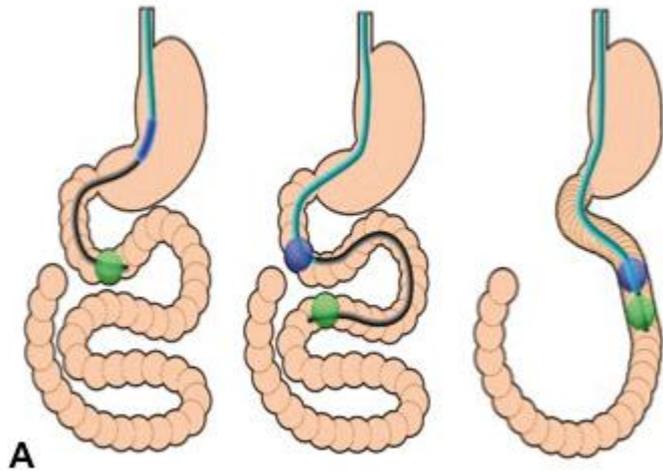


- Vidéo capsule



En cas d'hémorragie du grêle

- Enteroscopie double ballon



Règle 1: Evaluation précoce

Règle 2: IPP précoce

Règle 3: Transfusion

Règle 4: Erythromycine

Règle 5: timing endoscopie

Règle 6: HTP sando/LVO/ATB

Règle 7: HTP si echec TIPS

Règle 8: si HTP catastrophique:blakemore/prothèse

Règle 9: traitement des ulcères IPP/endo

Règle 10: ulcère si echec embolisation