

# PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Dominique Pateron



# Epidémiologie

- Incidence stable
- Augmentation de l'utilisation des AINS
- Vieillissement de la population

# Epidémiologie

- Incidence : 143/100.000 habitants (IC 137-149)
- 8000 morts après HDA dont 2000 liées à l'HDA
- Hospitalisation par les urgences : 86%

Eur J Gastroenterol Hepatol 2000; 12 :175-81

# Epidémiologie

	<b>USA</b>	<b>Écosse</b>	<b>Angleterre</b>	<b>Hollande</b>	<b>France</b>
	<b>1991</b>	<b>1993</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>
<b>N</b>	<b>276</b>	<b>1882</b>	<b>4185</b>	<b>951</b>	<b>2133</b>
<b>Incidence (10<sup>5</sup>/an)</b>	<b>102</b>	<b>172</b>	<b>103</b>	<b>62</b>	<b>143</b>
<b>Age (mediane)</b>	<b>61</b>	<b>60</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>68</b>
<b>Sex ratio</b>	<b>1.74</b>	<b>1.79</b>	<b>1.35</b>	<b>1.50</b>	<b>1.72</b>
<b>Mortalité (%)</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
<b>Cirrhose (%)</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>14</b>

# Pronostic selon la cause

	Récidive (%)	Mortalité(%)
<b>UGD</b>	<b>26</b>	<b>5</b>
<b>Varices</b>	<b>59</b>	<b>30</b>
<b>Cancer</b>	<b>51</b>	<b>14</b>
<b>Oesophagite</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
<b>Diagnostic</b>	<b>3</b>	<b>0,5</b>

# Causes des hémorragies digestives hautes

■	Ulcères gastroduodénaux	35%
■	Liées à l'HTP	30%
■	Gastrites hémorragiques	15%
■	Mallory-Weiss	5%
■	Oesophagite	5%
■	Tumeurs	5%
■	Autres	5%

# Gravité de l'hémorragie

Elle est déterminée par :

- l'abondance
- le caractère actif du saignement
- le terrain

# Critères cliniques permettant d'évaluer l'abondance de l'hémorragie

	I	II	III	IV
Pertes sanguines (mL)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
P art Systolique	Inchangée	Inchangée	Diminuée	Imprenable
P art Diastolique	Inchangée	Augmentée	Diminuée	Imprenable
Fc (b/min)	<100	≥100	>120	≥140
Pouls capillaire (s)	<2	>2	>2	>2
FR (c/min)	14-29	20-30	30-40	>40
Etat neurologique	Anxiété modérée	Anxiété prononcée	Anxiété confusion	Anxiété obnubilation

# Détermination de l'activité de l'hémorragie

- Évolution des lavages gastriques (toutes les  $1/2$  heures)
- Évolution des paramètres hémodynamiques
- Hémoglobulinémie initiale
  - mauvais reflet de la perte sanguine  
(car hémodilution spontanée)

# Appréciation du terrain

Facteur pronostique essentiel

Existence de :

- Hépatopathie chronique
- Cardiopathie (*coronaropathie*)
- Insuffisance rénale
- Insuffisance respiratoire

# Voie d'abord veineuse

- Périphérique
- Il est souvent nécessaire d'utiliser deux voies d'abord
- Cave supérieur
- De bon calibre 14 - 16 Gauge

Gut 2000; 46: iii1-iii5  
Rea Urg ; 1997, 6 : 331-425

# TYPES DE SOLUTES

- Aucune étude ne permet de choisir entre cristalloïdes et colloïdes
- Recommandations d'experts :  
cristalloïdes si pertes  $< 20\%$  de la masse sanguine ou si la pression artérielle moyenne est d'emblée  $< 80$  mmHg

Rea Urg 1997; 6: 335-341

# Préparation de l'endoscopie

- Lavage gastrique
- Pas de CI liée à la cirrhose
- Erythromycine IV

# Erythromycine et préparation gastrique

Etude		Nombre de patients	Nombre de cirrhose	Amélioration n (%)	Amélioration chez les patients atteints de cirrhose n (%)
Frossard et al	Erythromycine	51	13	42 (82)*	12 (92)*
	Placebo	54	19	18 (33)	4 (21)
Coffin et al	Erythromycine	19	4	17 (90)**	?
	Placebo	22	9	12 (55)	5 (55)

Gastrointest Endosc 2002; 56: 174-9  
 Gastroenterology 2002; 123 :17-23

# Résultats HD 2000

## Prise en charge initiale (n=180)

		%
▪ Voie veineuse périphérique	(une)	71
	(deux)	29
▪ Oxygène		40
▪ Sonde naso-gastrique		43
▪ Remplissage vasculaire		34
▪ Transfusion		36
▪ Vasopresseurs (cirrhoses=65)		60

# **Délais de recours aux urgences et à l'endoscopie**

- **Délai entre les premiers signes cliniques et l'arrivée aux urgences :  $33 \pm 42$  heures**
- **Délai entre l'arrivée aux urgences et l'endoscopie:  $14 \pm 16$  heures**

# Facteurs pronostiques : Ulcères

- Age
- Choc initial
- Récidive hémorragique
- Pathologie associée
- Signes endoscopiques
- Scores cliniques ASA, Goldman

# Pronostic endoscopique (Forrest)

	<b>Prévalence (%)</b>	<b>Récidive (%)</b>	<b>Mortalité (%)</b>
<b>Propre</b>	<b>42</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Taches</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
<b>Caillot</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>7</b>
<b>Vx visible</b>	<b>17</b>	<b>43</b>	<b>11</b>
<b>Saignement actif</b>	<b>18</b>	<b>55</b>	<b>11</b>

# Traitement hémostatique des ulcères

- Hémostase endoscopique de première intention
- Echech < 5%
- Récidive : nouvelle hémostase endoscopique
- Antisécrétoires

# IPP et ULCERES

- pH et coagulation
- IPP
- Voie d'administration
- Doses
- Durée

# Traitement chirurgical des ulcères

- Taille > 2 cm
- Hypotension initiale
- Terrain fragile
- Face postérieure du bulbe
- Facteurs endoscopiques péjoratifs

# Traitement chirurgical des ulcères

- Exceptionnellement en super urgence
- Suture de l'ulcère et vagotomie
- Gastrectomie emportant l'ulcère

# DIAGNOSTIC DE L'HTP

- **Cliniques :**
  - Foie ferme
  - Angiome
  - CVC
  - Ictère
  - Astéréxis
- **Anamnestiques**
- **VPP : 98%    VPN : 90%**

# **Problèmes d'appréciation des critères chez le malade atteint de cirrhose**

- **Fréquence cardiaque :  $\beta$  bloqueurs, syndrome d'hypercinésie circulatoire, infections, DT**
- **Troubles de la vigilance : encéphalopathie**
- **Fréquence respiratoire : hyperventilation**

# Contrôle de l'hémorragie

- H6 :
  - Fréquence cardiaque
    - >100/mn
    - absence de réduction de 20/mn de la fréquence de base

*Et/ou*

- Pression artérielle
  - impossibilité de remonter la PAS à plus de 70mmHg ou de plus de 20 mmHg
- Transfusion
  - 4 culots

# Problèmes d'appréciation des critères chez le malade atteint de cirrhose

- Tachycardie : retard de transfusion
  - tachycardie > 120/mn
- Inhibition de la tachycardie induite par  $\beta$  bloqueurs :
  - augmentation du pouls de 20 battements/mn

# Variables associées au décès

## Hémorragie digestive et cirrhose

### FACTEURS PRÉDICTIFS

- Âge
- Encéphalopathie hépatique
- Carcinome hépatocellulaire
- Score de Child-Pugh
- Insuffisance rénale
- Récidive précoce
- Infection

# Prise en charge des hémorragies digestives hautes en urgence

## Données spécifiques à l'HTP

### Remplissage vasculaire

- ▲ La pression portale varie avec la volémie
- ▲ La restauration volémique doit donc être modérée
- ▲ L'objectif est de maintenir une pression artérielle moyenne  $\geq 80$  mmHg

Conférence de consensus Gastroenterol Clin Biol 1990; 14 : 25B - 28B.

3rd Baveno International Consensus Workshop. J. Hepatol 2000 ; 33 : 846-852.

# Répartition de l'Albumine humaine après remplissage vasculaire

Concentration	Volume	Secteur Plasmatique	Secteur interstitiel	Secteur Intracellulaire
4 %	500 ml	+ 360 ml	+ 140 ml	0
20 %	100 ml	+ 360 ml	- 260 ml	0

# Transfusions

- **Préserver l'oxygénation des organes « nobles »**
- **Transfusion : augmente le contenu en oxygène**
- **Maintenir un hématokrite > 25%**
- **Hémorragies importantes :**
  - **Sujet sans atteinte cardiaque : 7g/ 100 ml**
  - **Sujet sans capacité suffisante d'adaptation cardiaque ou respiratoire : 10g/ 100 ml**

Gastroenterol Clin Biol 1990; 14 : 25B - 28B.  
J. Hepatol 2000 ; 33 : 846-852.  
Rea Urg 1997; 6: 335-341

# Prise en charge des hémorragies digestives hautes en urgence

## Données spécifiques à l'HTP

- **Traitements vaso-actifs**

Débutés le plus tôt possible, dès que le diagnostic de rupture de varices œsophagiennes est suspecté (*domicile, arrivée aux urgences*)

- **Les produits**

Terlipressine : analogue de la vasopressine

Somatostatine

Octréotide : analogue de la somatostatine

# Prise en charge : Données spécifiques à l'HTP

- Bénéfices des traitements vaso-actifs
- Contrôle de l'hémorragie dans 80% des cas
- Efficacité similaire des différentes substances
- Autres bénéfices :
  - Qualité du transport
  - Qualité de l'endoscopie
- Durée du traitement : jusqu'à 5 jours

Baveno III, 2000

# Prise en charge des hémorragies digestives hautes en urgence : Données spécifiques à l'HTP

## Terlipressine

- Induit une vasoconstriction artérielle splanchnique
- Administration en bolus IV stricte
- Demi-vie : 8 heures
- Posologie unitaire :
  - < 50 kg : 1 mg
  - 50-70 kg : 1.5 mg
  - > 70 kg : 2 mg
- Fréquence d'administration : toutes les 4 heures
- Respect des contre-indications

Gastroenterol Clin Biol 1985 ; 9 : 877-80.

Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : 680-6.

# Prise en charge des hémorragies digestives hautes en urgence

## Données spécifiques à l'hypertension portale

### Somatostatine

- **Mécanisme d'action inconnu**
- **Administration en IV**
- **Demi-vie :**
  - Somatostatine : 1 à 2 minutes
  - Octréotide : 1 à 2 heures
- **Posologies :**
  - Somatostatine : bolus suivi d'une perfusion continue au rythme de 250 µg/h
  - Octréotide : 25 à 50 µg/h

# **Prise en charge des hémorragies digestives hautes en urgence Données spécifiques à l'HTP**

## **Bénéfices des traitements vaso-actifs**

- **Contrôle de l'hémorragie dans 80% des cas**
- **Efficacité similaire des différentes substances**
- **Autres bénéfices :**
  - Qualité du transport
  - Qualité de l'endoscopie
- **Durée du traitement : jusqu'à 5 jours**

Baveno III J. Hepatol 2000 ; 33 : 846-852.

# Endoscopie digestive haute

- **Systematiquement réalisée dans les 12 heures**
- **Intérêt diagnostique et thérapeutique**
- **En cas de saignement actif : ligature élastique ou sclérose**
- **En l'absence de saignement actif : pas de traitement endoscopique ou traitement endoscopique des lésions à risque**
- **Le traitement endoscopique est plus efficace en association avec un traitement pharmacologique (débuté avant l'endoscopie)**

# Infection bactérienne et hémorragie digestive

EN L'ABSENCE D'INFECTION À L'ADMISSION

Prévenir une infection bactérienne d'origine digestive

- Décontamination intestinale  
Norfloxacin : 800 mg/jour pendant 7 jours

J Hepatol 2000;32:142-53.

# Prévention de l'encéphalopathie hépatique

RÉALISÉE PAR LE LACTULOSE DONNÉ PAR

- la bouche
- la sonde nasogastrique
- ou en lavement

Baveno III, J. Hepatol 2000 ; 33 : 846-852

# Traitement de sauvetage

- **Sonde de tamponnement**
- **Shunt Portosystémique  
Intrahépatique par voie  
Transjugulaire (TIPS)**

# Mortalité, hémorragie digestive et cirrhose

	Mortalité (%)	
	1985 (n=116)	1995 (n=106)
Tous les malades	32	18*
Grade A	7	0*
Grade B	20	9*
Grade C	45	23*

\*  $p < 0, 05$ . Classification de Child-Pugh

# Scores pronostiques

Mortalité, récurrence, traitement actif,  
retour à domicile

- Rockall
- Baylor
- Blatchford

# Scores pronostiques : Rockall

- **Rockall**
  - **Age**
  - **Choc**
  - **Comorbidité**
  - **Diagnostic**
  - **Aspect endoscopique**

Gut 1996; 38: 316-21

# Retour à domicile

## Longstreth

- Sujets à faible risque : 25%
- Réhospitalisation : 1%
- Récidive : 1%
- Décès : 0%

Lancet 1995; 345: 108-11

# Orientation des malades

	HDA	Cirrhoses
	%	%
Réanimation	22	28
Gastroenterologie	29	28
UHCD	27	21
Médecine Interne	17	13
Chirurgie	4	9

HD 2000

# Admission en réanimation

- Excessif
- Hémodynamique instable, choc initial
- Score de Rockall élevé
- Age élevé et /ou pathologie associée
- Ulcère avec critères pronostiques
- HTP
- Critères locaux

# Hémorragies digestives basses

- Hémorroïdes
- Fissure anale
- Lésions traumatiques
- Diverticulose
- Angiodysplasies coliques
- Colite ischémiques

