



Hémorragie digestive Haute

RENAU, Chambéry
13 06 2019

Dr F. Heluwaert
Service Hépato-gastro-entérologie et Endoscopie digestive
Centre Hospitalier Annecy Genevois

Mon cahier des charges..

- Hémorragie Digestive Haute uniquement

- Place et délais de la FOGD

Et notamment qui transférer dans les centres de recours et quels délais?

- Place et intérêt de l'imagerie

Surtout dans les centres ne disposant pas de FOGD..

Mon cahier des charges..

- Hémorragie Digestive Haute uniquement

- Place et délais de la FOGD

Et notamment qui transférer dans les centres de recours et quels délais?

- ~~• Place et intérêt de l'imagerie~~

~~Surtout dans les centres ne disposant pas de FOGD..~~

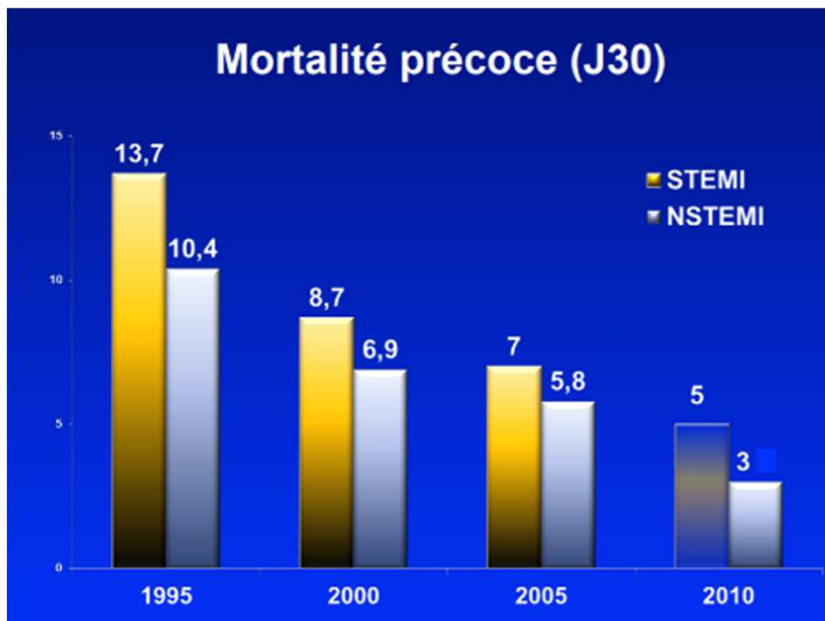
Quelques définitions..

Hémorragie digestive : saignement se produisant dans la lumière du tube digestif (extériorisation)

Hémorragie digestive haute :

- **Œsophage-estomac-duodénum (D3) + bilio-pancréatique**
 - *Hématémèse ou méléna*
 - *Parfois rectorragie (état de choc)*
- **Hématémèse : vomissement de sang « rouge »**
 - =/ Hémoptysie (rejet de sang lors d'un effort de toux : origine bronchique)
 - =/ Epistaxis dégluti : sang ORL dégluti, puis vomi
 - =/ Occlusion digestive : liquide de stase, noir !
- **Méléna : sang noir digéré par l'anus** (selles noires, poisseuses, ressemble à du goudron, nauséabond)
 - =/ Selles noires sous traitement martial (Tardyféron), boudin
- **Rectorragie : sang rouge par l'anus**

ET si on parlait de l'infarctus.. !



Le Pr Danchin (APHP) a souligné la **baisse très importante**, déjà observée auparavant et qui se prolonge, **de la mortalité à J10**.

On est passé de
10,2% en 1995
à 8,8% en 2000,
5,8% en 2005,
4% en 2010
et donc 2,1% en 2015.

SANGHRIA



- De Nov 2017 – Oct 2018
- 46 CHG - **2498 patients** présentant une hémorragie digestive haute
- 75 % d'hémorragie communautaire : 25% hospitalière
- Age moyen 68 ans, 2/3 d'hommes
- 20% de cirrhotiques, 20 % sous anticoagulants
- **Endoscopie dans les 24h** : 84% des patients, sous AG 31% des cas , avec aide endoscopique (91%)
- Etiologie : **Ulcère : 45% / hypertension portale 20% / œsophagite 10% / Mallory Weiss 5%**
- **Saignement actif 25% des cas : traitement endoscopique 85% des cas**

	2018	Communautaires	Hospitalisés	OR, p	2005
MORTALITE HOSP (%)	8,6	5,8	16,8	p < 0,0001	8,3
MORTALITE 6 SEM (%)	12	9,1	22,2	p < 0,0001	-

Indications
des endoscopies en urgence
Hémorragie digestive haute

International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Alan N. Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD; Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group*

Position Paper



EASL | JOURNAL OF
HEPATOLOGY

Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension

Roberto de Franchis*, on behalf of the Baveno VI Faculty†

Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Gastroenterology Unit, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy

Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Endoscopy 2015; 47: a1–a46

J. Kuipers¹, Angel Lanas², David S. Sanders³, Matthew Kurlen⁴,
Ribeiro⁵, Riccardo Marmo¹⁰, Istvan Rac¹¹, Alberto Arezzo¹²,
de Franchis¹³, Lars Aabalken¹⁴, Andrew Velich¹⁷, Franco Radaelli¹⁸,
Angelo Zullo²¹, Livio Cipolletta²², Cesare Hassan²³

UTILISEZ VOUS UN SCORE DE GRAVITE ?

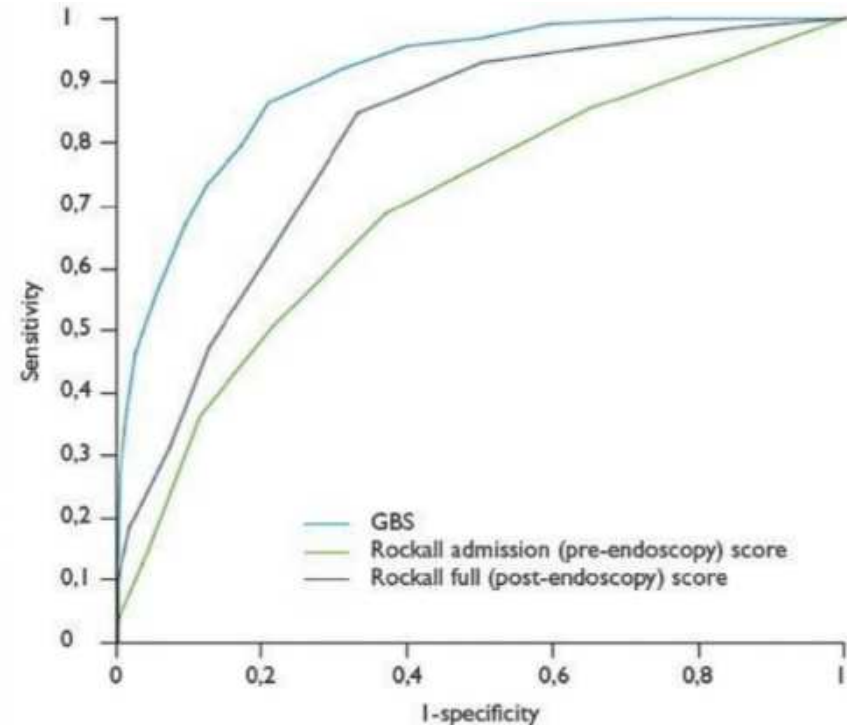
- L'ESGE recommande l'utilisation d'un outil validé de stratification du risque pour classer les patients en groupes à haut et à faible risque
- La stratification du risque peut aider à la prise de décision clinique concernant le moment de l'endoscopie et de sortie de l'hôpital

Recommandation forte, niveau de preuve moyen

- ✓ Deux scores validés
 - Score de Rockall → risque de mortalité
 - Score de Blatchford → besoin d'intervention (transfusion, chirurgie, endoscopie)
- ✓ Aucun développé pour toutes les variables d'intérêt
 - Mortalité + besoin d'intervention + risque de récurrence hémorragique

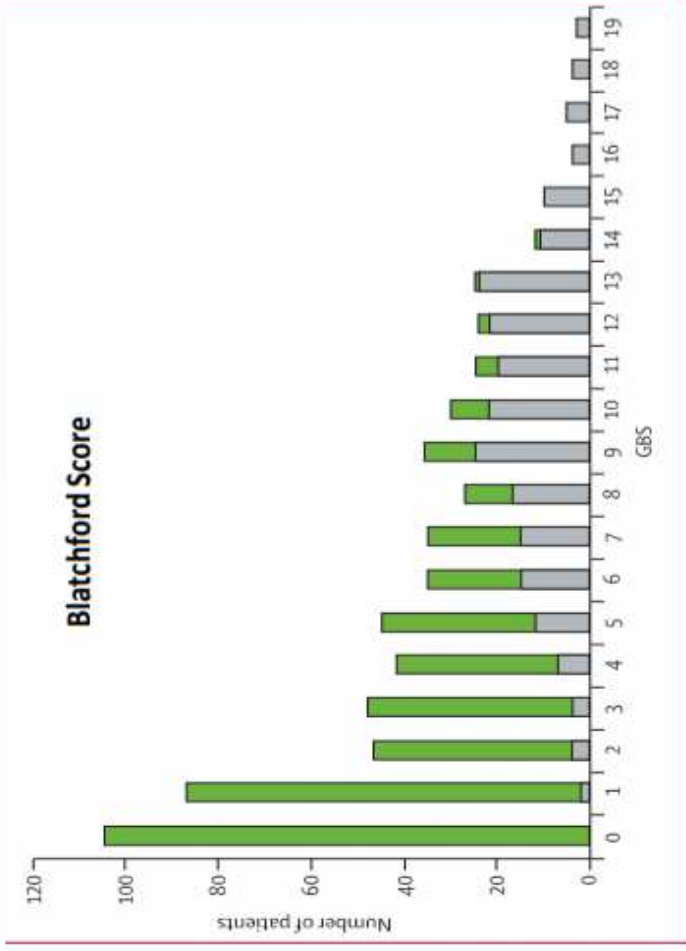
Score Glasgow-Blatchford

Facteurs de risque à l'admission	Score
Urée (mmol/L)	
6,5 – 7,9	2
8 – 9,9	3
10 – 24,9	4
≥ 25	6
Hémoglobine (g/dl) homme	
12,0 – 12,9	1
10,0 – 11,9	3
<10	6
Hémoglobine (g/dl) femme	
10,0 – 11,9	1
<10,0	6
Tension artérielle systolique (mmHg)	
100 -109	1
90-99	2
<90	3
Fréquence cardiaque ≥100/min	1
Méléna à l'admission	1
Syncope à l'admission	2
Hépatopathie	2
Insuffisance cardiaque	2



Courbe ROC comparant le GBS aux scores de Rockall pré- et postendoscopiques dans la prédiction du besoin de traitement et la mortalité

La gravité d'une hémorragie est CLINIQUE +++
 Syncope – Méléna
 FC > 100 TA < 10
 Hémoglobine < 10
 Insuffisance HEPATIQUE/ RENALE/ CARDIAQUE



Score < 3, très faible risque de mortalité <1%
 Score > 8, risque de mortalité plus de 50%

Prise en charge externe
 22%
 Economie de ressources

Score=0, risque de 0%

Stanley, et al. Lancet 2009;373:42-7

- ESGE recommande l'utilisation du **score de Glasgow-Blatchford** (GBS) pour l'évaluation pré-endoscopique
- Les patients à faible risque score 0-1, ne nécessite pas d'endoscopie ni d'hospitalisation
Recommandation forte, niveau de preuve élevé

HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

=

TOUT PREPARER POUR LA FIBROSCOPIE GASTRIQUE !

QUI VA FAIRE LE DIAGNOSTIC..

QUI VA TRAITER LA CAUSE..

QUI VA CONDITIONNER LE PRONOSTIC..

Evaluation et Tolérance clinique

Contexte ++ étiologie : INTERROGATOIRE + CLINIQUE

- **Hypertension portale ? : Rupture Varices oesophagiennes ?**
 - Cirrhose connue, alcoolisme chronique, VHB, VHC
 - Angiomes stellaires ?
- **Prise AINS, anti agrégant plaquettaire, *H. pylori* ? : Ulcère gastro-duodéal ?**
- **Pyrosis - RGO ? : œsophagite peptique ?**
- **Vomissements alimentaires puis hémorragiques ? : Syndrome Mallory Weiss ?**
- **Anévrysme aorte connu ? : rupture anévrysmale dans le D2-D3 ?**

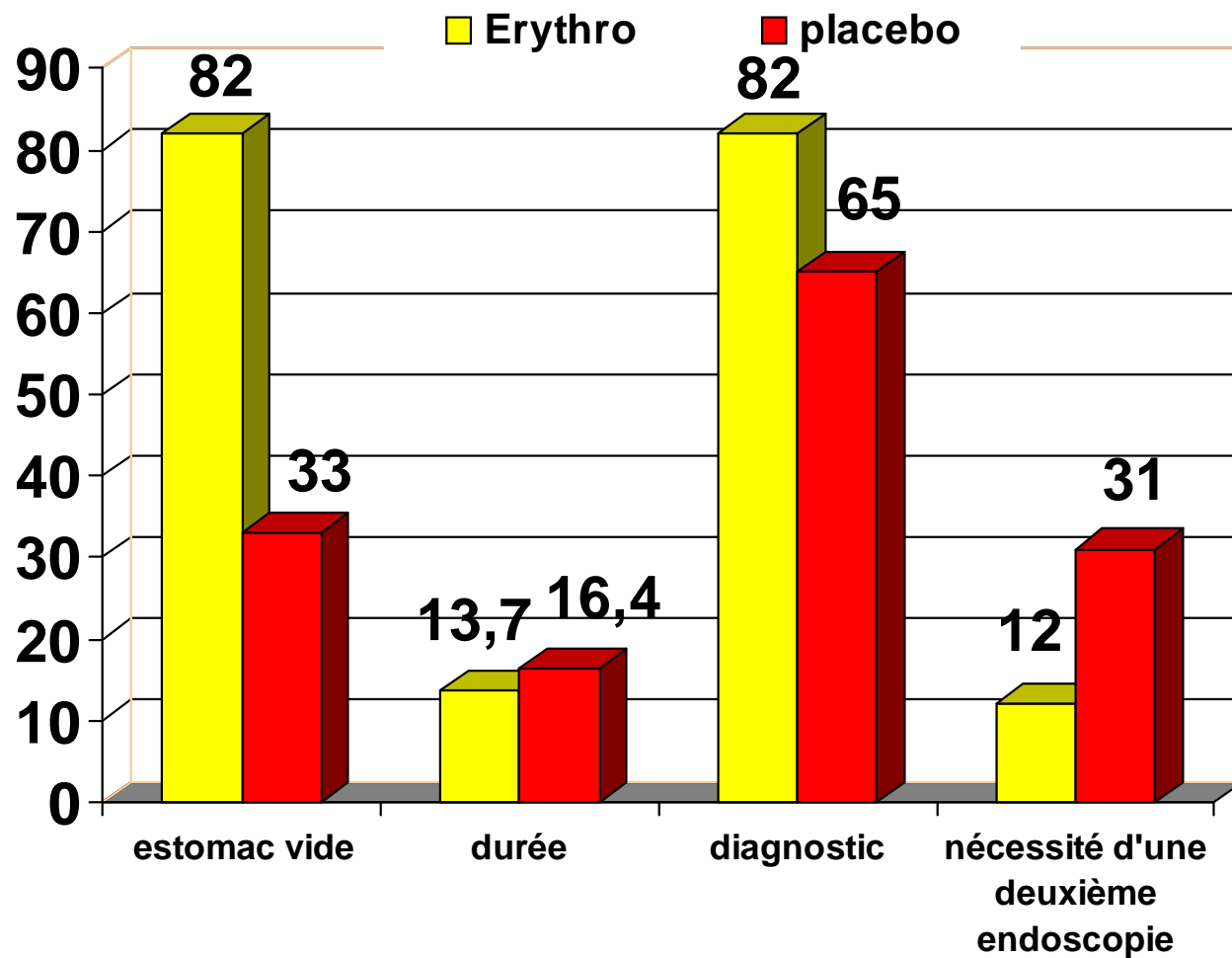


Traitement modifiant hémostasie ?
(AVK, AOD, Anti-agrégants, AINS...)

Gr 1 2 RAI NFS TP iono K urée créat

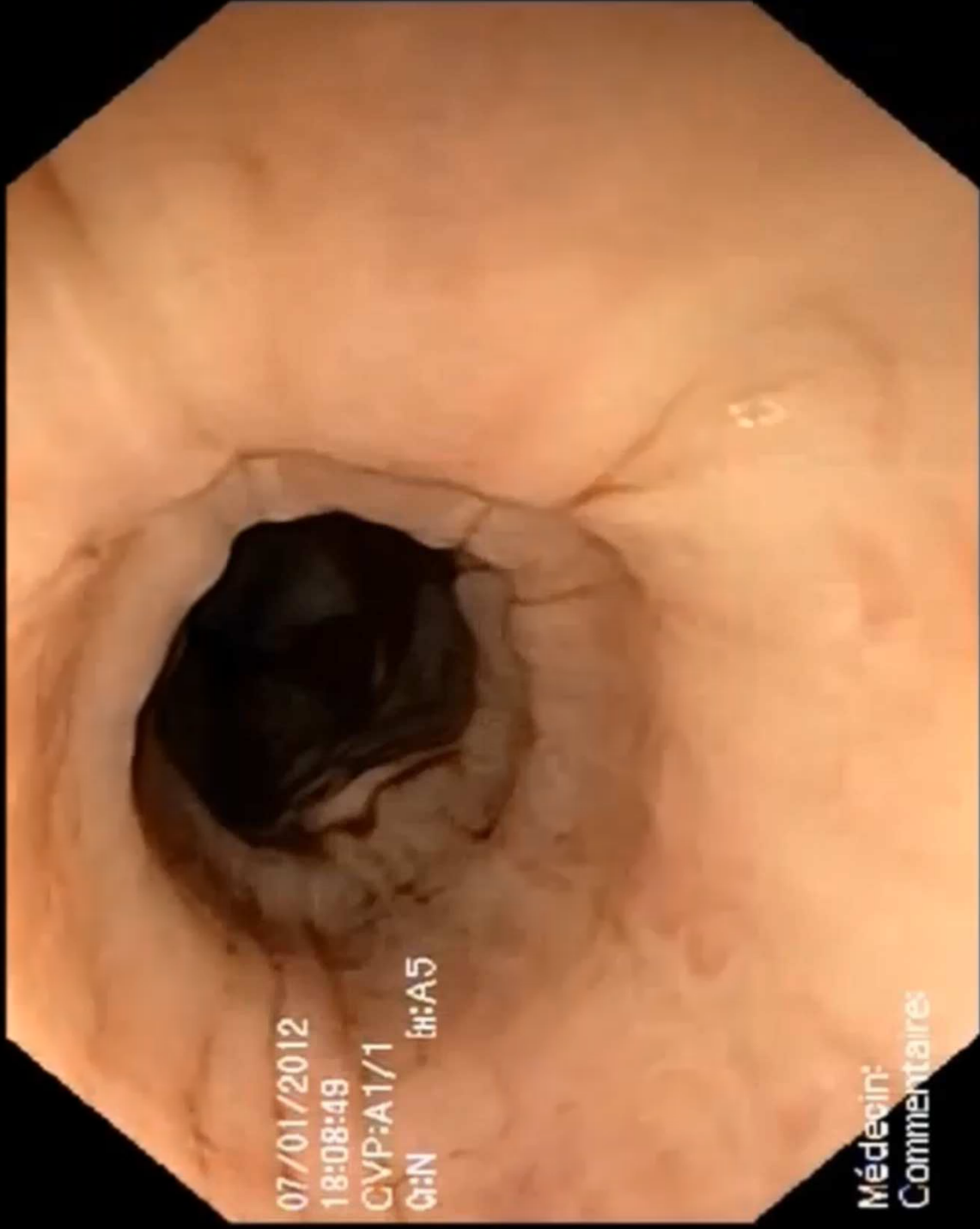
Traitement pré-emptif :
IPP IVSE / Traitement vaso-actif (analogue somatostatine)

Erythromycine +++ / Pas de sonde gastrique !!!! / A jeun



Utilisation d'**érythromycine**
(prokinétique)
avant le geste,

3 mg/kg IVL (5min),
souvent 200-250 mg
au minimum
20 minutes avant.



07/01/2012

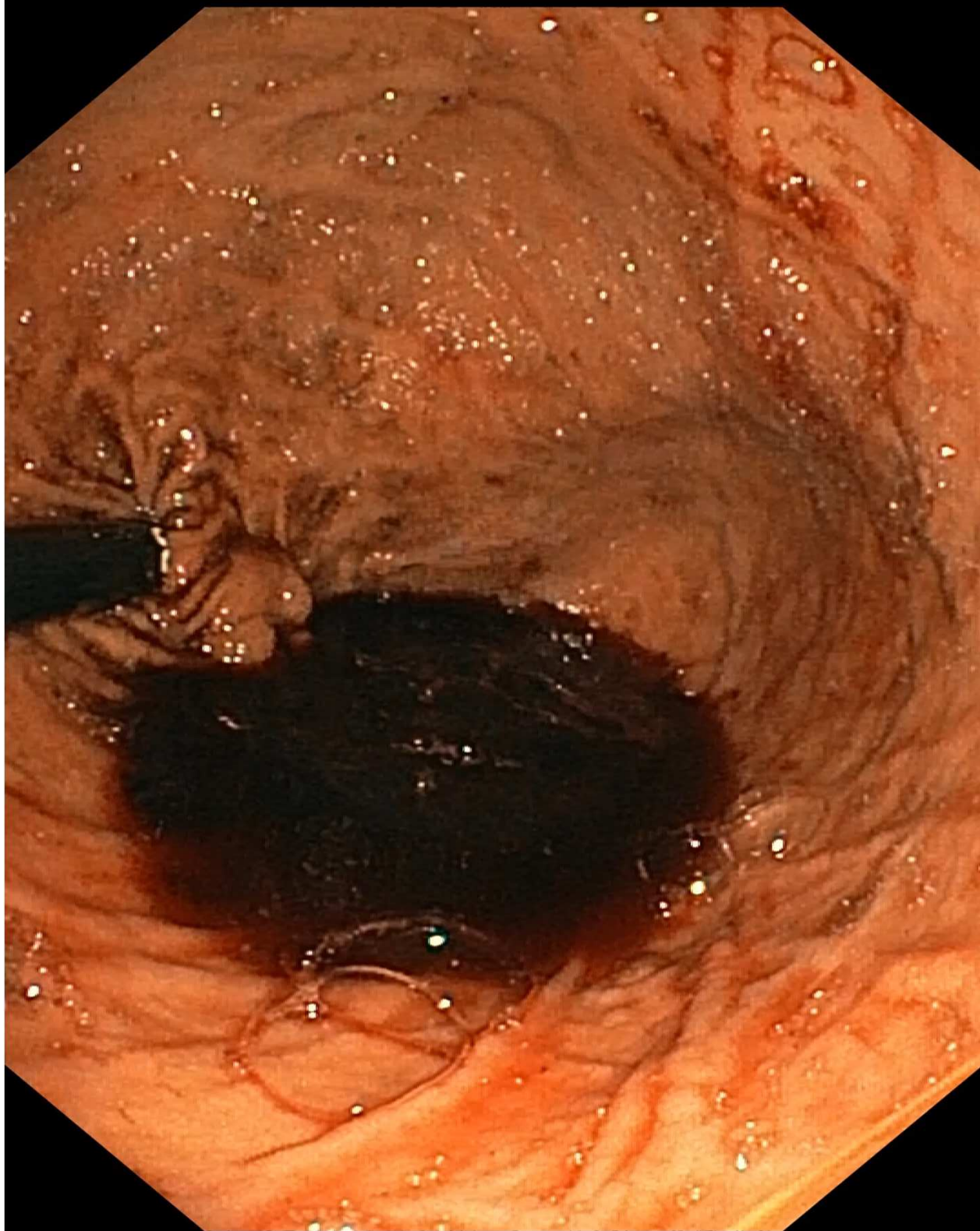
18:08:49

CVP:A1/1

Q:N

H:A5

Médecin:
Commentaires



L'IDEAL

- **Faire l'endoscopie dès que possible....**

Le but d'une endoscopie d'urgence est d'être une endoscopie thérapeutique

- Anesthésie générale
- Intubation oro-trachéale (IOT)

D'où le lieu préférentiel

- Unité d'endoscopie
- Salle du bloc chirurgical
- Au lit du patient dans un service de réanimation ou une SSPI (réveil)

La réalisation des endoscopies d'urgence dans des services d'hospitalisation ou d'accueil des urgences est fortement déconseillée



ENDOSCOPIE THERAPEUTIQUE +++

- Hors Hypertension portale

- Injection Adrénaline (Ulcère)
- Hémostase thermique (coagulation) : pince chaude
- Destruction de lésion superficielle à l'Argon
- Pose de clips hémostatiques
- Poudre hémostatique (Hémospay*)

- Contexte d'hypertension portale

- Injection d'aetoxysclerol, d'hysto-acryl (varices sous cardiales)
- Sclérose de VO, ligature de VO
- Pose de prothèse hémostatique..

LA REALITE

Aide paramédicale

- L'ESGE recommande, pour la gestion des urgences en endoscopie, la présence d'une IDE experte dans la gestion du matériel à usage endoscopique 24 heures/24 et 7 jours/7
Recommandation forte, niveau de preuve intermédiaire – ESGE guidelines 2015

Définition de l'endoscopie d'urgence ?

- Absence de définition réglementaire
- Proposition de la SFED en 2016 :

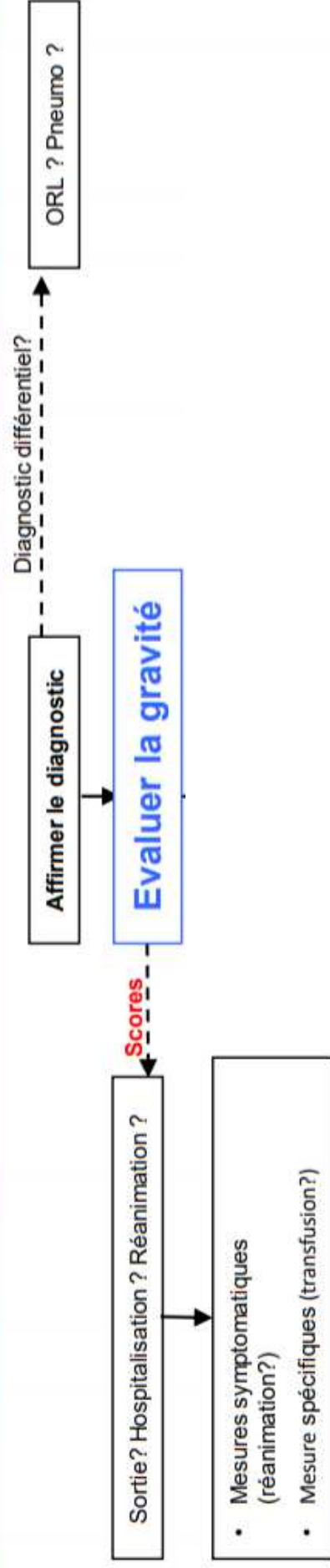
« endoscopie à réaliser en dehors des jours ouvrables ou le week-end (à partir du samedi 12 h) et jours fériés, mais dans un délai de moins de 12 h »

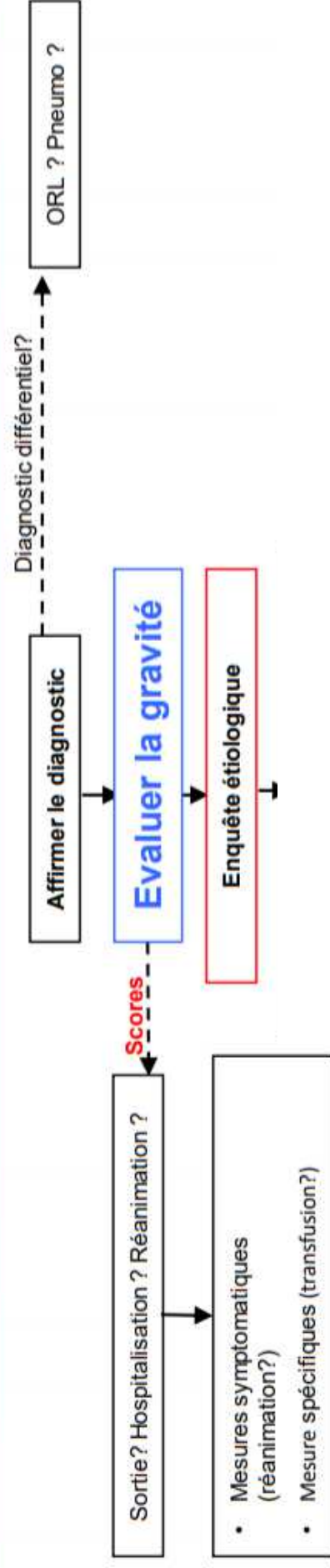
Conditions de réalisation et description des principales techniques utilisées au cours de l'endoscopie en urgence (SFED) Acta Endosc. 2016

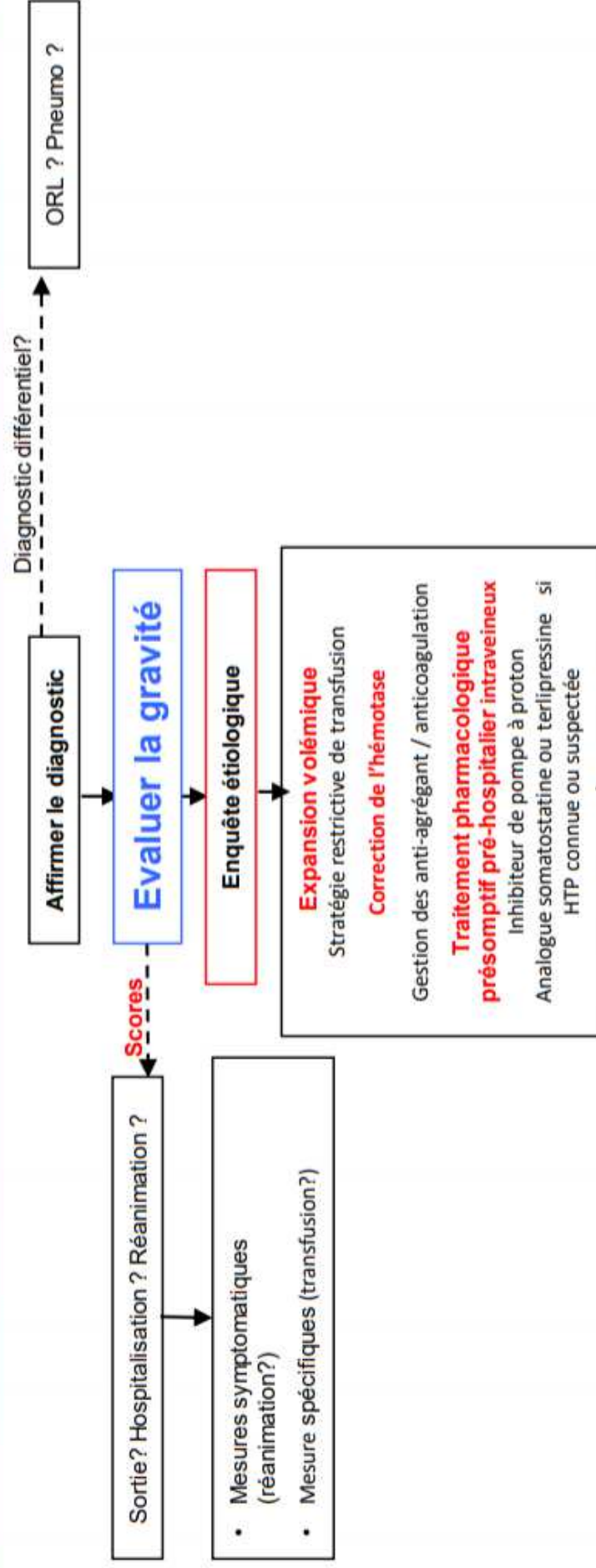
Astreinte d'endoscopie N'est parfois que médicale, sans récupération le lendemain, sans IDE la nuit... Raison aussi pour laquelle, en l'absence de situation d'urgence +++, le geste est réalisée le lendemain..

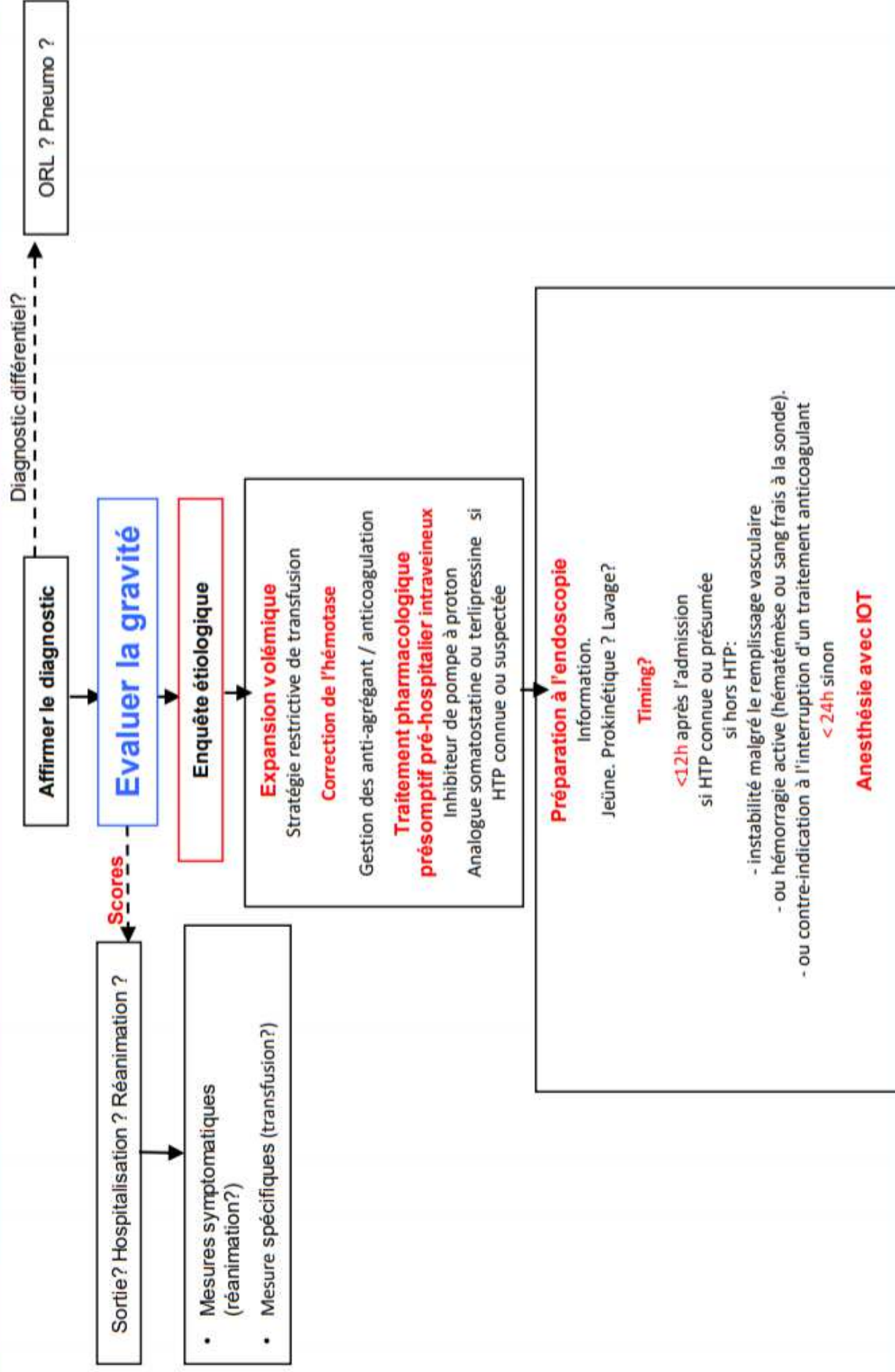
D'où les recommandations de réaliser les gestes .. dans les 24 h ! Ou dans les 12h ... (HTP ou d'instabilité)









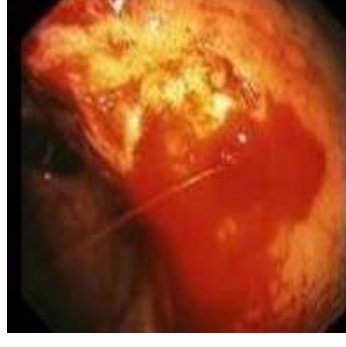
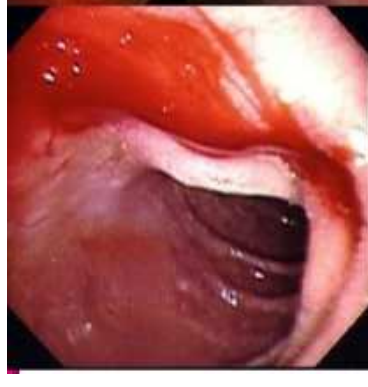


Classification de Forrest

Stade	Stigmate d'hémorragie
Ia	Hémorragie active en jet
Ib	Hémorragie active en nappe
IIa	Vaisseau visible non hémorragique
IIb	Caillot adhérent
IIC	Tâches pigmentées planes
III	Fond propre

La classification de Forrest doit être utilisée chez tous les patients atteints d'ulcère gastro-duodénal hémorragique afin de différencier les stigmates endoscopiques à risque élevé ou bas

forte recommandation, niveau de preuve élevé



Endoscopie digestive haute

Stigmates à haut risque
Fla (en jet)
Flb (en nappe)
FIIa (vaisseau visible non hémorragique)

Effectuer l'hémostase endoscopique :
Ttt endo combiné : injection d'adrénaline +
2nd modalité d'hémostase (thermique, mécanique)

Forte dose d'IPP IV en bolus + perfusion continue pendant 72 heures

- Peut commencer les liquides clairs, peu après l'endoscopie
 - Test H. pylori, traiter si positif
 - documentation de l'éradication de H. pylori

FIIb (caillot adhérent)

Retrait du caillot
Suivi d'une hémostase endoscopique
Ou
Prise en charge médicale avec forte dose d'IPP IV

Si hémostase endoscopique réalisée:

- injection d'adrénaline diluée circonférentielle à la base du caillot suivie de l'élimination du caillot
- Si stigmate à haut risque sous-jacent identifié après le retrait du caillot, appliquer une hémostase endoscopique comme décrit pour Fla, Flc, FIIa

Stigmates à faible risque
FIIc (tache pigmentée plane)
FIII (fond propre)

Pas d'hémostase endoscopique nécessaire
En fonction de la situation clinique, une sortie rapide de l'hôpital est à envisager