



Hémorragies digestives

Dr Gaël Piton

Service de Réanimation Médicale
EA 3920 « Physiopathologie Cardiovasculaire et Prévention »
Université de Franche-Comté

Mr A, 46 ans

ATCD: diabète, obèse, cardiopathie ischémique stentée en 2012, thrombophilie/mutation facteur V Leiden

Anamnèse: dyspnée d'effort, admis au SAU, hypotension 80/60 mmHg, FC 65 bpm, GCS 15.

ECG: STEMI

HNF, Kardegic, Brilique

OAP asphyxique à l'entrée en salle de coro,
ACR 0 min/5 min, IOT.

Coro: occlusion IVA/CX par thrombus; angioplastie

ETT: FEVG 10%, début thrombus intraVG

ECMO VA fémoro-fémorale

Thrombophilie: TVP iliaque, jugulaire, intra-
cardiaque: HNF curatif

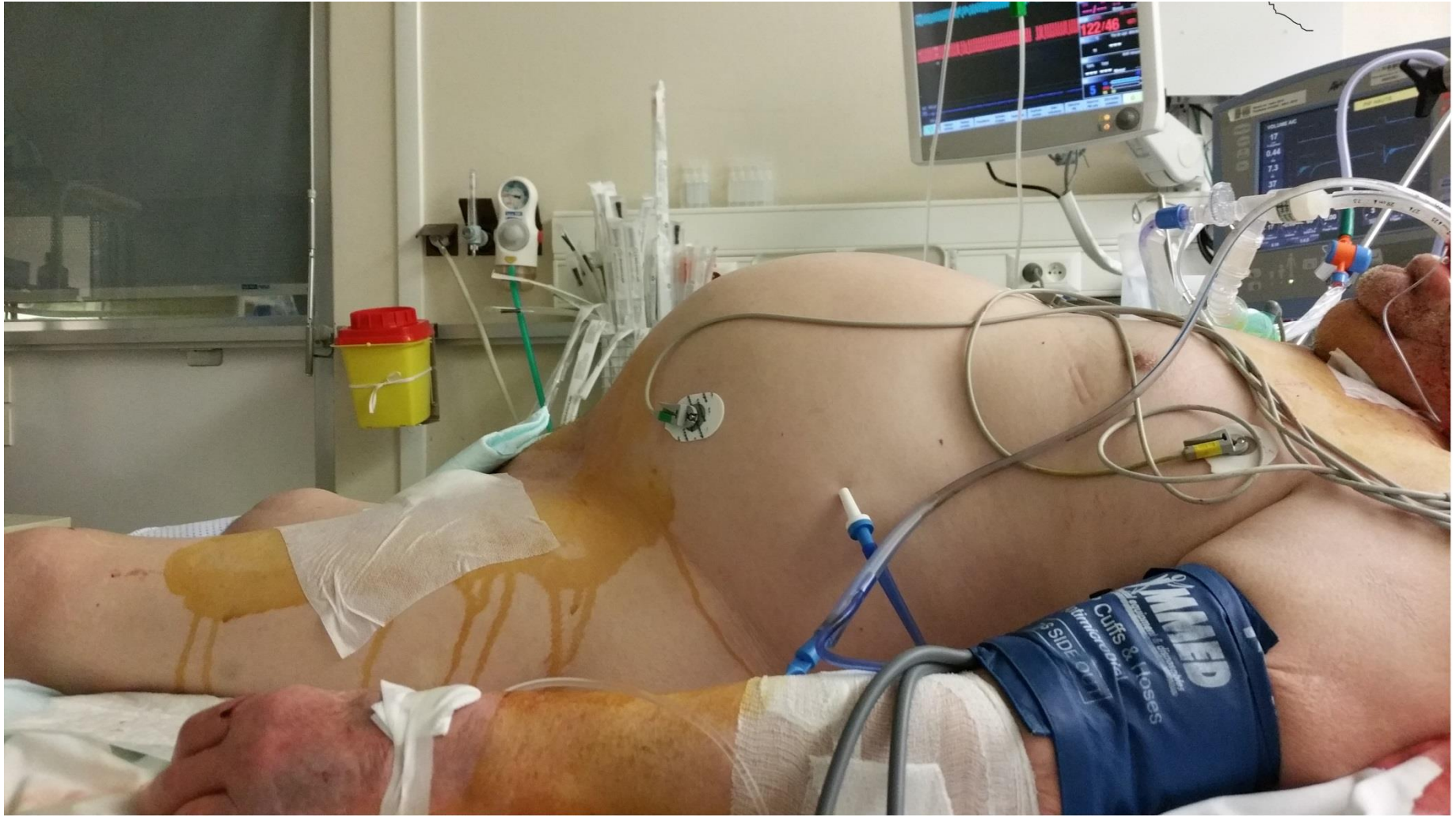
48 heures de l'admission

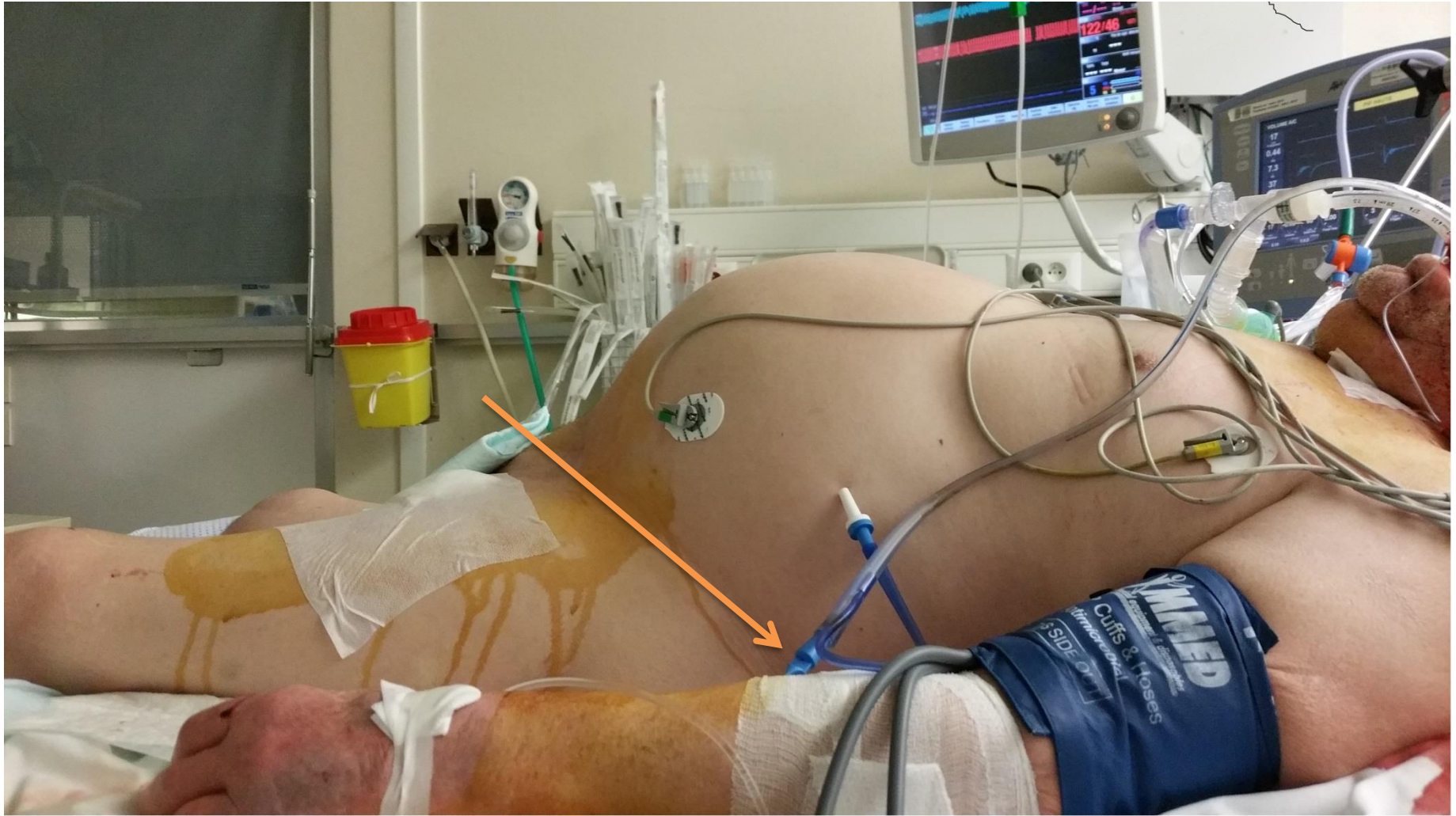
Anémie aiguë sans extériorisation,
Inefficacité transfusionnelle/polytransfusion

FC 120, marbrures, extrémités froides

ECLS ne systolise plus, difficulté à tourner

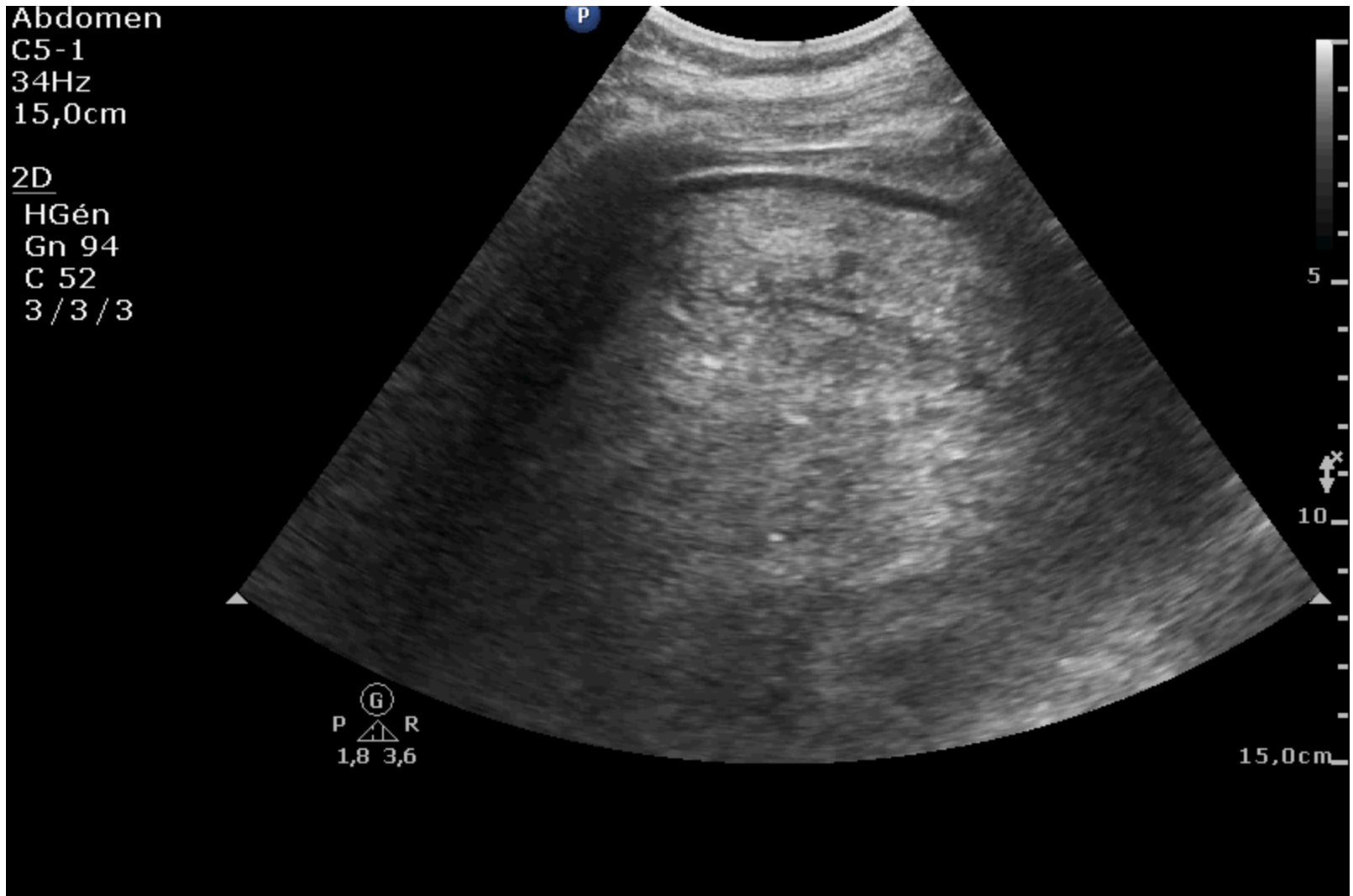








ECHO = Estomac rempli masse tissulaire



Que faites-vous ?

Correction hémostasie
(plaquette/PFC/Clotfact/Exacyl)

Transfusion GR

IPP forte dose IVSE

Pas de Sandostatine

EOGD dès que possible !

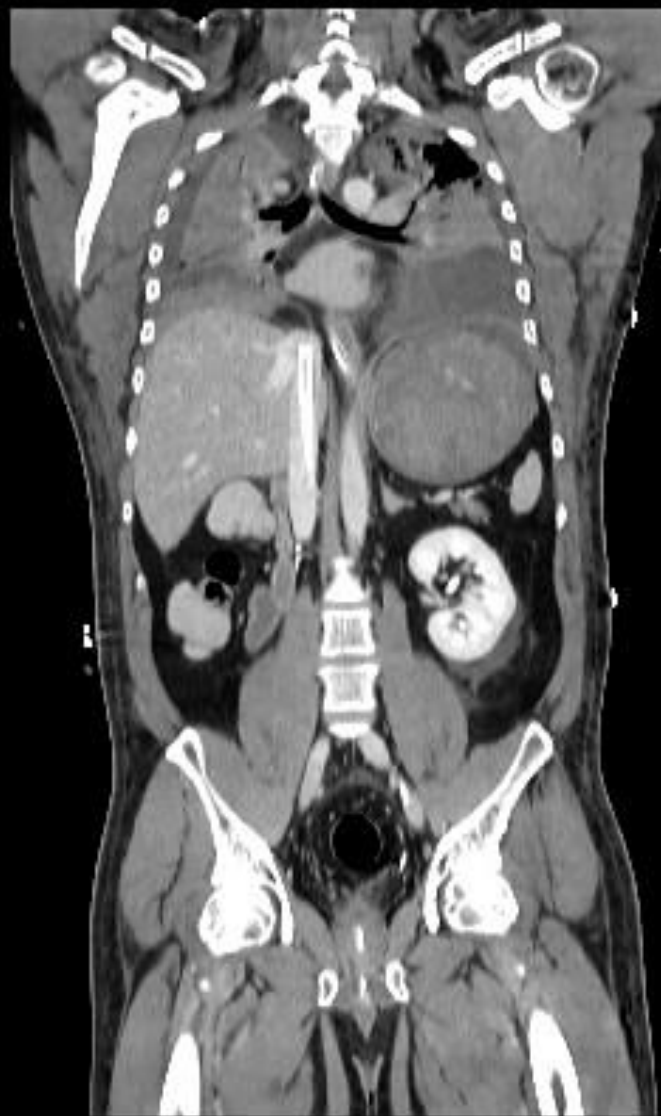
ECHEC EOGD

Volumineux caillot remplissant l'estomac, non aspirable, empêchant toute visualisation

Que faites-vous ?

Scanner TAP, sans puis avec injection de PDC

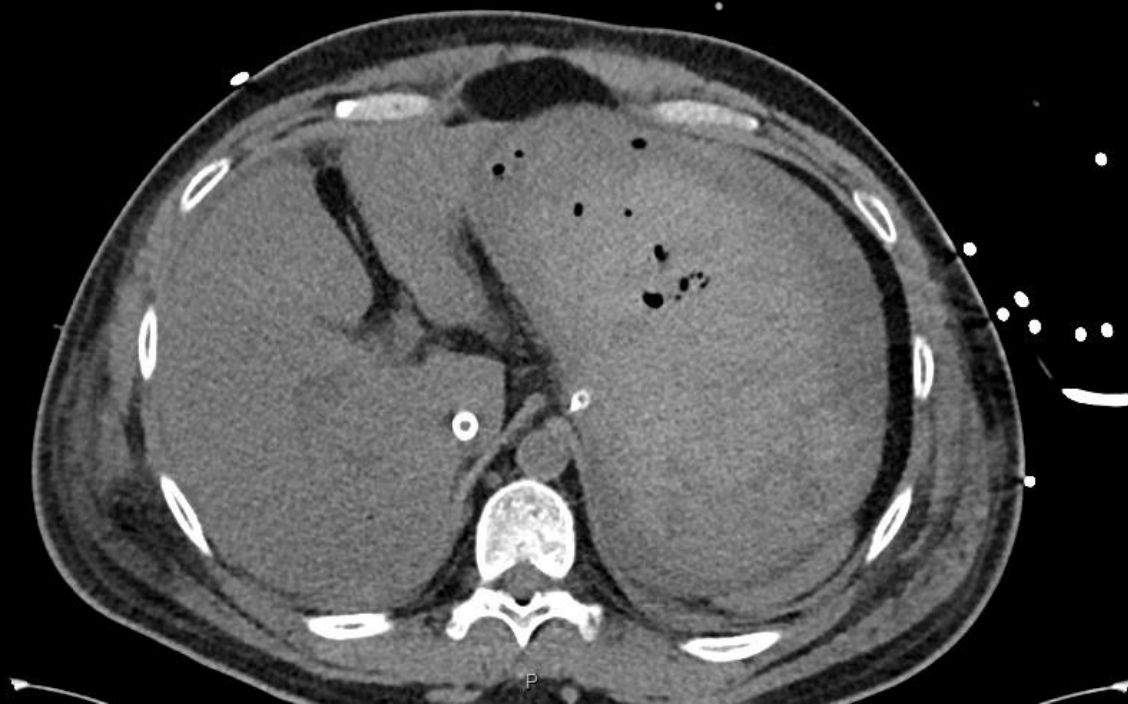
< 10 >



R

< 6 - 133 (TOUT) >

R



P

< 7 - 362 (TOUT) >

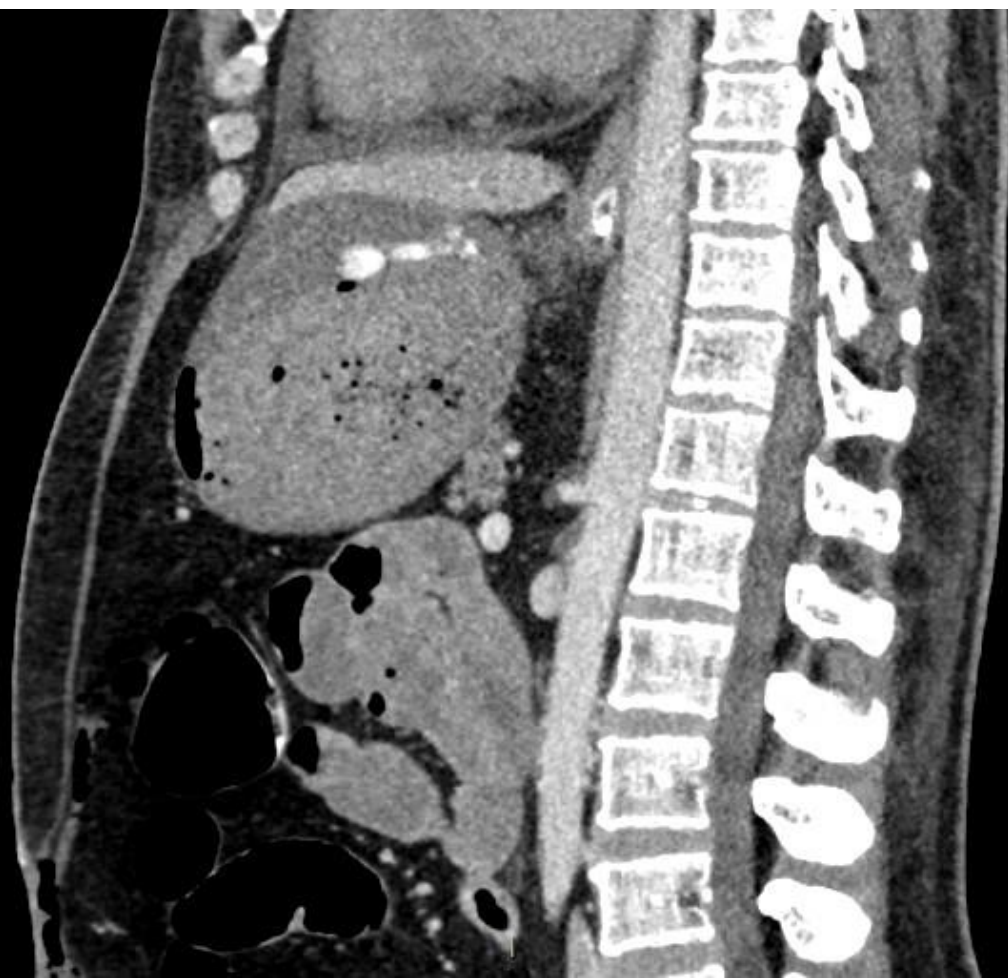
R





<7>

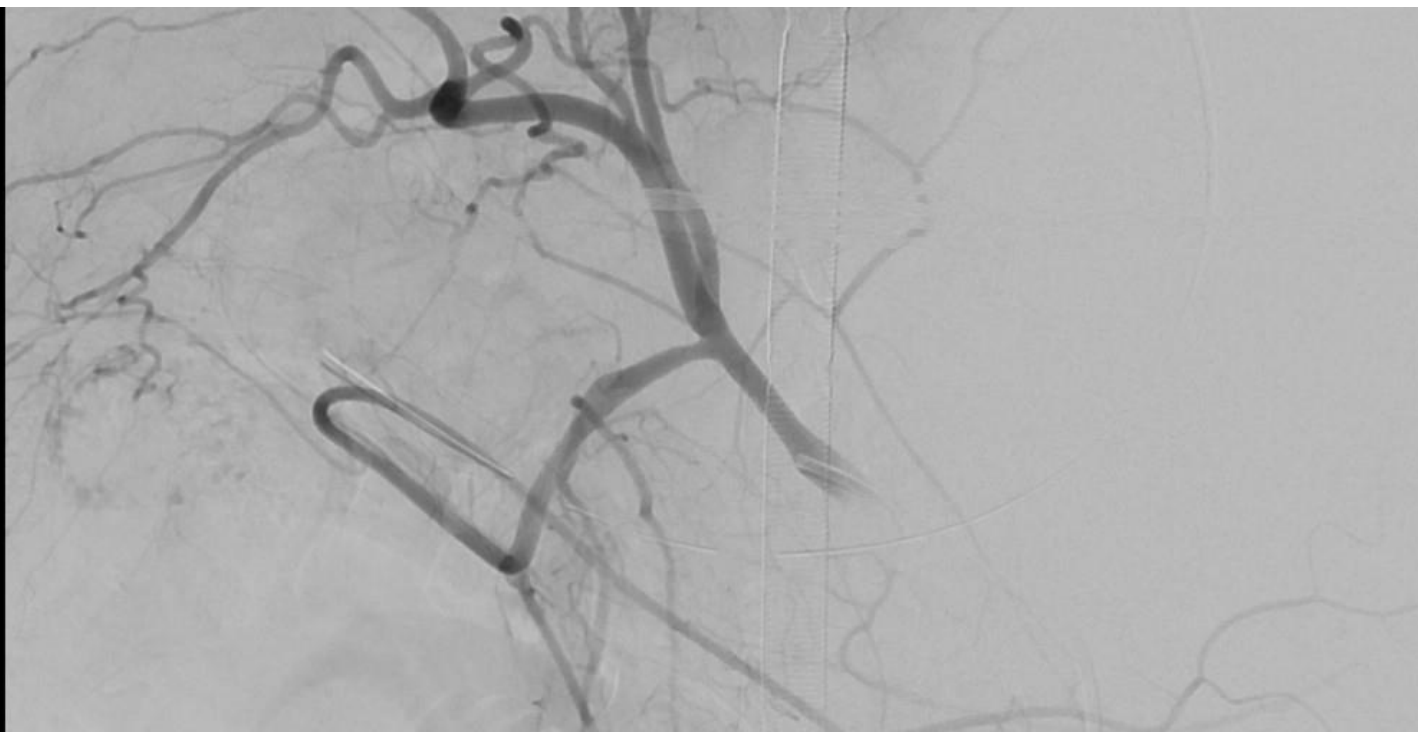
A



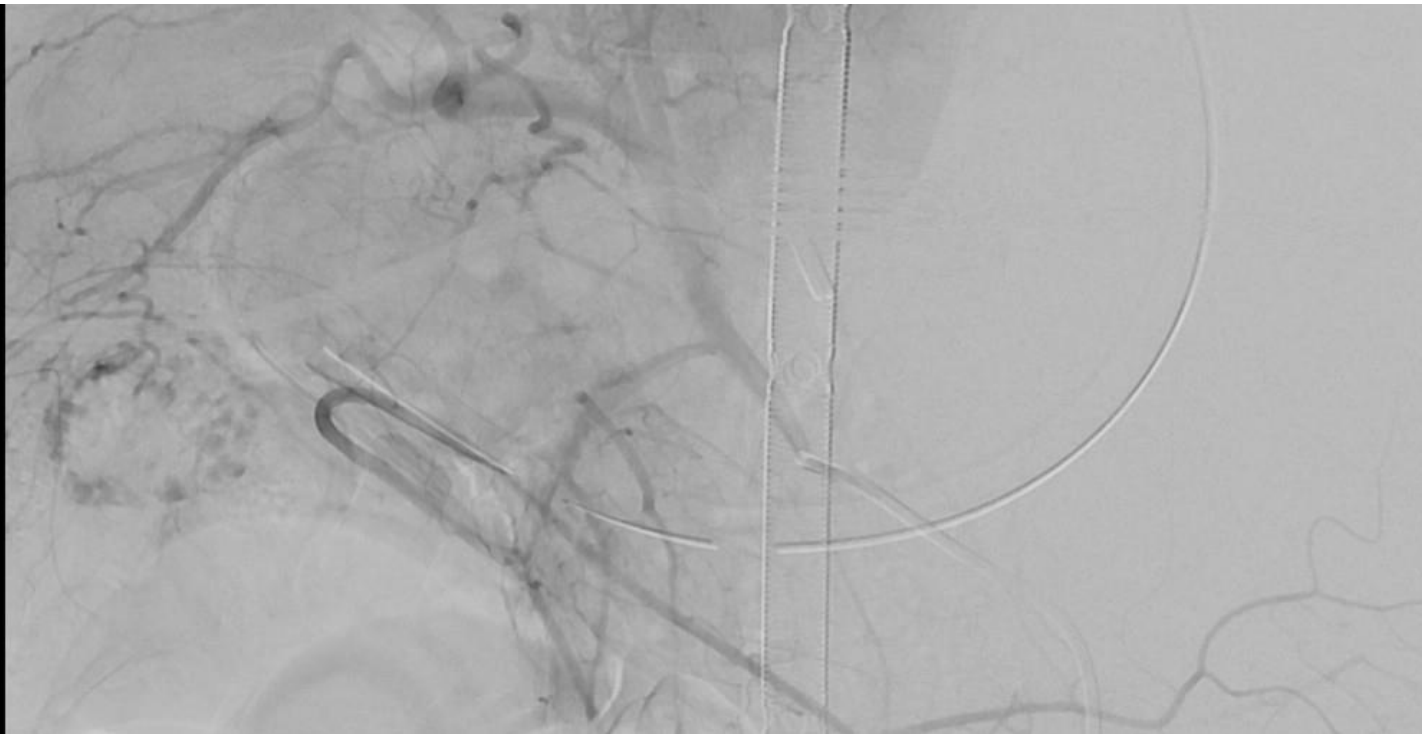
Que faites-vous ?

Artériographie + embolisation

<6-8@>



<6-11@>



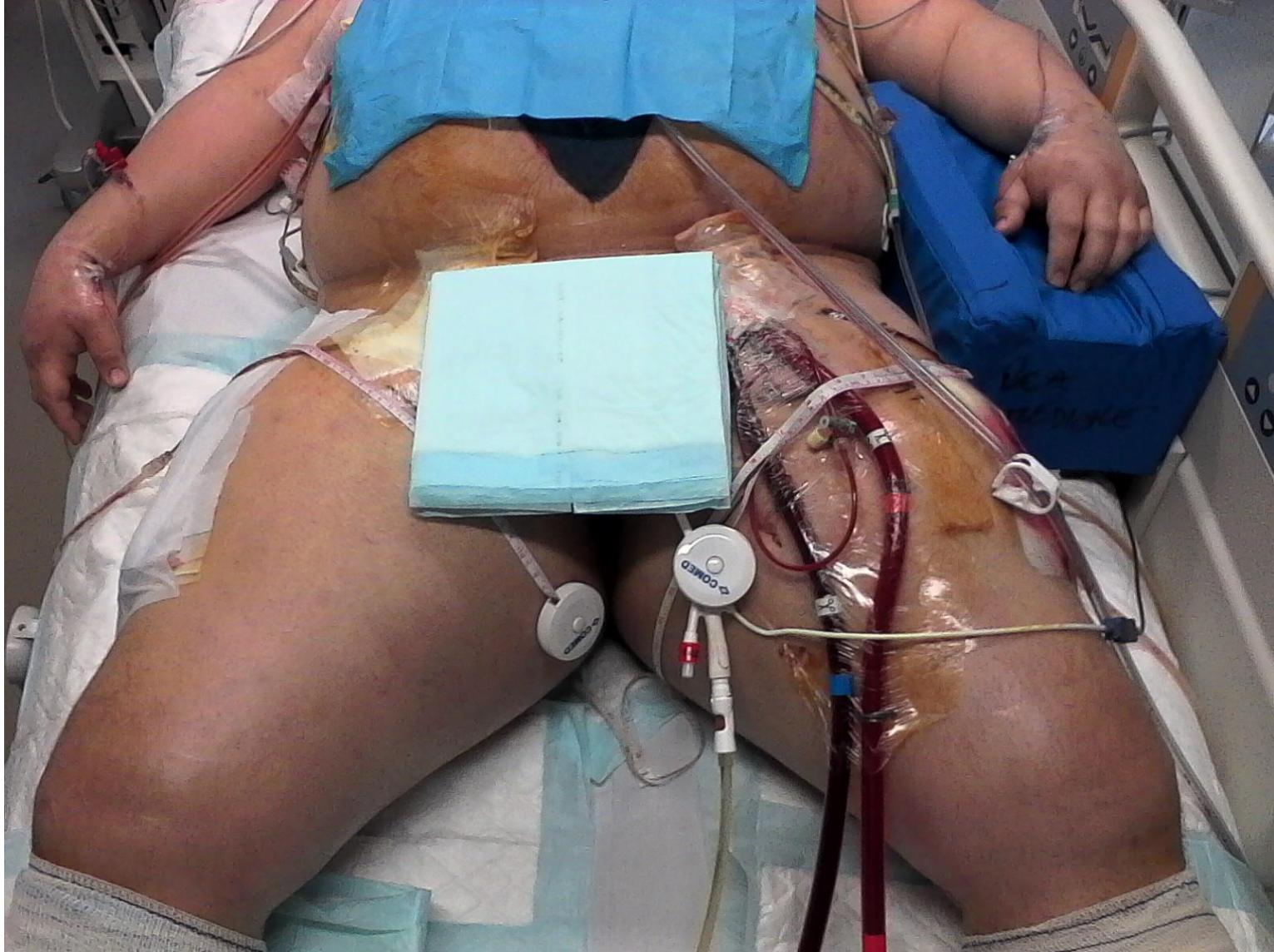
Evolution

Syndrome compartimental abdominal sur
caillotage intragastrique

Que décidez-vous ?

Laparotomie + VAC

Gastrotomie: caillot 4 kg !



Evolution

Amélioration immédiate fonctionnement ECMO

Décès J21 contexte de thrombose cardiaque
complète

Annals of Internal Medicine 2010

CLINICAL GUIDELINES

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;

My Position Paper

2010

 **EASL** EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER | **JOURNAL OF HEPATOLOGY**

Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension

Osman *et al.* *Annals of Intensive Care* 2012, 2:46
<http://www.annalsofintensivecare.com/content/2/1/46>

2012

 **Annals of Intensive Care**
a SpringerOpen Journal

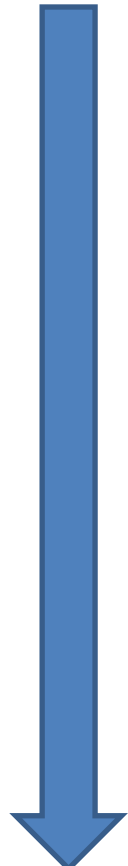
REVIEW

Open Access

Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children

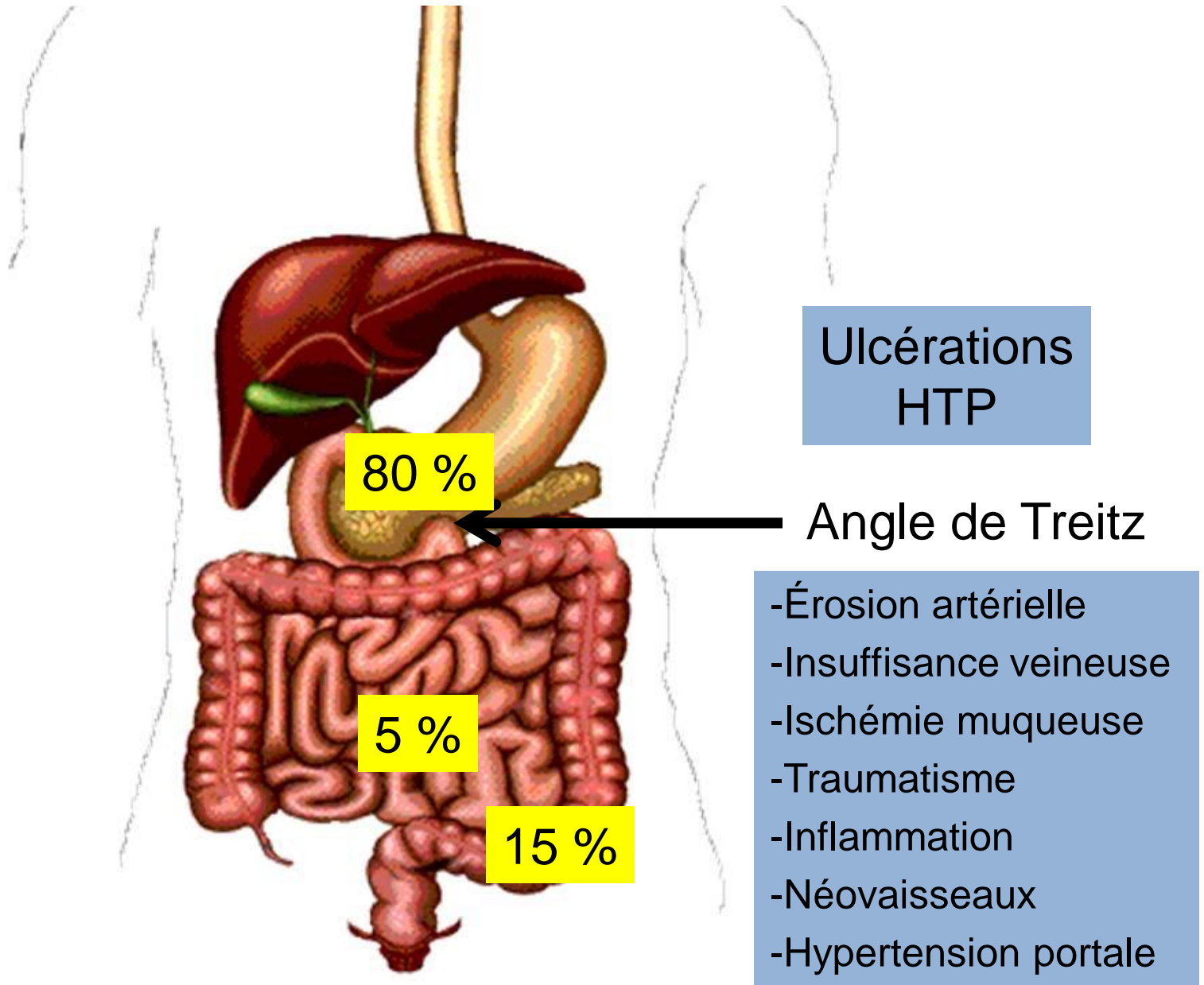
David Osman^{1*}, Michel Djibré², Daniel Da Silva³, Cyril Goulenok⁴ and for the group of experts

Diagnostic et thérapeutique: en même TEMPS !



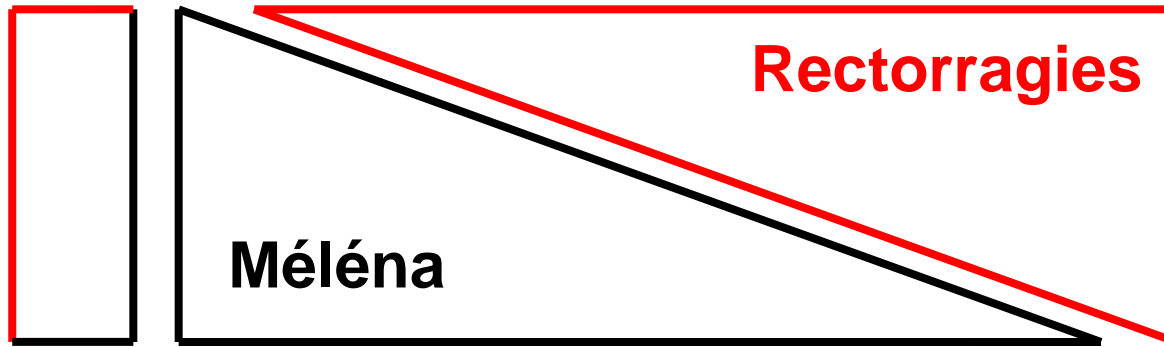
	Diagnostic				Thérapeutique			
	+	≠	Etio	Grav	HD	O2	HS	autres
preH	Examen clinique				R+	O2	Sando	
					NAD	IOT	IPP	Blackemore
SAUV REA	Examen clinique Biologie				R+	CG	PSL	ATB
	Endoscopie				NAD		Sando	
	TDM						IPP	
							Endos	
							Blackemore	
							Arterio/TIPS	
							Chirurgie	
Post'U	Endoscopie contrôle						Endos	ATB
							BetaB	

C'est en général une HD haute !

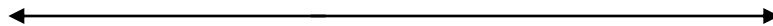


Valeur localisatrice de l'extériorisation de sang

Hématémèse



HD
haute

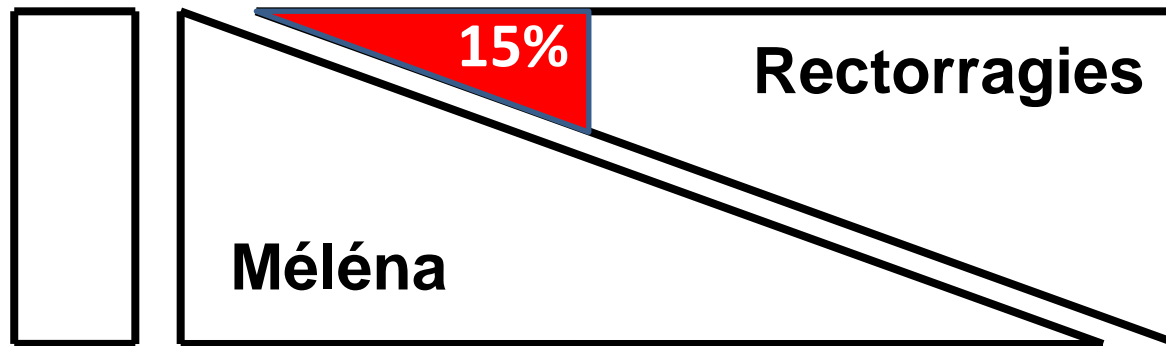


HD
basse

Valeur localisatrice de l'exteriorisation de sang



Hématémèse



HD
haute



HD
basse

CHOC = HD HAUTE (jusqu'à preuve du contraire)

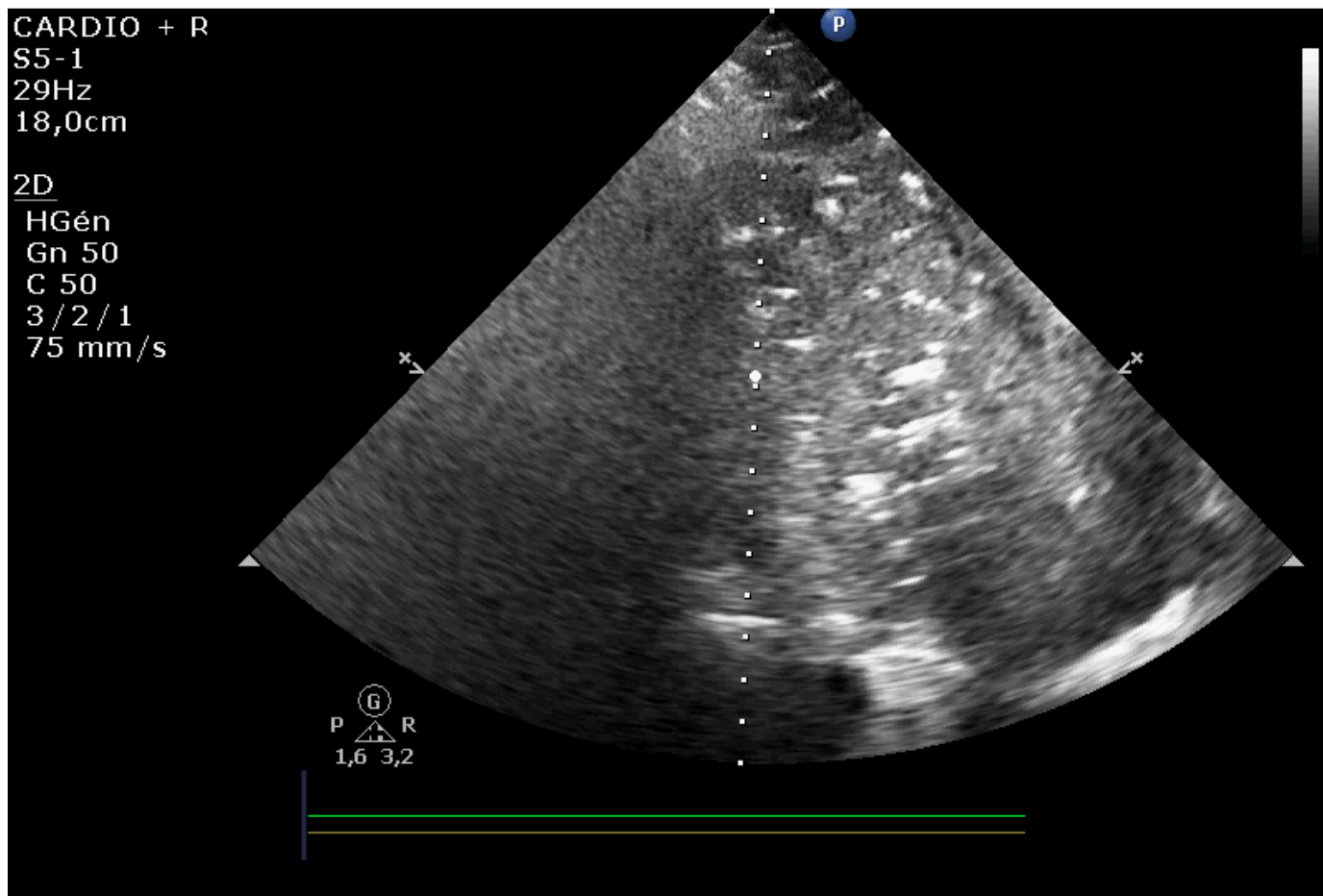
Critères de sévérité	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perte sanguine mL (% masse sg)	< 0,75 (< 20%)	0,75-1,5 (20-35%)	1,5-2 (35-50%)	> 2 (>50%)
FC	< 100	> 100	> 120	> 140
PA	N	N	↓	↓
FR	14-20	20-30	> 30	> 40
Débit urine (ml/h)	> 30	20-30	5-15	< 5
Fonctions supérieures	Anxiété légère	Anxiété modérée	confusion	coma

- Echographie de débrouillage (FAST, cardiaque et abdo) ?

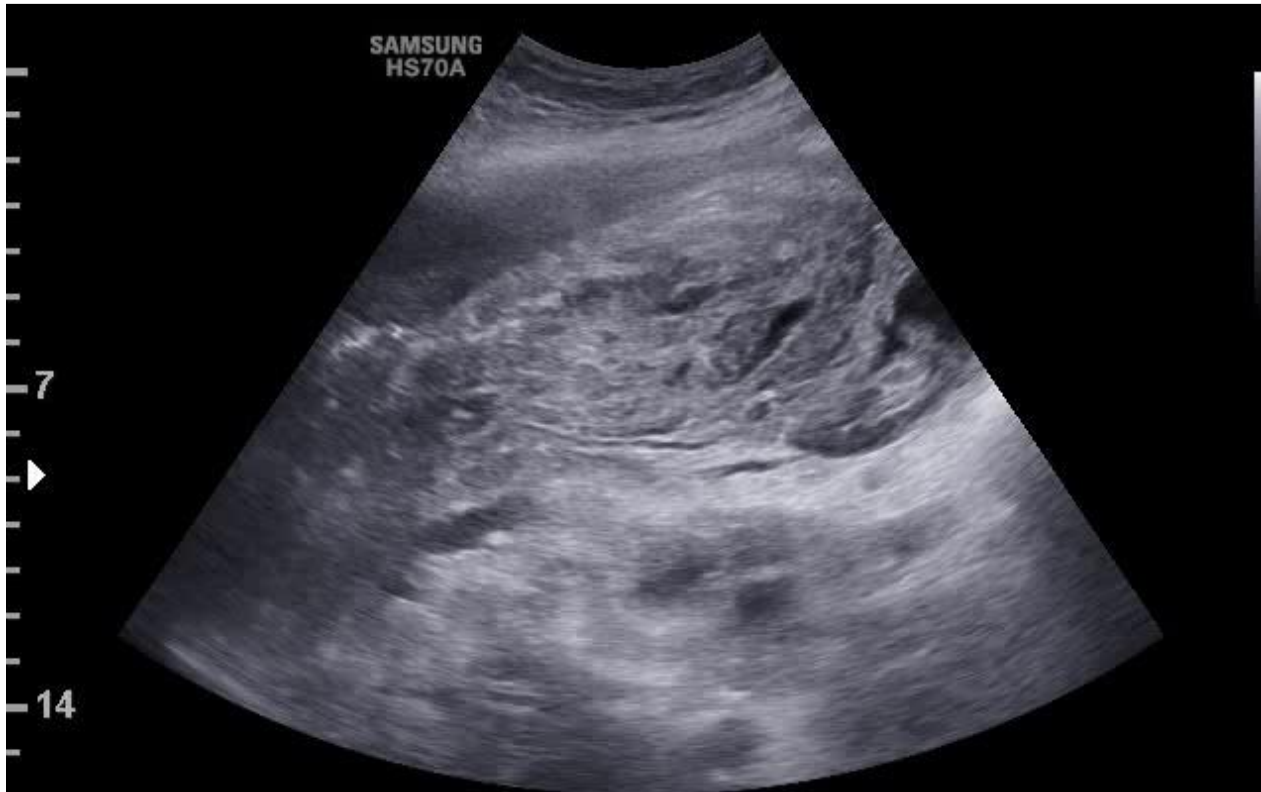
= intérêt non évalué, ne doit pas retarder prise en charge

- Hypovolémie (collapsus VD et VG, VCI plate)
- Estomac plein à contenu hyperéchogène en cas d'HD haute,
- Sang hyperéchogène dans le colon ou le grêle
- Anévrysme de l'aorte abdominale.

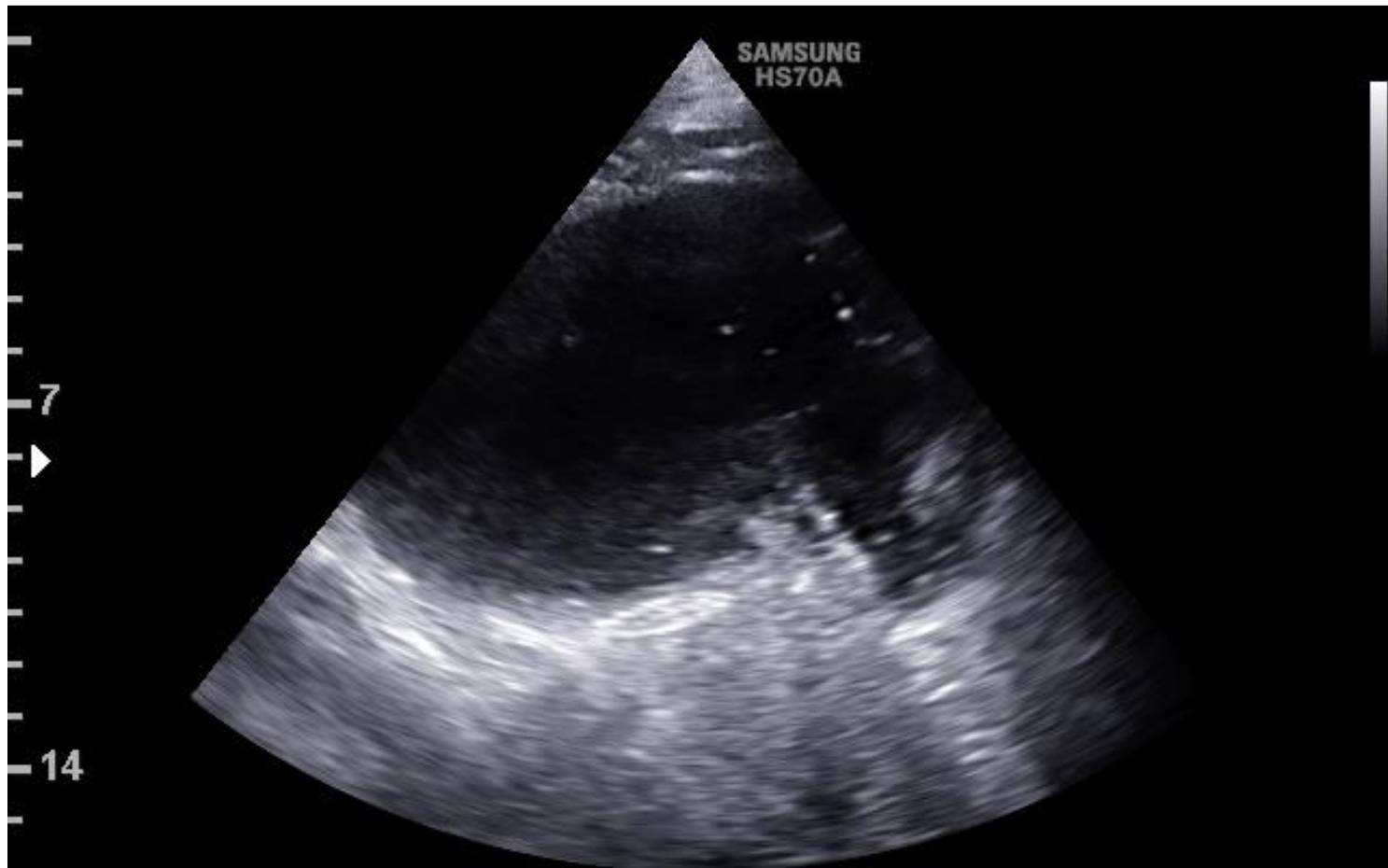
Estomac rempli liquide hyperéchogène= HD haute probable



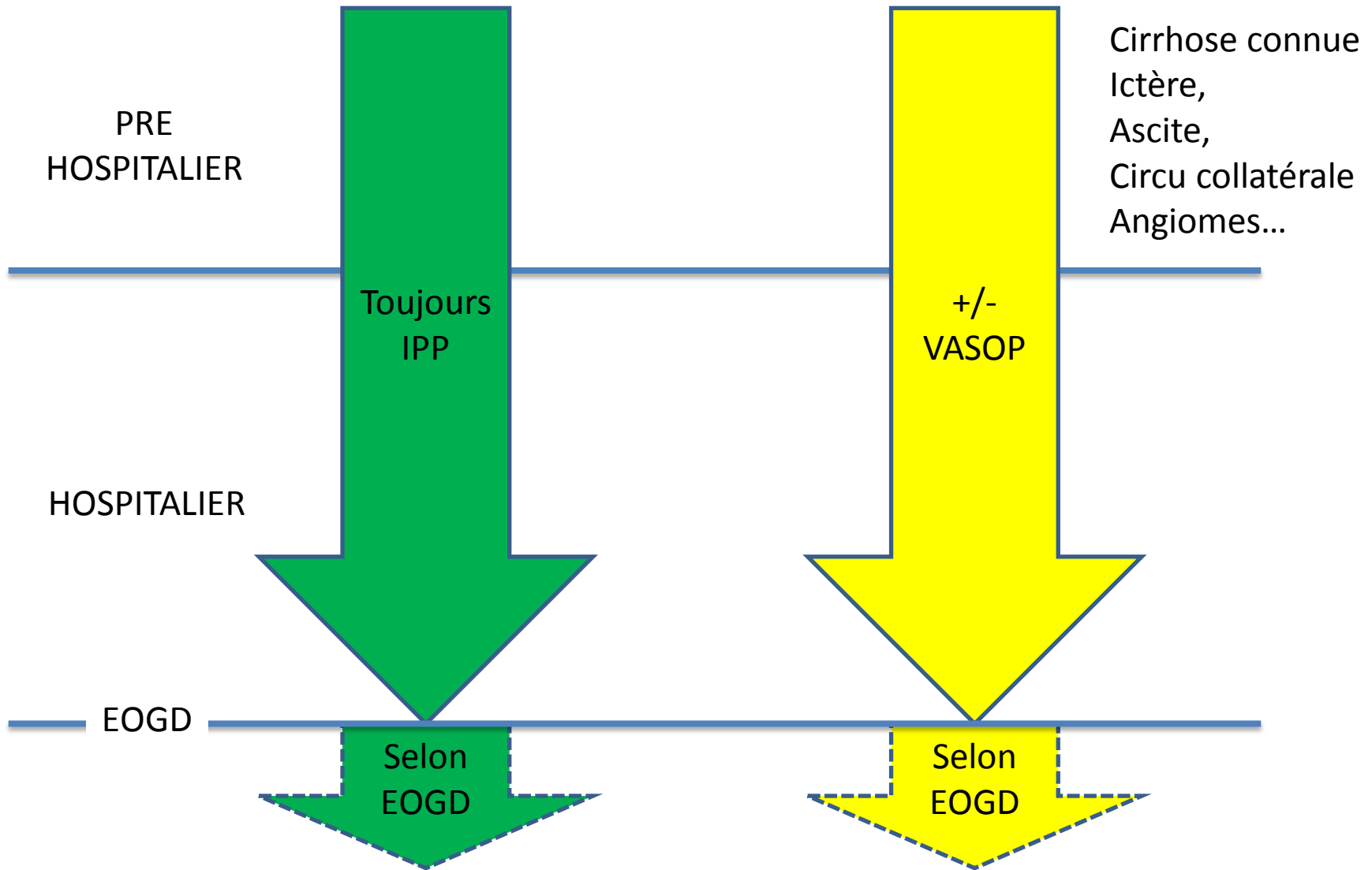
Estomac rempli masse tissulaire = échec EOGD probable



Liquide transonore: HD haute peu probable ?



IPP et/ou Vasopresseurs splanchniques ?



Quel vasopresseur splanchnique ?

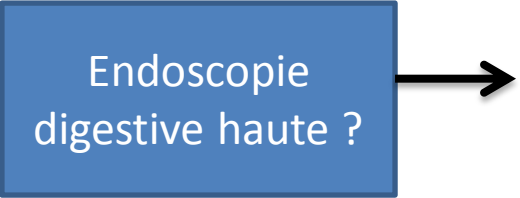
	Posologie et voie d'administration	Contre-indications principales	Effets indésirables principaux
Sandostatine En priorité	25 µg/h IVSE (5j)	Hypersensibilité Grossesse Allaitement	Rares: troubles digestifs modérés et transitoires
Somatostatine Grossesse	250 µg bolus IVL (> 1 mn) puis 250 µg/h IVSE (5j)	Déconseillé si : - grossesse - allaitement	Flush, nausées et bradycardie si administration trop rapide
Terlipressine Syndrome hépato rénal	> 50 kg : 2 mg bolus IV/4h jusqu'au contrôle de l'HD. < 50 kg : 1 mg bolus IV/4h jusqu'au contrôle de l'HD. Cette période ne doit pas dépasser 48 heures. Puis 1 mg bolus IV/4h (< 3 jours)	Hypersensibilité Choc septique Déconseillé si : - cardiopathie ischémique - TDR cardiaque - HTA non contrôlée - AVC - AOMI - asthme, BPCO - insuffisance rénale chronique - âge > 70 ans - grossesse	Poussée hypertensive Bradycardie Syndrome coronarien aigu TDR cardiaque Ischémie aiguë périphérique

Synthèse initiale par l'intensiviste

Au-delà de l'examen clinique et de l'ECG, et dans l'attente du bilan biologique, l'intensiviste doit se poser les questions suivantes :

- 1) Faut-il réaliser une endoscopie digestive haute ?
- 2) Faut-il réaliser un scanner AP ?
- 3) Faire d'emblée une rectosigmoïdoscopie et/ou une consultation proctologique ?
- 4) Faut-il réaliser une coloscopie et quand ?

Endoscopie
digestive haute ?

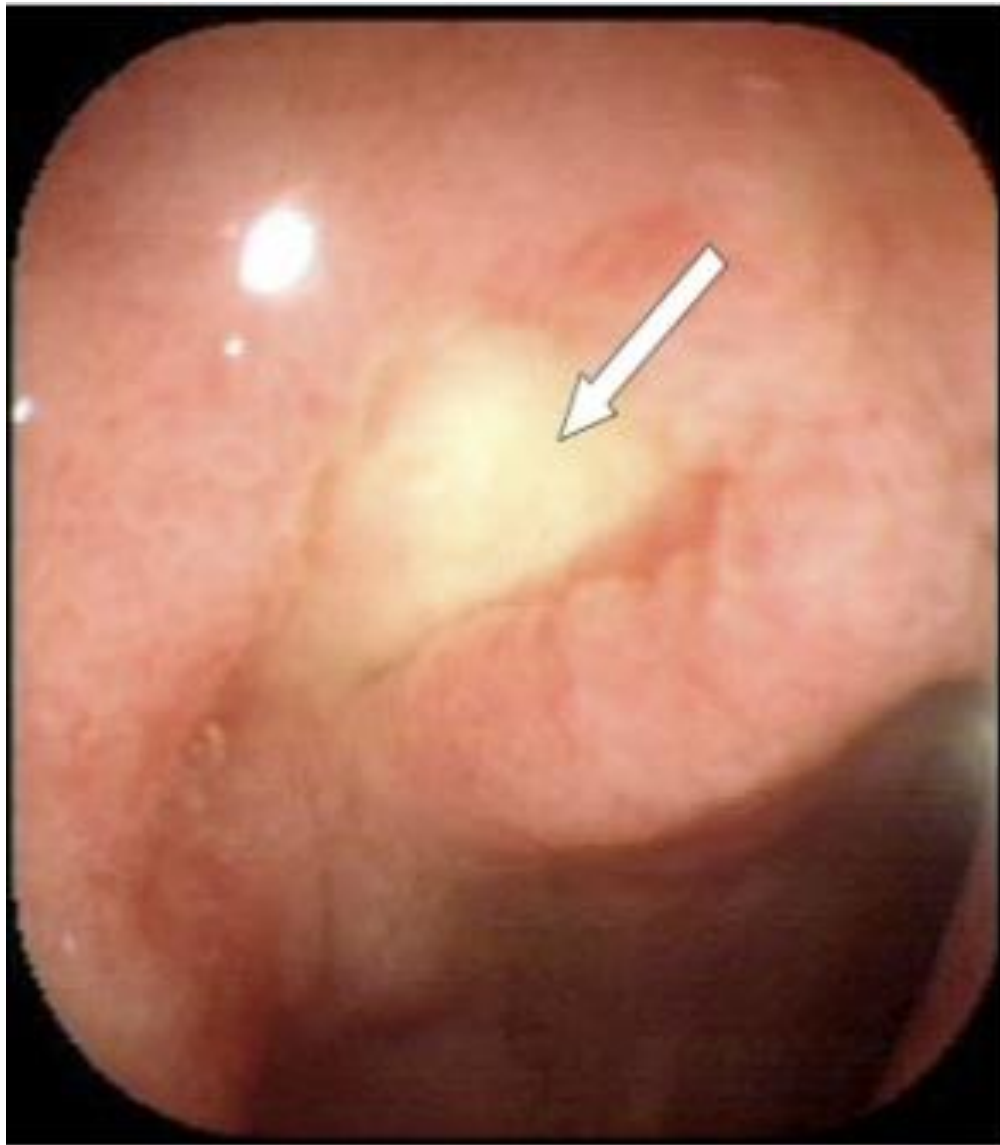


Etat de choc ou tachycardie

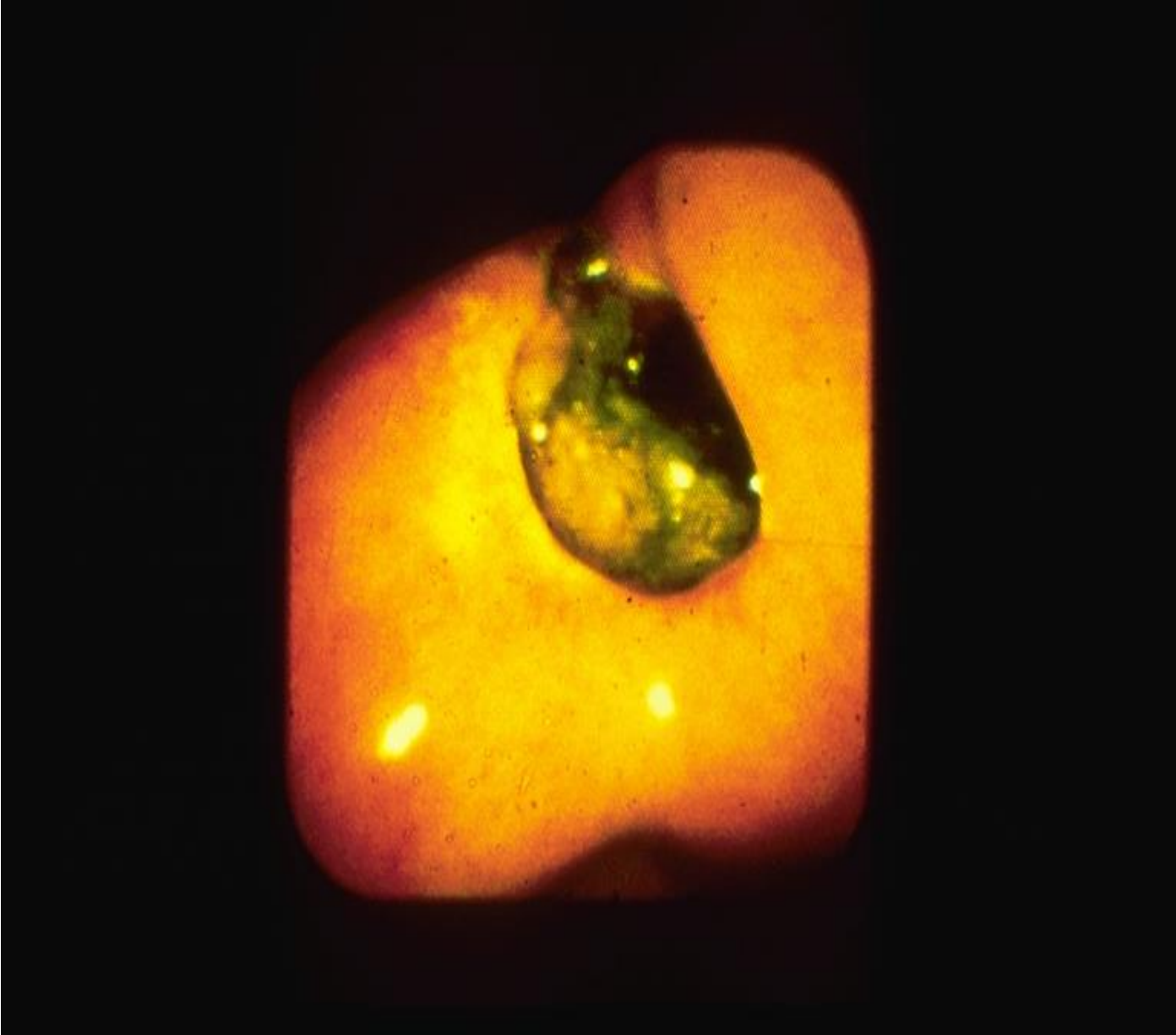
Hématémèse/Méléna associé aux rectorragies

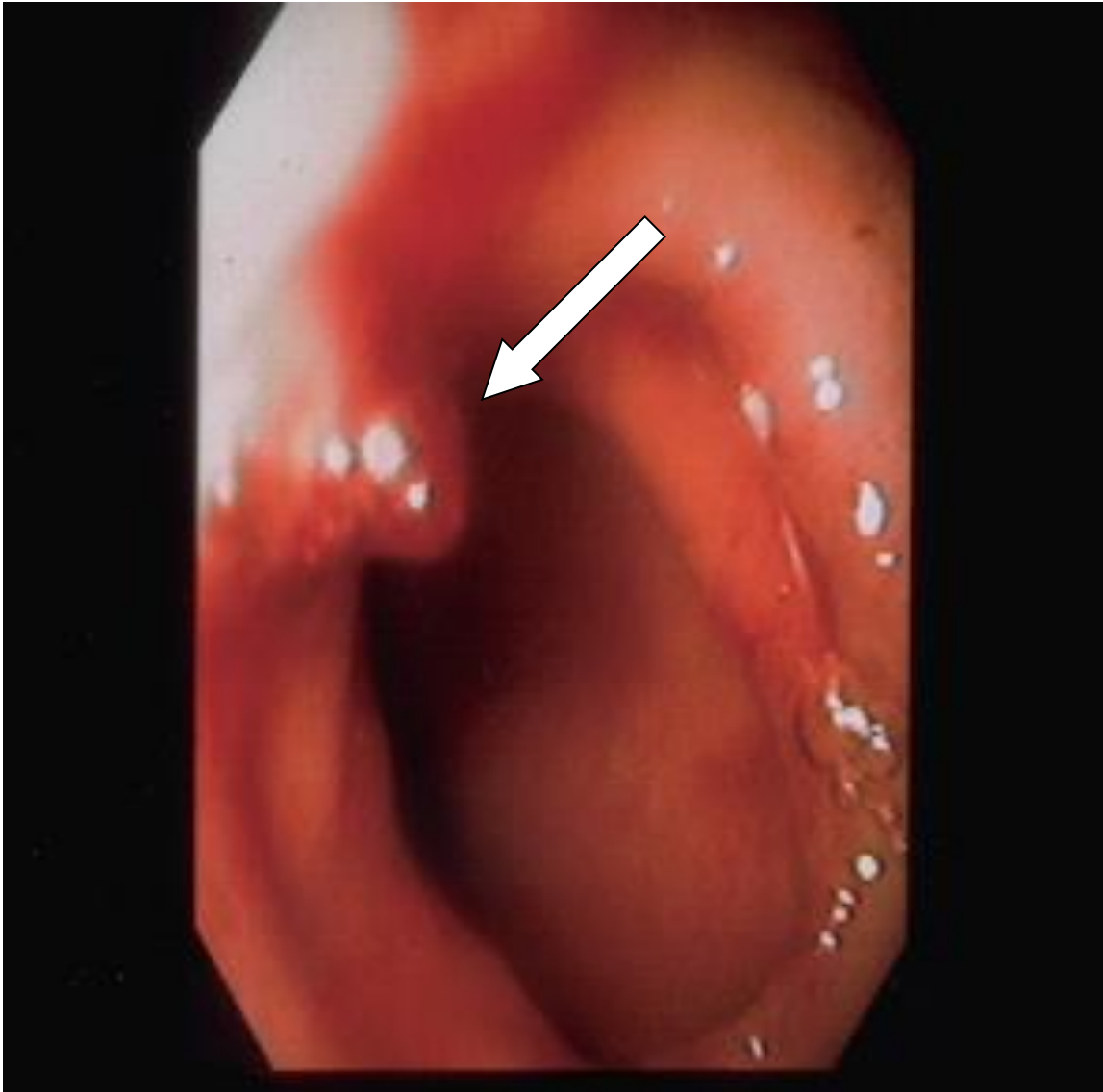
Antécédent hépatopathie/hypertension portale

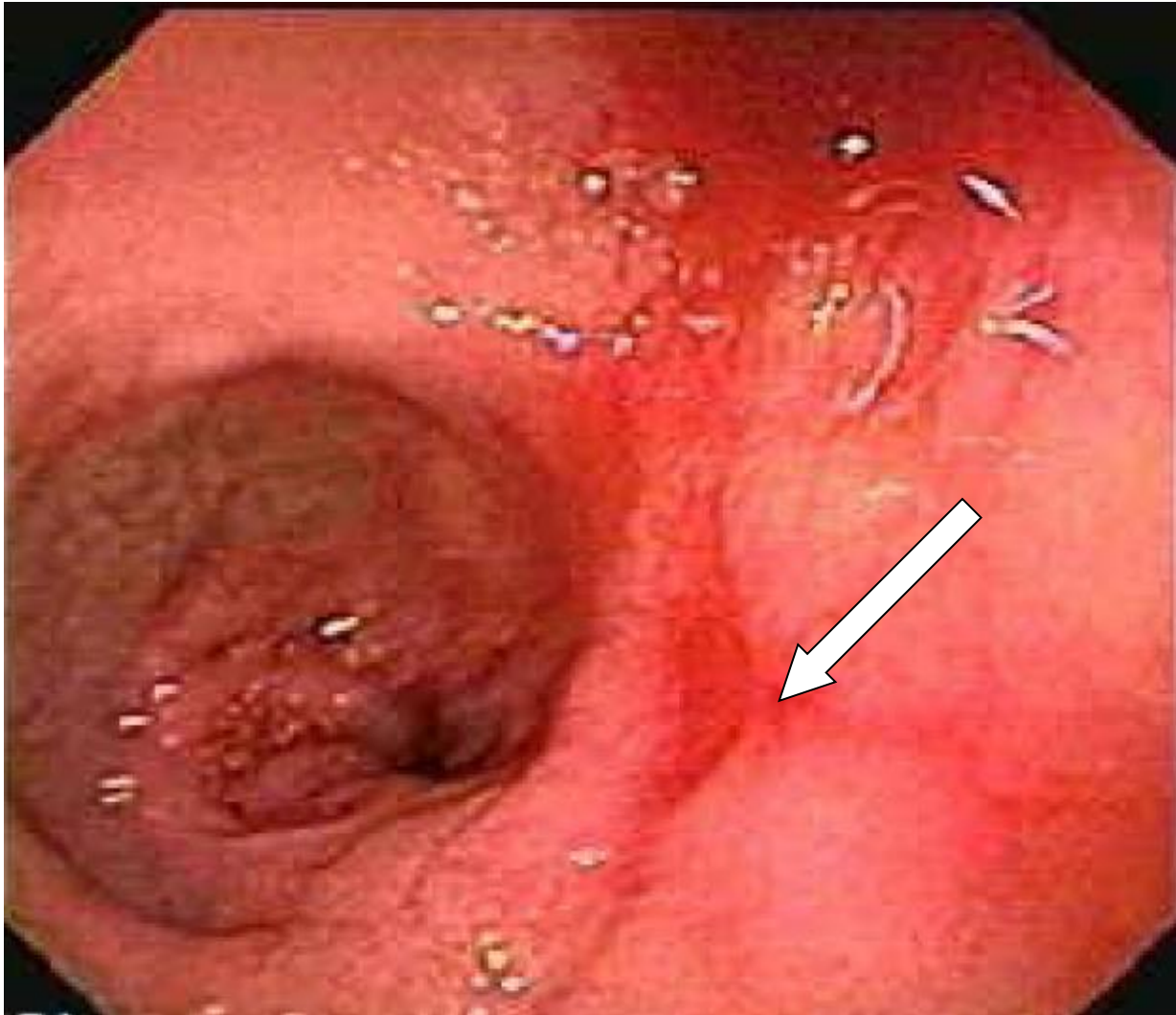
Prise de médicaments gastrottoxiques/ Ulcère GD connu



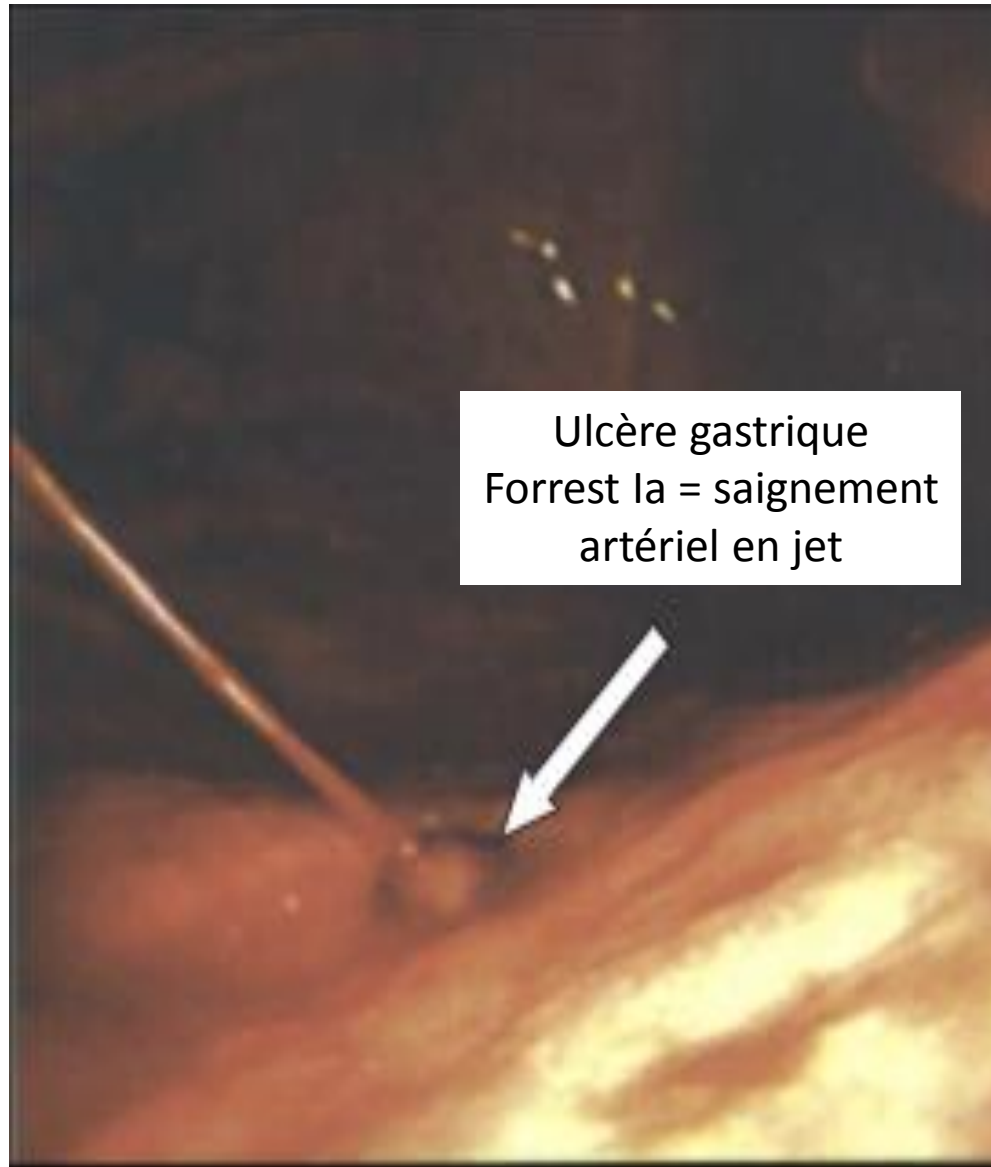




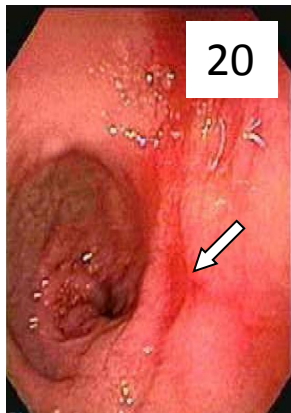
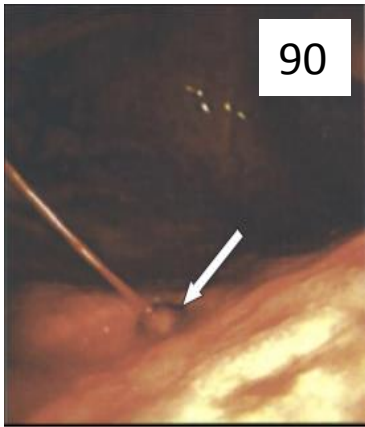




15% des rectorragies sont d'origine haute
HD haute cataclysmique avec instabilité hémodynamique

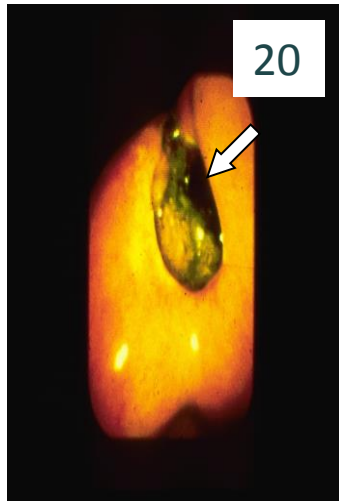
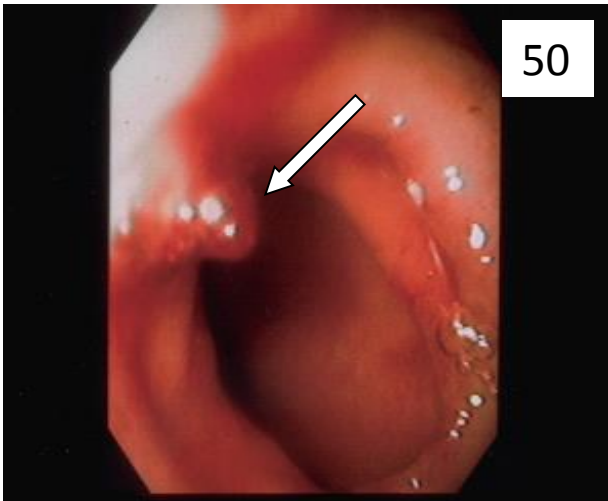


Forrest I
ACTIF

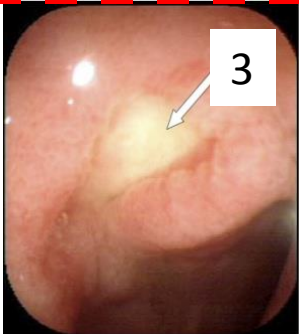


HAUT RISQUE
Traitement endoscopique
USC/USI

Forrest II
RECENT



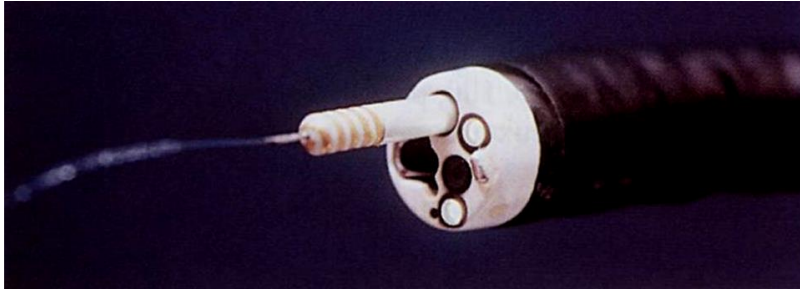
Forrest III
ANCIEN



Forrest, Lancet 1974

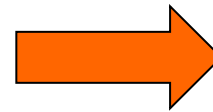
Hémostase endoscopique

Thermocoagulation



OU

**Clips
hémostatiques**



**Saignement actif
ou haut risque de récurrence**

Echec endoscopique : Embolisation ou chirurgie ?

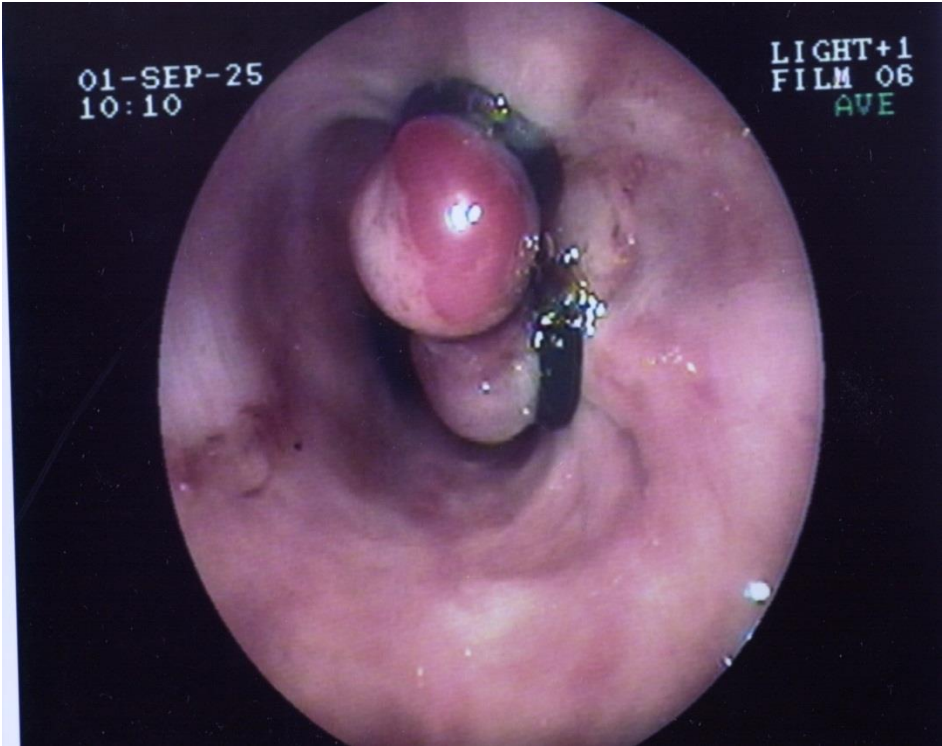
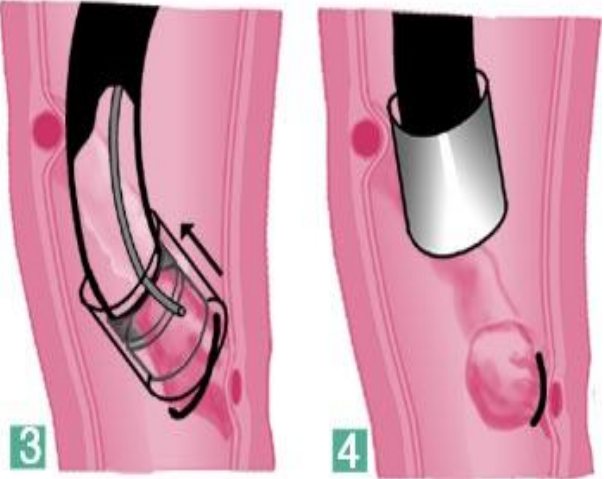
- *Ripoll, J Vasc Interv Radiol 2004*
 - Étude rétrospective de 1986 à 2001
 - 70 échecs endoscopiques (31 embolisations, 39 chirurgies)
 - Récidive hémorragique
 - Reprise chirurgicale
 - mortalité

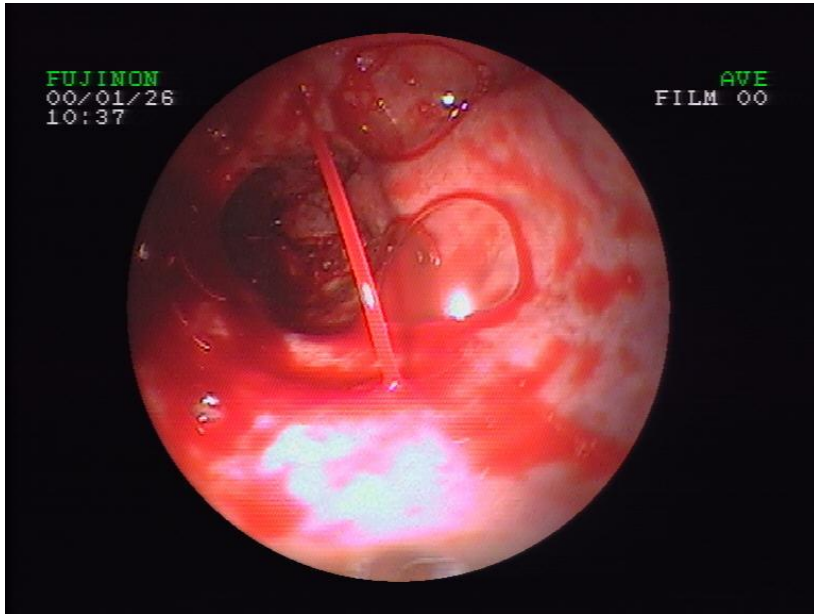
} NS



Embolisation première
Chirurgie si echec, ou non disponible

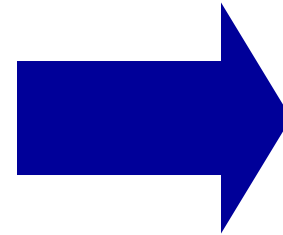
Ligature de varices oesophagiennes





Vasopresseur spl

Antibio

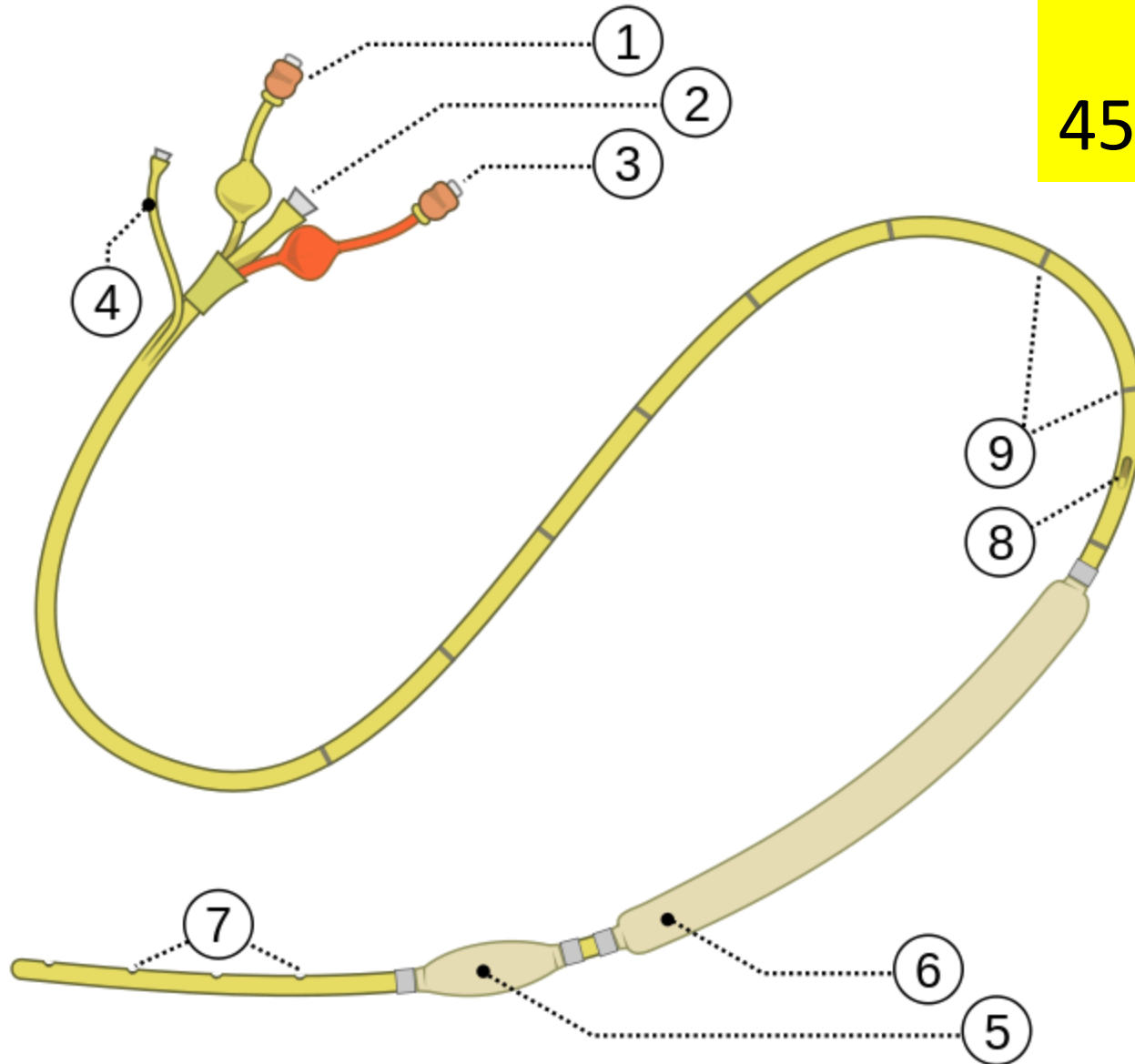


Succès
80 %

LV0

Sonde de Blackemore

IOT
AIR
45 mmHg



TIPS

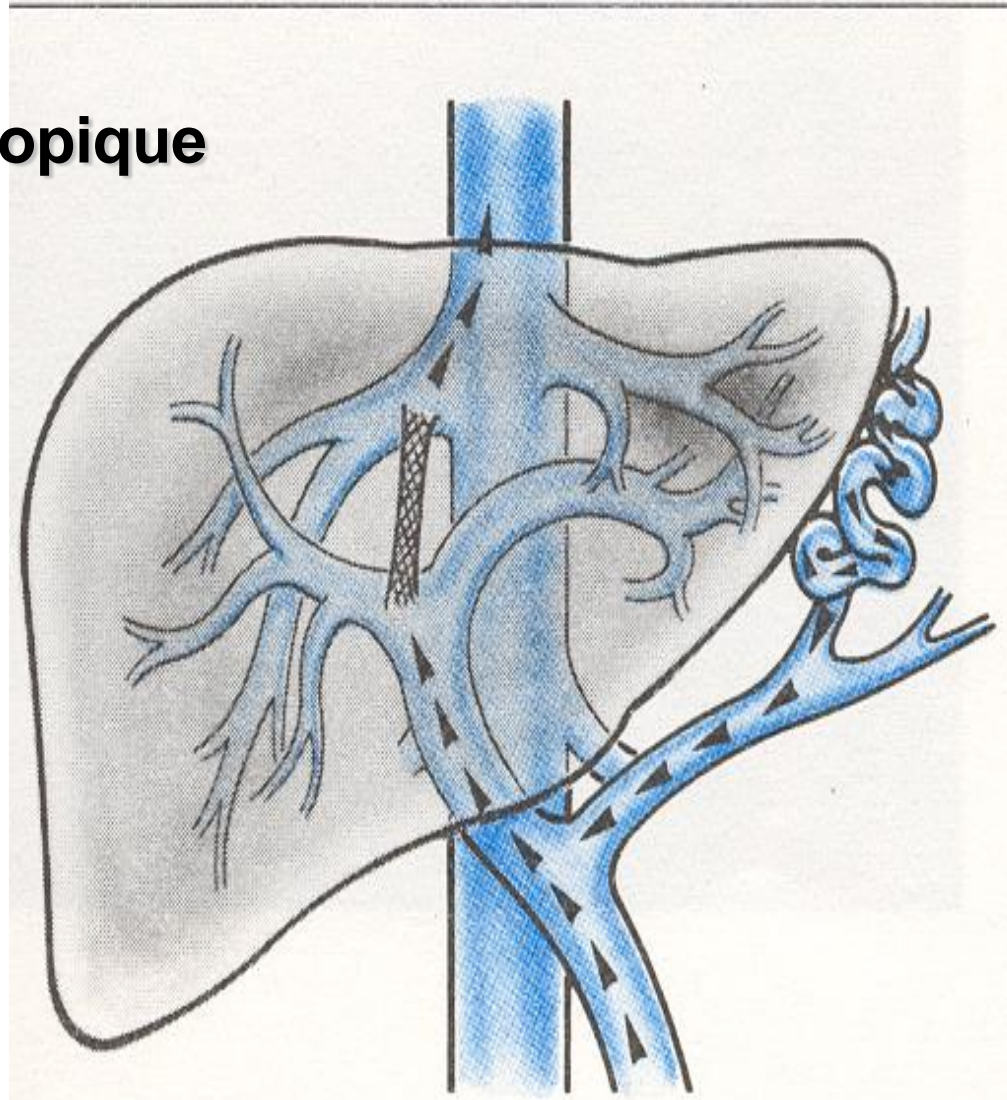


P Otal et al. Am J Roentgenol 2002
C Bureau et al. Gastroenterology 2004
C Bureau et al. Liver Int 2007

TIPS

Echec du traitement Endoscopique

- Pose d'une sonde de tamponnement
- Pose d'un **TIPS*** après échographie cardiaque



* **T**rans-venous **I**ntrahepatic **P**ortosystemic **S**hunt

Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children

- La pose d'une SNG peut être utile si suspicion clinique d'HD (bonne VPP)
- Possible même si on suspecte une rupture de VO
- Vacuité gastrique par Erythromycine 250 mg IV avant l'EOGD (hors contre-indications)
- EOGD: < 24h; < 12h si HTP; dès que possible si choc
- Rectorragies massives: EOGD dès que possible
- TDM AP: suspicion fistule aortoduodénale, ou HD haute sévère et EOGD indisponible

Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children

- Le traitement vasoactif (sandostatine, somatostatine, terlipressine) doit être débuté dès la suspicion clinique
- Poursuivi de 3 à 5 jours après ttt endoscopique
- Possible en même temps que la noradrénaline
- Le traitement de la rupture de VO ou VG doit être fait lors de l'endoscopie initiale
- Il repose sur la ligature de VO et l'encollage des VG
- Blackemore si échec ttt endoscopique
- Discuter du TIPS, après contrôle du saignement, dans les 72h, si Child B et saignement actif initial, ou Child C

Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children

- C3G ou fluoroquinolones 5 à 7 jours si HD chez le cirrhotique
- Pas d'intérêt du Lactulose
- Objectif PAM = 65 mmHg
- Objectif Hb 7 à 8 gr/dL
- Pas de correction de la coagulopathie du cirrhotique
- Pas de transfusion plaquettaire sauf plaquettes < 30000 et HD non contrôlée
- Introduction des Betabloquants à l'arrêt du ttt vasoactif
- Eviter la pose de SNG après ligature de VO

Endoscopie
digestive haute ?

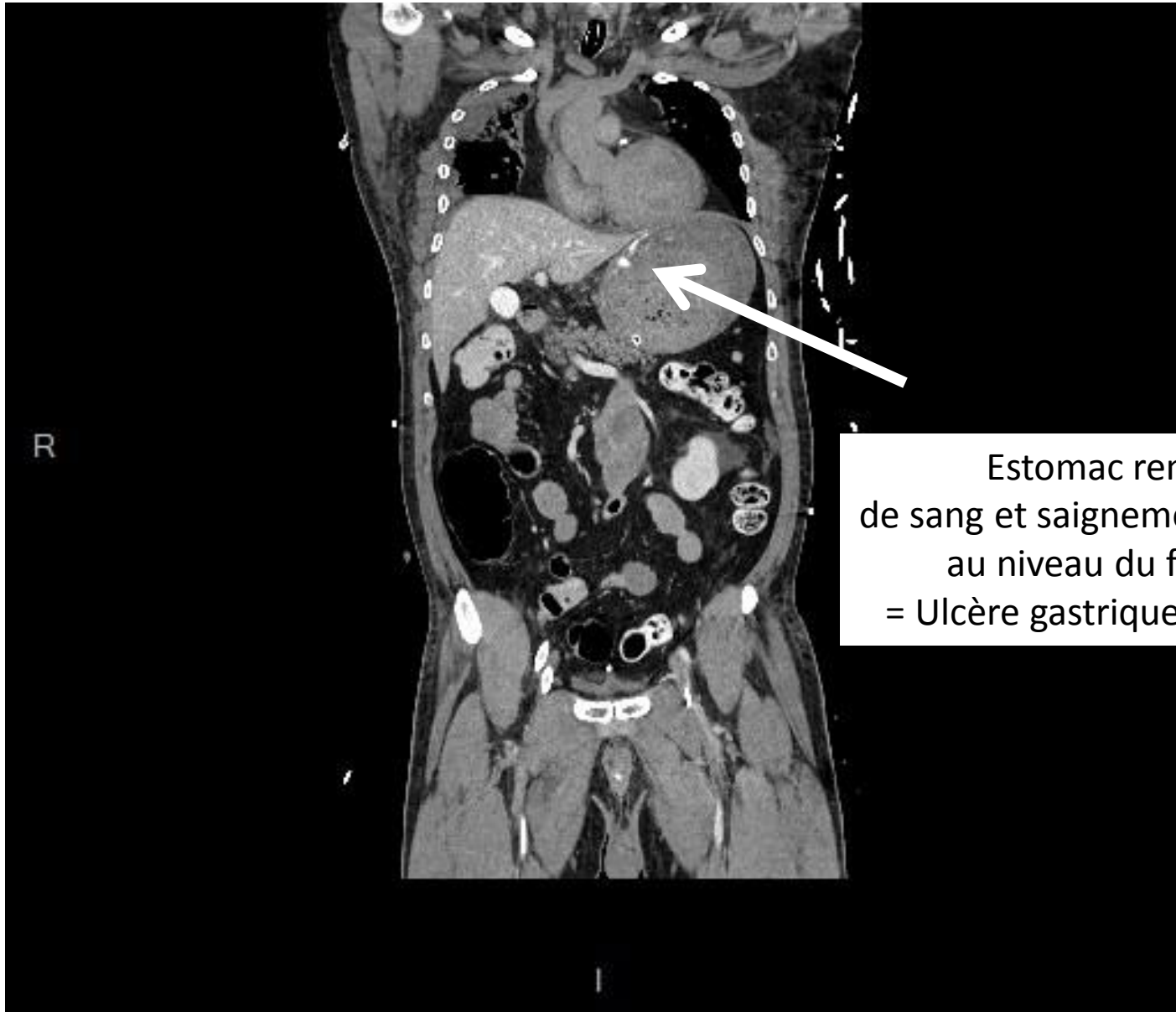
NON

Scanner AP ?

Etat de choc ou tachycardie
Hématémèse/Méléna associé aux rectorragies
Antécédent hépatopathie/hypertension portale
Prise de médicaments gastrottoxiques/ Ulcère GD connu

Etat de choc non expliqué par l'endoscopie digestive haute
Anévrysme aorte abdominale connu
Suspicion d'ischémie mésentérique aigue

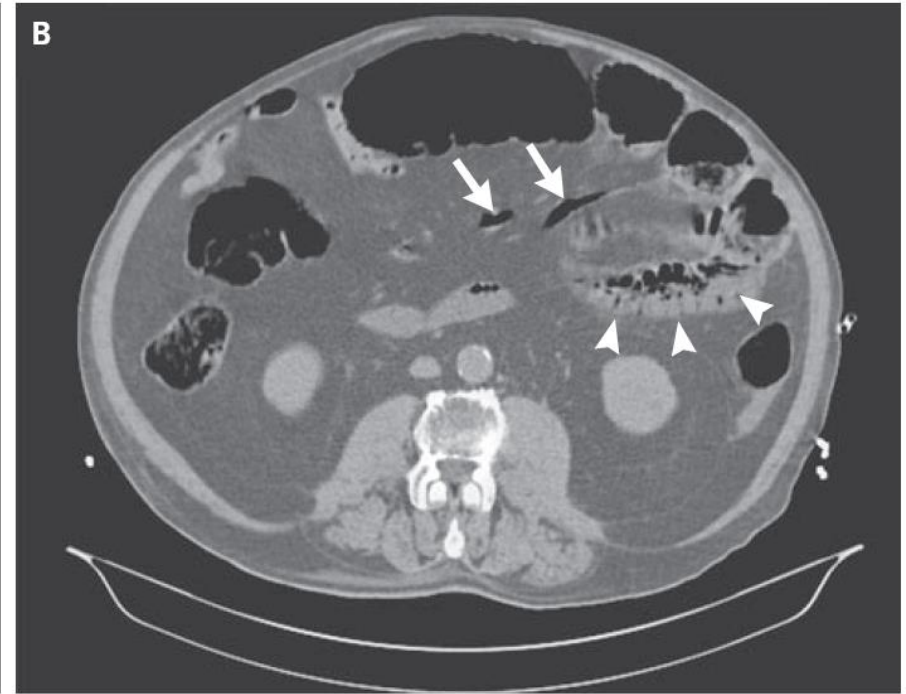
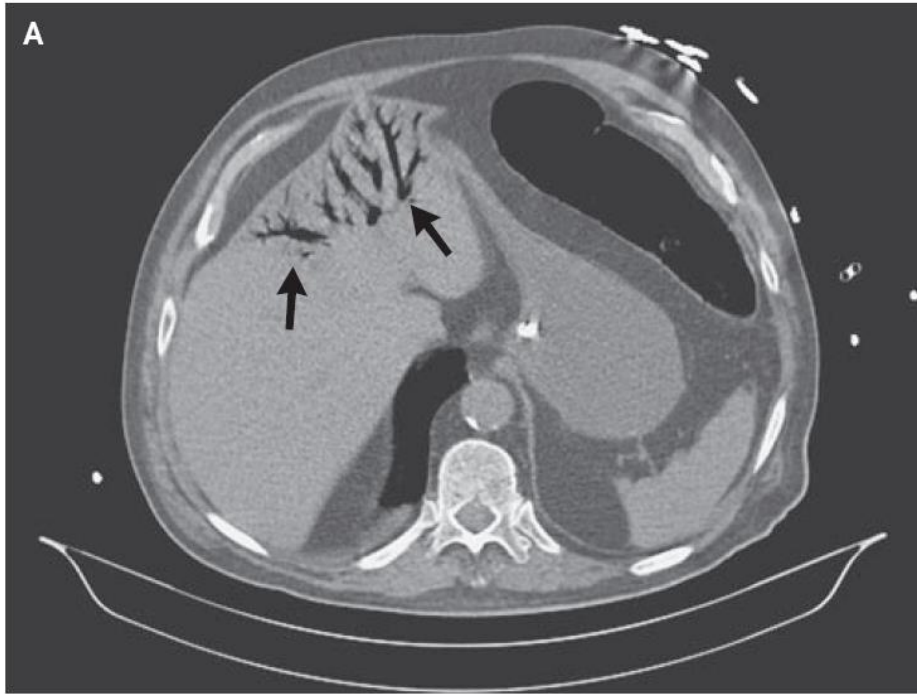
Scanner = HD haute avec échec d'endoscopie
Estomac rempli d'un volumineux caillot



Estomac rempli
de sang et saignement artériel
au niveau du fundus
= Ulcère gastrique embolisé

Scanner = aéroportie et aéromésentérie

Diagnostic d'infarctus mésentérique



Rectorragies et choc

1



Rectorragies et choc

1

EOGD

+

HDH

Hémostase endos
Artériographie si échec
Chirurgie si échec/indispo

-

2

TDM AP

Rectorragies et choc

1

EOGD

+

HDH

-

2

TDM AP

+

HD basse

Hémostase endos
Artériographie si échec
Chirurgie si échec/indispo

Artériographie
Chirurgie si échec

Rectorragies et choc

1

EOGD

+

HDH

Hémostase endos
Artériographie si échec
Chirurgie si échec/indispo

-

2

TDM AP

+

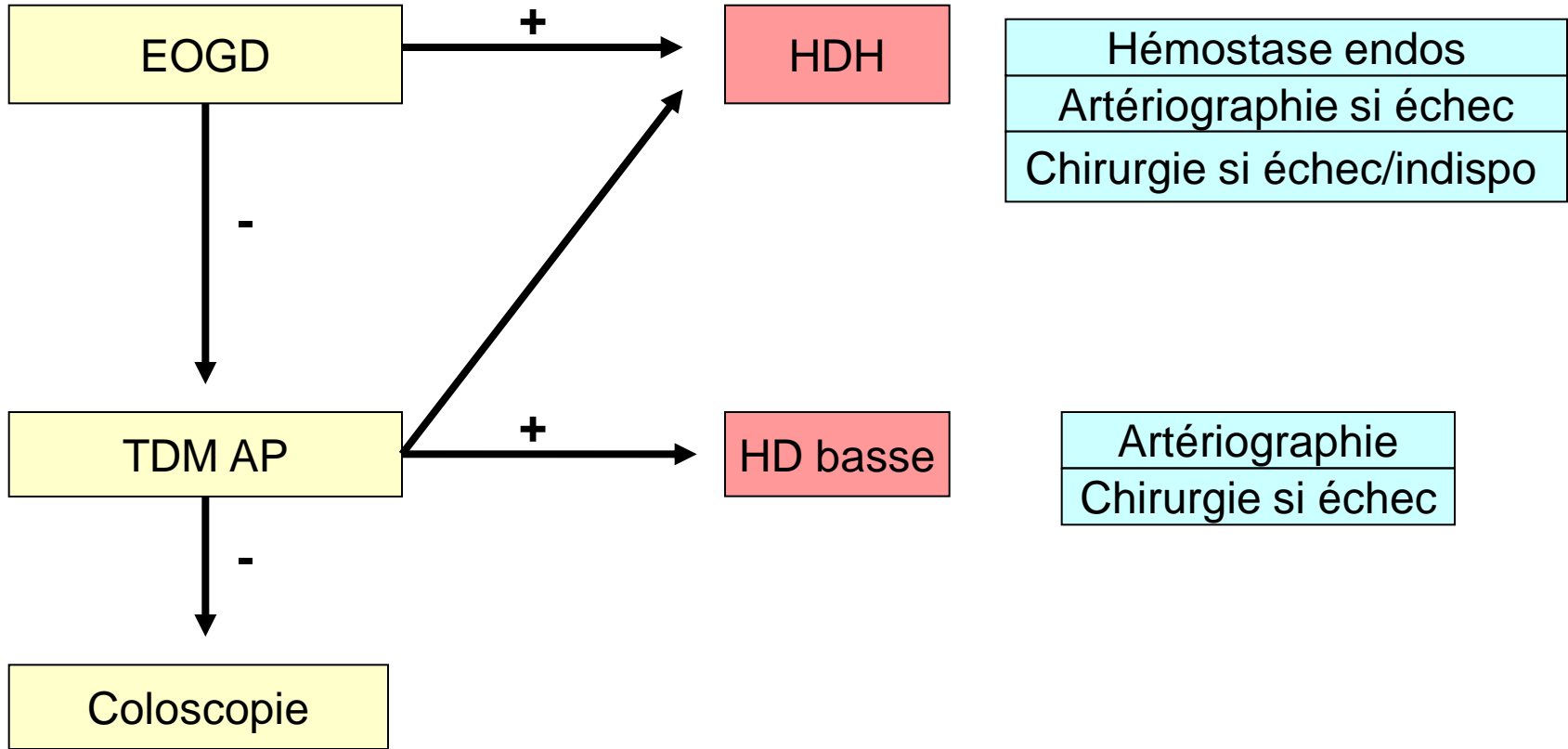
HD basse

Artériographie
Chirurgie si échec

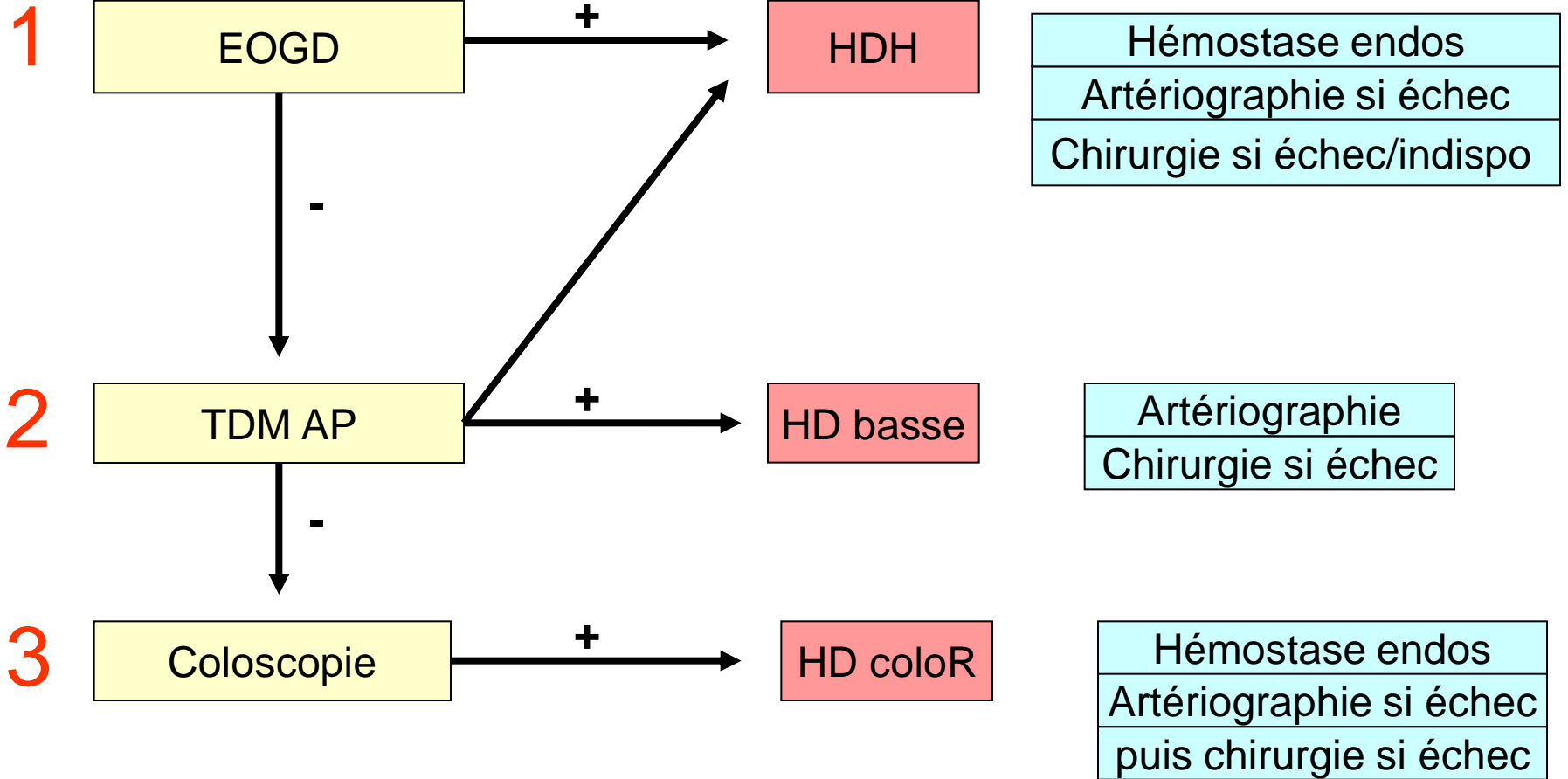
-

3

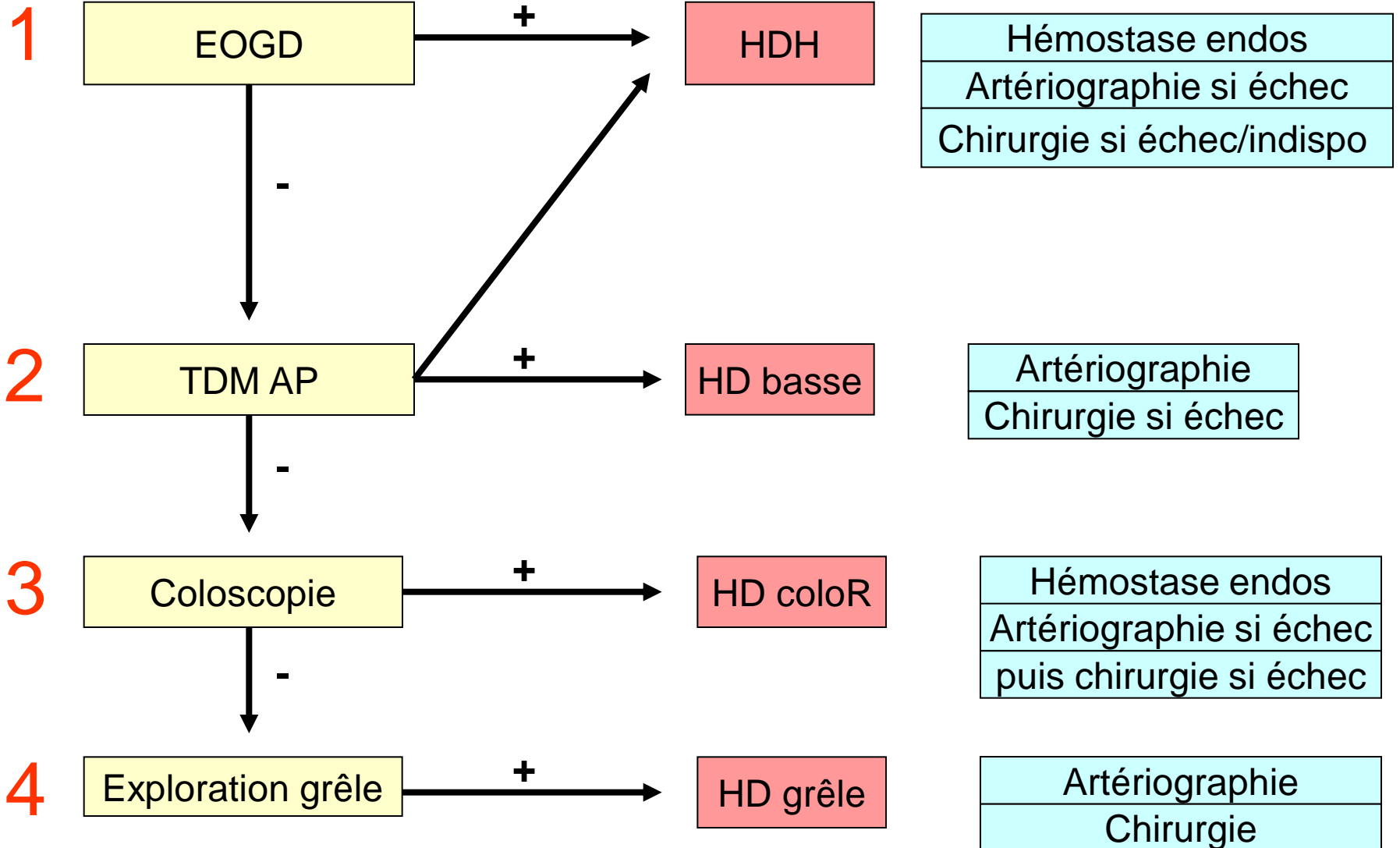
Coloscopie



Rectorragies et choc



Rectorragies et choc



Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children

- En cas de rectorragies abondantes, la mise en évidence d'un saignement actif à l'angioscanner justifie d'une embolisation artérielle première
- En l'absence de saignement actif à l'angioscanner, une coloscopie doit être réalisée dans les 24h, ou dans les 12h si saignement persistant.
- En cas d'échec du traitement endoscopique ou de l'embolisation, chirurgie d'hémostase
- Si TDM et coloscopie normales, exploration du grêle

Endoscopie digestive haute ?



Etat de choc ou tachycardie
Hématémèse/Méléna associé aux rectorragies
Antécédent hépatopathie/hypertension portale
Prise de médicaments gastrottoxiques/ Ulcère GD connu

NON



Scanner AP ?



Etat de choc non expliqué par l'endoscopie digestive haute
Anévrysme aorte abdominale connu
Suspicion d'ischémie mésentérique aigue

NON



CS proctologie et/ou rectosigmoïdoscopie?



Radiothérapie pelvienne et/ou rectite radique connue
Pathologie hémorroïdaire connue
Corps étranger intrarectal

Rectite radique



ismphoto

Endoscopie digestive haute ?



Etat de choc ou tachycardie
Hématémèse/Méléna associé aux rectorragies
Antécédent hépatopathie/hypertension portale
Prise de médicaments gastrottoxiques/ Ulcère GD connu

NON



Scanner AP ?



Etat de choc non expliqué par l'endoscopie digestive haute
Anévrisme aorte abdominale connu
Suspicion d'ischémie mésentérique aigue

NON



CS proctologie et/ou rectosigmoïdoscopie?



Radiothérapie pelvienne et/ou rectite radique connue
Pathologie hémorroïdaire connue
Corps étranger intrarectal

NON



Coloscopie dans les 24h



Diverticulose colique +++ après 50 ans
Cancer colorectal, après 50 ans
Angiodysplasie, après 50 ans
Post polypectomie, contexte
Colite (inflammatoire, toxique, infectieuse)

Colite ischémique nécrotique



Diverticulose colique



Conclusion

- HD haute jusqu'à preuve du contraire
- IPP toujours
- Sando si HTP possible
- Timing EOGD
- Scanner AP en urgence
- Intérêt de l'écho de débrouillage/choc ?