

Hémorragie digestive haute : place de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique



Marc Barthet,
Hôpital Nord, Marseille

Montelimar 10 Mars 2004

Données épidémiologiques récentes

- 65 000 hémorragies digestives/an en France avec 2000 décès directs
- mortalité totale 14 % dont 3 % imputables = comorbidité élevée
- hospitalisation : 39 % CHU, 46 % CHG, 16 % privé

Données épidémiologiques récentes : hémorragie ulcéreuse

- 1989-1999 : diminution globale de l'incidence de l'hémorragie ulcéreuse mais augmentation chez la personne > 65 ans (45-65%)
- pas d'augmentation de la prise en charge chirurgicale
- diminution ou stabilisation de la mortalité

Données épidémiologiques récentes : hémorragie ulcéreuse

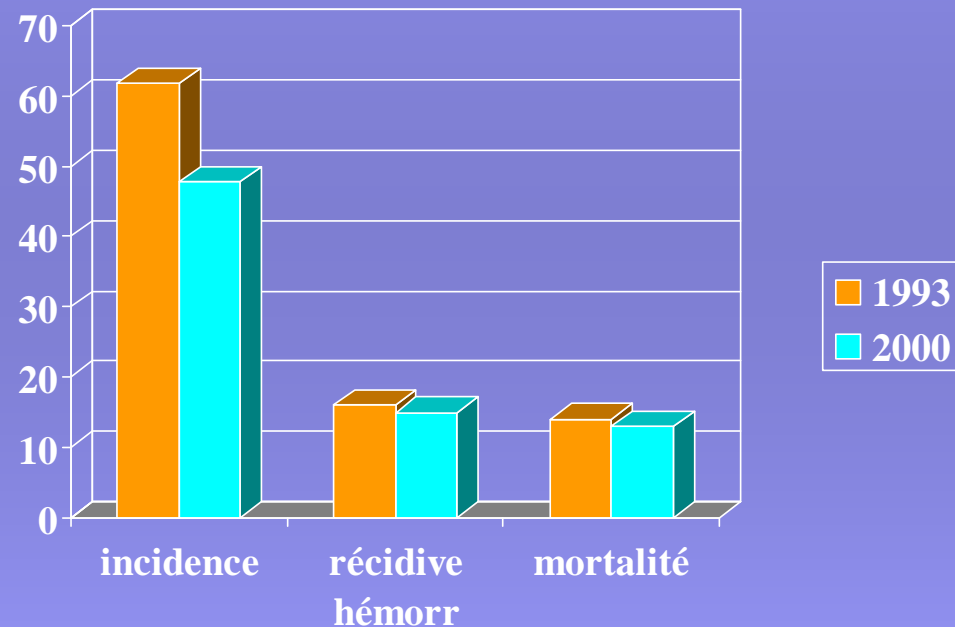
Etude Hollandaise

(1993-1994 vs 2000)

.diminution significative
incidence (61 vs 47%)

.récidive hémorrag et
mortalité NS

.fréquence ulcère 40-46%



Données épidémiologiques récentes : hypertension portale

- Réduction de la mortalité de 30-40 % dans les années 80 à 15-20 % dans les années 2000
- 50 % cirrhotiques ont des varices oesogastriques
- taux d'hémorragie / an : 10-30 %

Quelles causes ?

- Ulcère GD 35-50 %
- Lésion HTP 30 %
- Gastrite, duodénite 10-20 %
- Synd. Mallory-Weiss 5-15 %
- T.malignes 5-8 %
- Hernie hiatale 3-5 %
- Oes. peptique 2 %
- ulcération Dieulafoy 1-2 %

Hypertension portale



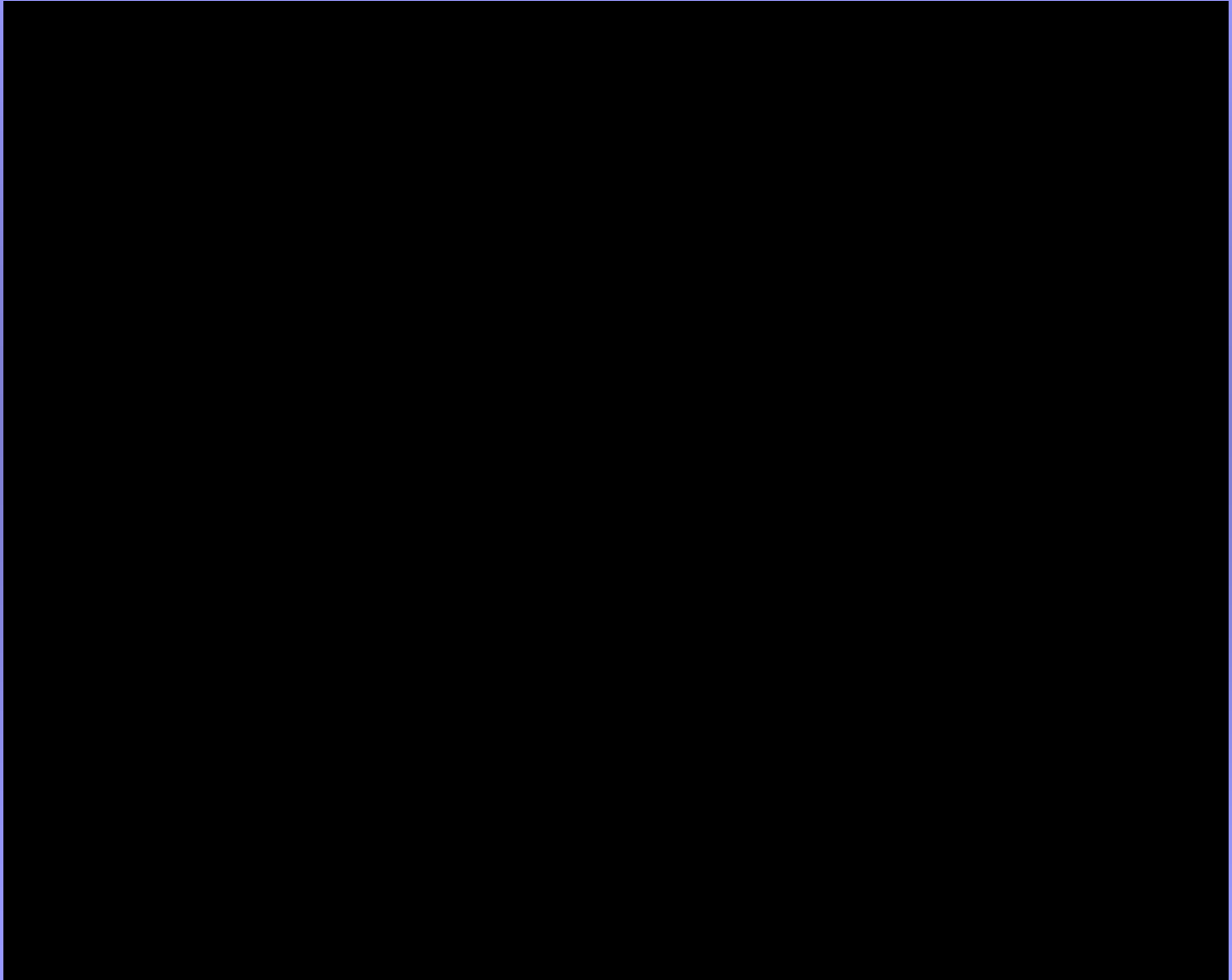
Hypertension portale : traitement médical de première ligne

- Trt médical : 75-80 % efficacité immédiate
 - vasopressine abandonnée (effets II 60 %)
 - terlipressine (glypressine^o)
 - effet = ou < sclérose 80 %
 - effets II (vasoconstriction)
 - somatostatine, octréotide, lanréotide
 - effet = sclérose / effet = ou > terlipressine
 - effets II moindres

Quel traitement instrumental en cas d 'HTP?

- Traitement endoscopique :
- Traitement shunt intrahépatique (TIPS)
- Sonde de tamponnement :
 - VO sonde Blackmore
 - VG sonde Linton

Ligature VO rupture aiguë



traitement endoscopique : deux méthodes

sclérose : efficacité 55 à 85 %

complications (infection, plèvre..)

ligature : efficacité identique 9/14 études contrôlées

moins de complications

plus difficile en phase hémorragique

réalisé dans les 12 H suivant le traitement médical

associé à un traitement médical 2 à 5 jours

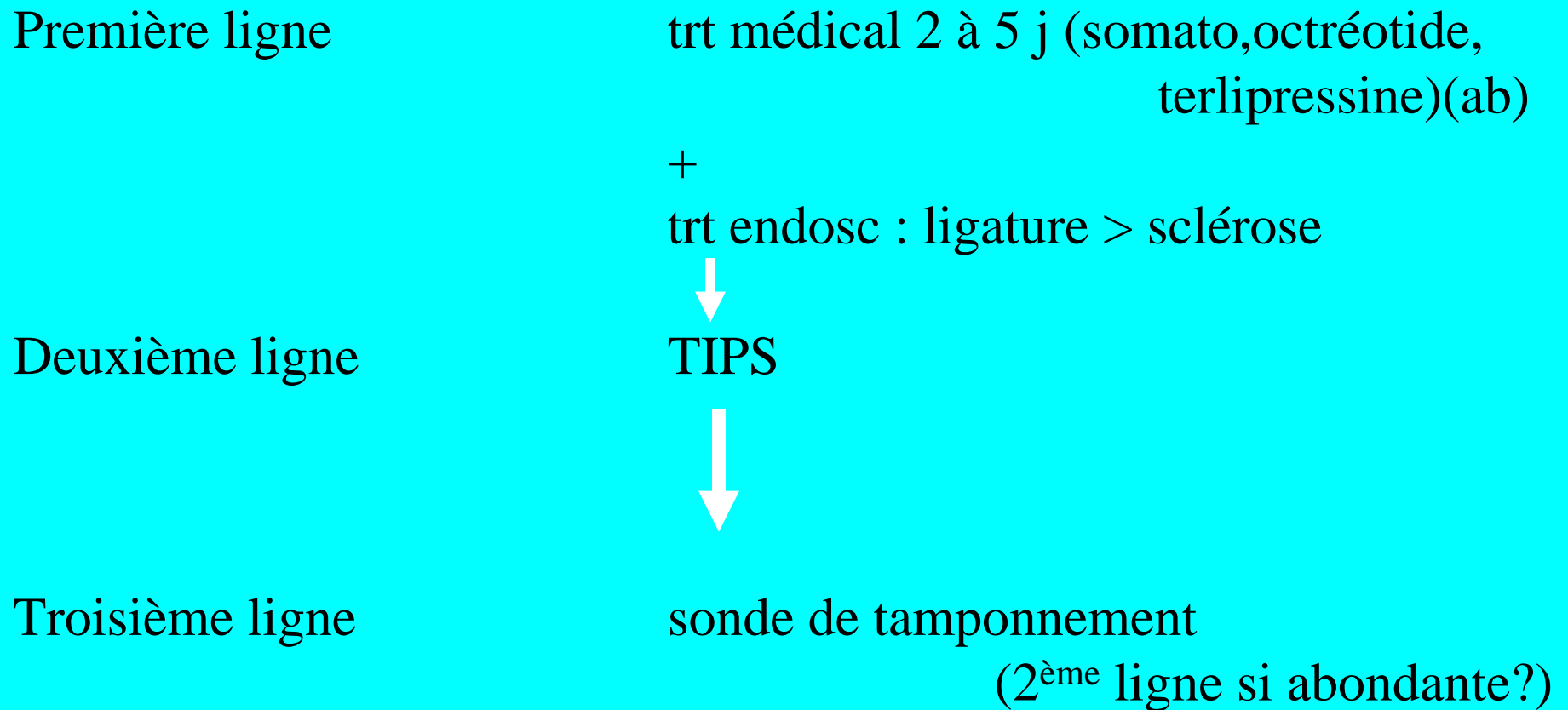
(somatostatine, octréotide) (puis béta bloquant)

associé à une antibioprophylaxie

*De Franchis J Hepatol 2000;
Conf. consensus 2003*

- TIPS :
 - efficace comparable au traitement endoscopique (RH)
 - mortalité importante en urgence 25 %
 - risque d 'encéphalopathie hépatique 20-30%
 - indication deuxième ligne
- Sonde tamponnement :
 - réservé au troisième ligne de traitement
 - risque de nécrose muqueuse
 - effet suspensif

CAT en cas d'hémorragie sur HTP



Hémorragie ulcéreuse : évaluation de la gravité

- Risque de récurrence hémorragique :
 - 3,7 à 10 % groupe traités
 - 20 à 27 % groupes témoins
- Mortalité : 5 à 10 %
- évaluation par score Rockall ou Baylor :
 - . âge >65 ans = 85 % mortalité des UH;
10 % après 60 ans; 0,5% avant 60 ans
 - . tares associées
(rénale, hépatique, cardiaque: x3)

Score pronostique : score de Rockall

Variable	0	1	2	3
Age	<60 ans	70-79 ans	>80 ans	
Choc	absent	Fc > 100 TAS>100	Fc>100 TAS<100	
Diagnostic	Mallory-	Autres	Lésions malignes	
Pathologie associée	absente	absente	cardiopathie	IR IH
Signes hém. récente	absent	absent	Forrest I, IIa, IIb	

Mortalité : 0,2%, 2,9%, 5,3%, 10,8%, 17,3%, 27%, 41%
si score = 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8

Risque de récurrence hémorragique

- Classification de Forrest :
 - I hémorragie active (Ia en jet, Ib en nappe)
 - II stigmates
 - IIa vaisseau visible
 - IIb caillot adhérent
 - IIc ulcère nécrotique
 - III ulcère à fond fibrineux blanchâtre

Etude Italienne sur 736 patients :

Forrest = paramètre le plus significatif en analyse multivariée
(autres : TAS < 100 mmHg, taille et localisation ulcère, cirrhose)



Forrest 1b

Forrest 2a

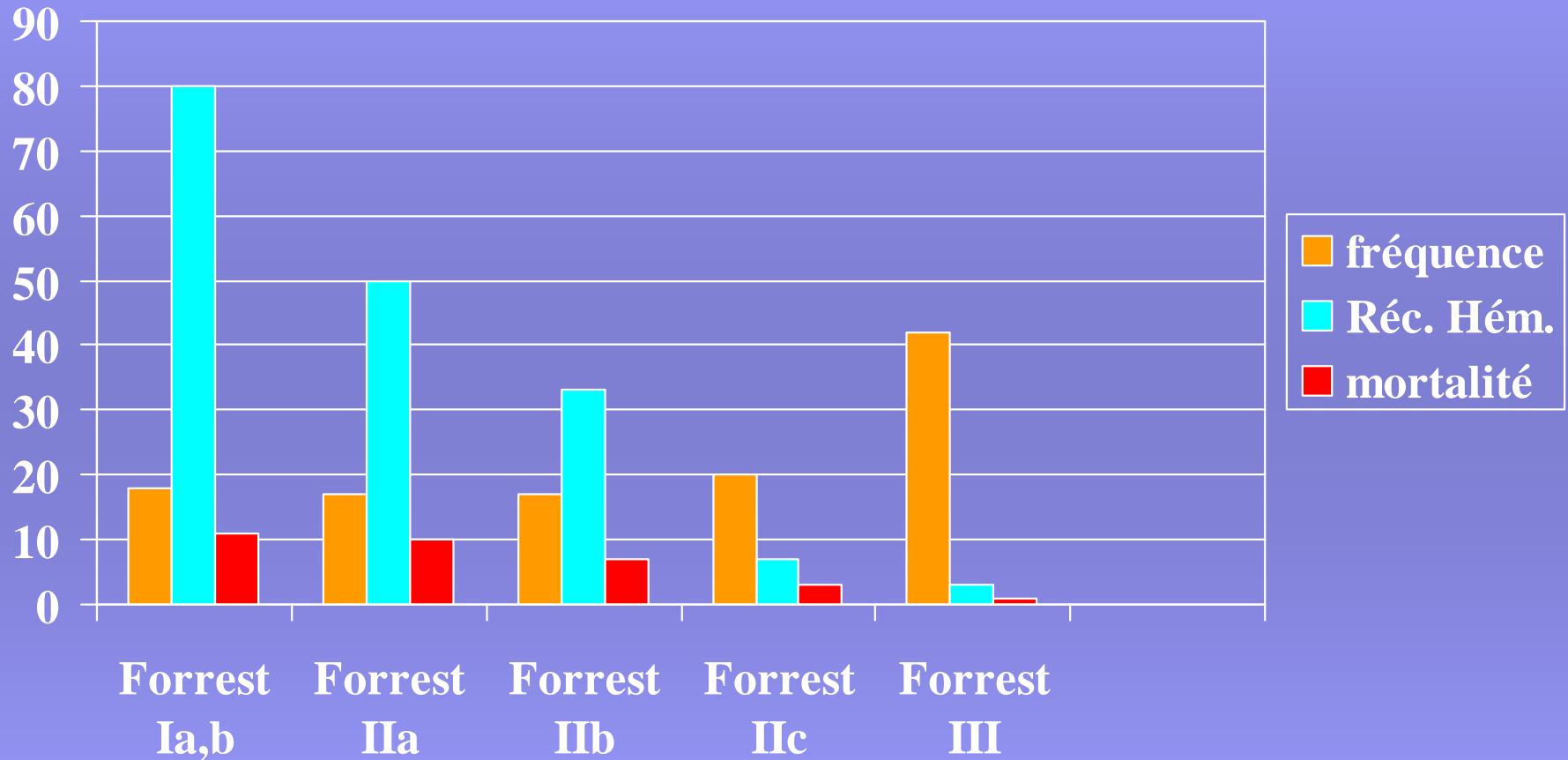




Forrest 3

Classification de Forrest:

fréquence, récurrence hémorragique, mortalité



Seuls 30 % des patients requièrent un traitement endoscopique

Questions sur le traitement endoscopique des hémorragies digestives :

- Quand réaliser le traitement endoscopique ?
- Pour quels patients ?
- Faut-il associer un traitement médical ?
- Quel traitement endoscopique choisir ?
- Faut-il faire systématiquement un 2^{ème} traitement ?
- Que faire en cas de récurrence ?

Quels sont les facteurs influençant la significativité des résultats ?

- Nombre de sujets nécessaires :
 - récidive hémorragique de 15 à 5 % : inclusion 1000 pts
 - mortalité 10 à 5 % : inclusion 2755 pts
- Inhomogénéité des séries :
 - Forrest IIb ou IIc inclus; techniques variées
 - variabilité interobservat. du vaisseau visible
 - problème du caillot adhérent : lavage = 15 % stade I, 13 % stade IIa

Quand réaliser l'endoscopie ?

- Après équilibre hémodynamique, sinon au bloc opératoire avant la chirurgie
- dans les 24 heures, sinon diagnostic lésionnel passe de 90 % à 50 % (pas de différence 6H, 12 H, 12-24H ?)
- Sous AG, intubé : efficacité thérapeutique, risque d'inhalation (une étude prospective non randomisée)

Pour quels patients faut-il réaliser un traitement endoscopique ?

- 25-37 % patients
- Forrest I a ou b, Forrest IIa
- 3 méta-analyses :
 - réduction du nombre de transfusions
 - réduction du risque de récurrence
 - réduction du nombre de malades opérés
 - pas de réduction significative de la mortalité *

Naveau Gastroentérol Clin Biol 1991; Sacks HS JAMA 1990; Cook Gastroenterology 1992

* sauf Sacks

Métanalyse récente

Métanalyse Canadienne 2003 :

56 études randomisées, 6265 patients
stade I à IIb

diminution récidence hémorragique 15%,

diminution recours chirurgie 9%,

diminution mortalité 5 %

Cas particulier des stades IIb

- Lavage abondant caillot adhérent : *Laine GI endosc 1996*
13 % vaisseau visible; 15 % hémorragie active
- 2 études randomisées :
Jensen et al : ablation du caillot puis electrocoagulation ou non : récurrence 0/15 vs 6/17 *Jensen Gastroenterology 2002*
Bleau et al : lavage caillot puis trt med. ou endosc. :
récurrence 4,8% vs 34,3% *Bleau GI endosc 2002*
pas de diminution chirurgie, mortalité



Décollement caillot après epinephrine :
1/3 indication de traitement endoscopique
Avec diminution significative récurrence hémorragique

Faut-il associer un traitement médical ?

- Caillot de fibrine et agrégation plaquettaire stable pH>4
- Inhibiteurs pompe à proton : 6 études randomisées + MA
 - . omeprazole 80 mg bolus + SE 8mg/h
 - . omeprazole oral, faible dose (20mg/j)
 - diminue le risque de récurrence hémorragique
 - pas de diminution mortalité
 - associé à traitement endoscopique
 - oral dès que possible (+éradication HP)

Khuroo N Engl J Med 1997; Lau N Engl J Med 2000; Javid Am J Med 2001; Udd Scand J Gastroenterol 2001; Kaviani Aliment Pharmacol Ther 2003

Lau et al N Engl J Med 2000

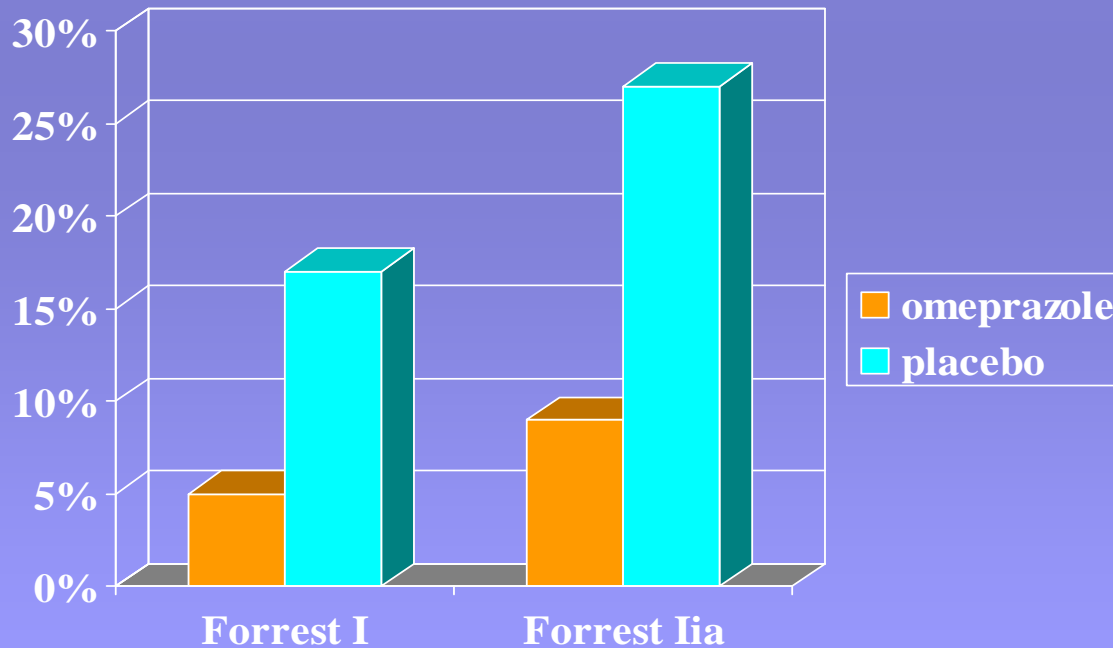
Étude randomisée 240 patients

Forrest I et IIa

Trt endosc : adrenaline + sonde
thermique

80 mg omeprazole IV puis 8 mg/h
ou placebo

Pourcentage de récurrence hémorragique



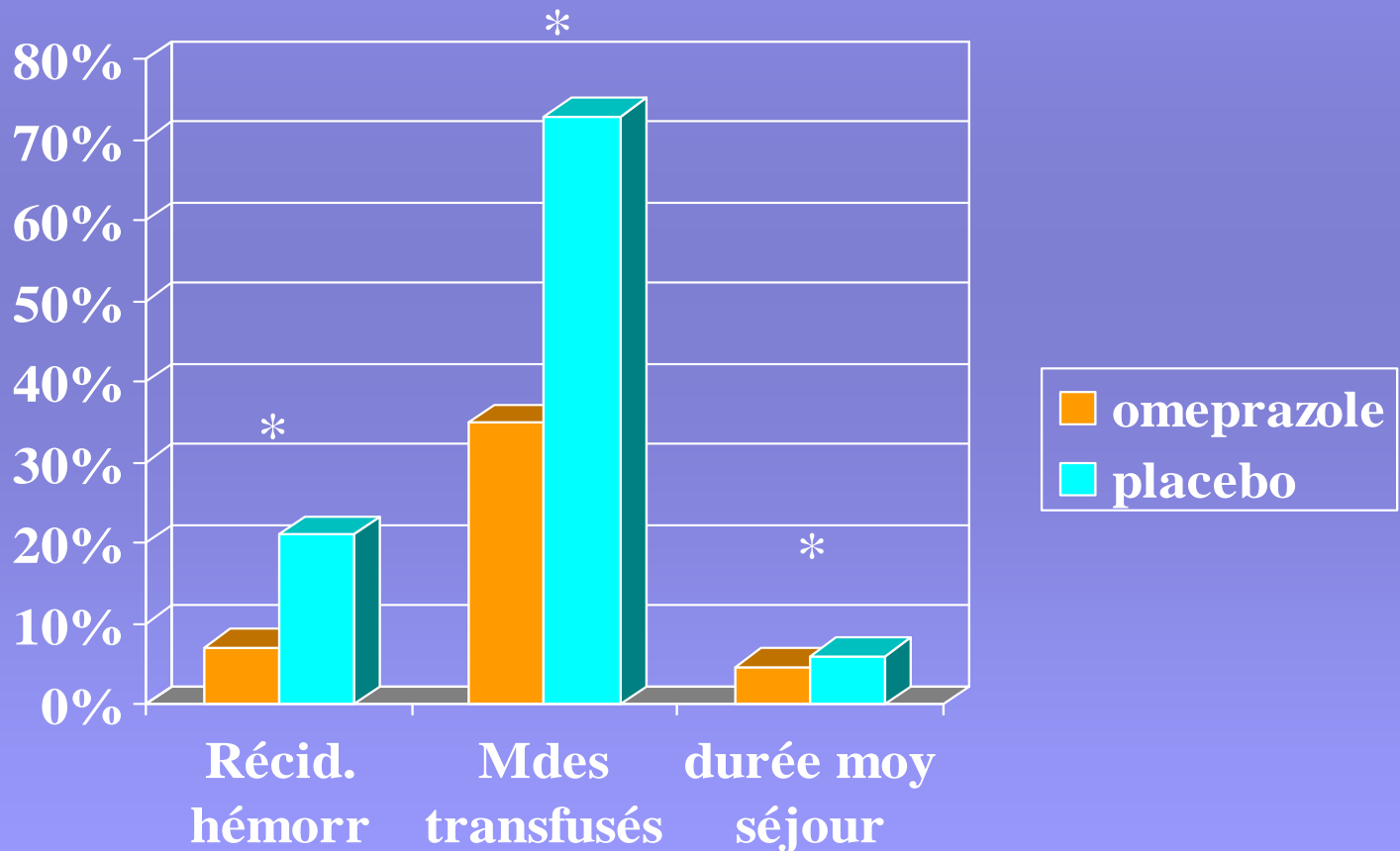
(Patients opérés, mortalité : NS)

Javid Am J Med 2001

étude randomisée 166 patients

injection+omeprazole vs injection+placebo

(omeprazole 80 mg oral)



Faut-il associer un traitement médical : IPP ?

- Rapport coût-efficacité IPP favorable dans 4 études en diminuant le risque de récurrence et le recours à la chirurgie

Spiegel Am J Gastroenterol 2003; Lee GI endosc 2003; Enns Aliment Pharmacol Ther 2003; Gagon Value Health 2003

- IPP n'est pas une alternative à la prise en charge endoscopique : *Sung Ann Inter Med 2003*

comparaison randomisée adrénaline +sonde thermique+omeprazole vs omeprazole seul (80 mg puis 8mg/Kg)

stade IIa et IIb

trt endo+omeprazole > omeprazole seul

Autre traitement médical

- Erythromycine IV 3mg/kg , 30 mn avant endoscopie
2 études randomisées : erythromycine utile
↓
pour vidange gastrique
pour améliorer le rendement de l 'endoscopie
(durée moy endoscopie, nécessité 2^{ème} endoscopie)
efficace également pour HTP
intensité contractions identiques

Quel traitement instrumental en cas d'hémorragie par ulcère ?

- traitement endoscopique :
 - injection : sérum adrénaliné 1/10 000
sclérosante (alcool, polidocanol...)
 - méthode thermique (BICAP, plasma argon, laser)
 - mécanique : clip hémostatique

Quel traitement instrumental en cas d'hémorragie par ulcère ?

- Méta-analyse Cook, Sacks : équivalence efficacité des traitements
- Méta-analyse Canadienne 2003 :
injection + trt.therm > sclérose seule
- Probable supériorité des traitements combinés pour l'hémorragie en jet

Sacks HS JAMA 1990; Cook Gastroenterology 1992

Bardou Gastroentérol Clin Biol 2003;27:A78;

Chung Scand J Gastroenterol 2003; Lesur Gastroentérol Clin Biol 2003

Méthode mécanique : hémoclip

- Littérature (randomisée) contradictoire :
 - .Cipoletta et al : clip vs thermocoagulation; diminution significative risque hémorragique (1,8% vs 21%)
 - .Gevers et al: clip vs clip+injection vs injection seule ; échec global (initial +récidive) 34% vs 25% vs 6%
 - .Lin et al : clip vs heatprobe; échec global 14% vs 5%

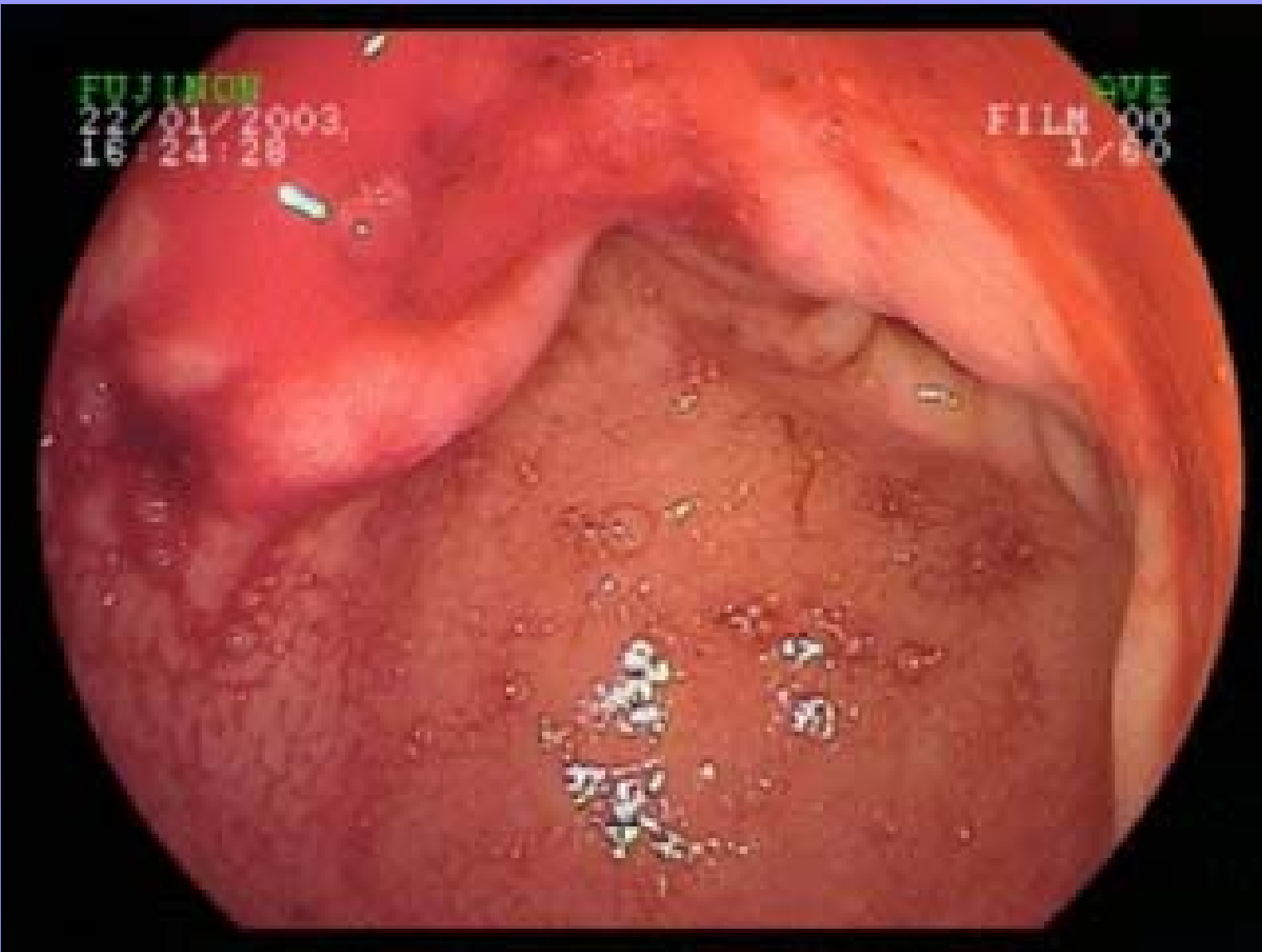
Peut-on choisir un traitement endoscopique idéal ?

- Traitement simple :
toutes les méthodes sont équivalentes (Cook 1992)
réduction risque de récurrence 12-30 %
- Traitement combiné :
associations variables : supériorité adrénaline/BICAP?
réduction risque de récurrence 3,7-10 %
- Traitement mécanique :
échec de mise en place 25-34 %

*Lesur Gastroentérol Clin Biol 2000; Chung Scand J Gastroentérol 2003;
Cook Gastroenterology 1992; Lin Gut 1999; Gevers GI endosc 2002*

FUJINON
22/01/2003
16:24:28

FILM 00
1/60



Faut-il systématiquement faire un 2ème traitement endoscopique ?

- Littérature = controverse
- 4 études : deux montrent un résultat positif, deux l'absence de diminution du risque de récurrence hémorragique.
- 1 méta-analyse : diminution significative du risque de récurrence mais pas de diminution significative du taux d'intervention chirurgicale ou mortalité (une seule étude négative inverserait les résultats de la meta-analyse)



Pour l'instant, pas de preuve irréfutable de la nécessité d'un contrôle endoscopique

Que faire en cas de récurrence hémorragique?

- Fréquence de 3 à 30 %
- FDR échec traitement endoscopique : Forrest Ia, taille de l'ulcère >2 cm, état de choc initial
- Le deuxième traitement endoscopique dans une étude randomisée (injection+heatprobe vs chirurgie) :
 - diminue le recours à la chirurgie (75%)
 - pas de différence mortalité
 - plus de complication bras chirurgie

CAT en cas d'hémorragie ulcéreuse

Première ligne

Omeprazole IV 80 mg + trt endosc (Forrest I IIa)
relai per os rapide
éradication HP

arrêt

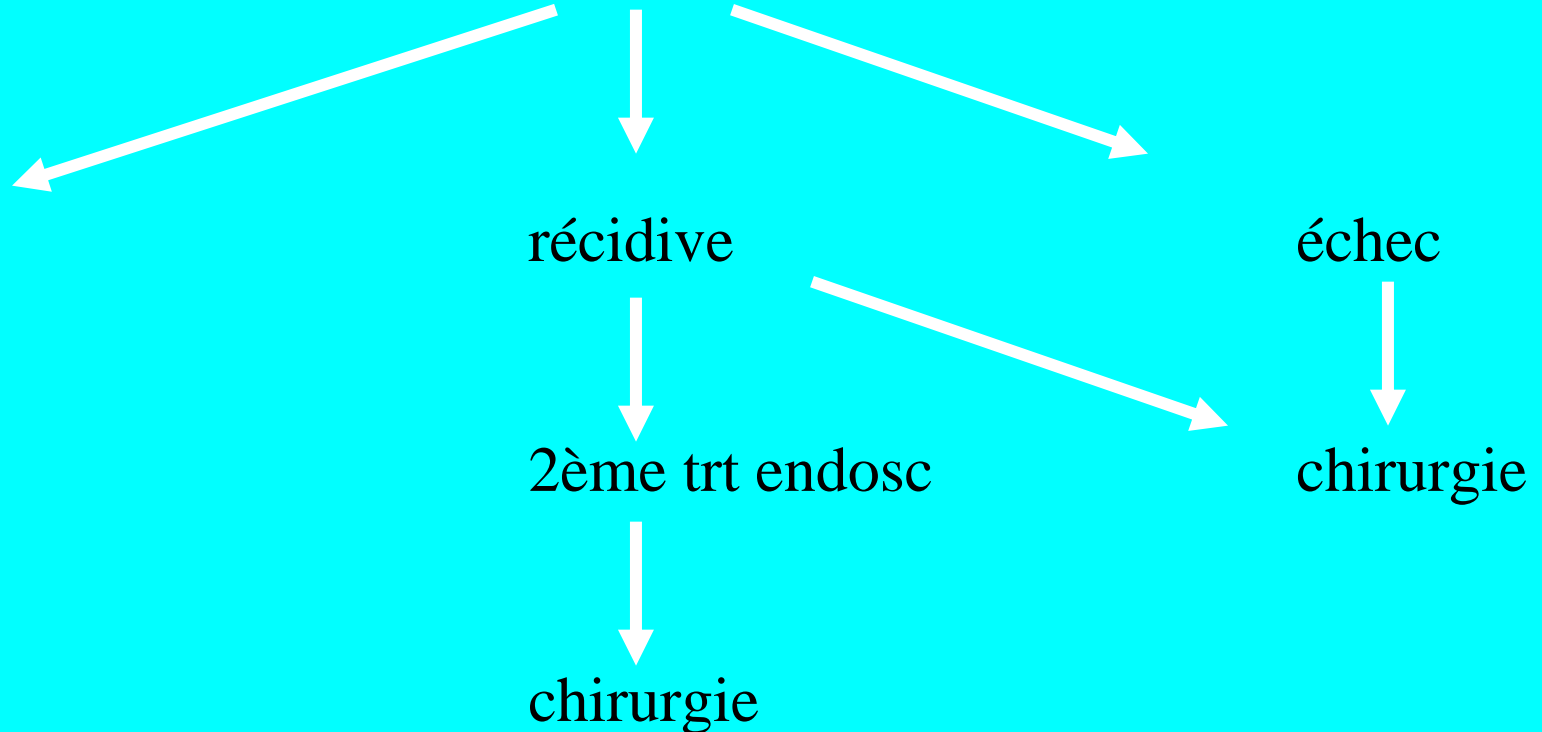
récidive

échec

2ème trt endosc

chirurgie

chirurgie



Critères prédictifs d 'échec endoscopique en cas de récurrence hémorragique :

ulcère > 2 cm

signes de choc

ulcère face post bulbe, petite courbure

Park Br J Surg 1994; Lau N Engl J Med 1999

Morbidité de l 'endoscopie :

0,4 % induction hémorragie

0,07 à 0,9 % perforations

Ulcération de Dieulafoy

- Plusieurs études :

1 Prospective randomisée : clip vs epinephrine; récurrence hémorragique 0 vs 36% (Park)

Rétrospectives :

- . Tendence à une plus grande efficacité des méthodes mécaniques (clip:Chung, Yamaguchi)(ligature : Mumtaz)
- . Méthode combinée > injection seule (Kasapidis)

Park Endoscopy 2003; Chung GI endosc 2000; Yamaguchi GI endosc 2003; Mumtaz J Clin gastroenterol 2003; Kasapidis GI endosc 2002

Syndrome de Mallory-Weiss

- Multiples traitements utilisés : injection simple, sclérose, clips, ligature : efficaces ou équivalents
- 2 études randomisées :
 - injection epinephrine +polidocanol > antiH2
 - clip= injection epinephrine

Hémostase Mallory-Weiss



Conclusion

- Approche multidisciplinaire :
 anesthésie, digestif médical, chirurgical, radiologie
- affection urgente fréquente (65000 nouveaux cas)
- affection grave (mortalité 10 à 15 %) mais recul récent de la mortalité par HTP