



# FAUT-IL ENCORE FAIRE UNE COLOSCOPIE EN URGENCE DEVANT UNE HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE AIGUË ?

JP ARPURT





**QUE REPONDRE  
AU CONFRERE URGENTISTE  
QUI VOUS APPELLE  
POUR UNE COLOSCOPIE SAMEDI A 23H  
POUR UN PATIENT ENTRANT  
POUR RECTORRAGIE?**

**JP ARPURT**





**Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie  
et d'Oncologie Digestive 2011**

**CONFLITS D'INTÉRÊT**

Aucun conflit d'intérêt



# CE QUE L'ON SAIT...

1. Bour B. GCB 2008 2. Lanas A. Am J Gastroenterol 2009  
3. Longstreth GF. Am J Gastroenterol 1997 4. StratteLL. Clin GastroHepatoI 2008

- Origine : située en aval de l' angle de Treitz
- Aiguë : < 3 jours
- Impose l' hospitalisation
- 20 % des hémorragies du tractus digestif mais tendance à augmentation <sup>2</sup>
- Incidence annuelle d' hospitalisation <sup>3</sup>
  - 21/100 000 habitants...mais 200/100 000 après 80 ans



# CE QUE L'ON SAIT...

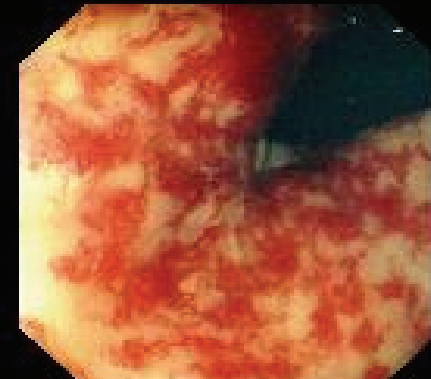
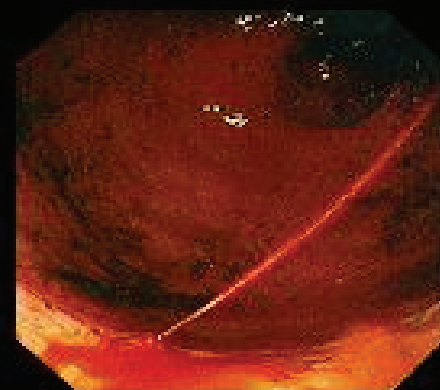
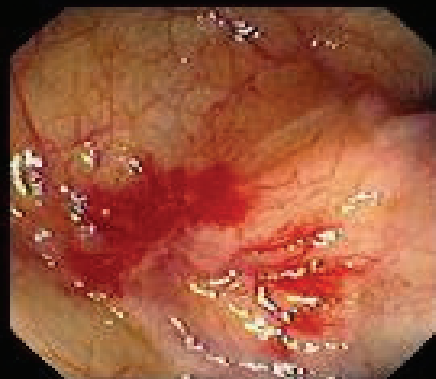
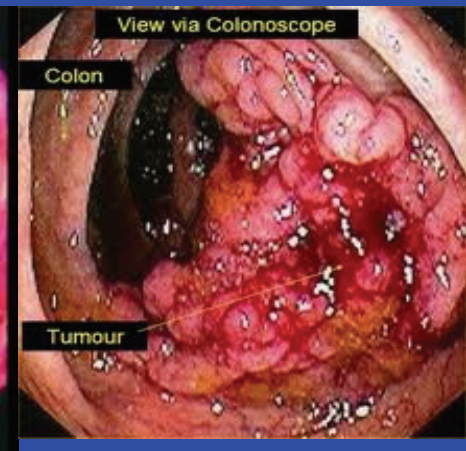
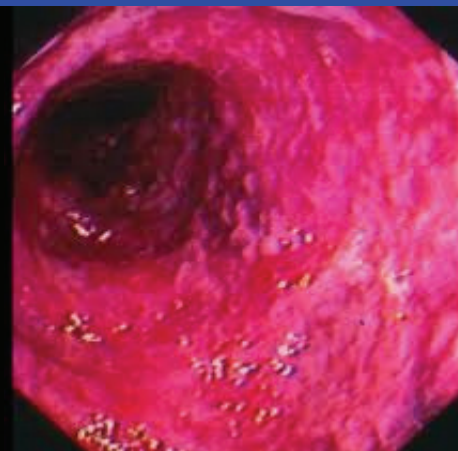
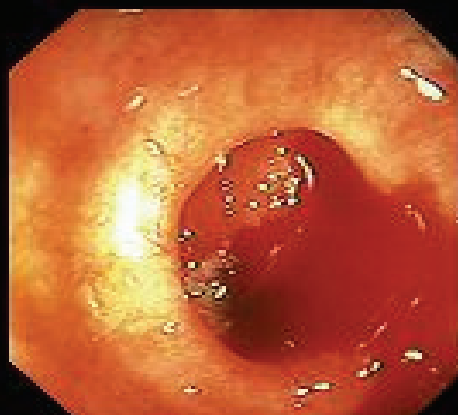
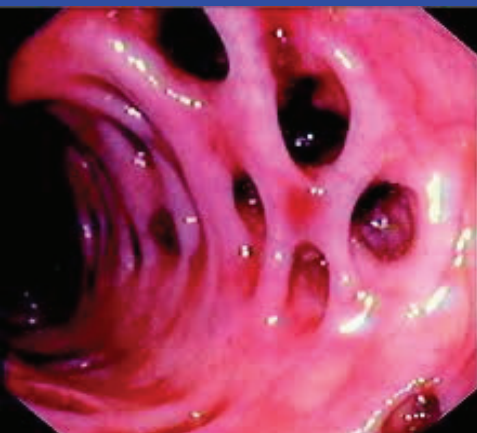
- Mode de révélation<sup>1</sup> : rectorragies de sang rouge ou lie de vin (93%)
- 75% prise tt modifiant coagulation<sup>1</sup>
- 50% chute Hb ; **10 à 15 % formes graves**
- Evolution spontanée
  - arrêt du saignement dans 75 à 80%
  - récurrence précoce (< 48h): 10 à 40% (diverticules)
- Mortalité hospitalière < 5% (age et co-morbidités)<sup>4</sup>
- Coût de prise en charge (diverticules)
  - 1300 milliards \$ USA 2001

# CE QUE L'ON SAIT...

## CAUSES : hétérogènes, âge-dépendant

➤ Colo-rectales : 80%

(SFED, Ph Marteau)



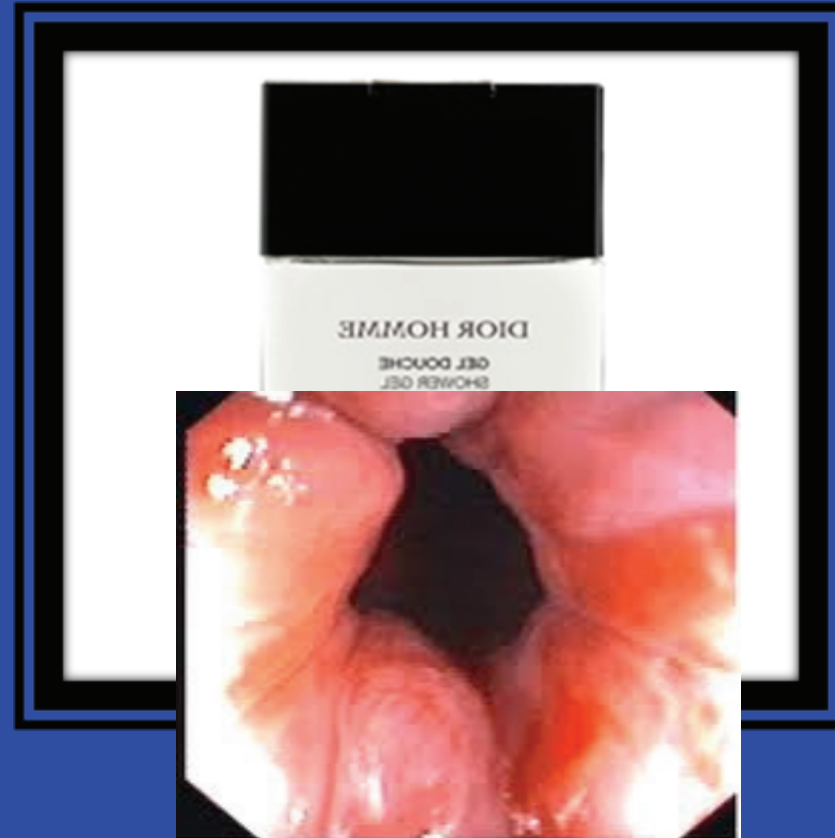


# CE QUE L'ON SAIT...

IL Y A DES PIEGES

10 % origine haute (FOGD)

10 % origine anorectale ...





# CE QUE L'ON SAIT

**L'ILEO-COLOSCOPIE EST INCONTOURNABLE**  
(la rectosigmoidoscopie: 10% rentabilité)

le moyen le plus efficient  
bien qu' il subsiste des problèmes non résolus

- Guidelines ASGE 2005
- Recommandations SFED 2010



# INCONTOURNABLE !

- OUI MAIS POURQUOI ?
- MAIS PAS SI FACILE ?
- ALORS COMMENT ?
- ET SURTOUT QUAND ?
- ENFIN POUR QUI ?



# OUI MAIS POURQUOI ?

- diagnostic :
  - activité de HDB
  - lésion responsable
  - localisation
- thérapeutique endoscopique efficace

**pour**

- éviter la récurrence précoce ou retardée
- diminuer la durée d'hospitalisation et donc le coût
- réduire la mortalité



# COLOSCOPIE lors HDB

Références	Patients	Diagnostic définitif	Tt endo	Complications
Jensen 2000	121	88%	10%	0%
Schmulewitz 2003	415	89%	10%	0,2%
Strate et Syngal 2003	144	43%	10%	?
<b>ANGH B Bour 2008</b>	<b>2480</b>	<b>60%</b>	<b>12%</b>	<b>0%</b>



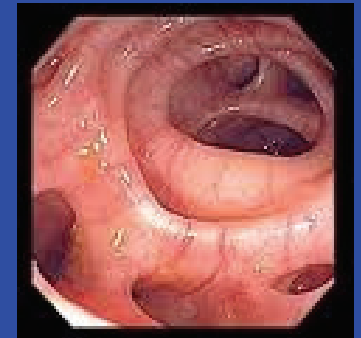
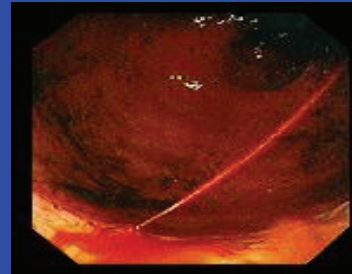
# TT ENDOSCOPIQUE DIVERTICULES HEMORRAGIQUES

L Strate and Ch Naumann, Clin Gastroenterol Hepatol 2010;8:333-343

TT Endo	Patients	Récidive précoce	Récidive tardive	Complications
Ligature (2)	4	0%	0%	0%
Thermo Coagulation (5)	17	12%	0%	0%
Injection Adrenaline (6)	20	15%	5%	0%
Thermo coagulation + Injection Adrenaline (4)	25	24%	16%	0%
<b>Clips (7)</b>	<b>71</b>	<b>0%</b>	<b>17%</b>	<b>0%</b>

# MAIS PAS SI FACILE?

- Problème de visibilité +++
- Diverticulose incidente
- Critères hémorragie récente
  - Hémorragie active
  - Vx visible
  - Caillot adhérent
  - Sang frais dans un segment du colon
  - Ulcération diverticulaire avec sang frais à proximité
  - Absence de sang frais dans ileon avec sang frais dans colon

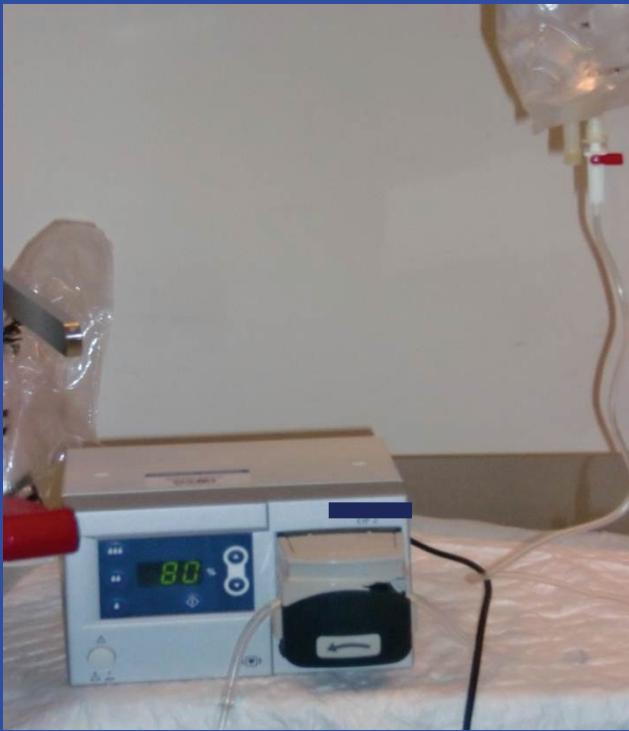




# ALORS COMMENT ?

## *PREPARATIFS*

- Patient
  - PEG 1l toutes les 30 à 45 mn (sonde ou per os)
  - 1H après selles claires
- Matériel
  - Coloscope standard
  - Petit matériel: aiguille à injection, pinces thermocoagulantes (gold probe, coagrasper), clips, APC, élastiques alors gastroscopie
  - Pompe à eau +++ ou seringues d' eau





# ALORS COMMENT ?

## *PERSONNELS*

souvent hors heures ouvrables (le week end)

- Endoscopiste expérimenté
- Aide endoscopiste : IDE endoscopie +++  
*création d' un tableau d' astreinte spécifique*



# ET SURTOUT QUAND ?

- < 12 H
- 12- 24 H
- 24 – 48H
- 48 – 72H



# COLOSCOPIE lors HDB

Reference	Patient s	Tps moy J0 - colo (H)	Diagnostic définitf	Tt endo
Jensen 2000	121	< 12	88%	10%
Schmulewitz 2003	415	46	89%	10%
Strate et Syngal 2003	144	25	43%	10%
ANGH . B Bour 2008	2480	60	60%	12%



# LE PLUS TOT POSSIBLE

La seule étude rétrospective comparative est en 2003

*Strate LL, Syngal S: Am J Gastro 2003*

amélioration du diagnostic

réduction récurrence et chirurgie

**réduction temps hospitalisation**

	< 12H	12-24H	24-48H	> 48H
TT endo	29%	13%	4%	0%



# LE PLUS TOT POSSIBLE

Recommandations de ASGE :

Early colonoscopy (12 à 48h) but  
how early?

*Davila RE et al, GIE 2005*



**MAIS Y A T IL DES ETUDES  
COMPARATIVES PLUS RECENTES ?**

**La vraie vie**

**Green BT,Rockey DC,Portwood G . Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial.**

*Am J Gastro 2005 ; 100:2365-2402*

100 patients suivi 60 mois	Dans les 8h	Dans les 4 j
resaignement précoce	22%	30%
resaignement tardif	16%	14%
transfusions (CG)	4,2	5
durée hospit.	5,8	6,6
durée ICU	1,8	2,4
chirurgie	14%	12%
mortalité	2%	4%

· Loren Laine, Abbib Shah. Randomized Trial of Urgent vs Elective Colonoscopy in patients Hospitalized with lower GI Bleeding.

Am J Gastroenterol 2010;105:2636-2641

109 patients  
FC > 100, TAS < 100  
Chute Hb > 1,5g/dl ou Transfusion

72 patients randomisés  
36 Colo urgente < 12h  
36 Colo élective > 36-60h

37 patients exclus  
7 refus  
17 autres raisons  
**13 HDH**

<b>36 patients / groupe</b>	<b>URGENTE (11h) (6-15h)</b>	<b>ELECTIVE (47h) (36-88h)</b>
<b>Age moyen</b>	<b>52 +/-3</b>	<b>52 +/-2</b>
<b>Homme</b>	<b>72%</b>	<b>61%</b>
<b>Hispanique</b>	<b>75%</b>	<b>69%</b>
<b>Instabilité hémodynamique</b>	<b>75%</b>	<b>86%</b>
<b>Transfusion avant rando</b>	<b>89%</b>	<b>67%</b>
<b>Hb (g/dl)</b>	<b>7,2 +/- 0,4</b>	<b>8,5 +/- 0,5</b>
<b>Recidive precoce saignement</b>	<b>22%</b>	<b>14%</b>
<b>Transfusion après rando</b>	<b>1,5 +/- 0,4</b>	<b>0,7 +/- 0,2</b>
<b>Jours Hospitalisation</b>	<b>5,2 +/- 0,9</b>	<b>4,8 +/- 0,5</b>
<b>Autres interventions</b>	<b>36%</b>	<b>33%</b>
<b>Coût \$</b>	<b>27 590</b>	<b>26 633</b>

<b>36 patients / groupe</b>	<b>URGENTE (11h) (6-15h)</b>	<b>ELECTIVE (47h) (36-88h)</b>
<b>Diverticules avec stigmates</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>
<b>Diverticules sans stigmates</b>	<b>25%</b>	<b>19%</b>
<b>Hémorroïdes internes</b>	<b>22%</b>	<b>17%</b>
<b>Cancer</b>	<b>3%</b>	<b>14%</b>
<b>Ulcères coliques</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>
<b>Colites</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>
<b>Ectasies vasculaires</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>
<b>Varices rectales</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>
<b>Colopathie HTP</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>
<b>Pas diagnostic</b>	<b>22%</b>	<b>33%</b>
<b>Non donné</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>

<b>36 patients / groupe</b>	<b>URGENTE (11h) (6-15h)</b>	<b>ELECTIVE (47h) (36-88h)</b>
<b>2ème Colo</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
<b>2ème FOGD</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>VCE</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Scintigraphie GR</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Artériographie</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>TDM</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>Transit grele</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Doppler vx</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>17</b>



# ET SURTOUT QUAND ?

- Pas dans l'urgence des 24H (comme HDH)
- Préparer le colon et le patient (AG)
- Dans les 2 à 4 jours : SEMI- URGENCE ?!!



# ENFIN POUR QUI ?

HDB actives peu sévères persistantes : **OUI**

HDB peu sévères ayant cessé spontanément : **OUI**

HDB intermittentes : **OUI**

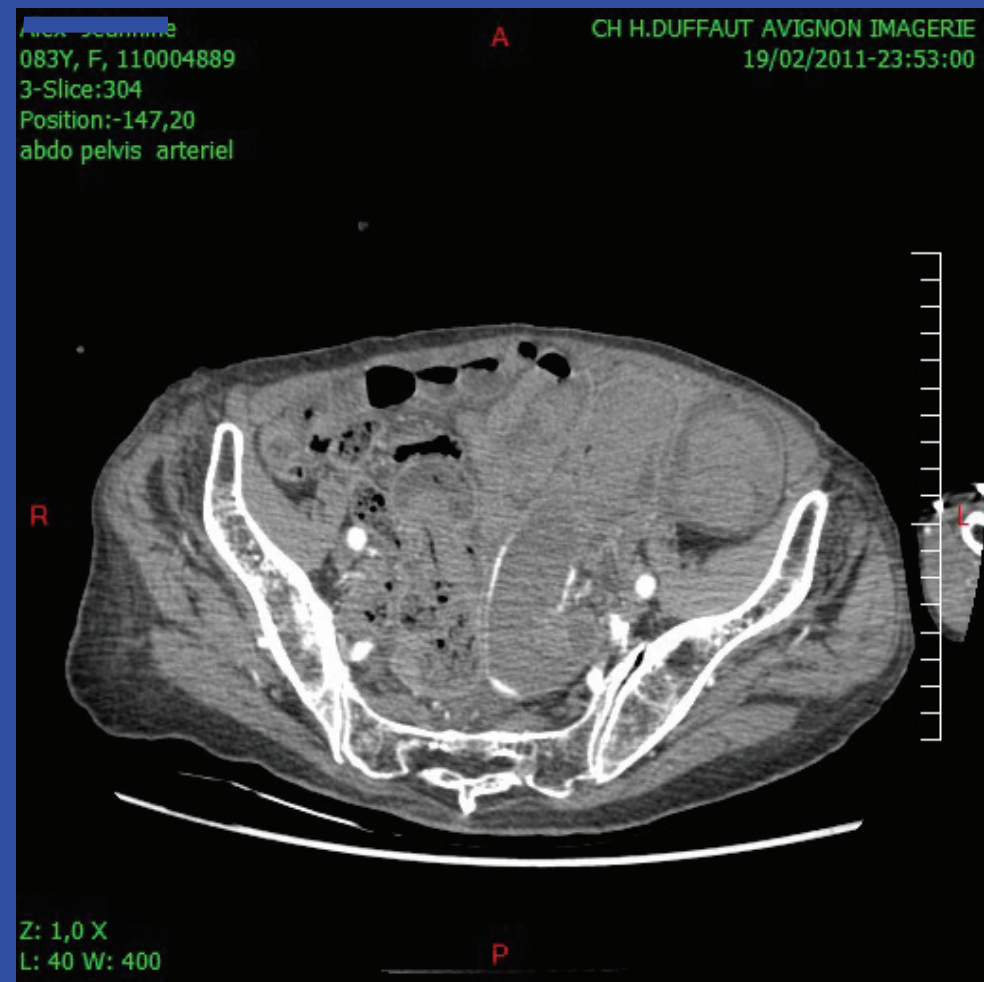
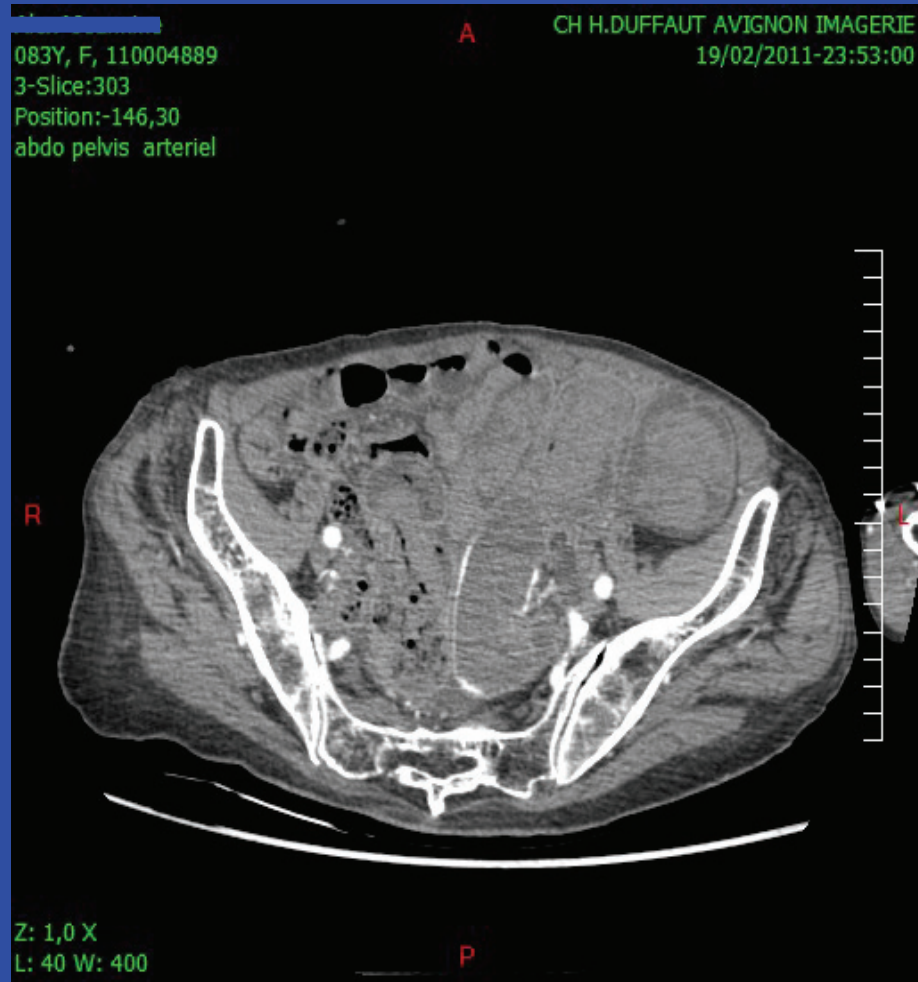
HDB cataclysmiques menaçant le pronostic vital : **NON**



**PLACE de la RADIOLOGIE**

**MODERNE**

# ANGIOSCANNER



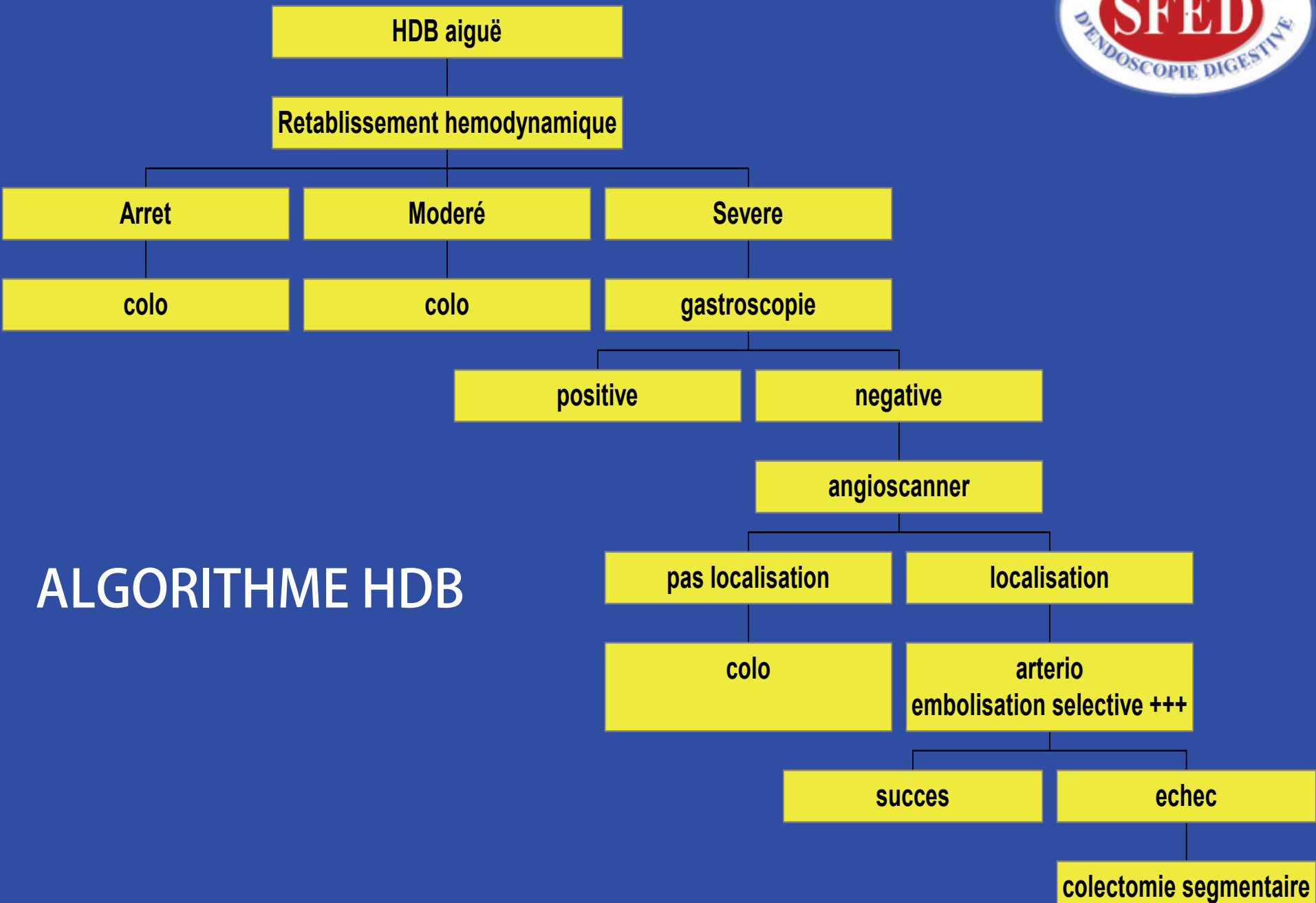
# TDM hélicoïdale multi-barrettes

- En moins de 10 mn
- Phase initiale, artérielle et portale
- lode IV

	TDM MB	Endoscopie
<b>Site</b> sensibilité	100% (17/17)	52,9% (9/17)
<b>Etiologie</b> sensibilité	88,2% (15/17)	52,9% (9/17)

FM Frattaroli et al, World J Surg 2009

# ALGORITHME HDB



# EN CONCLUSION

## LA COLOSCOPIE A ENCORE SA PLACE

### EN SEMI-URGENCE

- pour HDB non cataclysmique (85-90% des cas)
- dans les 24 à 72 H
- possible après préparation
- rentable
- peu morbide
- éventuellement thérapeutique
- problème de la diverticulose incidente ou causale
- si négative et hémorragie active : VCE