

# **Traitemen<sup>t</sup> hémostatique des hémorragies digestives hautes par endoscopie**

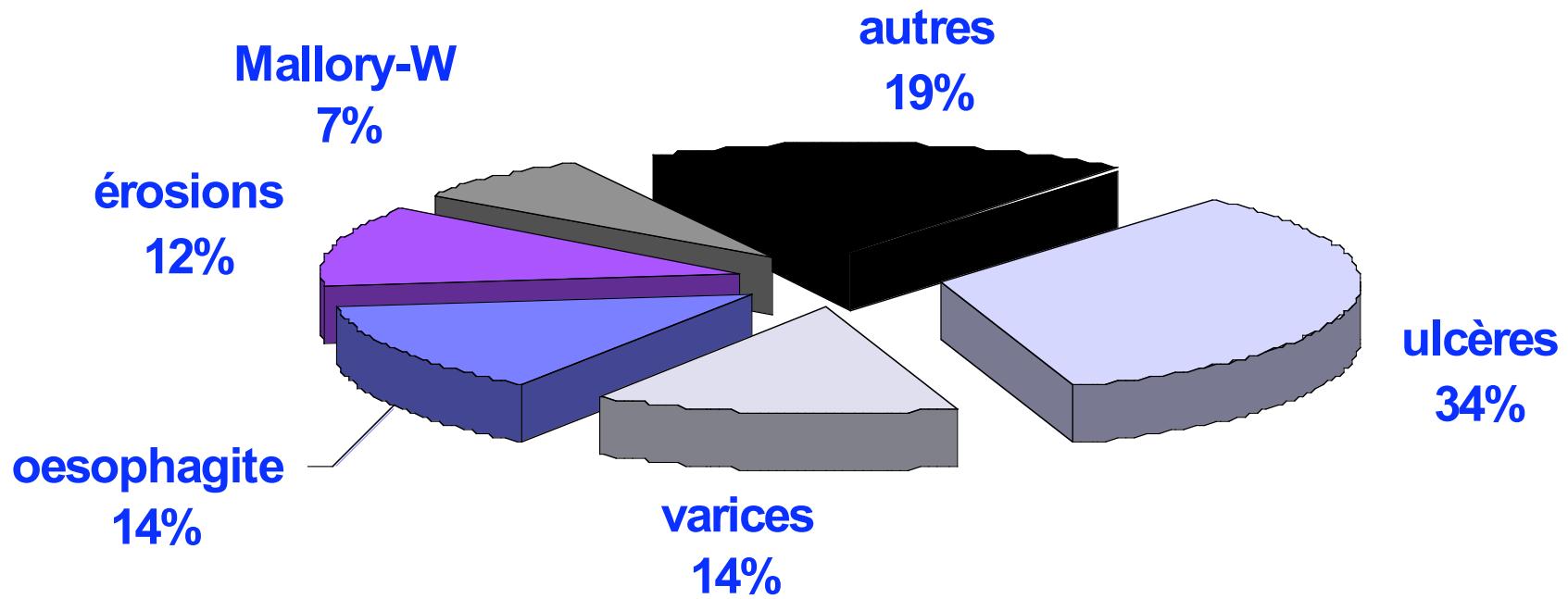
CHU Limoges  
Romain Legros  
Tursac octobre 2006

# Epidémiologie

(EPIDHEM 1996)

- 65 000 Hémorragies digestives hautes /an en France
- Facteurs de risque:
  - Gastrotoxiques (44%)
  - Hommes>femmes
  - Age>75 ans (40%)
  - Maladie chronique (51%)
- 14% de mortalité

# Etiologies



● EPIDHEM 1996 N=2133

# Objectifs du traitement endoscopique

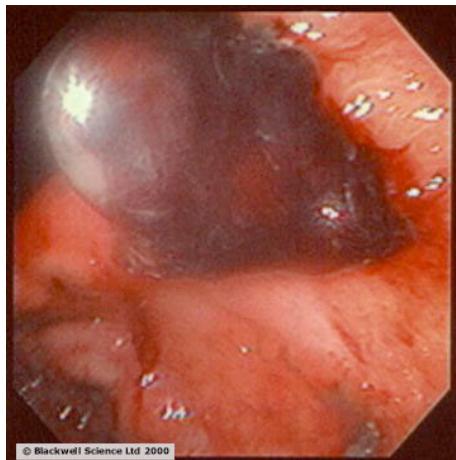
- Diagnostic étiologique
- Evaluer la gravité
- Arrêt de l'hémorragie
- Prévention de la récidive hémorragique
- Diminution de la prise en charge chir/rx
- Diminution de la mortalité

# Hémorragies digestives hautes non liées à l'HTP (84%)

# Ulcères hémorragiques

Différentes techniques d'hémostase endoscopique:

- Mécanique: clips hémostatiques
- Par injection: sclérose à l'adrénaline
- Méthodes thermiques: thermo coagulation, plasma argon

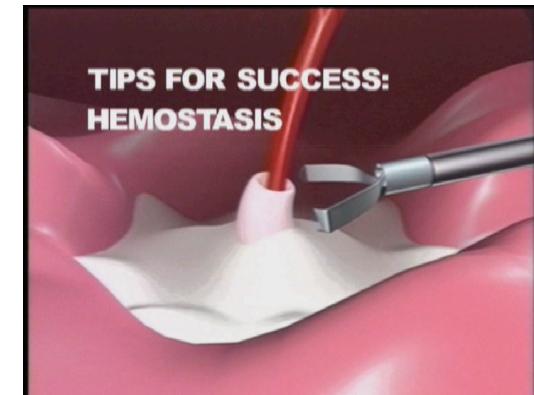


# Ulcères hémorragiques

## Clips hémostatiques

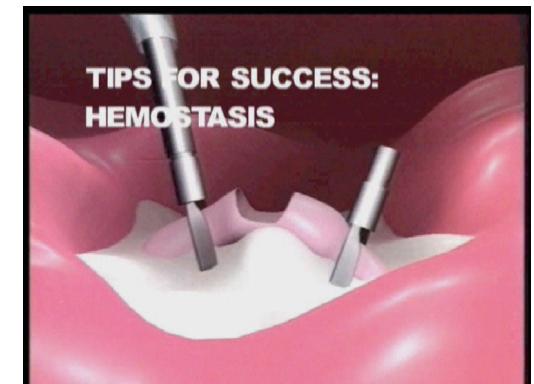
- Modalités:

- Perpendiculairement à la lésion
- Les branches de part et d'autre de la lésion
- Plusieurs clips si nécessaire



- Avantages:

- 90% des clips restent présents à 1 mois
- Pas de morbidité



# Ulcères hémorragiques

## Clips hémostatiques

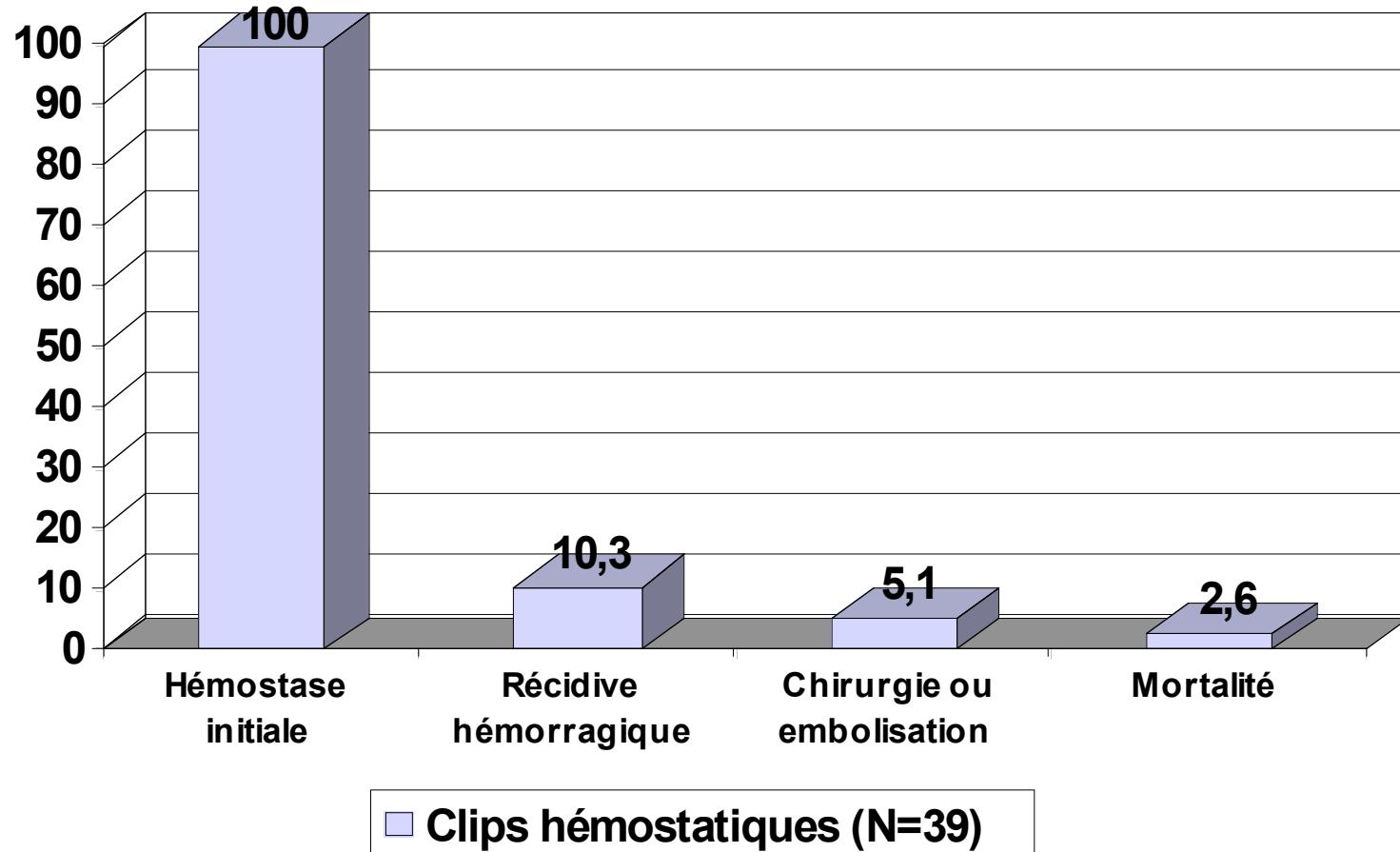
- Inconvénients:
  - Zones inaccessibles (Hauts et postérieurs dans estomac et face postérieure du bulbe)
- En revanche si localisation accessible, jusqu'à **100%** d'hémostase initiale



# Ulcères hémorragiques

## Clips hémostatiques

- Efficacité: (Y-C Chou et al. Gastrointestinal endoscopy 2003)



# Ulcères hémorragiques

## Sclérose à l'adrénaline

- Modalités:

- Aiguille rétractable
- Adrénaline au 1/10000°
- Plusieurs injections
- >10 mL
- Scope

- Mécanismes d'action:

- Vasoconstriction
- Tamponnement local
- Stimulation de l'agrégation plaquettaire



Copyright © 2001 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.

# Ulcères hémorragiques

## Thermocoagulation et plasma argon

- Modalités:

- Contact pour bipolaire
- A distance pour argon
- Ulcères étendus
- Saignement diffus
- Lésions tangentielles



- Inconvénients:

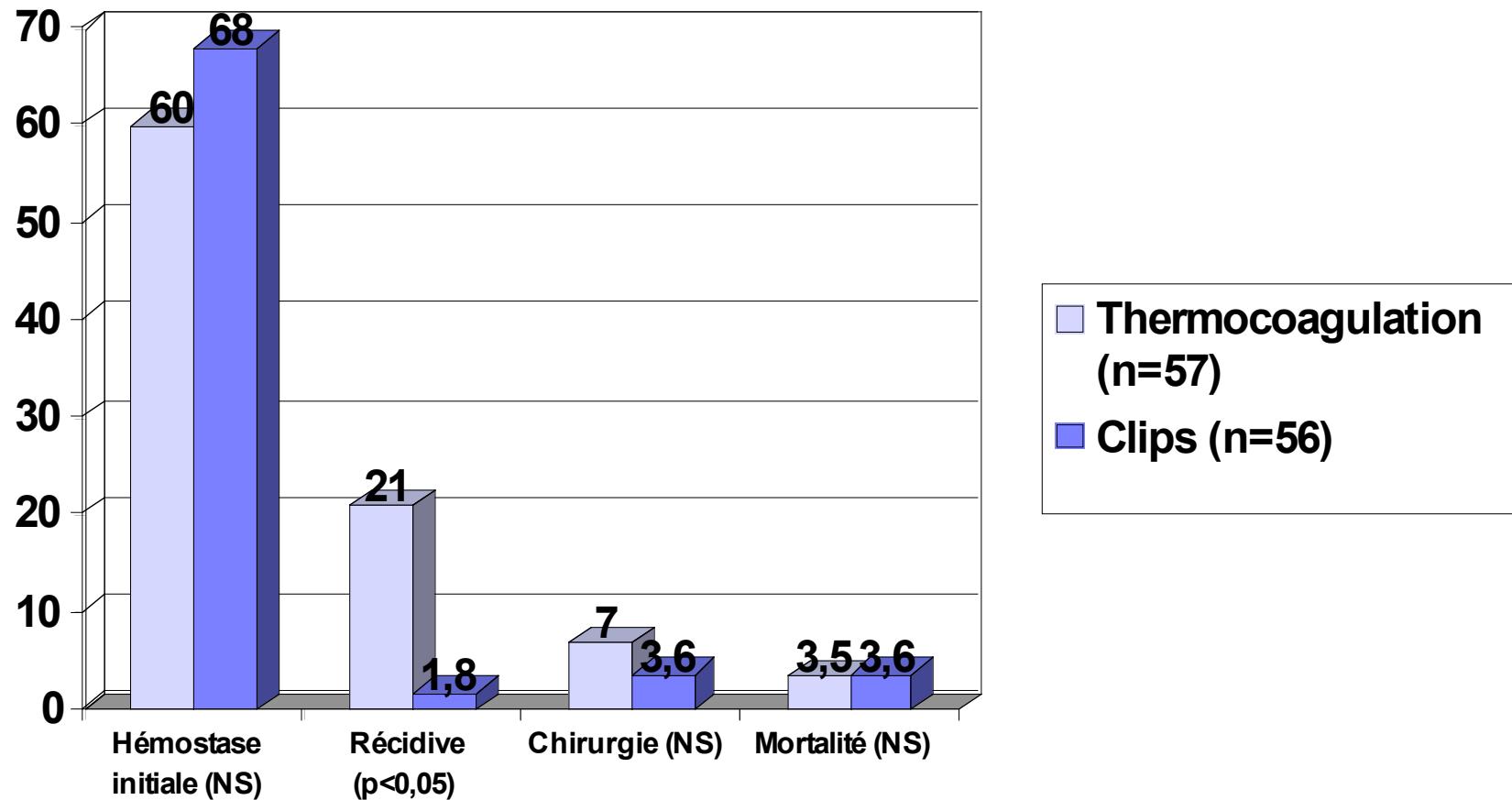
- Risques de perforation



# Ulcères hémorragiques

## Comparaisons des techniques

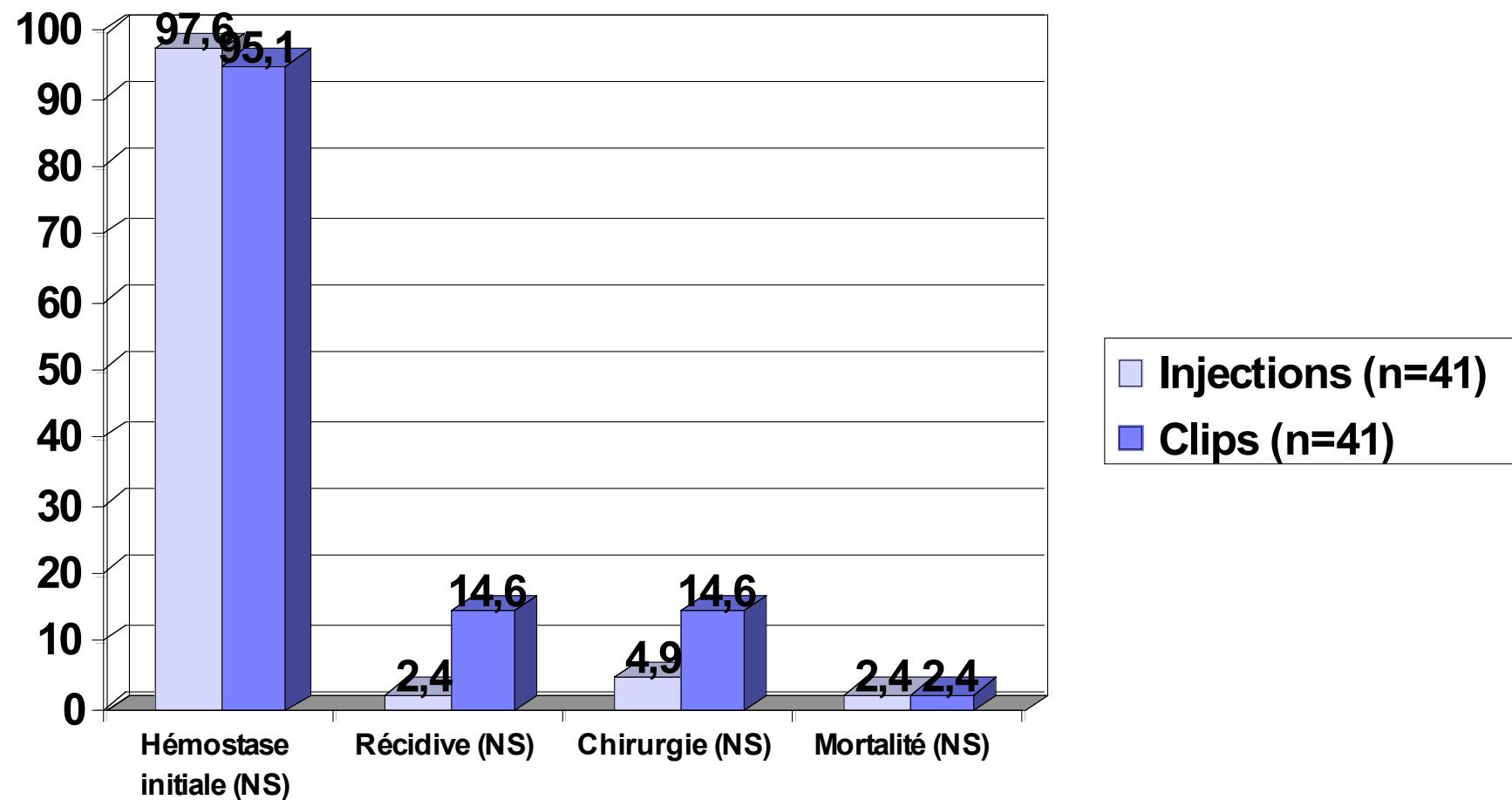
Cipolletta et al. Gastrointest endosc 2001



# Ulcères hémorragiques

## Comparaisons des techniques

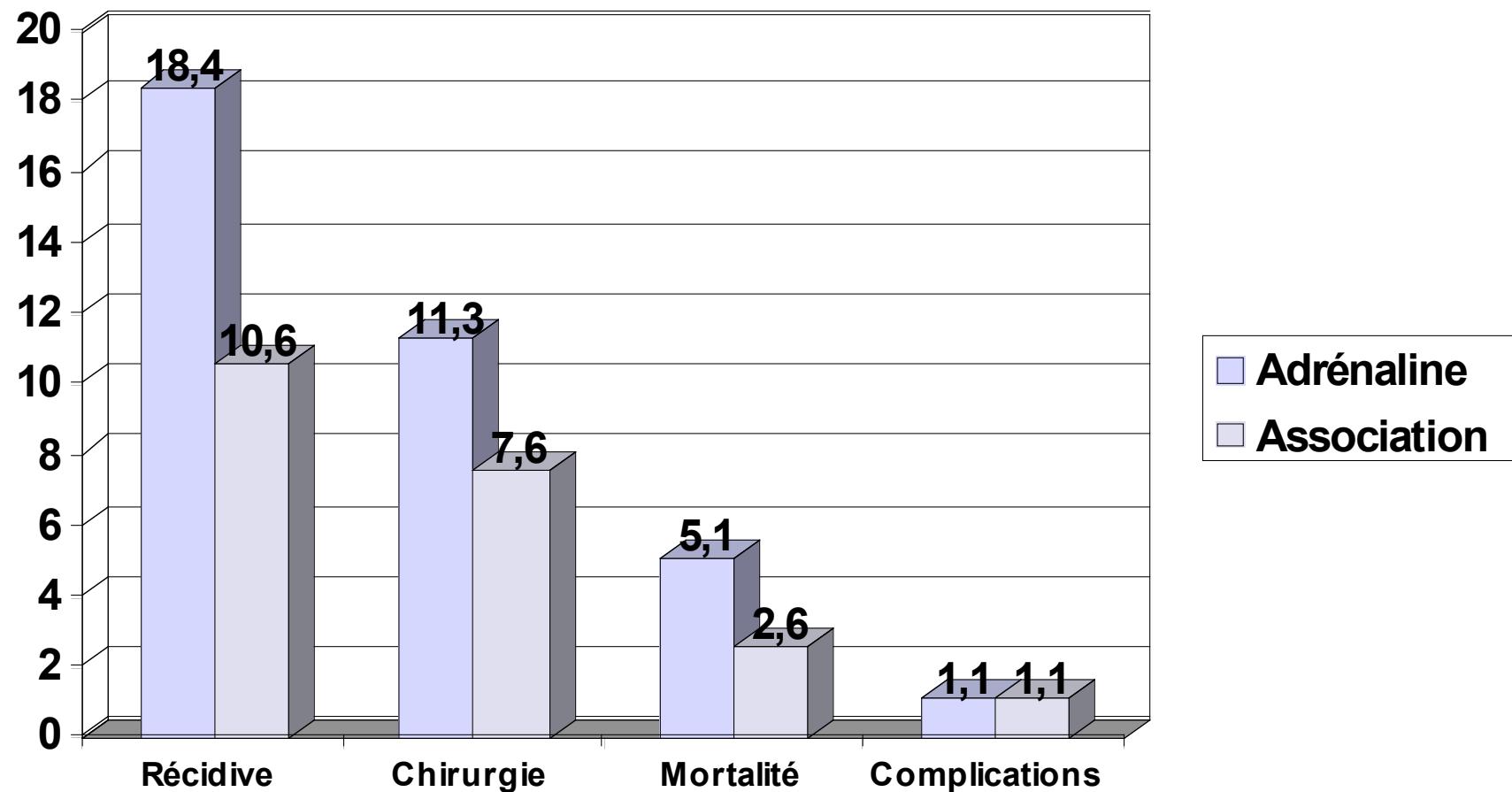
Chung et al. Gastrointest endosc 1999



# Ulcères hémorragiques

## Adrénaline seule ou en association ?

Calvet méta analyse Gastroenterology 2004  
(n=1673)



# Ulcères hémorragiques

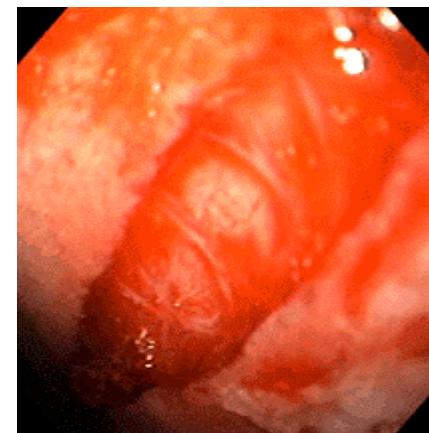
## En pratique: Classification de Forrest

Stade de Forrest		Aspect endoscopique	Récidive	Chirurgie	Mortalité	Ttt endoscopique
I Hémorragie active	Ia	Saignement actif en jet	55 %	35%	11 %	oui
	Ib	Saignement actif en nappe				
II Absence d'hémorragie active, Stigmates d'hémorragie récente	IIa	Vaisseau visible	43 %	34%	11 %	oui
	IIb	Caillot adhérent				
	IIc	Dépôts noirâtres	10 %	6%	3 %	non
III Absence de stigmate d'hémorragie récente		Fond fibrineux clair	5%	0,5 %	2 %	non

# Hémorragies non ulcère non lié à l'HTP

- Syndrome de Mallory Weiss

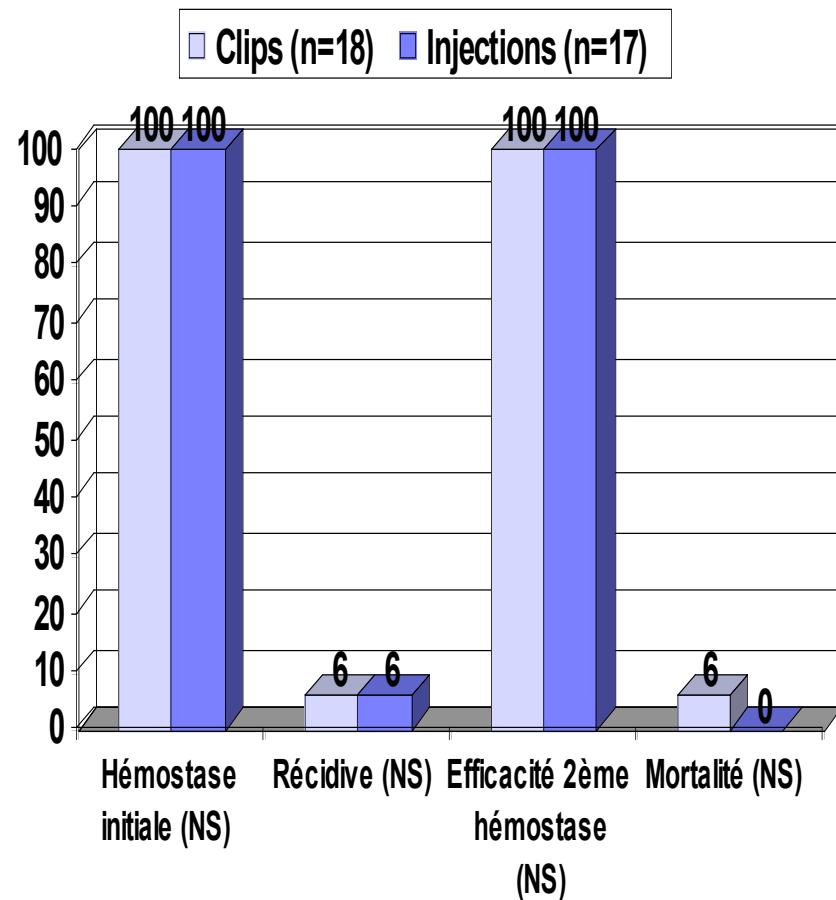
- 5 à 8% des hémorragies digestives hautes
- Traitement endoscopique si hémorragie active ou vaisseau visible
- **Pas de différence** d'efficacité entre les techniques d'hémostase
  - Injection adrénaline (<5mL)
  - Clips hémostatiques
  - Ligatures



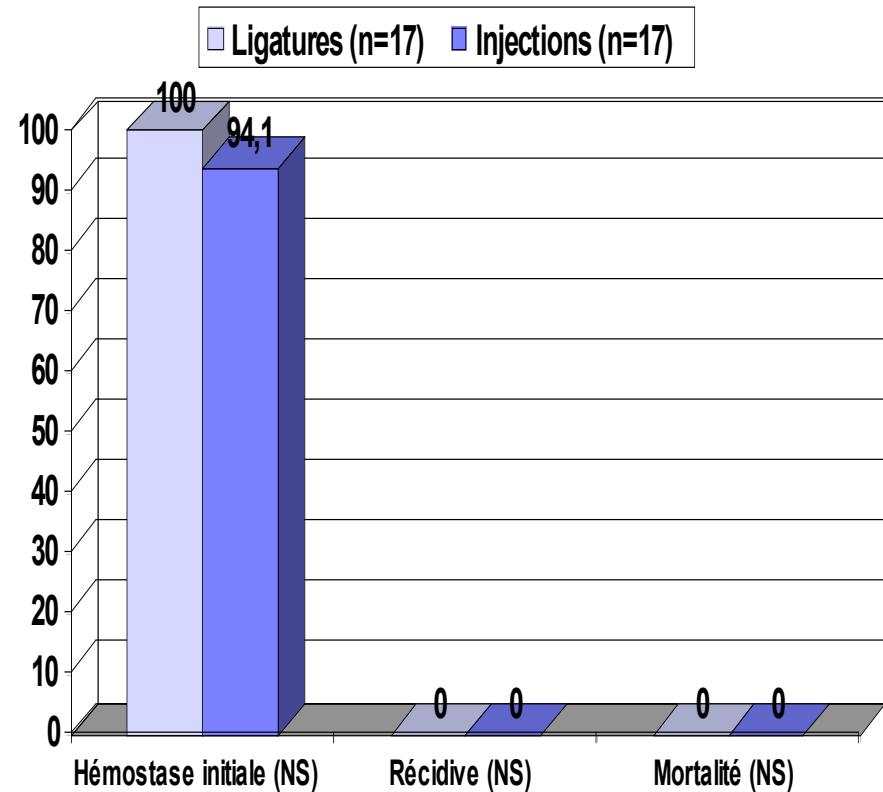
# Mallory Weiss

## Comparaison des techniques

Huang et al. Gastrointest endosc 2002



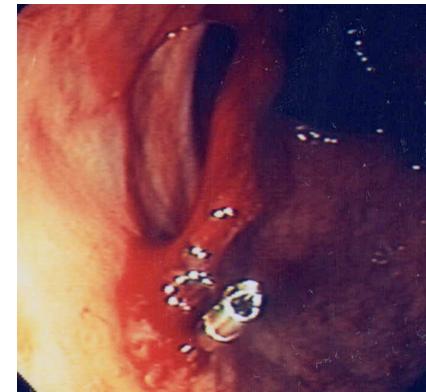
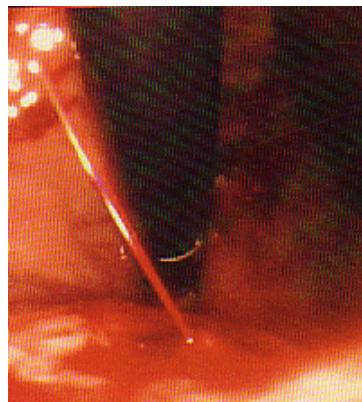
Park et al. Gastrointest endosc 2004



# Hémorragies non ulcère non lié à l'HTP

- Ulcération de Dieulafoy

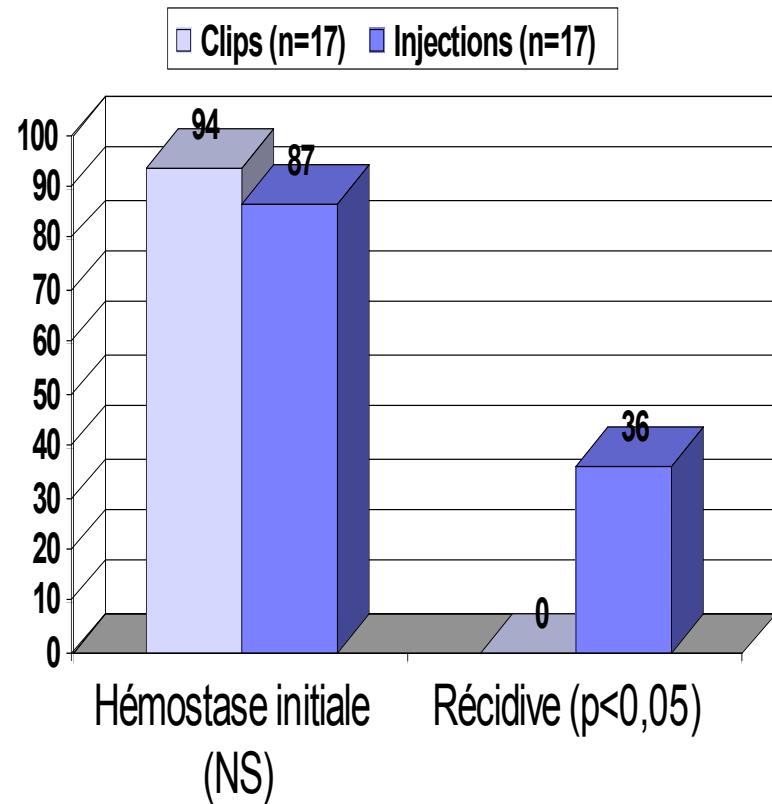
- 2% des hémorragies hautes
- Difficile à localiser
- Gastrique dans 75% des cas
- Méthodes mécaniques supérieurs aux injections
- Intérêt des clips par hémostase durable



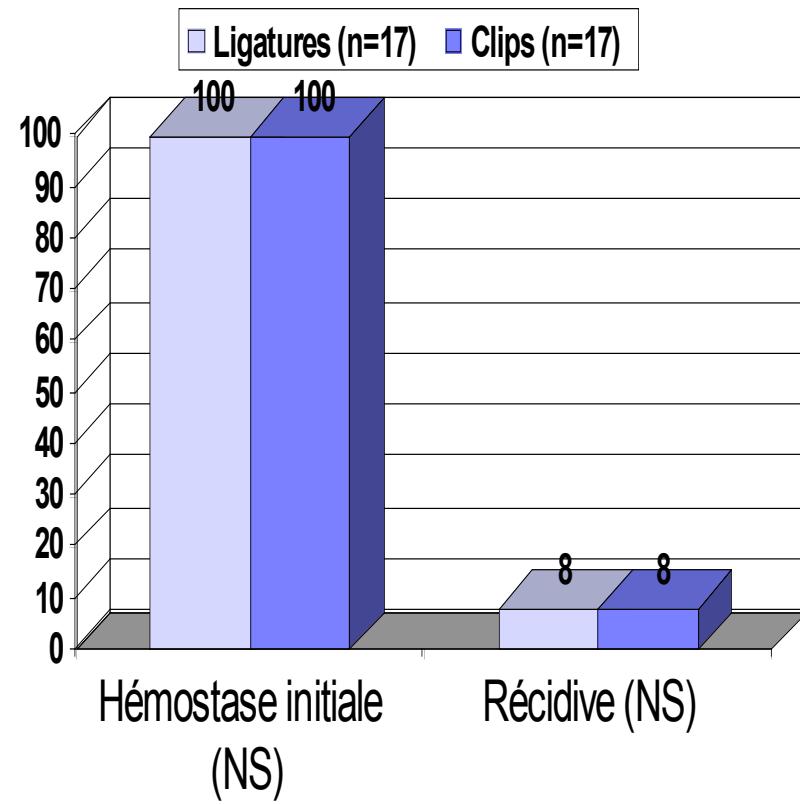
# Dieulafoy

## Comparaison des techniques

Park et al. Endoscopy 2003



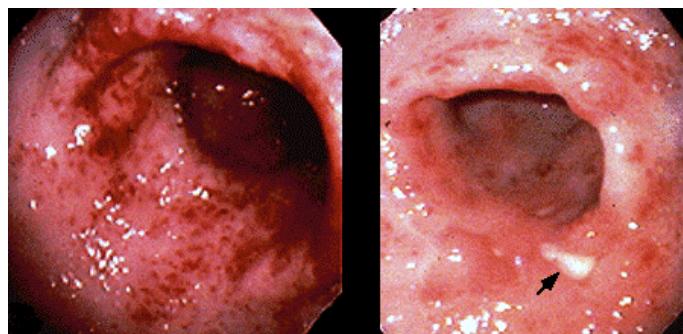
Park et al. Endoscopy 2004



# Hémorragies non ulcère non lié à l'HTP

- Anomalies vasculaires

- Angiodysplasies
- Télangiectasies
- Ectasies vasculaires antrales
- 5% des causes d'hémorragie digestive haute
- Traitement si symptomatique
- Coagulation au **plasma argon** est le traitement de choix par destruction des malformations vasculaires

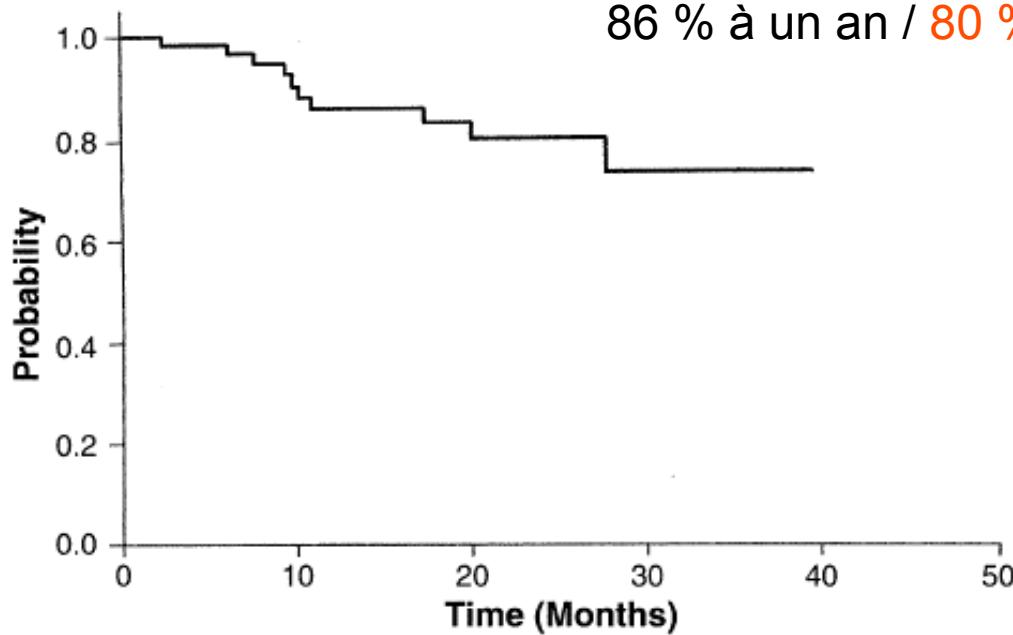


# Anomalies vasculaires

## Plasma argon

Olmos et al. Gastro intest endospy 2004

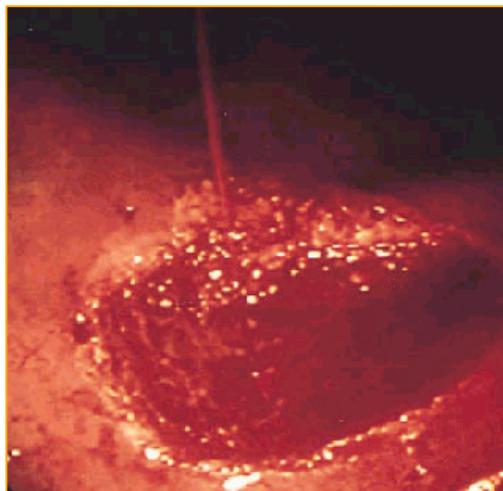
Probabilité d'être indemne de récidive hémorragique  
86 % à un an / 80 % à 2 ans

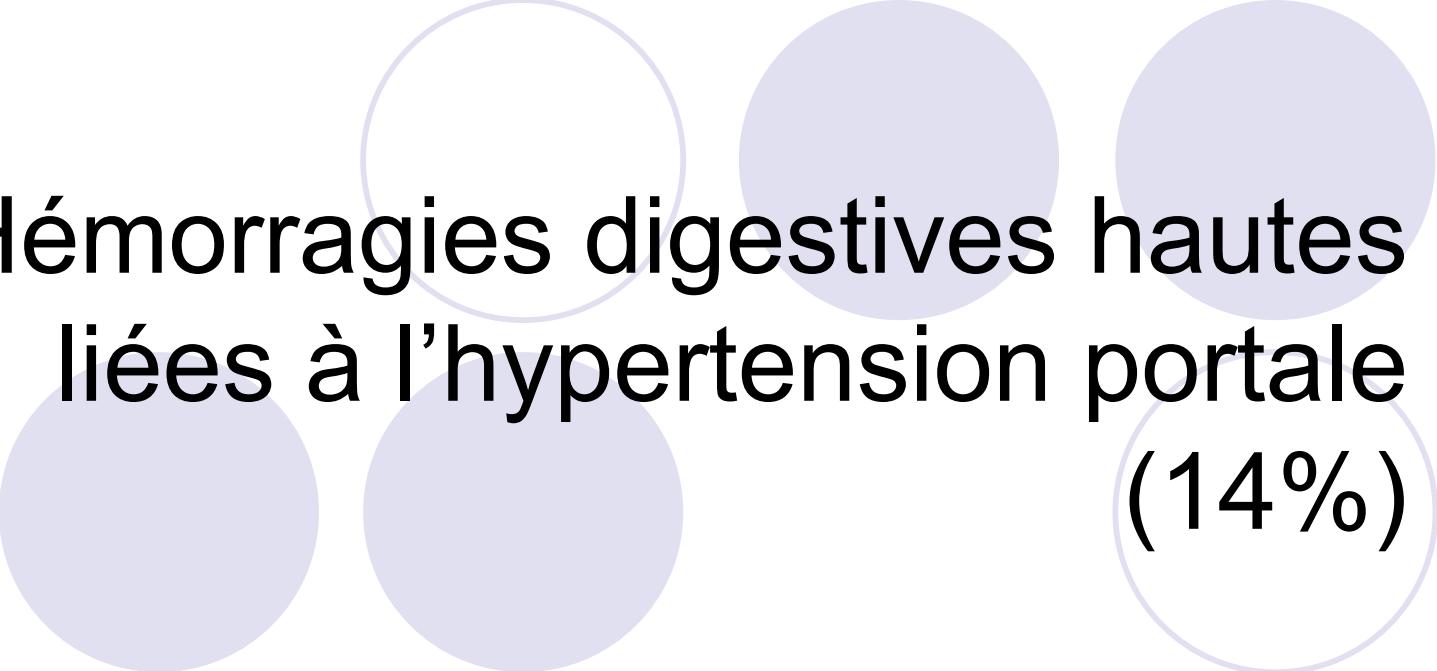


# Hémorragies non ulcère non lié à l'HTP

- Iatrogène

- Sphincterotomie
- Ampullectomie
- Mucosectomie duodénale, oesophagienne...
- Geste à haut risque hémorragique
- Hémorragie retardée dans 50% des cas
- Traitement **curatif et préventif par clips**





**Hémorragies digestives hautes  
liées à l'hypertension portale**

**(14%)**

# Hémorragies liées à l'HTP

- Etiologies:

- Varices oesophagiennes (40 à 75% des hémorragies liées à l'HTP)
- Varices gastriques (10% des hémorragies liées à l'HTP)
- Gastropathie congestive



# Varices oesophagiennes

- Classification

- Stade 1: varices s'aplatissant à l'insufflation
- Stade 2: varices ne s'aplatissant pas à l'insufflation avec intervalles de muqueuse saine varices occupant moins du tiers de la lumière oesophagienne, non confluentes.
- Stade 3: grosses varices occupant plus du tiers de la lumière oesophagienne ne s'aplatissant pas à l'insufflation et confluentes

- Arrêt spontané dans 40 à 50% des cas

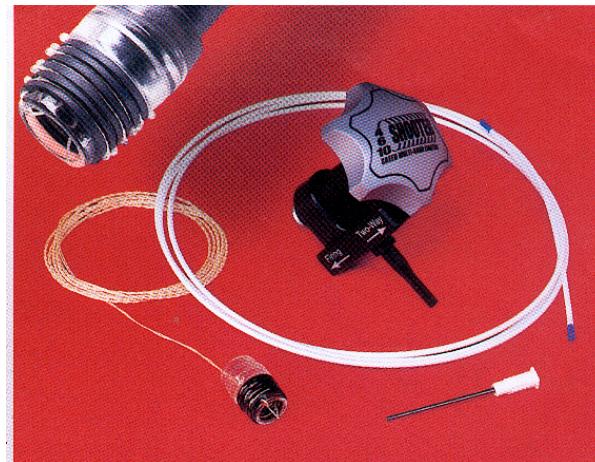
Risque hémorragique

(avec Child et signes rouges)

# Varices oesophagiennes

## Différentes techniques

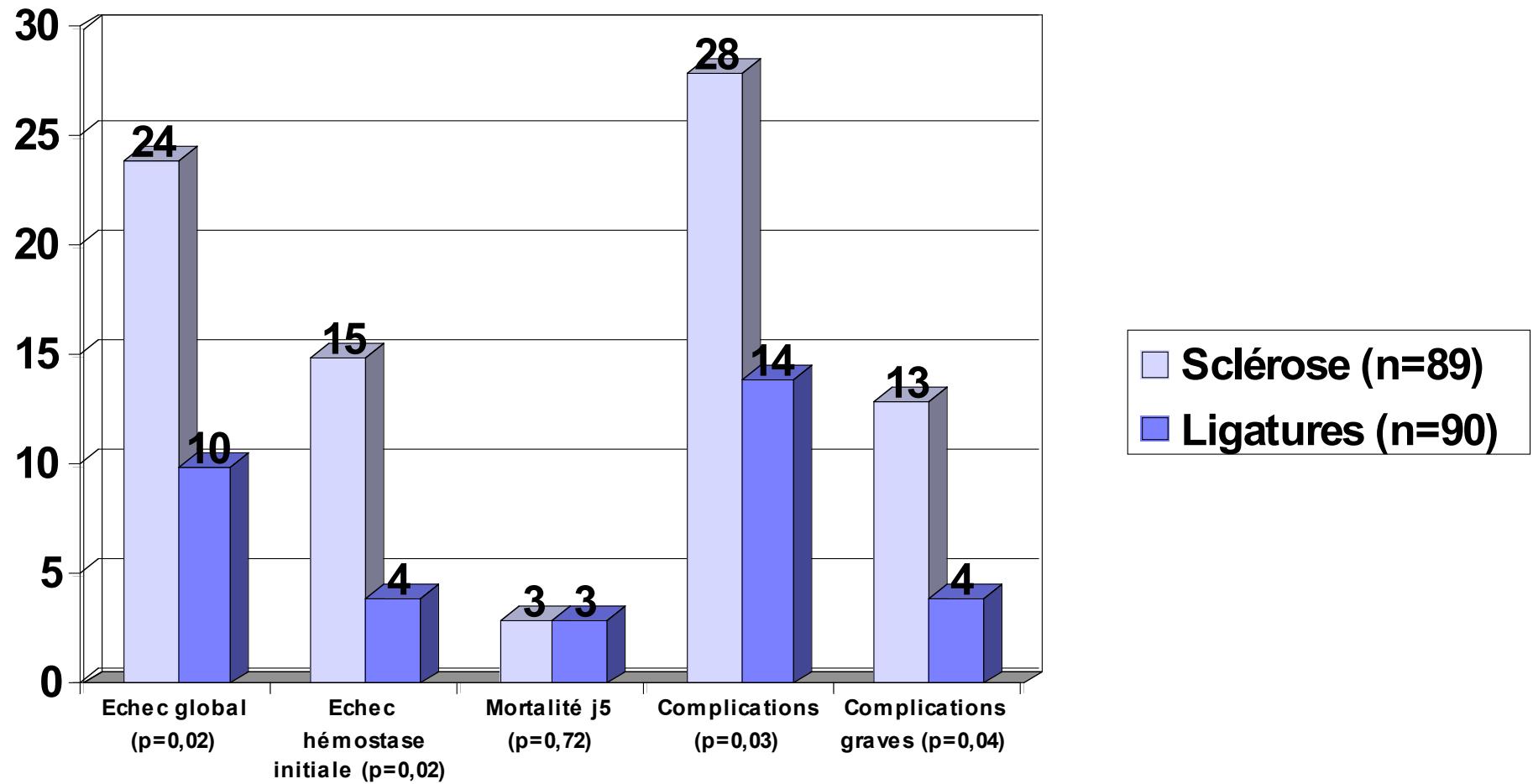
- Ligature élastique:
  - Mise en place d'élastiques à la base des cordons variqueux
  - Obturation de la varice
- Sclérose:
  - Polidocanol 1%
  - 1 à 5 mL par injection (max=40mL)
  - Dans ou autour de la varice
  - Hémostase par œdème comprimant la varice



# Varices oesophagiennes

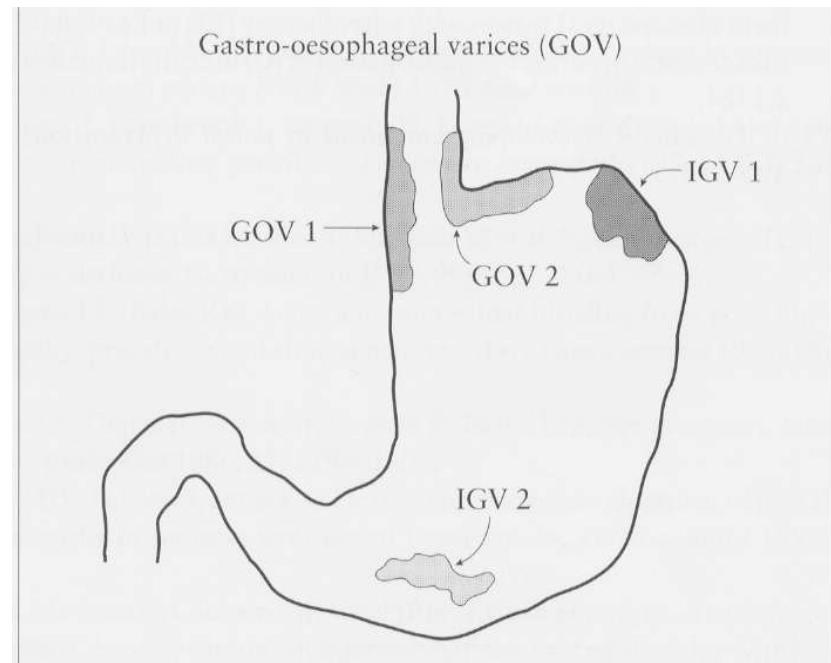
## Comparaison des techniques

Villueneva et al. Journal of hepatology 2006



# Varices gastriques

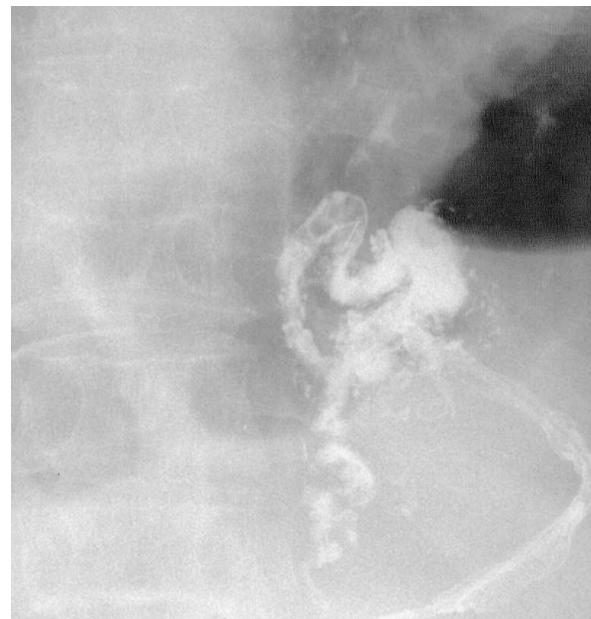
- Prolongement varices oesophagiennes
  - GOV1: Se prolongent sur petite courbure
  - GOV2: VO et varices fundiques
- Sans varice oesophagienne:
  - IGV1: Varices gastriques fundiques sans vo
  - IGV2: Varices gastriques isolées dans corps, antre ou duodenum
- Hémorragies plus rares mais plus graves (45% à 55% de mortalité)



# Varices gastriques

## Différentes techniques

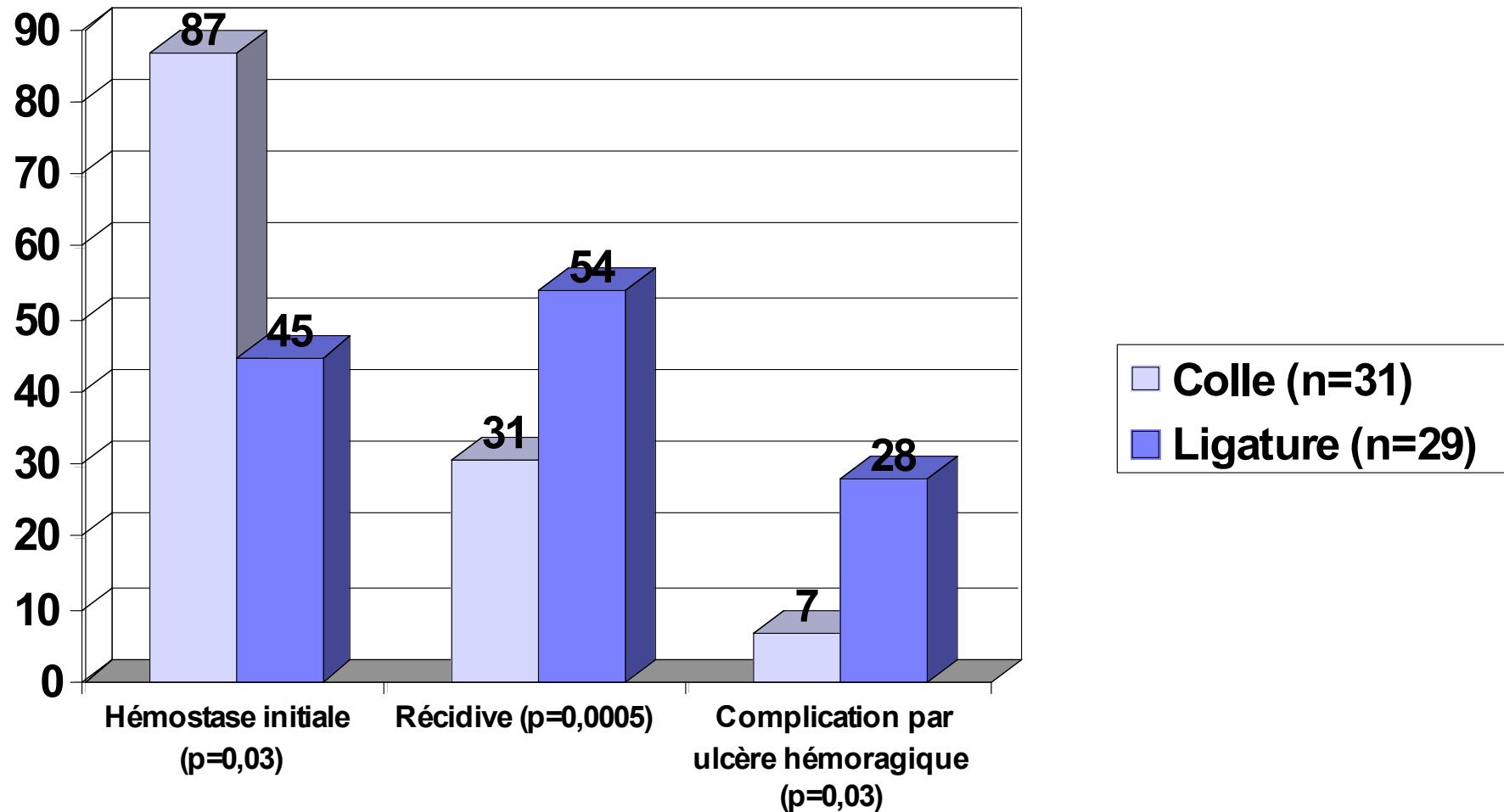
- Ligature élastique
- Sclérose
- Injection de colle chimique
  - Obturation des varices par obstruction de lumière
  - Cyanoacrylate et lipiodol
  - Seringues de 2mL
  - Injection de 1 mL par point
  - Complications: embolie systémique



# Varices gastriques

## Comparaisons techniques

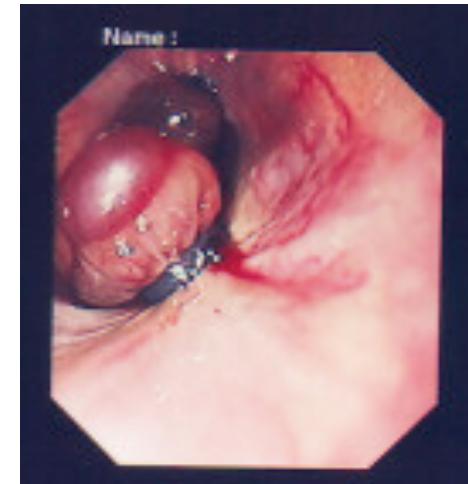
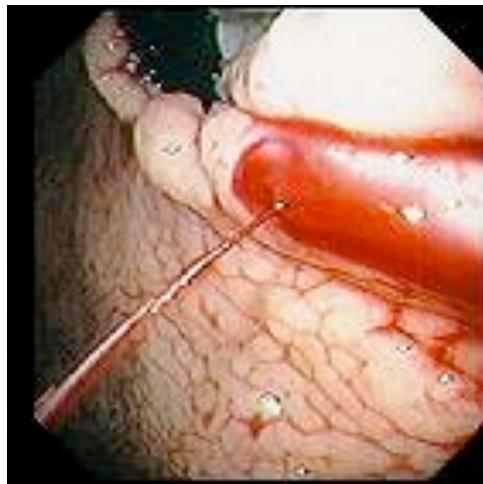
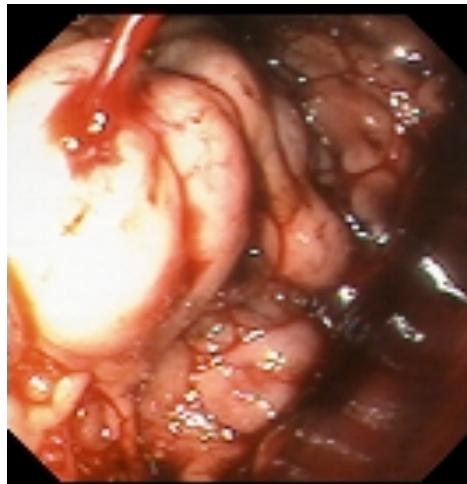
Lo et al. Hepatology 2001



# Varices gastriques

- GOV 1 actuellement traitées comme les varices oesophagiennes = ligatures élastique

Conférence de consensus 4 et 5 décembre 2003



# Synthèse

## Non liées à l'hypertension portale

- Ulcères:
  - Clips = Adrénaline > Thermo coagulation
  - Adrénaline + clips si Forrest I
- Mallory Weiss: Clips = Ligature = Adrénaline
- Dieulafoy: Clips > Adrénaline
- Anomalies vasculaires : Coagulation au plasma argon
- Post mucosectomie:clips

## Liées à l'hypertension portale

- Varices oesophagiennes et GOV1: Ligatures élastiques > Sclérose
- GOV2, IGV1, IGV2: Colle chimique > Ligatures