

Principales causes, facteurs pronostiques et conduite à tenir devant une Hémorragie Digestive Haute

Docteur Hervé HAGÈGE



Hémorragie Digestive Haute

- Hémorragie liée à une lésion située au dessus de **l'angle de Treitz**
- Révélée par:
 - **Hématémèse** dans 2/3 des cas (avec méléna dans 50% des cas)
 - **Méléna** dans 1/3 des cas
 - Très rarement par une **anémie aiguë** sans saignement extériorisé
- Evolution spontanément favorable dans 80% des cas, mais risque de récurrence hémorragique mettant en jeu le pronostic vital
- Prise en charge spécialisée nécessaire
- Place essentielle de **l'endoscopie** pour le diagnostic étiologique et un éventuel geste thérapeutique

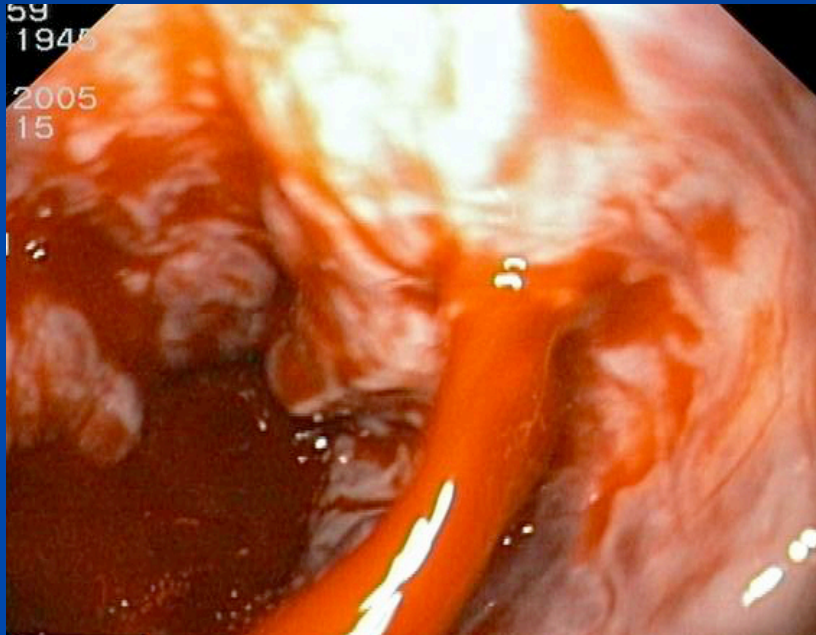
Pathologie fréquente

- Prévalence de 40 à 150 épisodes pour 100 000 habitants/an
- Évaluation en France par F Di Fiore et col en 2002 (Gastroenterol Clin Biol) :
 - 38 000 séjours/an
 - 350 000 journées d'hospitalisation/an
- Parmi les hémorragies digestives hautes, les formes **communautaires** sont les plus fréquentes : 75 %
- Les HDH communautaires constituent une **pathologie « traceuse »**, permettant de décrire la trajectoire de soin et d'évaluer les réponses apportées

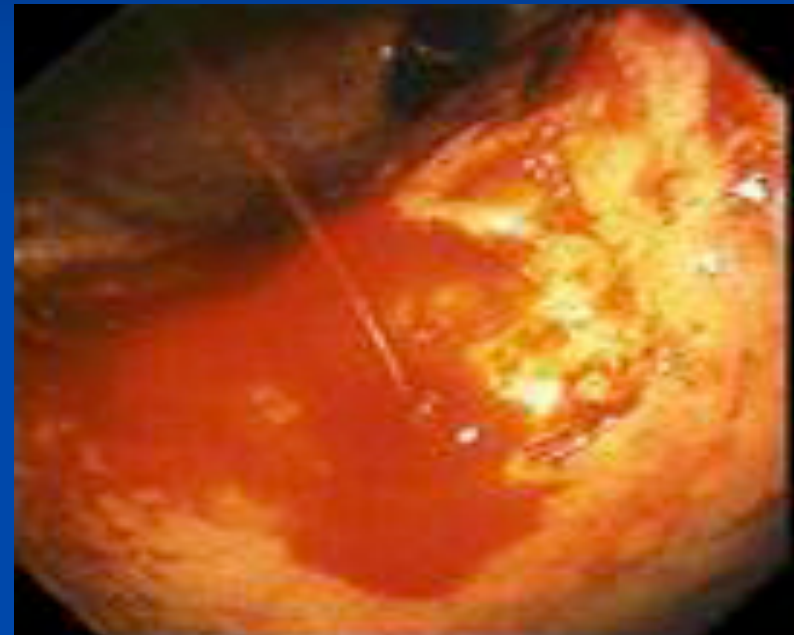
Pathologie grave

- Les hémorragies digestives hautes sont directement responsables de **2 000 décès par an** en France
 - **Mais, possible réduction de la mortalité hospitalière**
3 études au cours des 12 dernières années
 - **14% en 1993** TA Rockall et al, Gut 1997
 - **11% en 1996** P Czernichow et al, Eur J Gastroenterol Hepatol 2000
 - **9% en 2005** ANGH, JFPD 2006

Pronostic vital



**Rupture d'une varice
œsophagienne**



**Ulcère avec hémorragie en jet:
Forrest Ia**

Conduite à tenir

- **Evaluation du retentissement clinique**
 - Hémodynamique: TA, FC, signes de choc
 - Bilan biologique: NFS, hémostase, groupe sanguin, biologie hépatique
- **Enquête étiologique**
 - Médicaments: aspirine, AINS
 - Hypertension portale
 - Chirurgie digestive ou chirurgie de l'aorte abdominale
- **Programmation de l'endoscopie** en fonction de l'urgence

Programmation de l'endoscopie

- **FOGD urgente** en cas d'hémorragie active, massive ou mal tolérée
- **FOGD à réaliser dans les 12 à 24h** si hémorragie non active, minime et bien tolérée

Médicaments

Traitements avant l'hémorragie (Etude ANGH) :

- AINS: 11%
- Aspirine: 20%
- Corticoïdes: 4%
- AVK: 10%
- Héparine: 2,5%
- Antiagrégants: 8%

Réalisation de l'endoscopie

■ Si hémorragie active:

- Sang rouge à la sonde naso-gastrique, hémodynamique instable
- Endoscopie en urgence après préparation:
 - Déchoquage
 - Intérêt Erythromycine 3 mg/kg IV
 - Intérêt IPP IV avant l'endoscopie

■ Si hémorragie non active:

- Méléna, pas de sang à la sonde naso-gastrique, hémodynamique satisfaisante
- Endoscopie à réaliser dans les 12 à 24 premières heures (méléna)

Intérêt de l'endoscopie

- Fait le **diagnostic étiologique** et précise le caractère actif ou non de l'hémorragie
- Evalue le **risque de récurrence** hémorragique (Pb variabilité inter-observateur liée à l'expérience)
- Permet un **geste d'hémostase**

Principales causes

Causes	Littérature	ANGH
Ulcères gastro-duodénaux	30%	30%
Hypertension portale	30%	26%
Erosions gastro-duodénales	20%	8%
Oesophagite	10%	22%
Mallory Weiss	5%	5%
Autres	5%	9%

Causes rares

- Angiodysplasies
- Ulcération simplex de Dieulafoy
- Tumeurs malignes: estomac et œsophage
- Hémobilies
- Wirsungorragies
- Fistules aorto-duodénales

Pronostic différent selon le contexte

- **Hémorragie communautaire ou non :**
 - Mortalité plus élevée lorsque l'hémorragie survient chez patients déjà hospitalisés: 25 à 39%
 - Mortalité plus faible lorsque l'hémorragie digestive est le motif d'hospitalisation: 9 à 14%
- **Cause de l'hémorragie:** ulcères gastro-duodénaux \neq cirrhose \neq cancer
- **Type d'hémorragie:** classification de Forrest (QS)
- **Terrain :**
 - Age
 - Défaillances viscérales:
 - Mortalité cirrhotique = 11 à 20%, dont la moitié dans les 48h premières heures
 - Cancer pluri métastatique
 - Insuffisances: cardiaque, hépatique, rénale

Facteurs pronostiques

- Scores pronostiques multiples
- **Score de Rockall +++**
 - Référence
 - Validé par différentes études réalisées :
 - en Grande Bretagne (TA Rockall et col, Gut 1996 et 1997)
 - et aux Pays Bas (EM Vreeburg et col, Gut 1999)

Score de Rockall (Gut 1996 et 1997)

	0	1	2	3
Age	< 60	60 - 79	> 80	
Hémodynamique	TAS > 100 FC < 100	TAS > 100 FC > 100	TAS < 100	
Comorbidité	Aucune comorbidité majeure		- Insuffisance cardiaque - Insuffisance coronarienne - Comorbidité majeure	- Insuffisance rénale - Insuffisance hépatique - Cancer métastatique
Diagnostic	Mallory-Weiss, aucune lésion identifiée et absence de stigmates d'hémorragie récente	Tous les autres diagnostics	Tumeur maligne du tractus digestif supérieur	
Stigmates d'hémorragie récente	Pas de stigmatte d'hémorragie récente		Sang dans le tractus digestif supérieur, caillot adhérent, vaisseau visible ou saignement actif	

Pronostic en fonction du score de Rockall

	< 3	3	4	5	6	7	> 8
Mortalité théorique (%)	<1	3	5	11	17	27	41

Traitement endoscopique

- **Ulcères gastro-duodénaux (QS)**
- **Hypertension portale:**
 - **Varices oesophagiennes: ligature élastique**
 - **Varices cardio-tubérositaires: injection colle biologique (Histoacryl®)**
 - **Ectasies vasculaires: coagulation par laser**

Traitement médicamenteux

- **Ulcères gastro-duodénaux:**
 - IPP à fortes doses (QS)
- **Hypertension portale:**
 - Traitement vaso-actif par voie veineuse (QS)
 - **Terlipressine:** 1 à 2 mg toutes les 4 heures en intraveineux lent, en fonction du poids, contre-indiquée en cas d'antécédents cardio-vasculaires
 - **Somatostatine:** 250 µg/h en perfusion intraveineuse continue, précédée ou non d'un bolus de 250 µg.
 - **Octréotide:** 25 µg/h en perfusion intraveineuse continue, précédée ou non d'un bolus de 50 µg

Traitement chirurgical

- **Rarement nécessaire**

- <5% dans littérature
- 2,5% dans étude ANGH

- **Ulcère gastro-duodénaux:**

- En cas d'échec du traitement médicamenteux + endoscopique

- **Hypertension portale:**

- Pas d'indication à l'APC chirurgicale
- TIPS ou éventuellement Blakemore en cas d'échec du traitement médicamenteux + endoscopique

Conclusions

- Urgence fréquente mettant en jeu le **pronostic vital**
- Pronostic en fonction:
 - Hémorragie elle-même
 - Et surtout: âge et terrain
- **Endoscopie** indispensable pour:
 - Diagnostic étiologique
 - Traitement
- Intérêt des **traitements médicamenteux**:
 - Drogues vaso-actives dans l'HTTP
 - IPP en IV à fortes doses dans la pathologie ulcéreuse
- **Chirurgie** très rarement indiquée