



D. WARDZALA  
CHU- Amiens PICARDIE

# HEMORRAGIES DIGESTIVES

Dr R. DELCENSERIE  
Fédération médico-chirurgicale CHU  
AMIENS



# HEMORRAGIES DIGESTIVES

## □ HD HAUTE (80%)

Ulcère gastroduodéal et hypertension portale.

Diagnostic étiologique dans 90% à 95% des cas.

Traitement endoscopique+++.

## □ HD BASSE (20%)

Diagnostic étiologique dans 70% des cas

# Modalités de l'endoscopie digestive pour HD en France

- Sans aspiration gastrique : 40%
- Endoscopie réalisée dans les 6h : 28%
- Endoscopie réalisée dans les 24 h : 96%
- Anesthésie générale : 8%
- Endoscopie effectuée par un senior : 78%
- Utilisation d'un video-endoscope : 85%
- Présence d'un assistant : 98%
  - IDE d'endoscopie : 25% des cas

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## QUESTIONS CHOISIES:

SORTIE PRECOCE D'UNE HD?

SONDE GASTRIQUE?

QUAND FAIRE LA FOGD?

QUE FAIRE PENDANT LA FOGD?

QUE FAIRE DES TRAITEMENTS ANTICOAGULANTS OU ANTI  
PLAQUETTAIRES?

LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX: LESQUELS? QUAND?

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

- ❑ 100 à 150 épisodes pour 100000 habitants.
- ❑ 8000 décès / an des suites d'une HDH dont 2000 décès directement liés à l'HDH.
- ❑ Incidence et mortalité stationnaires malgré l'amélioration de la prise en charge: vieillissement de la population et AINS ?

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

75 % communautaires :

16 % ambulatoires

59 % hospitalisées

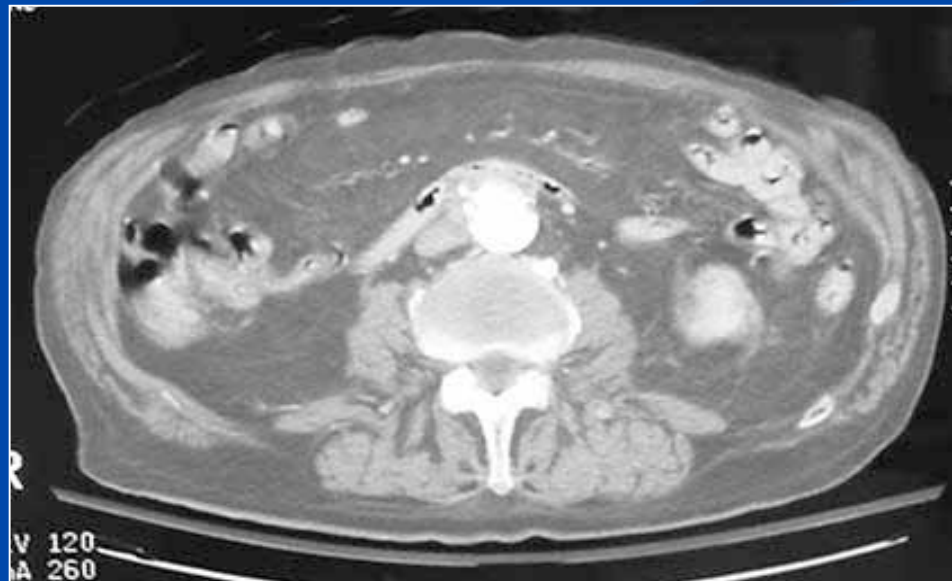
25 % au cours d'hospitalisation

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

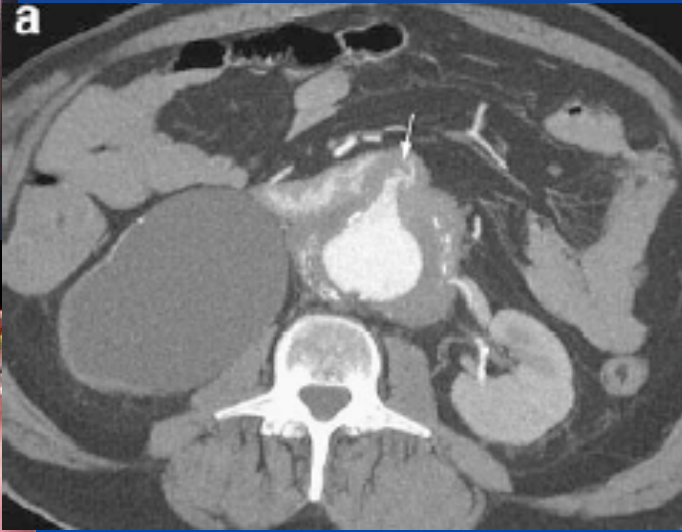
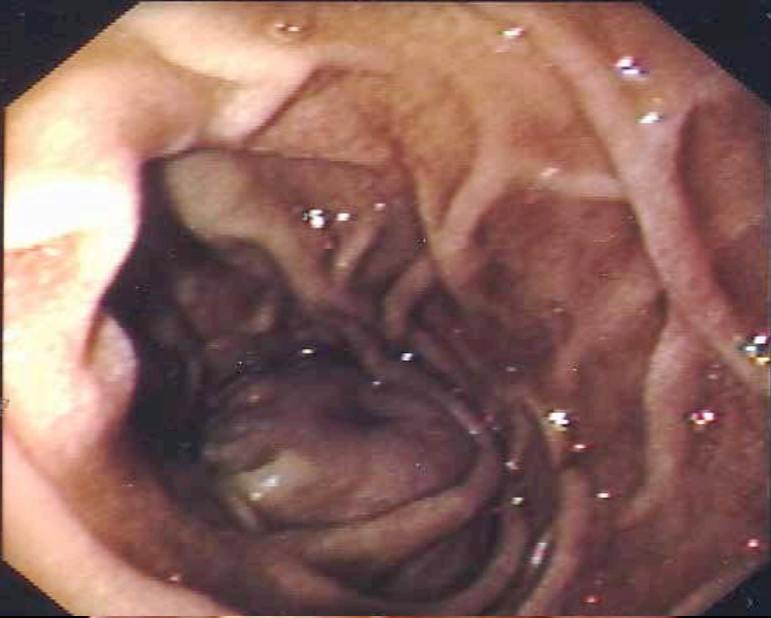
ETIOLOGIES	%
<b>UGD</b>	<b>35-50</b>
<b>HTP</b>	<b>30</b>
Gastrite / Duodénite aiguës	10-20
Mallory-Weiss	5-15
Tumeurs malignes	5-8
Ampullome vaterien	3
Oesophagite peptique	2
Dieulafoy	1-2
Ectasies vasculaires	<1
Hémobilie;Wirsungorragie	<1
<b>Fistules aorto-digestives</b>	<b>&lt;1</b>

# FISTULE AORTO-ENTERIQUE SUR PROTHESE

prévalence : 0,6 à 2,2%



# FISTULE AORTO-ENTERIQUE SUR PROTHESE



# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

MESURES NON SPECIFIQUES

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES *Mesure*

## *non spécifiques*

### ❑ Éliminer les diagnostics différentiels

- Hémoptysie
- Epistaxis déglutis
- Supplémentation martiale
- Ingestion de betteraves

### ❑ Rechercher les éléments d'orientation diagnostique

- Antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Cirrhose connue (Ascite, encéphalopathie hépatique)
- Vomissements alimentaires puis sang ( Mallory Weiss )

### ❑ Rechercher les facteurs de risque médicamenteux

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES *Mesure* *non spécifiques*

## Appréciation de la gravité de l'hémorragie:

### CLINIQUE:

- Fréquence cardiaque, PAS.
- Pâleur, soif;
- Sueurs, polypnée, angoisse

Présents si perte d'au moins 35% de la masse sanguine circulante

### BIOLOGIQUE:

Hb, F.rénale, respiratoire, hépatique..

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES *Mesure*

## *non spécifiques*

### ❑ Restaurer une volémie efficace

- Essentiel avant d'envisager le bilan endoscopique

### ❑ Objectif:

- PAS > 100 mmHg.
- PAM  $\approx$  80 mmHg chez le cirrhotique (risque de récurrence précoce si PAS > 80 mmHg)

### ❑ Restaurer le taux d'Hb:

- Hb à 7g/dl
- Hb à 10g/dl si ATCD de cardiopathie ischémique.
- Hb à 8g/dl chez le cirrhotique

### ❑ Oxygénothérapie nasale

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## EXPLORATIONS en URGENCE

A CERTAINS : Echo,TDM

A BEAUCOUP: FOGD dans les 24 heures suivant l'admission

A CERTAINS : FOGD à l'admission si

### HEMORRAGIE ACTIVE

OUI



NON



# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

*Mesures non spécifiques*

## Appréciation de l'activité de l'hémorragie

- Vomissements rouge vifs, melena répétés
- Instabilité hémodynamique
- Sonde gastrique: sang rouge

# Quels sont les patients nécessitant une endoscopie « immédiate » (<6h) pour HD ?

Score pour prédire la nécessité d'une endoscopie urgente

6 pts: sang rouge dans l'aspiration gastrique

4 pts : hémodynamique instable

4 pts : Hb < 8gr/dl

3 pts : GB > 12 000

**Table 7 Performance of the risk score in the external validation study**

Number of points	Patients overall (% of total)	Patients with active bleeding (%)
0-3	34 (31)	0
4-6	39 (35)	1 (2.6)
7-10	10 (9)	1 (10)
11-17	27 (25)	26 (96.3)

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## FOGD en URGENCE

intérêt de l'érythromycine.

	Amélioration qualité endoscopie	Réduction du recours à une 2° endoscopie	Raccourcissement de la durée de l'examen	Tolérance
Coffin (n=41)	oui	non	/	bonne
Frossard (n=105)	oui	oui	oui	bonne
Carbonnel (n=100)	oui	non	non	bonne

**ERYTHROMYCINE: IV bolus**

**3mg/kg**

**20à 30mn avant l'endoscopie.**

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

**ULCERE**

The background of the slide is a solid blue color. In the bottom right corner, there are several decorative, wavy, light blue lines that create a sense of movement and depth.

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

80% des hémorragies ulcéreuses s'arrêtent spontanément.

**QUI VA RECIDIVER et QUAND?**

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## ULCERE

### Facteurs prédictifs de récurrence hémorragique

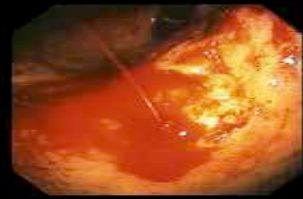
- Critères cliniques: Age > 60ans  
Choc à l'admission.
- Critères biologiques: Hb < 8g.
- Critères endoscopiques de l'ulcère:
  - Taille: > 2 cm
  - Siège: face postérieure du bulbe  
partie haute de la petite courbure gastrique
  - Aspect: classification de Forrest

*Stades aspect endoscopique*

*prévalence*

*récidive  
hémorragique*

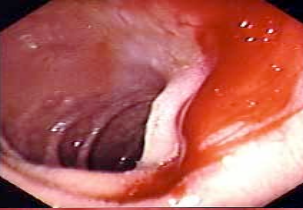
***I a*** en jet



10

90

***I b*** suintement diffus



10

30

***II a*** vaisseau visible



20

50

***II b*** caillot adhérent



20

25

***II c*** taches pigmentées



10

7

***III*** ulcère propre



30

3

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## ULCERE

Délai de survenue des récurrences:

Dans les 48 premières heures+++

J3: <5%

J7: <1%

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## ULCERE

### Traitements anti-sécrétoires

#### **Bases:**

- Traitement de l'ulcère non hémorragique.
- pH>6 nécessaire à l'agrégation plaquettaire.

#### **Résultats:**

- Famotidine et cimétidine inactifs.
- IPP: études contradictoires. MAIS
  - étude1: 274patients; Mortalité+Nouveau geste+
  - étude2: transfusions et chirurgie.
  - étude3: 220patients ;récidive 11%/36%
  - chirurgie 7%/24%
- Modalités d'administration:
  - ✓ 80mg bolus + 8mg/h IVSE 72h
  - ✓ 80mg bolus + 40mg/8h + 40mg PO/12h 5j
  - ✓ 40mg/12h 5j

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## ULCERE

- ❖ 240 patients
- ❖ Hémostase endoscopique puis
- ❖ Oméprazole 80mg bolus puis 8mg/h IVSE 72h
  
- ❖ Récidive hémorragique 6,7% groupe traité vs 22,5% groupe placebo
- ❖  $p < 0,001$
  
- ❖ Mortalité idem.

*Lau et al; N Engl J Med 2000*

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## ULCERE

### IPP QUAND?

638 patients

placebo ou oméprazole AVANT l'endoscopie.

Idem pour: transfusion, récurrence, chirurgie, mortalité.

Différence significative pour: nécessité d'un traitement endoscopique, durée d'hospitalisation, ulcère hémorragique.

*Lau: N Engl J Med ;2007.*

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

## ULCERE

### Eradication d'Hp

- ↘ risque de récurrence hémorragique après éradication
- Pb du dépistage des patients infectés au cours d'un épisode hémorragique:
  - ↘ nette de la sensibilité des biopsies
  - Recours aux tests sérologiques, résultats différés.
- Initier le tt d'éradication après l'arrêt de l'hémorragie sans urgence
  - ❖ AMOXICILLINE 1g x 2/j x1s
  - ❖ CLARYTHROMYCINE 500 mg x 2/j x1s
  - ❖ OMEPRAZOLE 20 mg x 2/j x1s

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES ULCERE

## Hémostase endoscopique

- Efficacité comparable quelles que soient les méthodes
  - ❖ Injection en 4 points d'une solution adrénalinée à 1/10000
  - ❖ Méthode thermique (coagulation bipolaire)
  - ❖ Interruption du vx hémorragique par clips
- Intérêt d'associer 2 méthodes?
- Pas d'intérêt à une reprise endoscopique systématique

# Score de Rockall

	0	1	2	3
Age	< 60 ans	60-79	> 80	
Choc	Non	Fc $\geq$ 100 PAs $\geq$ 100	Fc > 100 PAs < 100	
Co-morbidité	Non	Non	Insuf. cardiaque, autre	Insuf. rénale ou hépatique, cancer disséminé
Diagnostic	Mallory-Weiss ou absent	Autres	Cancer	
Signes de saignement	Non	Non	Forrest I, IIa ou IIb	

# HEMORRAGIES DIGESTIVES PRONOSTIC ULCERE

Score de Rockall

>8: mortalité: 46,5%

<3: mortalité: 4,2%

<2: mortalité: 0,8%

Sortie précoce ou surveillance courte (24heures) des patients possible ?

Anamnèse, examen clinique, Rockall<2 et endoscopie sans risque de récurrence.

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

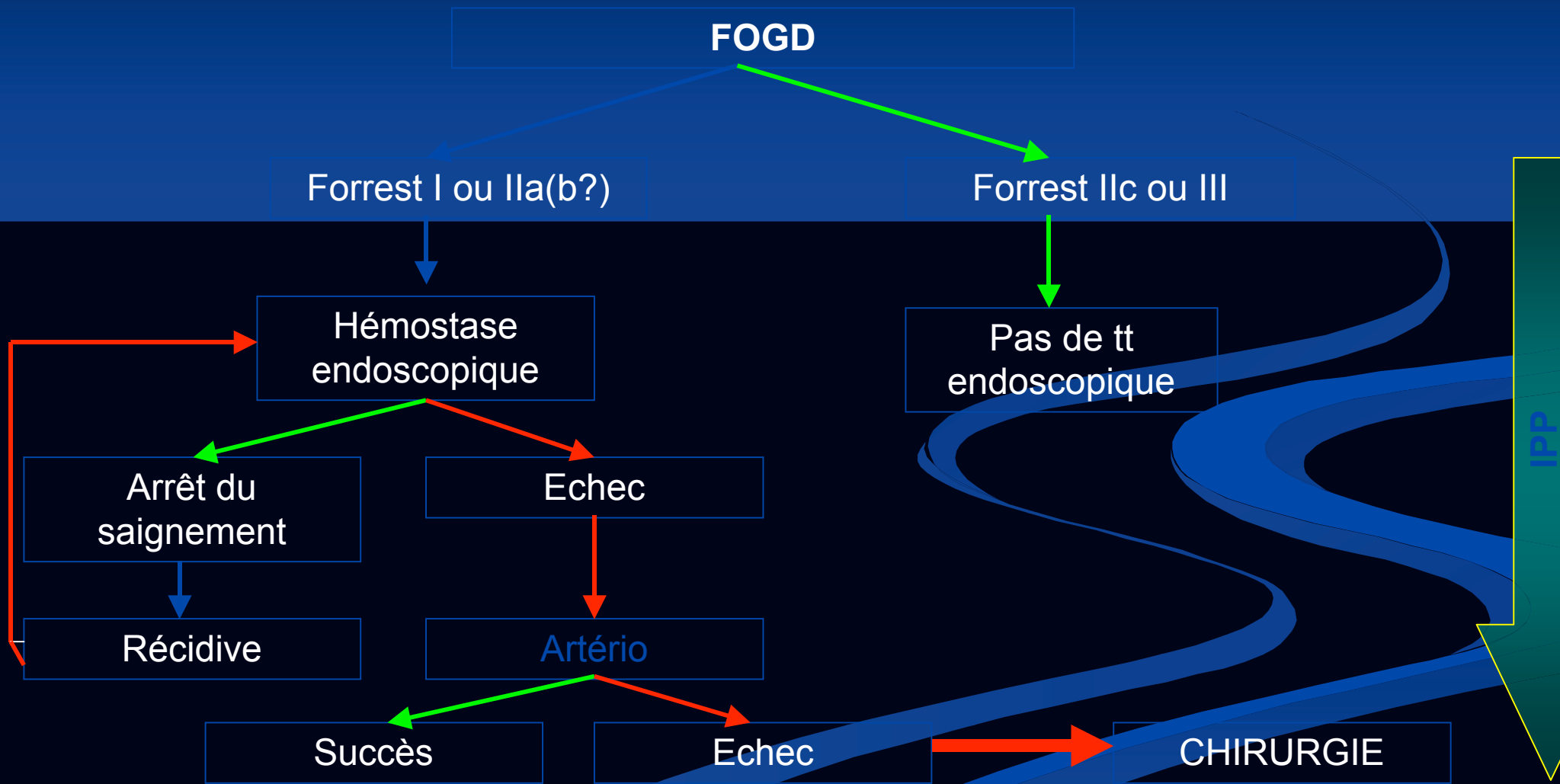
## ULCERE

❑ ARTERIOGRAPHIE avec embolisation .

❑ CHIRURGIE:

- Récidive hémorragique précoce après 1 ou 2 hémostases endoscopiques
- Critères morphologiques défavorables:
  - ❖ Taille > 2cm
  - ❖ Siège face post du bulbe, petite courbure angulaire
- Interventions délabrantes à éviter
  - ❖ Rester conservateur (suture de l'ulcère et de l'artère nourricière)

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES ULCERE



# **HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE**

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

**RVO = 70% des hémorragies digestives chez le cirrhotique**

- ❑ Mortalité du premier épisode hémorragique: **37%**
- ❑ Récidive dans les 3 premiers mois: **30-60%**
- ❑ Décès 3 ans après le premier épisode hémorragique **60%**
- ❑ Mortalité à 1 an: **20%**
- ❑ Risque de VO chez le cirrhotique: **5-20% en 2 ans**

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

## Récidive hémorragique

- Encéphalopathie hépatique
  - Transfusion sanguine avant hémostase endoscopique
  - La prise antérieure de propranolol
- 
- Score de Child Pugh
  - Saignement actif à l'endoscopie initiale
  - Infection bactérienne

[1] Ingrand et al; GCB 199

[2] Goulis et al Hepatology 199

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

## Traitements pharmacologiques

- Somatostatine, Octréotide, Terlipressine.
- Efficacité comparable à la sclérothérapie pour l'hémostase primaire.
- Etude en préhospitalier: diminution de la mortalité de J7 à J42. Début dès le diagnostic suspecté.
- Octréotide (SANDOSTATINE): 25µg/h IVSE.
- Terlipressine (GLYPRESSINE): fct du poids sans dérivés nitrés.

Poids	Posologie
<50 Kgs	1mg/4h
50-70 Kgs	1,5mg/4h
>70 Kgs	2mg/4h

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

## Hémostase endoscopique

Ligature élastique +++.

Sclérose à l'aetoxysclerol (risque de perforation, d'infection ++)

Colle (VCT).

## Si l'hémostase ne peut être obtenue

Sonde de tamponnement

Anastomose porto cave: chirurgicale

radiologique (TIPS)

Transplantation.

Facteur VII activé recombinant (Child A non;C ?)

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

**TRAITEMENT COMBINE (Vasoactif et endoscopique)**



**TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE SEUL**



**TRAITEMENT VASOACTIF SEUL**

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

## Indications actuelles du TIPS

En urgence si échec du traitement combiné.

Précocément chez des patients sélectionnés à haut risque de récurrence: meilleur critère de sélection: gradient de pression porto-cave > 20 mmHg\*.

\*Monesillo, Hepatology: 2004.

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

Prévenir les complications+++++

## ❑ Prévention de l'encéphalopathie hépatique

- Lactulose fortes doses (3 selles liquides/j) : discuté
- Flumazenil (ANEXATE\*)

## ❑ Prévention des infections bactériennes

- Fluoroquinolone
- NORFLOXACINE (400 mg x 2/j x7j)
- CEFTRIAXONE (1gr/j x7j) >NORFLOXACINE \*

## ❑ Insuffisance rénale

## ❑ Récidive hémorragique

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

Prévenir les complications+++++

## RECIDIVE HEMORRAGIQUE:

L'association béta-bloquant + traitement endoscopique réduit significativement le taux de récurrence hémorragique

à 6 mois de 32 % à 21 %

à 12 mois de 40 % à 22,5 %

à 24 mois de 39 % à 27 %

A 24 mois : gain significatif de survie (76 % à 85 %) chez les malades bénéficiant de l'association traitement endoscopique + béta-bloquant par rapport aux malades n'ayant que le seul traitement endoscopique

Il apparaît donc recommandé d'associer systématiquement un béta-bloquant au traitement endoscopique dans la prévention secondaire de l'hémorragie digestive par rupture de VO\*.

\*Meta analyse F. Segalas-Largey; francophones; 2008.

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES HYPERTENSION PORTALE

## SCORE de CHILD PUGH

Score	1	2	3
EH	Absente	Astérisis	Troubles de conscience
Ascite	Absente	Modérée	Importante
Bili T	<35	35-50	>50
Alb	>35	28-35	<28
TP	>50	40-50	<40

**A = 5-6**

**B = 7-9**

**C = 10-15**

# HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES PRONOSTIC HTP

## SCORE de CHILD PUGH

Mortalité globale : 20%  
grade C: 50%

Toutes les HD chez le cirrhotique doivent être hospitalisées.

# HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES

<b>ETIOLOGIES</b>	<b>%</b>
<b>COLIQUE, RECTALE, ANALE</b>	<b>95</b>
Diverticulose colique	25
Tumeurs malignes	20
Angiodysplasies coliques	17
Hémorroïdes	12
Polypes et lésions villeuses	9
<b>Traumatismes ano-rectaux</b>	<b>3</b>
Fissures anales	3
MICI	2
Hémorragie post opératoire	1,5
Colite ischémique	1
Colite radique	0,5
Rendu-Osler	0,5
Hémorragie post polypectomie	0,5
<b>INTESTIN GRELE</b>	<b>5</b>

# HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

Saignement d'une lésion située en aval de l'angle de Treitz, au niveau du grêle, du colon, du rectum ou de l'anus

- Aucun travail épidémiologique prospectif français
- Principale étude est américaine (2):
  - Incidence annuelle: 20,5 cas pour 100000 habitants (2)  
27 cas pour 100000 habitants par an (3)
  - Sujets âgés: taux multiplié par 200 entre 30 ans et 90 ans
  - Mortalité globale de 3,6%
- Facteur de risque: Risque multiplié par deux sous AINS y compris l'aspirine (notamment dans la pathologie diverticulaire)

(1) Hochain P et al. Rev Prat 1995; 45: 2277-82

(2) Longstreth GF. Am J Gastroenterol 1997; 92: 419-24

(3) Zuckerman GR et al. Gastrointest Endosc 1998; 48: 606-17

# HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

## MOYENS DIAGNOSTIQUES

Aucun essai prospectif randomisé comparant la rentabilité diagnostique des différentes techniques en urgence

- Rectosigmoïdoscopie

- Coloscopie en urgence ou programmée

Examen de référence mais de réalisation difficile en période hémorragique (réalisée dans les 6 à 48h)

Préparation en urgence par la technique du wash-out

Performance diagnostique faible avec une responsabilité

lésionnelle établie dans 48 à 90% des cas \*

Hémostase endoscopique dans 70% des cas

Taux de complication de 0,8 à 1,3% \*

- Entéroscanner avec angioscanner \*\*

- Artériographie

Efficiences diagnostiques de 27 à 77% \*

Débit de l'hémorragie 0,5 à 1 ml/min

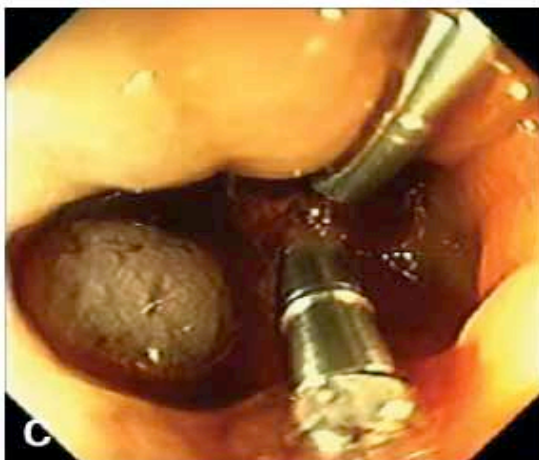
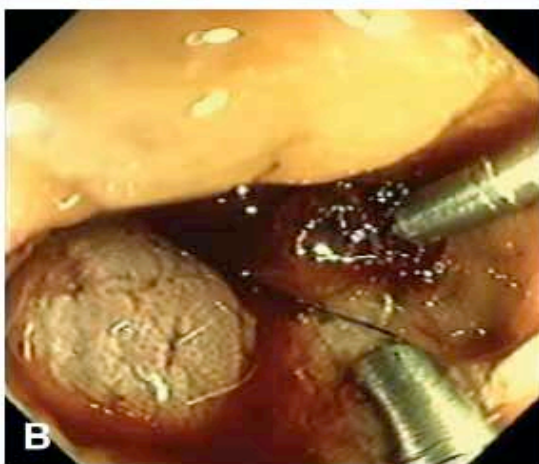
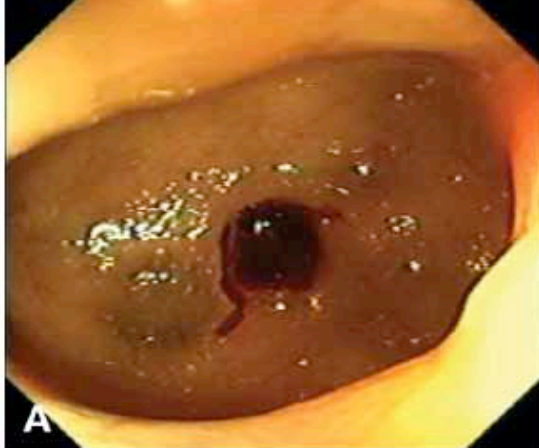
(\*) Zuckerman GR et al. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 228-38

(\*\*) Junquera F et al. *Gastroenterology* 2000; 119: 293-9

# HEMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

## Diverticulose

- ❑ Pas de tt spécifique
- ❑ Arrêt spontané dans la grande majorité des cas après normalisation de l'hémostase
- ❑ Si récurrence précoce ou survenue en dehors de la prise d'AINS, Aspirine ou anticoagulant
  - **Discuter chirurgie d'hémostase**



1. A, Endoscopic view of protruding vessel within

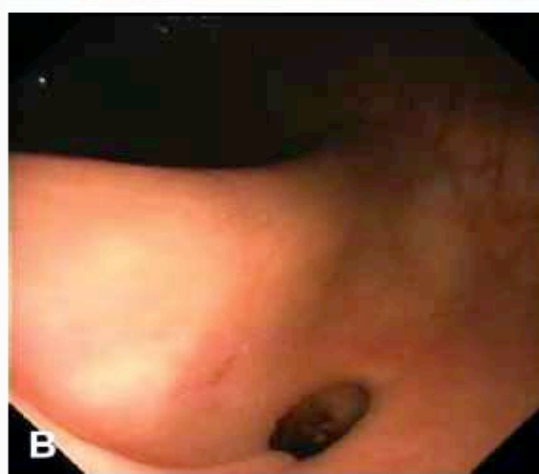


Figure 2. A, Endoscopic view of bleeding diverticulum. B, Closer view showing protruding vessel within dome.



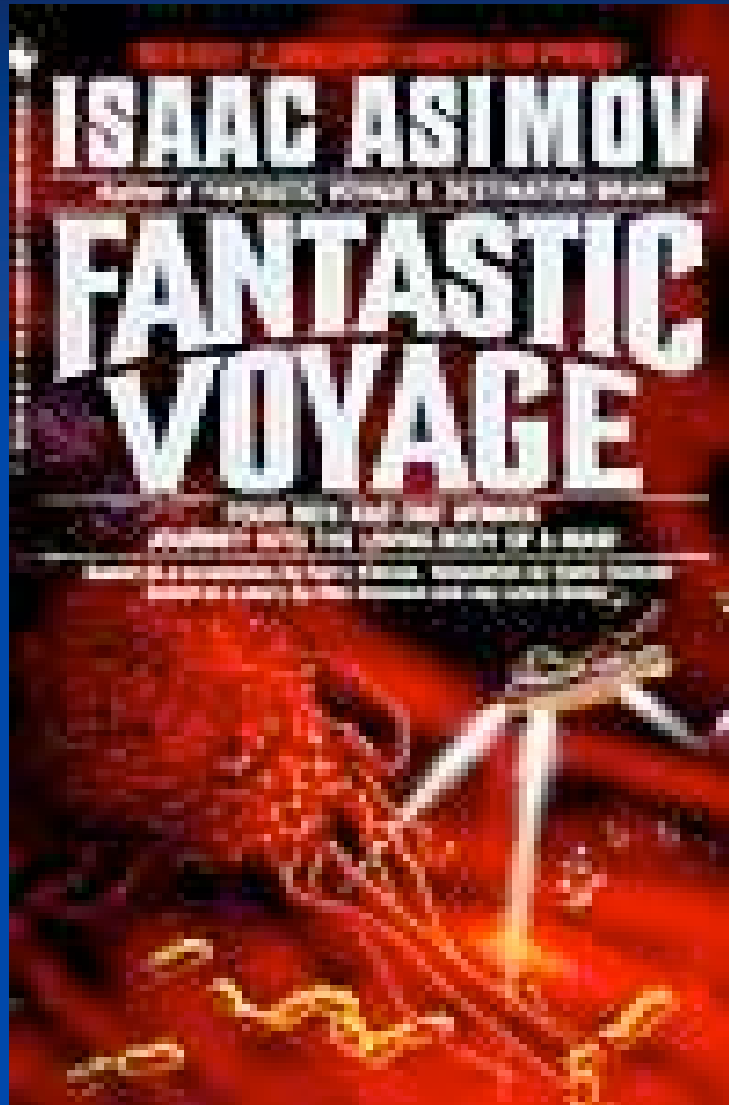
Figure 3. Artist drawing of angio-architecture of arterial supply of a diverticulum. Inset, angio-architecture of normal colon.

# PRISE EN CHARGE D'UNE HEMORRAGIE DIGESTIVE

## Les nouvelles techniques d'exploration du grêle

- ❑ **Vidéocapsule**
- ❑ **Entéroscopie**
- ❑ **Entéroscopie double ballon**

# 2000 ODYSSEE DU GRELE



# CLINIQUE ET RENDEMENT VCE

Pennazio et al. *Gastroenterology* 2004

**Table 3.** Diagnostic Yield of Capsule Endoscopy According to Type of Bleeding

Type of bleeding	Type of finding (%)		
	Positive	Suspicious	Negative
Overt-ongoing (n = 26)	24 (92.3)	0 (0.0)	2 (7.7)
Overt-previous, overall (n = 31)	4 (12.9)	5 (16.1)	22 (71.0)
10–14 days (n = 3)	2 (66.6)	0 (0.0)	1 (33.3)
3–4 weeks (n = 3)	1 (33.3)	2 (66.6)	0 (0.0)
2–3 months (n = 9)	0 (0.0)	2 (22.2)	7 (77.8)
4–6 months (n = 11)	1 (9.1)	0 (0.0)	10 (90.9)
7–12 months (n = 5)	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)
Occult (n = 43)	19 (44.2)	10 (23.2)	14 (32.6)

00:07:49 22 Oct  
JP



GIVEN(R)

00:58:25 30 Oct  
JP



GIVEN(R)

**HEMORRAGIES DIGESTIVES**  
**ANTIAGREGANTS**  
**ANTICOAGULANTS**

# ANTIAGREGANTS ET HD

L'aspirine et la plupart des AINS limitent l'agrégation plaquettaire.

- Aspirine: 3 à 5 jours d'arrêt du traitement sont le plus souvent suffisants pour que le patient ait récupéré une fonction hémostatique normale (après 3 jours d'arrêt de l'aspirine chez 50% des patients et après 4 jours d'arrêt chez 80%)
- Les AINS inhibent aussi la cyclo-oxygénase mais de manière réversible. Seul le flurbiprofène (CEBUTID®) possède une AMM comme AAP.

# ANTIAGREGANTS ET HD

Les thiénopyridines: ticlopidine (TICLID®)  
clopidogrel (PLAVIX®)

- Blocage irréversible de l'un des récepteurs plaquettaires à l'adénosine diphosphate. En cas d'HD la transfusion de plaquettes peut être utile .
- Comme pour l'aspirine, 3 à 5 jours peuvent suffire pour récupérer une fonction hémostatique normale .

# ANTIAGREGANTS ET HD

- Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) spécifique pour un relais d'AAP.
- Le relais des AAP est envisageable mais aucun traitement n'a cependant été validé prospectivement.
- Le flurbiprofène (CEBUTID®) qui possède une activité **antiagrégante réversible** en 24 heures, est parfois utilisé, sans preuve formelle de son efficacité, à la dose de 50 mg deux fois par jour
- Les HBPM sont une alternative selon le même schéma que pour le relais des anticoagulants.

# ANTIAGREGANTS ET HD

## Risque thromboembolique majeur

- les syndromes coronariens aigus datant de moins de un mois;
- l'implantation d'une endoprothèse coronaire passive (acier nu) datant de moins de un mois;
- l'implantation d'une endoprothèse coronaire active «thérapeutique». Le risque thrombotique majeur persiste durant au moins un an suivant la pose d'une endoprothèse active.

**CAT: AVIS CARDIO** :éventuel relais (HBPM à doses curatives seule, association HBPM à doses curatives + CEBUTID®...) sur 10 jours avec arrêt des AAP ou fenêtre courte sans relais de 5 jours sans AAP.

# ANTIAGREGANTS ET HD

## Risque thromboembolique modéré

- les syndromes coronariens aigus datant de plus d'un mois et l'angor stable;
- la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde ou de l'artérite;
- la prévention secondaire de l'AVC chez un patient sans cardiopathie emboligène;
- la FA chez un sujet de moins de 65 ans sans facteur de risque thromboembolique et sans cardiopathie emboligène.

**CAT: Relais du traitement antithrombotique ( CEBUTID® ou HBPM ou fenêtre sans traitement.**

# ANTIAGREGANTS ET HD

## Risque thromboembolique mineur

Prévention primaire par AAP du risque de décès et d'infarctus du myocarde chez le sujet de plus de 50 ans ayant au moins un facteur de risque vasculaire.

CAT: Arrêt du traitement et une reprise différée.

# ANTICOAGULANTS (AVK) ET HD

Arrêt et antagoniser par vit K1 (1 à 2mg per os ou 10 mg en IV lente) et/ou PPSB.

Risque hémorragique supérieur au risque thrombotique en cas de fibrillation auriculaire ou de valve cardiaque:

Prophylaxie thromboembolique à J2.

Anticoagulation efficace à J7?-J10? voire J14.

Risque thrombotique supérieur au risque hémorragique en cas de thrombose veineuse embolique de moins de 3 mois:

Héparine SE ou HBPM.

# HEMORRAGIES DIGESTIVES DE STRESS

# HEMORRAGIES DIGESTIVES DE STRESS PREVENTION

- 1 à 5% des patients de réanimation
  - 2 facteurs de risque en analyse multivariée
    - ❖ I.Resp.Ä. : Ventilation mécanique > 48 heures
    - ❖ thrombopénie < 50000 /mm<sup>3</sup>
- |             |       |
|-------------|-------|
| 0 facteur:  | 0,1 % |
| 1 facteur:  | 3,7 % |
| 2 facteurs: | 8 %   |

# HEMORRAGIES DIGESTIVES DE STRESS PREVENTION

- Efficacité des antiacides, des antiH2, du sucralfate et des IPP.
- OMEPRAZOLE>RANITIDINE (6% versus 31%).
- Problèmes:
  - Infections nosocomiales (antiacides)
  - Diarrhée (antiacide, misoprostol)
  - Prix (IPP IV).

Rôle protecteur de la Nutrition Entérale +++

Scientifique: ranitidine

Pratique: IPP

# HEMORRAGIES DIGESTIVES

## Conclusions

Prévention des ulcères sous AINS.  
des ruptures de VO.  
des ulcères de stress.

Prise en charge multidisciplinaire des hémorragies digestive  
Intérêt de la prise en charge médicamenteuse précoce.  
Rôle central de l'endoscopie.

Tout gastroentérologue réveillé  
à 3heures du matin devient  
brutalement agressif voire  
belliqueux quand on lui  
annonce une HD stable à  
14gr d'hémoglobine.

