PRISE EN CHARGE ENDOSCOPIQUE D'UN MALADE CIRRHOTIQUE

Dr Sarah Mouri

Unités de Soins Intensifs HGE

Hôpital de la Pitié Salpêtrière

Journée du GHIF
17/06/2023

CAS CLINIQUE

- Mr F., 54 ans, suivi pour une cirrhose mixte liée à une consommation excessive d'alcool sevrée et dysmétabolique, se présente aux urgences pour du méléna apparu le matin.
- Ses constantes sont : TA 110/62 mmHg, FC 88 bpm, T° 36,6°, SaO2 97% en AA
- La cirrhose est habituellement Child B7. Il a des varices œsophagiennes en prophylaxie primaire par béta-bloquant, il n'a pas d'ascite et n'a jamais fait d'encéphalopathie hépatique.
- Il est également suivi pour une cardiopathie ischémique stentée il y a 8 ans ainsi qu'un diabète de type 2 non insulino-requérant.

Ses traitements habituels sont :

- Propranolol LP 160 mg/j
- Atorvastatine 20 mg/j
- Kardégic 75 mg/j

L’examen physique montre :

- Absence de signes de choc
- Abdomen souple, dépressible, indolore ; pas d’ascite clinique ; orifices herniaires libres ; pas d’ictère
- Examen cardio-respiratoire sans particularité
- Pas de flapping

Le bilan biologique fait à l’entrée montre :

GB 5400/mm3, Hb 6,2 g/dL, plq 75 000/mm3

TP 48%, bilirubine totale 26 µmol/L, albumine 27 g/L

Q1. Parmi les propositions suivantes, que faites-vous lors de la prise en charge initiale du patient ?

A- Vous le transfusez en culots de globules rouges avec un objectif d'Hb à 9-10 g/dL

B- Vous suspendez son traitement par aspirine

C- Vous débutez un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons

D- Vous ne débutez pas d'antibioprophylaxie car il n'a pas d'ascite

E- Vous organisez une endoscopie oeso-gastro-duodénale dans les 24h

Q1. Parmi les propositions suivantes, que faites-vous lors de la prise en charge initiale du patient ?

A- Vous le transfusez en culots de globules rouges avec un objectif d'Hb à 9-10 g/dL

B- Vous suspendez son traitement par aspirine

C- Vous débutez un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons

D- Vous ne débutez pas d'antibioprophylaxie car il n'a pas d'ascite

E- Vous organisez une endoscopie oeso-gastro-duodénale dans les 24h

Q2. L’EOGD montre des varices œsophagiennes de grande taille avec un saignement actif en nappe sur l’un des cordons. Quel geste d’hémostase réalisez-vous ?

A- Une ligature élastique

B- Une sclérose à l’éthoxysclérol

C- Un encollage à l’histoacryl

D- Une sclérose au sérum adrénaliné

E- Aucun. Vous posez un TIPS de sauvetage.

Q2. L'EOGD montre des varices œsophagiennes de grande taille avec un saignement actif en nappe sur l'un des cordons. Quel geste d'hémostase réalisez-vous ?

A- Une ligature élastique

B- Une sclérose à l'éthoxysclérol

C- Un encollage à l'histoacryl

D- Une sclérose au sérum adrénaliné

E- Aucun. Vous posez un TIPS de sauvetage.

Q3. Votre patient sort à domicile après 7 jours d'hospitalisation. Concernant la prophylaxie secondaire de la rupture de varices :

A- Vous organisez une nouvelle endoscopie dans 6-8 semaines

B- Vous organisez une nouvelle endoscopie dans 3-4 semaines

C- Vous posez un TIPS pré-emptif

D- Vous poursuivez le traitement par béta-bloquant mais en changeant pour du carvedilol

Q3. Votre patient sort à domicile après 7 jours d'hospitalisation. Concernant la prophylaxie secondaire de la rupture de varices :

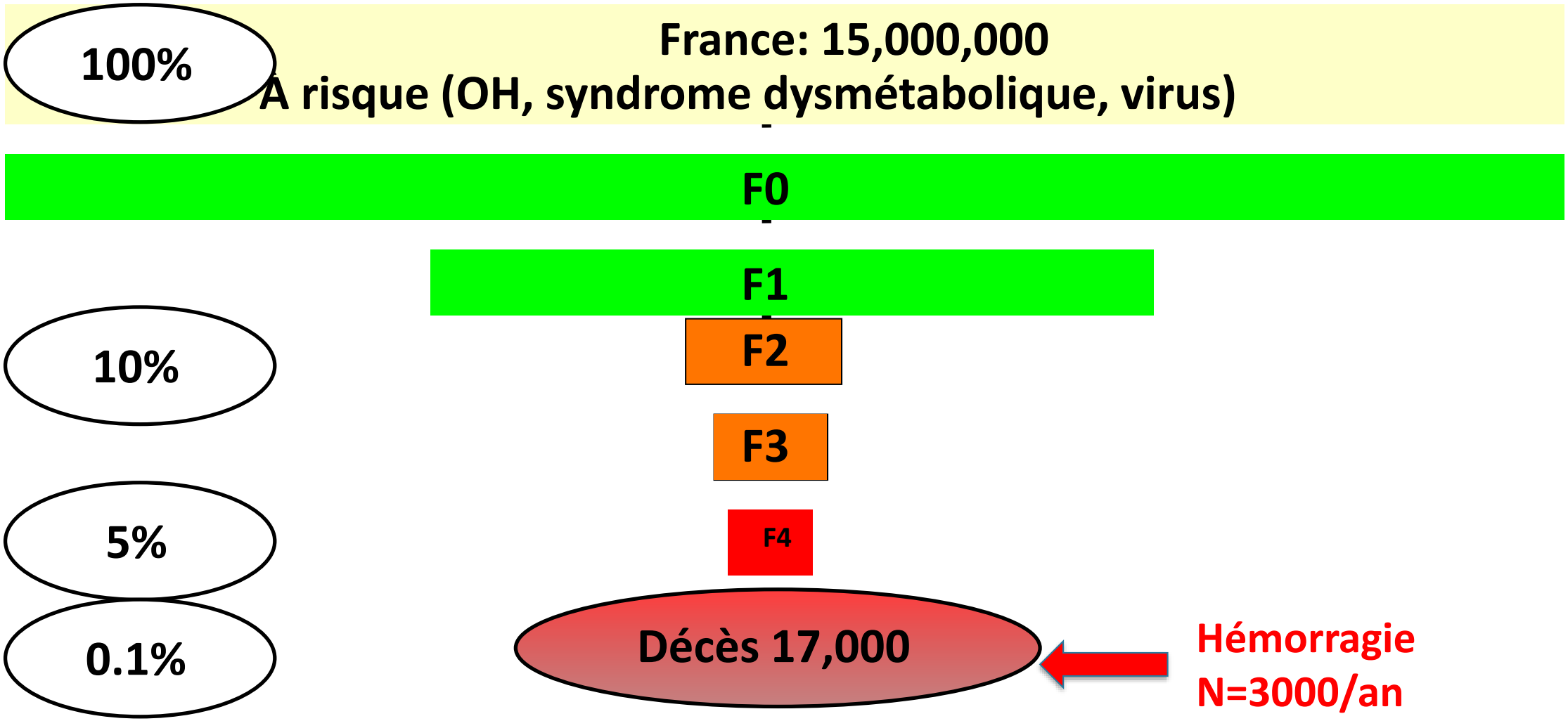
A- Vous organisez une nouvelle endoscopie dans 6-8 semaines

B- Vous organisez une nouvelle endoscopie dans 3-4 semaines

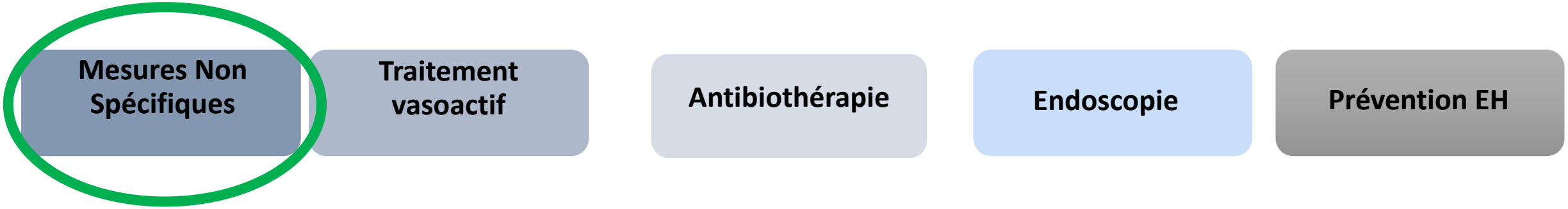
C- Vous posez un TIPS pré-emptif

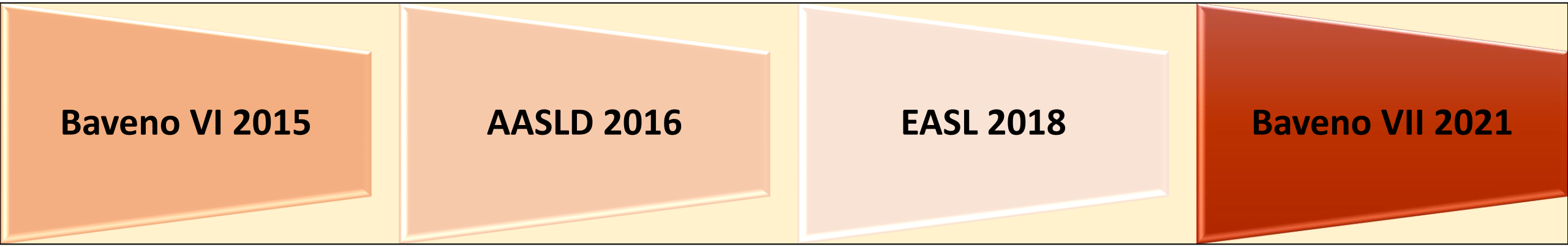
D- Vous poursuivez le traitement par béta-bloquant mais en changeant pour du carvedilol

EPIDÉMIOLOGIE



Recommandations

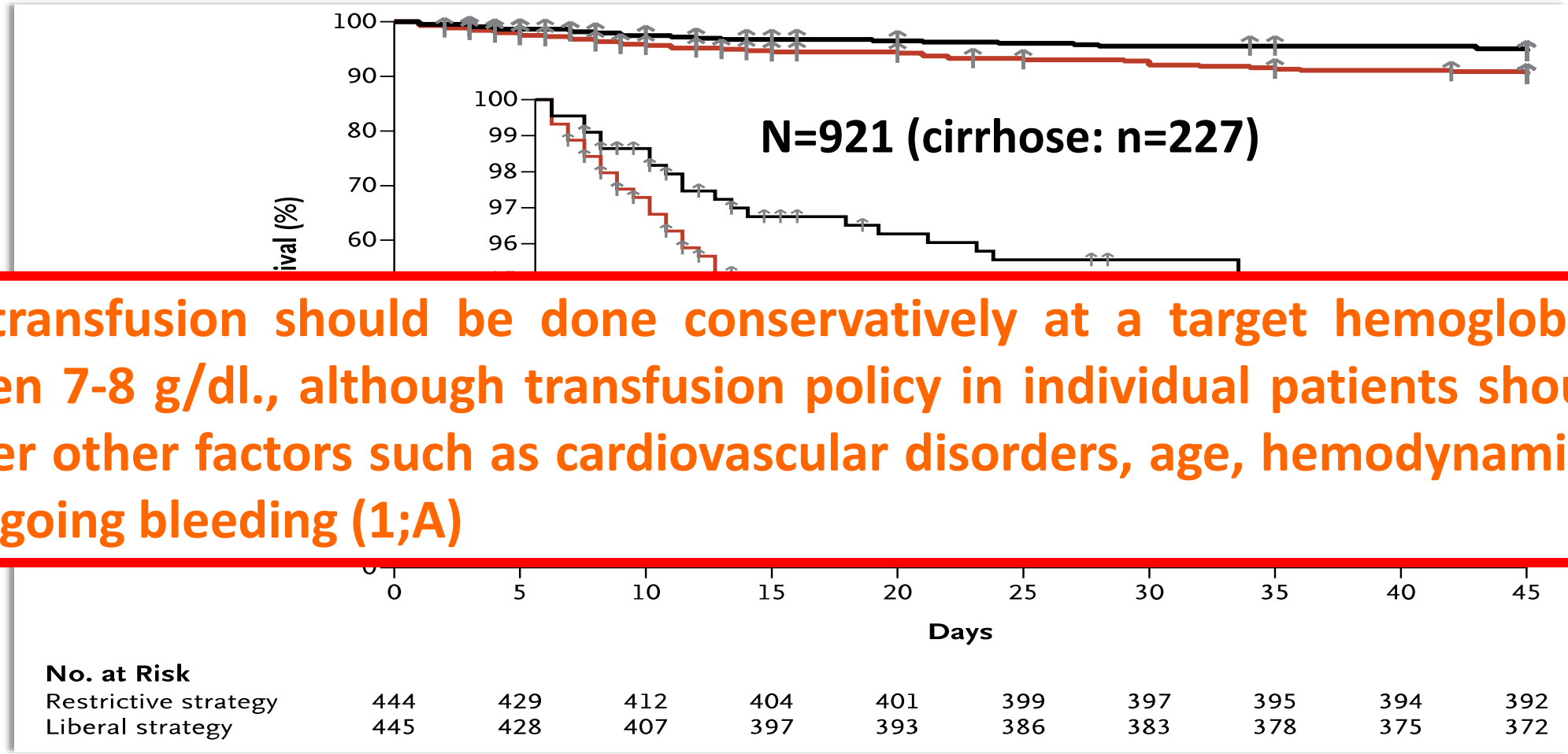




pTIPS pour les patients à haut risque

De Franchis, J Hepatol 2015, 2021
Garcia-Tsao, Hepatology 2017
EASL, J Hepatol 2018

Transfusions: stratégie restrictive ou libérale ?



PRBC transfusion should be done conservatively at a target hemoglobin level between 7-8 g/dl., although transfusion policy in individual patients should also consider other factors such as cardiovascular disorders, age, hemodynamic status and ongoing bleeding (1;A)

Villanueva, NEJM 2013

Plaquettes?

- Aucune étude réalisée au cours de la cirrhose à ce jour

- Plaquettes si saignement massif et plaquettes <30.000/mm3

Osman, Réanimation 2012

PFC? FVIIr?

- Pas de PFC de façon systématique, **<u>en dehors du choc</u>**

TABLE 3 Comparison of outcomes in patients who received fresh frozen plasma (FFP) transfusion to those who did not receive FFP transfusion with unadjusted odds ratio and adjusted odds ratio from multivariable analysis

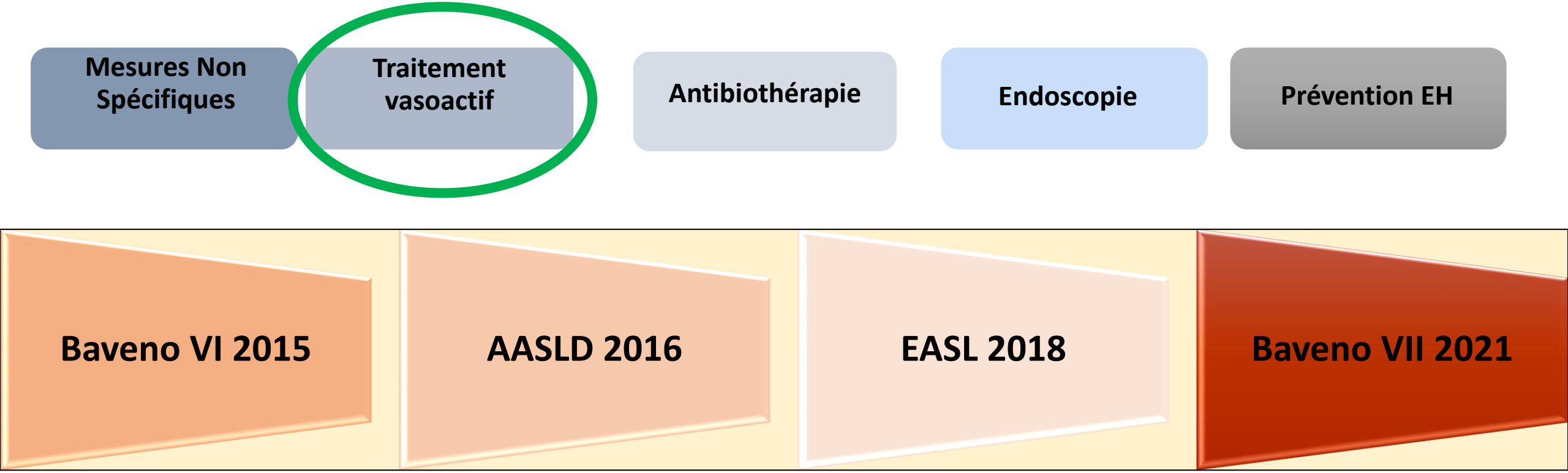
	All patients (n = 244)	Received FFP transfusion (n = 100)	Did not receive FFP transfusion (n = 144)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)[a]
Mortality at 42 d, n (%)	47 (19.3)	37 (37.0)	10 (6.9)	7.87 (3.68-16.83)	9.41 (3.71-23.90)
Failure to control bleeding at 5 d, n (%)	20 (8.2)	14 (14.0)	6 (4.2)	3.74 (1.39-10.11)	3.87 (1.28-11.70)
Length of stay >7 d, n (%)	85 (34.8)	51 (51.0)	34 (23.6)	3.37 (1.94-5.83)	1.88 (1.03-3.42)

[a]Adjusted for age, MELD score and HCC.

- FVIIr: tous les essais sont **<u>négatifs</u>**

Bosch, Gastroenterology 2004
Bosch, Hepatology 2008
Mohanty, Liver int 2021

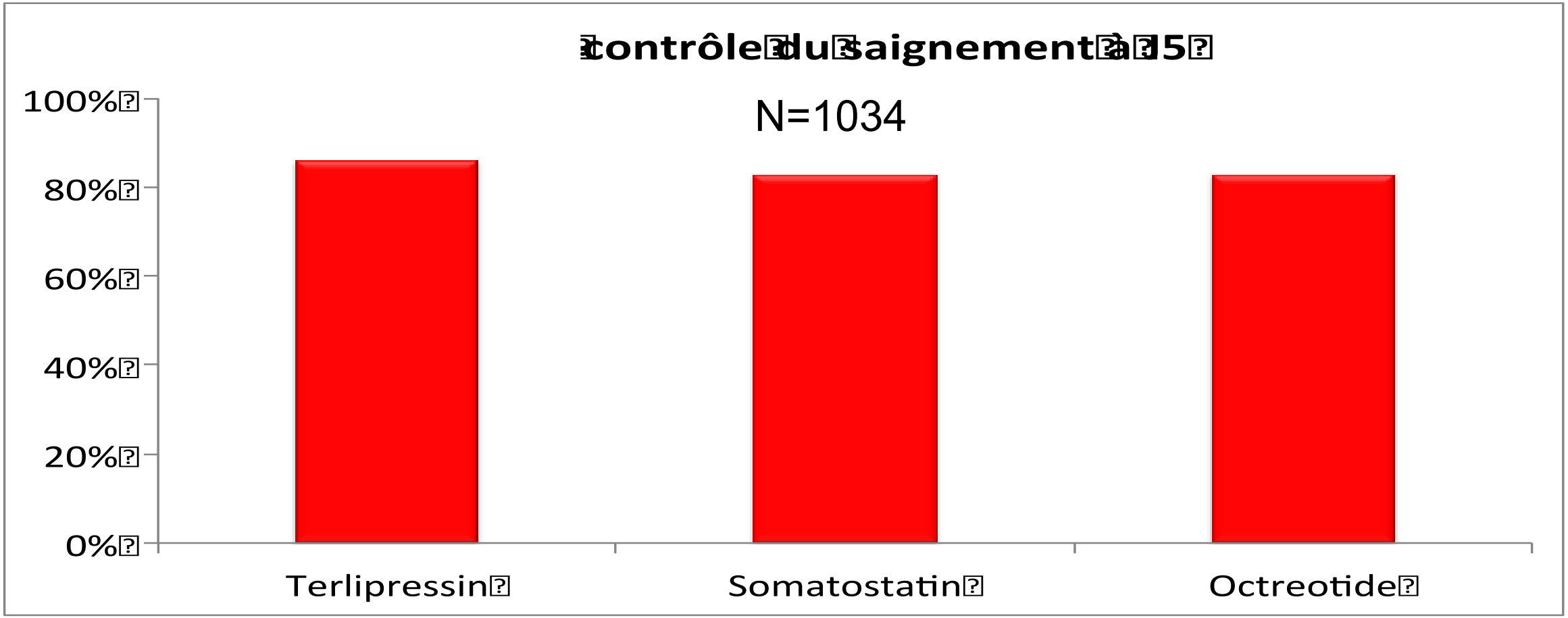
Recommandations



pTIPS pour les patients à haut risque

De Franchis, J Hepatol 2015, 2021
Garcia-Tsao, Hepatology 2017
EASL, J Hepatol 2018

Traitement vaso-actif: le plus tôt possible



5 jours de traitement

Seo, Hepatology 2014

Les IPP: pourquoi, quand et à quelle dose?

Augmentation du pH gastrique
(stabilise caillot)
Objectif pH>6

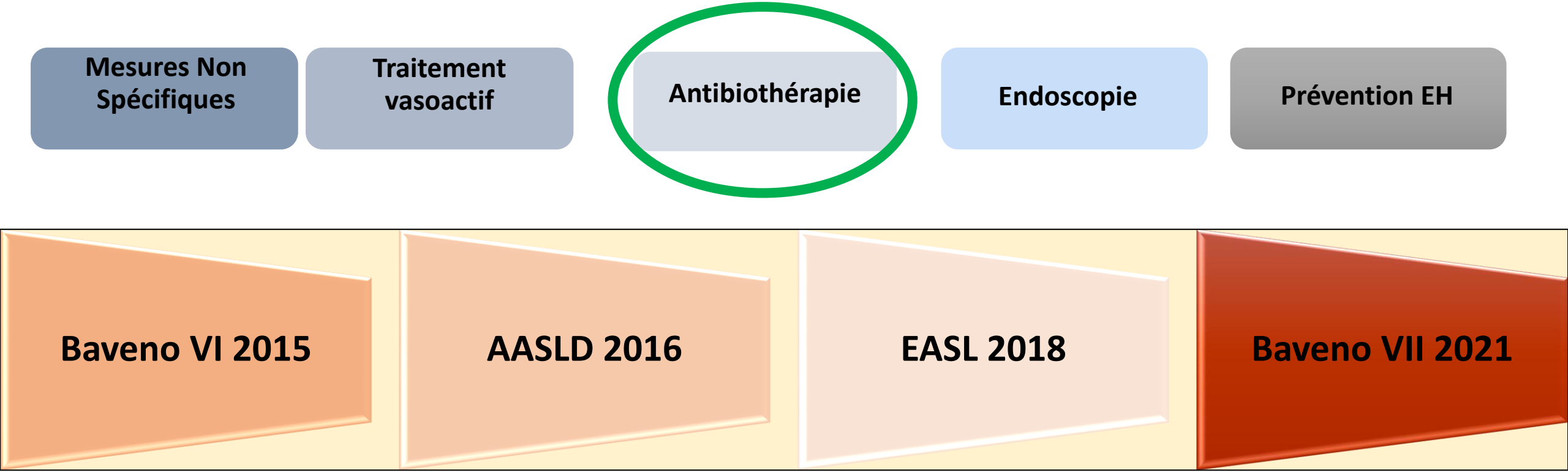
Avant la FOGD: améliore la visibilité des lésions

IPP>antiH2

Après la FOGD: si ulcère, améliore **récidive hémorragique, chirurgie et survie vs placebo**

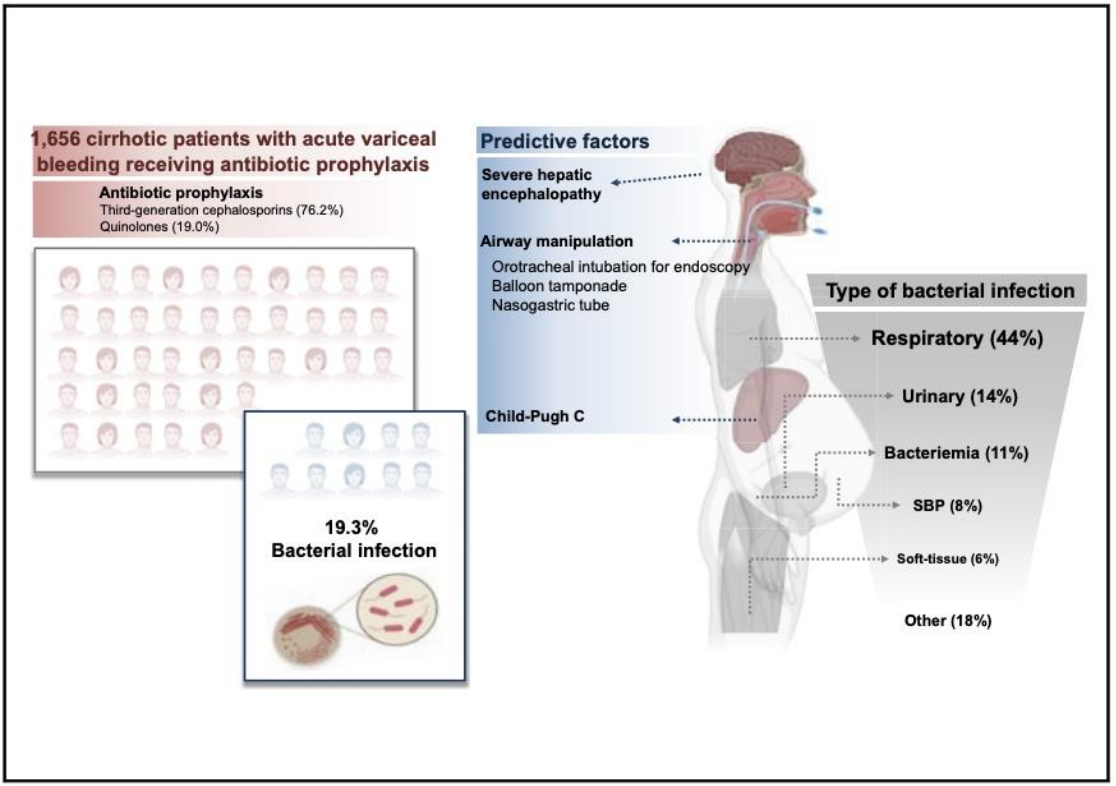
Netzer, Am J Gastroenterol 1999
Labenz, Gut 1997
Lau, NEJM 2001
Lau NEJM 2007

Recommandations



pTIPS pour les patients à haut risque

De Franchis, J Hepatol 2015, 2021
Garcia-Tsao, Hepatology 2017
EASL, J Hepatol 2018



Toujours 20% d'infections
Pneumopathie= 44%

Table 3. Multivariate regression analysis of variables associated with development of bacterial and respiratory infection.

	Bacterial infection			Respiratory infection		
Variable	**OR**	**95% CI**	***p* value**	**OR**	**95% CI**	***p* value**
Child-Pugh A		Ref.			Ref.	
Child-Pugh B	2.2	1.3–1.7	<0.01			
Child-Pugh C	2.9	1.7–5.0	<0.01	3.1	1.4–6.7	<0.01
Severe (grade III-IV) hepatic encephalopathy	2.3	1.6-3.3	<0.01	2.8	1.8–4.4	<0.01
Nasogastric tube	1.4	1.1–1.8	0.01	1.7	1.2–2.4	<0.01
Orotracheal intubation for endoscopy	2.0	1.5–2.6	0.01	2.6	1.8–3.8	<0.01
Esophageal balloon tamponade				2.4	1.2–4.9	0.02

Martinez, J Hepatol 2021

Modalités de l’antibiothérapie

Intravenous ceftriaxone 1 g/24 h should be considered I patients with advanced cirrhosis (1b;A), in hospital settings with high prevalence of quinolone-resistant bacterial infections and in patients on previous quinolone prophylaxis, and should always be in accordance to local resistance patterns and antimicrobial policies (5;D) D2

Recommandations

Mesures Non Spécifiques

Traitement vasoactif

Antibiothérapie

Endoscopie

Prévention EH

Baveno VI 2015	AASLD 2016	EASL 2018	Baveno VII 2021

pTIPS pour les patients à haut risque

De Franchis, J Hepatol 2015, 2021
Garcia-Tsao, Hepatology 2017
EASL, J Hepatol 2018

Préparation de l'estomac

Study or subgroup	Erythromycin Events	Erythromycin Total	Placebo Events	Placebo Total	Weight	Risk ratio M-H, Fixed, 95% CI
Altraif 2011	23	47	10	43	17.2%	2.10 [1.14, 3.90]
Carbonell 2006	32	49	22	50	35.8%	1.48 [1.02, 2.16]
Coffin 2002	17	19	12	22	18.3%	1.64 [1.09, 2.48]
Frossard 2002	42	51	18	54	28.7%	2.47 [1.66, 3.68]

Risk ratio M-H, Fixed, 95% CI

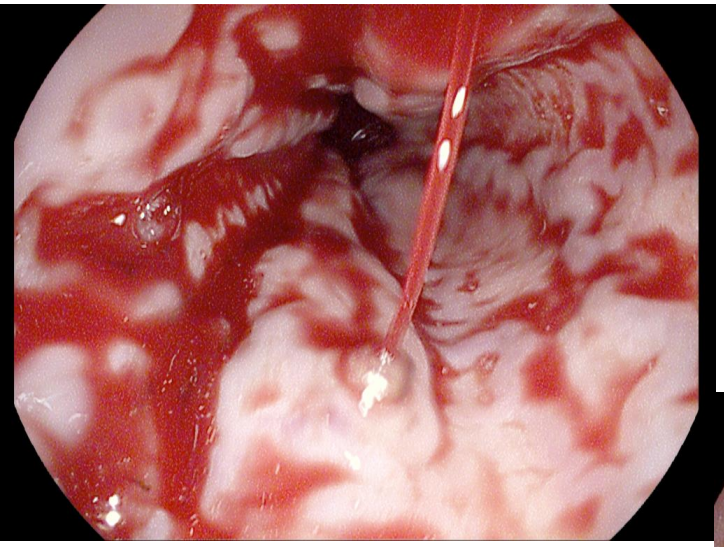
➢ 146 ruptures de varices

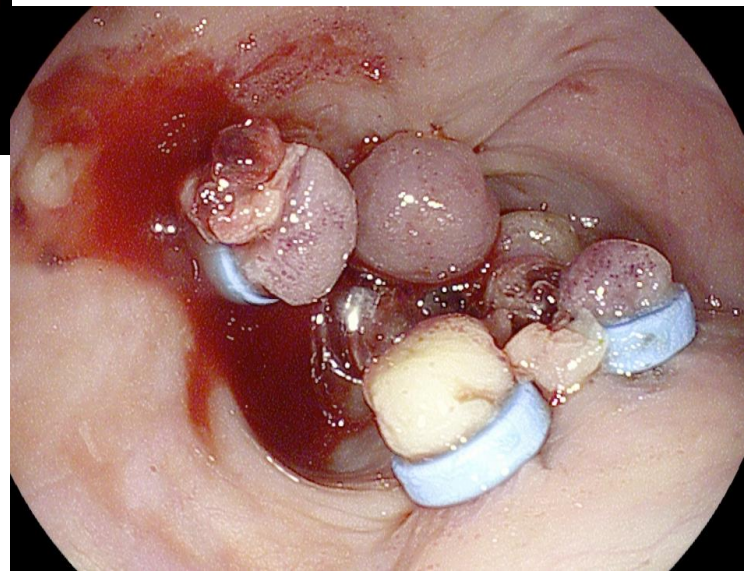
"In the absence of contraindications (QT prolongation), pre-endoscopy infusion of erythromycin (250mg IV 30-120 minutes before endoscopy) is associated with improved endoscopic visualization, a higher diagnostic yield, less need for second-look endoscopy, fewer units of blood transfused and reduced length of hospital stay, and therefore should be considered" (1;A)

Hospital stay	−0.98 (−1.54, −0.41)	3.39	0.0007	3.24	0.36	7%
Procedure time	−1.73 (−4.46, 1.00)	1.24	0.21	10.44	0.02	71%
Death	0.51 (0.17, 1.52)	1.21	0.23	0.36	0.55	0%

Bai et al. Aliment Pharmacol Ther 2011; 34; 166
Martinez, J Hepatol 2021

Traitement endoscopique: ligature endoscopique dans les 12h ou le plus tôt possible (rupture de VO)





Intérêt de l'association traitement vasoactif et LVO

Abandonner la sclérothérapie

Banares, Hepatology 2002

Gastroesophageal varices (GOVs)

GOV1

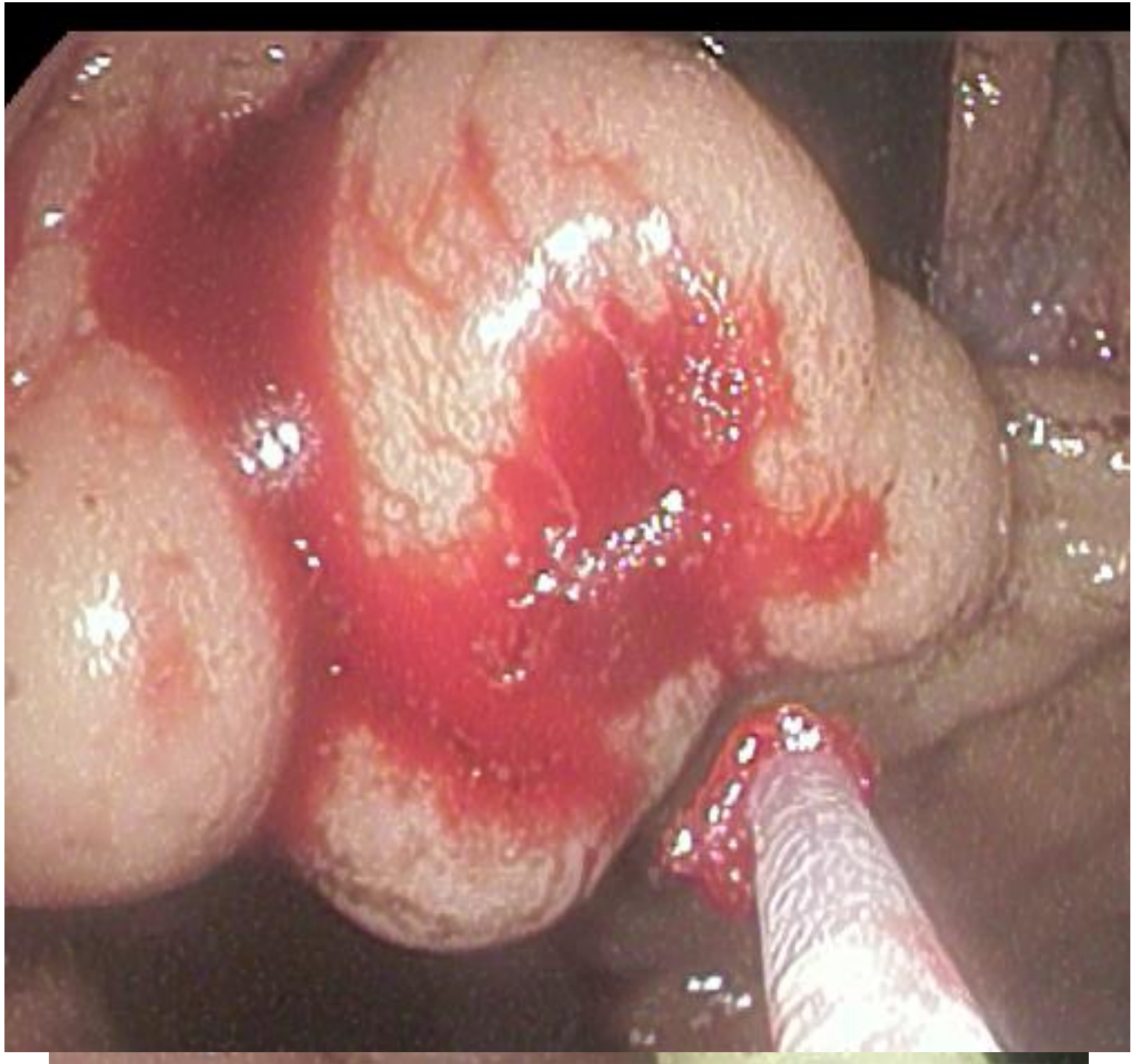
GOV2

Isolated gastric varices (IGVs)

IGV1

IGV2

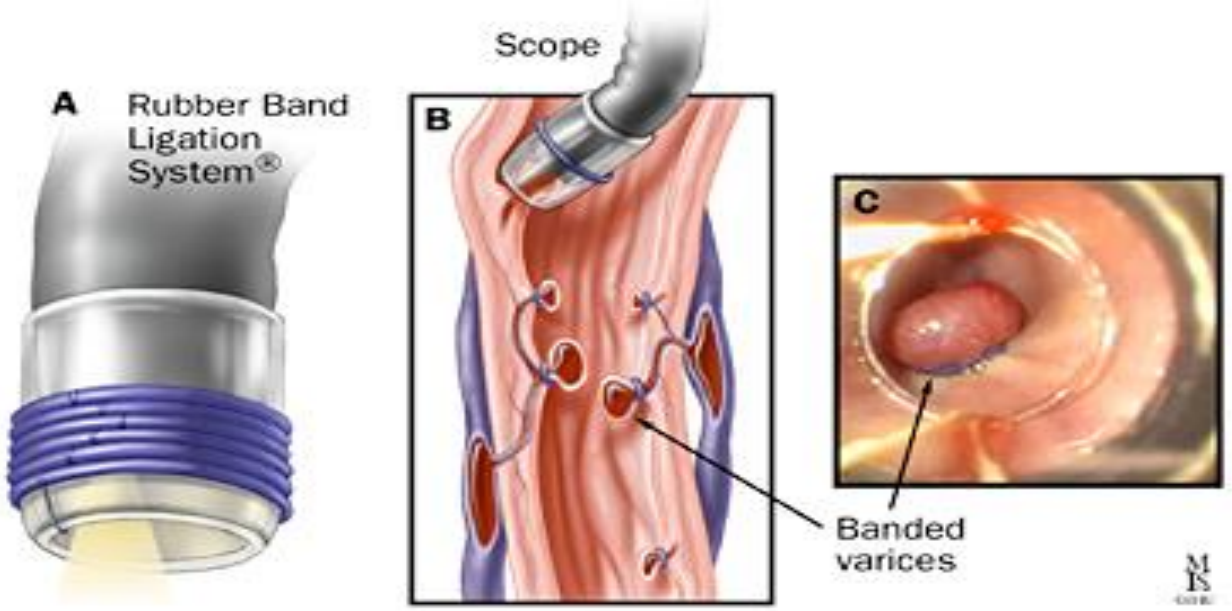
Classification de Sarin



Evolution après traitement 1ère ligne

Rupture VO

1ère ligne:
Traitement médical
Drogues vaso-actives + antibioprophylaxie
+ TTT endoscopique

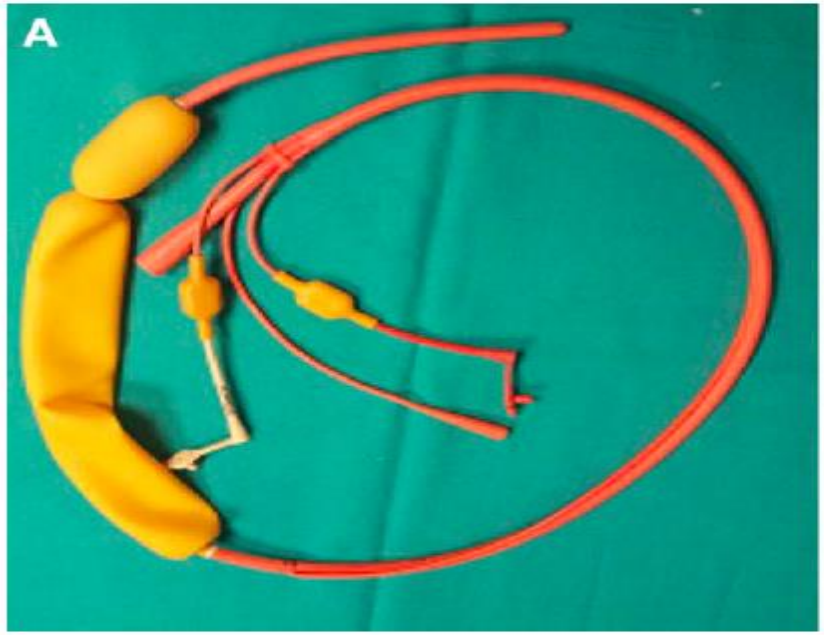


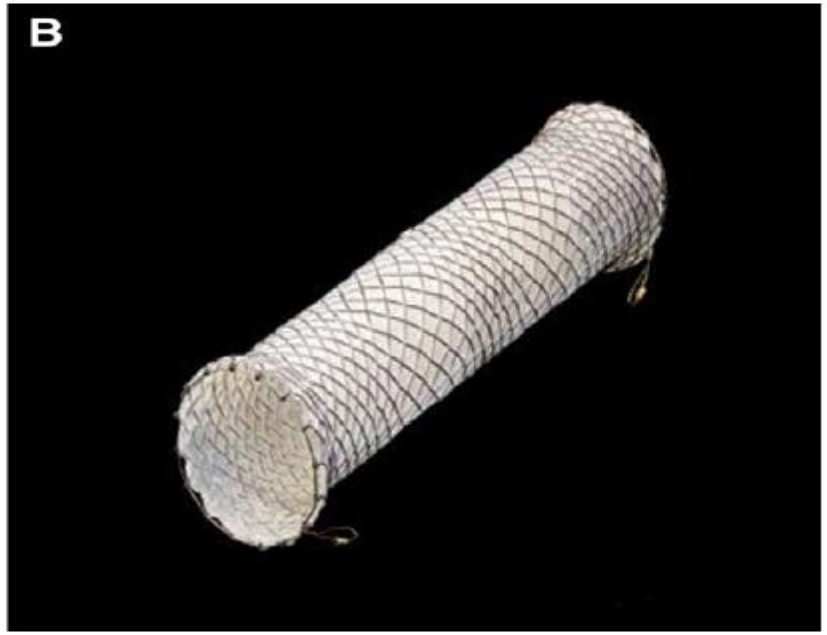
- **Succès: 80-90%**
- **Survie à S6: 90%**

- **Echec: 10-20%**
- **Cirrhose sévère Child-Pugh C**
- **Saignement actif**
- **GPH > 20 mmHg**

Hémorragie non contrôlée
Récidive dans les 5 jours

Hémorragie réfractaire= tamponnement puis TIPS de sauvetage



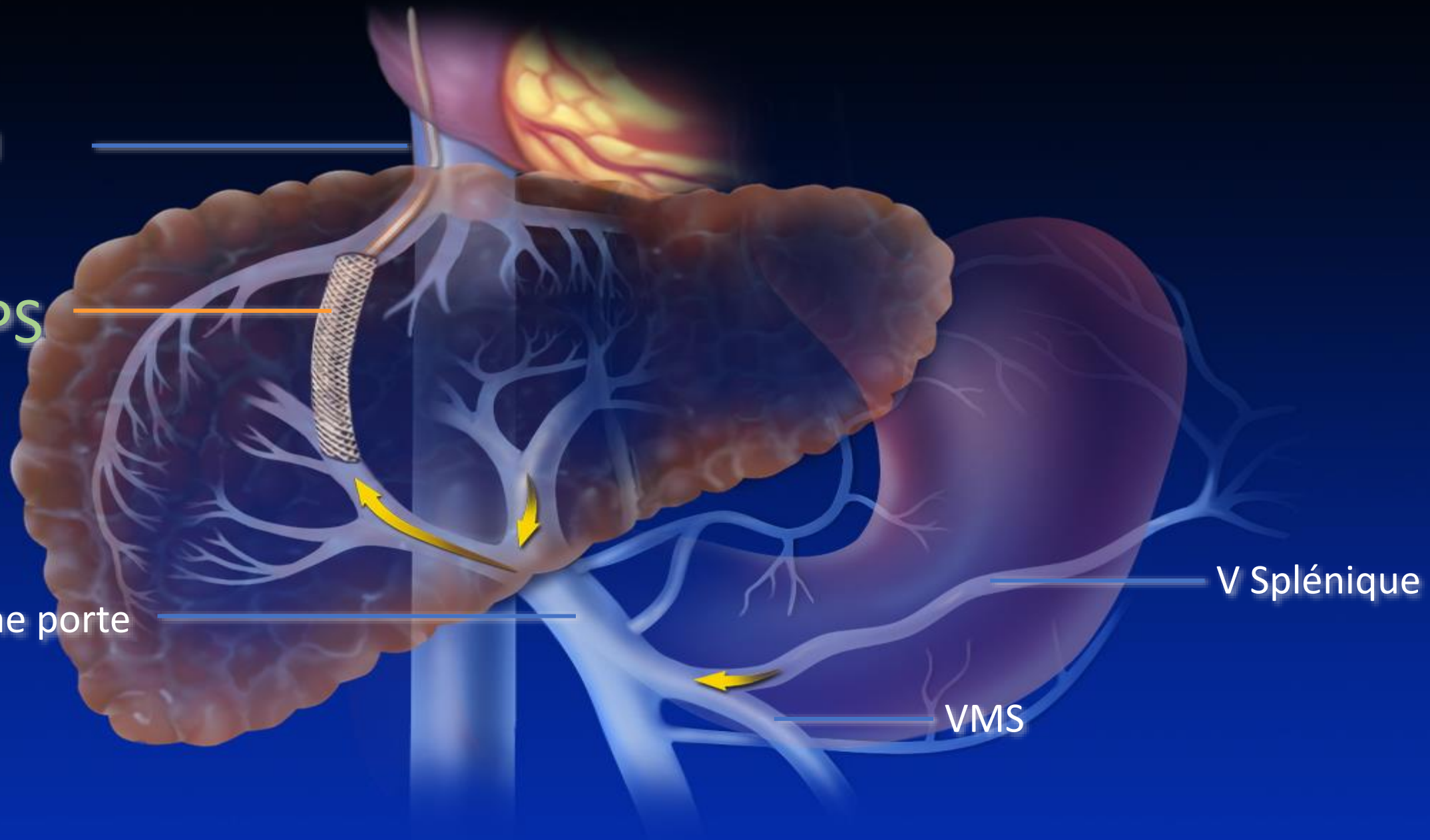


Sonde de Blakemore
Se pose comme une SNG
Après IOT
Se gonfle avec de l'air:
DEGONFLAGE OBLIGATOIRE DES 2 BALLONS
PENDANT 30 MIN TOUTES LES 4 HEURES
48 h max

Prothèse couverte extirpable
IOT non obligatoire
Endo non obligatoire
Le patient peut manger et boire
10-14 jours max

Escorsell, Hepatology 2016

TIPS



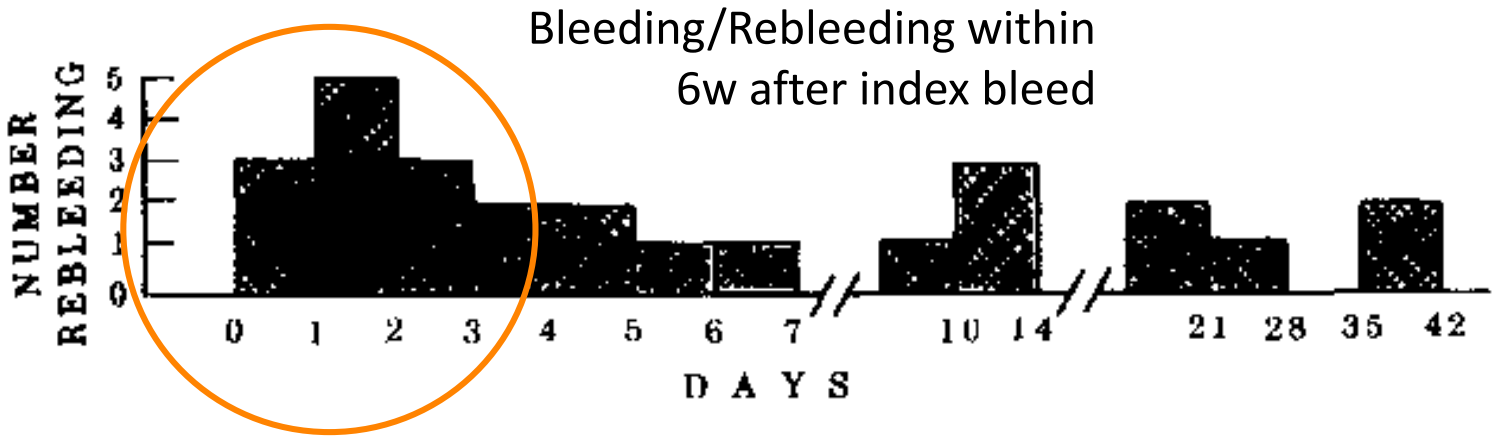
TIPS de sauvetage

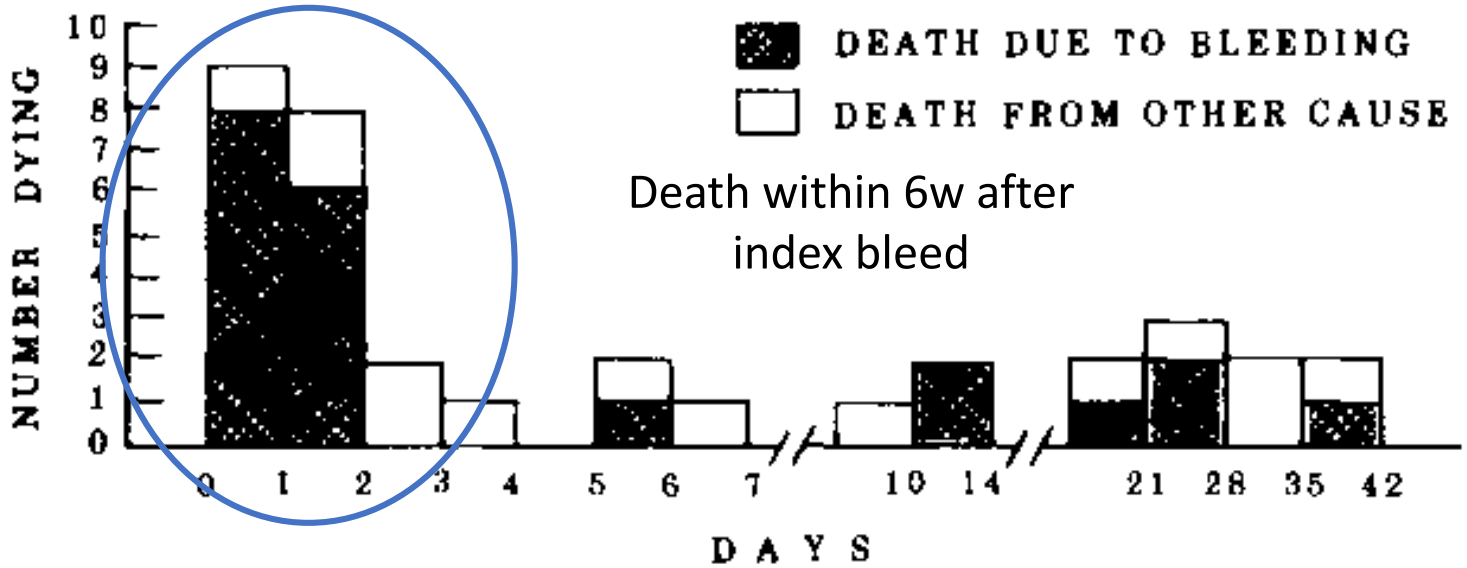
1st author	N patients	Year	Control of bleeding	Mortality	Futility criteria?
Mc Cormick	20	1994	100%	55%	
Jalan	19	1995	100%	42%	
Sanyal	30	1996	100%	40%	
Chau	112	1998	98%	37%	
Gerbes	11	1998	100%	27%	
Banares	56	1998	96%	28%	
Azoulay	58	2001	93%	30%	
Maimone	144	2019	84%	42%	Child C14-15 100% mortalité sans TH
Bouzbib	106	2021	82%	50%	Child C14-15 100% mortalité sans TH
Walter	164	2021	85%	42%	MELD score>30 et/ou lactate>12 Survie <5%

Comment améliorer le pronostic?
pTIPS

The Course of Patients After Variceal Hemorrhage

DAVID Y. GRAHAM and J. LACEY SMITH GASTROENTEROLOGY 1981;80:800–9





Place du TIPS précoce: chez des patients stabilisés à haut risque de récidive

63 Patients à haut risque
(Child B et saignement actif ou Child C10-13)

Trt vasoactif + Traitement endoscopique + antibiotiques

Randomisation dans les 24h

Traitement 5 jours
Puis prophylaxie ligatures+ BB
(n=31)

TIPS de sauvetage

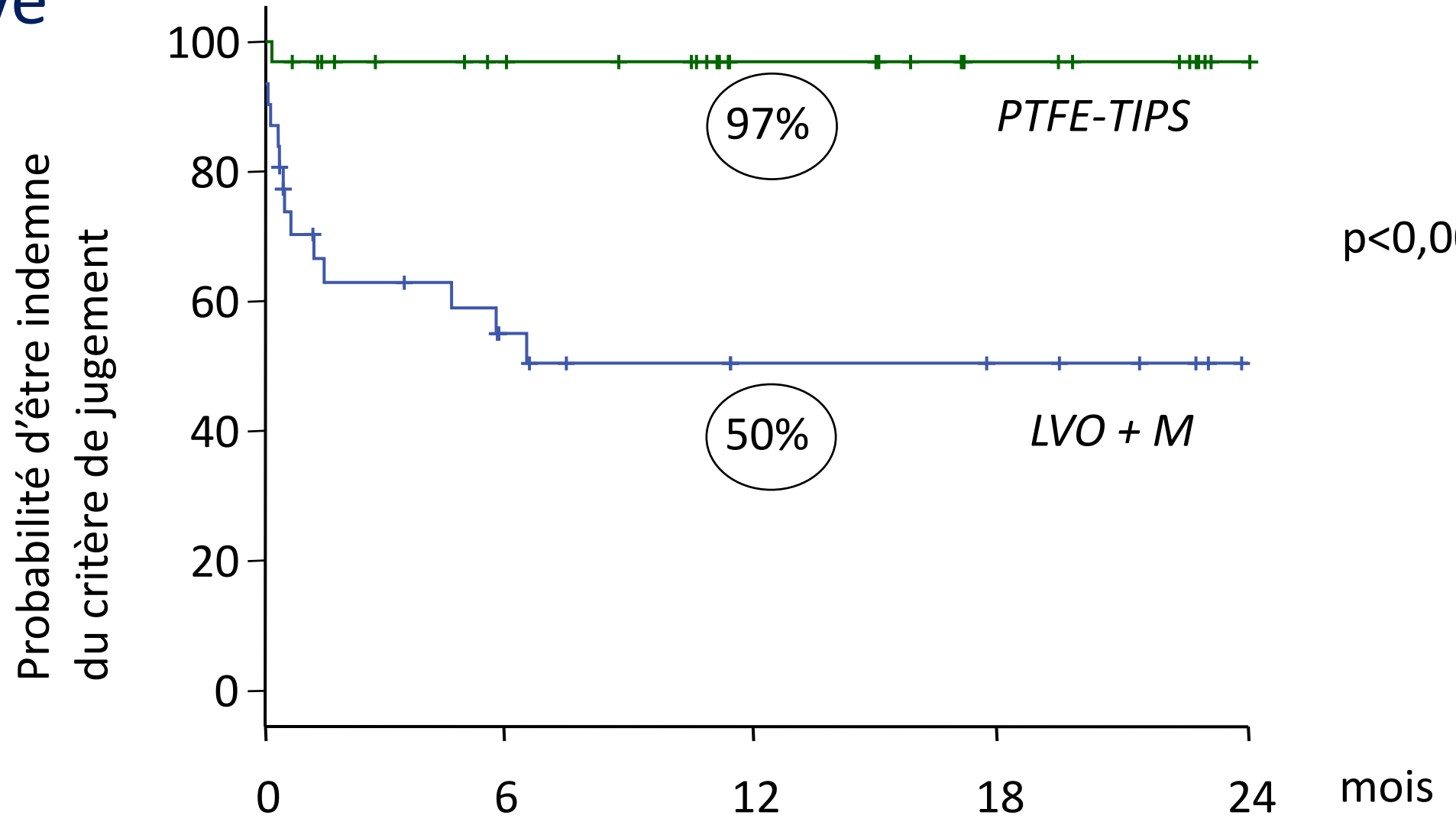
Traitement standard

TIPS (10mm)
(n=32)
Dans les 72h

TIPS précoce

García-Pagán, NEJM 2010

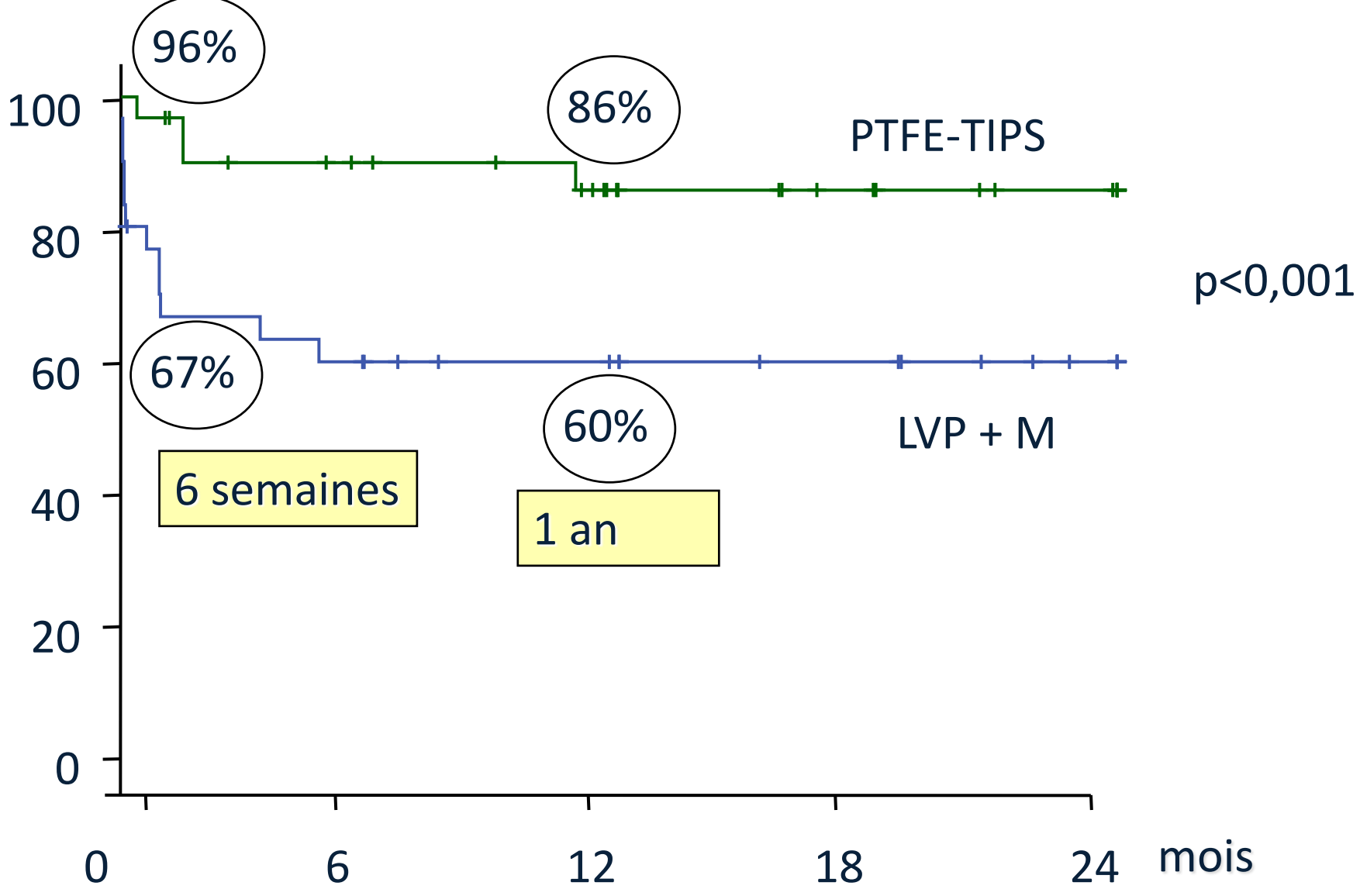
Récidive



p<0,0001

PTFE-TIPS	32	24	15	11	5
LVO + M	31	13	7	7	3

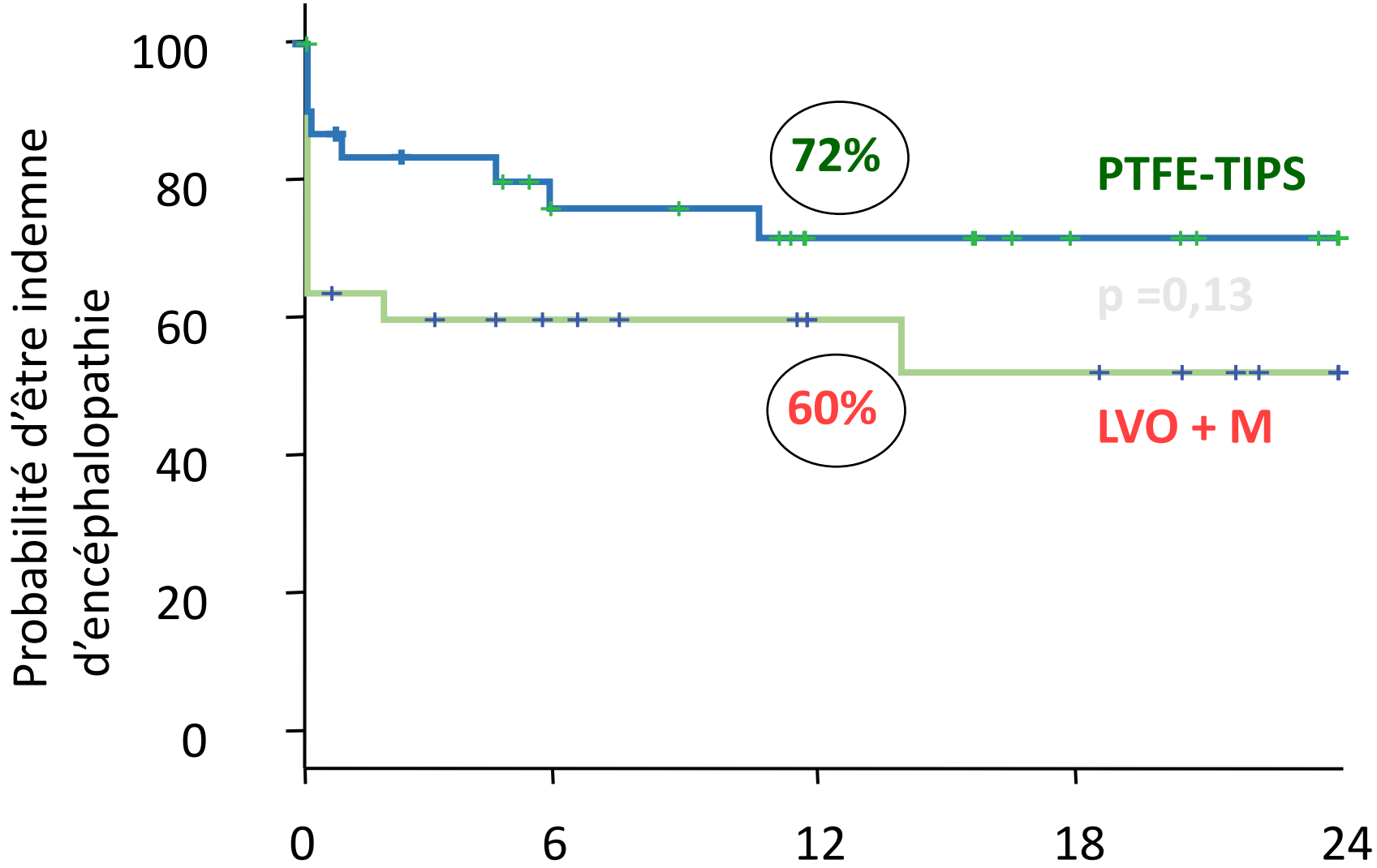
Survie



p<0,001

PTFE-TIPS	32	24	17	12	7
LVO + M	31	18	13	10	5

Encéphalopathie



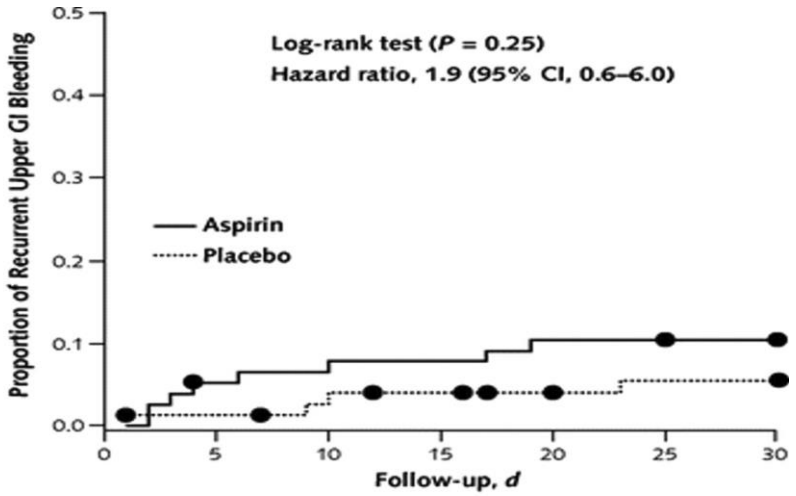
PTFE-TIPS	32	21	13	9	5
LVO + M	31	14	8	7	3

pTIPS: synthèse

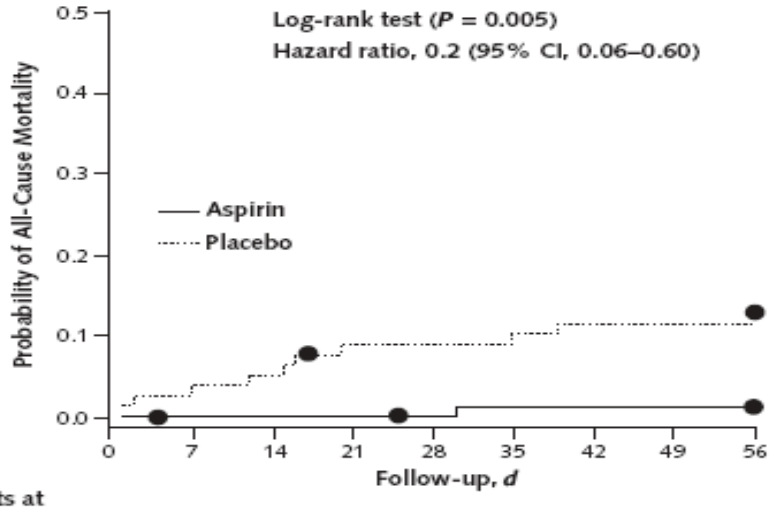
- Child >B7 avec saignement actif
- Child C 10-13
- Pas de CI, même si ACLF, EH ou ictère franc

De Franchis, J Hepatol 2021

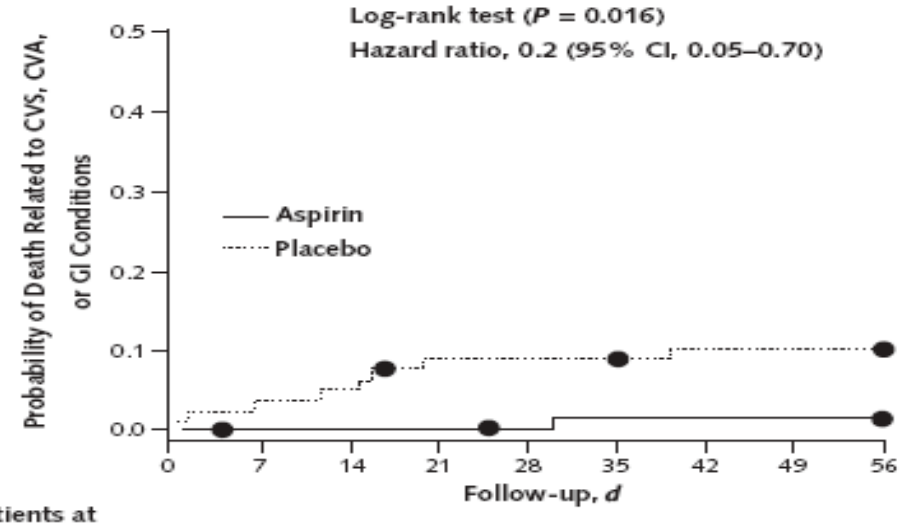
Patients sous Aspirine: que faire?



Patients at risk, *n*							
Aspirin	78	73	71	71	69	68	67
Placebo	78	75	72	71	68	67	67



Patients at risk, n									
Aspirin	78	77	77	77	76	75	75	75	75
Placebo	78	75	74	70	70	69	68	68	67



Patients at risk, n									
Aspirin	78	77	77	77	76	75	75	75	75
Placebo	78	75	74	70	70	69	68	68	67

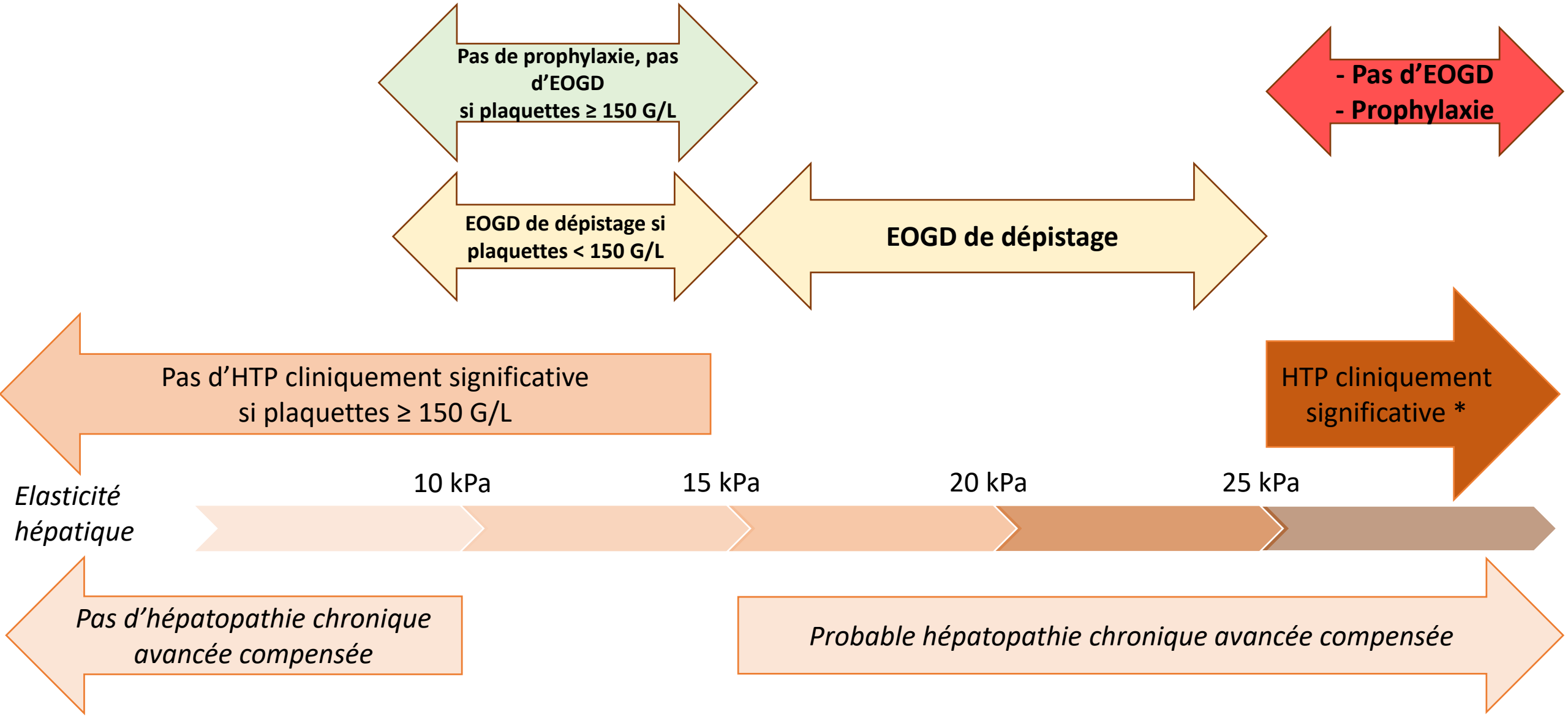
Sung, Ann Intern Med 2010

- En pratique :
  - Poursuite du Kardegic si prophylaxie secondaire :
    - Balance bénéfices/risques en défaveur de l’arrêt
    - N’empêche pas les endoscopies digestives
  - Discuter la suspension des autres AAP :
    - Au moins temporaire pour les endoscopies digestives
    - Voire au long cours

Vers la fin des endoscopies de dépistage dans la cirrhose ?

Baveno VII

Dépistage de l'hypertension portale dans l'hépatopathie chronique avancée compensée



* Si hépatopathie liée à l'alcool, VHB, VHC ou stéatopathie métabolique non obèse

Merci de votre attention