

Prise en charge de l'hémorragie digestive haute liée à
TP chez le cirrhotique

M. Benazzouz
Rabat

Paris 15 Janvier 2018

Cas clinique

- HE ,âgé de 58 ans adressé pour bilan d' ascite
- Examen physique : ascite moyenne abondance , OMI , CVC,SPG, apyrétique
- Poids : 72 Kg
- Biologie
 - Cytolyse 2.3 x N
 - Ferritine, GGT: Nx
 - Bili: 14 mg/l
 - INR 1.3, Plaquettes 64000/mm³
 - Alb 27g/l
 - Natrémie : 142 meq/L Kaliémie 4,2 meq/l , Créat: 5.3 mg/l
 - MELD : 11
 - Glycémie , cholestérol , TG : normaux
 - Ag Hbs + , Ag Hbe négatif et Anti Hbe positif , ADN VHB à 75 145 UI/ml mis sous Entecavir
 - Sérologie,VHC ,VIH et anti VHD négatives
- Echographie abdominale : Foie contours irréguliers , sans nodule + ascite + SPG +CVC perisplénique
- Fibroscopie : VO grade II-III + signes rouges

Question

- En cas de cirrhose la fibroscopie haute pour recherche de Varices est – elle systématique
 - oui
 - non

Stages of advanced chronic liver disease

	Stage 1a	Stage 1b	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5
Characteristics	Compensated without varices	Compensated without varices	Compensated with varices	Variceal bleeding without any other complication	First non-bleeding decompensation (e.g. ascites, HE, jaundice)	Any second decompensating event
	No CSPH	CSPH	CSPH	CSPH	CSPH	CSPH
1-y mortality		1.5%	2%	10%	21%	87% 5-y-mortality
Complications (annual incidence)		7% GEV 4% Ascites	6.6% Ascites 4% GEV bleeding	21% Progress to stage 4	10% Progress to stage 5	

CSPH, clinically significant portal hypertension (HVPG>10 mm Hg); GEV, gastroesophageal varices; HE, hepatic encephalopathy.

HTP cliniquement significative critères diagnostiques

- HVPG > 10mm Hg
- CVC clinique ou à l'imagerie ++++
- Varices à l'endoscopie
- **Elastometrie > 20-25 Kpa associée ou non à une thrombopénie /taille de la rate**

Quand endoscopie haute non nécessaire si cirrhose ?

Fibroscan < 20 Kpa + Plq > 150 000



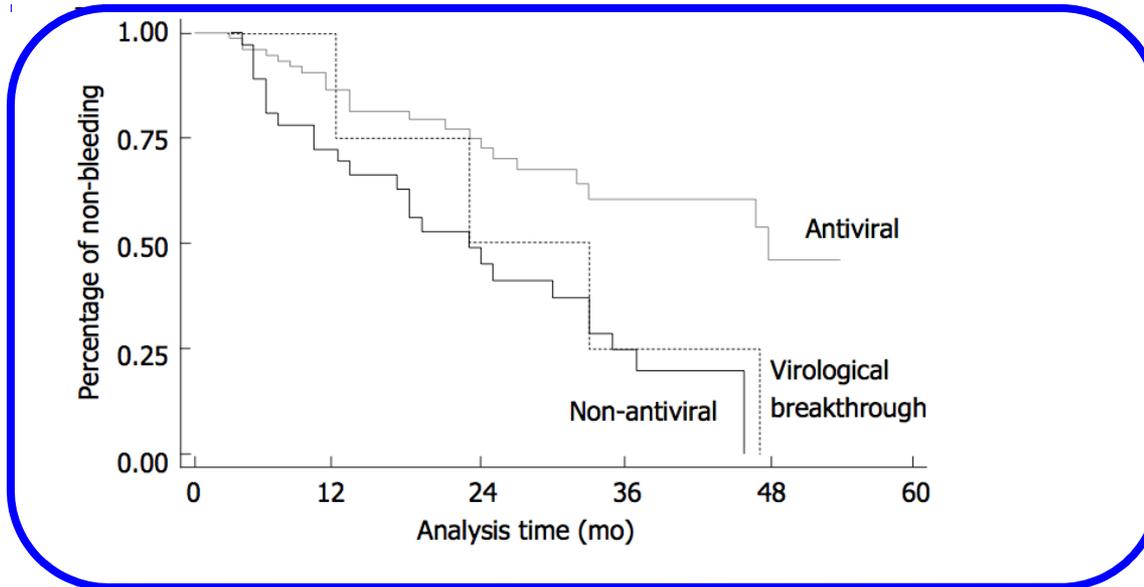
Endoscopie peut être éviter (20-25 %)
Surveillance : Fibroscan et Plq/ an

BAVENO VI 2015

Cas clinique

- Le patient est mis sous entecavir
le traitement antiviral réduit- il le risque
d'hémorragie sur VO chez notre patient??
 - oui
 - non

Le traitement antiviral réduit le risque d'hémorragie sur VO



29.1% vs 65.8%, $P < 0.001$

OR = 11.3, 95%CI: 3.1-38.5; $P < 0.001$

Chang-Zheng Li W J G 2013

Successful cure of the etiologic agent in CLD may improve both liver structure and function, and this could translate into a portal pressure reduction (1b;A).

Baveno VI

Cas clinique

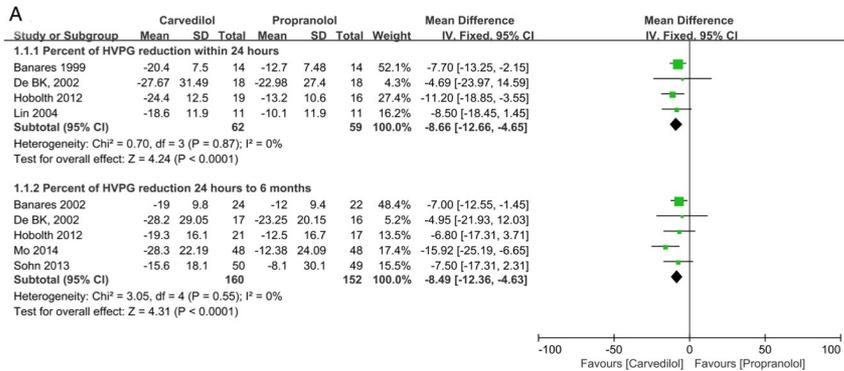
- Patient mis sous diurétique pour l'ascite
- Pour la prévention primaire de l'hémorragie sur VO
 - BB
 - Ligature
 - Ligature + BB

Prévention primaire de l'hémorragie sur VO

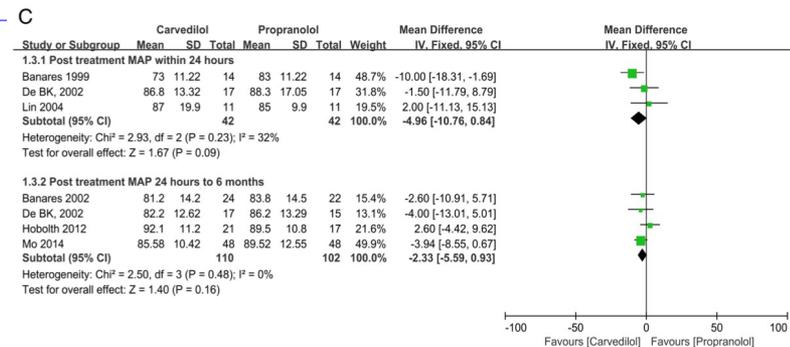
BAVENO VI

Pas de varices	Pas de BB
Petites VO	BB si child C ou signes rouges
Grosse VO et GOV1	BB ou ligature
Carvedilol	Peut être aussi proposé en 1er ligne
Varices gastriques	BB ou colle biologique

Carvedilol for portal hypertension in cirrhosis: systematic review with meta-analysis



- Carvedilol may be more effective in decreasing HVPG than propranolol
- overall quality of evidence is low.



BB vs ligature critères de choix

Either traditional NSBBs (propranolol, nadolol), carvedilol, or EVL is recommended for the prevention of first VH (primary prophylaxis) in patients with medium or large varices

- Traditional NSBB (propranolol, nadolol) (1a;A) and carvedilol (1b;A) are valid first line treatments.
- Carvedilol is more effective than traditional NSBB in reducing HVPG (1a;A) but has not been adequately compared head-to-head to traditional NSBB in clinical trials.

- Ressources / expertises locales
- Caractéristiques du patient
- préférence du patient

BB dans l'HTP

dose /objectifs du traitement

Therapy	Recommended Dose	Therapy Goals
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40 mg orally <i>twice</i> a day • Adjust every 2-3 days until treatment goal is achieved • Maximal daily dose: <ul style="list-style-type: none"> ○ 320 mg/day in patients without ascites ○ 160 mg/day in patients with ascites 	<ul style="list-style-type: none"> • Resting heart rate of 55-60 beats per minute • Systolic blood pressure should not decrease <90 mm Hg
Nadolol	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40 mg orally <i>once</i> a day • Adjust every 2-3 days until treatment goal is achieved • Maximal daily dose: <ul style="list-style-type: none"> ○ 160 mg/day in patients without ascites ○ 80 mg/day in patients with ascites 	<ul style="list-style-type: none"> • Resting heart rate of 55-60 beats per minute • Systolic blood pressure should not decrease <90 mm Hg
Carvedilol	<ul style="list-style-type: none"> • Start with 6.25 mg <i>once</i> a day • After 3 days increase to 6.5 mg twice-daily • Maximal dose: 12.5 mg/day (except in patients with persistent arterial hypertension) 	<ul style="list-style-type: none"> • Systolic arterial blood pressure should not decrease <90 mm Hg

Quand arrêter BB si HTP avec ascite ?

Baveno VI

Ascite réfractaire réduire la dose ou arrêt si

- ✓ TA basse
- ✓ IR

AASLD 2017

Ascite réfractaire réduire la dose ou arrêt si

- TA basse < 9 mm Hg
- Na < 130
- syndrome HR

Cas clinique

- Le patient est mis sous BB
- Pouls à 58 bat/min à la dose de 40 mg x 2/ J de propranolol
- TA 10/6
- Ascite contrôlée par diurétique
- 13 mois plus tard le patient est admis en urgence pour hémorragie
- Hb à 7.6 g /dl Plq : 56 000/ml
- TP 53 %
- Ionogramme : Normal

Le patient est mis sous octreotide à la SAP + ceftriaxone 1g/24 H

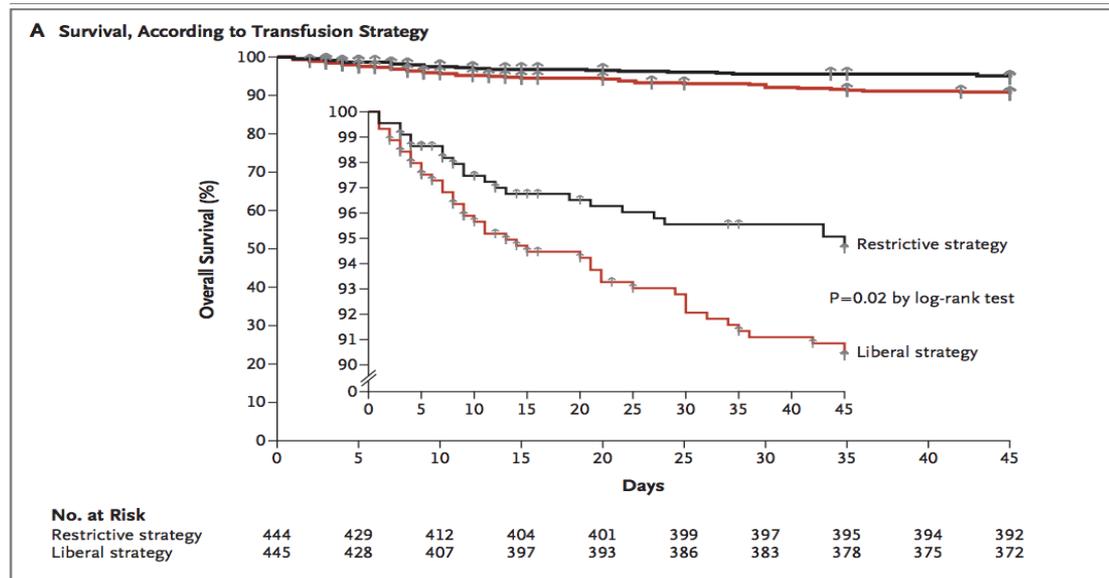
Fibroskopie faite : VO sans autres lésions associées . ligature faite

Vous faites une transfusion ?

- Oui
- non

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Càndid Villanueva, M.D., Alan Colomo, M.D., Alba Bosch, M.D., Mar Concepción, M.D.,



Récidive hémorragique : 10 % vs 16 % P: 0.01 %

Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Ayodele Odutayo, MD[†], Michael J R Desborough, MD[†], Marialena Trivella, DPhil, Adrian J Stanley, MD, Carolyn Dorée,

Restrictive transfusion was associated with lower risk of all-cause mortality (relative risk [RR] 0.65, 95% CI 0.44–0.97, p=0.03) and rebleeding overall (0.58, 0.40–0.84, p=0.004). We detected no

Hémorragie aiguë

BAVENO VI

- Transfusion : 7-8 g D' Hb
- ATB
 - Si child A : indication ?
 - Prendre en considération écologie locale et celle du patient
- Agent vaso-actif le plus tôt possible
- Ligature si VO ou GOV1
- Colle si IGV ou GOV2 (TIPS)
- Si TIPS en préemptif : arrêt agents vaso-actif

Chez qui TIPS préemptif

- Si Child Pugh C < 14 ou B avec Hgie active
- Tx initial fait (drogue vasoactive + EBL)
- Randomisation: (BB+ EBL) ou TIPS couvert dans les 3 j de l'épisode hémorragique initiale
- Résultats

	EBL+ BB	TIPS
Pas de récidence Hgie	50%	97%
Survie à un 1an	61%	86%

Cas clinique

- J 3
- Le patient va bien
- Pas de transfusion faite
- Hb contrôlée : stable
- Tj sous octreotide à la SAP et ceftriaxone 1g/24 H
- Ascite +
- Conseiller vous la prise d'IPP pour réduire le risque d'hémorragie par chute d'escarre
 - Oui
 - Non

IPP si hémorragie sur varices

- La taille de l'ulcère après ligature est plus petite sous IPP mais sans conséquence clinique (Cheng-Kun Wu, Hepatology 2005)

UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients

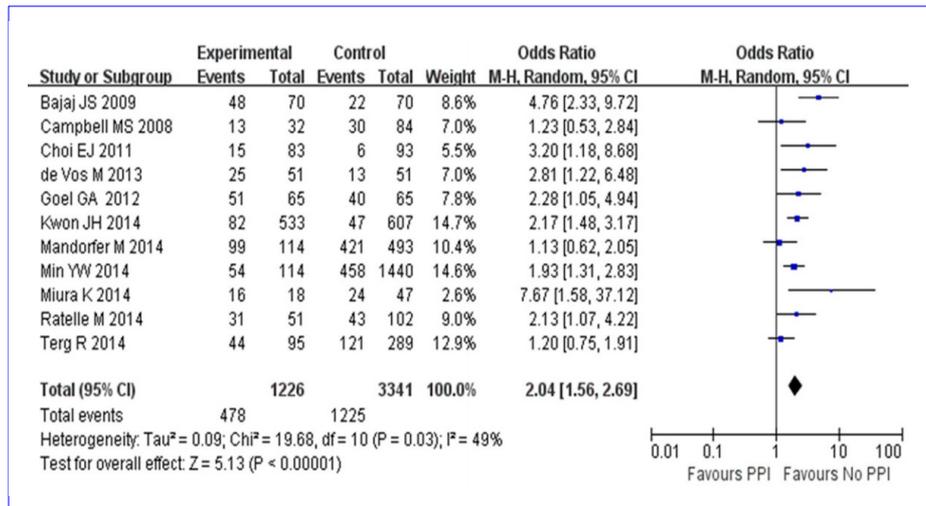
Proton pump inhibitors are not recommended unless otherwise required for peptic ulcer disease (level 1b, grade B).

Tripathi D, et al. Gut 2015

Table 2. Outcomes of the study population.

Characteristics	Vasoconstrictors only (n = 126)		Vasoconstrictors plus PPI/H ₂ RA (n = 511)		p-value
	N	%	N	%	
Adverse outcome (During index History)					
Rebleeding	19	15.08%	62	12.13%	0.3739
Repeat endoscopy	1	0.79%	1	0.20%	0.2826
Surgery	3	2.38%	14	2.74%	0.8229
SB tube	16	12.70%	49	9.59%	0.3017
Death	0	0.00%	0	0.00%	—

IPP : risque d'infection/ encéphalopathie



Proton pump inhibitors as a risk factor for hepatic encephalopathy and spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis with ascites

Gitte Dam [✉](#), Hendrik Vilstrup, Hugh Watson, Peter Jepsen

First published: 24 August 2016 [Full publication history](#) **HEPATOLOGY**

Conclusions:

- 52% patients des patients cirrhotiques avec ascite étaient sous IPP
- L'usage des IPP est un facteur de risque d'infection du liquide d'ascite et EH

Haiyan Dong, Int J Clin Exp Med 2016

UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients

Proton pump inhibitors are not recommended unless otherwise required for peptic ulcer disease (level 1b, grade B).

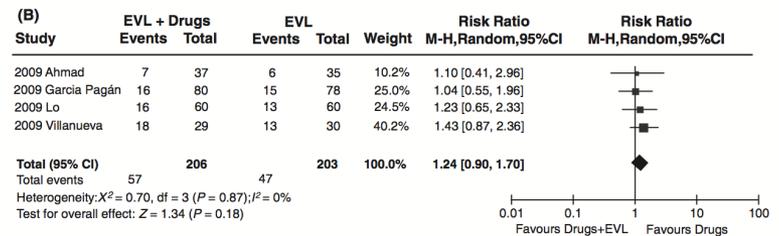
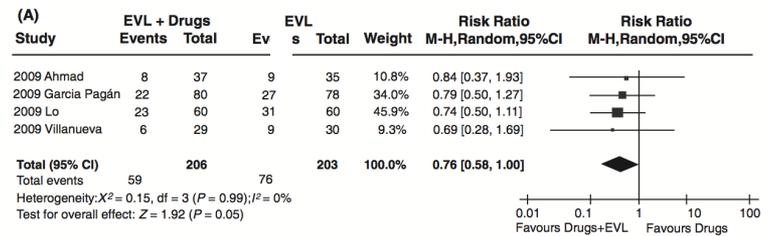
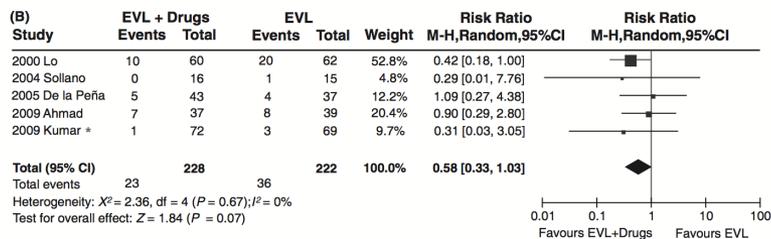
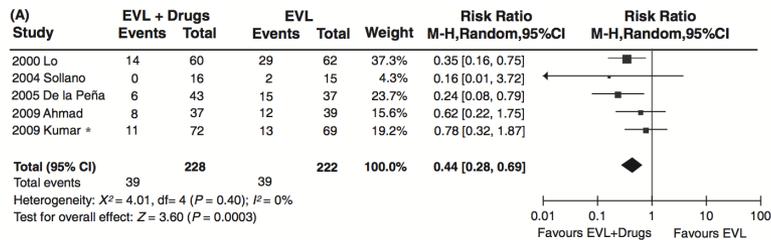
Cas clinique

Quelle Prévention secondaire ?

- Ligature endoscopique(EVL)
- Avlocardyl + EVL
- Nadolol+ EVL
- Carvedilol+ EVL

Drugs plus ligation to prevent rebleeding in cirrhosis: an updated systematic review

Angela Puente¹, Virginia Hernández-Gea¹, Isabel Graupera¹, Marta Roque², Alan Colomo^{1,3}, Maria Poca¹, Carles Aracil⁴, Ignasi Gich², Carlos Guarner^{1,3} and Cándid Villanueva^{1,3}



- Dual therapy : Decrease in the risk of **recurrent bleeding** and showed a trend towards lower mortality
- survival was better in patients treated with NSBBs (single or combined therapy) compared to patients treated with EVL alone.
- EVL therapy alone should not be used

Prévention secondaire si VO

- EVL + BB est le traitement de 1ere ligne
 - BB : Avlocardyl ou Nadolol pas le carvedilol
- Si échec EVL+BB ou BB no toléré : TIPS
- Si TIPS mis en place :
 - Pas de BB ni EVL
 - évaluer pour TH
 - surveiller la perméabilité du TIPS/ 6mois