

Une hémorragie post mucosectomie: procédure de prise en charge

17^{ème} Journée de Cochin 2 octobre 2021

Dr Ginestet Claire

claire.ginestet@aphp.fr



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE
Cochin

**SERVICE DE GASTROENTÉROLOGIE
D'ENDOSCOPIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE**

AP-HP Centre-Université de Paris
Hôpital Cochin



gastrocochin.com

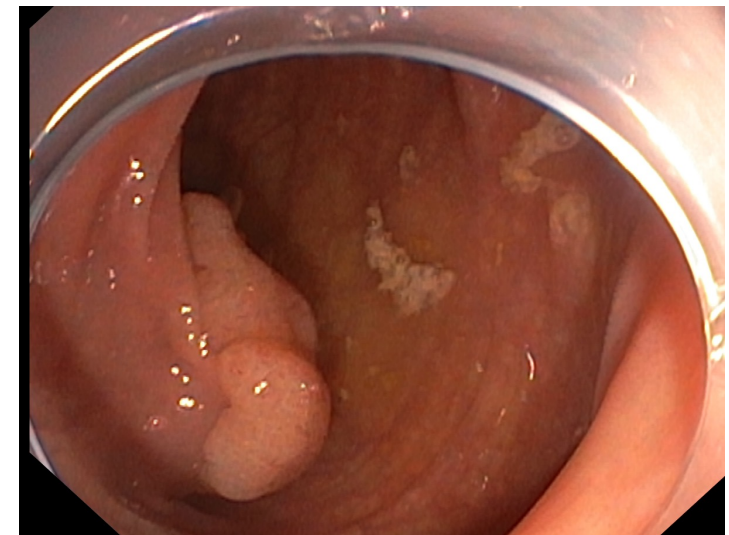
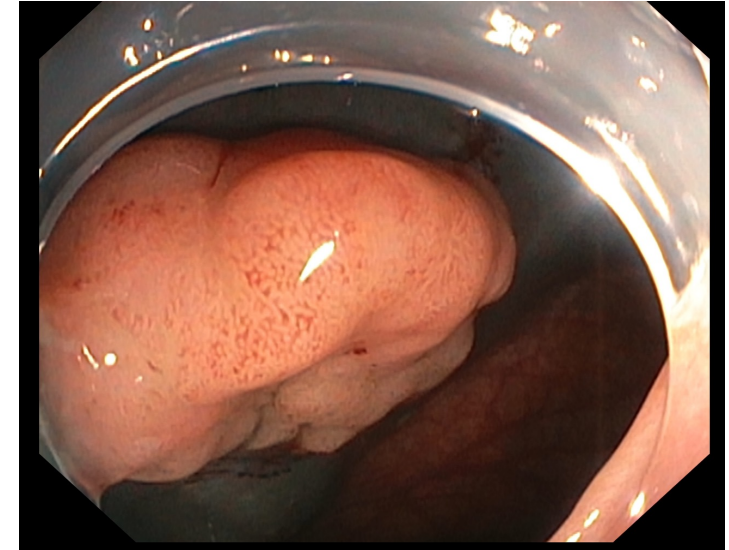
CAS CLINIQUE

- Femme 73ans
- ***Antécédents médicaux***
 - Glaucome
 - PTH
- ***Traitement habituel***
 - Cymbalta
 - Monoprost

09/2020 Coloscanner dans le cadre de douleurs abdominales et constipation
→ 2 images hyperdenses de la charnière et du côlon gauche

02/2020 Coloscopie → 2 polypes, dont 1 de 15 mm un peu végétant avec base saine de 15 mm sous l'angle gauche, d'aspect un peu festonné.

03/2020 Coloscopie → 2 polypes, dont une LST-G sans macronodule PARIS I-s à l'angle colique gauche en très probable dysplasie de bas grade.



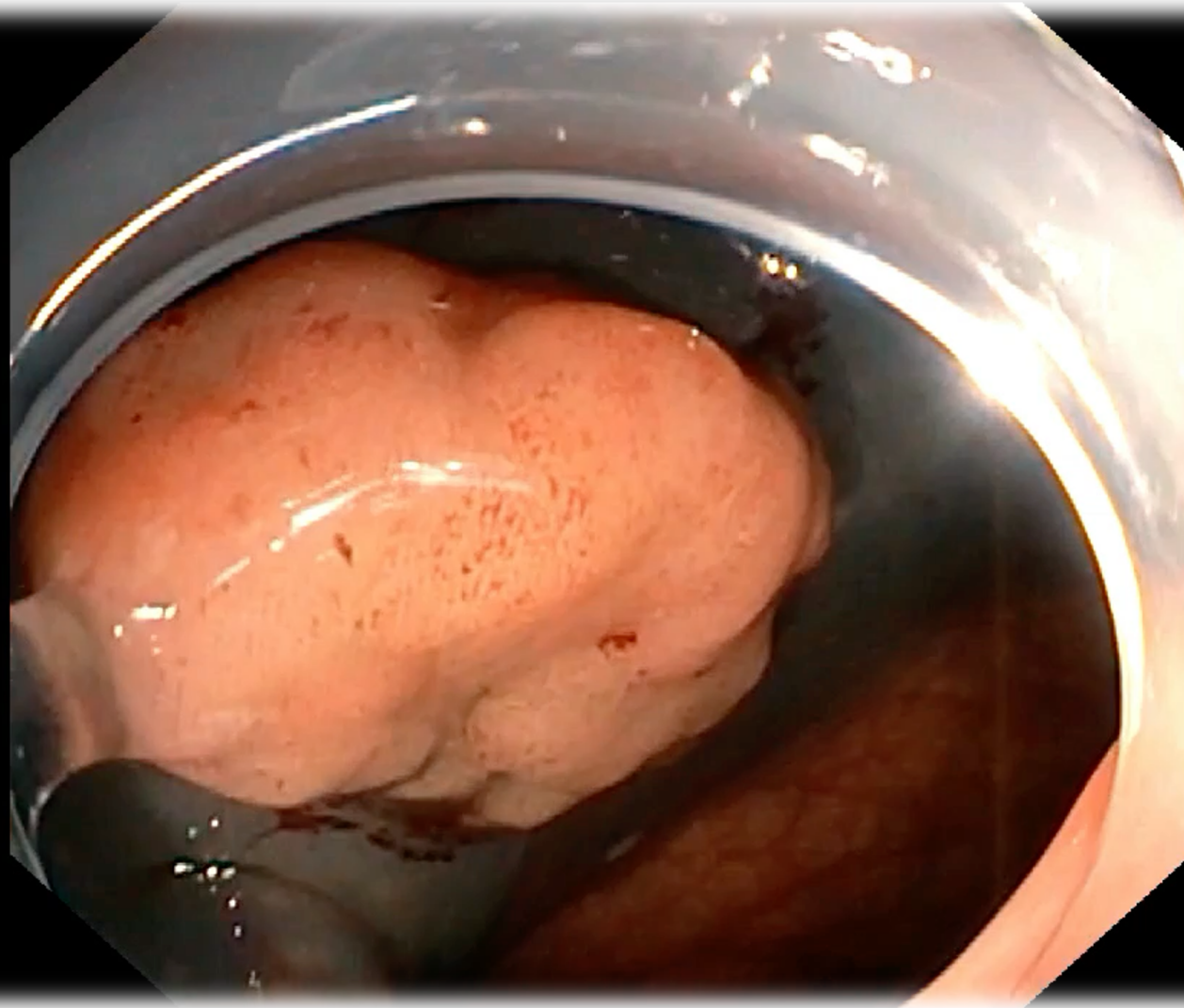
CAS CLINIQUE

ID patient:
Nom patient:

Sexe:
■
16/03/2020
12:46:24

■■□/---(0/999)
Eh:A3 Cm:1

0



DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE



> 60 s

Saignement immédiat

POLYPECTOMIE
2-3,5 %

EMR>20 mm
11,3 %



Hospitalisation
Transfusion
Ré-intervention

< 30 j

Saignement retardé

6-15 %

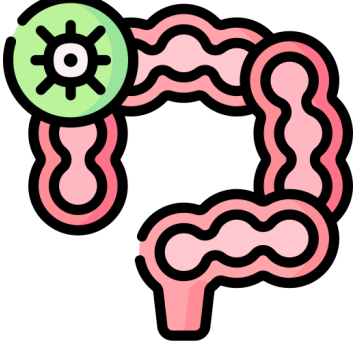
**Quels facteurs de risques ?
Comment les prévenir ?
Quelle prise en charge?**

Fujiya et al. GIE 2015

Di Giorgio et al. Endoscopy 2004

Burgess et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014

FACTEURS DE RISQUE SAIGNEMENT POST POLYPECTOMIE



POLYPE

Taille > 20 mm

Localisation proximale

Morphologie

- Large pédicule
- Paris 0-IIa+Is
- Histologie



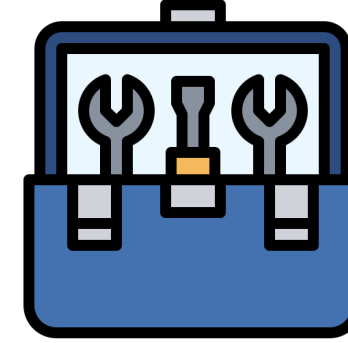
PATIENT

Age

HTA

Insuffisance rénale

Anticoagulants/antiagrégant



PROCEDURE

Type de courant (section pure)

>3 vaisseaux visibles

Saignement per procédure

Eliott et al. Endoscopy 2018

Burgess et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014

Bahin et al. The American Journal of Gastroenterology 2016

PREVENTION SAIGNEMENT IMMEDIAT



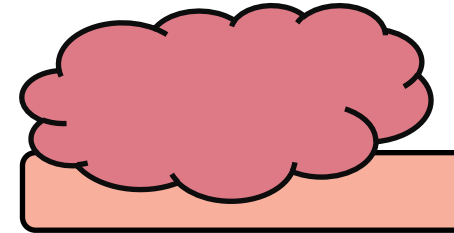
POLYPE PÉDICULÉ

- Tête > 20 mm
- Pied > 10 mm



Traitement préventif

- Endoloop
- Clip
- Adrénaline

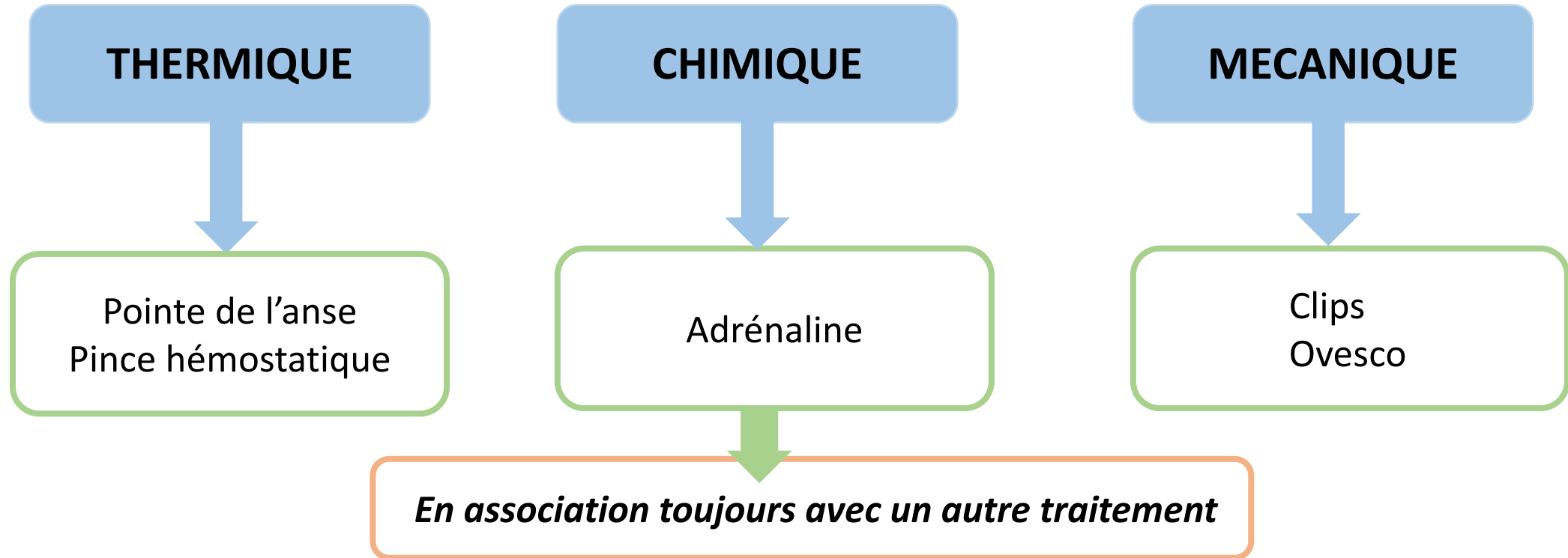


POLYPE PÉDICULÉ



Pas de traitement préventif

PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT IMMEDIAT



- Utiliser la pompe à lavage +++
- Mobiliser le patient !
- Refermer anse sur le pied en cas de polype pédiculé

PRÉVENTION DU SAIGNEMENT RETARDÉ



COAGULATION VX VISIBLES?

RECOMMENDATION

ESGE does not recommend routine endoscopic clip closure or other methods of prophylaxis to prevent delayed bleeding for sessile polyps. (Moderate quality evidence; weak recommendation.)



CLIPS?

RECOMMENDATION

ESGE suggests that there may be a role for mechanical prophylaxis (e.g. clip closure of the mucosal defect) in certain high risk cases after polypectomy or EMR. This decision must be individualized based on the patient's risk factors. (Low quality evidence; weak recommendation.)

PRÉVENTION SAIGNEMENT RETARDÉ : POUR QUELS PATIENTS ?

Aucun consensus sur la définition de patients à risques

2
modèles
stratification
risque
hémorragique
post
mucosectomie



Lésion > 30 mm	2
Localisation proximale	2
Présence de comorbidité	1
Absence utilisation adrénaline	1



Localisation proximale	3
Fermeture incomplète	2
Aspirine	2
Lésion > 40 mm	1
ASAT III-IV	1
Age >74 ans	1

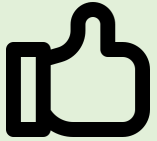


Anticoagulants / antiagrégants	2
Localisation proximale	2
Lésion > 40 mm	1
ASA III-IV	1

Bahin et al. Am J Gastroenterol 2016
Albéniz et al. Am J Gastroenterol 2016
Albéniz et al. Am J Gastroenterol 2019

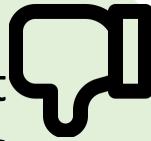
FAUT IL COAGULER LES VAISSEAUX VISIBLES ?

Etude randomisée prospective
Monocentrique
Juin 2013- juillet 2017



EMR > 10 mm

Saignement immédiat
Absence de vx visibles
Résection incomplète
Utilisation d'adrénaline



Incidence globale saignement retardé

MAJEUR

Réintervention
Perte > 2 pts Hb

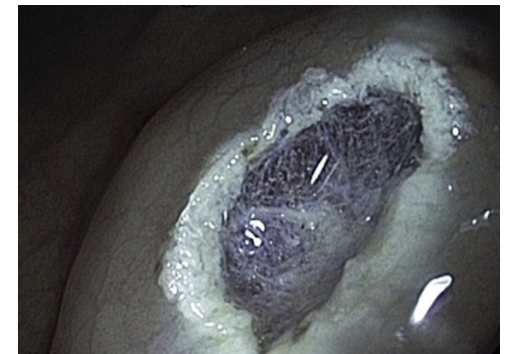
MINEUR

Arrêt spontané
Perte < 2 pts Hb

Pas de saignement immédiat

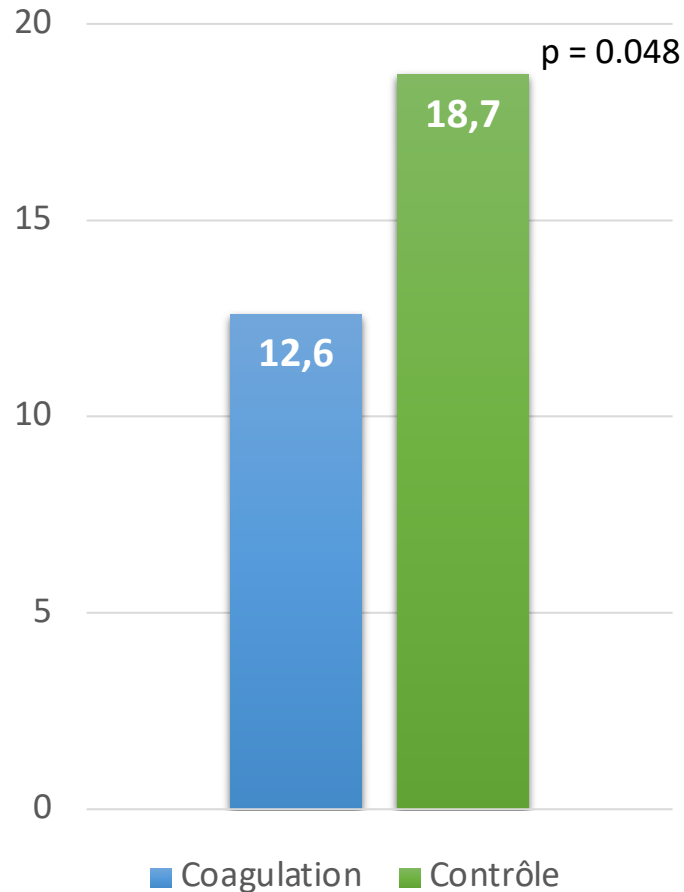
EMR
Contrôle
(n=285)

EMR
+
Coagulation
(n=285)

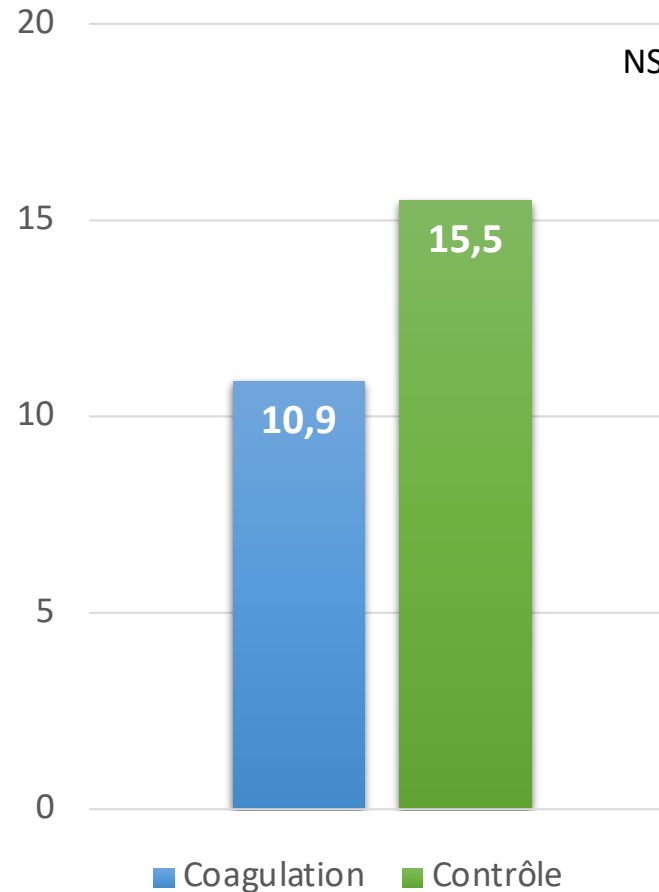


FAUT IL COAGULER LES VAISSEAUX VISIBLES ?

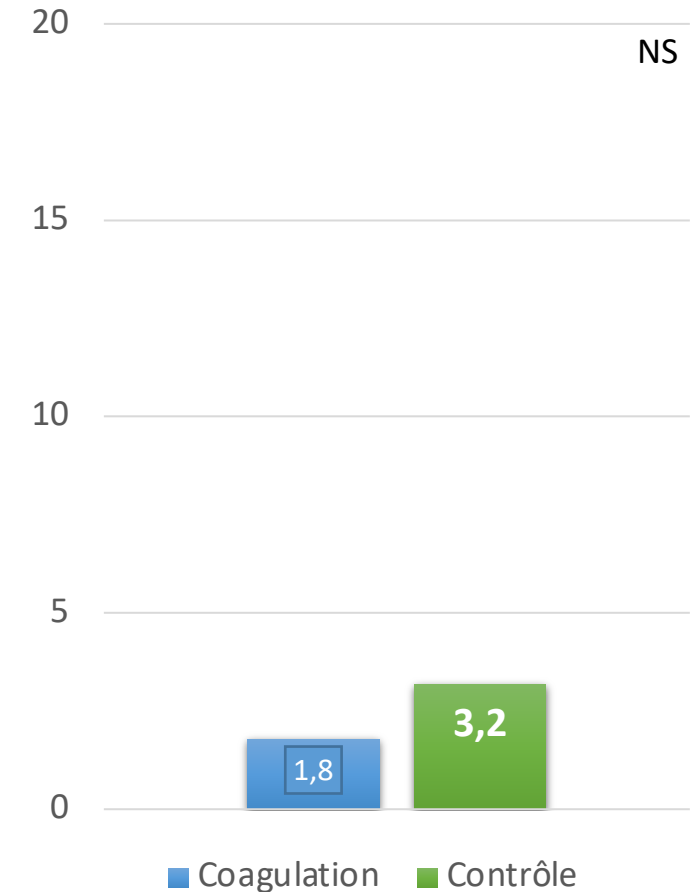
Saignement retardé



Saignement mineur

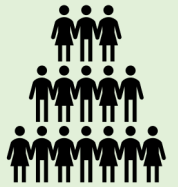


Saignement significatif



FAUT IL FERMER LES CICATRICES AVEC DES CLIPS?

Essai prospectif randomisé
Multicentrique
11 endoscopistes
2016-2018

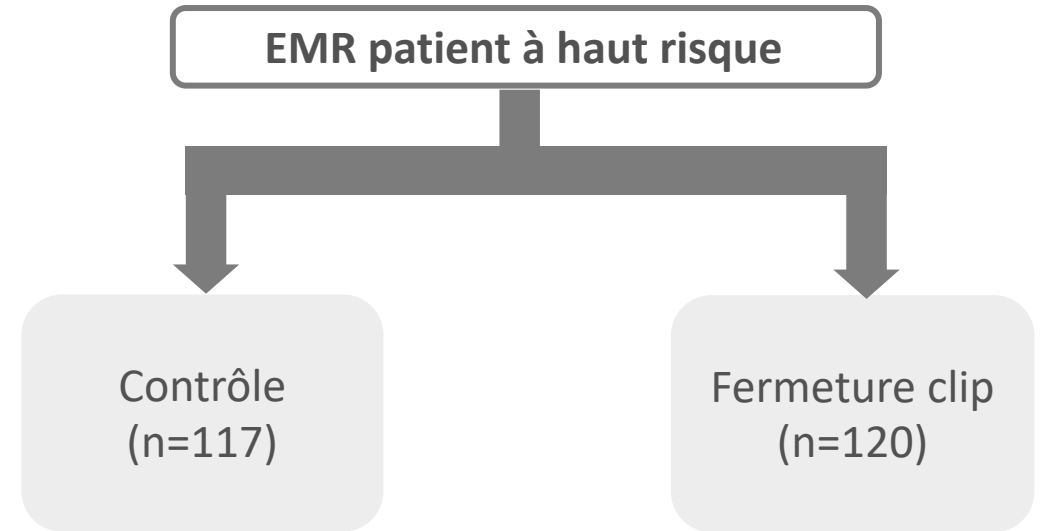


Inclusion consécutive
Patient à haut risque de saignement
(AAP, âge > 75 ans, côlon proximal)

AAP
36 %

40 mm
51 %

Côlon droit
75 %

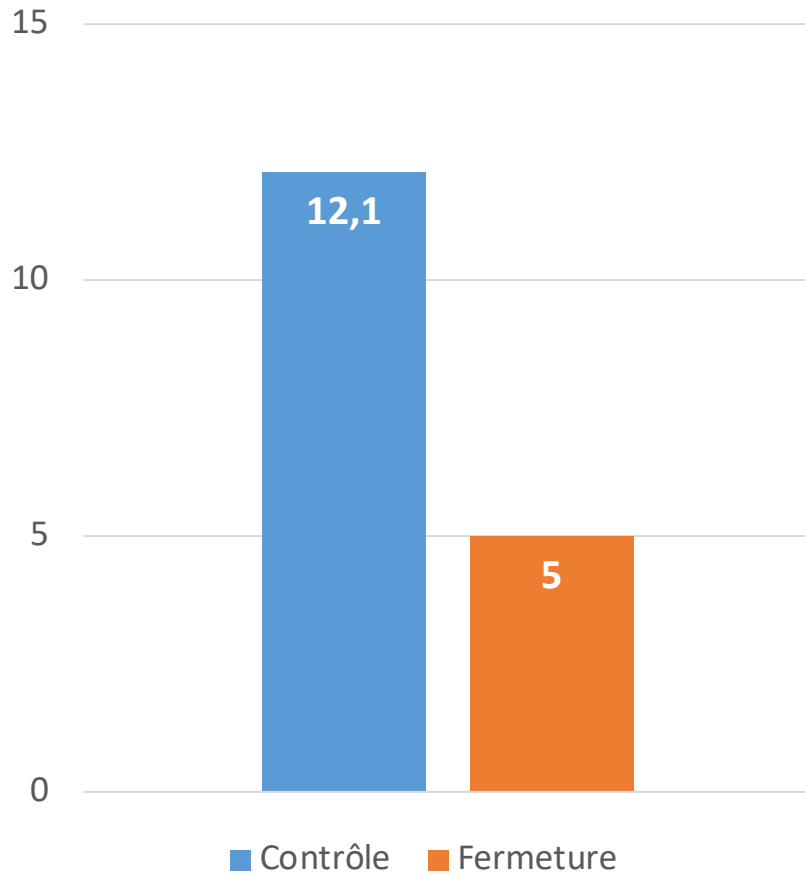


Saignement retardé

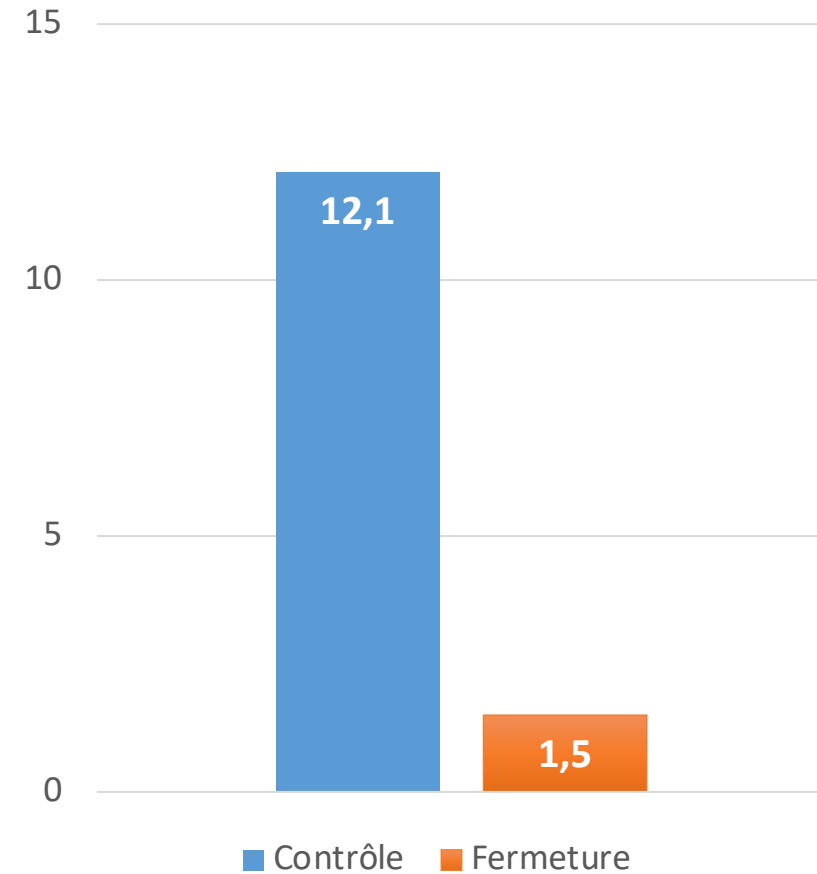
- Rectorragies significatives
- Réadmission
- Nouvelle endoscopie
- Angiographie
- Transfusion

FAUT IL FERMER LES CICATRICES AVEC DES CLIPS?

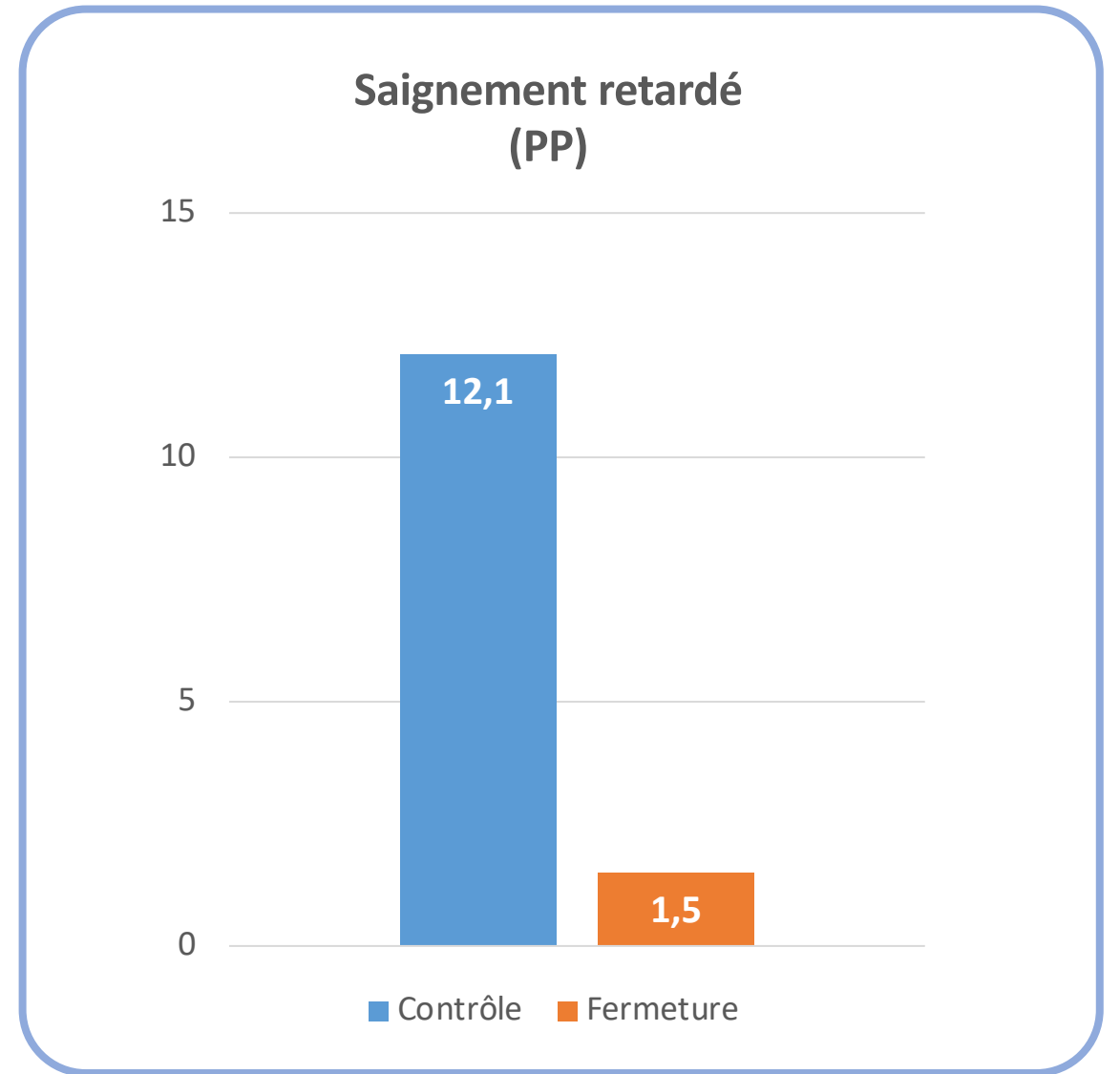
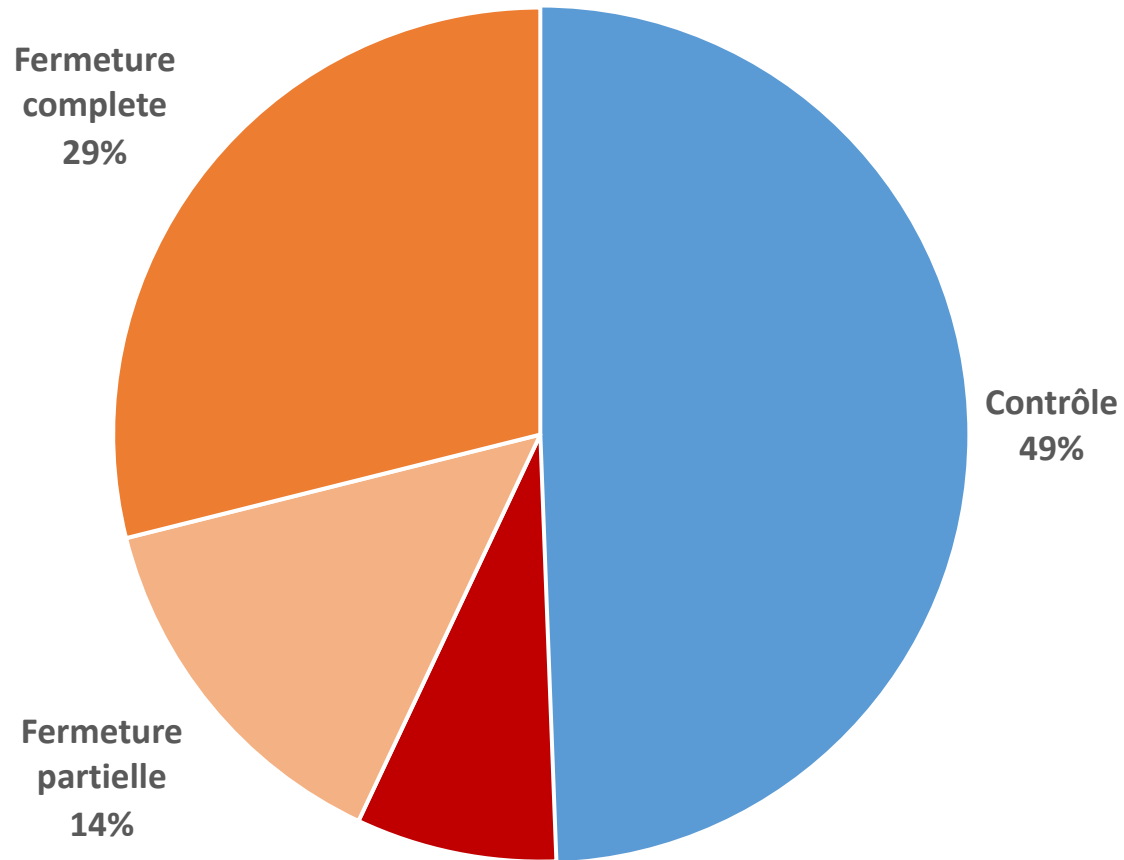
Saignement retardé
(ITT)



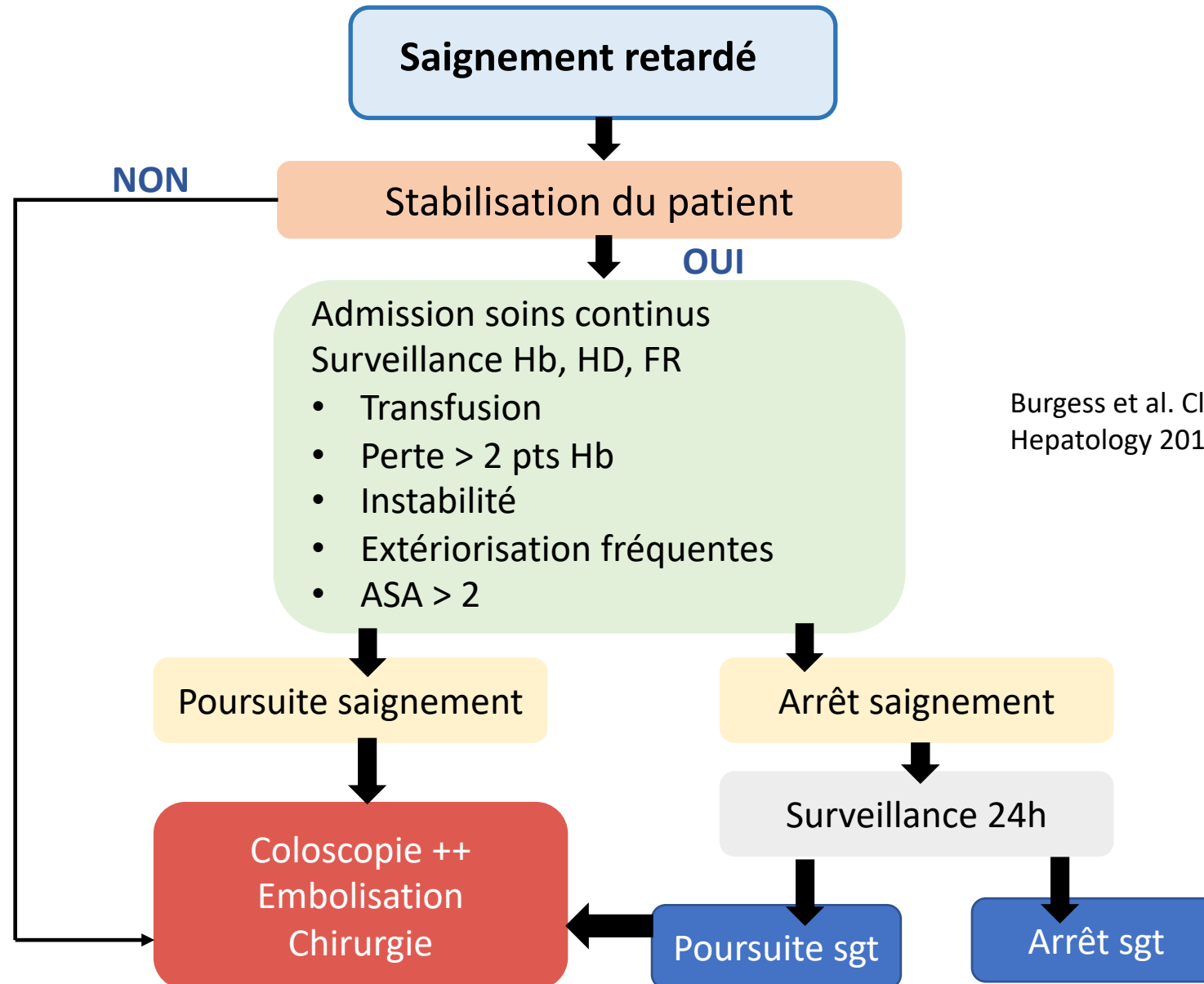
Saignement retardé
(PP)



FAUT IL FERMER LES CICATRICES AVEC DES CLIPS?



PRISE EN CHARGE SAIGNEMENT POST PROCEDURE



Burgess et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2014

CONCLUSION

- Le traitement du saignement immédiat associe une méthode chimique à une méthode thermique ou mécanique.
- La littérature récente démontre un bénéfice en faveur d'une hémostase préventive, majoré chez les patients à haut risque de saignement.
- La fermeture préventive des cicatrices EMR par clip est réalisée lors de lésions sessiles > 20 mm dans le côlon proximale.
- Elle est d'autant plus efficace lorsqu'elle est complète.
- Quid des poudres hémostatiques et des gels ?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION