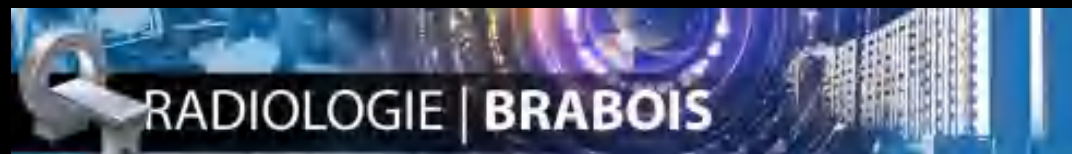


# *RI des hémorragies abdominales*

✓ Julien MATHIAS-Francois JAUSSET



- ✓ Contexte clinique
  - ✓ Hémorragie digestive extériorisée
  - ✓ ou non: hémopéritoine, hématome
  
- ✓ ATCD
  - ✓ Cirrhose (CHC, HTP + varices)
  - ✓ Pancréatite (faux anévrismes)
  - ✓ Sujet âgé/diverticulose
  - ✓ Chirurgie/biopsie récentes (lésions vasculaires)
  - ✓ Troubles coagulation

## ✓ Endoscopies (++) haute)

- ✓ Localisatrice
- ✓ Diagnostique
- ✓ Thérapeutique

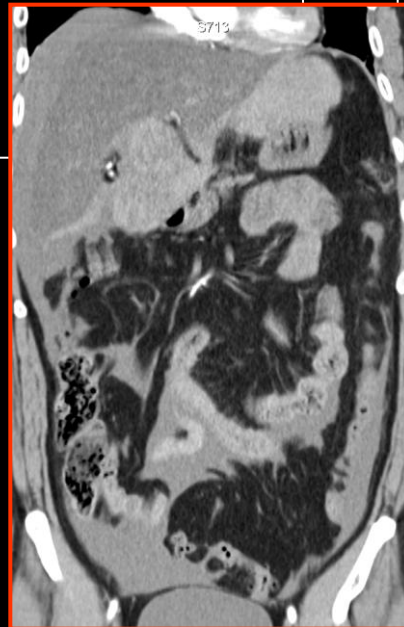
## ✓ TDM

### ✓ Lésions causales

- ✓ Tumeurs
- ✓ Faux anévrysmes

### ✓ Fuite active de contraste : *TDM multi-phasique +++*

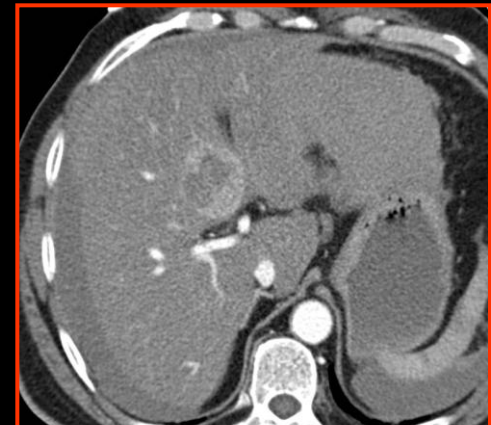
- ✓ Hématome
- ✓ Lumière digestive
- ✓ Muscles, parenchymes



Artériographie  
(TC, AMS, AML, AII)

et/ou

Chirurgie



# Les agents d'occlusion vasculaire

## Choix :

Calibre du vaisseaux

Type de lésion

Qualité du cathétérisme +++

### ✓ Temporaires :

- ✓ Mousse de gélatine

### ✓ Définitifs :

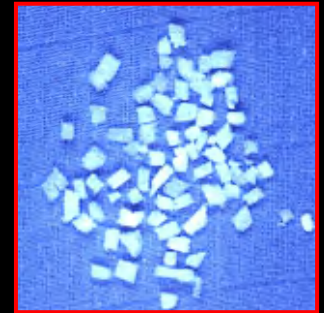
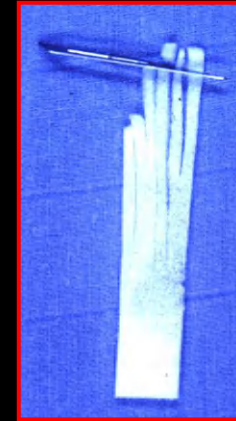
#### ✓ Microsphères calibrées

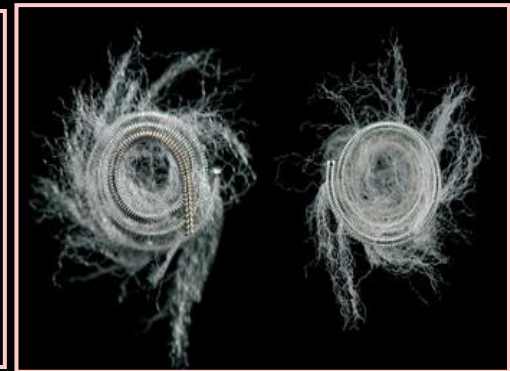
- ✓ Embosphère® Embogold® (Biosphere Medical)
- ✓ BeadBlock® (Terumo)...

#### ✓ Fluides :

- ✓ Cyanacrylates (colles) : Glubran®
- ✓ ONYX®

#### ✓ Implants : coils et microcoils



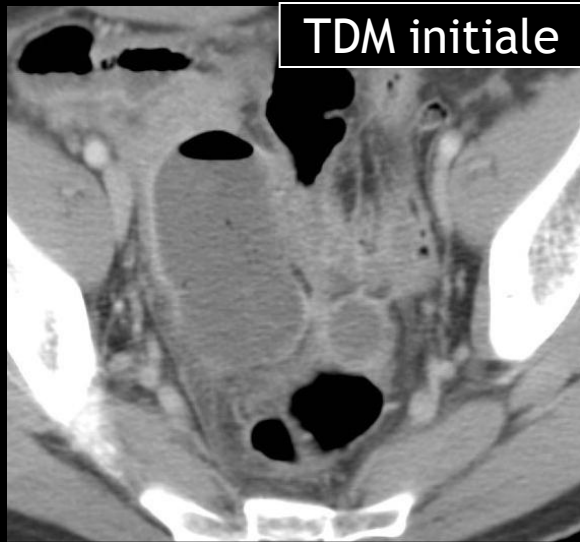


# 1. Hémorragies basses

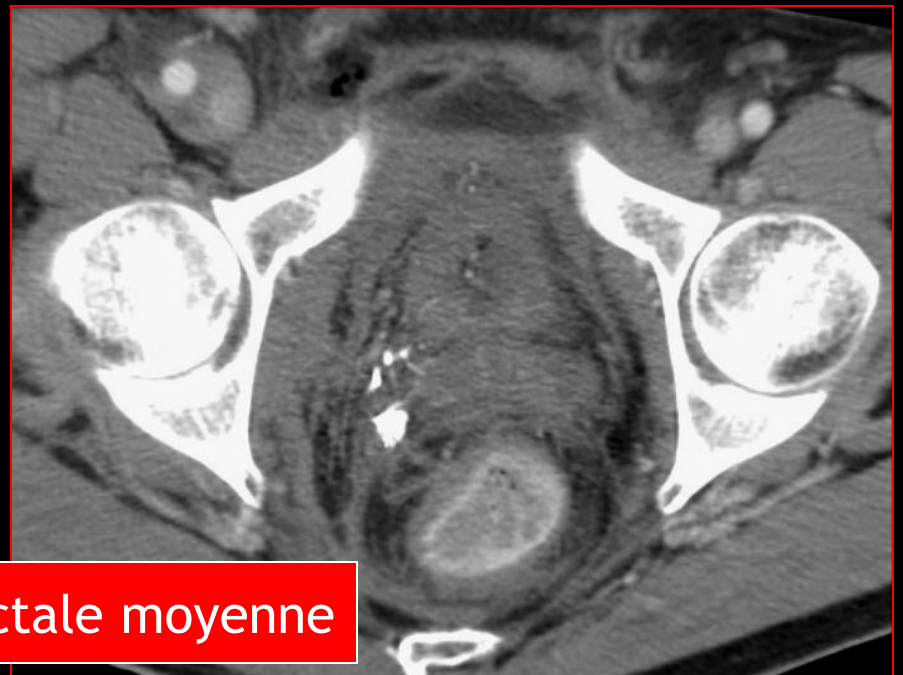
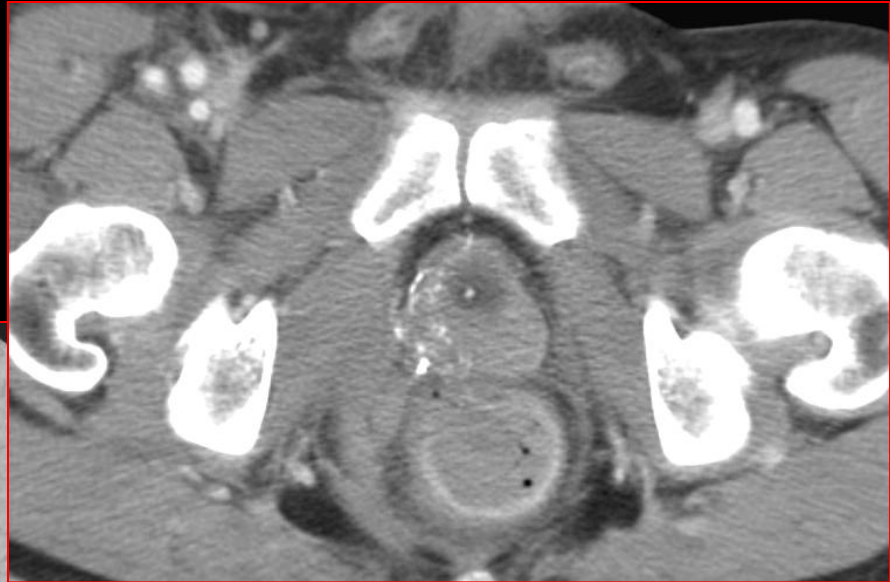
- ✓ Lésions : angiodysplasie, diverticule, ulcération
- ✓ Embolisation rarissime:
  - ✓ En dernier recours : si CI chir
    - ✓ Vascularisation terminale, faible collatéralité
    - ✓ Hypersélective
- ✓ Risques ischémiques +++



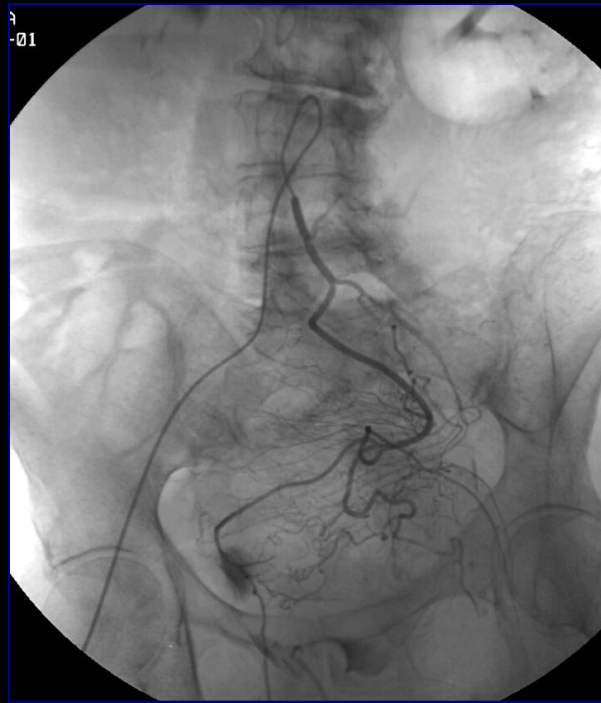
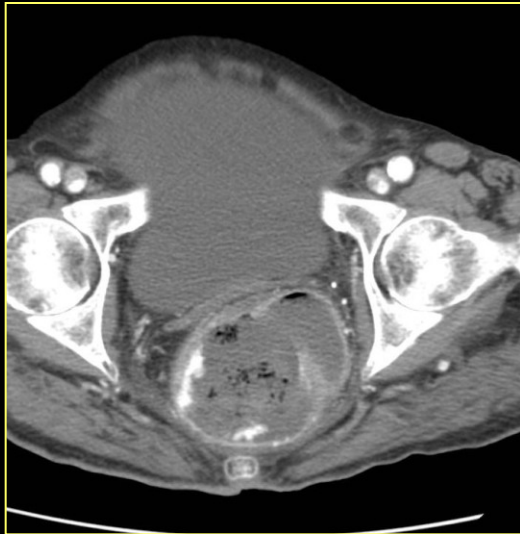
TDM initiale



**Rectorragie massive  
après rectotomie pour drainage**



Embolisation colle A. rectale moyenne



## Rectorragies

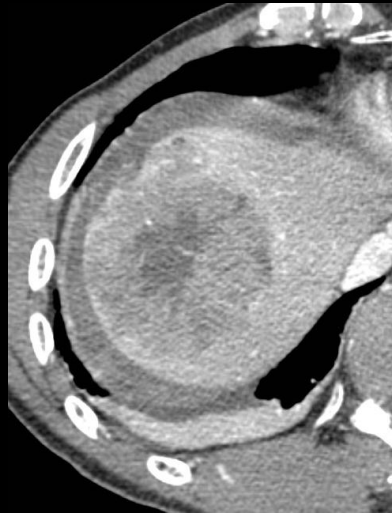
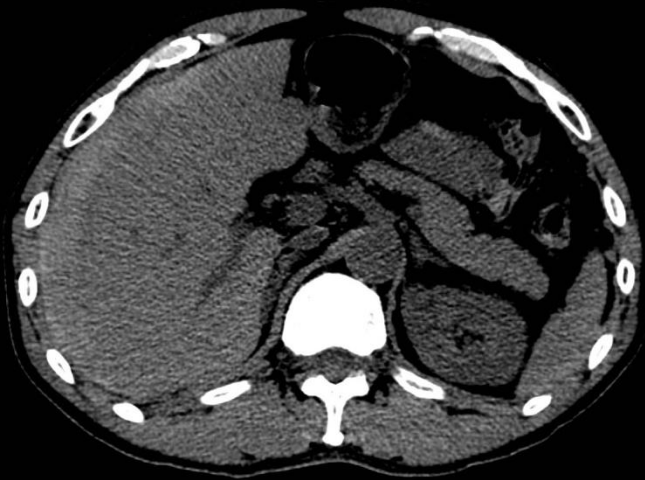
Endoscopie : ulcération rectale,  
récidive après électrocoagulation

Embolisation A. rectale sup

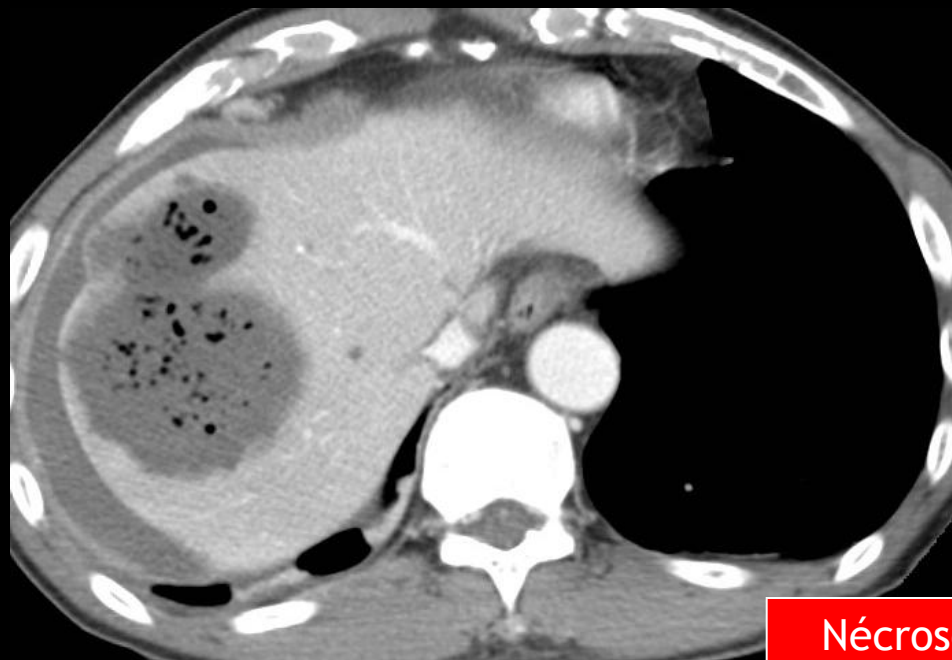
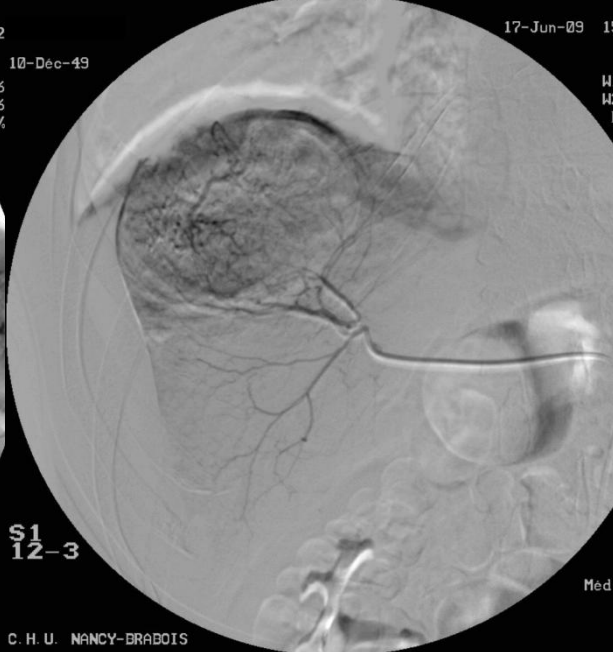
## 2. Territoire coelio-mésentérique

### Les cibles potentielles :

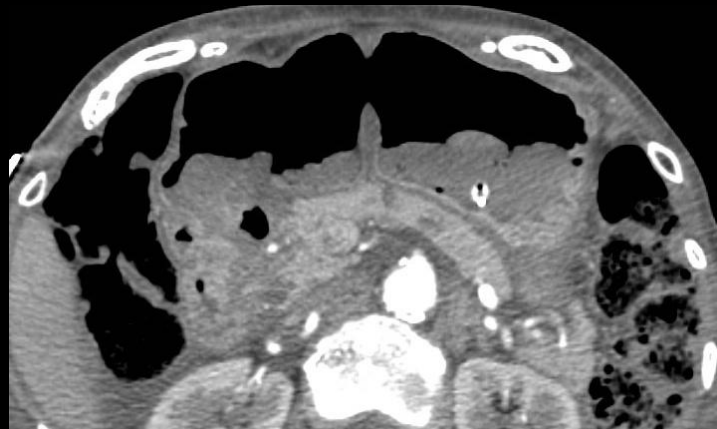
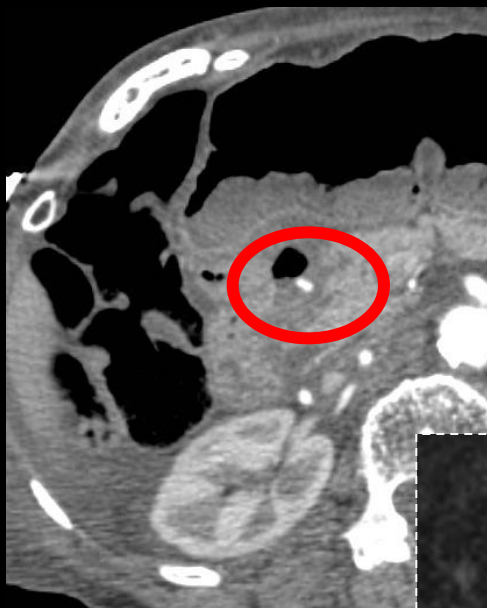
- ✓ Foyer d'extravasation
- ✓ Lésion causale
  - ✓ Tumeur (blush): adénome ou CHC
  - ✓ Faux anévrisme
  - ✓ Fistules artério-porte ou artério-biliaire



58 ans, Hépatite B chronique  
Douleurs de l'HCD



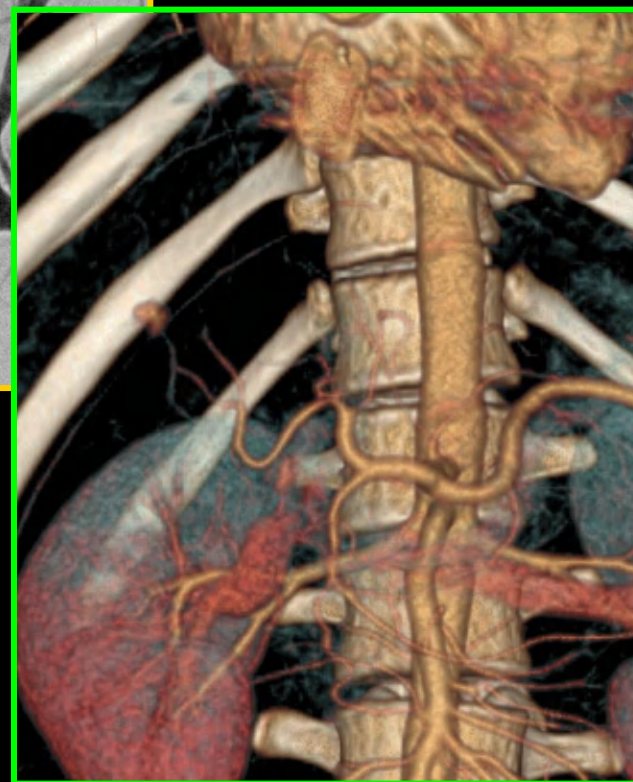
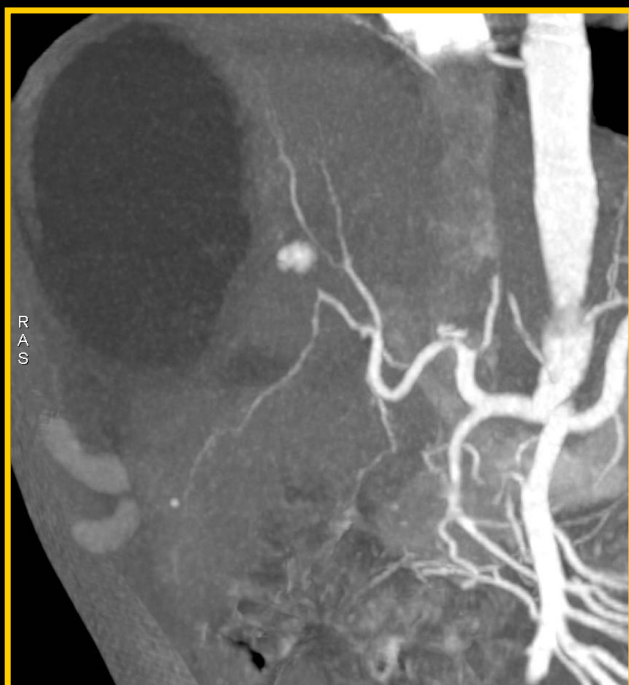
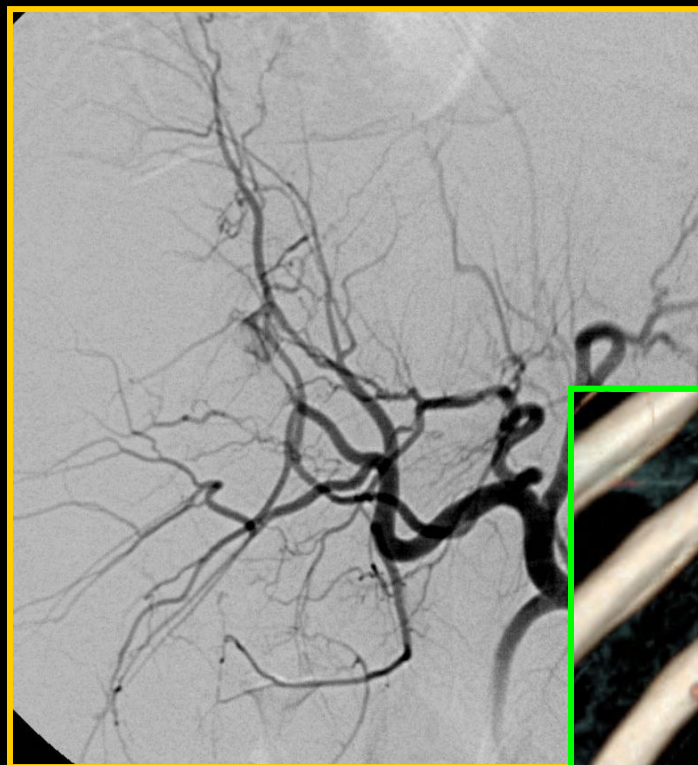
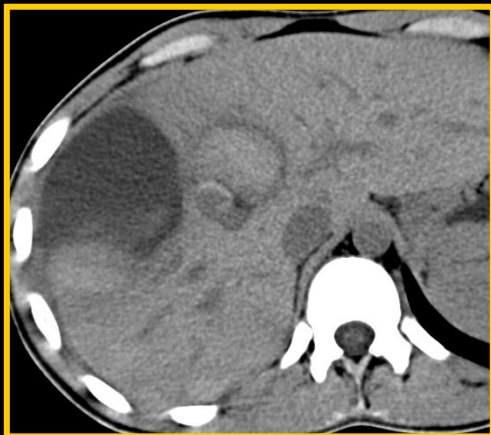
**Nécrose tumorale totale !**



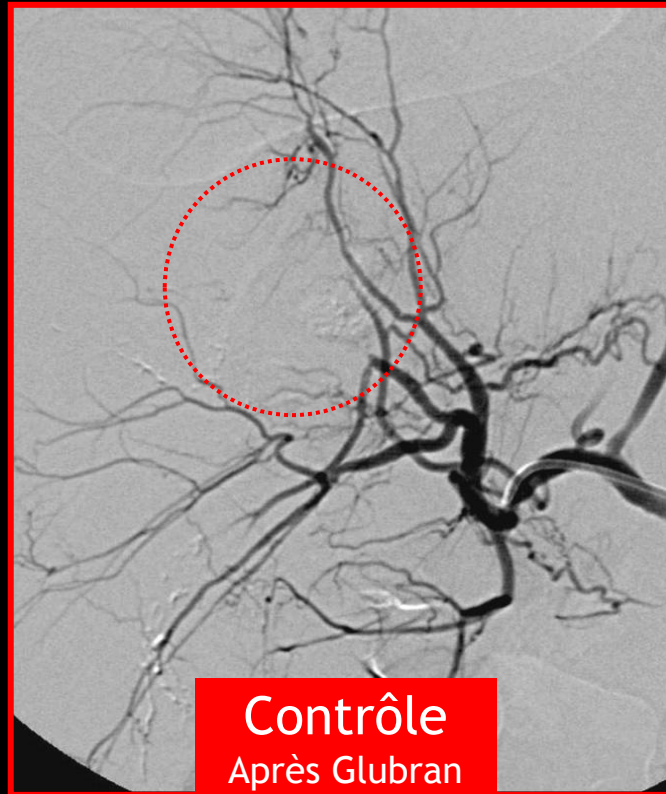
90 ans, ulcère duodénal hémorragique  
Fx anévrysme A. GD







J30 AVP scooter  
Douleurs HCD



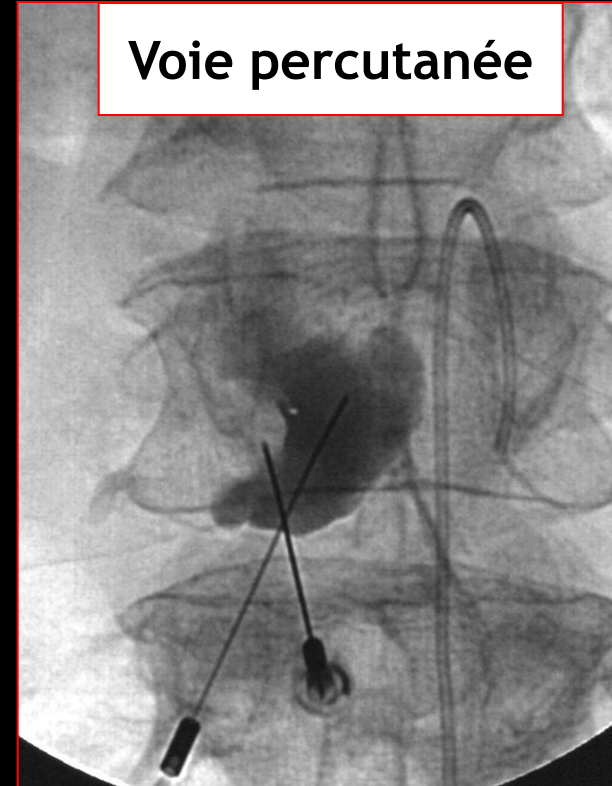
Contrôle  
Après Glubran

# Techniques particulières

## Embolisation protégée



## Voie percutanée



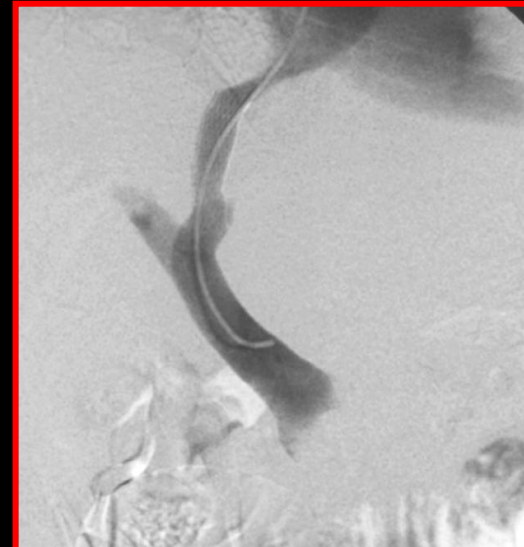
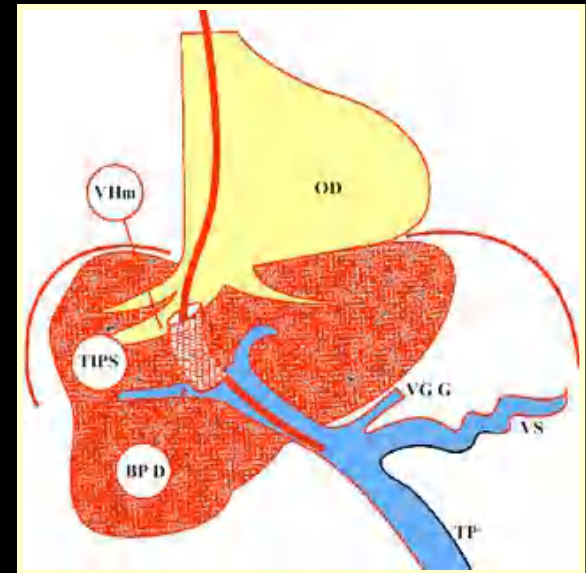
Ponction sous écho/scopie  
à l'aiguille 19G

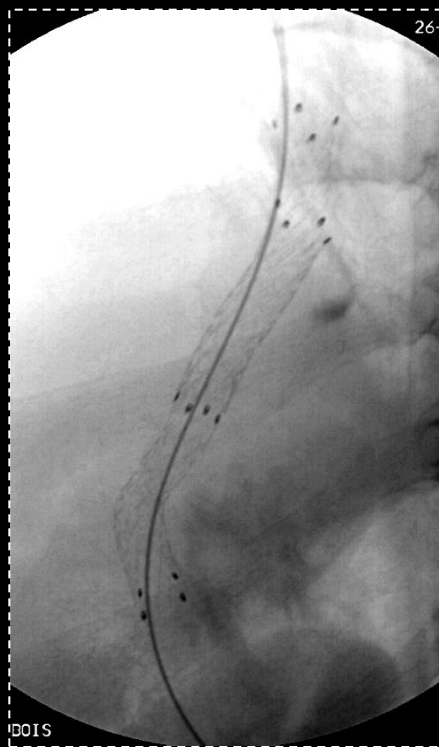
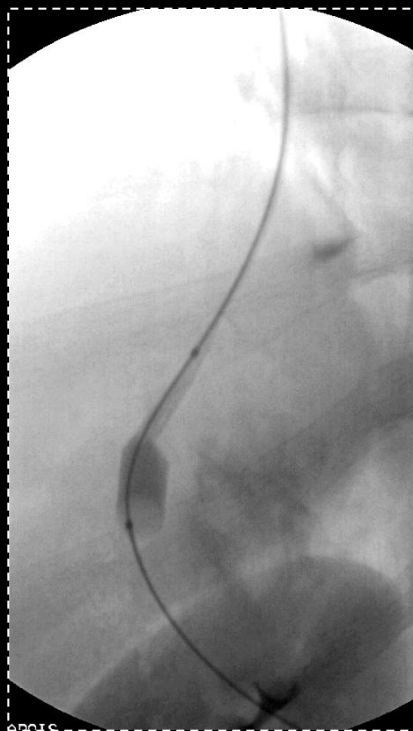
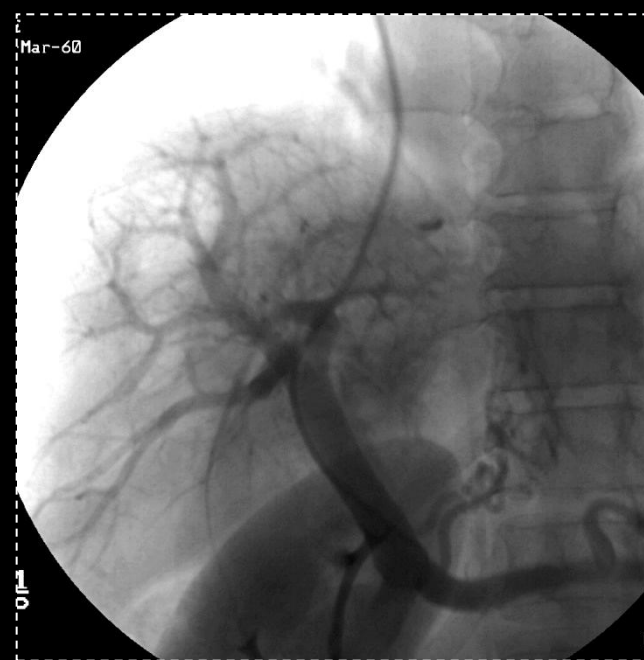
Opacification

Fluides / Coils

### 3. TIPS

- ✓ Indications :
  - ✓ Hémorragies digestives récidivantes (ascite réfractaire)
  - ✓ HTP+varices oesophagiennes ou gastriques
- ✓ Technique :
  - ✓ Voie jugulaire droite
  - ✓ KT VSH moyenne et opacification
  - ✓ Ponction de la branche portale D
  - ✓ Dilatation au ballon du trajet transhépatique
  - ✓ Stent(s)
  - ✓ (+- embolisation VO)





### ✓ Complications :

- ✓ DC : 12% (!! Child C)
- ✓ **Obstruction : 39%**
  - ✓ Précoce : malposition, prothèse trop courte
  - ✓ Tardive (18 mois-2 ans) : Hyperplasie intinale (Reprise)
- ✓ Encéphalopathie hépatique

### ✓ Succès technique : 97 %

### ✓ Perméabilité :

- ✓ Primaire : 60%
- ✓ Secondaire (reprise) :
  - ✓ A 1 an : 87%
  - ✓ A 2 ans : 80%

### Efficacité :

H. Digestive : 91%  
Ascite : 74%

**Merci de votre attention !!!**