



Société Algérienne d'Endoscopie Digestive  
2<sup>ème</sup> congrès d'endoscopie digestive  
Le 08-09 Novembre 2024  
Hôtel Golden Tulip Royaume Alger

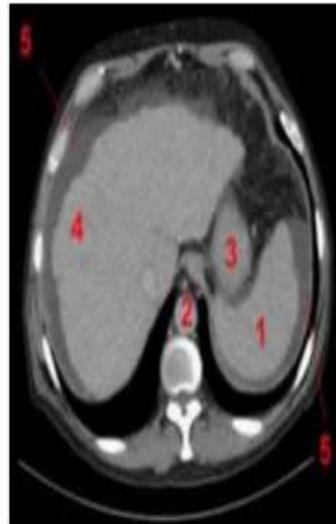
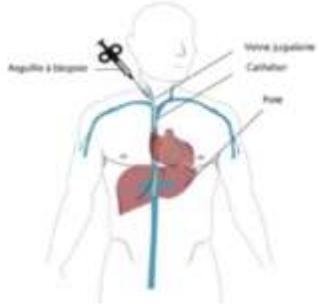


## Prise en charge endoscopique de l'HTP en 2024

**R. Osmane**  
Service d'hépatogastro-entérologie  
CHU Bab El Oued

# HTP cliniquement significative

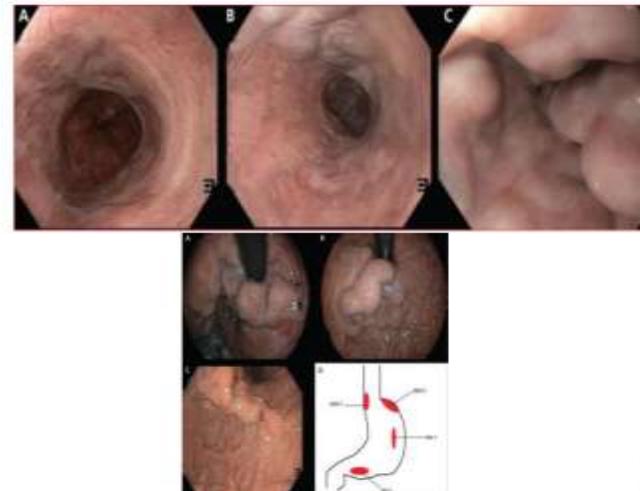
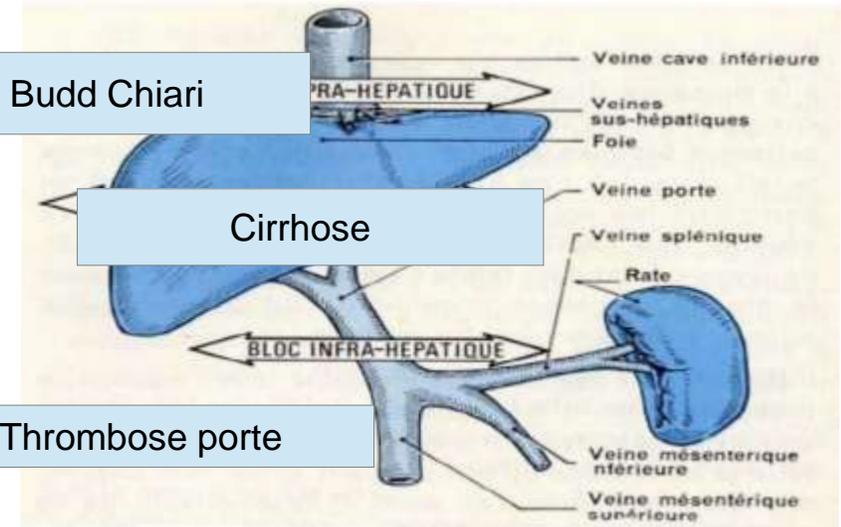
Gradient Porto-cave  $\geq 10$  mmHg



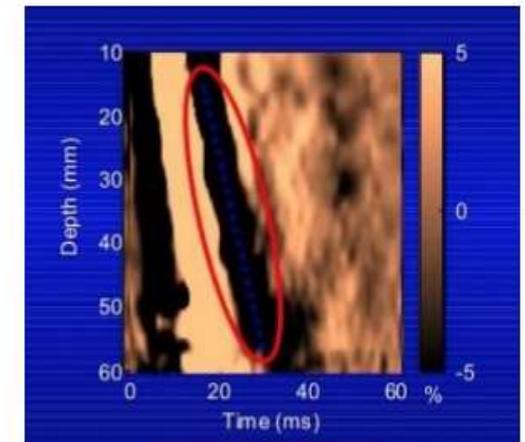
Syndrôme de Budd Chiari

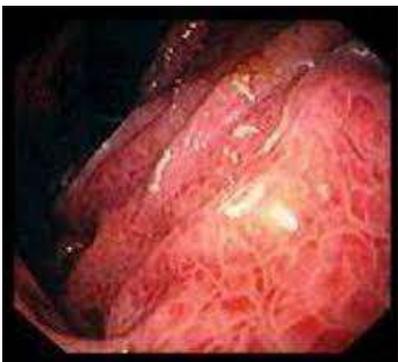
Cirrhose

Thrombose porte



Elastométrie  $\geq 25$  kPa





GHTP



GAVE



VO

**Étiologies des hémorragies liées à l'HTP**

The composite image includes four panels: A (GOV I), B (GOV II), C (IGV1), and D (Sarin classification diagram). The diagram shows the esophagus and stomach with red ovals indicating the locations of GOV 1, GOV 2, IGV 1, and IGV 2.

Classification de Sarin



VARICES ECTOPIQUES

# Que faire en pratique

## Baveno VII

Restitution des pertes afin de préserver une bonne perfusion tissulaire, pour maintenir une stabilité hémodynamique

### Remplissage: objectif PAM=65 mmHg

HYPOVOLEMIE, CHOC  
Augmente la mortalité et la RH  
Favorise l'insuffisance rénale, les infections

REPLISSAGE  
augmente la pression portale de façon  
linéaire

Transfusion sanguine iso GR Iso RH, en respectant le taux d'hémoglobine cible entre 7-8 g/dl ( risque de déclencher un saignement et de désordres cardiovasculaires)

# Que faire en pratique

## Baveno VII

- Si suspicion d'hémorragie d'origine variqueuse
- Administration de substances vasoactives (terlipressine, somatostatine, octreotide), **le plus tôt possible**
- Durée: 2-5 jours

TABLE 5 Vasoactive agents for acute variceal bleeding.

Agent	Dosing	Duration
Octreotide	Initial i.v. bolus of 50 mcg and continue infusion at a rate of 25–50 mcg/hour <sup>[151–153]</sup>	2–5 d
Somatostatin	Initial i.v. bolus of 250 mcg and continue infusion at a rate of 250–500 mcg/hour <sup>[154,155]</sup>	2–5 d
Terlipressin <sup>a</sup>	Initial 24–48 hours: 2 mg i.v. every 4–6 hours and then 1 mg i.v. every 4–6 hours <sup>[154,156–158]</sup>	2–5 d

<sup>a</sup>Not approved for this indication in North America.

References: Garcia-Tsao et al. *Hepatology*. January 2017<sup>[1]</sup>; Seo et al. *Hepatology*. September 2014.<sup>[159]</sup>

# Que faire en pratique

## Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension

Risque infectieux est très élevé : Aggrave le risque de mortalité  
Risque de récurrence hémorragique

L'antibiothérapie est primordiale+++++

**Antibiotic prophylaxis is an integral part of therapy for patients with cirrhosis presenting with upper gastrointestinal bleeding and should be instituted from admission. (A.1) (Unchanged)**

**Intravenous ceftriaxone 1 g/24 h should be considered in patients with advanced cirrhosis (A.1) in hospital settings with high prevalence of quinolone-resistant bacterial infections and in patients on previous quinolone prophylaxis, and should always be in accordance with local resistance patterns and antimicrobial policies. (D.2) (Changed)**

# Que faire en pratique

## Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension

Lactulose est indiqué per os ou en lavement en cas d'hémorragie active en prévention ou en traitement de l'encéphalopathie hépatique.

IPP arrêté si pas nécessaire



## Prise en charge endoscopique des varices œsophagiennes

**HEMOSPRAY**



# Endoscopie

## Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension

Endoscopie initiale ++++: « **Optimal Timing** »

- Dans les 12 h suivant l'hémorragie (*patient stable*)

- Sous sédation: *Propofol* +++

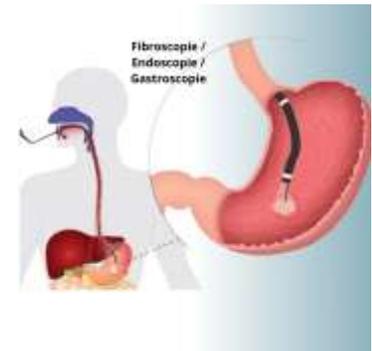
**PAS** de sédation profonde ➤ altère l'état de conscience ,  
désaturation  
obstruction des voies aériennes

**intubation** : si patient inconscient, a extuber rapidement

- Identifier la lésion qui saigne

- Prise en charge en urgence : arrêt du saignement selon les moyens disponibles et selon l'expertise du centre

The availability of an on-call GI endoscopist proficient in endoscopic haemostasis and on-call support staff with technical expertise in the usage of endoscopic devices, enabling performance of endoscopy on a 24/7 basis, is recommended. Trainees performing the procedure must always be closely supervised by the GI endoscopist. (D.1) (Changed)

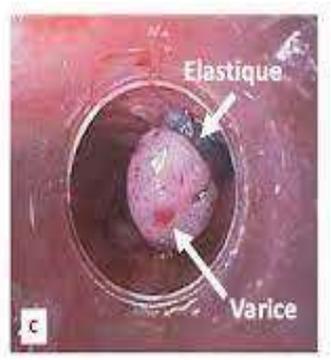
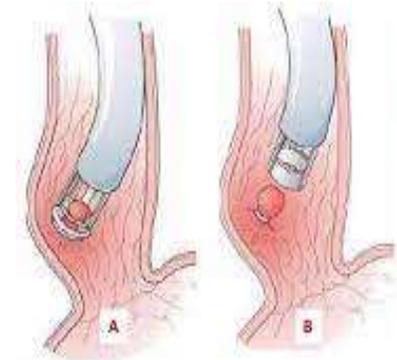


# Varices œsophagiennes

LVO

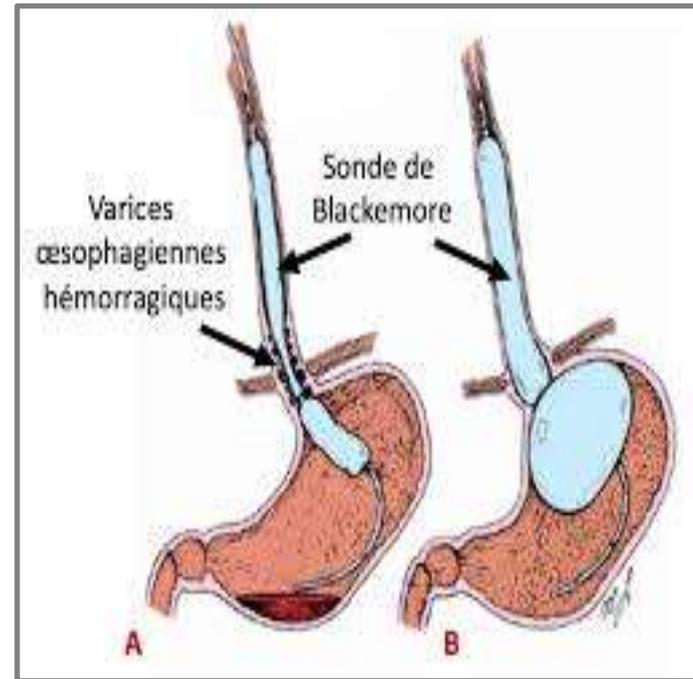
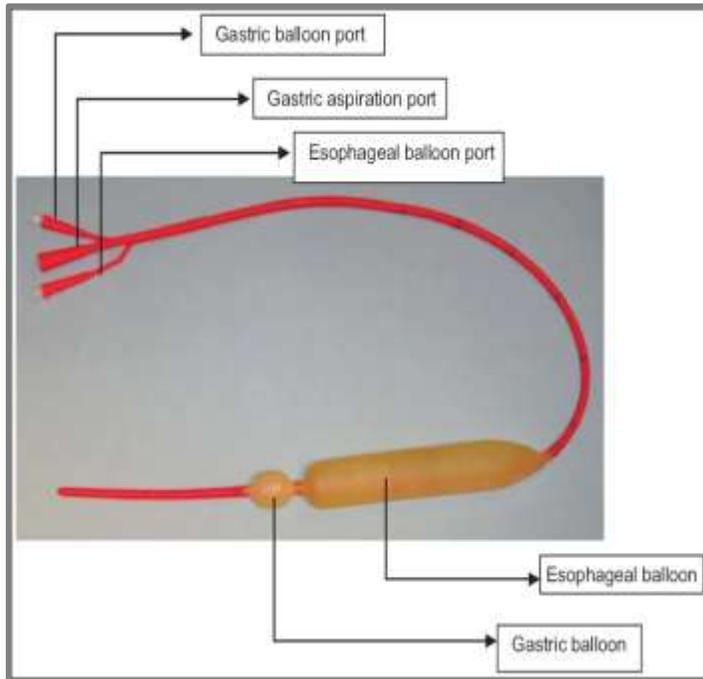
## Complications :

- Dysphagie
- Douleur rétro-sternale.
- La chute d'escarre vers le septième jour peut être responsable d'une hémorragie cliniquement significative.



# Varices œsophagiennes

## Sonde de tamponnement



## Complications :

- la perforation
- la nécrose œsophagienne
- la pneumopathie d'inhalation  
(Intérêt de protéger les voies aériennes supérieures par une intubation lorsque la sonde de Blackemore est nécessaire)

**La principale indication de la pose d'une sonde de tamponnement est l'hémorragie cataclysmique (un traitement d'attente)**

# Varices œsophagiennes

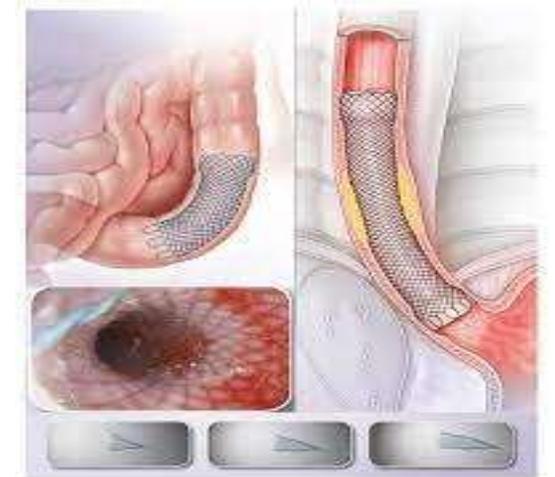
Prothèse œsophagienne métallique  
Auto-expansibles complètement couverte

- prothèses œsophagiennes : alternative à la sonde de Blackemore (même efficacité , moins de complications)
- en place pendant 14 jours **en attente d'un TIPS**
- **Indication :**
  - **hémorragie aiguë de VO, réfractaire au traitement médical conventionnel (pharmacologique et endoscopique).**
  - **hémorragie massive en traitement de première intention.**
- **Contre indication :**
  - ATCD RxT oesophagienne/pulmonaire
  - Tumeurs bronche, trachée, œsophage, estomac
- **Complications :**
  - Migration du stent
  - Ulcération œsophagienne

Diamètre 25mm  
Longueur 135mm



**DANIS STENT**



Avec l'aimable autorisation de BostonScientific®

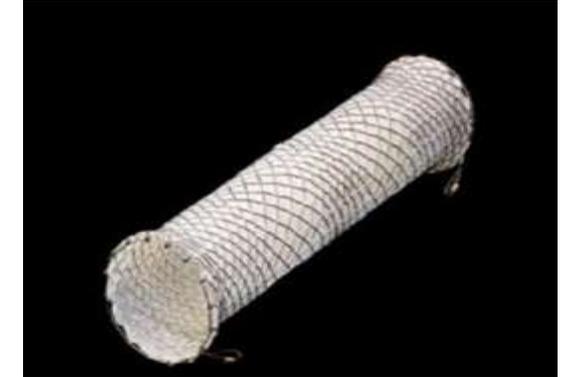
# Varices œsophagiennes

Prothèse œsophagienne métallique  
Auto-expansibles complètement couverte

## DANIS STENT vs BACKMORE

	Danis stent	Ballon tamponnement	p
Succès global	66%	20%	0,025
Contrôle du saignement	85%	47%	0,037
Effets secondaires	15%	47%	0,07
Survie 6 sem	54%	40%	0,46

Diamètre 25mm  
Longueur 135mm

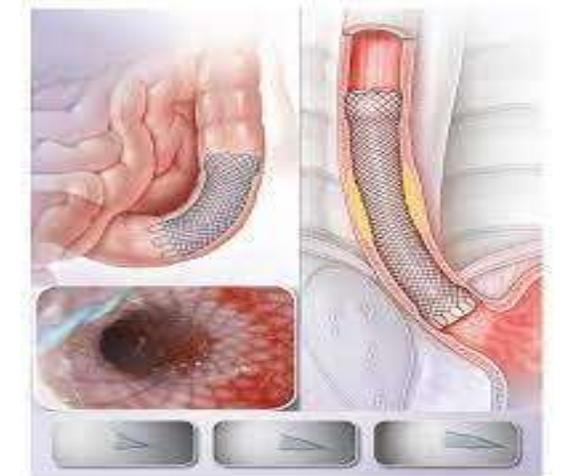


DANIS STENT

## DANIS STENT vs TIPS

Méta analyse : TIPS (9 études, n= 398) vs stent (12 études, n= 176)  
• Hémorragie réfractaire/récidivante

	Danis stent	TIPS
Mortalité	43,6%	27,9%
Contrôle du saignement	84,5%	97,9%
Récidive saignement	19,4%	8,8%
Succès technique	88,3%	91%
Effets secondaires	36,9%	41,4%



Avec l'aimable autorisation de Boston Scientific®

## Hémorragie liée HTP: place de l'Hémospray?

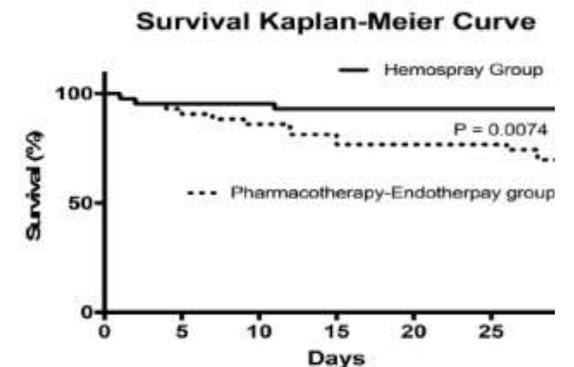
Early application of haemostatic powder added to standard management for oesophagogastric variceal bleeding: a randomised trial

Gut, 2019

Mostafa Ibrahim,<sup>1,2</sup> Ahmed El-Mikkawy,<sup>2</sup> Mohamed Abdel Hamid,<sup>2</sup> Haitham Abdalla,<sup>2</sup> Arnaud Lemmers,<sup>1</sup> Ibrahim Mostafa,<sup>2</sup> Jacques Devière<sup>1</sup>

- ERC, cirrhose + RVO
- Groupe « contrôle » EOGD vs groupe « Hémospray »: EOGD H2 + Hémospray puis EOGD à H12-H24

	Groupe « contrôle » N = 43	Groupe « Hémospray » N = 43	p
Rescue endoscopy	13/43 (30%)	5/43 (12%)	0,034
Succès hémostase lors endoscopie prévue	30/30 Sang frais (100%) ou actif (10%)	38/38	
<b>Survie 6 sem</b>	<b>7%</b>	<b>30%</b>	<b>p=0,006</b>



# Varices œsophagiennes

TIPS

Indications

Sauvetage

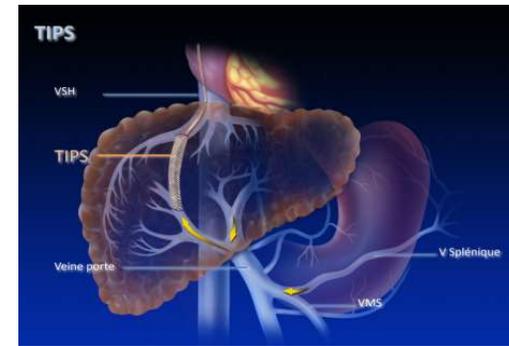
Hémorragie  
réfractaire ou  
récidive dans les 5 jours

Futile



Si

Child-Pugh  $\geq$  C14  
ou MELD  $>$  30 et  
lactates  $>$  12 mmol/l  
sauf si THO



# Varices œsophagiennes

TIPS

Indications

Early < 72H

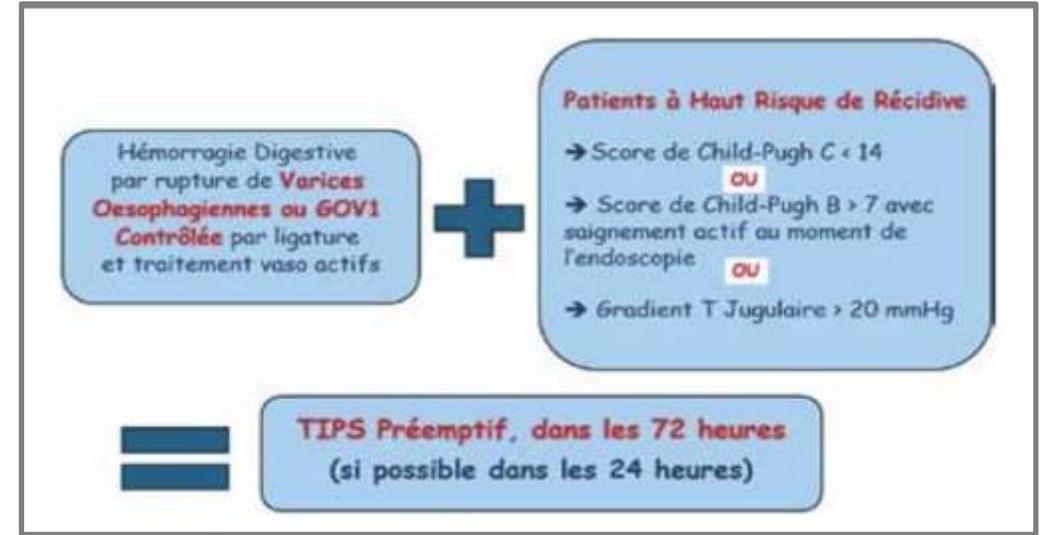
Child C  
Child B avec  
hémorragie active

Non CI

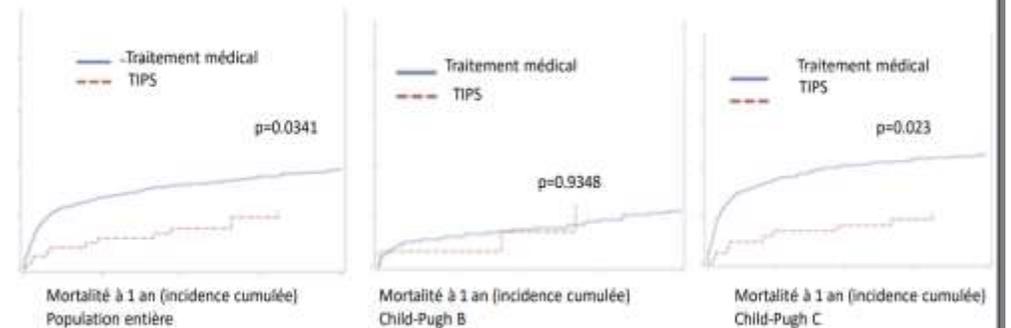
Même Si

ACLF  
Encéphalopathie  
Ictère

**Le TIPS préemptif est associé à une réduction du risque relatif de mortalité à 6 semaines de 80 % et à 1 an de 51 %**



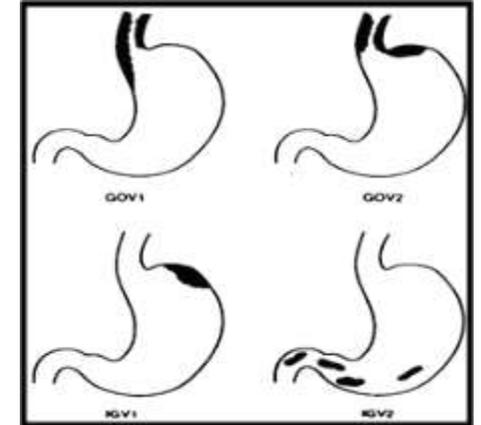
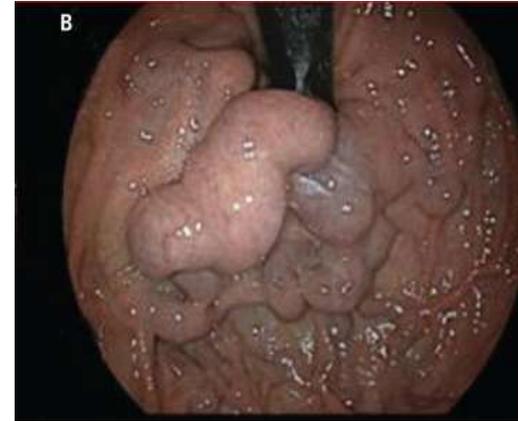
## Place du TIPS précoce: données issues des cohortes observationnelles



Hernandez-Geo, hepatology 2019

## Prise en charge des varices gastriques

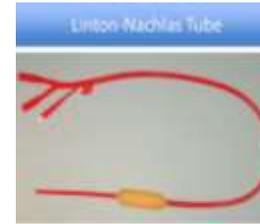
- Taille > 2 cm
- A la localisation : IGV1 > GOV2 > GOV1
- Signes rouges
- Gastropathie en mosaïque
- Sévérité de la cirrhose



Classification endoscopique des varices gastriques selon SARIN  
**GOV** : gastro-oesophageal varices    **IGV** : Isolated gastric varices

# Prise en charge des varices gastriques

Si hémorragie cataclysmique, Sonde de tamponnement: « Bridge »



## Practice Guidance



### AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis

The goal of resuscitation is to preserve tissue perfusion. Volume restitution should be initiated to restore and maintain haemodynamic stability. (D.2)

Packed red blood cell transfusions should be performed conservatively, with a target haemoglobin level between 7-8 g/dl, although transfusion policy in individual patients should also consider other factors such as cardiovascular disorders, age, haemodynamic status and ongoing bleeding. (A.1)

In suspected variceal bleeding, vasoactive drugs (terlipressin, somatostatin, octreotide) should be started as soon as possible and continued for 2-5 days. (A.1)

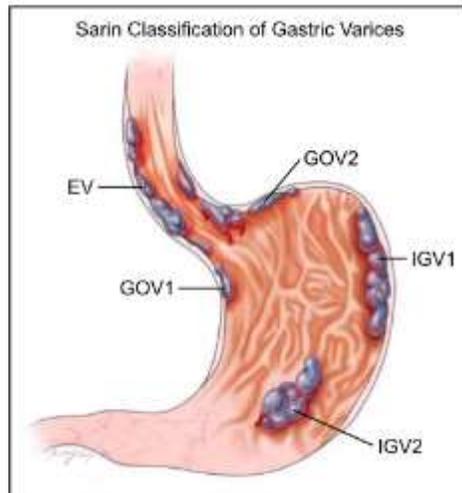
**Antibiotic prophylaxis is an integral part of therapy for patients with cirrhosis presenting with upper gastrointestinal bleeding and should be instituted from admission. (A.1) (Unchanged)**

# Prise en charge des varices gastriques

## Endoscopie/Instrumentale

Ligature

Colle biologique



EUS  
Coils et /ou  
Colle

Tips

BRTO

**Table 1.** Published Studies of Different Therapies for Gastric Varices

Treatment modality/gastric variceal type	Primary hemostasis (%)	Secondary rebleeding (%)	Variceal eradication (%)	References
Endoscopic variceal sclerotherapy <sup>a</sup>				5, 7, 8, 90-92
GOV1	90-100	5.5	95	
GOV2/IGV1	40-60	20-90	40-70	
Endoscopic variceal obturation <sup>b</sup>	90-100	23-50	50-100	90-92, 94-113
Endoscopic variceal ligation <sup>c</sup>	45-100	0-50	45-100	96, 115-121
TIPS <sup>d</sup>	90-100	10-30	—	128-130, 132-137
BRTO <sup>e</sup>	100 <sup>b</sup>	0-10	85-100	34, 145-150, 152-154
Balloon-occluded endoscopic injection sclerotherapy <sup>f</sup>	—	0	75-90	151, 156-158

NOTE. Blank spaces indicate insufficient or no data available.

<sup>a</sup>Results not available according to gastric variceal subtype because they were not defined or there was insufficient data.

<sup>b</sup>These studies mainly relate to fundal varices.

<sup>c</sup>Results of only one small study.

# Prise en charge endoscopique

Colle biologique >>>> ligature

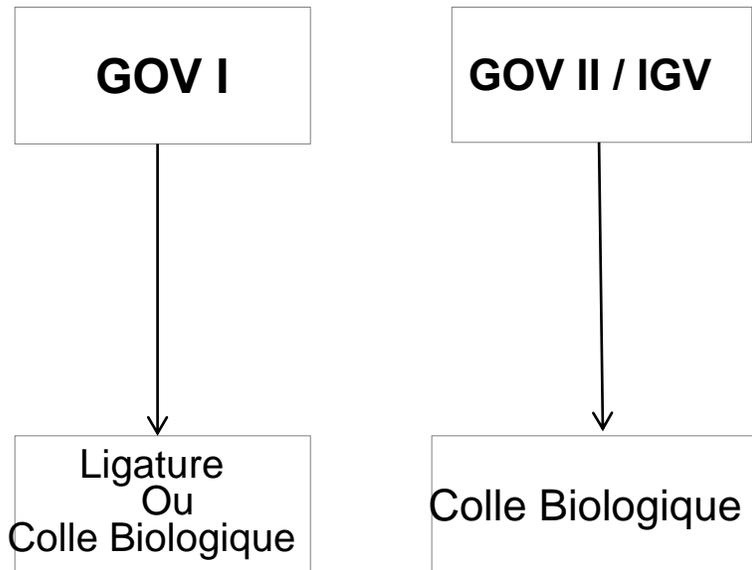


TABLE 2. Meta-Analysis of Comparison Between Cyanoacrylate Injection and Band Ligation in Acute Gastric Variceal Bleeding

Clinical Outcomes	Included Studies	Measurement	Statistical Method	Effect Model	Mean (95% CI)	P Value	Heterogeneity
Active bleeding control	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	OR	M-H	Fixed	4.44 (1.14–17.30)	0.032	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.495
Blood transfusion	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	SMD	D-L	Random	0.42 (-1.40 to 2.24)	0.652	I <sup>2</sup> = 96.6%, P < 0.001
GV eradication	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	OR	M-H	Fixed	1.18 (0.65–2.13)	0.586	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.445
Sessions	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	SMD	D-L	Random	-0.18 (-0.89 to 0.54)	0.627	I <sup>2</sup> = 82.3%, P = 0.004
Rebleeding	Tantau et al <sup>14</sup> , Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup>	OR	M-H	Fixed	0.53 (0.18–0.60)	0.0004	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.642
GOV1	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup>	OR	M-H	Fixed	0.39 (0.16–0.94)	0.035	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.577
GOV2	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup>	OR	M-H	Fixed	0.91 (0.23–3.62)	0.895	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.731
IGV1	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup>	OR	M-H	Fixed	0.06 (0.01–0.58)	0.015	I <sup>2</sup> = 36.5%, P = 0.210
Complications	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	OR	M-H	Fixed	0.72 (0.38–1.37)	0.318	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.462
GV recurrence	Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	OR	M-H	Fixed	0.26 (0.11–0.61)	0.002	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.463
Mortality	Lo et al <sup>12</sup> , Tan et al <sup>11</sup> , Tantau et al <sup>14</sup>	OR	M-H	Fixed	0.72 (0.36–1.46)	0.365	I <sup>2</sup> = 0%, P = 0.455

TABLE 1. List of different commercially available cyanoacrylate preparations available for medical use

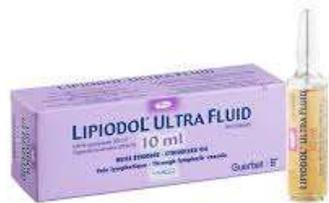
Trade name	Manufacturer	Active component	Sold as	Polymerization rate	Require lipiodol	Cost/ ampoule (U.S.\$)	Available in the U.S.
Indermil	Covidien	N-butyl-2-cyanoacrylate	0.5-mL liquid/ampoule	Faster	Yes	26	Yes
Histoacryl	TissueSeal	N-butyl-2-cyanoacrylate	0.5-mL liquid/ampoule	Faster	Yes	27	Yes
Dermabond	Ethicon	2-Octyl-cyanoacrylate	0.5-mL liquid/ampoule	Slower	No	25	Yes
Glubran 2	GEM, Italy	N-butyl-2-cyanoacrylate + methacryloxysulfonate	0.25-, 0.5-, and 1-mL liquid/ ampoule	Slow	No	—	No

Kahloon A, et al. Dig Dis Sci 2014  
 Caldwell S. Am J Gastroenterol. 2012  
 Bhat YM et al. Gastrointest Endosc 2013.  
 Garcia-Tsao et al. practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology* 2017.

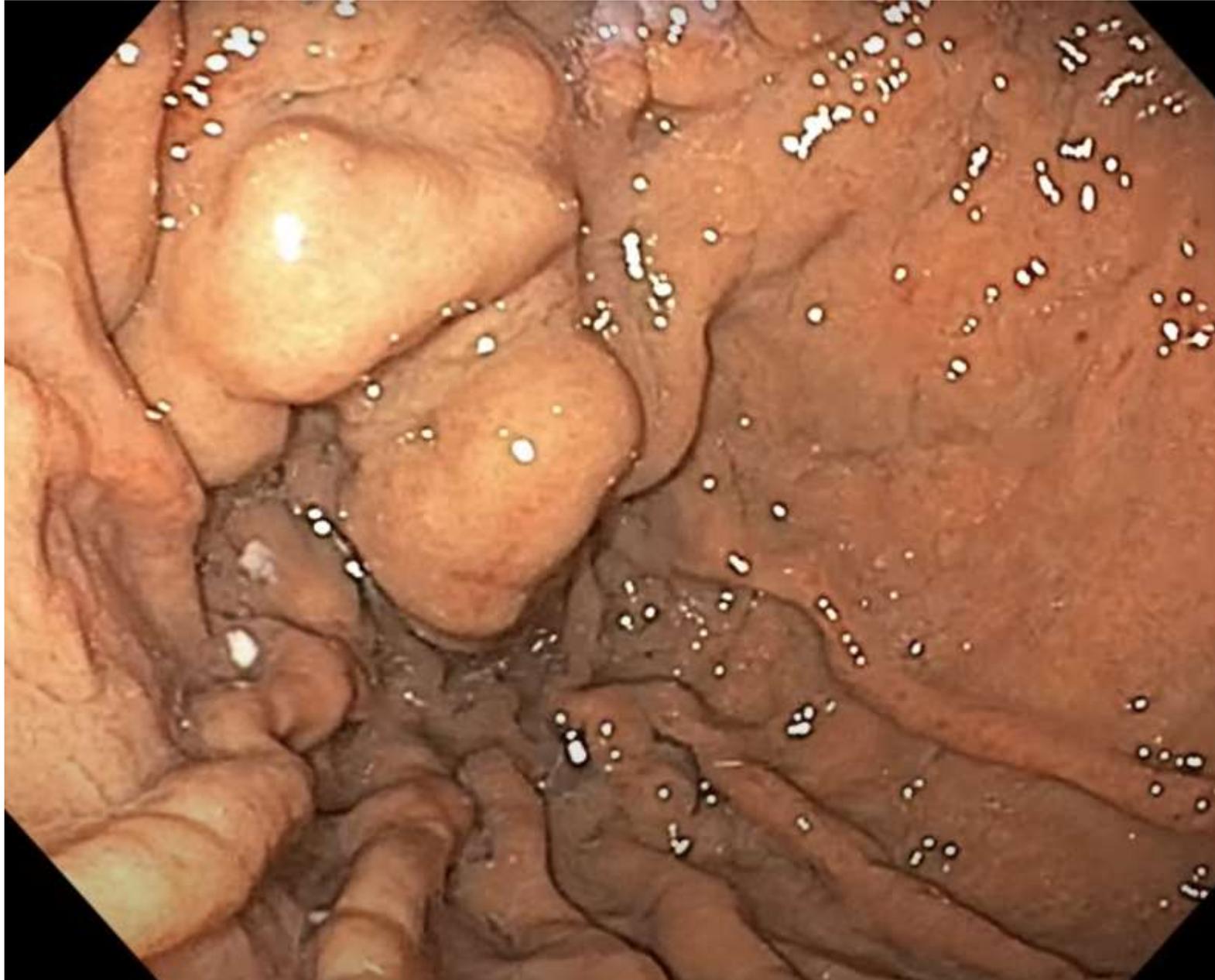
# Prise en charge endoscopique: colle biologique



Quelques précautions



Déroulement  
de la  
procédure



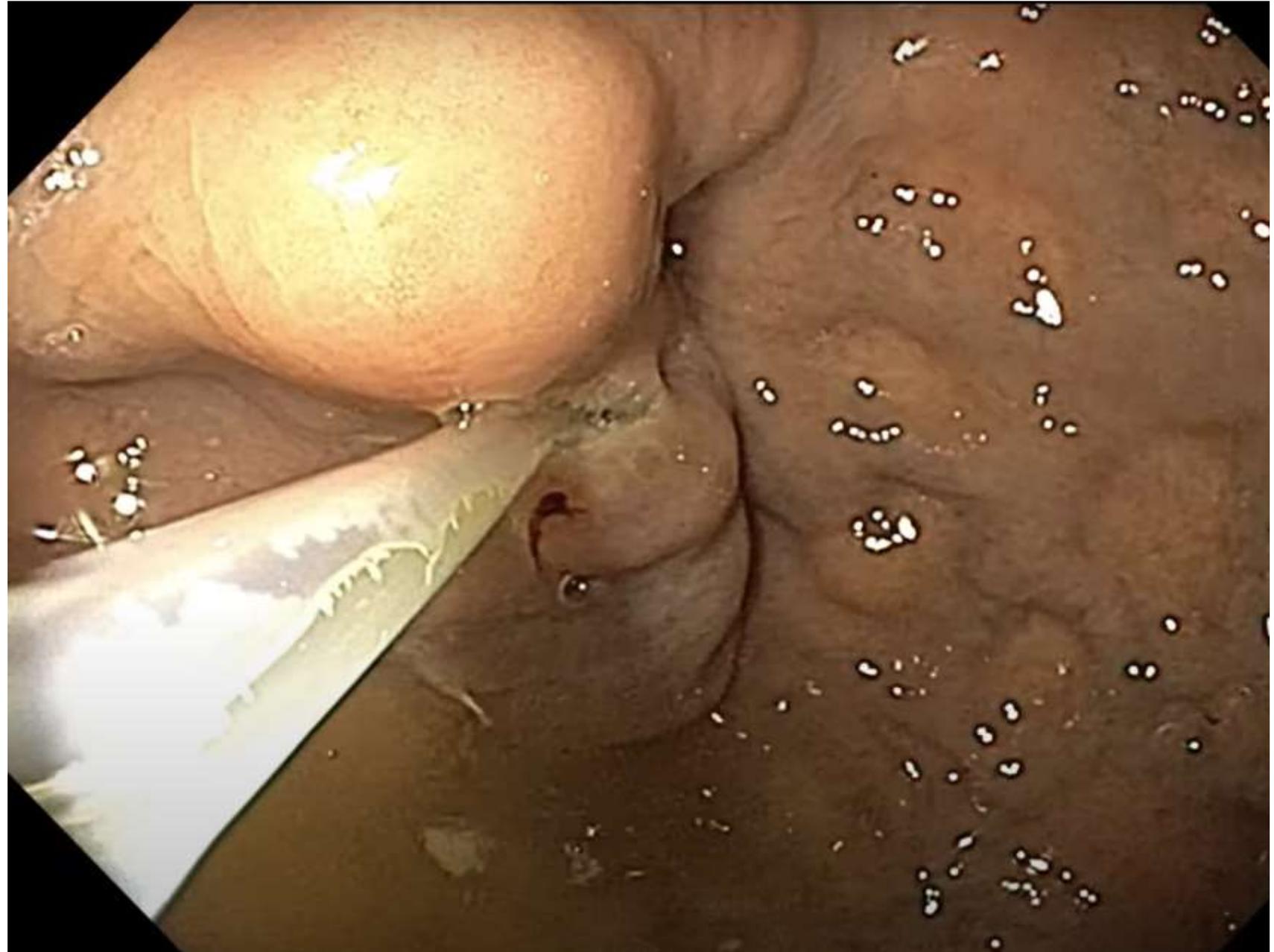
Déroulement  
de la  
procédure



Déroulement  
de la  
procédure



Déroulement  
de la  
procédure



Déroulement  
de la  
procédure



## Déroulement de la procédure

Obstruction  
de  
l'endoscope



Risques  
liés à  
l'encollage

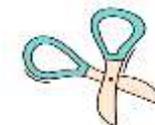
Lubrification du canal opérateur à la vaseline  
liquide +/- Lipiodol®

Débrancher l'aspiration

Rincage de l'aiguille (serum  $\psi$  ou Lipiodol®)

Ne pas remonter l'aiguille dans le canal opérateur

Section de l'aiguille (proximal) et retrait par la  
partie distale du canal opérateur



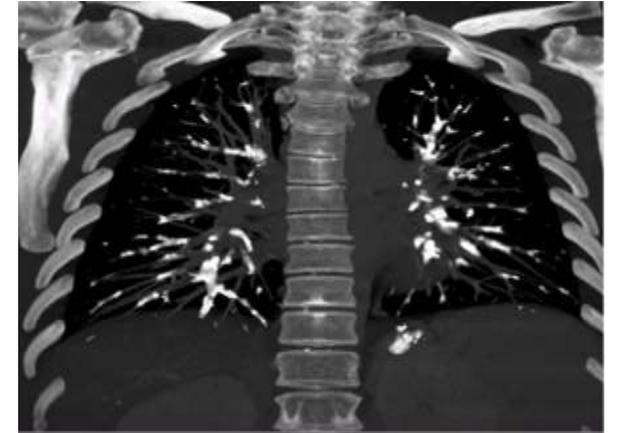
## Complications

### - Mineures :

- douleurs abdominales
- Fièvre transitoire

### - Majeures :

- Syndrome infectieux ( pulmonaire , urinaire, ISLA ....)
- Emboles extra gastriques de colle :  
poumon –cerveau 1%  
TTX / ASP.
- Pendant le geste :saignement,  
incafération de l'aiguille
- obturation de l'endoscope
- Projections de colle



## Réponse au traitement

### Bonne réponse

90% des cas

### une hémorragie « réfractaire », ou échec du traitement, selon Baveno V

- *Hématémèse fraîche ou >100 ml de sang frais dans l'aspiration nasogastrique  $\geq$  2 heures après le début d'un traitement médicamenteux ou endoscopique spécifique et bien conduit*
- *apparition d'un choc hypovolémique, baisse du taux d'hémoglobine de  $\geq$ 3 g/dl (9 % d'hématocrite) sur une période de 24 heures sans transfusion*

### Récidive

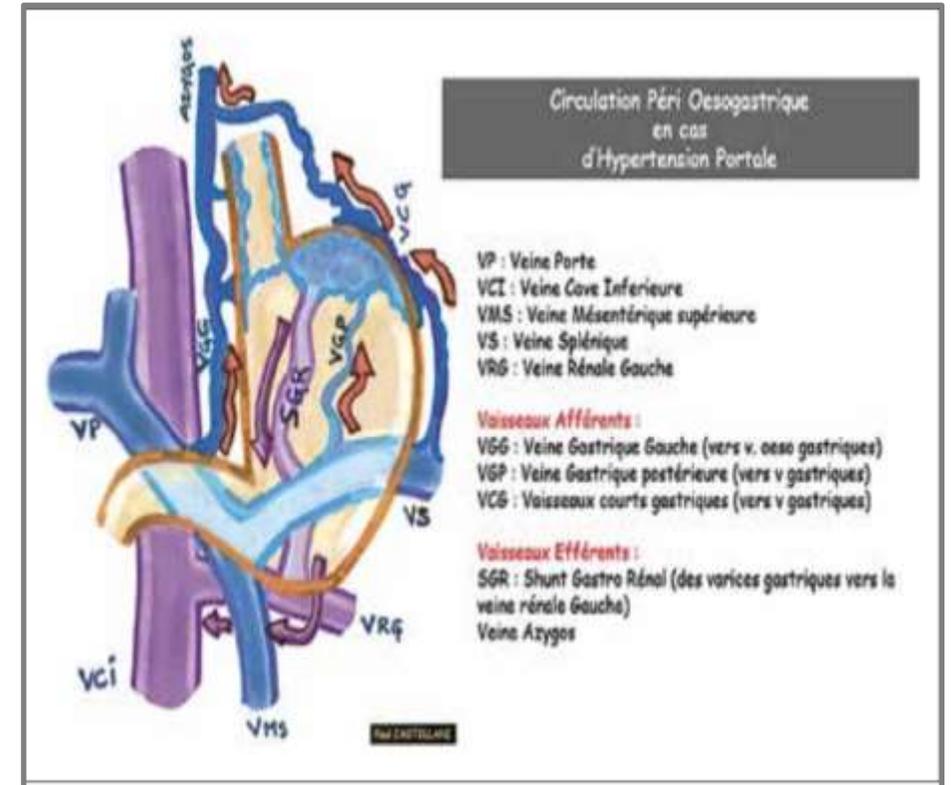
30% des cas

**En cas d'hémorragie réfractaire ou de récidive hémorragique précoce liée à l'HTP, il est recommandé de discuter la mise en place d'un TIPS de sauvetage en urgence afin d'améliorer la survie**

# Prise en charge endoscopique: EUS

## Dans le cadre du nouveau concept de l'Endo Hépatologie

- La « cartographie » de l'hypertension portale
- EUS permet de visualiser ces collatérales réaliser une intervention « ciblée ».
- Diminuer le risque d'embolie pulmonaire

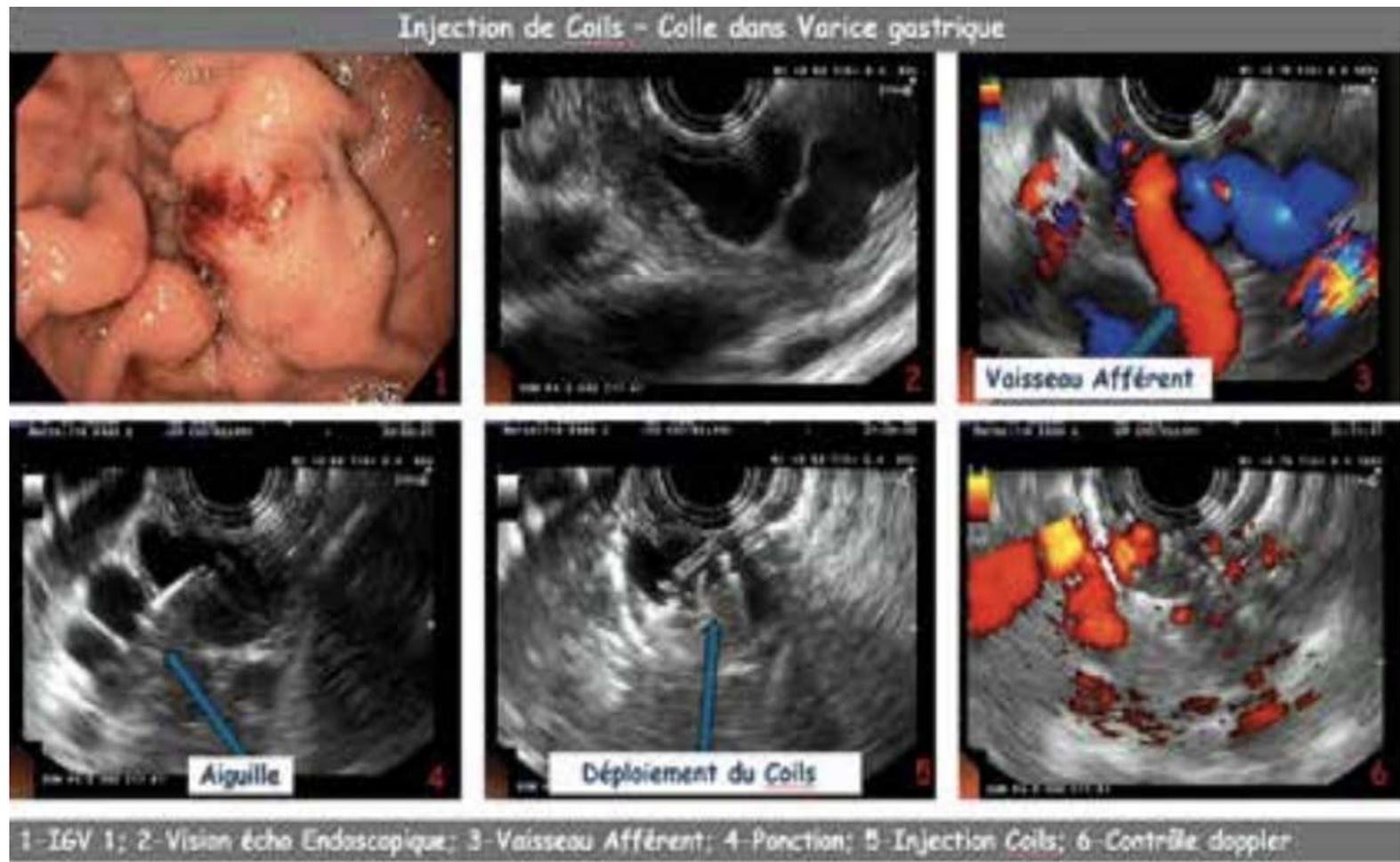


Van Wanrooij RLJ et al. Therapeutic endoscopic ultrasound: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Review. *Endoscopy*. 2022;

Thiruvengadam et al. The Role of Endoscopic Ultrasound (EUS) in the Management of Gastric Varices. *Curr Gastroenterol Rep* **23**, 1 (2021).

# Prise en charge endoscopique: EUS

Phase aigue : hémorragie active( difficile)



Thiruvengadam et al . The Role of Endoscopic Ultrasound (EUS) in the Management of Gastric Varices. *Curr Gastroenterol Rep* **23**, 1 (2021).

Florencio de Mesquita C et al. Endoscopic Ultrasound-Guided Coiling plus Glue Injection Compared with Endoscopic Glue Injection Alone in Endoscopic Treatment for Gastric Varices: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastrointest Endosc.* 2024

McCarty TR et al. Combination therapy versus monotherapy for EUS-guided management of gastric varices: A systematic review and meta-analysis. *Endosc Ultrasound.* 2020;

# Prise en charge endoscopique: EUS

- Récemment, le déploiement de coils guidé par EUS, associée à l'injection de cyanoacrylate a été étudié et il a été démontré qu'il réduisait le risque d'embolisation par la colle et était plus efficace que l'embolisation par coils seuls.

**Table 2** Safety and efficacy of EUS-guided treatments for gastric varices

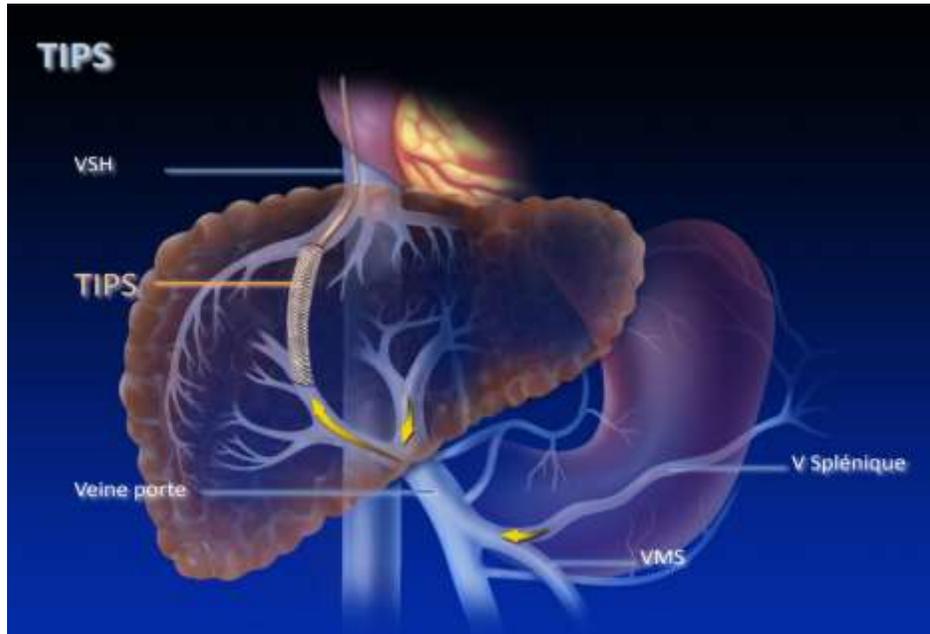
Technique	Study	Year	Sample Size	Follow-up (in months)	Assessment of GV obliteration	GV obliteration Rate	Rebleeding Rate	AE Rate	Severe AE Rate	Severe AEs	Notes
EUS-CYA	Romero-Castro et al	2007	5	10	Index EUS	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
	González et al	2012	3	9	Index EUS	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
	Romero-Castro et al	2013	19	21	Index EUS	19 (100%)	0 (0%)	11 (58%)	0 (0%)		9 asymptomatic PEa detected on routine CT scan performed after procedure
EUS-coil	Fracco et al	2014	20	31	Index EUS	20 (100%)	1 (5%)	3 (15%)	0 (0%)		
	Burg et al	2015	31	8	Index EUS	31 (100%)	7 (23%)	18 (47%)	4 (9%)	PE, splenic infarct	
	Bick et al	2019	64	7	Index EUS	49 (77%)	5 (8%)	13 (20%)	3 (5%)	PE, splenic infarct	
	Romero-Castro et al	2010	4	5	Index EUS	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
	Romero-Castro et al	2013	11	11	Index EUS	10 (91%)	0 (0%)	1 (9%)			
	Fuji-Lau et al	2016	2	8	Index EUS	2 (100%)	0 (0%)	N/A			
	Khoury et al	2019	10	10	Index EUS	7 (70%)	0 (0%)	6 (60%)	1 (10%)	Major bleeding	Of 10 patients, 6 had EUS-coil and 4 had EUS-coil, CYA
EUS-coil/CYA	Bremford et al	2011	30	6	Follow-up EUS	23/24 (96%)	1 (5%)	2 (7%)	0 (0%)		24 of 30 patients had follow-up EUS
	Bhat et al	2016	152	15	Follow-up EUS	80/100 (80%)	20/125 (16%)	9/125 (7%)	1/125 (0.8%)	PE	125 of 152 patients had clinical follow-up, 100 of 152 patients had follow-up EUS
	Fuji-Lau et al	2016	3	4	Index EUS	3 (100%)	0 (0%)	N/A			15 patients underwent EUS-coil, 15 patients underwent EUS-coil/CYA, 20 of 30 patients had follow-up EUS
	Mukkada et al	2018	30	6	Follow-up EUS	8/20 (40%)	6 (20%)	N/A			15 of 18 patients had follow-up EUS
	Labo et al	2019	16	10	Follow-up EUS	15/15 (100%)	0 (0%)	9 (56%)	4 (25%)	PE	
EUS-injection	Frost and Habbar	2018	3	3	Index EUS	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)		3 of 3 patients had active GV hemorrhage and obliteration determined on index EUS
	Frost and Habbar	2018	5	24	Follow-up EUS	4 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		5 of 5 patients referred for prophylaxis and obliteration determined on follow-up EUS
EUS-coil/AGS	Bazarruto et al	2020	10	7	Follow-up EUS	30 (100%)	0 (0%)	3 (30%)	0 (0%)		

Van Wanrooij RLJ et al. Therapeutic endoscopic ultrasound: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Review. Endoscopy. 2022;

McCarty TR et al. Combination therapy versus monotherapy for EUS-guided management of gastric varices: A systematic review and meta-analysis. Endosc Ultrasound. 2020;

Robles-Medranda C et al. Endoscopic ultrasonography-guided deployment of embolization coils and cyanoacrylate injection in gastric varices versus coiling alone: a randomized trial. Endoscopy. 2020

# Prise en charge instrumentale: TIPS



Shalaby S et al. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) for Treatment of Bleeding from Cardiofundal and Ectopic Varices in Cirrhosis. J Clin Med. 2024

Lee EW et al. AASLD Practice Guidance on the Use of TIPS, Variceal Embolization, and Retrograde Transvenous Obliteration in the Management of Variceal Hemorrhage. Hepatology. 2023.

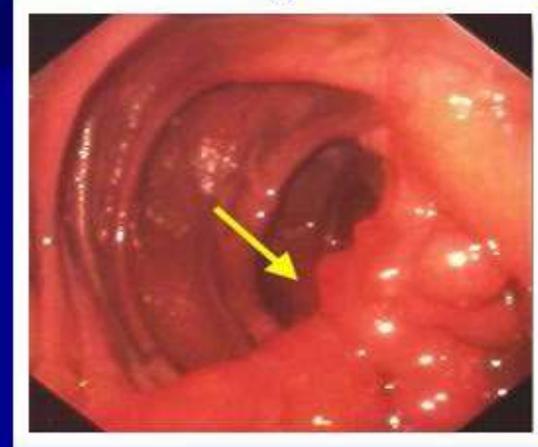
Prise en charge des Varices ectopiques

# VARICES ECTOPIQUES

## VARICES DUODENALES



Stigmata  
de saignement



## VARICES RECTALES



## VARICE COLIQUE



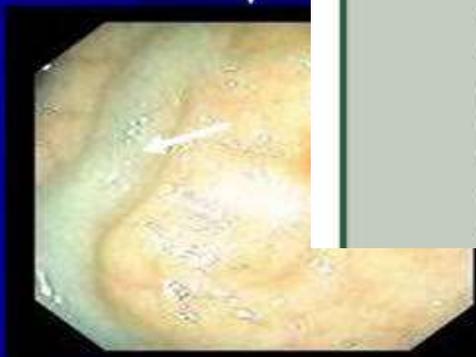
# VARICES ECTOPIQUES

## Practice Guidance



**AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis**

44. Patients with bleeding gastric or ectopic varices should have contrast-enhanced cross-sectional imaging to define the anatomy of portosystemic collaterals or presence of venous thrombosis that would guide therapy.
45. In patients with acute hemorrhage from gastric (GOV2/IGV1) or ectopic varices, either endoscopic cyanoacrylate therapy, TIPS, or retrograde transvenous variceal embolization/obliteration can be considered first-line options. Retrograde obliteration is preferred when TIPS is contraindicated.



IQUE

# Prise en charge des ectasies vasculaires antrales (GAVE)/GHTP



## GHTP

## GAVE

	GHTP	GAVE
Localisation	Corps et fundus	Antre
Histologie	Dilatation cap muq et /smu	Dilatations thrombi prolifération cellules fusiformes et fibrohyalinose
Aspect endoscopique typique	Mosaïque points rouges	Plages rouges séparées de muq N Watermelon stomach
HTP	Toujours	Parfois
Autres pathologies associées	HTP non cirrhotique	Connectivites Greffe moelle IRC Diabète
Tt endoscopique	Non	Laser – Ligature ?
Tt HTP	$\beta$ -Bloquants	?

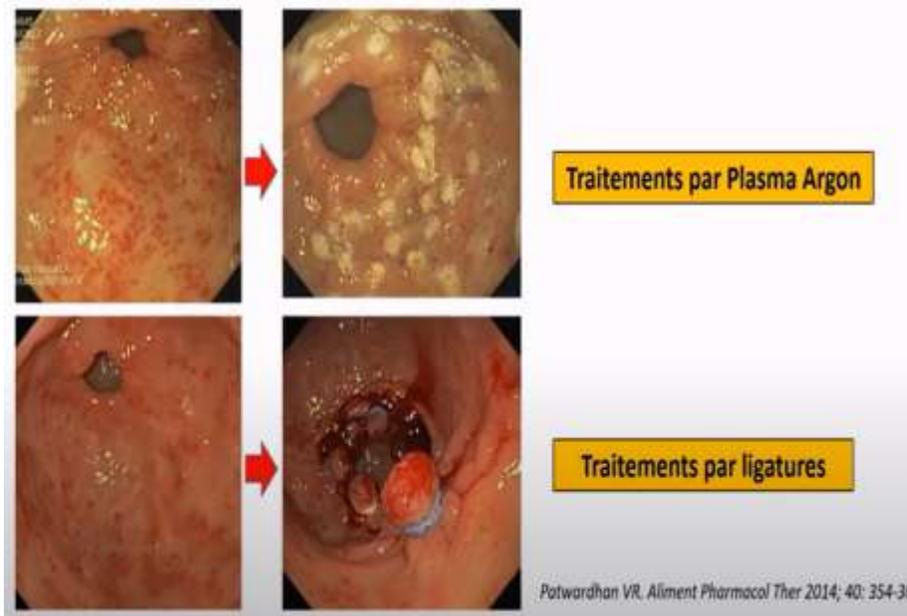
## Prise en charge des ectasies vasculaires antrale (GAVE) / GHTP

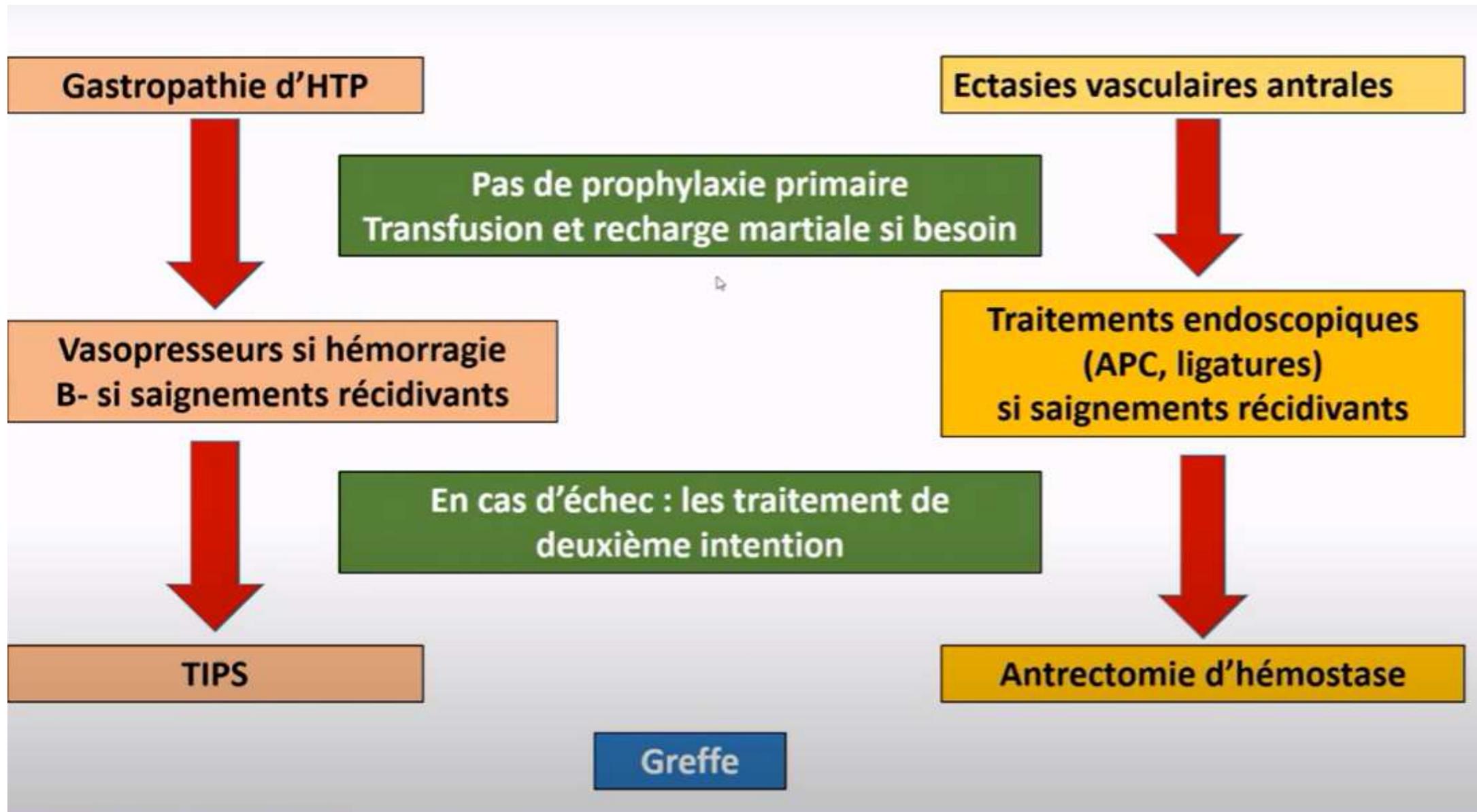
**GHTP**

Dont le traitement repose sur  
la diminution de la pression portale

**BBNCS**

**ectasies vasculaires antrale (GAVE)**





## Conclusion

- La prise en charge endoscopique de l'HTP est le volet principal de la gestion de l'hémorragie digestive liée à l'HTP
- L'endoscopie sera réalisée chez un patient stable
- Plusieurs techniques d'hémostases endoscopiques sont actuellement validées avec une efficacité prouvée dans l'arrêt du saignement
- L'arrêt du saignement conditionne le pronostic vital du patient