

Il faut mettre une sonde gastrique dans les hémorragies digestives

D. PATERON¹, O. GARDY², J.-P. DESCLEFS

Points essentiels

- Les recommandations internationales concernant la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives ne sont pas univoques.
- La pose d'une sonde gastrique permet de déterminer l'existence d'un saignement digestif haut avec une sensibilité de l'ordre de 80 %.
- La présence de sang frais au lavage gastrique ou dans l'hématémèse fait partie des facteurs de gravité de l'hémorragie en termes de risque de récurrence et de mortalité.
- La pose d'une sonde naso-gastrique permet, par les lavages répétés, de suivre l'activité de l'hémorragie.
- La pose d'une sonde naso-gastrique comporte des risques de perforation œsophagienne ou d'inhalation pouvant se compliquer de pneumopathie.
- La pose d'une sonde naso-gastrique est considérée comme l'une des procédures les plus désagréables en médecine d'urgence.
- La performance diagnostique et hémostatique de l'endoscopie dépend de la qualité de la vision perendoscopique de la paroi gastroduodénale.
- Plusieurs études randomisées ont montré l'intérêt de l'érythromycine IV pour raccourcir et améliorer l'efficacité de l'examen endoscopique dans ces circonstances.

1. Dominique Pateron, Chef de service, Service des urgences, hôpital Saint-Antoine, APHP, UMR S 707, Université Paris 6, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris cedex 12.

2. Service des Urgences, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Antoine, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France.

Correspondance : dominique.pateron@sat.ap-hop-paris.fr



Voir la vidéo

- L'utilisation de l'érythromycine pour préparer la cavité gastrique doit se faire dans le respect des contre-indications cardiologiques (QT long).
- La balance des avantages et inconvénients de la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives montrent qu'il y a un intérêt pour un nombre très limité de malades.

L'hémorragie digestive haute est une des principales urgences digestives. On estime l'incidence de l'hémorragie digestive haute en France à 143 cas pour 100 000 habitants par an (intervalle de confiance à 95 % : 137-149) (1). 70 % de ces hémorragies sont prises en charge par les services d'urgences et sont hospitalisées (2). Les hémorragies digestives sont associées à une forte morbidité et une mortalité évaluée à 10 %. L'urgentiste joue un rôle majeur dans la prise en charge initiale de ces hémorragies dont l'amélioration du pronostic a été démontrée (3). La pose d'une sonde gastrique est un geste classiquement intégré dans la prise en charge des hémorragies digestives hautes. Il s'agit également de l'un des gestes considérés comme les plus désagréables et agressifs pour le patient.

80 à 90 % des hémorragies digestives hautes s'arrêtent spontanément lors de l'admission à l'hôpital mais la présence de sang dans l'estomac ou le duodénum expose les malades à un risque d'inhalation et une mauvaise visualisation de la cavité gastrique lors de l'endoscopie. Ce dernier point semble être un facteur de mauvais pronostic des hémorragies digestives hautes (4). Un lavage gastrique à l'eau à température ambiante est habituellement effectué et répété jusqu'à l'obtention, si possible, d'un liquide gastrique clair pour faciliter l'endoscopie (5).

L'intérêt de la pose d'une sonde naso-gastrique reste un sujet très controversé et certaines équipes la jugent inutile avant de réaliser l'endoscopie diagnostique. Ainsi, dans une étude nationale de pratiques hospitalières des hémorragies digestives, 40 % des équipes ne posent pas de sonde gastrique (6). Dans une étude sur l'hémorragie digestive haute, réalisée dans 39 services d'urgences, une sonde gastrique était mise en place dans 49 % des cas où une endoscopie était réalisée (7). Les recommandations concernant la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives ne sont pas univoques. La conférence de consensus internationale sur les hémorragies ulcéreuses propose de discuter la pose d'une sonde gastrique chez certains patients du fait de son intérêt pronostique (8). La conférence de consensus sur la prise en charge des complications de la cirrhose recommande l'utilisation de l'érythromycine IV pour la préparation gastrique avant l'endoscopie dans les hémorragies digestives hautes mais ne se prononce pas sur l'intérêt de la pose d'une sonde naso-gastrique (9).

L'endoscopie digestive haute joue un rôle essentiel pour déterminer l'origine de l'hémorragie digestive haute. L'endoscopie doit être réalisée dans les 24 premières heures suivant l'épisode initial (8), ce délai devant être réduit à 12 heures en cas de cirrhose associée (10). Sa réalisation précoce permet de diminuer le nombre d'hémorragies de cause indéterminée. Elle permet d'identifier une lésion responsable dans plus de 90 % des cas (11). De plus, elle permet d'affirmer le caractère actif ou non de l'hémorragie, et, en l'absence d'hémorragie active, recherche des

signes endoscopiques de saignement récent. Enfin, les techniques d'hémostase endoscopique ont diminué sensiblement le recours à la chirurgie et le besoin transfusionnel. Qu'il s'agisse de la performance diagnostique de l'endoscopie ou de celle du traitement hémostatique des ulcères ou des varices, celles-ci dépendent de la qualité de la vision perendoscopique de la paroi gastroduodénale. La mise en évidence de l'intérêt de l'utilisation de prokinétique pour vidanger l'estomac dans le cadre des hémorragies digestives est l'occasion de réévaluer l'intérêt de la pose d'une sonde gastrique dans le cadre de la prise en charge des hémorragies digestive. Nous proposons une analyse des avantages et inconvénients pour répondre à la question : faut-il poser une sonde gastrique dans le cadre de la prise en charge des hémorragies digestives ?

1. Intérêts

- Elle permet de déterminer l'existence d'un saignement digestif haut avec une sensibilité de 79 % et une spécificité de 59 % (12).
- La présence de sang frais au lavage gastrique ou dans l'hématémèse fait partie des facteurs de gravité de l'hémorragie en termes de risque de récurrence et de mortalité (8).
- Elle permet, par les lavages répétés, de suivre l'activité de l'hémorragie.
- Les lavages préparent l'endoscopie en nettoyant la cavité gastrique avec une efficacité de l'ordre de 60 % des cas (13).

2. Inconvénients

- La pose d'une sonde naso-gastrique comporte des risques de perforation œsophagienne, en fait exceptionnelle, ou d'inhalation pouvant se compliquer de pneumopathie (14).
- Elle est considérée comme l'une des procédures les plus désagréables en thérapeutique d'urgence (15).
- Elle est consommatrice de temps médical et paramédical dans le contexte difficile de l'urgence.

Plusieurs études randomisées ont montré l'intérêt de l'érythromycine IV pour raccourcir et améliorer l'efficacité de l'examen endoscopique dans ces circonstances, sous réserve du respect des contre-indications cardiologiques (QT long). L'érythromycine est un macrolide, agoniste des récepteurs de la motiline qui accélère la vidange gastrique en induisant des contractions antrales. La dose permettant d'avoir le meilleur effet sur la vidange gastrique par l'érythromycine est de 3 mg/kg par voie intraveineuse. Cette dose a été établie chez des sujets sains, aussi bien que chez des sujets diabétiques ayant une gastroparésie ou des patients de réanimation. Une étude suisse a montré que l'injection intraveineuse d'érythromycine en bolus à la dose de 250 mg avant l'endoscopie raccourcissait la durée de l'examen et améliorait la visibilité de l'endoscopie en cas d'hémorragies digestives hautes y compris dans le sous groupe des patients atteints de cirrhose (16). Dans

cette étude l'érythromycine était comparée à un placebo. 80 % des malades avaient un estomac « propre » dans le groupe traité contre 33 % dans le groupe placebo. Aucun malade n'avait de sonde nasogastrique ou de lavage gastrique avant l'endoscopie. Dans une autre étude (14), les auteurs ont montré que l'administration intraveineuse de 3 mg/kg d'érythromycine 30 minutes avant l'endoscopie améliorait la qualité de l'endoscopie et tendait à diminuer la nécessité d'une seconde endoscopie ($p < 0,09$). Une autre étude française a montré que l'érythromycine associée aux lavages gastriques améliorait la qualité de visualisation par rapport aux lavages seuls (17). Dans une étude récente, réalisée chez des malades pris en charge aux urgences, nous avons comparé trois modes de prise en charge de la préparation de la cavité gastrique, par lavages gastriques seuls, par érythromycine seule et par association lavage et érythromycine (18). Les résultats ne montrent pas de différence significative dans la qualité de la préparation ni dans la durée de l'examen endoscopique, le recours à une deuxième endoscopie, le niveau de transfusion et la mortalité. Seul le sous-groupe de malades transfusés semblait tirer un bénéfice de l'association lavage gastrique et érythromycine par rapport aux lavages gastriques seules. Le niveau de douleur lié à la pose de la sonde gastrique et évalué sur une échelle visuelle analogique de 0 à 100 était de 42 ± 32 avec 28 % des patients avec une EVA supérieure à 60.

En conclusion, la balance des avantages et inconvénients de la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives montrent qu'il y a un intérêt pour un nombre très limités de malades. Il s'agit des malades qui ont une contre-indication à l'utilisation de l'érythromycine et ceux pour lesquels l'hémorragie nécessite une transfusion et paraît active. Les lavages gastriques permettent probablement d'obtenir une amélioration de la préparation gastrique en étant associés à l'érythromycine et une surveillance accrue de l'évolution de l'hémorragie. Pour tous les autres malades, la pose d'une sonde gastrique ne présente pas d'intérêt et est inutilement douloureuse.

Références

1. Hochain P. Épidémiologie des hémorragies digestives aiguës. In D Pateron. Prise en charge des hémorragies digestives. Monographie de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, Ed Masson, Paris 2002.
2. Bourienne A., Pagenault M., Heresbach D. et al. Étude prospective multicentrique des facteurs pronostiques des hémorragies ulcéreuses gastroduodénales. Gastroentérol Clin Biol 2000 ; 24 : 193-200.
3. Carbonell N., Pauwels A., Serfaty L., Fourdan O., Levy V.G., Poupon R. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. Hepatology 2004 ; 40 : 652-9.
4. Barkun A., Bardou M., Marshall J.K. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003 ; 139 : 843-857.
5. Henneman P.L. Gastrointestinal bleeding In Rosen's emergency medicine, concepts and clinical practice, fifth edition, St Louis, Missouri, 2002, 194-200.

6. G. Lesur et B. Bour, Aegerter P., ANGH. Prise en charge hospitalière des hémorragies digestives ulcéreuses en France : résultats d'une enquête nationale de pratique soumis à Gastroenterol Clin Biol.
7. Chassaignon C., Letoumelin P., Pateron D. and the group HD 2000. Upper gastrointestinal haemorrhage in Emergency Departments in France: causes and management. Eur J Emerg Med 2003.
8. Barkun A., Bardou M., Kuipers E.J. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2010 ; 152 : 101-13.
9. Consensus conference: complications of portal hypertension in adults (Paris, December 405, 2003) Gastroenterol Clin Biol 2004 ; 28 Spec N° 2 : B318-23.
10. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J. Hepatol 2010 ; 53 : 762-768.
11. Lau J.Y., Sung J.J., Lee K.K., Yung M.Y., Wong S.K., Wu J.C., Chan F.K., Ng E.K., You J.H., Lee C.W., Chan A.C., Chung S.C. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. N Engl J Med 2000 ; 343 : 310-6.
12. Cuellar R.E., Gavaler J.S., Alexander J.A. et al. Gastrointestinal tract hemorrhage. Arch Intern Med 1990 ; 150 : 1381-4.
13. Coffin B., Pocard M., Panis Y. et al. Erythromycin improves the quality of EGD in patients with acute upper GI bleeding: a randomised controlled study. Gastrointest Endosc 2002 ; 56 : 174-9.
14. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., Laine L.A. Endoscopic therapy for acute non-variceal upper GI haemorrhage: a meta-analysis. Gastroenterology 1992 ; 102 : 139-148.
15. Atomized lidocaine as topical anesthesia for nasogastric tube placement: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Emerg Med 2000 ; 35 : 421-5.
16. Frossard J.L., Spahr L., Queneau P.E. et al. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. Gastroenterology 2002 ; 123 : 17-23.
17. Carbonell N., Pauwels A., Serfaty L., Boelle P.Y., Becquemont L., Poupon R. Erythromycin infusion prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. Am J Gastroenterol 2006 ; 101 : 1211-5.
18. Pateron D., Vicaut, Debuc E. et al. Erythromycin infusion and/or gastric lavage for upper gastrointestinal bleeding: a multicentre randomized trial. Ann Emerg Med 2011 ; 57 : 582-9.