



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Hémorragies digestives hautes aux Urgences : harmonisation
des pratiques médicales après introduction d'un protocole de prise
en charge dans le Nord-Pas-de-Calais ?**

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2019 à 16 heures
au Pôle Formation
Par Mélissa BAËCHEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Monsieur le Docteur Romain GERARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Adrien DENIS

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	6
I) INTRODUCTION.....	7
I) - A) Patient cirrhotique.....	8
I) - A.1) Traitement médicamenteux.....	8
I) - A.2) Transfusion sanguine.....	9
I) - A.3) Antibiothérapie prophylactique.....	10
I) - A.4) Fibroscopie Oesogastroduodénale	10
I) - B) Patient non cirrhotique	10
I) - B.1) Traitement médicamenteux.....	11
I) - B.2) Transfusion sanguine.....	11
I) - B.3) Fibroscopie Oesogastroduodénale.....	11
I) - C) Prise en charge commune patient cirrhotique et non cirrhotique.....	13
I) - C.1) L'hémodynamique.....	13
I) - C.2) Préparation endoscopique	14
I) - C.3) L'acide tranexamique	15
I) - C.4) Les thérapeutiques per et post traitement endoscopique réalisées par le spécialiste	15
I) - C.5) La prise en charge du choc hémorragique et du patient sous anticoagulant.....	16
II) MATERIEL ET METHODE.....	16
II) - A) Contexte.....	16
II) - B) Etablissement du protocole de prise en charge.....	17

II) - C) Population, site d'étude, diffusion.....	19
II) - C.1) Population et site d'étude.....	19
II) - C.2) Diffusion du protocole.....	20
II) - D) Type d'étude.....	20
II) - E) Objectifs de l'étude.....	20
II) - F) Recueil des données.....	20
II) - G) Analyses statistiques.....	21
III) RESULTATS.....	21
III) - A) Participation.....	21
III) - B) Comparaison des résultats « Avant » et « Après ».....	21
III) - B.1) Chez le patient cirrhotique.....	22
III) - B.2) Chez le patient non cirrhotique.....	24
III) - B.3) Prise en charge commune.....	25
III) - C) Analyse des résultats.....	26
IV) DISCUSSION.....	28
V) CONCLUSION.....	31
VI) BIBLIOGRAPHIE.....	32
VI) ANNEXES.....	38

Liste des abréviations

HDH : Hémorragie digestive haute

UGD : Ulcère gastroduodéal

VO : Varices œsophagiennes

IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons

FOGD : Fibroscopie œsogastroduodénale

SGB : Score de Glasgow-Blatchford

PAM : Pression artérielle moyenne

SNG : Sonde nasogastrique

SAU : Services d'accueil d'urgences

TTT : Traitement

I) INTRODUCTION

L'hémorragie digestive est définie par un saignement (actif ou tari) du tube digestif, celui-ci peut être haut ou bas en fonction de sa position par rapport à l'angle duodéno-jéjunal du tractus digestif.

L'hémorragie digestive haute (HDH) se définit par un saignement en amont de l'angle duodéno-jéjunal. Elle peut prendre deux formes : l'hématémèse (sang rouge évacué par la bouche principalement lors d'un effort de vomissement) et/ou le méléna (sang noir évacué par l'anus associé ou non à des selles). Dans de rares cas il peut s'agir d'une rectorragie (sang rouge évacué par l'anus) accompagnée alors d'une instabilité hémodynamique et déglobulisation.

L'HDH est un motif fréquent et potentiellement grave de consultation aux urgences. Elle représente 80% des hémorragies digestives et concerne 143/100 000 habitants/an en France (1). Elle touche plus fréquemment les hommes (63%), avec une moyenne d'âge de survenue de 62 ans. La mortalité hospitalière est estimée entre 10 et 14% (2).

Les différentes étiologies des saignements sont par ordre de fréquence : ulcères gastroduodénaux (UGD) (37%), varices œsophagiennes (VO) ou cardio-tubérositaires / gastropathie d'hypertension portale (14%), érosions gastroduodénales / œsophagite (12%) puis les cancers du tractus digestif supérieur et syndrome de Mallory-Weiss (1).

Il existe deux facteurs de risque identifiés pour les HDH : la prise médicamenteuse (anti-inflammatoires non stéroïdiens, antiagrégants plaquettaires, anticoagulants, sérotoninergiques) et l'infection par *Helicobacter pylori* (Annexe I, Annexe II) (3).

La prise en charge de cette pathologie aux urgences a évolué et s'est protocolisée ces dernières années suite aux avancées de la science (2).

On distingue principalement deux cas de figure dans un contexte d'HDH : patient cirrhotique et patient non cirrhotique ; soit deux types de prise en charge bien codifiées.

A) Le patient cirrhotique

L'HDH chez le patient cirrhotique est responsable de 10 à 20% de mortalité à 6 semaines. La prise en charge thérapeutique initiale est donc un enjeu majeur chez ce type de patient (4). L'étiologie principale d'HDH chez le patient cirrhotique est la rupture de VO (60%) qui survient dans un contexte d'hypertension portale. La seconde est le saignement sur UGD (15%) (1). Faire la différence étiologique avant un geste endoscopique est impossible.

La prise en charge de l'HDH chez le patient cirrhotique résulte de ses étiologies potentielles.

1. Le traitement médicamenteux :

a) La thérapeutique phare chez le patient cirrhotique est le traitement vasoactif, il permet une baisse du débit splanchnique et donc une nette diminution voire un arrêt du saignement variqueux. Son introduction est nécessaire dès la suspicion clinico-biologique d'une hypertension portale (5,7). Il ne faut pas attendre le diagnostic endoscopique pour débiter le traitement. Les analogues de la Vasopressine telle que la Terlipressine et les analogues de la Somatostatine telle que l'Octréotide ont prouvé leur efficacité (4,6,8). L'Octréotide (équivalent à la Sandostatine) administré 5 jours améliore significativement le contrôle prolongé des saignements et engendre moins de complication comparée aux autres traitements vasoactifs (5,9). La posologie recommandée est de 25 µg/heure en intraveineux (10) soit 600 µg/24heures.

Il est possible d'utiliser après avis spécialisé l'Acétate de terlipressine : 2mg en bolus toutes les 4h pour poids 70 kg (1,5mg si 50 à 70 Kg) (contre indiqué si ischémie coronarienne aiguë, grossesse, choc septique) (11).

b) Initialement, associé au traitement vasoactif, il est recommandé l'utilisation d'IPP.

L'utilisation d'IPP réduit les besoins transfusionnels, le risque de récurrence hémorragique et la durée d'hospitalisation (11-13). Il ne faut pas attendre le diagnostic endoscopique pour débiter le traitement.

C'est l'Oméprazole qui est recommandé à forte dose : 80mg en bolus intra veineux puis 8mg/h intra veineux durant 72h (5,11,12).

2. La transfusion sanguine :

Chez le patient cirrhotique, une stratégie transfusionnelle restrictive est à adopter. En dehors du contexte ischémique (syndrome coronarien aiguë, accident vasculaire cérébral...), un objectif d'hémoglobine entre 7g/dL et 8g/dL est recommandé (5-7). Il a été prouvé qu'une telle stratégie diminuait significativement la mortalité à 45 jours. On observait également une baisse globale des effets indésirables liés à la transfusion (augmentation de la pression splanchnique et du débit sanguin entretenant le saignement) (14).

Il n'y a pas d'indication à la transfusion de Plasma Frais Congelé dans un but de correction des troubles d'hémostase chez le patient cirrhotique. La transfusion plaquettaire est recommandée lorsque l'HDH n'est pas contrôlée et en dessous du seuil de 30 000 plaquettes/mm³. (5,6,15)

Dans le cadre d'une insuffisance coronarienne aiguë, un seuil d'hémoglobine de 10g/dL est recommandé (16).

3. L'antibiothérapie prophylactique :

L'antibiothérapie prophylactique durant 5 à 7 jours prend une place prépondérante dans la prise en charge de l'HDH chez le patient cirrhotique.

Celle-ci a prouvé son efficacité dans la prévention des infections à Bacilles Gram Négatif (BGN). Elle réduit le risque d'infection sévère (par translocation bactérienne) et augmente la survie.

Chez le patient insuffisant hépatocellulaire avancé (Cirrhose CHILD B ou C) il est recommandé l'utilisation de la Ceftriaxone 1g / 24h en intra veineux, devant la recrudescence des BGN résistants aux Fluoroquinolones. En cas d'allergie vraie aux Béta-Lactamines, l'utilisation de Fluoroquinolones type Norfloxacin intra veineuse est autorisée.

Chez le cirrhotique CHILD A, l'utilisation de la Norfloxacin 400 mg per os deux fois par jour est admise. (5,6,17,18)

4. La Fibroscopie Œsogastroduodénale (FOGD) :

Elle est recommandée, chez le patient cirrhotique, dans les 12 heures après l'admission au service d'accueil des urgences. La FOGD va permettre de poser le diagnostic et d'effectuer le traitement endoscopique adéquat. Le délai maximum accepté de 12 heures limite la mortalité intra hospitalière chez le patient cirrhotique. (5-7, 19 ,20)

B) Le patient non cirrhotique :

L'HDH chez le patient non cirrhotique est responsable d'une morbidité et mortalité importante (2 à 10%) (21).

Les étiologies sont chez ce type de patients : l'UGD (20 à 50%), l'érosion gastrique (8 à 15%), le syndrome de Mallory Weiss (8 à 15%), l'œsophagite érosive (5 à 15%),

les malformations artério-veineuses, la lésion de Dieulafoy, le saignement d'origine tumorale (8).

L'étiologie étant par certitude non variqueuse, la prise en charge initiale aux urgences diffère de celle du patient étiqueté cirrhotique.

1. Le traitement médicamenteux :

Il s'agit principalement de l'administration d'IPP, et ce sans attendre le diagnostic endoscopique. Leur efficacité a été prouvée à maintes reprises, ils diminuent significativement les stigmates de saignement récent ou actif à l'endoscopie et donc le besoin d'un traitement hémostatique endoscopique (22). L'utilisation d'IPP à forte dose réduit les besoins transfusionnels, le risque de récurrence hémorragique et la durée d'hospitalisation. Il n'a pas été prouvé de bénéfice à associer aux IPP un traitement vasoactif.

La posologie recommandée est Oméprazole à forte dose : 80mg en bolus intra veineux puis 8mg/h intra veineux durant 72h. (5,11,12,23)

2. La transfusion sanguine :

Un seuil d'hémoglobine entre 7 et 9g/dL est recommandé. Une stratégie restrictive concernant la transfusion sanguine a mis en évidence une baisse des besoins de chirurgie pour ce type de patient et une amélioration du taux de survie.

Dans le cadre d'une insuffisance coronarienne aiguë, ou autres stigmates d'ischémie aiguë, un seuil d'hémoglobine de 10g/dL est recommandé. (14,16,23)

3. La Fibroscopie Œsogastroduodénale :

La question de l'endoscopie précoce dans le cadre d'une HDH chez le patient non cirrhotique a fait l'objet de nombreuses études et de l'établissement de scores.

Le score de Glasgow-Blatchford (SGB) (Annexe III) est un score clinico-biologique faisant intervenir les facteurs suivants : taux d'urée sanguine ; taux d'hémoglobine ; pression artérielle systolique ; présence de : méléna, hépatopathie, syncope, insuffisance cardiaque. Il se calcule de 0 à 23 points.

Ce score est particulièrement intéressant pour l'urgentiste puisqu'il est pré-endoscopique.

Le SGB permet, en fonction de son total, d'évaluer : le besoin d'une endoscopie précoce, le besoin d'un transfert en unité de soins intensifs ou réanimation, le besoin d'une intervention (hospitalisation, transfusion, chirurgie) et le risque de décès.

(24,25)

Il existe un second score validé par les médecins endoscopistes, le Score de Rockall complet (Annexe IV). Il s'agit d'un score pré et per endoscopique basé sur des critères cliniques et endoscopiques. Ce score permet de prédire efficacement le risque de récurrence hémorragique et de besoins transfusionnels. Il permet également de prédire la mortalité à 30 jours. Il se calcule de 0 à 7 points. Si son total après le geste endoscopique est inférieur ou égal à 2, la prise en charge ambulatoire est possible. (21,23)

a) La FOGD est recommandée dans les 24 heures après l'admission chez les patients non cirrhotiques (en dehors d'une instabilité hémodynamique persistante malgré les tentatives d'expansion volémique ; hématomèse active / aspiration nasogastrique à l'hôpital ; ou contre-indication à l'interruption d'une anticoagulation) et /ou si le SGB est inférieur ou égal à 11 (23,25). Il a été prouvé qu'en dehors de ce délai de 24 heures, les besoins transfusionnels, la nécessité d'une seconde endoscopie et le besoin d'une chirurgie urgente étaient augmentés (2,15, 26).

b) La FOGD est recommandée dans les 12 heures après l'admission chez les patients non cirrhotiques si instabilité hémodynamique (tachycardie, hypotension) persistante malgré les tentatives d'expansion volémique, hématomèse active, ou contre-indication à l'interruption d'une anticoagulation (23).

Elle est également recommandée dans les 12 heures si le SGB est strictement supérieur à 11, il a été prouvé que dans ce délai, la mortalité des patients avec un tel score était inférieure à celle des patients ayant bénéficié d'une FOGD au-delà de 12 heures (27).

c) Le SGB a une sensibilité de 99%, sa valeur prédictive négative est à 100%, en revanche la valeur prédictive positive est mauvaise. C'est pourquoi, lorsque ce score est égal à zéro, la prise en charge en ambulatoire est autorisée, de façon sûre.

Lorsque le SGB est égal à zéro le patient est considéré comme à faible risque de morbidité, mortalité et de récurrence hémorragique ; la prise en charge externe avec FOGD dans les 24 heures est donc tout à fait réalisable. (8,23,25,28)

C) Prise en charge commune des patients cirrhotiques et non cirrhotiques :

1. L'hémodynamique :

L'évaluation immédiate de l'hémodynamique est une priorité. Le maintien d'un débit cardiaque et d'une pression artérielle systémique satisfaisant est indispensable. Pour cela, les experts se basent sur la Pression artérielle moyenne (PAM) avec pour objectif de PAM 65 mmHg. Cet objectif permet de maintenir une pression de perfusion tissulaire satisfaisante. En cas d'instabilité hémodynamique, il est recommandé l'administration de cristaalloïdes par voie intraveineuse. En revanche, il a été prouvé qu'au-dessus de ce seuil, le remplissage vasculaire est délétère, entretenant l'hémorragie et majorant le risque de récurrence. (5-7,23)

2. La préparation à l'endoscopie :

a) Les prokinétiques : en préparation à l'endoscopie, afin d'accélérer la vidange gastrique, il est recommandé l'utilisation d'Érythromycine. Cet antibiotique de la classe des macrolides est ici utilisé à des fins prokinétiques de par son effet agoniste sur les récepteurs à la motiline.

Il a été prouvé que l'injection en intraveineux lent d'Érythromycine 250mg 30 à 120 minutes avant le geste endoscopique améliorait la visibilité de la muqueuse gastrique et réduisait le besoin d'une deuxième FOGD (23,29). Certaines équipes ont prouvé que son administration réduisait le besoin transfusionnel et le temps d'hospitalisation (30). Il a été mis en évidence que l'utilisation d'Érythromycine était aussi efficace qu'un lavage gastrique à l'aide d'une sonde nasogastrique (SNG) (31).

b) La SNG et le lavage gastrique : l'utilisation de la SNG et du lavage gastrique n'est pas recommandée. Selon le point de vue des gastroentérologues, la pose de SNG et/ou le lavage gastrique n'apporte aucune amélioration significative pour le diagnostic comparé à l'emploi d'Erythromycine. En terme pronostic de l'intensité du saignement digestif haut, la PAM et la fréquence cardiaque sont plus adaptées. La pose de SNG et le lavage gastrique ne permettent pas d'éliminer efficacement les caillots de sang du tractus digestif haut. Enfin, il n'a pas été mis en évidence de bénéfice thérapeutique lors du geste endoscopique après leur mise en place comparé à l'Erythromycine. (23)

De plus, certaines études mettent en évidence l'exquise douleur pour le patient liée à ce type de geste. (32)

Du point de vue des réanimateurs, la pose de SNG et/ou le lavage gastrique peut être utile en cas de doute diagnostique. Ce geste permet dans certains cas d'établir

l'étiologie digestive haute ou basse du saignement devant des rectorragies abondantes, une anémie aiguë ou bien un choc d'allure hémorragique sans extériorisation (33).

3. L'acide Tranexamique :

Il s'agit d'un dérivé de la lysine ayant une propriété dans la cascade la coagulation par son rôle anti fibrinolytique. Cet agent a prouvé son rôle dans de nombreuses pathologies hémorragiques. Il pourrait avoir un intérêt certain dans l'HDH, particulièrement chez le patient cirrhotique au vu des troubles de la coagulation qui lui sont connus. En revanche, il n'est actuellement pas recommandé pour la prise en charge des HDH quelle qu'en soit l'étiologie au vu de l'absence de données fiables sur son efficacité. Des essais contrôlés randomisés (dans l'essai HALT-IT) sont actuellement en cours afin d'évaluer les effets de l'acide Tranexamique sur la mortalité, le besoin transfusionnel, le risque de récurrence hémorragique, le recours à la prise en charge chirurgicale, et les complications thromboemboliques dans ce type de pathologie. (34,35)

4. Les thérapeutiques per et post traitement endoscopique réalisées par le spécialiste :

L'hémostase endoscopique est basée sur l'utilisation, en fonction de l'étiologie du saignement, de dispositifs injectés, thermiques, mécaniques ou topiques (36).

En cas d'échec d'hémostase endoscopique, le traitement par chirurgie ou radio-embolisation est à envisager (23). Chez le patient dont l'étiologie est variqueuse, l'utilisation d'une sonde de tamponnement ou prothèse métallique œsophagienne temporaire doit être évoquée dans l'attente de la réalisation d'un TIPS (shunt intrahépatique par voie transjugulaire) (4).

5. La prise en charge du choc hémorragique et du patient sous anticoagulant :

Ces deux points ne seront pas abordés dans cette étude au vu de leur spécificité de prise en charge indépendante de l'étiologie du saignement.

Il est à noter cependant que devant une instabilité hémodynamique dans le cadre d'une HDH malgré mesures de réanimation adaptées, il faut anticiper la réalisation rapide d'un angioscanner et la mise en relation avec les équipes de radiologie interventionnelle et chirurgicale.

II) MATERIEL ET METHODE

A) Contexte

Le Docteur DENIS a entrepris en 2017 un travail de recherche concernant la prise en charge des HDH aux urgences dans le Nord-Pas-de-Calais (37). L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques médicales de prise en charge des HDH aux urgences dans le Nord-Pas-de-Calais afin de vérifier si elles étaient en adéquation avec les données de la littérature.

Cette étude consistait à la diffusion d'un questionnaire anonyme et individuel destiné aux médecins urgentistes concernant leurs pratiques de prise en charge de l'HDH aux urgences.

Les questions concernaient l'orientation du patient, l'utilisation d'IPP, l'utilisation de traitement vasoactif, l'utilisation d'acide tranexamique, l'antibioprophylaxie, le remplissage vasculaire, l'utilisation des scores de Blatchford et Rockall, le recours à la SNG ou au lavage gastrique, le délai de réalisation de la FOGD, l'utilisation d'Erythromycine et les objectifs transfusionnels.

Quatorze services d'urgence avaient participé à l'étude ; il s'agissait des centres Hospitaliers d'Arras, de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer, de Beuvry, de Boulogne sur Mer, de Calais, de Cambrai, de Dunkerque, d'Hazebrouck-Armentières, de Lens, de Lille, de Seclin, de la clinique de Saint Vincent de Paul à Lille et de Tourcoing. Le taux de participation médicale été estimé à 32%.

Cette étude avait pu mettre en évidence une grande disparité au sein de la région dans la prise en charge de cette pathologie. Il était observé que 61,1% des médecins urgentistes des centres inclus dans l'étude n'avaient pas une pratique en accord avec les données de la littérature pour la prise en charge des HDH.

Suite à ces résultats, il est apparu intéressant de réaliser un protocole de prise en charge des HDH aux urgences basé sur les dernières recommandations de bonnes pratiques afin de le transmettre aux services d'accueil d'urgences (SAU) de la région dans le but d'une harmonisation des pratiques.

B) Établissement d'un protocole de prise en charge

Il a été établi par l'auteur, selon les dernières recommandations de bonnes pratiques, un protocole de prise en charge des HDH. Celui-ci fut validé par les membres du Collège de Médecine d'Urgence du 59-62 en septembre 2018, par le Gastro-entérologue Hépatologue le Dr NOBECOURT (Centre Hospitalier de Lens) et le Gastro-entérologue Hépatologue le Dr GERARD (Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille).

Ce protocole se présente sous la forme suivante :

Hémorragie digestive haute

Hématémèse, Méléna,

Rectorragies avec instabilité hémodynamique et déglobulisation (<5%)

Cirrhotique connu /
Forte suspicion clinico-
biologique de cirrhose

Non cirrhotique avec
certitude

Hémorragie sur hypertension
portale : saignement sur
ulcère, rupture de varices
oesophagiennes

UGD / gastrite /
œsophagite /Mallory
Weiss

<p>1) Hémodynamique : Objectif PAM 65 mmHg et hypotension permissive (remplissage par Cristalloïdes) <i>Si hémorragie active ou instabilité hémodynamique : orientation salle de déchoquage</i></p>	
<p>2) TTT médicamenteux :</p> <p>→ SANDOSTATINE: 600 µg/24h SAP*</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>→ OMEPRAZOLE 80mg en bolus puis 8mg/h SAP</p> <p>3) Transfusion CGR:</p> <p>→ Objectif Hb: 7 à 8 g/dL <i>(10g/dL si insuffisance cardiaque/coronaropathie ou signe d'ischémie myocardique aigue)</i></p> <p>4) ATB prophylaxie (7j):</p> <p>→ CEFTRIAXONE 1G / 24h **</p> <p>5) FOGD:</p> <p>→ <i>Idéalement dans les 12h après l'admission</i></p> <p><small>*ou, uniquement après avis spécialisé ACETATE DE TERLIPRESSINE : 2mg en bolus toutes les 4h pour poids 70 kg (1,5mg si 50 à 70 Kg) (CI si ischémie aigue)</small></p> <p><small>** Si CI: NORFLOXACINE 400mg x 2 / j</small></p>	<p>2) TTT médicamenteux:</p> <p>→ OMEPRAZOLE 80mg en bolus puis 8mg/h SAP</p> <p>3) Transfusion CGR:</p> <p>→ Objectif Hb: <i>entre 7 et 9g/dL</i> <i>(> 9g/dL si insuffisance cardiaque/coronaropathie ou signe d'ischémie myocardique aigue)</i></p> <p>4) FOGD :</p> <p>→ <i>< à 24h après l'admission</i> <i>(BLATCHFORD < à 11)</i></p> <p>→ <i>< à 12h après l'admission si instabilité hémodynamique malgré remplissage et/ou hémorragie active et/ou CI à arrêt TTT par anticoagulant</i> <i>(ou BLATCHFORD > à 11)</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Utilisation SCORE de BLATCHFORD pour le devenir :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Égal à 0 : gestion <i>ambulatoire</i> envisageable ➤ Supérieur ou = à 1 : <i>hospitalisation à discuter</i>
<p>Préparation à l'endoscopie : Erythromycine 250 mg IVL sur 30 min (CI si QT long ou allergie), à débiter 1h30 avant l'endoscopie. Le lavage gastrique et la pose de SNG ne sont plus recommandés.</p>	

Face Recto

Annexe : Score clinico-biologique de Glasgow-BLATCHFORD

Marqueurs de risque à l'admission		Score
Urée (mmol/L)	Entre 6,5 et 8	2
	Entre 8 et 10	3
	Entre 10 et 25	4
	Supérieure ou égale à 25	6
Hémoglobine (g/100 mL) chez l'homme	Entre 12 et 13	1
	Entre 10 et 12	3
	Inférieure à 10	6
Hémoglobine (g/100 mL) chez la femme	Entre 10 et 12	1
	Inférieure à 10	6
Pression artérielle systolique	Entre 100 et 109 mmHg	1
	Entre 90 et 99 mmHg	2
	< 90 mmHg	3
Pouls	> 100 bpm	1
Méléna	présent	1
Syncope	présent	2
Hépatopathie	présente	2
Insuffisance cardiaque	présente	2
Total		

Face Verso

C) Population, site d'étude et diffusion

1. Population et site de l'étude :

Le protocole de prise en charge des HDH était destiné aux médecins urgentistes de la région. Il a été diffusé dans les SAU ayant répondu au questionnaire du Dr DENIS en 2017, soit les centres Hospitaliers d'Arras, de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer, de Beuvry, de Boulogne sur Mer, de Calais, de Cambrai, de Dunkerque, d'Hazebrouck-Armentières, de Lens, de Seclin, de la clinique de Saint Vincent de Paul à Lille et de Tourcoing.

Sont inclus tous les médecins urgentistes exerçant aux SAU de ces différents centres.

Seul le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille a été exclu par rapport à l'étude « Avant » étant donné que les HDH sont majoritairement prises en charge par les médecins réanimateurs.

2. Diffusion du protocole :

Les différents SAU ont été contacté par Webmail adressé au chef du service informant de l'étude. Sur les 13 centres, l'auteur a rencontré les équipes de 5 SAU et contacté 3 chefs de service par téléphone afin de délivrer de plus amples informations concernant l'étude, ceci du 1er novembre 2018 au 15 janvier 2019. Le protocole a été diffusé sous format papier A4 plastifié, chaque SAU en a reçu entre 2 et 3 par voie postale entre le 1^{er} et le 15 janvier 2019.

D) Type d'étude

Il s'agit d'une étude évaluative interventionnelle, de type « Avant-Après », comparative, multicentrique et prospective.

E) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si l'élaboration et la diffusion du protocole de prise en charge des HDH s'est accompagnée d'une modification des pratiques dans 13 SAU de la région Nord-Pas-de-Calais.

L'objectif secondaire de cette étude est d'observer si l'introduction de ce type de protocole auprès des médecins urgentistes aboutit à une amélioration dans la prise en charge du patient cirrhotique, celui-ci étant à haut risque de mortalité lorsqu'il présente une HDH.

F) Recueil des données

Un questionnaire destiné aux médecins urgentistes des 13 centres a été établi reprenant les points forts de la prise en charge des HDH : le remplissage, les objectifs transfusionnels, les traitements vasoactifs, les traitements par IPP, la

vidange gastrique, le timing endoscopique, l'administration d'une antibiothérapie prophylactique, l'utilisation de score. (Annexe V)

Celui-ci a été diffusé via Google Forms, ainsi l'accès y était facile pour les médecins urgentistes et il n'y avait aucun risque de perte de donnée. Cette enquête déclarative anonyme s'est déroulée du 15 juin au 15 juillet 2019, soit 5 mois après l'introduction du protocole dans les différents SAU.

G) Analyses statistiques

Les variables catégorielles ont été décrites par leur effectifs et proportions. La différence pour les périodes avant et après mise en place du protocole a été testée et comparée par le test du Chi². Lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, il a été préféré un test de Fisher exact. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

Les analyses ont été réalisées à l'aide d'un outil de calcul de la valeur du test du Chi² et de Fisher exact.

III) RESULTATS

A) Participation

Les 13 centres sollicités ont participé à l'étude. Au total, 66 questionnaires ont pu être analysés. La participation variait de 4% à 63% selon les centres, avec une participation moyenne de 35%.

B) Comparaison des résultats « Avant » et « Après »

Concernant les résultats de l'étude « Avant », seules les questions/réponses faisant référence au protocole ont été analysées.

1. Chez le patient cirrhotique (Tableau 1) :

On n'observe pas de différence statistiquement significative concernant l'introduction d'un traitement vasoactif chez le patient cirrhotique (82,5% Avant vs 74,3% Après, $p > 0,05$). En revanche, on observe une différence statistiquement significative sur l'utilisation préférentielle de l'Octréotide en SAP (93,8% Avant vs 100% Après, $p < 0,05$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant l'administration d'IPP quelle que soit l'étiologie suspectée (86,3% Avant vs 94% Après, $p > 0,05$) et leur utilisation comme recommandée en SAP + Bolus (81,3% Avant vs 90,9% Après, $p > 0,05$). Il en est de même au sujet du seuil transfusionnel en concentrés de globules rouges chez ce type de patient (52,5% Avant vs 51,5% Après, $p > 0,05$).

La recommandation liée à l'administration d'une antibiothérapie prophylactique reste une recommandation partiellement suivie après protocole, avec 33,3% des médecins ne la suivant pas (41,2% Avant vs 33,3% Après, $p > 0,05$). En revanche il existe une différence statistiquement significative concernant le bon choix de l'antibiotique par les médecins administrant une antibiothérapie prophylactique (66,3% Avant vs 85,5% Après, $p < 0,05$).

Concernant le délai de la FOGD dans les 12 heures chez le patient cirrhotique stable, on observe également une différence statistiquement significative (47% Avant vs 68% Après, $p < 0,05$).

	Avant N = 82	Après N = 66	p
Administration traitement vasoactif			
Recommandation suivie	67 (82,5%)	49 (74,3%)	>0,05
Recommandation non suivie	15 (17,5%)	17 (25,7%)	
Utilisation de l'Octréotide			
Recommandation suivie	77 (93,8%)	66 (100%)	<0,05
Recommandation non suivie	6 (6,2%)	0 (0%)	
Administration d'IPP			
Recommandation suivie	72 (86,3%)	62 (94%)	>0,05
Recommandation non suivie	11 (13,7%)	4 (6%)	
Mode d'utilisation IPP			
Recommandation suivie	67 (81,3%)	60 (90,9%)	>0,05
Recommandation non suivie	16 (18,7%)	6 (9,1%)	
Transfusion chez le patient cirrhotique			
Recommandation suivie	43 (52,5%)	34 (51,5%)	>0,05
Recommandation non suivie	39 (47,5%)	32 (48,5%)	
Administration ATB chez le cirrhotique			
Recommandation suivie	48 (58,8%)	44 (66,7%)	>0,05
Recommandation non suivie	35 (41,2%)	22 (33,3%)	
Type d'ATB chez le cirrhotique			
Recommandation suivie	54 (66,3%)	56 (85,5%)	<0,05
Recommandation non suivie	29 (33,7%)	10 (14,5%)	
Délai de l'endoscopie chez le patient stable			
Recommandation suivie	38 (47%)	45 (68%)	<0,05
Recommandation non suivie	45 (53%)	21 (32%)	

Tableau 1. Suivi des recommandations de Prise en charge des HDH Avant-Après
chez le patient cirrhotique

2. Chez le patient non cirrhotique (Tableau 2) :

On n'observe pas de différence statistiquement significative pour l'administration d'IPP quelle que soit l'étiologie suspectée (86,3% Avant vs 94% Après, $p > 0,05$) et leur utilisation comme recommandée en SAP + Bolus (81,3% Avant vs 90,9% Après, $p > 0,05$). De même concernant la transfusion en concentrés de globules rouges chez le patient non cirrhotique (71,3% Avant vs 80,3% Après, $p > 0,05$).

En revanche, on retrouve une différence statistiquement significative au sujet du délai recommandé de la FOGD dans les 24 heures chez le patient non cirrhotique stable (47% Avant vs 68% Après, $p < 0,05$). On observe que l'utilisation du score de Glasgow Blatchford s'est significativement répandue (20% Avant vs 38% Après, $p < 0,05$).

	Avant N = 82	Après N = 66	p
Administration d'IPP			
Recommandation suivie	72 (86,3%)	62 (94%)	>0,05
Recommandation non suivie	11 (13,7%)	4 (6%)	
Mode d'utilisation IPP			
Recommandation suivie	67 (81,3%)	60 (90,9%)	>0,05
Recommandation non suivie	16 (18,7%)	6 (9,1%)	
Transfusion chez le non cirrhotique			
Recommandation suivie	58 (71,3%)	53 (80,3%)	>0,05
Recommandation non suivie	24 (28,7%)	13 (19,7%)	
Délai de l'endoscopie chez le patient stable			
Recommandation suivie	38 (47%)	45 (68%)	<0,05
Recommandation non suivie	45 (53%)	21 (32%)	
Utilisation score de Blatchford dans la prise en charge du patient non cirrhotique			
Oui	16 (20%)	25 (38%)	<0,05
Non	67 (80%)	41 (62%)	

Tableau 2. Suivi des recommandations de Prise en charge des HDH Avant-Après chez le patient non cirrhotique

3. Prise en charge commune (Tableau 3) :

Il n'est pas constaté de différence significative concernant les objectifs hémodynamiques (PAM 65mmHg) chez les patients cirrhotiques et non cirrhotiques (95% Avant vs 89,4% Après, $p > 0,05$). En revanche, en ce qui concerne la prise en charge commune au sujet de la vidange gastrique via l'administration d'Érythromycine et le non recours à la pose d'une SNG, il existe une différence statistiquement significative (73,9% Avant vs 97% Après, $p < 0,05$ et 33,1% Avant vs 87,9% Après, $p < 0,05$).

	Avant N = 82	Après N = 66	<i>p</i>
Objectifs de remplissage			
Recommandation suivie	78 (95%)	59 (89,4%)	>0,05
Recommandation non suivie	5 (5%)	7 (10,6%)	
Vidange gastrique			
Recommandation suivie	61 (73,9%)	64 (97%)	<0,05
Recommandation non suivie	21 (26,1%)	2 (3%)	
Recours à la pose d'une SNG			
Recommandation suivie	28 (33,1%)	58 (87,9%)	<0,05
Recommandation non suivie	54 (66,9%)	8 (12,1%)	

Tableau 3. Suivi des recommandations de Prise en charge commune des HDH

Avant-Après

C. Analyse des résultats

On constate suite à ces résultats une modification des pratiques médicales dans la prise en charge des HDH aux urgences, cette modification allant dans le sens d'une adhésion aux recommandations diffusées.

En ce qui concerne l'objectif de remplissage des patients ayant présenté une HDH, les prises en charges médicales restent identiques. Il en est de même concernant l'objectif transfusionnel.

On retrouve une adhésion aux recommandations significative des pratiques au sujet de la vidange gastrique via l'Erythromycine. Il en est de même concernant le non recours à la pose d'une SNG avec désormais seulement 12,1% des médecins interrogés y ayant encore recours contre 66,9% initialement.

Concernant le délai endoscopique chez les patients cirrhotiques comme non cirrhotiques, il est également observé une adhésion aux recommandations significative avec « Après » seulement 32% des interrogés ne respectant pas les délais recommandés contre 53% « Avant ».

La prise en charge thérapeutique du patient considéré cirrhotique s'est améliorée. Bien que l'on constate que l'administration d'un traitement vasoactif est stable chez ce patient, le type de traitement utilisé est désormais totalement adapté avec l'administration d'Octréotide en SAP à 600µg/j chez 100% des interrogés.

L'administration d'IPP (Omeprazole) et son utilisation en Bolus + SAP selon les recommandations s'est globalement répandue mais ce de façon non significative.

L'utilisation d'une antibiothérapie prophylactique s'est également répandue de façon non significative. En revanche, chez les médecins administrant une antibiothérapie prophylactique, on retrouve une adhésion significative aux recommandations dans le

type d'antibiotiques administrés (C3G ou Fluoroquinolone) chez 85,5% des interrogés contre 66,3% « Avant ».

Chez le patient non cirrhotique, on observe une tendance à l'application des recommandations en ce qui concerne l'administration et l'utilisation des IPP chez plus de 90% des interrogés mais ce de façon non significative.

La connaissance et l'utilisation du SGB s'est significativement répandue avec 38% des interrogés l'employant pour le devenir du patient contre 20% « Avant ».

De façon plus générale, après analyse des résultats et réalisation d'une moyenne du suivi global et du non suivi global des recommandations « Avant » et « Après », il est conclu à une adhésion significative aux recommandations chez les médecins interrogés (66% Avant vs 79% Après, $p < 0,05$) (Tableau 4).

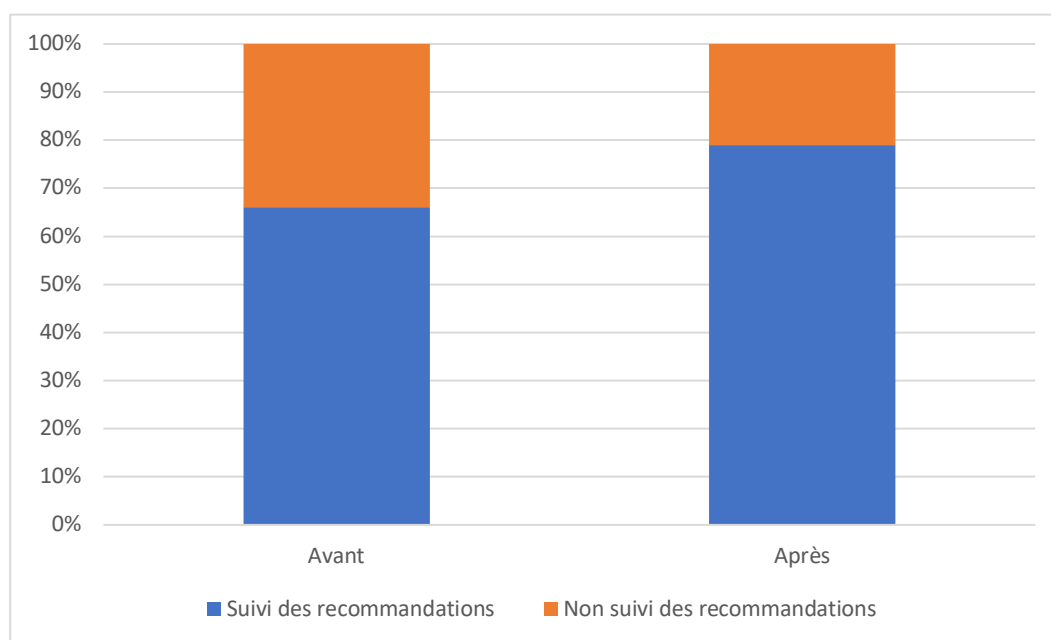


Tableau 4. Suivi et non suivi des recommandations Avant et Après introduction du protocole des prise en charge des HDH aux Urgences

IV) DISCUSSION

Cette étude de type « Avant-Après » sur la prise en charge des HDH dans 13 SAU de la région Nord Pas-de-Calais montre une tendance à la modification des pratiques, et ce en conformité avec les données de la science. Il est observé une harmonisation relative des pratiques en accord avec les dernières recommandations pour la prise en charge de cette pathologie à 79% « Après » contre 66% « Avant ». On peut supposer en conséquence chez le patient cirrhotique une baisse relative de la morbi-mortalité. En effet, ce type de patient présentant une HDH est considéré comme potentiellement grave avec une mortalité élevée à 6 semaines. Le respect des recommandations concernant l'administration d'Octréotide conjointement à un traitement par Omeprazole selon le schéma du protocole pourrait permettre une diminution du risque de complication par rapport aux autres traitements vasoactifs (5) ainsi qu'une diminution des besoins transfusionnels, du risque hémorragique et de la durée d'hospitalisation (12). L'utilisation d'une antibiothérapie prophylactique adaptée selon le protocole pourrait permettre une augmentation du taux de survie du patient et une diminution du risque d'infection sévère (6, 17).

Le respect des objectifs transfusionnels reste globalement stable chez les deux types de patient, tout comme l'objectif hémodynamique. Or, il est prouvé, particulièrement chez le patient cirrhotique, qu'un seuil transfusionnel à 7g/dl d'hémoglobine ainsi qu'une hypotension permissive diminue la mortalité à 45 jours et le risque de récurrence (14).

L'introduction du protocole a permis d'après l'étude, de réduire de façon significative l'utilisation de la SNG au profit de l'utilisation de l'Erythromycine pour la vidange gastrique. Il pourrait en résulter un bénéfice similaire pour le patient et une réduction du traumatisme lié au lavage gastrique (31,32).

Enfin, le délai du geste endoscopique chez les patients considérés stables est en adéquation avec les recommandations lors de l'étude « Après ». Avec, entre autres, l'utilisation chez plus d'un tiers des médecins du SGB chez les patients non cirrhotiques. On pourrait imaginer une réduction du temps passé aux urgences chez ce type de patient en attente d'une FOGD et donc un délai de transfert en service d'Hépatogastro-Entérologie plus court.

En revanche, cette étude a plusieurs limites : dans un premier temps, sa faible puissance. En effet, seulement 35% des praticiens ont répondu au questionnaire ; de plus parmi les SAU de la région, seuls 13 ont été interrogés.

Dans un second temps, le caractère informel du recueil de données ; en effet, les médecins des différents centres ont été interrogés sur leur pratique sans analyse de dossier patient qui reflète de façon plus rigoureuse la prise en charge médicale.

De plus, il persistait un biais d'information, les questions soumises aux participants pouvant donner lieu à interprétation.

Enfin, le questionnaire soumis aux médecins « Avant » et « Après » n'étant pas formulé stricto sensu de la même façon, il pouvait alors exister un biais d'interprétation de la part de l'auteur.

On peut imaginer également une part inhérente aux pratiques internes des SAU, comme la prise systématique d'une conduite à tenir de la part du spécialiste ou la formation médicale personnelle des praticiens indépendante de l'introduction du protocole de prise en charge.

D'autres études ont été réalisées en Europe (38) et au Canada (39, 40) au sujet de la prise en charge médicale des HDH. Une étude rétrospective européenne incluant 2660 patients ayant présenté une HDH d'origine non variqueuse montrait une absence d'adhésion aux recommandations dans la prise en charge de cette

pathologie (38). Deux études canadiennes ont été publiées en 2013 et 2014 au sujet de l'adhésion des praticiens hospitaliers aux recommandations sur la prise en charge des HDH. Ces études n'ont pas prouvé d'adhésion significative aux recommandations de prise en charge de cette pathologie, et ce malgré l'introduction de protocole de prise en charge, la mise en place de formation médicale et d'ateliers pratiques (39, 40).

La diffusion des recommandations de bonnes pratiques reste un point à améliorer et approfondir, malgré l'existence de plusieurs études ayant prouvé que celle-ci ne changeait pas de façon significative la prise en charge.

En effet, ces recommandations sont rédigées afin d'obtenir une prise en charge optimale du patient, réduire la variation des pratiques et donc améliorer la qualité des soins. Il a été prouvé que l'adhérence des médecins aux recommandations de bonnes pratiques réduisait la mortalité et les effets indésirables des thérapeutiques chez le patient (44).

La stratégie de diffusion des recommandations dépend principalement du médecin, du patient et de l'environnement. L'expérience du médecin, son autonomie professionnelle et ses croyances sont des facteurs déterminants pour l'adhésion aux recommandations. Ces points sont à prendre en compte dans la diffusion des recommandations. Le moyen de diffusion est un facteur prépondérant : l'utilisation de protocoles, algorithmes ou arbre décisionnel s'avère plus efficace, plus pratique et plus réalisable sur le terrain (44).

La mise en place de formation personnelle ou de groupe pourrait être également un moyen efficace d'adhésion.

Chez la nouvelle génération d'urgentiste ayant intégré le DES de Médecine d'Urgence, il y aurait probablement un intérêt majeur en termes de santé publique à diffuser les recommandations de bonnes pratiques. En effet, chez cette jeune

génération naïve d'expérience mais aussi de croyances erronées, l'ancrage des recommandations par des moyens simples (tels que protocoles ou arbre décisionnel, formation individuelle ou en groupe) pourrait permettre à long terme une offre de soins plus appropriée.

V) CONCLUSION

Cette étude est la première évaluation des pratiques médicales concernant la prise en charge des HDH dans la région Nord Pas-de-Calais après diffusion des dernières recommandations dans 13 SAU de la région. Malgré la faible puissance et méthodologie de l'étude, il a été mis en évidence une harmonisation relative des pratiques dans les différents SAU et ce en adéquation avec les dernières recommandations. Ces résultats restent à approfondir, particulièrement en termes d'impact sur la prise en charge réelle du patient.

La diffusion des recommandations de bonnes pratiques est un sujet perpétuellement étudié et de nombreuses solutions sont proposées pour améliorer leur adhésion. Elle est un enjeu majeur pour la nouvelle spécialité de Médecine d'Urgence au premier plan dans la prise en charge du patient ; pour qui une stratégie adéquate de diffusion optimiserait de façon non négligeable la qualité des soins.

VI) BIBLIOGRAPHIE

- 1) Czernichow P., Hochain P., Nousbaum J.B. Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four French geographical areas *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000 ;12 : 175-181
- 2) Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med.* ;152:101–113.
- 3) Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2015 Jul;25(3):415-28.
- 4) De Franchis R. Baveno VI Faculty Expanding consensus in portal hypertension: report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015;63:743-52.
- 5) Osman, D., Djibré, M., Da Silva, D., & Goulenok, C. (2012). Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant. *Réanimation*, 21(4), 477–492.
- 6) De Franchis, R. (2010). Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *Journal of Hepatology*, 53(4), 762–768.
- 7) Reco SFMU 2013. Hémorragie digestive: stratégie diagnostique et thérapeutique. G. PITON , S. KEPKA , G. CAPELLIER , T. DESMETTRE
- 8) Khamaysi I1, Gralnek IM. « Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) - initial evaluation and management ». *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2013 Oct;27(5):633-8

- 9) Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: a meta-analysis.
D. A. Corley, J. P. Cello, W. Adkisson, W. F. Ko, K. Kerlikowske. *Gastroenterology*. 2001 Mar; 120(4): 946–954
- 10) HAS. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE. AVIS DE LA COMMISSION 11 juillet 2001, SANDOSTATINE.
- 11) D. Pateron*, K. Belhadj .« Prise en charge des hémorragies digestives aiguës hautes : utilisation des médicaments à visée hémostatique » D. Pateron*, K. Belhadj. *Réanimation* 2001 ; 10 : 666-72.
- 12) Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al (2007) Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 356:1631–40
- 13) Ali Khan, Muhammad, and Colin W. Howden. “The Role of Proton Pump Inhibitors in the Management of Upper Gastrointestinal Disorders.” *Gastroenterology & Hepatology* 14.3 (2018): 169–175. Print
- 14) Villanueva, C., Colomo, A., Bosch, A., Concepción, M., Hernandez-Gea, V., Aracil, C. et al. (2013). Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *New England Journal of Medicine*, 368(1), 11–21.
- 15) Colle I, Wilmer A, Le Moine O, et al (2011) Upper gastrointestinal tract bleeding management: Belgian guidelines for adults and children. *Acta Gastroenterol Belg* 74:45–66.
- 16) HAS. RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE. Transfusion de globules rouges homologues: produits, indications alternatives. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Novembre 2014.
- 17) Norfloxacin vs ceftriaxone in the prophylaxis of infections in patients with advanced cirrhosis and hemorrhage. Javier Fernández, Luis Ruiz del Arbol, Cristina Gómez, et al. *Gastroenterology*. 2006 Oct; 131(4): 1049–1285.

- 18) D. Thabut, M. Rudler, J. Massard. Variceal bleeding in patients with cirrhosis: What are the unanswered questions? *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. Vol32, n° 6-7. p614-619 (juin-juillet 2008).
- 19) Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. García-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W, Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases., Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Hepatology*. 2007 Sep; 46(3):922-38.
- 20) Hsu YC, Chung CS, Tseng CH et al. Delayed endoscopy as a risk factor for in-hospital mortality in cirrhotic patients with acute variceal hemorrhage. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24:1294-9.
- 21) Acute, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Amir Klein, Ian M. Gralnek, *Curr Opin Crit Care*. 2015 Apr; 21(2): 154–162.
- 22) A. Sreedharan, J. Martin, G.I. Leontiadis, S. Dorward, C.W. Howden, D. Forman, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* (2010), p. CD005415
- 23) Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Ian M. Gralnek, Jean-Marc Dumonceau, Ernst J. Kuipers, et al. *Endoscopy*. 2015 Oct; 47(10): a1–46.
- 24) Blatchford, O., Murray, W. R., & Blatchford, M. (2000). A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *The Lancet*, 356(9238), 1318–1321.
- 25) Stanley, A., Ashley, D., Dalton, H., Mowat, C., Gaya, D., Thompson, E., ... Murray, W. (2009). Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *The Lancet*, 373(9657), 42–47.

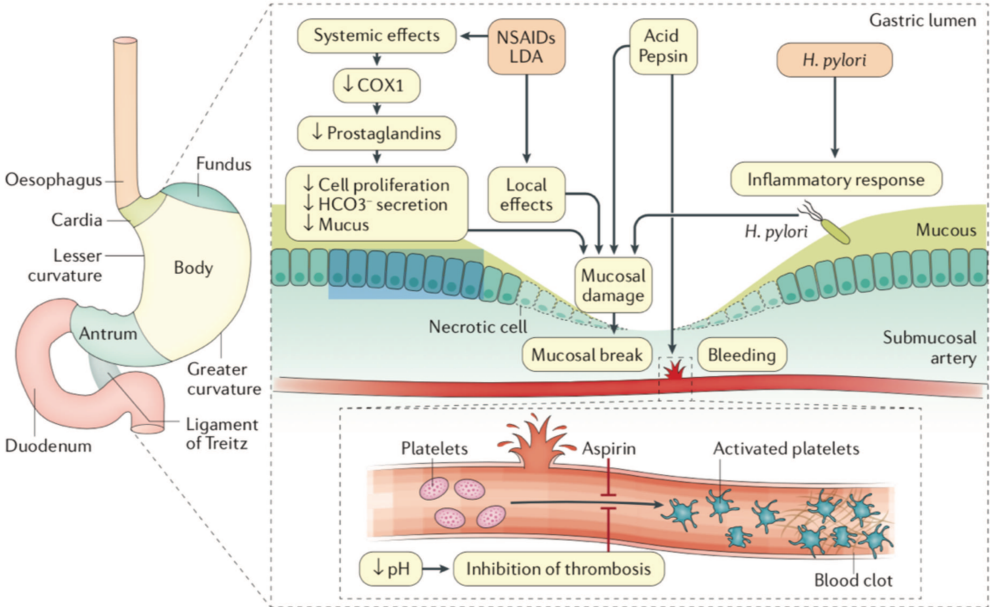
- 26) Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ (2001) Endoscopy for acute non- variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med* 161:1393–404
- 27) Lim LG, Ho KY, Chan YH, et al (2011) Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 43:300–6
- 28) Monteiro, Sara et al. “Upper Gastrointestinal Bleeding Risk Scores: Who, When and Why?” *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology* 7.1 (2016): 86–96.
- 29) Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis.
Alan N. Barkun, Marc Bardou, Myriam Martel, Ian M. Gralnek, Joseph J. Y. Sung
Gastrointest Endosc. 2010 Dec; 72(6): 1138–1145.
- 30) Bechtold, M., Theivanayagam, S., Lim, R., et al. (2013). Administration of erythromycin before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 19(5), 205.
- 31) Pateron, D., Vicaut, E., Debuc, E., Sahraoui, K., Carbonell, N., Bobbia, X., ... Trinchet, J. C. (2011). Erythromycin Infusion or Gastric Lavage for Upper Gastrointestinal Bleeding: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine*, 57(6), 582–589.
- 32) Singer, A. J., Richman, P. B., Kowalska, A., & Thode, H. C. (1999). Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Annals of Emergency Medicine*, 33(6), 652–658.
- 33) Palamidessi N, Sinert R, Falzon L, Zehtabchi S (2010) Nasogas- tric aspiration and lavage in emergency department patients with hematochezia or melena without hematemesis. *Acad Emerg Med* 17:126–32.
- 34) Garber, Ari, and Sunguk Jang. “Novel Therapeutic Strategies in the Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding.” *Clinical Endoscopy* 49.5 (2016): 421–424.

- 35) Heidet, M., Amathieu, R., Audureau, E., Augusto, O., Nicolazo de Barmon, V., Rialland, A., ... Jacob, L. Efficacy and tolerance of early administration of tranexamic acid in patients with cirrhosis presenting with acute upper gastrointestinal bleeding: a study protocol for a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial (the EXARHOSE study). *BMJ Open*, 8(8) (2018)
- 36) Gilles Lesur, Denis Heresbach, Jean-Pierre Arpurt RECOMMANDATIONS DE LA SFED / SFED RECOMMANDATIONS Consensus en endoscopie digestive : hémostase endoscopique des hémorragies digestives hautes. A review of digestive endoscopy: endoscopic haemostasis for upper gastrointestinal haemorrhage. *Acta Endosc.* (2012) 42:98-103
- 37) ETUDE DE PRATIQUE DE PRISE EN CHARGE DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES AUX URGENCES DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS; Par Adrien DENIS (2017).
- 38) Angel Lanas, Lars Aabakken, Jorge Fonseca, Zeynel Mungan, and al. Variability in the management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Europe: an observational study. *Adv Ther.* 2012 Dec; 29(12): 1026–1036.
- 39) Yidan Lu, Alan N Barkun, Myriam Martel, the REASON investigators. (2014) Adherence to guidelines: A national audit of the management of acute upper gastrointestinal bleeding. The REASON registry. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014 Oct; 28(9): 495–501.
- 40) Alan N. Barkun, MD, Mamatha Bhat, MD, David Armstrong, MD, Martin Dawes, MBBS, and al. Effectiveness of disseminating consensus management recommendations for ulcer bleeding: a cluster randomized trial. *CMAJ.* 2013 Feb 19; 185(3): E156–E166.
- 41) Lanas, A., Dumonceau, J.-M., Hunt, R. H., Fujishiro, M., Scheiman, J. M., Gralnek, I. M., Sung, J. J. Y. (2018). Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18020.

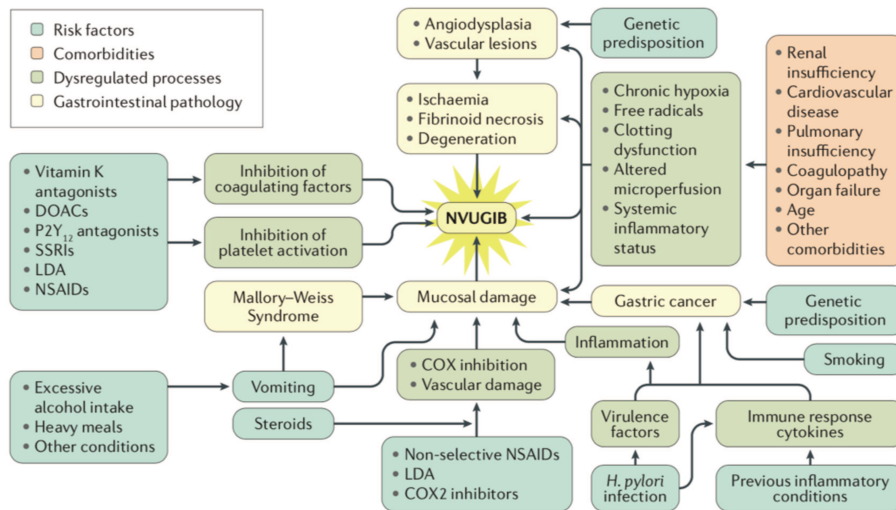
- 42) Marc Bardou, Alan Barkun. Traitement médical de l'ulcère gastroduodéal hémorragique (UGDH) : ce qui est prouvé. *Post'U* (2011) 279-286.
- 43) Hyasinta Jaka, Mheta Koy, Anthony Liwa, Rodrick Kabangila,... A Fiberoptic endoscopic study of upper gastrointestinal bleeding at Bugando Medical Centre in northwestern Tanzania: A retrospective review of 240 cases. *BMC Research April* 2012. Notes 5:200.
- 44) Remco HA Ebben, Lilian CM Vloet, Michael HJ Verhofstad, ...Achterberg Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2013; 21: 9.

VII) ANNEXES

Annexe I : facteurs de risque de l'HDH (41)



Annexe II : facteurs de risque de l'HDH (41)



Annexe III : score de Glasgow-Blatchford (42)

Marqueurs de risque à l'admission		Score
Urée (mmol/L)	Entre 6,5 et 8	2
	Entre 8 et 10	3
	Entre 10 et 25	4
	Supérieure ou égale à 25	6
Hémoglobine (g/100 mL) chez l'homme	Entre 12 et 13	1
	Entre 10 et 12	3
	Inférieure à 10	6
Hémoglobine (g/100 mL) chez la femme	Entre 10 et 12	1
	Inférieure à 10	6
Pression artérielle systolique	Entre 100 et 109 mmHg	1
	Entre 90 et 99 mmHg	2
	< 90 mmHg	3
Pouls	> 100 bpm	1
Méléna	présent	1
Syncope	présent	2
Hépatopathie	présente	2
Insuffisance cardiaque	présente	2
Total		

Annexe IV : score de Rockall (43)

Variables	Responses	Scores
Age (in years) < 60		0
	60-79	1
	>80	2
Shock	No shock	0
	Tachycardia (SBP > 100 mmHg, Pulse > 100 beats/minute)	1
	Hypotension (SBP < 100 mmHg, Pulse > 100 beats/minute)	2
Co-morbidity	None	0
	Cardiac failure, IHD, any major co-morbidity	2
	Renal/liver failure, metastatic malignancy	3
Diagnosis (post-endoscopy)	Mallory-Weiss tears	0
	All other diagnoses	1
	Malignancy of the upper GI tract	2
Stigmata of recent haemorrhage	None	0
	Blood, adherent clot, spurting vessel	2

Keys: SBP = systolic blood pressure, IHD = ischemic heart disease,
GI = gastrointestinal.

Interpretation

Add up the criteria scores to get value.

< 3 indicates good prognosis (low risk for developing adverse outcomes).

3-8 indicates moderate prognosis (medium risk for developing adverse outcomes).

> 8 indicates poor prognosis (high risk for developing adverse outcomes).

Annexe V : Questionnaire en ligne

(Questions à choix multiples)

Questionnaire Thèse Baëchel Mélissa : Prise en charge des hémorragies digestives

hautes (HDH) aux Urgences du Nord Pas-de-Calais

1) Quel est votre Centre Hospitalier ?

2) L'orientation de votre patient consultant pour HDH est :

- Salle de déchoquage systématiquement
- Fonction du terrain, de l'anamnèse et de la gravité

3) Lors d'une HDH, avez-vous recours de façon systématique à la pose d'une sonde nasogastrique ?

- Oui
- Non

4) Quels sont vos objectifs hémodynamiques (donc votre objectif de remplissage) :

- PAM = à 65 mmHg quelle que soit la TA (hypotension permissive)
- TA systolique supérieure à 90 mmHg quelle que soit la PAM
- Autre

5) Concernant la transfusion sanguine chez le patient cirrhotique (en l'absence d'insuffisance coronarienne) vous décidez une transfusion de CGR si :

- Hémoglobine inférieure à 7 g/dl
- Hémoglobine entre 7 et 8 g/dl
- Hémoglobine entre 8 et 10 g/dl

6) Concernant la transfusion sanguine chez le patient NON cirrhotique (en l'absence d'insuffisance coronarienne) vous décidez une transfusion de CGR si:

- Hémoglobine inférieure à 7 g/dl
- Hémoglobine entre 7 et 9 g/dl
- Hémoglobine entre 8 et 10 g/dl

7) Initiez-vous un traitement vasoactif ?

- Oui systématiquement
- Oui, chez le patient cirrhotique uniquement
- Non

8) Si vous initiez un traitement vasoactif, vers quelle thérapeutique vous orientez-vous ?

- Octréotide (Sandostatine) en SAP
- Terlipressine (sauf contre-indication)
- Autre

9) Chez le patient présentant une HDH quelle que soit l'étiologie suspectée, initiez-vous une thérapeutique à base d'IPP (préférentiellement Omeprazole) ?

- Oui toujours
- Non, uniquement selon le terrain

10) Si vous initiez une thérapeutique à base d'IPP, l'utilisez-vous :

- En SAP
- En bolus + SAP
- En bolus uniquement

11) Chez le patient cirrhotique, initiez-vous une antibiothérapie prophylactique systématique ?

-Oui

-Non

12) Si vous initiez une antibiothérapie prophylactique, votre choix s'oriente vers :

- Fluoroquinolone quel que soit le CHILD

- Fluoroquinolone si CHILD A uniquement

- C3G type CEFTRIAXONE quel que soit le CHILD

- C3G type CEFTRIAXONE si CHILD B ou C

- Autres antibiothérapies

13) Concernant l'endoscopie chez le patient cirrhotique stable, elle est réalisée :

- Immédiatement

- Dans les 12 heures suivant l'admission idéalement

- Dans les 24 heures suivant l'admission idéalement

14) Concernant l'endoscopie chez le patient NON cirrhotique stable, elle est réalisée:

- Immédiatement

- Dans les 12 heures suivant l'admission idéalement

- Dans les 24 heures suivant l'admission idéalement

-En fonction du score de BLATCHORD

15) Concernant la vidange gastrique pré endoscopique, vous initiez :

-Un lavage gastrique

-Une thérapeutique par Erythromycine 250mg en 30 minutes IVL, 1h30 min avant le geste endoscopique

-Autres

16) Concernant le devenir de votre patient NON cirrhotique :

-L'hospitalisation est systématique

-La prise en charge ambulatoire ou l'hospitalisation sera fonction du score de BLATCHFORD

-Autre

17) Connaissez-vous le score de BLATCHFORD ?

-Oui, mais je ne l'utilise pas

-Oui, je l'utilise occasionnellement

-Oui, je l'utilise systématiquement

-Non

AUTEUR : Nom : BAECHEL

Prénom : MELISSA

Date de soutenance : 04 octobre 2019

Titre de la thèse : Hémorragies digestives hautes aux Urgences : harmonisation des pratiques médicales après introduction d'un protocole de prise en charge dans le Nord-Pas-de-Calais ?

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : Hémorragies digestives hautes, urgences, recommandations

Hémorragies digestives hautes aux urgences : harmonisation des pratiques médicales après introduction d'un protocole de prise en charge dans le Nord-Pas-De-Calais ?

Contexte : Une étude réalisée en 2017 faisait état d'une prise en charge médicale disparate de l'hémorragie digestive haute aux urgences du Nord-Pas-De-Calais, motif de consultation fréquent et potentiellement grave. L'auteur a rédigé un protocole de prise en charge de cette pathologie basé sur les dernières recommandations puis l'a diffusé dans les différents centres d'accueil d'urgence ayant participé à l'étude de référence. L'objectif de cette étude était d'évaluer si la diffusion des recommandations de bonnes pratiques s'accompagnait d'une modification des pratiques.

Méthode : Il s'agissait d'une étude interventionnelle, de type « Avant-Après », comparative, multicentrique et prospective. Les données concernant la prise en charge de cette pathologie étaient récoltées via un questionnaire destiné aux médecins urgentistes. Les résultats de l'étude de référence furent comparés aux résultats obtenus sur le mode « Suivi et Non suivi des recommandations de bonnes pratiques » Avant et Après introduction du protocole.

Résultats : Le taux de participation était de 35%. L'objectif de remplissage et transfusionnel des patients ayant présenté une hémorragie digestive haute restaient identiques « Avant » et « Après ». Chez le patient cirrhotique : on retrouvait une adhésion significative aux recommandations dans le type d'antibiotiques prophylactiques administrés (66,3% « Avant », 85,5% « Après » $p < 0,05$) ; et sur le type de traitement vasoactif employé. On retrouvait une adhésion aux recommandations significative au sujet de la vidange gastrique ainsi que sur le non recours à la pose d'une sonde nasogastrique (66,9% « Avant » contre 12,1% « Après » $p < 0,05$). Le timing endoscopique était respecté de façon significative. L'emploi du score de Glasgow-Blatchford chez le patient non cirrhotique s'était significativement répandu. Au total l'application des recommandations suite à leur introduction était significative chez les médecins interrogés (66% « Avant » vs 79% « Après », $p < 0,05$).

Conclusion : Cette étude a mis en évidence une harmonisation relative des pratiques médicales dans la prise en charge des hémorragies digestives hautes aux urgences après diffusion des recommandations de bonnes pratiques. La réalisation d'un travail sur une stratégie adéquate de diffusion des recommandations de bonnes pratiques aurait un intérêt par la suite au vu de leur impact sur la qualité des soins.

Composition du Jury :

Président : Pr. Eric WIEL

Assesseurs : Pr. Raphael FAVORY

Dr Jean-Marie RENARD

Dr Romain GERARD

Directeur de thèse : Dr Adrien DENIS