



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Prise en charge de l'hémorragie digestive haute aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque : Evaluation des pratiques professionnelles.

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2023 à 14h
au Pôle Formation
par **Camille MINTA**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Adrien WAUQUIER

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Adrien DELPRAT

Avertissement

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

Liste des abréviations

AAP	Anti-agrégants plaquettaires
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
CGR	Culot de globules rouges
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
C3G	Céphalosporines de troisième génération
FC	Fréquence cardiaque
FR	Fréquence respiratoire
FOGD	Fibroskopie œsogastroduodénale
FQ	Fluoroquinolones
HAS	Haute Autorité de Santé
HDB	Hémorragie digestive basse
HDH	Hémorragie digestive haute
HTP	Hypertension portale
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
LVO	Ligature de varices œsophagiennes
MICI	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
RVO	Rupture de varices œsophagiennes
SGB	Score de Glasgow-Blatchford
SNG	Sonde nasogastrique
TDM	Tomodensitométrie
TIPS	Shunt porto-systémique intrahépatique trans-jugulaire
UGD	Ulcère gastro-duodéal
VO	Varices œsophagiennes

Table des matières

Résumé	1
Abstract	3
Introduction	5
1. Définition	5
2. Epidémiologie	5
3. Présentation clinique	5
4. Etiologies	6
5. Facteurs de risque	8
6. Prise en charge	9
7. Rationnel de l'étude	13
Matériels et méthodes	15
1. Type d'étude	15
2. Population	15
3. Flow chart ou diagramme de flux	16
4. Recueil de données	17
5. Définition des critères de suivi des recommandations	19
6. Traitement des données	20
7. Analyse statistique	20
8. Ethique et protection des données	21
Résultats	22
1. Analyse descriptive	22
a. Incidence	22
b. Sexe et Âge	22
c. Antécédents (Figure 2)	23
d. Traitements à domicile (Figure 3)	24
e. Motif d'entrée (Figure 4)	25
f. Avis spécialisés	26
g. Orientation	27
2. Analyse statistique	28
Discussion	32
1. Limites de l'étude	32
2. Analyse des résultats	33
Conclusion	39
Références bibliographiques	40
Annexes	44

RESUME

Contexte : L'hémorragie digestive haute (HDH) est une pathologie fréquente et potentiellement grave. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisée en 2017 dans 14 services d'urgences du Nord-Pas-de-Calais démontrait une disparité des prises en charge par rapport aux recommandations de 2012. Un protocole régional a été élaboré par le Collège Régional de Médecine d'Urgence et en 2019, une nouvelle EPP a montré une harmonisation relative de ces pratiques après diffusion de ce protocole. L'objectif de notre étude est d'évaluer la conformité des pratiques professionnelles au sein d'un service d'urgences du Nord de la France depuis la diffusion de ce protocole.

Méthode : Etude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique de janvier 2019 à décembre 2022. Nous avons analysé 212 patients, qui consultaient pour rectorragies instables sur le plan hémodynamique, hématémèse ou méléna, âgés d'au moins 18 ans. Les patients mineurs, les motifs autres qu'hémorragie digestive haute dont les rectorragies stables sur le plan hémodynamique ont été exclus. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (n°2229135).

Résultats : L'âge moyen de notre population était de 61 ans avec une prédominance masculine. Près de 44% des patients présentaient une exogénose chronique et 29% avaient une cirrhose connue. Les motifs d'entrée principaux étaient l'hématémèse simple ou le méléna isolé. La prise en charge était optimale dans 52,8% des cas et sous optimale dans 38,2% des cas. Cette adhésion tend à diminuer au bout de 2 ans. Seuls 7,5% des malades étaient traités en ambulatoire. Le score de Glasgow Blatchford n'était renseigné pour aucun patient. Un seul décès était survenu au cours de la prise en charge aux urgences.

Conclusion : La mise en place du protocole régional a permis l'optimisation de la prise en charge des malades consultant pour HDH. Les recommandations semblent bien suivies par les urgentistes. Le suivi est plutôt pérenne dans le temps, avec une légère inflexion au bout de 2 ans. Ce qui pourrait nécessiter un rappel au cours des Journées Thématiques Interactives organisées par les sociétés savantes ou lors des Congrès de Médecine d'Urgence par exemple.

ABSTRACT

Background : Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a frequent and potentially serious pathology. An evaluation of professional practices (EPP) carried out in 2017 in 14 emergency departments (ED) in Nord-Pas-de-Calais demonstrated a disparity in care compared to the 2012 recommendations. A regional protocol was drawn up by the Regional College of Emergency Medicine and in 2019, a new EPP showed a relative harmonization of these practices after diffusion of this protocol. The aim of our study is to assess the compliance of professional practices within an ED in the North of France since the publication of this protocol.

Method : Retrospective, observational, descriptive and monocentric study from January 2019 to December 2022. We analyzed 212 patients, who consulted for hemodynamically unstable rectal bleeding, hematemesis or melena, aged at least 18 years old. Minor patients, other reasons than upper gastrointestinal bleeding including haemodynamically stable rectal bleeding were excluded. This study has been declared to the CNIL (n°2229135).

Results : The average age of our population was 61 years old with a male predominance. Nearly 44% of patients had chronic exogenous alcohol consumption and 29% had known cirrhosis. The main reasons for entry were simple hematemesis or isolated melena. Management was optimal in 52.8% of cases and sub-optimal in 38.2% of cases. This membership tends to decrease after 2 years. Only 7.5% of patients were treated as outpatient. The Glasgow-Blatchford score was not provided for any patient. Only one death occurred during emergency care.

Conclusion : The implementation of the regional protocol has made it possible to optimize the management of patients consulting for UGIB. The recommendations seem to be well followed by emergency physicians. The follow-up is rather long-lasting, with a slight inflection after 2 years. This could require a reminder during Interactive Thematic Days organized by learned societies or during Emergency Medicine Congresses, for example.

INTRODUCTION

1. Définition

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 duodénojéjunal du tractus digestif (appelé angle de Treitz). (1)

2. Epidémiologie

Selon la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE), la prévalence des hémorragies digestives est estimée à 143 cas pour 100 000 habitants par an en France. L'âge moyen est de 70 ans avec une prédominance masculine. Les hémorragies digestives dites hautes représentent la majorité d'entre elles (80%). La mortalité varie de 5% pour les hémorragies digestives basses à 10% pour les hémorragies digestives hautes. (2)

3. Présentation clinique

Une hémorragie digestive peut se manifester sous différentes formes (2) :

- Hématémèse : émission de sang rouge lors d'un effort de vomissement. Elle est le signe d'une hémorragie digestive haute.
- Méléna : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide. Il est le signe d'une hémorragie digestive haute.

- Rectorragie ou hématochézie : émission par l'anus de sang rouge vif et non digéré. Le plus souvent, elle signe une hémorragie digestive basse. Mais en cas d'hémorragie digestive haute massive, le sang peut arriver à l'anus non digéré et donc rouge.

4. Etiologies

La première cause d'hémorragie digestive haute est représentée par les ulcères gastro-duodénaux. Ils sont favorisés par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou d'Aspirine, par la présence d'une bactérie appelée *Helicobacter pylori*, ou encore par le stress. (3–5)

La deuxième cause d'hémorragie digestive haute est celle liée à l'hypertension portale, qui représente environ 30% des hémorragies digestives hautes en France. Il s'agit le plus souvent d'une rupture de varices œsophagiennes (VO) ou de varices cardio-tubérositaires. Les VO apparaissent lorsque le gradient de pression portale dépasse 10 à 12 mmHg. C'est la complication la plus fréquente chez le patient cirrhotique. (4,6)

Le score de Child-Pugh (Annexe 1) est un score pronostique, qui évalue ponctuellement la gravité d'une cirrhose. De nombreuses études ont confirmé qu'il était significativement corrélé à la morbi-mortalité per- et postopératoire des patients cirrhotiques. Il est donc utilisé en routine chez ces patients et doit être adapté régulièrement à l'évolution de la pathologie. (7)

Parmi les autres causes d'hémorragies digestives hautes (1), nous retrouvons :

- Les érosions gastro-duodénales : elles regroupent les gastrites, les duodénites et l'ulcération simplex de Dieulafoy, qui est une lésion superficielle d'une artère de calibre anormal présente dans la sous-muqueuse, le plus souvent au niveau gastrique.
- Le syndrome de Mallory-Weiss (5% des HDH) : lacération longitudinale de la muqueuse du bas œsophage lors d'efforts de vomissements itératifs
- Les œsophagites : le plus souvent consécutives à une hernie hiatale avec ulcération du collet herniaire ou à un ulcère du bas œsophage.
- Les tumeurs malignes œsogastriques et plus rarement, les fistules aorto-duodénales ou encore les angiodysplasies.

Les hémorragies digestives basses sont d'origine colorectale ou anale dans plus de 80% des cas. Par ordre de fréquence, on retrouve (8) :

- La maladie diverticulaire
- Les tumeurs coliques ou rectales
- Les colites infectieuses et les colites ischémiques
- Les colites inflammatoires (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn)
- Les angiodysplasies coliques
- Les pathologies rectales (maladie hémorroïdaire ou fissures anales).

Les hémorragies provenant de l'intestin grêle ne représentent que 5% des hémorragies digestives. On retrouve les angiodysplasies grêliques, les tumeurs, et le diverticule de Meckel, défini comme une évagination de la paroi de l'intestin grêle correspondant à la persistance partielle du canal omphalo-mésentérique (anomalie congénitale fréquente, à prédominance masculine). (8)

5. Facteurs de risque

Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés dans les hémorragies digestives sont la prise médicamenteuse (anti-agrégants plaquettaires, anticoagulants, anti-inflammatoires), l'infection à *Helicobacter pylori* non traitée ou en échec d'éradication, le terrain sous-jacent (antécédent d'ulcère gastroduodéal, thrombopénie, cirrhose, insuffisance rénale...). (1)

6. Prise en charge

La prise en charge d'une hémorragie digestive est multidisciplinaire, associant le médecin urgentiste et le gastro-entérologue a minima. Il faut parfois avoir recours à d'autres spécialistes, tels que le médecin réanimateur, le radiologue ou le chirurgien. La prise en charge initiale repose avant tout sur l'évaluation du degré d'urgence, la restauration d'un état hémodynamique correct et l'enquête étiologique, afin de mettre en œuvre le traitement symptomatique et étiologique adéquat. (9–11)

L'interrogatoire est essentiel dans la prise en charge de l'hémorragie digestive haute. Il doit rechercher les antécédents personnels d'hépatopathie, de maladie ulcéreuse, d'insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire. Il recueille ensuite les traitements à domicile (en particulier les anti-agrégants plaquettaires, les anticoagulants, les anti-inflammatoires). Enfin, il spécifie le type d'hémorragie digestive haute (hématémèse, méléna, rectorragies instables sur le plan hémodynamique).

Pour apprécier la gravité d'une hémorragie digestive haute, il faut rechercher l'abondance du saignement, son caractère actif ou non et le terrain du patient (en particulier la présence d'une cardiopathie ischémique et d'une cirrhose). Pour évaluer l'abondance d'une hémorragie, l'interrogatoire de l'entourage n'étant que difficilement représentatif et peu fiable, on se base alors sur des critères cliniques comme la fréquence cardiaque (FC), la pression artérielle, la fréquence respiratoire (FR) et l'état neurologique du patient. (12)

La prise en charge de l'hémorragie digestive est bien codifiée, reposant sur les dernières recommandations formalisées d'experts de 2012 sous l'égide de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) avec la participation du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP), de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE) et de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED). (12,13)

Les **objectifs hémodynamiques** sont basés sur le remplissage vasculaire par cristalloïdes et la transfusion de culots globulaires avec un objectif de pression artérielle moyenne (PAM) à 65 mmHg et un objectif d'hémoglobine compris entre 7 et 9 g/dL. (14–16)

En cas de choc hémorragique, le remplissage vasculaire par cristalloïdes est le traitement de première intention, mais il doit tout de même rester prudent pour éviter l'hémodilution. Généralement, le remplissage vasculaire ne dépasse pas 1000 à 1500 mL de cristalloïdes, et est relayé rapidement par un support par vasopresseurs afin de respecter cet objectif de PAM à 65 mmHg. Le vasopresseur de choix est la noradrénaline pour son action alpha-adrénergique prédominante. (17)

Le **traitement inhibiteur de la pompe à protons (IPP)** doit être administré dès la suspicion clinique d'hémorragie digestive haute par Pantoprazole 80 mg en bolus (ou équivalent) suivi d'une perfusion continue par seringue auto pulsée (SAP) de 8 mg/h pour une durée de 72h. L'American College of Gastroenterology (ACG) recommande ce schéma thérapeutique. En effet, dans la littérature, il a été montré que le traitement diminuait de manière statistiquement significative la nécessité d'un traitement endoscopique chez les patients atteints d'UGD. (18–20)

Le **traitement vasoactif** doit être instauré, en cas d'hypertension portale avérée ou suspectée, et doit être poursuivi jusqu'à réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD). Le traitement par Sandostatine 600 µg/jour en perfusion continue (soit 25 µg/h) est le plus couramment utilisé parmi 2 autres choix de molécules dont la Terlipressine et la Somatostatine. (11,21)

Une **antibioprophylaxie** doit être administrée en cas d'hémorragie digestive haute chez un patient cirrhotique par une céphalosporine de 3^{ème} génération (C3G) ou une fluoroquinolone (FQ) pour une durée totale de 5 à 7 jours (22–25). Elle vise à diminuer le risque d'infection du liquide d'ascite par translocation bactérienne et réduit ainsi la morbi-mortalité de ces patients. (26)

La **vidange gastrique** pour la préparation à l'endoscopie digestive doit être réalisée par l'administration d'Erythromycine 250 mg en IVD, 30 à 120 min avant le geste. Ce traitement est un macrolide agoniste des récepteurs de la motilline, il améliore l'efficacité et la visibilité de l'endoscopie en accélérant la vidange gastrique par des contractions antrales. (27,28)

La mise en place d'une sonde nasogastrique avec lavage gastrique n'est plus recommandée. (28)

La **fibroscopie œsogastroduodénale** (FOGD) est l'examen diagnostique de référence. Elle doit être réalisée dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient consultant pour hémorragie digestive présumée haute. Elle doit l'être dans les 12h s'il existe une suspicion d'hypertension portale ou de rupture de varices œsophagiennes. Enfin, elle doit être réalisée en urgence en cas de choc hémorragique après stabilisation hémodynamique. (9,10)

En cas d'hémorragie digestive grave et de FOGD normale ou indisponible, une **tomodensitométrie abdominopelvienne avec injection de produit de contraste iodé** doit être réalisée pour rechercher un saignement actif, pouvant être accessible à une embolisation. (13)

Le **score de Glasgow-Blatchford** (Annexe 2) est un score clinico-biologique pronostique, qui permet d'identifier les patients à « haut risque », nécessitant une hospitalisation en soins intensifs / réanimation et ceux à « faible risque », pouvant être pris en charge en ambulatoire. (29)

7. Rationnel de l'étude

En 2017, une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de l'hémorragie digestive haute a été réalisée dans les structures d'urgences du Nord-Pas-de-Calais, afin d'évaluer leur conformité avec les données de la littérature. Cette étude a consisté en la diffusion d'un questionnaire anonyme, à l'intention des médecins urgentistes de 14 services d'urgences du Nord-Pas-de-Calais (dont celui du Centre Hospitalier de Dunkerque), sur la prise en charge de l'hémorragie digestive haute. Il a été mis en évidence, dans cette étude, une grande disparité des pratiques de prise en charge au sein de la région Nord-Pas-de-Calais.

À la suite de ces résultats, un protocole de prise en charge de l'hémorragie digestive haute aux urgences a été réalisé (Annexe 3), basé sur les dernières recommandations de 2012 (13) et a été validé par les membres du Collège de Médecine d'Urgence 59-62 (COMU 59-62) en septembre 2018.

Une étude multicentrique, interventionnelle, d'évaluation des pratiques professionnelles, type "Avant-Après", concernant 13 services d'urgences ciblés en 2017 (sauf celui du Centre Hospitalier Universitaire de Lille), a fait l'objet d'une thèse soutenue en octobre 2019 à la faculté de médecine de Lille (30).

Il a été mis en évidence, dans cette étude, une harmonisation relative des pratiques après la diffusion, en janvier 2019, du protocole de prise en charge. Le CHU de Lille a été exclu de l'étude, car l'hémorragie digestive haute est principalement gérée par les médecins réanimateurs du Déchocage Médical.

Quatre années plus tard, nous avons voulu savoir si les recommandations de prise en charge de l'hémorragie digestive haute étaient bien appliquées par les urgentistes du Centre Hospitalier de Dunkerque.

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer la conformité des pratiques professionnelles des urgentistes de Dunkerque aux recommandations sur la prise en charge de l'hémorragie digestive haute depuis la mise en place du protocole régional.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la pérennité de ces pratiques, l'épidémiologie des patients et leur devenir après leur prise en charge aux urgences.

MATERIELS ET METHODES

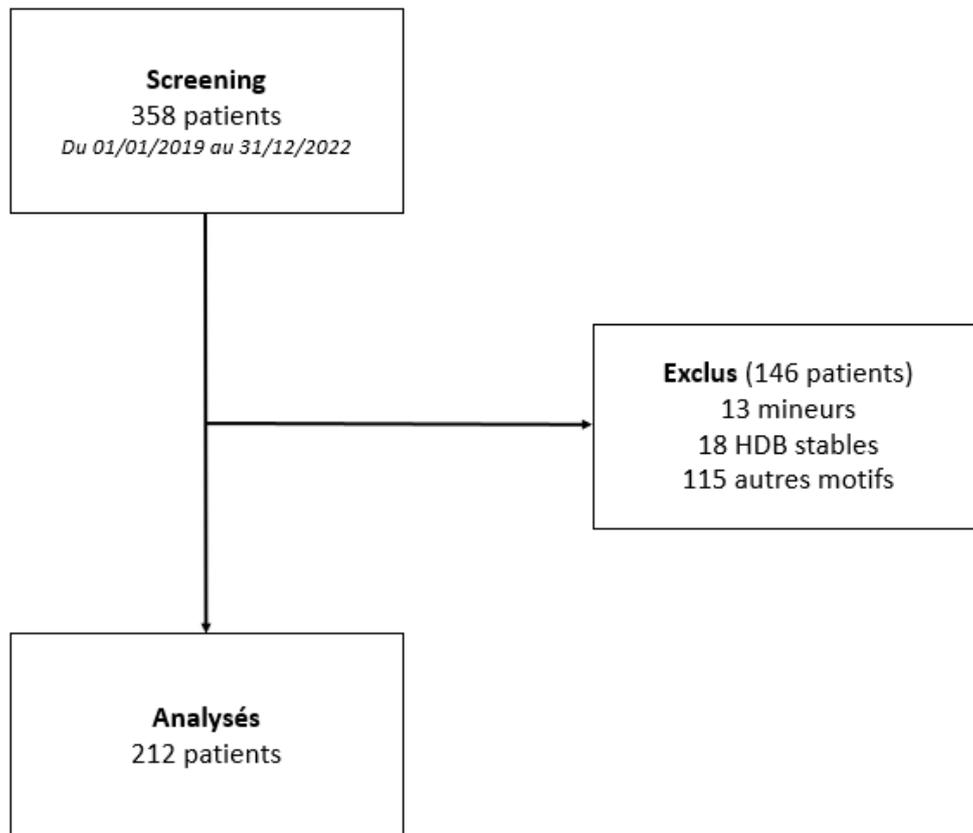
1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête de pratiques, rétrospective, observationnelle, monocentrique. Les données ont été collectées aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2022.

2. Population

Nous avons passé en revue tous les patients qui se sont présentés aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque pour une hémorragie digestive haute ou basse sur la période donnée. Nous avons exclu les patients mineurs de moins de 18 ans, les motifs d'entrée autres qu'hémorragie digestive haute et les hémorragies digestives basses sans instabilité hémodynamique (à savoir les rectorragies isolées stables). Les patients consultant pour rectorragies instables sur le plan hémodynamique, hématomèse ou méléna ont finalement été analysés.

3. Flow chart ou diagramme de flux



4. Recueil de données

Pour chaque patient, nous avons collecté les données suivantes :

- Sexe
- Âge
- Antécédents personnels
 - Exogénose chronique, cirrhose, varices œsophagiennes,
 - Cardiopathie,
 - Tumeur digestive,
 - Hémorragie digestive (toute cause confondue),
 - Ulcère gastro-duodéal.
- Traitements à domicile (Anti-agrégants plaquettaires, Anticoagulants, Anti-inflammatoires)
- Motif d'entrée aux urgences
 - Hématémèse,
 - Méléna,
 - Rectorragies instables sur le plan hémodynamique.
- Hémodynamique à l'entrée (PAM, FC, FR)
- Résultats biologiques (hémoglobine et urée)
- Thérapeutiques générales
 - Remplissage vasculaire,
 - Exacyl,
 - Inhibiteur de la pompe à protons (IPP), Sandostatine,
 - Transfusion de culots globulaires (CGR),
 - Sonde nasogastrique (SNG), lavage gastrique, Erythromycine.
- Antibio prophylaxie (C3G, FQ, Augmentin)
- Délai de réalisation de la FOGD (dans les 12h ou dans les 24h)

- Réalisation d'un scanner abdomino-pelvien
- Score de Glasgow-Blatchford
- Avis spécialisés
- Intervention chirurgicale
- Embolisation au CHU de Lille
- Orientation du patient après la prise en charge aux urgences

5. Définition des critères de suivi des recommandations

Pour évaluer la conformité des pratiques aux recommandations, nous nous sommes basés sur 5 critères de prise en charge, présents dans le protocole de 2018 validé par le COMU 59-62. Chaque critère est coté 1 s'il est réalisé par l'urgentiste. Nous avons ensuite fait la somme de ces 5 critères pour chacun des patients et les avons classés selon un niveau de suivi (« très bon », « moyen » et « mauvais »).

Le classement est le suivant :

- 5 critères remplis sur 5 = « très bon » suivi des recommandations
- 4 critères remplis sur 5 = suivi « moyen » des recommandations
- ≤ 3 critères remplis sur 5 = « mauvais » suivi des recommandations

Les cinq critères sont basés sur :

- L'administration d'un remplissage vasculaire ou d'un traitement par Noradrénaline pour avoir un objectif hémodynamique de PAM à 65 mmHg.
- La réalisation d'une transfusion de CGR pour obtenir une hémoglobine supérieure au seuil de 7 ou 9 g/dL selon les comorbidités du patient.
- Un traitement par IPP selon un schéma « bolus puis perfusion continue par SAP » pour toute suspicion d'hémorragie digestive haute et l'ajout de Sandostatine chez le patient cirrhotique uniquement.
- La mise en place d'une antibioprophylaxie chez le patient cirrhotique uniquement.
- La réalisation d'une FOGD dans les 12h en cas de suspicion d'hypertension portale ou de rupture de varices œsophagiennes.

6. Traitement des données

Les données ont été extraites à partir des logiciels suivants :

- **Urqual** ® : logiciel des urgences jusqu'en 2021 remplacé par HM ®
- **Hôpital Manager** ® (HM) : logiciel actuel des urgences et autres services
- **Kalires** ® : logiciel de biologie
- **Carestream** ® : logiciel d'imagerie

7. Analyse statistique

L'ensemble des données a fait l'objet d'une saisie informatique anonymisée sur Microsoft Excel. Les statistiques ont ensuite été réalisées par le service du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier de Dunkerque. Le logiciel utilisé était R version 4.3.0.

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne avec leur intervalle de confiance à 95%, les paramètres de dispersion ont également été analysés (médiane, intervalle interquartile, écart-type). Pour les variables binaires ou qualitatives, les proportions de chaque modalité ont été calculées avec leur intervalle de confiance à 95%.

Des tests statistiques non paramétriques ont été utilisés pour comparer les différentes variables : tests de Fisher entre variables qualitatives ; tests de Wilcoxon entre variables quantitatives et variables qualitatives à deux modalités ; tests de Kruskal-Wallis entre variables quantitatives et variables qualitatives à plus de deux modalités. Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques était fixé à 0,05.

8. Ethique et protection des données

Nous avons déclaré notre étude à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (N°2229135). (Annexe 4)

RESULTATS

1. Analyse descriptive

a. Incidence

Sur les quatre années étudiées aux urgences de Dunkerque, nous avons en moyenne 53 hémorragies digestives par an sur environ 58.500 entrées estimées par an aux urgences de Dunkerque (soit une incidence estimée à moins de 0,1%).

b. Sexe et Âge

Au sein de notre population, on retrouvait une prédominance masculine avec 64,6% d'hommes et 35,4% de femmes. Le sex ratio était donc de 1,82. La *Figure 1* montre la répartition de la population selon l'âge. La moyenne d'âge au moment de la prise en charge était de 61 ans tous sexes confondus avec des extrêmes allant de 18 à 102 ans [IC95% = 59,11 ; 64,36].

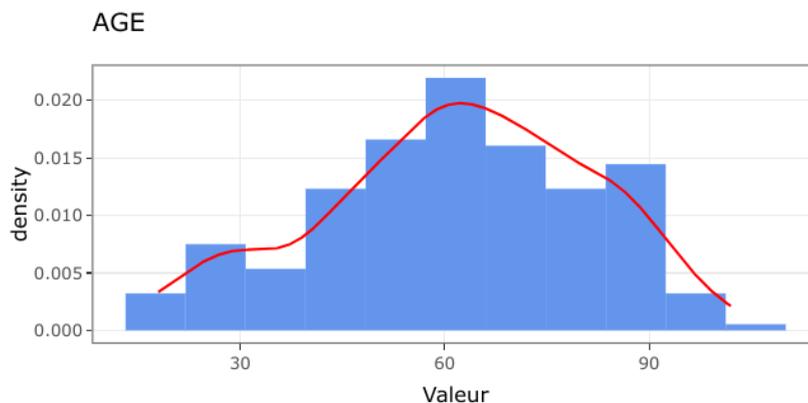


Figure 1 : Répartition de la population selon l'âge

c. Antécédents (Figure 2)

Nous avons constaté qu'un peu moins de la moitié des patients de notre étude consommaient de l'alcool de manière chronique (43,9%). Soixante-deux patients présentaient une cirrhose (29,2%), toute étiologie confondue avec tout de même une majorité de cirrhose d'origine commune. Quarante-quatre patients avaient des varices œsophagiennes connues (20,75%).

Un quart des patients avaient un antécédent d'hémorragie digestive haute, toutes causes confondues (25,5%). Vingt-huit patients présentaient un antécédent d'ulcère gastroduodéal (13,2%). Enfin, parmi les autres comorbidités, 24 patients étaient porteurs d'une tumeur digestive (11,3%) et 17 patients avaient une cardiopathie le plus souvent ischémique (8%).

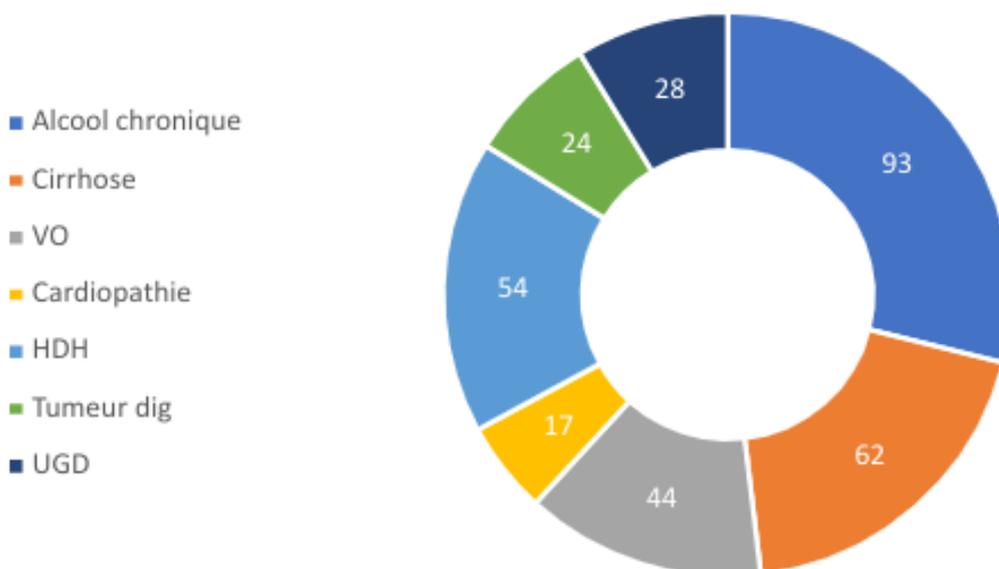


Figure 2 : Répartition de la population selon les antécédents

d. Traitements à domicile (Figure 3)

Plus de la moitié de la population était naïve de tout traitement à domicile (53,3%).

Parmi ceux qui avaient un traitement au long cours, 45 patients étaient sous anticoagulants (21,2%), 42 patients étaient sous anti-agrégants plaquettaires (19,8%), et 4 patients combinaient anticoagulants et anti-agrégants plaquettaires. Dix patients étaient sous anti-inflammatoires (4,7%), indépendamment de leur classe (stéroïdiens ou non). Parmi eux, 2 patients associaient anti-inflammatoires et anti-agrégants plaquettaires.

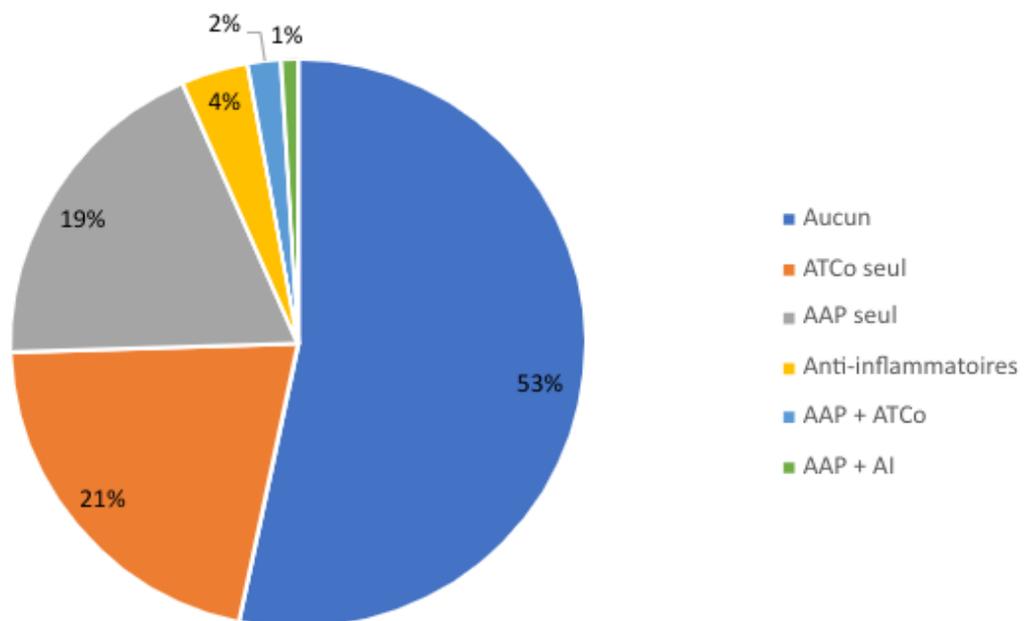


Figure 3 : Répartition de la population selon les traitements à domicile

e. Motif d'entrée (Figure 4)

Le motif principal d'entrée aux urgences était l'hématémèse simple, présent chez 81 patients de notre population (38,2%). Le deuxième motif était le méléna isolé, pour 70 patients (33%).

Pour les autres motifs, nous avons retrouvé 32 patients combinant hématémèse et méléna (15,1%) ; 14 patients associant méléna et rectorragies (6,6%) et 11 patients présentant hématémèse et rectorragies (5,2%). Seulement 4 patients ont présenté des rectorragies avec instabilité hémodynamique à l'admission (1,9%).

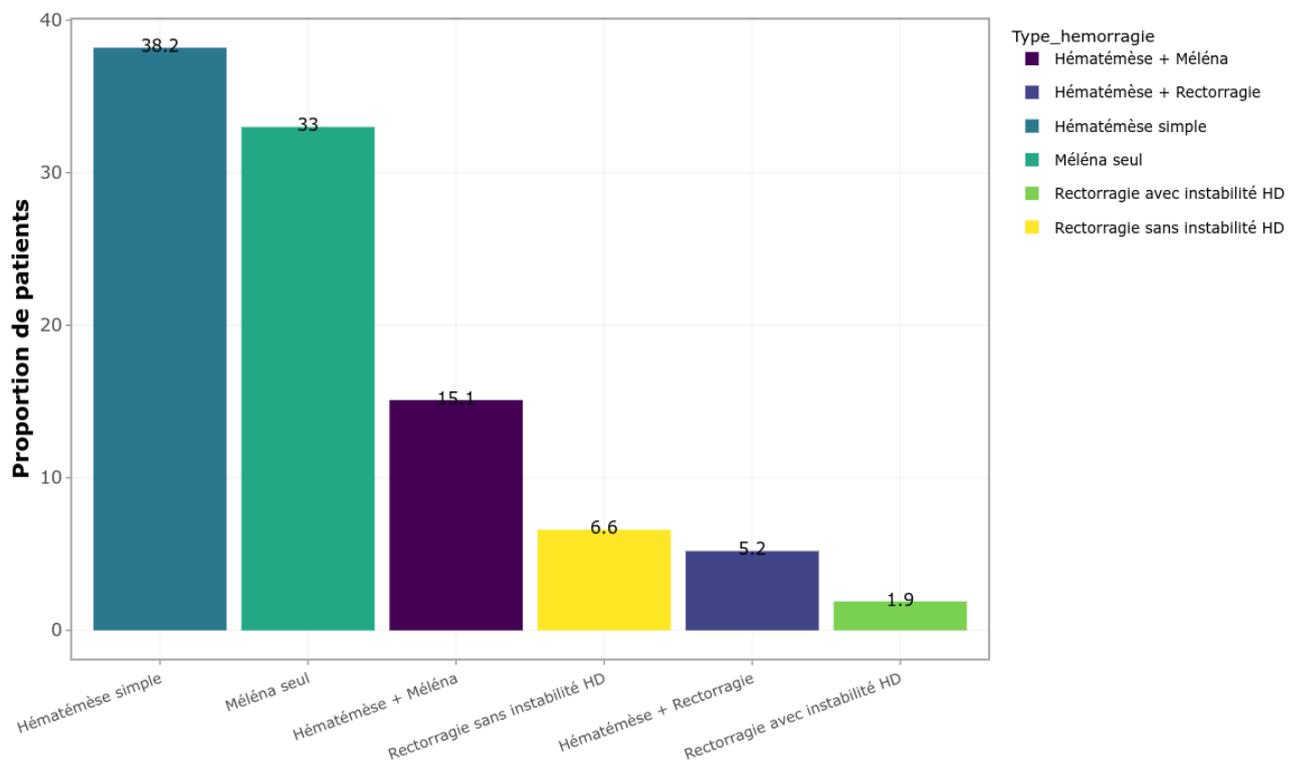


Figure 4 : Répartition de la population selon le motif d'entrée

f. Avis spécialisés

Un avis auprès d'un gastro-entérologue était demandé pour la majorité des patients de notre étude (99,5%). Seul 17,45% des patients avait eu recours à un avis auprès des médecins réanimateurs ou médecins d'unité de surveillance continue.

Les radiologues interventionnels de Lille avaient été sollicités pour deux patients, mais un seul avait été transféré pour une embolisation sur Lille.

Un avis chirurgical avait été nécessaire pour quatre patients, mais seulement trois patients avaient été pris en charge au bloc opératoire, puis hospitalisés dans le service de Chirurgie.

g. Orientation

Sur la *figure 5*, nous constatons que la grande majorité des patients de notre étude était hospitalisée dans le service de Gastro-entérologie après leur prise en charge aux urgences (78,3%).

Moins de 15% des patients était hospitalisé dans un service de soins intensifs / réanimation (8,5% en Unité de Surveillance Continue et 3,8% en Réanimation). Seize patients avaient bénéficié d'une prise en charge ambulatoire (7,5%).

Nous avons retrouvé un seul décès aux urgences.

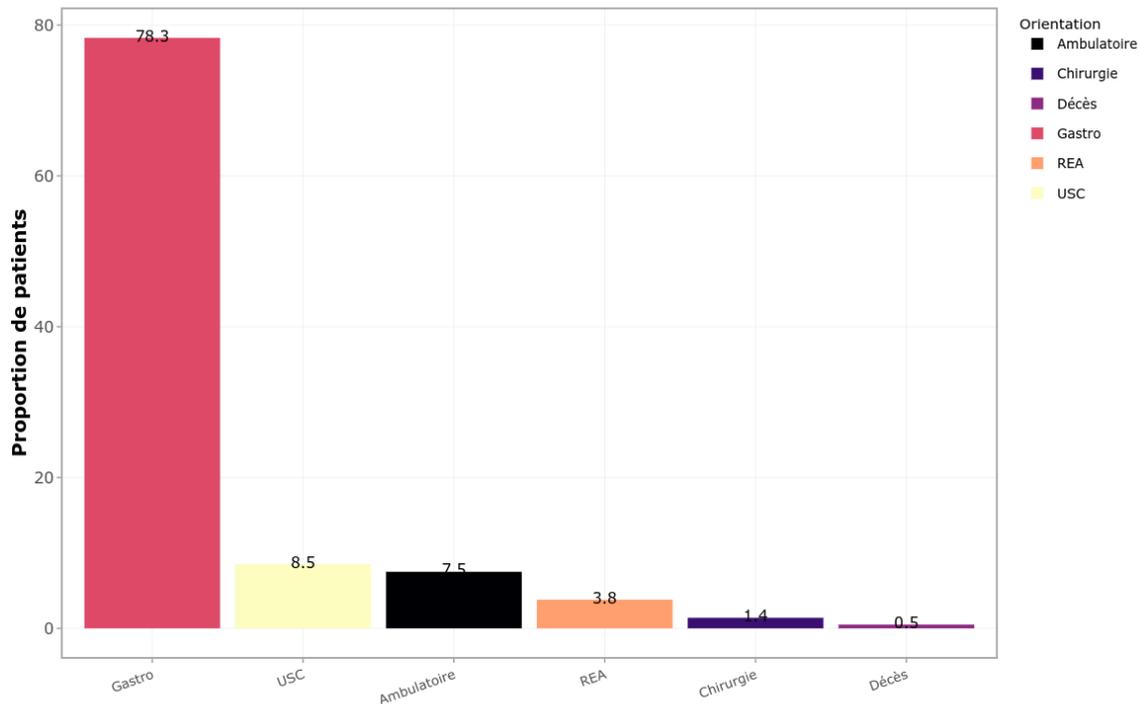


Figure 5 : Répartition de la population selon l'orientation après les urgences

2. Analyse statistique

Concernant l'objectif hémodynamique, la PAM moyenne était de 84 mmHg avec un écart-type de 15 mmHg et un intervalle de confiance à 95% [82.09 ; 86.19]. Nous avons constaté que 18,4% des patients ont eu besoin d'un remplissage vasculaire afin d'avoir une PAM à 65 mmHg ($p = 0,037$).

Concernant l'objectif transfusionnel, le taux d'hémoglobine moyen était de 9,65 g/dL avec un écart-type de 3,35 g/dL et un intervalle de confiance à 95% [9.2 ; 10.1]. Dans notre échantillon, nous avons constaté que 62 patients avaient une indication réelle de transfusion selon les recommandations (29,2%) et nous avons retrouvé 71 patients ayant bénéficié d'une transfusion de CGR (33,5% ; $p = 0,99$).

Concernant les mesures thérapeutiques générales, la grande majorité des patients de notre étude avait reçu un traitement par IPP. En effet, 95,7% des patients avait reçu un bolus d'IPP ($p = 0,025$) et 93,8% avait reçu une SAP d'IPP ($p = 0,015$). Dans notre échantillon, nous avons constaté que 80 patients avaient reçu un traitement vasoactif par Sandostatine (37,7% ; $p = 0,223$).

Concernant les autres mesures thérapeutiques générales, ne rentrant pas en compte dans les critères de suivi préétablis, nous avons retrouvé l'administration d'EXACYL chez 9 patients (4,25%). De manière statistiquement significative, la mise en place d'une sonde nasogastrique n'était retrouvée que chez 35 patients (16,51% ; $p = 0,013$) et le lavage gastrique chez 24 patients (11,32% ; $p = 0,001$).

Concernant l'antibioprophylaxie chez les patients cirrhotiques, nous avons constaté que 28,3% des patients avaient une indication réelle d'antibioprophylaxie selon les recommandations en vigueur et seulement 12,3% d'entre eux avaient reçu une antibioprophylaxie, quelle que soit la classe d'antibiothérapie administrée. En termes de molécule utilisée, nous avons retrouvé de la Ceftriaxone chez 16 patients (7,55%) et de l'Amoxicilline-clavulanate chez 10 patients (4,72%).

Concernant le délai de réalisation de la FOGD, nous avons retrouvé 41 patients avec une indication réelle de FOGD dans les 12h suivant l'admission aux urgences selon les recommandations d'experts (19,3% ; $p = 0,167$). Nous avons constaté que 57 patients avaient bénéficié d'une FOGD dans les 12h estimées suivant leur admission aux urgences (26,9%).

Concernant le score de Glasgow-Blatchford (SGB), nous avons constaté qu'aucun score n'a été renseigné pour l'ensemble des malades. En calculant manuellement le SGB pour les 16 patients ayant regagné leur domicile après leur prise en charge aux urgences, nous avons retrouvé 6 patients avec un SGB à 0 et 10 patients avec un SGB \geq à 1. Parmi ceux avec un SGB à 0, 2/6 patients avaient bénéficié d'une FOGD avant leur sortie.

Sur la *figure 6*, nous pouvons voir que le suivi des recommandations a été « très bon » pour 112 patients de notre étude (52,8%) avec les 5 critères remplis. Pour 81 patients, le suivi est dit “moyen” avec 4 critères remplis sur 5 (38,2%). Enfin, pour 19 patients, le suivi est dit “mauvais” avec 3 ou moins des critères remplis sur 5 (9%).

Calcul du score de suivi des recommandations

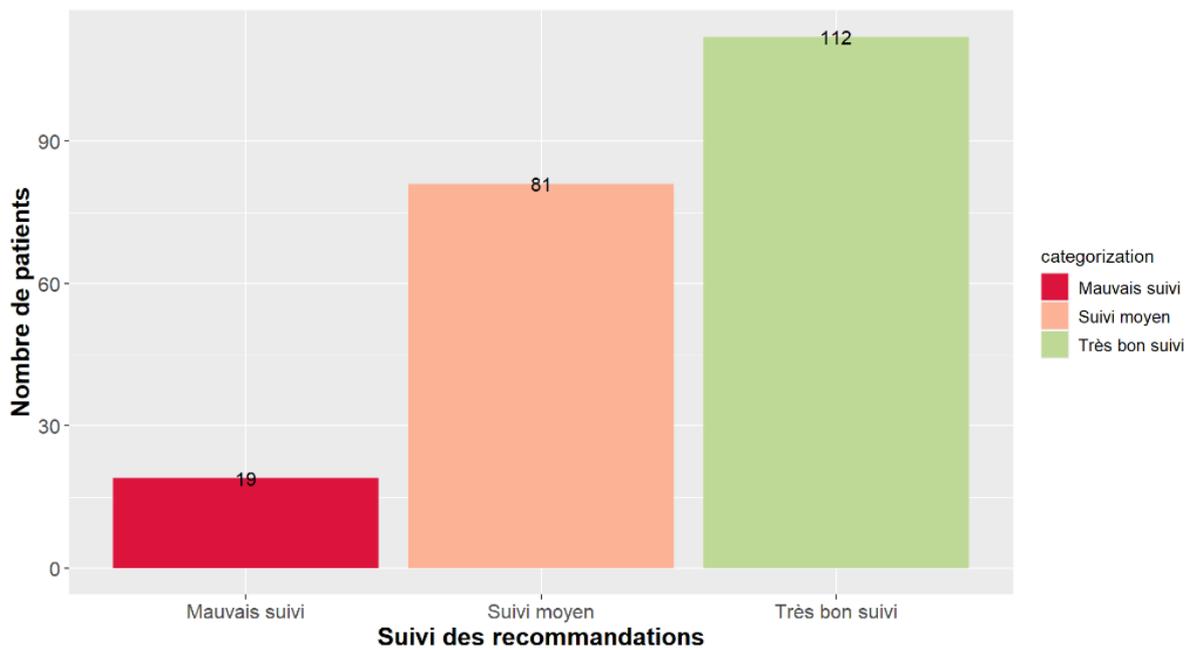


Figure 6 : Calcul du score de suivi des recommandations

La *figure 7* représente l'évolution du suivi des recommandations en fonction du temps. Nous avons constaté un bon suivi pendant environ 2 ans, puis une légère inflexion d'environ un an (de février 2021 à mars 2022) avant de retrouver un bon suivi.

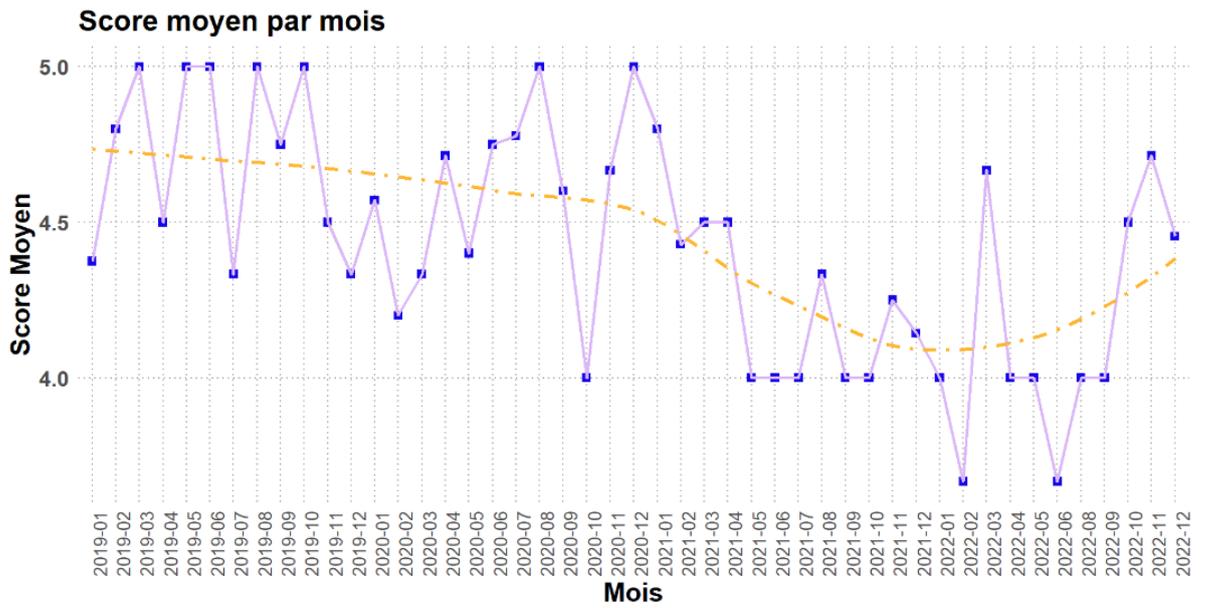


Figure 7 : Score moyen de suivi mois par mois

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Notre étude est confrontée aux biais inhérents aux études rétrospectives, à savoir les biais de sélection et d'information, en particulier biais de mémorisation. En effet, les patients ont été sélectionnés à partir de dossiers informatisés du Département d'Information Médicale du CH de Dunkerque, à partir de mots clés comme "hémorragie digestive haute", "hématémèse", "méléna" et "rectorragies".

La qualité des données recueillies était dépendante de la manière dont le dossier informatique du patient était rempli. Dans l'ensemble, nous avons réussi à collecter toutes les données souhaitées pour chaque patient et aucun n'a été exclu pour cause de données manquantes.

Le caractère monocentrique au sein du Service des Urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque est une autre limite à notre étude, car il ne permet pas d'extrapoler les résultats de notre étude et diminue ainsi la validité externe.

Cependant, ce critère monocentrique reflète les pratiques locales des urgences de Dunkerque et peut donc être la source de protocoles internes établis entre spécialistes de l'hôpital (urgentistes et gastro-entérologues essentiellement, avec la participation éventuelle des chirurgiens et médecins réanimateurs). Il peut alors constituer une force pour cette étude.

2. Analyse des résultats

Notre étude comporte des patients ayant des comorbidités variés, un âge moyen de 61 ans, une prédominance masculine, et un sex ratio de 1,82, ce qui est comparable à ce que l'on observe dans d'autres études épidémiologiques. Les motifs principaux de consultation aux urgences retrouvés dans notre étude sont l'hématémèse (38%) suivi du méléna seul (33%), ce qui est comparable aux données de la littérature. (31)

Dans notre étude, la PAM moyenne était de 84 mmHg +/- 15 mmHg. Seul 18,4% des patients ont nécessité un remplissage vasculaire pour maintenir une PAM à 65 mmHg. Dans notre recueil de données, seul le remplissage vasculaire était recherché et le traitement par noradrénaline n'a pas été analysé. En effet, ce traitement fait partie intégrante de la prise en charge du choc hémorragique, ce qui n'était pas l'objet de notre étude.

Concernant la transfusion de CGR, une indication réelle de transfusion selon les recommandations était présente chez 29,2% des patients de notre population, or 33,5% des patients ont reçu une transfusion de CGR.

Nous constatons donc un excès de transfusion, qui peut avoir différentes raisons : une méconnaissance par l'urgentiste des dernières recommandations en vigueur ; l'évolution clinique du patient aux urgences qui s'est secondairement dégradé (déglobulisation aiguë) avec nécessité d'une transfusion ; l'inquiétude du médecin urgentiste d'une évolution rapide vers le choc hémorragique.

Dans un essai contrôlé randomisé, *Villanueva et al.* (14) mettent en évidence l'intérêt pronostique d'une stratégie transfusionnelle restrictive (Hb < 7 g/dL) en comparaison à une stratégie libérale (Hb < 9 g/dL). En effet, la survie à 6 semaines des malades du groupe "stratégie restrictive" était meilleure que celle dans le groupe "stratégie libérale" (95% versus 91% ; p = 0,02), le risque de récurrence de saignement des malades du groupe "stratégie restrictive" était plus faible (10% versus 16% ; p = 0,01), et la survenue d'évènements indésirables dans le groupe "stratégie restrictive" était plus rare (40% versus 48% ; p = 0,02).

Conformément aux recommandations, la grande majorité des patients de notre étude ont reçu un traitement par IPP, selon le schéma recommandé "bolus puis SAP" (93,8%). Cependant, il manque un critère qualité concernant le délai d'administration des thérapeutiques. Les principales raisons peuvent être la gravité initiale du patient obligeant l'urgentiste à faire des prescriptions orales aux infirmier(e)s, secondairement régularisées par informatique ; le flux important de passages aux urgences ou l'erreur de triage à l'admission, retardant parfois la prise en charge thérapeutique.

Or, dans la littérature, il a été montré que l'utilisation précoce des IPP, dès la suspicion d'hémorragie digestive haute, permettrait d'améliorer les conditions de réalisation de la fibroscopie et réduirait la durée de l'hémorragie ainsi que le recours à un traitement hémostatique, notamment dans les hémorragies ulcéreuses (18,32,33).

Dans notre étude, un traitement vasoactif a été administré pour 37,7% des patients de notre population, essentiellement atteints de cirrhose. La molécule de choix utilisée était la Sandostatine (Octréotide), alors qu'il existe, cependant, 2 autres molécules efficaces dans cette indication : la Terlipressine et la Somatostatine. Le choix de la molécule peut être guidé par la présence de contre-indications chez certains patients (par exemple, la Terlipressine est contre-indiquée, entre autres, chez les patients porteurs d'une cardiopathie ischémique ou d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs) ; par la disponibilité du médicament au sein des urgences de Dunkerque ou par l'avis du spécialiste.

De nombreuses études montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les trois principales molécules utilisées, que sont la Terlipressine, la Somatostatine ou l'Octréotide, en termes de récurrence du saignement ou de mortalité (34–36).

L'utilisation de l'Exacyl (Acide tranexamique) dans l'hémorragie digestive est controversée. En effet, ce médicament est un agent anti-fibrinolytique, qui empêche la destruction des caillots formés lors d'une hémorragie. Plusieurs essais randomisés « Exacyl versus Placebo » n'ont pas montré d'intérêt à l'utilisation de ce médicament dans la prise en charge de l'hémorragie digestive haute (37–39)

Dans la définition des critères de suivi des recommandations, l'administration d'une antibioprophylaxie par l'urgentiste, quelle que soit la classe utilisée, suffisait à remplir le critère. Les différentes classes d'antibioprophylaxie utilisées regroupaient une céphalosporine de 3^{ème} génération (Ceftriaxone) et l'Amoxicilline-clavulanate.

Par manque de renseignements dans les dossiers, nous n'avons pu recueillir les éventuelles allergies des patients, une éventuelle antibiothérapie débutée pour une autre indication, l'existence de résistance bactérienne notamment aux fluoroquinolones, l'utilisation de fluoroquinolones dans les 6 mois précédents ou encore l'avis d'un(e) infectiologue. Ces informations auraient pu influencer le choix de l'antibiothérapie.

Dans les différents rapports BAVENO (40,41), l'antibioprophylaxie recommandée chez le patient cirrhotique est la Norfloxacine orale (400 mg matin et soir). Néanmoins, la Ceftriaxone intraveineuse (1g par jour) pourrait également être utilisée devant l'émergence des résistances bactériennes aux fluoroquinolones ou encore l'utilisation récente de fluoroquinolones (dans les 6 mois précédents). Dans un essai randomisé contrôlé de 2006, *Fernandez et al.* ont montré que la Ceftriaxone intraveineuse était efficace dans la prévention des infections bactériennes chez les patients porteurs d'une cirrhose notamment avancée (CHILD B et C) (25).

Il existe un biais de renseignement concernant le délai de réalisation de la FOGD. Les recommandations d'experts préconisent un certain délai de réalisation de la FOGD en fonction de la présentation clinique initiale du patient (42). Or, il nous est impossible de savoir exactement le délai de réalisation, car il n'existe pas d'horodatage dans les dossiers ; seul l'horaire d'admission aux urgences est connu.

Nous avons donc estimé l'heure de réalisation de la FOGD de manière approximative à partir des observations médicales. De plus, plusieurs facteurs interfèrent dans ce délai : le temps nécessaire pour stabiliser le patient sur le plan hémodynamique, le flux de passages aux urgences, l'avis et la disponibilité du gastro-entérologue, ainsi que la disponibilité de la salle d'endoscopie.

Dans notre recueil de données, l'utilisation du score de Glasgow-Blatchford (SGB) était recherché. Nous avons remarqué qu'aucun urgentiste dunkerquois n'utilise ce score dans sa prise en charge de l'hémorragie digestive haute. La raison principale est qu'il n'est pas ou peu connu des urgentistes. (Annexe 2)

De nombreux articles, études et recommandations internationales préconisent l'utilisation du SGB pour identifier les patients pouvant être pris en charge en ambulatoire avec un traitement oral par IPP et une FOGD programmée dans les jours suivant leur passage aux urgences (43,44). En effet, le SGB présente une sensibilité élevée (99%) et une faible spécificité (32%), ce qui lui confère une valeur prédictive négative élevée et une valeur prédictive positive faible, ce qui veut dire que les patients avec un SGB à 0 peuvent, sans risque, être pris en charge en ambulatoire (45,46).

Ces résultats sont repris et confirmés dans une étude prospective multicentrique de *Stanley et al.* en 2009 (47,48). Cependant, les patients avec un SGB au moins égal à 1 doivent être hospitalisés en raison du risque de mauvaise évolution (à savoir risque de récurrence de saignement, besoin de transfusion CGR, nécessité d'un traitement chirurgical ou de radiologie interventionnelle). Cette décision reste à l'appréciation de l'urgentiste en collaboration avec le gastro-entérologue selon la clinique du patient.

Dans notre étude, 16 patients ont pu regagner leur domicile après la prise en charge aux urgences (7,55%) et parmi eux seulement 6 patients avaient un SGB à 0 et deux avaient bénéficié d'une FOGD avant leur sortie. Si le SGB avait été utilisé par les urgentistes, il y aurait peut-être eu davantage de patients sortants avec une prise en charge en ambulatoire et donc moins d'hospitalisation.

En effet, le calcul du score de Glasgow-Blatchford permettrait une diminution du nombre d'hospitalisations avec tout ce qui peut en découler, à savoir une diminution des infections nosocomiales et des complications de décubitus liées à l'hospitalisation, une diminution des problématiques de lits d'aval et enfin un moindre coût pour la société en termes de santé publique.

Le score de Glasgow-Blatchford est un outil intéressant dans l'orientation des patients consultant pour hémorragie digestive haute, mais il doit être corrélé au sens clinique de l'urgentiste et faire l'objet d'une discussion collégiale avec les spécialistes.

CONCLUSION

Nous constatons, dans cette enquête de pratiques, réalisée aux urgences de Dunkerque entre janvier 2019 et décembre 2022, que les recommandations en termes de prise en charge de l'hémorragie digestive haute sont plutôt bien suivies par les urgentistes dunkerquois.

La prise en charge est quasi optimale en termes de traitement médicamenteux par inhibiteur de la pompe à protons et d'utilisation d'Erythromycine pour la vidange gastrique avant la FOGD en lieu et place du lavage gastrique par sonde nasogastrique. Les résultats sont plus mitigés en termes de besoin transfusionnel selon les recommandations, d'administration de Sandostatine et d'antibioprophylaxie chez le patient cirrhotique, ainsi qu'en termes de délai de réalisation de la FOGD et d'utilisation du score de Glasgow-Blatchford.

Cette étude montre un bon suivi des recommandations en vigueur par les urgentistes de Dunkerque pendant une durée d'environ 2 ans après diffusion du protocole de prise en charge. L'adhérence aux recommandations a tendance à diminuer par la suite. Il serait donc intéressant d'effectuer un rappel de bonnes pratiques au cours des Journées Thématiques Interactives de la SFMU, des Journées de Médecine d'Urgence (COMU59-62) ou lors des Congrès de l'Urgence.

Il aurait été intéressant de comparer nos résultats avec un autre Centre Hospitalier de la région qui n'a pas reçu le protocole, afin d'évaluer l'impact de diffusion du protocole sur les pratiques professionnelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chapitre 16 - Fondamentaux de la pathologie digestive (Octobre 2014).pdf.
2. Hémorragie digestive | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/hemorragie-digestive>
3. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1 juill 2015;25(3):415-28.
4. Amrit K. K. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management - Mayo Clinic Proceedings [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(19\)30091-6/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(19)30091-6/fulltext)
5. DeLaney M, Greene CJ. Emergency Department Evaluation And Management Of Patients With Upper Gastrointestinal Bleeding. *Emerg Med Pract*. avr 2015;17(4):1-18; quiz 19.
6. Garcia-Tsao G, Bosch J. Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis: A New View of an Old Problem. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 1 nov 2015;13(12):2109-17.
7. Tsois A, Marlar CA. Use Of The Child Pugh Score In Liver Disease. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542308/>
8. FMC-HGE [Internet]. [cité 6 août 2023]. Hémorragies digestives basses : conduite à tenir. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/nopostu_year/hemorragies-digestives-basses-conduite-a-tenir/
9. Barkun AN. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding | *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2010 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org
10. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 3 déc 2019;171(11):805-22.
11. Zanetto A, Garcia-Tsao G. Management of acute variceal hemorrhage [Internet]. *F1000Research*; 2019 [cité 24 juill 2023]. Disponible sur: <https://f1000research.com/articles/8-966>
12. Piton G, Kepka S, Capellier G, Desmettre T. Hémorragie digestive : stratégie diagnostique et thérapeutique.
13. Osman D, Djibré M, Da Silva D, Goulenok C, group of experts. Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children. *Ann Intensive Care*. 9 nov 2012;2(1):46.

14. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C, et al. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1056/NEJMoa1211801>. 2013 [cité 18 mai 2023]. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1211801>
15. Jairath V, Kahan BC, Gray A, Doré CJ, Mora A, James MW, et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for acute upper gastrointestinal bleeding (TRIGGER): a pragmatic, open-label, cluster randomised feasibility trial. *The Lancet*. 11 juill 2015;386(9989):137-44.
16. Reco HAS - Transfusion (2014).pdf.
17. A. Bouglé et al - Prise en charge du choc hémorragique en réanimation : principes et pratiques (2008).pdf.
18. Khan MA, Howden CW. The Role of Proton Pump Inhibitors in the Management of Upper Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterol Hepatol*. mars 2018;14(3):169-75.
19. HAS - Commission transparence INEXIUM (2010).pdf.
20. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. mai 2021;116(5):899.
21. HAS - Avis de commission SANDOSTATINE (2001).pdf.
22. Chavez-Tapia NC, Barrientos-Gutierrez T, Tellez-Avila FI, Soares-Weiser K, Uribe M. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [cité 25 juill 2023];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002907.pub2/full/fr>
23. Thabut D, Bernard-Chabert B. Management of acute bleeding from portal hypertension. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1 janv 2007;21(1):19-29.
24. Soares-Weiser K, Brezis M, Tur-Kaspa R, Paul M, Yahav J, Leibovici L. Antibiotic prophylaxis of bacterial infections in cirrhotic inpatients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol*. févr 2003;38(2):193-200.
25. Fernández J, Arbol LR del, Gómez C, Durandez R, Serradilla R, Guarner C, et al. Norfloxacin vs Ceftriaxone in the Prophylaxis of Infections in Patients With Advanced Cirrhosis and Hemorrhage. *Gastroenterology*. 1 oct 2006;131(4):1049-56.
26. Reco HAS - Complications cirrhoses (2007).pdf.
27. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, Boelle PY, Becquemont L, Poupon R. Erythromycin Infusion Prior to Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Randomized, Controlled, Double-Blind Trial. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. juin 2006;101(6):1211.
28. Pateron D, Vicaut E, Debuc E, Sahraoui K, Carbonell N, Bobbia X, et al. Erythromycin Infusion or Gastric Lavage for Upper Gastrointestinal Bleeding: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. 1 juin 2011;57(6):582-9.

29. Recio-Ramírez JM, Sánchez-Sánchez M del P, Peña-Ojeda JA, Fernández-Romero E, Aguilera-Peña M, del-Campo-Molina E, et al. The predictive capacity of the Glasgow-Blatchford score for the risk stratification of upper gastrointestinal bleeding in an emergency department. *Rev Espanola Enfermedades Dig Organo Of Soc Espanola Patol Dig*. mai 2015;107(5):262-7.
30. Thèse MéliSSa Baëchel 2019.pdf.
31. Thiebaud PC, Yordanov Y, Galimard JE, Raynal PA, Beaune S, Jacquin L, et al. Management of upper gastrointestinal bleeding in emergency departments, from bleeding symptoms to diagnosis: a prospective, multicenter, observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 14 août 2017;25(1):78.
32. Lau JYW, Leung WK, Wu JCY, Chan FKL. Omeprazole before Endoscopy in Patients with Gastrointestinal Bleeding | NEJM [Internet]. 2007 [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa065703>
33. Kanno T, Yuan Y, Tse F, Howden CW, Moayyedi P, Leontiadis GI. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2022 [cité 24 juill 2023];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005415.pub4/full>
34. Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage - Seo - 2014 - Hepatology - Wiley Online Library [Internet]. [cité 21 août 2023]. Disponible sur: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.27006>
35. Wells M, Chande N, Adams P, Beaton M, Levstik M, Boyce E, et al. Meta-analysis: vasoactive medications for the management of acute variceal bleeds. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;35(11):1267-78.
36. Pateron D, Lejeune C, Gardy O. Traitement médical de l'hémorragie digestive grave.
37. Brenner A, Afolabi A, Ahmad SM, Arribas M, Chaudhri R, Coats T, et al. Tranexamic acid for acute gastrointestinal bleeding (the HALT-IT trial): statistical analysis plan for an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Trials*. 30 juill 2019;20(1):467.
38. Biggs JC, Hugh TB, Dodds AJ. Tranexamic acid and upper gastrointestinal haemorrhage--a double-blind trial. *Gut*. 1 sept 1976;17(9):729-34.
39. Gluud LL, Klingenberg SL, Langholz SE. Systematic review: tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27(9):752-8.
40. Franchis R de. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol*. 1 oct 2010;53(4):762-8.
41. De Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Abraldes JG, et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. avr 2022;76(4):959-74.

42. Osman D, Djibré M, Da Silva D, Goulenok C. Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant. *Réanimation*. juill 2012;21(4):477-92.
43. Kim MS, Choi J, Shin WC. AIMS65 scoring system is comparable to Glasgow-Blatchford score or Rockall score for prediction of clinical outcomes for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *BMC Gastroenterol*. 26 juill 2019;19(1):136.
44. Zamparini E, Ahmed P, Belhassan M, Horaist C. Orientation des patients adultes consultant aux urgences pour hémorragie digestive (hors hypertension portale prouvée ou présumée) : intérêt des scores pronostiques | SpringerLink [Internet]. 2017 [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13546-017-1288-6>
45. Srirajaskanthan R, Conn R, Bulwer C, Irving P. The Glasgow Blatchford scoring system enables accurate risk stratification of patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *Int J Clin Pract*. juin 2010;64(7):868-74.
46. Badel S, Dorta G. Hémorragie digestive haute : utilité des scores pronostiques. *Rev Médicale Suisse*. 2011;
47. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, Mowat C, Gaya DR, Thompson E, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *The Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):42-7.
48. Stanley AJ. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *World J Gastroenterol*. 14 juin 2012;18(22):2739-44.
49. Fiche HAS_ Score de child pugh 2002.pdf [Internet]. [cité 23 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r44_fiche_tech_cirrhose_diagnostic_actualisation_score_de_child_pugh.pdf

ANNEXES

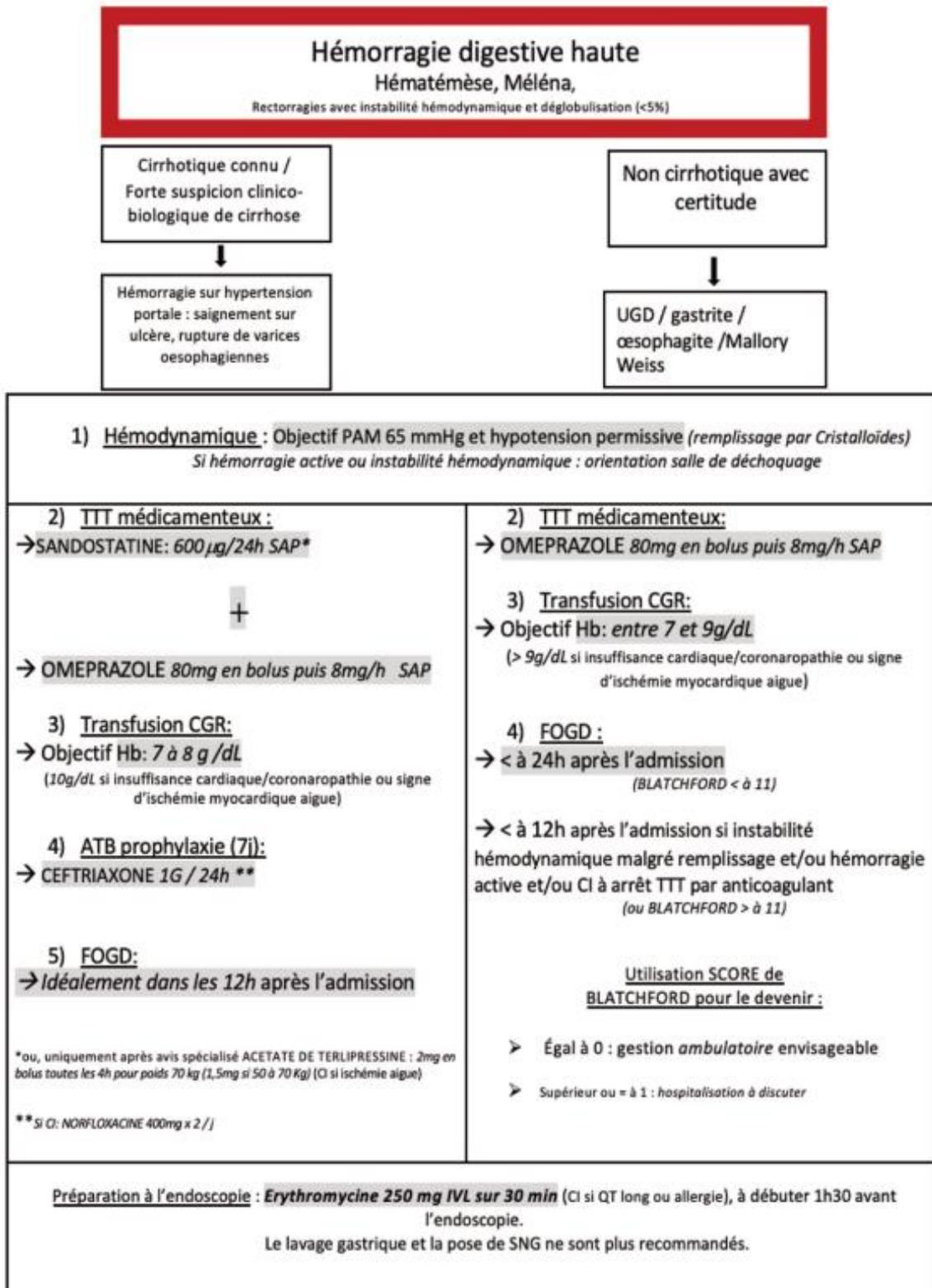
Annexe 1 : Score de Child-Pugh (49)

	1 point	2 points	3 points
Ascite	Absente	Modérée	Tendue ou réfractaire aux diurétiques
Bilirubine ($\mu\text{mol/L}$)	< 35	35-50	> 50
Albumine (g/L)	> 35	28-35	< 28
INR	< 1,7	1,7 – 2,2	> 2,2
TP	> 50%	40 - 50%	< 40%
Encéphalopathie	Absente	Légère à modérée	Sévère
Child-Pugh A (5-6 points) : survie à 1 an de 100% Child-Pugh B (7-9 points) : survie à 1 an de 80% Child-Pugh C (10-15 points) : survie à 1 an de 45%			

Annexe 2 : Score de Glasgow-Blatchford

<u>Critères à l'admission</u>	<u>Valeurs</u>
<i>Urée sanguine</i> (mmol/l) - 6,5 à 8 - 8 à 10 - 10 à 25 - > 25	2 points 3 points 4 points 6 points
<i>Hémoglobine chez l'homme</i> (g/dL) - 12 à 13 - 10 à 12 - < 10	1 point 3 points 6 points
<i>Hémoglobine chez la femme</i> (g/dL) - 10 à 12 - < 10	1 point 6 points
<i>Pression artérielle systolique</i> (mmHg) - 100 à 109 - 90 à 99 - < 90	1 point 2 points 3 points
<i>Autres critères</i> - FC > 100 bpm - Méléna - Syncope - Hépatopathie - Insuffisance cardiaque	1 point 1 point 2 points 2 points 2 points
Le score est compris entre 0 et 23 points. SGB = 0 : traitement ambulatoire possible SGB > 8 : indication théorique à une hospitalisation en soins intensifs / réanimation	

Annexe 3 : Protocole de prise en charge



Annexe 4 : Déclaration CNIL



Référence CNIL :

2229135 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-005

reçue le 15 février 2023

Madame Camille MINTA

25 rue Hegel
RESIDENCE LES LYS. BATIMENT B. 2E
ETAGE. APPARTEMENT 25
59000 LILLE**ORGANISME DÉCLARANT**

Nom :	Madame MINTA Camille	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	25 rue Hegel RESIDENCE LES LYS. BATIMENT B. 2E ETAGE. APPARTEMENT 25	Tél. :	06.14.73.21.09
CP :	59000	Fax. :	
Ville :	LILLE		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 16 février 2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

AUTEUR : Nom : MINTA

Prénom : Camille

Date de Soutenance : 18 septembre 2023

Titre de la Thèse : “Prise en charge de l’hémorragie digestive haute aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque : Evaluation des pratiques professionnelles.”

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine d’Urgence

DES + FST/option : Médecine d’Urgence

Mots-clés : Hémorragie digestive haute, évaluation des pratiques professionnelles, urgences.

Résumé

Contexte : L’hémorragie digestive haute (HDH) est une pathologie fréquente et potentiellement grave. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisée en 2017 dans 14 services d’urgences du Nord-Pas-de-Calais démontrait une disparité des prises en charge par rapport aux recommandations de 2012. Un protocole régional a été élaboré par le Collège Régional de Médecine d’Urgence et en 2019, une nouvelle EPP a montré une harmonisation relative de ces pratiques après diffusion de ce protocole. L’objectif de notre étude est d’évaluer la conformité des pratiques professionnelles au sein d’un service d’urgences du Nord de la France depuis la diffusion de ce protocole.

Méthode : Etude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique de janvier 2019 à décembre 2022. Nous avons analysé 212 patients, qui consultaient pour rectorragies instables sur le plan hémodynamique, hématémèse ou méléna, âgés d’au moins 18 ans. Les patients mineurs, les motifs autres qu’hémorragie digestive haute dont les rectorragies stables sur le plan hémodynamique ont été exclus. Cette étude a fait l’objet d’une déclaration à la CNIL (n°2229135).

Résultats : L’âge moyen de notre population était de 61 ans avec une prédominance masculine. Près de 44% des patients présentaient une exogénose chronique et 29% avaient une cirrhose connue. Les motifs d’entrée principaux étaient l’hématémèse simple ou le méléna isolé. La prise en charge était optimale dans 52,8% des cas et sous optimale dans 38,2% des cas. Cette adhésion tend à diminuer au bout de 2 ans. Seuls 7,5% des malades étaient traités en ambulatoire. Le SGB n’était renseigné pour aucun patient. Un seul décès était survenu au cours de la prise en charge aux urgences.

Conclusion : La mise en place du protocole régional a permis l’optimisation de la prise en charge des malades consultant pour HDH. Les recommandations semblent bien suivies par les urgentistes. Le suivi est plutôt pérenne dans le temps, avec une légère inflexion au bout de 2 ans. Ce qui pourrait nécessiter un rappel au cours des Journées Thématiques Interactives organisées par les sociétés savantes ou lors des Congrès de Médecine d’Urgence par exemple.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY
Monsieur le Docteur Adrien WAUQUIER**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Adrien DELPRAT