



2008

Hémorragies digestives (HD) et antiagrégants plaquettaires (AAP). Enquête observationnelle hospitalière nationale: A propos de 1010 malades. Comparaison des résultats en fonction de l'origine des patients (CHU ou CHG).

B. Nalet*1, J. Bretagne2, G. Lesur3, B. Bour4, C. Soufflet5, P. Barthélemy5 1-CH Montélimar 2-CHU Rennes 3-CHU Boulogne 4-CH Le Mans 5-Rueil-Malmaison.

Buts : Estimer le taux de prévalence et décrire les caractéristiques des HD survenant sous AAP ayant nécessité une endoscopie ; évaluer l'existence éventuelle de différences entre les patients et les modes de prise en charge dans les CHU et les CHG. Patients et méthodes : Toutes les HD hautes et basses (HDH et HDB) vues consécutivement pendant 3 mois (à partir de Février 2007) dans 61 centres hospitaliers ont été répertoriées. Vingt malades au maximum étaient inclus dans chaque centre ce qui a permis de constituer un registre (1010 patients). Dans chaque centre, chaque investigateur incluait dans son registre vingt patients consécutifs ayant une endoscopie pour HDH et ou HDB. Les 6 premiers patients ayant pris un traitement par AAP dans les 7 jours précédant l'hémorragie (initiation ou traitement chronique) et quelle que soit la durée de la prise, à savoir : aspirine < 320 mg/j, clopidogrel, ticlopidine, ou une association étaient sélectionnés pour la cohorte (297 patients). Parmi les 61 centres ayant participé à cet observatoire, il y avait 45 services de CHG et 16 services de CHU. 718 patients provenaient d'un CHG et 292 d'un CHU. Nous avons comparé dans le registre et la cohorte les caractéristiques des patients selon le type d'établissement d'origine. Les modes de prise en charge n'ont été analysés qu'à partir des patients de la cohorte. Résultats: Le registre se composait de 605 hommes et 405 femmes avec un âge moyen de 69,7±16,3 ans. Dans les CHU, la proportion des hommes était plus élevée que dans les CHG (66,4%/57,2%). L'âge moyen était de 69,7 ans. Il n'y avait pas de différence entre CHG et CHU pour l'âge moyen mais la proportion de patients âgés de plus de 75 ans était plus élevée en CHG (49,9%/42,8%). Chez les patients prenant des AAP cette proportion était la même dans les deux types de structures. Dans le registre, l'hémorragie était plus souvent hospitalière en CHU (21,7%/17,3%) mais il n'y avait pas de différence dans la cohorte des patients traités par AAP. 33,5% des patients prenaient un AAP. Il n'y avait pas de différence concernant la fréquence de la prise associée d'AAP ou d'autres traitements susceptibles de favoriser les hémorragies mais on constatait un plus grand pourcentage de patients traités en monothérapie par clopidogrel dans les CHG (8,4%/4,6%) et un plus grand nombre de patients avait un traitement associé par IPP en CHU (14,7%/8,8%). Les causes d'HDH étaient identiques en fréquence à l'exception des ulcères gastriques plus nombreux, en CHU (14,9%/6,2%). Pour les HDB, seule différait la fréquence de la diverticulose (14,6% en CHG/ 7,6% en CHU). Dans la cohorte des patients avec AAP, on retrouve la plus grande fréquence des ulcères gastriques en CHU (29,6%/12,8%) ; l'oesophagite érosive est plus souvent en cause en CHG (15,5%/4,2%) ; la diverticulose est toujours plus présente comme cause d'HDB en CHG (25,6%/12,7%). Dans le registre, les patients avaient plus souvent une endoscopie oesogastroduodénale en CHU (85%/73%) et plus souvent une coloscopie partielle en CHG (18,5%/12%). Ces gestes étaient souvent associés à une autre exploration. Ces différences se retrouvent dans la cohorte : endoscopie OGD isolée (66,2% CHU/ 46,4% CHG) et coloscopie partielle isolée (2,8% CHU et 19,5% CHG). L'analyse des traitements endoscopiques n'a été réalisée que sur la cohorte : au moins un geste endoscopique a été pratiqué deux fois plus souvent en CHU (20,8%/39,4%). Il n'y a pas eu de différence pour le nombre de patients transfusés, le volume des transfusions et le recours chirurgical. Dans la cohorte 4,9% des patients sont décédés en CHG et 2,8% en CHU. Conclusion : Dans cette enquête observationnelle, nous n'avons pas constaté de différence importante entre les caractéristiques des patients ayant une HD et leur modalité de prise en charge qu'ils soient vus en CHU ou en CHG. Cependant, les patients des CHG étaient un plus âgés, prenaient plus de Clopidogrel, moins d'IPP que les patients des CHU. Ils avaient moins souvent des UG pour expliquer les HDH et plus souvent une diverticulose comme cause suspectée d'HDB. La thérapeutique endoscopique était plus fréquente en CHU sans incidence sur la mortalité par HD dans la cohorte des patients sous AAP.

