



2009

## Hémorragies digestives basses aiguës Étude prospective du NGHD, en collaboration avec l'ANGH

M.I. Cremers, J. Pedrosa, L. Glória, I. Rosa, B. Arroja, C. Cardoso, R. Ramos et le NGHD

But Décrire les caractéristiques épidémiologiques actuelles des hémorragies digestives basses aiguës (HDBA) ainsi que les pratiques professionnelles, la morbidité et la mortalité hospitalière, au Portugal. Patients et Méthodes Du 14 avril 2008 au 15 avril 2009, dans 13 centres du NGHD, les patients ayant une HDBA ont été inclus dans cette étude, qui nous a été proposée par l'ANGH, après adaptation (traduction) et autorisation des Autorités de Santé et du Comité d'Étique de chaque Hôpital participant. De multiples données cliniques, biologiques et endoscopiques ont été recueillies jusqu'à la sortie, dans une base de données électronique. Résultats 364 patients ont été inclus durant cette année d'étude, 188 hommes et 176 femmes, âgés de  $72,4 \pm 14,4$  ans. Le mode de révélation de l'hémorragie était des rectorragies dans 95,7% ou un méléna isolé dans 4,3% des cas, accompagnés de malaise (pression artérielle systolique (PAS)  $< 100$  mm Hg ou perte de connaissance) dans 28,4%. L'hémorragie était communautaire dans 86,5% des cas. A la prise en charge hospitalière, la PAS était de  $119 \pm 24$  mm Hg, le fréquence cardiaque (FC) de  $83,6 \pm 16,4$  /min. L'hémoglobine était de  $11,2 \pm$  g/dl. Il existait un antécédent d'hémorragie (HD) dans 10,6% des cas. Avant l'HDBA, 54,2% des patients prenaient un médicament susceptible de favoriser une HD (AINS 15,4%, aspirine et/ou d'antiagrégants en mono ou bithérapie 37,1%, AVK 6,2% héparine ou HBPM 3,5%). La première endoscopie basse (fibrossigmoidoscopie 61,3 %, coloscopie totale 38,7%) était estimée contributive dans 78,3% des cas permettant alors la localisation du site hémorragique (84,3%), le diagnostic de la cause (97,9%) et la réalisation d'un geste d'hémostase (18,1%). Une deuxième endoscopie basse était réalisée dans 28,9% des cas. La cause de l'hémorragie était attribuée à : colite ischémique dans 81 cas, diverticules dans 72 cas, tumeurs coliques dans 46 cas, polypes dans 18 cas, escarres de polypectomie dans 14 cas, colite infectieuse dans 13 cas, angiodysplasies coliques dans 16 cas et une autre lésion dans 64 cas. Une transfusion de  $2,6 \pm 1,6$  culots a été réalisée dans 35,1% des patients. Une récurrence hémorragique est survenue chez 21 (5,7%) patients. La morbidité hors récurrence hémorragique était de 11,8 %.Vingt neuf patients ont bénéficié d'un geste chirurgical. La mortalité hospitalière était de 2,2%. Les facteurs prédictifs de décès étaient liés à la sévérité de l'hémorragie (transfusion  $p < 0,003$ , hémoglobine  $< 10$  g/dl  $p = 0,05$ ), au fait d'être hospitalisés au moment de l'hémorragie  $p = 0,023$  et au traitement par héparine  $p = 0,056$ . En comparaison des résultats de l'étude de l'ANGH, il y a quelques différences, les principales étant la méthodologie de l'étude pour recueillir les données et l'étiologie la plus fréquente de l'hémorragie. Conclusion Au cours des HDBA, une prise médicamenteuse favorisante est notée dans plus de la moitié des cas. Leur cause peut être identifiée dès la première endoscopie dans près de 78,3% des cas. Les colites ischémiques représentent l'étiologie la plus fréquente.

[Fermer la fenêtre](#)