

**Etude des caractéristiques épidémiologiques et du pronostic des hémorragies digestives hautes (HDH) chez 1041 patients âgés de plus de 75 ans: étude prospective multicentrique de l'ANGH**

S Nahon (1); O Nouel (2); P Cassan (3); R Combes (4); J Kerjean (5); S Doumet (6); P Cocq-Vezillier (7); G Tielman(8); T Paupard (9); E Janicki (10); D Bernardini (11); M Antoni (12); N Haioun (13); D Pillon (14); P Bretagnolle (15); Groupe HDH de l'Angh (1);(1) Montfermeil -; (2) Saint-Brieuc -; (3) Vichy -; (4) Moulins -; (5) Lorient -; (6) Villeneuve-Saint-Georges -; (7) Douai -; (8) Roubaix -; (9) Dunkerque -; (10) Arras -; (11) Toulon -; (12) Orange -; (13) Cavailon -; (14) Bourg-en-Bresse ;(15) Chambéry.;

**Buts :**

Etudier les caractéristiques épidémiologiques et déterminer le pronostic des HDH communautaires chez les patients de plus de 75 ans.

**Patients et Méthodes :**

Du 1er mars 2005 au 28 février 2006, 3287 patients ont été hospitalisés en urgence pour une HDH communautaire dans 53 centres de l'ANGH. Nous avons isolé le sous-groupe des patients âgés de 75 ans (G1, n = 1041). Les caractéristiques épidémiologiques de ce sous-groupe ont été comparées à celles du reste de la population (G2, n = 2246).

**Résultats :**

Il s'agissait de 542 femmes et 499 hommes. A l'entrée, le taux d'hémoglobine étaient significativement plus bas dans G1 :  $8,8 \pm 4,6$  vs  $9,4 \pm 3,1$  g/dL dans G2 ( $p < 0,05$ ) nécessitant une transfusion sanguine dans 73% des cas vs 57,5% des cas ( $p < 10^{-6}$ ). Un antécédent de cirrhose et d'hémorragie digestive était plus fréquent dans G2 respectivement 42,6% vs 8,7% ( $p < 10^{-6}$ ) et 26,7% vs 13,9% ( $10^{-6}$ ). Dans G1, on notait plus fréquemment la prise d'aspirine (29,3% vs 15,2%,  $p < 10^{-6}$ ), de corticoïdes (4,9% vs 2,4%,  $p < 0,0003$ ), d'AVK (22% vs 4,9%,  $p < 10^{-6}$ ) et d'antiagrégants plaquettaires (13,1% vs 5,7%,  $p < 10^{-6}$ ) que dans G2 mais pas pour les AINS (10, 2% vs 10,9%,  $p = 0,6$ ). Ulcères gastro-duodénaux, gastrites érosives et oesophagites représentaient 64% des causes d'HDH de G1 vs 40% de G2 ( $p < 10^{-6}$ ) alors que ruptures de varices oesophagiennes et gastropathies d'hypertension portale (HTP) représentaient 44% des causes de G2 vs 11% de G1 ( $p < 10^{-7}$ ). Le taux de récurrence n'était pas différent dans les 2 groupes (11, 4% vs 9,38). Un traitement chirurgical était plus fréquent dans G1 (4%) vs (2,48%) dans G2,  $p = 0,015$ . La durée d'hospitalisation était plus longue dans G1 (10,6 jours vs 8,5 jours,  $p < 0,05$ ). Le taux de complication et la mortalité hospitalière étaient identiques dans les deux groupes respectivement 22,6% vs 21,6% ( $p = 0,5$ ) et 8,9% vs 8,2% ( $p = 0,5$ ).

**Conclusion :**

Les HDH communautaires chez la personne âgée se caractérisent par une prépondérance de la pathologie ulcéreuse, une fréquence 4 fois plus faible des hémorragies liées à l'HTP et par la prise plus fréquente de médicaments interférant avec l'hémostase. Le pronostic est identique à celui des personnes moins âgées cela pouvant s'expliquer par la fréquence moins élevée des cirrhoses et des hémorragies liées à l'HTP.

ANGH Copyright 2007