

22 - SANGHRIA : ETUDE PROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE MULTICENTRIQUE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES EN CENTRES HOSPITALIERS GENERAUX EN 2017-2018, PREMIERS RESULTATS DESCRIPTIFS A 6 MOIS

de Quentin, de Nahon, et l'ensemble des investigateurs ANGH

INTRODUCTION

Depuis la première enquête de l'ANGH sur les hémorragies digestives hautes en 2005 (1) de nombreux changements sont intervenus avec l'arrivée des anticoagulants oraux directs, la meilleure diffusion des nouvelles techniques d'hémostase endoscopique et la publication de nouvelles recommandations internationales [2], européennes [3] et françaises [4]. Cette communication est l'occasion d'exposer la première analyse descriptive après 6 mois d'inclusion.

OBJECTIFS

Cette étude a pour but d'étudier si l'épidémiologie, les facteurs de risque, la prise en charge endoscopique et le suivi des recommandations se sont modifiés suite à ces évolutions thérapeutiques et de la littérature.

METHODES

L'étude SANGHRIA (Saignements digestifs hauts ANGH Registre d'Incidence Actualisé) est une étude prospective observationnelle multicentrique dont l'ANGH est le promoteur. Les items étudiés étaient les données du centre investigateur, les données clinico-biologiques du patient, les résultats de l'endoscopie, le suivi évolutif immédiat et à 6 semaines. Les critères d'inclusion concernaient tous les patients présentant une hématomèse, un méléna ou une anémie aiguë avec présence de sang dans l'estomac (gastroscopie, sonde naso-gastrique) survenant en dehors ou au cours d'une hospitalisation. Le recueil des données s'est effectué dans chaque centre par chaque investigateur via un e-CRF.

RESULTATS

Quarante-trois centres hospitaliers généraux ont participé à cette étude et inclus 1500 patients sur les six premiers mois. Les 900 premiers dossiers complets ont été analysés, de façon exclusivement descriptive, pour cette communication.

La répartition était de 607 hommes et 293 femmes (67%-33%), âgés de 67,8 ans (21-98 ans). Une cirrhose était présente chez 22% des patients (82% de cause alcoolique). Une prise d'aspirine était relevée chez 28% des patients, d'anti-agrégant chez 12% et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez 7%. Vingt pour cent des patients prenaient un anticoagulant oral, dont 56% des anti-vitamine K et 41% des anti-coagulants directs.

Il s'agissait d'hémorragies non hospitalières dans 76% des cas. L'heure d'arrivée des patients au centre hospitalier était en heures ouvrables dans 63% des cas, 10% des patients étaient en état de choc. L'endoscopie était réalisée chez 98,2% des patients, dans les 24 heures dans 86% des cas (en heures ouvrables dans 88% des cas) et sans anesthésie générale dans 70% des cas. Il existait une aide endoscopiste dans 90% des procédures.

L'endoscopie était décrite comme anormale dans 90% des cas, diagnostiquant la cause la plus probable de l'hémorragie en lien avec une maladie ulcéreuse (329/795), une hypertension portale (143/795), une oesophagite peptique (83/795), une néoplasie (37/795), un syndrome de Mallory-Weiss (36/795) et une anomalie vasculaire (26/795). Parmi les causes ulcéreuses, la localisation prépondérante était duodénale (162/329), dans l'hypertension portale il s'agissait de l'œsophage (108/143) et pour les causes tumorales la localisation gastrique (26/37).

L'endoscopie donnait lieu à un geste d'hémostase dans 32 % des cas, il s'agissait majoritairement dans ces cas de ligatures (37%), de l'injection de sérum adrénaliné (35%) et de pose de clips (35%). On obtenait un arrêt du saignement en fin de geste dans 64% des cas.

Une récurrence survenait dans 10% des cas dans un délai moyen de 5,5 jours (0-40). La médiane de la durée d'hospitalisation post-endoscopie était de 7 jours (écart type 10,3). Le nombre moyen total de culots globulaire transfusés était de 2,13 (0-17). Un recours à la chirurgie avait lieu dans 3% des cas, à la radiologie interventionnelle dans 2%.

Soixante-neuf de ces 900 premiers patients sont décédés pendant l'hospitalisation (7,7%) dont 12 (17%) directement en rapport avec l'hémorragie. A 6 semaines, 111 des 883 patients évaluables (13%) étaient décédés.

CONCLUSION

Par rapport au travail de 2005, cette première analyse descriptive de l'étude SANGHRIA permet d'observer quelques tendances qu'il faudra cependant pondérer avec l'analyse de sous-groupes des populations hospitalisées vs non hospitalisées : délai de prise en charge endoscopique plus court, taux de traitement endoscopique plus élevé, relative stabilité des taux de récurrence hémorragique, de recours à la chirurgie et de mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nahon S et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy* 2012; 44: 998-1006
2. Barkun AN et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-113
3. Gralnek IM et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2015; 47:933-953.
4. Fiches SFED, *Acta endoscopica* 2012

CENTRES INCLUEURS (ordre alphabétique)

Angoulême, Annecy, Arles, Aubagne, Avignon, Béthune, Béziers, Cayenne, Cholet, Corbeil – Sud Francilien, Creil, Créteil, Diaconesse Croix Saint Simon, Dreux, Dunkerque, Etampes – Sud Essonne, Gap, Gonesse, Haguenau, La Roche sur Yon, Lens, Lorient, Mâcon, Marne La Vallée, Meaux, Melun, Montélimar, Montfermeil, Montsouris, Nevers, Niort, Orléans, Pau, Perpignan, Poissy St Germain, Pontivy, Quimper, Saint Brieuc, Saint Camille, Saint Denis, Saint Malo, Tourcoing, Valenciennes, Vannes, Voiron.