

Faut-il poser une sonde gastrique lors de la prise en charge des hémorragies digestives hautes aiguës ?

E. DEBUC

Service des Urgences de l'hôpital Jean Verdier, avenue du 14 juillet, 93140 Bondy.

L'hémorragie digestive haute est une des principales urgences digestives. Soixante pour cent des hémorragies sont prises en charge par les services d'urgences et sont hospitalisées [1]. La pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives faisait partie des gestes classiques et omettre de le préciser lors d'une question d'examen entraînait la perte de nombreux points. La réalité des pratiques actuelles est bien différente. En effet une étude réalisée en 2000 dans 39 services d'urgences français, montre qu'une sonde gastrique est posée dans 40 % des cas [2].

LA POSE D'UNE SONDE GASTRIQUE EST-ELLE UTILE ?

L'utilité de la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives aiguës hautes implique de s'interroger sur l'intérêt potentiel de cette pratique. Le premier des intérêts est lié à sa capacité d'affirmer l'hémorragie. En effet, seulement 80 % des hémorragies digestives hautes sont extériorisées [3]. L'urgentiste peut être amené à voir des patients avec une hémorragie digestive dont le motif de recours est un malaise ou un état de choc sans que le malade ou son entourage ne signale d'hématémèse ou de méléna. Dans ces conditions, la pose de la sonde gastrique est, avec le toucher rectal, une pratique très rentable sur le plan diagnostique puisqu'elle permet de déterminer l'existence d'un saignement digestif haut avec une sensibilité de 79 % et une spécificité de 59 % [4].

Lorsque l'hémorragie digestive est extériorisée, c'est-à-dire que le problème du diagnostic positif ne se pose pas, la sonde gastrique présente alors deux autres intérêts potentiels.

- Elle permet d'évaluer l'activité de l'hémorragie en effectuant des lavages gastriques répétés. Ainsi, la présence de sang rouge à l'aspiration gastrique permet d'affirmer la persistance du saignement, tandis que l'éclaircissement des lavages gastriques signifie le tarissement de celui-ci. La pratique de ces lavages est très répandue, mais il n'existe pas dans la littérature de référence quant à leur modalité pratique. Le lavage gastrique à l'eau à température ambiante est habituellement effectué et répété jusqu'à l'obtention si possible d'un liquide gastrique clair. Le bénéfice de l'utilisation d'eau glacée n'a jamais été démontré et relève de pratiques empiriques non fondées sur les preuves. Certaines équipes pratiquent ce lavage en continu, alors que d'autres effectuent le lavage de façon discontinue utilisant un volume d'eau variable de 250 mL à 1 litre. L'intérêt clinique de suivre l'activité des hémorragies digestives aiguës concerne les hémorragies les plus sévères qui n'ont pas été stabilisées sur le plan hémodynamique lors de la phase initiale de prise en charge.

- Elle participe à la préparation de la cavité gastrique avant l'endoscopie. L'endoscopie digestive haute joue un rôle essentiel pour déterminer l'origine de l'hémorragie digestive haute. Les recommandations indiquent qu'elle doit être réalisée dans les 12 premières heures suivant l'arrivée à l'hôpital [5]. Sa réalisation précoce permet de diminuer le nombre d'hémorragie de cause indéterminée [6]. Elle permet d'identifier une lésion responsable dans plus de 90 % des cas [7]. Enfin, les techniques d'hémostase endoscopique ont diminué sensiblement le recours à la chirurgie et le besoin transfusionnel [8]. Qu'il s'agisse de la performance diagnostique de l'endoscopie ou de celle du traitement hémostatique des ulcères ou des varices, celles-ci dépendent de la qualité de la vision per-endoscopique de la

paroi gastro-duodénale. Quatre-vingt à quatre-vingt dix pour cent des hémorragies digestives hautes s'arrêtent spontanément lors de l'admission à l'hôpital [9] mais la présence de sang dans l'estomac ou le duodénum expose les malades à un risque d'inhalation [10] et une mauvaise visualisation de la cavité gastrique lors de l'endoscopie semble être un facteur de mauvais pronostic des hémorragies digestives hautes [11]. Les lavages gastriques peuvent être effectués et répétés jusqu'à l'obtention, si possible, d'un liquide gastrique clair pour faciliter l'endoscopie. Ainsi les lavages gastriques préparent l'endoscopie en nettoyant efficacement la cavité gastrique (peu de sang et pas de caillot) dans environ 50 % des cas [12].

LA POSE D'UNE SONDE GASTRIQUE A-T-ELLE DES INCONVÉNIENTS ?

Malgré ces avantages potentiels, l'intérêt de la pose d'une sonde naso-gastrique reste un sujet très controversé et certaines équipes la jugent inutile avant de réaliser l'endoscopie diagnostique. Ainsi dans une étude nationale de pratiques hospitalières des hémorragies digestives, 40 % des équipes de gastroentérologie ne posent pas de sonde gastrique [13]. De plus, la pose d'une sonde naso-gastrique comporte des risques de perforation œsophagienne, en fait exceptionnelle, ou d'inhalation pouvant se compliquer de pneumopathie [14]. Elle est d'autre part considérée comme l'une des procédures les plus désagréables en thérapeutique d'urgence [15]. Enfin elle est consommatrice de temps médical et paramédical dans le contexte difficile de l'urgence. Cependant et contrairement à une idée souvent répandue, aucune étude n'a montré que la présence de varices œsophagiennes contre-indiquait la pose d'une sonde œso-gastrique.

EXISTE-T-IL DES ALTERNATIVES À LA POSE DE LA SONDE GASTRIQUE ?

Il n'y a pas de recommandations officielles sur la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives. Seule, la conférence de consensus sur la prise en charge des hémorragies digestives liées à l'hypertension portale de 1989 recommande (avis d'expert) de laver l'estomac par sonde gastrique lorsque le calibre d'aspiration de l'endoscope n'est pas important [16]. Cet avis n'a pas été repris dans la conférence de 2003 sur les complications de l'hypertension portale dans la question n° 1 : « comment traiter une hémorragie aiguë par rupture de varices œsophagiennes ? ». Les recommandations du jury indiquent que : « La mise en place d'une sonde naso-gastrique n'est pas dangereuse mais le lavage gastrique n'a pas fait la preuve de son efficacité » [17]. En 2002, deux études randomisées ont montré l'intérêt de l'érythro-

mycine IV pour raccourcir et améliorer l'efficacité de l'examen endoscopique dans ces circonstances [18, 19]. L'érythromycine est un macrolide, agoniste des récepteurs de la motiline qui accélère la vidange gastrique en induisant des contractions antrales [20]. La dose permettant d'avoir le meilleur effet sur la vidange gastrique par l'érythromycine est de 3 mg/kg par voie intraveineuse. Cette dose a été établie chez des sujets sains, aussi bien que chez des sujets diabétiques ayant une gastroparésie ou des patients de réanimation [21]. L'utilisation de l'érythromycine nécessite d'avoir préalablement exclu un allongement du QT à l'ECG. Une première étude a montré que l'injection intraveineuse d'érythromycine en bolus à la dose de 250 mg avant l'endoscopie raccourcissait la durée et améliorerait la visibilité de l'endoscopie en cas d'hémorragies digestives hautes y compris dans le sous groupe des patients atteints de cirrhose. Dans cette étude [18], l'érythromycine était comparée à un placebo. Quatre-vingt pour cent des malades avaient un estomac « propre » dans le groupe traité contre 33 % dans le groupe placebo. Aucun malade n'avait de sonde nasogastrique ou de lavage gastrique avant l'endoscopie. Dans une autre étude [19], les auteurs ont montré que l'administration intraveineuse de 3 mg/kg d'érythromycine 30 minutes avant l'endoscopie améliorait la qualité de l'endoscopie et tendait à diminuer la nécessité d'une seconde endoscopie ($p < 0,09$). Une dose unique d'érythromycine semble sans conséquence sur la survenue de résistance bactérienne du fait d'une demi-vie courte (3 à 5 heures) et de son administration en une seule dose [22]. Si elle ne se prononce pas sur l'intérêt de la sonde gastrique, la conférence de consensus sur la prise en charge des complications de la cirrhose recommande l'utilisation de l'érythromycine IV pour la préparation gastrique avant l'endoscopie dans les hémorragies digestives hautes [17]. Très récemment, une étude portant chez les malades les plus graves, hospitalisés en réanimation a montré l'intérêt d'associer l'érythromycine aux lavages gastriques [23].

La pose d'une sonde gastrique associée à des lavages gastriques n'est plus une pratique systématique. Il semble utile de l'effectuer lorsque le diagnostic d'hémorragie digestive haute est douteux, lorsque l'hémorragie est active et que l'on souhaite renforcer la surveillance. En ce qui concerne la préparation de l'estomac, l'érythromycine apparaît l'élément clef de la préparation. L'analyse de la littérature ne permet pas d'affirmer que les lavages gastriques n'ont plus d'indication. Quoiqu'il en soit, la réalité des pratiques semble bousculer le poids de l'empirisme.

RÉFÉRENCES

- [1] BOURIENNE A, PAGENAULT M, HERESBACH D, *et al.* Etude prospective multicentrique des facteurs pronostiques des hémorragies ulcéreuses gastroduodénales. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 193-200.

- [2] CHASSAIGNON C, LETOUMELIN P, PATERON D and the group HD 2000. Upper gastrointestinal haemorrhage in Emergency Departments in France: causes and management. *Eur J Emerg Med*, 2003 ; 10 : 290-5.
- [3] HOCHAIN P. Epidémiologie des hémorragies digestives aiguës. In *Prise en charge des hémorragies digestives*, Ed masson, Paris, 2002.
- [4] CUELLAR RE, GAVALER JS, ALEXANDER JA., et al. Gastrointestinal tract hemorrhage. *Arch Intern Med* 1990 ; 150 : 1381-4.
- [5] DE FRANCHIS R. Evolving consensus in portal hypertension: report of Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005 ; 43 : 167-76.
- [6] COOPER GS, CHAK A, WAY LE, et al. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage : association with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. *Gastrointest Endosc* 1999 ; 49 : 145-52.
- [7] LAU JY, SUNG JJ, LEE KK, et al. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med*. 2000 ; 343 : 310-6.
- [8] LESUR G, ARTRU P, MITRY E. Hémorragies digestives ulcéreuses : histoire naturelle et place de l'hémostase endoscopique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 656-66.
- [9] HOCHAIN P, COLIN R. Epidémiologie et étiologie des hémorragies digestives aiguës en France. *Rev Prat* 1995 ; 45 ; 2277-82.
- [10] SPIEGEL BMR, VAKIL NB, OFNMAN JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage : is sooner better? *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 1393-404.
- [11] STOLLMAN NH, PUTCHA RV, NEUSTATER BR, et al. The uncleared fundal pool in acute upper gastrointestinal bleeding : implications and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1997 ; 46 : 324-7.
- [12] HENNEMAN PL. Gastrointestinal bleeding In Rosen's emergency medicine, concepts and clinical practice, fifth edition, St Louis, Missouri, 2002, 194-200.
- [13] LESUR G, BOUR B, AEGERTER P, ANGH. Management of bleeding peptic ulcer in France: a national inquiry. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005 ; 29 : 140-4.
- [14] COOK DJ, GUYATT GH, SALENA BJ, LAINE LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper GI haemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992 ; 102 : 139-48.
- [15] WOLFE TR, FOSNOCHT DE, LINSKOTT MS. Atomized lidocaine as topical anesthesia for nasogastric tube placement: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med* 2000 ; 35 : 421-5.
- [16] SNFG, AFEF, SFCD. Les traitements d'urgence des hémorragies digestives hautes de l'hypertension portale de la cirrhose. Réunion de consensus, rapport final de la conférence, Paris, novembre 1989. *Gastroenterol Clin Biol*, 1990 ; 14 : 63B-67B.
- [17] Conférence de consensus : complications de l'hypertension portale chez l'adulte. Comment traiter une hémorragie aiguë par rupture de varices oesophagiennes? Paris, *Gastroenterol Clin Biol*, 2004 ; 28 : 135-52.
- [18] COFFIN B, POCARD M, PANIS Y, et al. Erythromycin improves the quality of EGD in patients with acute upper GI bleeding: a randomised controlled study. *Gastrointest Endosc* 2002 ; 56 : 174-9.
- [19] FROSSARD JL, SPAHR L, QUENEAU PE et al. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. *Gastroenterology*, 2002 ; 123 : 17-23.
- [20] WEBER F, RICHARDS R, MC CALLUM R. Erythromycin: a motilin agonist and gastrointestinal prokinetic agent. *Am J Gastroenterol* 1993 ; 88 : 485-90.
- [21] JONES K, KONG M, BERRY M, et al. The effect of erythromycin on gastric emptying is modified by physiological changes in the blood glucose concentration. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 2074-9.
- [22] HAEFELI WE, SCHOENENBERGER RA, WEISS P, RITZ R. Possible risk for cardiac arrhythmia related to intravenous erythromycin. *Intensive Care Med*. 1992 ; 18 : 469-73.
- [23] 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. *Am J Gastroenterol*. 2006 ; 101 : 1211-5.
-