

LA QUESTION EN DIX POINTS

FAUT-IL POSER UNE SONDE GASTRIQUE DANS LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES ?

Dominique Pateron, Commission scientifique de la SFMU

- Les avantages potentiels de la pose d'une sonde gastrique dès le début de la prise en charge d'une hémorragie digestive haute y compris en cas d'hypertension portale sont les suivants :
 - Elle permet de déterminer l'existence d'un saignement digestif haut avec une sensibilité de 79% et une spécificité de 59% (1).
 - Elle permet, par les lavages répétés, de suivre l'activité de l'hémorragie (2).
 - Enfin les lavages préparent l'endoscopie en nettoyant la cavité gastrique avec une efficacité de l'ordre de 60% des cas (3).
- La performance diagnostique de l'endoscopie et celle du traitement endoscopique hémostatique dépend de la qualité de la vision per-endoscopique de la paroi oeso-gastro-duodénale. Quatre-vingt à quatre-vingt dix pour cents des hémorragies digestives hautes s'arrêtent spontanément lors de l'admission à l'hôpital mais la présence de sang dans l'estomac ou le duodénum diminue cette vision, expose les malades à un risque d'inhalation et une mauvaise visualisation de la cavité gastrique lors de l'endoscopie semble être un facteur de mauvais pronostic des hémorragies digestives hautes (4).
- A l'inverse la pose d'une sonde naso-gastrique comporte des risques de perforation, en fait exceptionnelle, ou d'inhalation pouvant se compliquer de pneumopathie (5, 6). Elle est d'autre part considérée comme l'une des procédures les plus désagréables en thérapeutique d'urgence (7). Enfin elle est consommatrice de temps médical et paramédical dans le contexte difficile de l'urgence.
- Le rapport entre les avantages et les inconvénients de la préparation à l'endoscopie par des lavages gastriques répétés n'a pas été évalué, et l'intérêt de la pose d'une sonde gastrique dans cette situation sujet reste très controversé. Ainsi dans une étude nationale de pratiques hospitalières des hémorragies digestives, 40% des équipes ne posent pas de sonde gastrique (8).

- Aucune étude n'a montré que la pose d'une sonde gastrique entraînait un risque spécifique de lésion d'une varice œsophagienne ou liée à l'hypertension portale.
- En pratique, un lavage gastrique à l'eau à température ambiante est le plus souvent effectué et répété jusqu'à l'obtention, si possible, d'un liquide gastrique clair pour faciliter l'endoscopie (9).
- Dans une étude sur l'hémorragie digestive haute, réalisée dans 39 services d'urgences, une sonde gastrique était mise en place dans 49 % des cas (8).
- Il n'y a pas de recommandations officielles sur la pose d'une sonde gastrique dans la prise en charge des hémorragies digestives en dehors de la conférence de consensus sur la prise en charge des hémorragies digestives liées à l'hypertension portale de 1989 qui recommande (avis d'expert) de laver l'estomac par sonde gastrique lorsque le calibre d'aspiration de l'endoscope n'est pas important (10).
- Deux études randomisées ont montré l'intérêt de l'érythromycine IV pour raccourcir la durée et améliorer l'efficacité de l'examen endoscopique dans le cadre des hémorragies digestives (3, 11). L'érythromycine est un macrolide, agoniste des récepteurs de la motiline qui accélère la vidange gastrique en induit des contractions antrales (12, 13).
- Une étude suisse a montré que l'injection intraveineuse d'érythromycine en bolus à la dose de 250 mg avant l'endoscopie raccourcissait la durée et améliorait la visibilité de l'endoscopie en cas d'hémorragies digestives hautes y compris dans le sous groupe des patients atteints de cirrhose par rapport à un placebo. Quarante 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 française, 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. Ces résultats étaient indépendants de la pose d'une sonde gastrique. Aucune étude n'a montré l'intérêt d'associer les lavages gastriques et l'injection d'érythromycine.

En conclusion, les deux situations où l'intérêt de la pose d'une sonde gastrique demeure indiscutable dans la prise en charge des hémorragies digestives aux urgences sont d'une part le doute diagnostique et d'autre part la surveillance de l'activité pour les hémorragies les plus sévères.

REFERENCES

1. Cuellar RE, Gavaler JS, Alexander JA et al. Gastrointestinal tract hemorrhage. Arch Intern Med 1990 ; 150 : 1381-4.
2. Bryant LR, Mobin-Uddin K, Dillon ML, Griffen WO. Comparaison of ice water with iced saline solution for gastric lavage in gastroduodenal hemorrhage. Am J Surg 1972; 124 : 570-572.
3. 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.
4. De Ledinghen V, Beau P, Mannant PR, Borderie C, Ripault MP, Silvain C, et al. Early feeding or enteral nutrition in patients with cirrhosis after bleeding from esophageal varices ? A randomized controlled study. Dig Dis Sci, 1997 ; 42 : 536-541.
5. Spiegel BMR, Vakil NB, Ofnman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage : is sooner better ? Arch Intern Med 2001 ; 161 : 1393-1404.
6. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper GI haemorrhage: a meta-analysis. Gastroenterology 1992: 102; 139-148.
7. Atomized lidocaine as topical anesthesia for nasogastric tube placement : a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Emerg Med 2000 ; 35 : 421-5.

8. 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.
9. Henneman PL. Gastrointestinal bleeding In Rosen's emergency medicine, concepts and clinical practice, fifth edition, St Louis, Missouri, 2002, 194-200.
10. 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 ClinBiol*, 1990; 14: 63B-67B.
11. 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.
12. Weber F, Richards R, Mc Callum R. Erythromycin : a motilin agonist and gastrointestinal prokinetic agent. *Am J Gastroenterol* 1993 ; 88 : 485-90.
13. 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.