

Un Doppler pour les ulcères ?

Doppler for ulcers

Xavier Treton

Hôpital Beaujon, Service de gastroentérologie, MICI et assistance nutritive, 92110 Clichy cedex, France

e-mail : <xavier.treton@aphp.fr>

Référence

Jensen DM, Kovacs TOG, Ohning GV, et al. Doppler endoscopic probe monitoring of blood flow improves risk stratification and outcomes of patients with severe nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 2017 ; 152 (6) : 1310-8

Introduction

En cas d'hémorragie digestive haute d'origine ulcéreuse, le risque de récurrence hémorragique précoce est associé à la persistance d'un flux artériel significatif dans le fond de l'ulcère. La classification de Forrest qui est utilisée quotidiennement pour estimer le risque de re-saignement après hémostase endoscopique repose en partie sur l'estimation grossière de l'importance du flux artériel ulcéreux lors du geste. Cependant, ce flux artériel n'est pas mesurable par les techniques endoscopiques actuelles. Les auteurs de cette étude avaient préalablement publié l'utilisation d'une nouvelle sonde Doppler, insérée par le canal opérateur de l'endoscope, permettant de visualiser les vaisseaux sanguins des planchers ulcéreux et d'en mesurer les flux. Cette technique semblait simple à maîtriser et à mettre en œuvre, même dans des situations d'urgence. Ceci a permis aux auteurs de conduire cet essai randomisé visant à démontrer la supériorité d'une stratégie intégrant cette technique dans le traitement des hémorragies ulcéreuses.

Patients et méthodes

Cet essai contrôlé randomisé a été conçu pour comparer les résultats d'un traitement d'hémostase endoscopique des hémorragies digestives hautes sévères ulcéreuses basées sur la vision classique avec un traitement

assisté par sonde doppler permettant l'estimation du flux sanguin. L'allocation du traitement après la randomisation était de 1 pour 1 dans chacun des deux bras. Huit endoscopistes ont participé à l'étude dans deux centres. Leur niveau de compétence à prendre en charge les hémorragies digestives, ainsi que leur formation à l'utilisation de la sonde Doppler était identique. Les patients inclus avaient un saignement gastro-intestinal sévère (hématémèse, méléna ou rectorragie) ; des signes d'hypovolémie (hypotension, tachycardie, syncope) ; une diminution du taux d'hémoglobine par rapport à la valeur initiale d'au moins 2 g/dL ou plus et avaient reçu une transfusion d'au moins une unité de globules rouges.

Les lésions endoscopiques admises à l'inclusion étaient les ulcères peptiques d'au moins 5 mm avec signes de saignement récent (lésions bénignes) et les lésions sévères : ulcères avec saignement pulsatile, vaisseau visible, ou caillot adhérent, saignement suintant sans caillot ou vaisseau visible, une lésion de Dieulafoy avec saignement actif, et une lésion de Mallory-Weiss avec saignement artériel pulsatile.

Les critères d'exclusion étaient les coagulopathies sévères, les patients non compliants, les patients instables nécessitant des amines vaso-actives, et les lésions ayant une apparence maligne. Pour les patients randomisés dans le bras de traitement classique (guidé visuellement), le traitement endoscopique était laissé au choix de l'endoscopiste (hémoclip,

Pour citer cet article : Treton X. Un Doppler pour les ulcères ? *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 211-214. doi : 10.1684/hpg.2018.1582

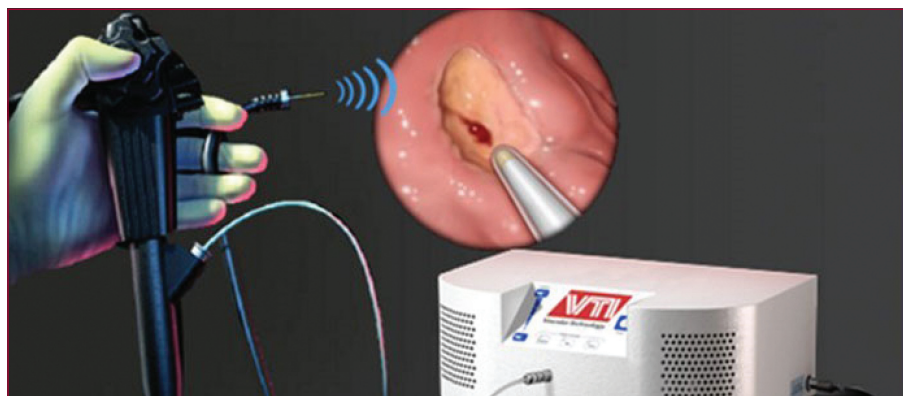


Figure 1. Sonde Doppler à usage unique utilisable dans le canal opérateur de l'endoscope (iconographie du fabricant : VascularTechnology, Inc, Nashua, NH).

électrocoagulation multipolaire, avec ou sans pré-injection d'épinéphrine).

En cas de caillot adhérent, les caillots ont d'abord été injectés avec de l'épinéphrine, puis mobilisés à l'anse. Pour les patients randomisés dans le bras de traitement guidé par Doppler, la sonde a été utilisée pour détecter le flux sanguin artériel avant injection d'épinéphrine ou hémostase endoscopique guidée visuellement, et, après ce traitement, la persistance d'un flux était recherché dans la lésion et traité si nécessaire. La sonde Doppler est un dispositif à usage unique approuvé par la Food and Drug Administration (VascularTechnology, Inc, Nashua, NH) (figure 1).

Les patients, leurs familles, ainsi que les médecins non endoscopistes en charge de leur suivi quotidien étaient « aveugles » de la procédure endoscopique utilisée.

Le traitement médical après endoscopie était le suivant : les patients avec ulcères ou lésions de Dieulafoy ont été traités par perfusion d'inhibiteur de la pompe (IPP (bolus de 80 mg et seringue électrique de 8 mg/h) pendant 72 heures, suivi d'un IPP oral deux fois par jour pendant 30 heures. Les patients avec syndrome de Mallory Weiss ont été traités avec des anti-émétiques et un IPP deux fois par jour pendant 7 jours.

L'infection à *Helicobacter pylori* était traitée en cas de positivité de la sérologie, ou de l'antigène fécal ou des biopsies gastriques. Chez les patients nécessitant une prophylaxie secondaire des maladies cardiovasculaires, l'aspirine, les anticoagulants, ont été repris dans les 4-5 jours suivant la randomisation.

Le critère de jugement principal était la récurrence hémorragique dans les 30 jours suivant le traitement. Les critères secondaires étaient les taux de décès, de complications, de transfusions, d'embolisations radiologiques et de chirurgies. Les auteurs ont estimé que le taux de récurrence à 30 jours dans le bras de traitement classique serait supérieur de 20 % au groupe traité avec l'aide du Doppler afin d'estimer l'effectif de l'étude (n = 150).

Résultats

968 patients avec une hémorragie digestive haute sévère ont été évalués, et 445 patients ont été exclus avant l'endoscopie. 375 patients avaient les critères d'inclusion clinique, mais ont été exclus en raison de critères endoscopiques insuffisants. Finalement, 148 patients ont été randomisés. 84,5 % des patients avaient des ulcères peptiques (63 ulcères duodénaux, 44 ulcères gastriques, 7 ulcères de l'œsophage et 11 ulcères anastomotiques), 12,8 % avaient des lésions de Dieulafoy et 2,7 % avaient des saignements sur Mallory Weiss. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le groupe Doppler (n = 72) et le groupe standard (contrôle, n = 76). La seule différence était une proportion plus élevée de patients traités par aspirine dans le groupe d'intervention (Doppler) (54,2 % vs. 36,8 % ; P = 0,034).

Le taux global de récurrence à 30 jours était significativement plus faible le groupe Doppler que pour le groupe standard (20 sur 76 [26,3 %] contre 8 sur 72 [11,1 %] ; p = 0,0214). La figure 2 illustre les proportions de patients de chaque groupe sans récurrence hémorragique en fonction du temps après le traitement endoscopique.

“ L'utilisation du Doppler pour guider le traitement endoscopique des lésions hémorragiques ulcéreuses du tractus digestif supérieur permet de diminuer de 15 % les récurrences hémorragiques à 30 jours ”

Les taux de récurrence selon chaque lésion endoscopique traitée lors de l'endoscopie initiale sont rapportés dans le tableau 1.

L'utilisation du Doppler permettait d'éviter la récurrence hémorragique à J30 avec un odds ratio à 0,35 (intervalle de confiance à 95 % : 0,143-0,8565), avec un nombre de

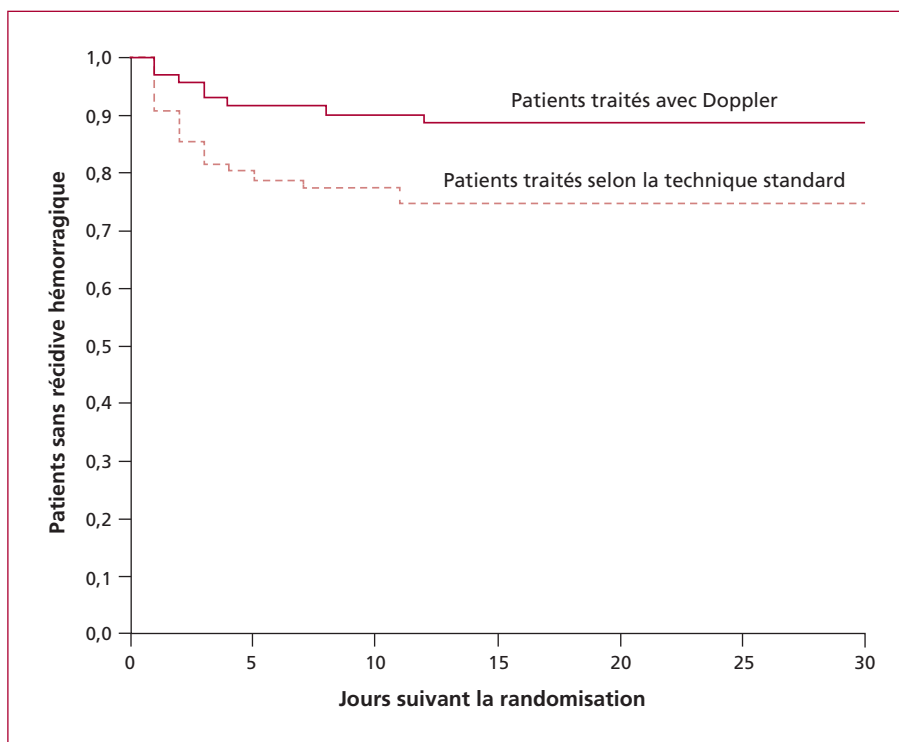


Figure 2. Proportion de patients sans récurrence hémorragique pendant les 30 jours suivant la randomisation. Test de log-rank : $p = 0,0174$.

patients à traiter pour éviter un évènement de 7. Dans le bras de traitement avec l'aide du Doppler, 89 % des patients qui avaient un flux vasculaire détectable en fin de geste, et qui n'ont pas reçu de procédure supplémentaire, ont récidivé leur saignement dans les 30 jours. À l'inverse, aucun des 8 patients chez qui un flux détectable avait été traité par un geste complémentaire n'avait récidivé. Les critères de jugements secondaires n'étaient pas significatifs dans les deux bras de traitement.

“ Dans un quart des cas, le Doppler détecte un flux vasculaire persistant en fin de geste endoscopique invitant à le compléter ”

Commentaires

Cette nouvelle technique représente probablement une avancée importante dans la prise en charge des hémorragies digestives hautes ulcéreuses sévères. Sa diffusion pourrait

Tableau 1. Taux de récurrence hémorragique en fonction du groupe de traitement en fonction des lésions constatées lors de l'endoscopie initiale.

| Signes endoscopiques | Standard | Doppler | p | Différence standard/ Doppler (%) | 95 %IC |
|---------------------------|----------------|---------------|--------|-------------------------------------|---------------|
| Saignement artériel actif | 5/10 (50,0 %) | 4/14 (28,6 %) | 0,403 | 21,4 | - 17,6 à 60,4 |
| Vaisseau visible | 7/27 (25,9 %) | 4/26 (15,4 %) | 0,501 | 10,5 | - 11,0 à 32,1 |
| Caillot adhérent | 4/16 (25 %) | 0/12 (0 %) | 0,113 | 25 | - 1,1 à 49,9 |
| Taches pigmentées | 3/16 (18,8 %) | 0/16 (0 %) | 0,226 | 18,8 | 0,4 à 37,9 |
| Saignement en nappe | 1/7 (14,3 %) | 0/4 (0 %) | 0,428 | 14,3 | - 11,6 à 40,2 |
| Total | 20/76 (26,3 %) | 8/72 (11,1 %) | 0,0214 | 15,2 | 2,9 à 27,5 |

conduire à modifier la classification de Forrest actuellement en vigueur, en intégrant une caractérisation par Doppler du flux sanguin résiduel, qui semble être un élément pronostic majeur du risque de resaignement à court et moyen terme. Cependant, cette étude bicentrique nécessitera d'être répliquée dans de plus larges essais, et par d'autres équipes. L'utilisation de la sonde semble simple d'après les auteurs de ce travail, mais la facilité d'apprentissage de cette technique devra être précisée pour savoir si elle est réellement diffusable au plus grand nombre. Les auteurs ne spécifient pas la durée moyenne des procédures avec ou sans l'usage de la sonde Doppler.

Un possible biais de ce travail est que si cette procédure allonge significativement la durée du geste endoscopique, celui-ci pourrait être mieux réalisé, avec une attention renforcée. Une autre limite est l'absence de différence significative entre les deux traitements sur les critères de jugement secondaires (transfusion, durée d'hospitalisation, etc.). Ceci fait s'interroger sur l'efficacité de ce dispositif en termes de coût-efficacité, qui restera à analyser de près.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. ■

NOUVEAUTÉ 2017

HEPATO-GASTRO & ONCOLOGIE DIGESTIVE

Un e-Numéro axé sur votre pratique

- Classifications pronostiques des GIST localisées après résection : laquelle utiliser ?
- Cancer du sujet âgé : quels outils en pratique pour guider le traitement ?
- Scores histologiques et biologiques dans la NASH
- Méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose
- Définition, concepts, scores et classification du syndrome d'Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) : une revue pratique
- Scores d'activité dans la rectocolite hémorragique
- Scores d'activité dans la maladie de Crohn
- Scores et classifications des lésions néoplasiques colorectales : caractérisation et prédiction du risque d'invasion profonde
- Scores utilisés pour la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable
- Scores et classifications utiles au chirurgien digestif dans la pratique quotidienne (hors cancer et MICI)
- Scores en endoscopies digestives, hors MICI
- Thérapies ciblées dans les tumeurs neuroendocrines : comment les utiliser en pratique ?

Un outil pratique pour guider le diagnostic et le traitement disponible dès le 15 novembre 2017 sur www.hepatogastro.fr

Revue officielle de FMC

Société Nationale Française de Gastroentérologie **SNFGE** **AFEF** **FECO**

www.jle.com | **John Libbey EUROTEXT**