

CO.05 Syndrome de Mallory-Weiss avec saignement actif : l'hémostase endoscopique par ligature est associée à une diminution significative de la récurrence hémorragique comparée à l'hémostase par hémoclips plus adrénaline

S Leclaire (1), S Ramirez (1), M Antonietti (1), V Blondin (1), E Ben-Soussan (1), I Iwanicki-Caron (1), S Hervé (1), E Lerebours (1), P Ducrotté (1)
(1) Rouen.

Introduction : Le syndrome de Mallory-Weiss (SMW) est une cause fréquente d'hémorragie digestive haute, habituellement bénigne et de résolution spontanée. Le SMW peut aussi se présenter sous la forme d'une hémorragie sévère avec déglobulisation et saignement actif à l'endoscopie, nécessitant une hémostase endoscopique. Les modalités de l'hémostase endoscopique dans le SMW avec saignement actif ne sont pas codifiées, pouvant associer injection d'adrénaline, ligature élastique, coagulation thermique, mise en place d'hémoclips, ou un traitement combiné. Le but de l'étude était d'évaluer rétrospectivement l'efficacité du traitement du SMW avec saignement actif par ligature élastique comparé à un traitement combiné par adrénaline et hémoclips.

Patients et Méthodes : De janvier 2001 à mars 2008, 215 malades présentant un SMW à l'endoscopie ont été hospitalisés dans une unité de soins intensifs dédiée à la prise en charge des Hémorragies Digestives. Chez 53 patients (25 %), une hémostase endoscopique était requise du fait d'un saignement actif ou d'un vaisseau visible au sein de l'ulcération cardiaque. Le traitement endoscopique consistait en une ligature élastique de l'ulcération cardiaque chez 27 malades (groupe 1). Chez les 26 autres malades, un traitement combiné associant adrénaline et hémoclips était réalisé (groupe 2). Les caractéristiques cliniques, biologiques et endoscopiques des malades, l'efficacité initiale du traitement, la récurrence hémorragique précoce (survenant dans les 48 heures suivant l'hémostase endoscopique), le nombre de culots sanguins globulaires (CSG) transfusés et la prise d'anticoagulants (AC) ou d'antiagrégants (AA) étaient comparés entre les deux groupes.

Résultats : Les caractéristiques cliniques, biologiques et endoscopiques des malades n'étaient pas différentes entre les deux groupes. L'âge moyen était de 60 ans dans le groupe 1 vs 63 ans dans le groupe 2. Le taux moyen d'hémoglobine était de 8,3 g/dL vs 9,2 g/dL (ns). Quatorze patients du groupe 1 présentaient un saignement actif en jet ou en nappe à l'endoscopie vs 13 dans le groupe 2 (52 % vs 50 %, ns). L'hémostase initiale endoscopique était obtenue chez 100 % des malades dans les deux groupes avec un nombre moyen d'élastiques de 1,1 dans le groupe 1, vs l'injection d'un volume moyen de 14 mL d'adrénaline associé à la mise en place d'un nombre moyen de 2,3 hémoclips. La récurrence hémorragique précoce était significativement inférieure dans le groupe 1 (0 % vs 19 % ; $p = 0,02$). Un traitement par AC ou AA était noté chez 15 malades du groupe 1 vs 14 malades du groupe 2 (56 % vs 53 % ; ns). Le nombre moyen de CSG transfusés n'était pas différent entre les deux groupes (2,6 vs 2,7 ; ns). Aucun décès n'était observé.

Conclusion : L'hémostase initiale était possible dans tous les cas de SMW avec saignement actif par ligature élastique ou traitement combiné associant adrénaline et clips. Cependant, la récurrence hémorragique précoce était significativement diminuée chez les malades traités par ligature élastique. Ce résultat suggère que la ligature élastique pourrait être le traitement de choix du SMW avec saignement actif. Une évaluation prospective apparaît nécessaire à sa validation.

CO.06 Etude NORMO : efficacité, sécurité d'emploi et acceptabilité d'une solution de lavage intestinal en 2 litres (macrogol + électrolytes + ascorbate) versus 4 litres de macrogol + électrolytes

T Ponchon (1), JY Danielou (2), D Heresbach (3), RL Vitte (4), F Genuist (5), C Dugué (6), ANGH
(1) Lyon ; (2) Les Sables-d'Olonne ; (3) Rennes ; (4) Poissy ; (5) Caen ; (6) Rueil-Malmaison.

Introduction : La visualisation de la totalité de la muqueuse grâce à une bonne préparation colique est le gage d'une coloscopie réussie. De nombreux patients se plaignent de devoir boire les 4L de préparation généralement recommandés. La conséquence peut en être une mauvaise acceptabilité et donc, potentiellement, une moindre place de la coloscopie dans le dépistage du cancer colorectal.

Matériels et Méthodes : Une étude multicentrique randomisée a comparé 2 L de macrogol + électrolytes + ascorbate (MEA) à 4 L de macrogol + électrolytes (ME). Les patients en ambulatoire, âgés de 18 à 85 ans, étaient tirés au sort pour boire 2 L de MEA ($n = 210$) ou 4 L de ME ($n = 205$) la veille au soir de la coloscopie. Une prise complémentaire de liquide clair était autorisée. Le critère de jugement principal était le succès du lavage colique, en intention de traiter (ITT). L'efficacité était évaluée en aveugle, par des experts indépendants, à partir de l'enregistrement des coloscopies sur DVD. Le succès du lavage colique était défini sur les 5 segments grâce à l'échelle d'Harefield[®] (Score de 0 à 4 : 0 = matières solides, 4 = vide et propre). Les critères de jugement secondaires incluaient le % de succès sur l'échelle d'Aronchik, pour l'efficacité, et des évaluations d'acceptabilité et de sécurité d'emploi.

Résultats : Le succès du lavage colique (visualisation complète de la muqueuse) était obtenu chez 94,1 % des patients sous MEA et 90,9 % sous ME (NS). L'échelle d'Aronchik confirmait ce score : 94,6 % de patients ayant un lavage correct à excellent pour MEA et 90 % pour ME.

Davantage de patients souhaitaient reprendre le MEA (87 % vs 51 %, $p < 0,001$).

80 % des patients trouvaient le MEA facile à boire et 85 % ont bu les 2 L de solution.

L'appréciation du goût était nettement en faveur du MEA ($p = 0,01$).

L'appréciation globale de la procédure et du produit testé était meilleure pour le groupe MEA ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence entre les 2 produits concernant le taux de détection de polypes, le nombre de coloscopies interrompues pour mauvaise préparation ou la nécessité d'anticiper la date d'un nouvel examen. Aucun effet indésirable (EI) sérieux, relié à la préparation, n'était décrit. La plupart des EI étaient d'ordre digestif. Une sensation de distension abdominale (56 %), un inconfort anal (53 %) et des nausées (42 %) étaient le plus souvent rapportés. Il y avait significativement moins d'EI (reliés ou non au produit) dans le groupe MEA (respectivement 80 % pour MEA contre 90 % pour ME, $p = 0,007$).

Conclusion : 2 L de MEA permettaient de visualiser la totalité de la muqueuse chez 94 % des patients. Cette solution en 2 L donnait d'excellents résultats, comparables en efficacité à ceux de 4 L de ME. Cette préparation de faible volume constitue un progrès en pratique courante car elle allie une bonne acceptabilité et une bonne observance à un profil de tolérance favorable.