

IPP EN INTRAVEINEUX : UN REQUIEM POUR L'ENDOSCOPIE THERAPEUTIQUE ?

Si la prise en charge des ulcères avec hémorragie active nécessite une hémostase endoscopique, l'attitude thérapeutique dans la prise en charge des ulcères avec vaisseaux visibles ou caillot adhérent reste discutée. L'utilisation ainsi de fortes doses d'IPP en IV pourrait peut-être éviter un geste d'hémostase endoscopique.

Étude (1) : il s'agissait d'une étude monocentrique en simple aveugle ayant inclus tous les patients ayant présenté une hémorragie digestive haute avec à l'endoscopie l'absence d'hémorragie active et la présence d'ulcères avec vaisseaux visibles ou caillot adhérent. Tous les patients étaient sous IPP en IV pendant 3 jours (80 mg d'omeprazole en bolus puis 8 mg/h) puis relais par 20 mg/j d'omeprazole. Une endoscopie était pratiquée avec, soit un geste d'hémostase (injection d'épinéphrine et thermocoagulation : groupe A) soit une hémostase virtuelle (groupe B) Les critères principaux d'analyse étaient la récurrence hémorragique pendant l'hospitalisation et dans les 30 jours suivants.

Résultats : 156 patients ont été inclus (78 dans chaque groupe), 9 récurrences hémorragiques (11,6 %) étaient retrouvées pour le groupe B contre une dans le groupe A (1,1 %) dans les 30 jours suivant l'hémorragie ($p : 0,009$). Cette récurrence hémorragique était observée pendant l'hospitalisation dans 7 cas sous IPP seul (dont 6 sur 7 après relais par un IPP per os) contre aucune hémorragie dans le groupe traitement combiné ($p : 0,01$). Les taux de mortalité et le besoin d'un acte chirurgical étaient identiques entre les deux groupes. Par contre les besoins transfusionnels étaient diminués dans le groupe A ($p : 0,02$).

Commentaires : les auteurs montrent sans ambiguïté l'intérêt d'une association (endoscopie d'hémostase - IPP) par rapport à un traitement par IPP fortes doses seul au cours des hémorragies sur ulcères For-

rest 2A et 2B. Cette étude a malgré tout quelques failles. Dans le sous-groupe (ulcère avec caillot adhérent), Sung et coll. [1] ne retrouvent pas de différence entre les deux bras thérapeutiques. Malgré tout, le petit nombre de patients et la prise en charge optimale notamment par irrigation massive du caillot adhérent peuvent expliquer ces résultats. Si les taux de récurrences sous IPP fortes doses en IV sont inacceptables, la grande majorité des hémorragies surviennent après passage à la voie orale avec une posologie d'IPP faible (20 mg/j d'omeprazole). Il aurait été intéressant d'avoir une dose plus élevée dans ce travail. Il est de plus urgent de comparer de fortes doses d'IPP en IV et orale. En effet, les coûts sont forts différents et les résultats paraissent en comparant des études presque identiques (11 % de récurrences hémorragiques pour Khuroo et coll. [2] sous IPP 80 mg/j per os). Dans une étude préalable Sung et coll. [3] avaient montré la supériorité du traitement combiné par rapport à l'endoscopie thérapeutique seule. La surprise vient de la comparaison de leurs propres résultats. En effet, dans cette étude, le traitement combiné présentait 8,9 % de récurrences hémorragiques contre 1,1 % dans ce dernier travail !

Conclusion : le traitement combiné reste le traitement de référence dans la prise en charge des ulcères avec vaisseaux visibles ou caillot adhérent malgré l'utilisation de doses majeures d'IPP en IV. De nouveaux travaux comparatifs sur ces doses d'IPP s'imposent pour optimiser leur prescription.

Xavier ROBLIN
Mai 2004

RÉFÉRENCES

1. SUNG JY. et coll. *Annals Intern Med* : 2003 ; 139 : 237-43
2. KHUROO MS. et coll. *N Eng J Med* : 1997 ; 36 : 1054-8
3. SUNG JY. *N Eng J Med* : 2000 ; 343 : 310-6