Endobuzz

G. Lesur

© Springer-Verlag France 2010

Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. Sung JJ, Lau JY, Ching JY, et al. Ann Intern Med 2010;152:1-9

Intérêt : Plus de la moitié des hémorragies digestives hautes surviennent chez des patients recevant au long cours des antiagrégants pour des raisons vasculaires. L'attitude vis-à-vis de ce type de traitement à la phase aiguë de l'hémorragie est discutée.

Résumé : Il s'agit d'un travail prospectif randomisé en double insu contre placebo réalisé par l'équipe de Hong-Kong. Le but était de comparer chez des patients recevant au long cours de l'aspirine à la dose de 80 mg/j présentant une hémorragie haute ulcéreuse, la poursuite au décours de l'épisode aigu de l'antiagrégant et son arrêt pendant huit semaines. L'hémorragie était traitée par une association d'injections d'adrénaline et d'électrocoagulation et du pantoprazole à doses élevées (bolus 80 mg suivi d'une perfusion à la dose de 8 mg/h par 72 heures). Deux groupes comparables de 78 malades recevant au décours de l'hémorragie 80 mg/j d'aspirine ou un placebo étaient étudiés. Le critère principal de jugement était le taux de récurrence hémorragique dans les 30 jours et le critère secondaire la mortalité à huit semaines. L'hémorragie digestive était active à l'endoscopie initiale dans 33 % des cas et un vaisseau visible non hémorragique était présent dans 43 % des cas. Un traitement oral par 40 mg/j de pantoprazole était débuté à J4 et poursuivi pendant les huit semaines. Le taux de récurrence hémorragique

était supérieur, 10 % vs 5 % (IC 95 % = 4,9 [-3,6–13,4]) en cas de poursuite de l'aspirine. En revanche, l'arrêt de l'antiagrégant était associé à un taux plus élevé de décès, 9 % vs 1,3 % (IC 95 % = 11,6 [3,7–19,5]). Cinq des huit décès dans le groupe placebo étaient d'origine cardiovasculaire. L'un de ces décès lié à une nécrose myocardique survenait au premier jour, les autres au-delà de la première semaine. Le seul décès chez les malades recevant de l'aspirine à faible dose au décours de l'hémorragie était d'origine cardiovasculaire.

Commentaires : Ce travail confirme à nouveau qu'arrêter un antiagrégant dans les suites d'une hémorragie digestive peut être cause de décès d'origine cardiovasculaire. Il présente néanmoins plusieurs limites : le faible nombre de malades, la durée étonnamment longue de l'interruption de l'antiagrégant et la méthode thermique d'hémostase choisie. En effet, il est généralement admis que les méthodes mécaniques d'hémostase, moins traumatisantes et qui n'exposent pas à une chute d'escarre, doivent être préférées chez ce type de malades pour lesquels la reprise de l'antiagrégant doit être la plus précoce possible. De plus, ce travail n'évoque pas les malades de plus en plus nombreux qui reçoivent simultanément plusieurs antiagrégants. Un message clair tout de même : poursuivez les antiagrégants chez ces malades, ils en ont besoin !

Conflit d'intérêt : aucun.

G. Lesur (✉)
Hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle,
F-92100 Boulogne, France
e-mail : gilles.lesur@apr.aphp.fr