

Hémorragies digestives hautes : qui traiter en ambulatoire ?

Objectifs pédagogiques

- Connaître les facteurs de gravité
- Connaître les facteurs de récurrence précoce
- Établir une « check-list » des critères permettant de traiter le malade en ambulatoire

Urgence toujours fréquente, l'hémorragie digestive haute a vu son pronostic s'améliorer avec une nette réduction de la mortalité, notamment en cas d'hémorragie ulcéreuse [1]. La stratégie thérapeutique s'est modifiée depuis la diffusion de méthodes hémostatiques modernes et la démonstration de l'intérêt des inhibiteurs de la pompe à protons qui potentialisent l'effet du traitement endoscopique [2]. Dès la fin des années 1990, une prise en charge ambulatoire de certaines hémorragies ulcéreuses Forrest III (Tableau I) était proposée et validée prospectivement [3]. Dans ce travail de Lai *et al.* [3], la durée d'hospitalisation recommandée dans les cas plus sévères était comprise entre 3 et 4 jours. Cette attitude

était en accord avec ce que l'on sait de l'histoire naturelle des hémorragies digestives ulcéreuses car 90 % des récurrences hémorragiques surviennent durant les trois premiers jours [4]. D'autres travaux sont venus confirmer qu'une prise en charge en ambulatoire de certaines hémorragies digestives hautes était possible [5-9]. Une telle prise en charge est maintenant évoquée dans le consensus international publié en 2010 et dans les recommandations nord-américaines de 2012 [10-12]. De plus, la réduction progressive et continue du nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle comme les problèmes de coût, de plus en plus présents, rendent nécessaire la réflexion sur ce sujet. Nous tenterons donc ici de répondre à la question : qui traiter en ambulatoire ? Pour cela, il faudra s'intéresser aux facteurs de gravité et de récurrence précoce des hémorragies digestives hautes. Pour finir, une « check-list » des critères permettant de recommander ou non une prise en charge en ambulatoire sera proposée.

Tableau I. Prévalence et risques évolutifs en fonction des stades de la classification de Forrest en l'absence de traitement endoscopique [2]

| Forrest | | Prévalence (%) | Récidive hémorragique (%) |
|---------|-----------------------------------|----------------|---------------------------|
| I a | Hémorragie en jet | 12 | 88 |
| I b | Suintement diffus | 14 | 10 |
| II a | Vaisseau visible non hémorragique | 22 | 50 |
| II b | Caillot adhérent | 10 | 33 |
| II c | Taches pigmentées | 10 | 7 |
| III | Cratère à fond propre | 32 | 3 |

■ G. Lesur (✉) Hôpitaux Universitaires Paris Île-de-France Ouest, Hôpital Ambroise Paré, Service d'hépatogastroentérologie, 9, avenue Charles de Gaulle, 92104 Boulogne Cedex
Tél 01 49 09 58 78 - Télécopie : 01 49 09 58 80
E-mail : gilles.lesur@apr.aphp.fr

Gilles Lesur

Hémorragies digestives de l'hypertension portale : pas d'ambulatoire !

Une prise en charge en ambulatoire n'est pas adaptée aux hémorragies de l'hypertension portale (HTP). Par définition, ces hémorragies surviennent chez des sujets ayant une comorbidité qui est un facteur péjoratif majeur du pronostic et dans beaucoup de travaux un facteur indépendant de récurrence hémorragique [2, 4]. De plus, en cas d'HTP, le risque de récurrence hémorragique précoce persiste pendant les 5 premiers jours [13]. Enfin, un traitement endoscopique est plus souvent réalisé en cas d'hémorragie par HTP (60 %) qu'en cas d'hémorragie ulcéreuse (30 %), ce qui témoigne aussi de la sévérité habituellement plus grande des hémorragies de l'HTP [13]. Une prise en charge en ambulatoire ne pourra donc se discuter que pour les hémorragies non liées à une HTP et donc essentiellement pour les hémorragies ulcéreuses. Il n'y a pas beaucoup de données spécifiques sur les causes non ulcéreuses d'hémorragie haute, mais partageant avec ces dernières un pronostic commun, elles sont susceptibles d'être prises en charge en ambulatoire selon les mêmes critères que les hémorragies ulcéreuses.

Facteurs de gravité et de récurrence hémorragique

Évoquer une prise en charge en ambulatoire, c'est avant tout tenter de pré-

Tableau II. Facteurs de gravité et de récurrence hémorragique des hémorragies ulcéreuses [2, 4]

| Facteurs de gravité | Facteurs de récurrence hémorragique |
|--|--|
| Terrain : âge, comorbidité | Forrest I, II a, II b |
| Retentissement hémodynamique | Gros ulcère |
| Hémoglobémie < 8 g /dl | Certaines localisations (face postérieure du bulbe, petite courbure gastrique) |
| Besoins transfusionnels élevés | Comorbidité |
| Survenue d'une récurrence hémorragique | Première hémorragie abondante |

ciser avec fiabilité les risques évolutifs de l'épisode hémorragique. Les facteurs de gravité et de récurrence des hémorragies digestives ulcéreuses sont bien étudiés dans la littérature [1, 2, 4] (Tableau II). Les facteurs de gravité sont essentiellement l'importance de l'hémorragie et le terrain alors que les éléments conditionnant les risques de récurrence hémorragique sont surtout les caractéristiques de l'ulcération digestive (taille, siège, classification de Forrest) mais aussi, dans beaucoup d'études, l'importance de l'hémorragie et la comorbidité. En d'autres termes, une endoscopie sera le plus souvent nécessaire avant d'envisager une prise en charge en ambulatoire, car outre le diagnostic, elle fournira également des informations pronostiques. Cela implique de fait qu'une prise en charge en ambulatoire est plus facilement envisageable lorsque le malade est

admis aux heures ouvrables. Une arrivée hors heures ouvrables ou lors d'un week-end impose le plus souvent une hospitalisation qui permettra à l'endoscopie d'être réalisée, comme recommandé, dans les 24 premières heures [2].

Les scores d'hémorragies digestives peuvent-ils aider ?

Le développement des scores d'hémorragie digestive a eu pour but de mieux évaluer le pronostic et de guider la prise en charge. L'utilisation d'un score peut apparaître comme une solution pour décider d'une prise en charge en ambulatoire ou au contraire en hospitalisation. Avant d'étudier l'intérêt des scores dans cette optique, quelques remarques s'imposent :

- 1) aucun de ces scores ne s'est réellement imposé par sa supériorité ;
- 2) ils sont plus utilisés par les urgentistes que par les gastroentérologues [14-16] ;
- 3) il a parfois été suggéré que le bon sens clinique faisait au moins aussi bien, voire mieux, que les scores [17] ;
- 4) un seul de ces scores a été construit spécifiquement dans l'optique de l'ambulatoire [18].

Les scores les plus diffusés sont :

- le score de Rockall (Tableau III), qui comprend une partie clinique et une endoscopie, initialement développé pour évaluer le risque de décès ;
- et le score de Blatchford (Tableau IV), qui ne nécessite pas d'endoscopie, visant à prévoir la nécessité d'une intervention thérapeutique sans préjuger de sa nature (hémostase endoscopique, transfusions, embolisation, chirurgie). Le score de Blatchford a parfois été contesté car il prend en compte l'hémoglobémie initiale dont on connaît les limites au tout début d'une hémorragie digestive [14].

Dès la fin des années 1990, il a été montré qu'un score de Rockall ≤ 2 identifiait correctement les patients à faible risque de récurrence hémorragique

Tableau III. Score de Rockall [14]

| Variable | 0 point | 1 point | 2 points | 3 points |
|--------------------------------|---|---|--|---|
| Âge | < 60 ans | 60-79 ans | > 79 ans | |
| Choc | Non (PAS* >100mmHg, FC** <100/min) | Tachycardie (> 100/min, PAS > 100 mmHg) | Hypotension et tachycardie (PAS < 100 mmHg, FC >100/min) | |
| Comorbidités | Pas de comorbidité | | Insuffisance cardiaque, maladie cardiaque ischémique, autres comorbidités majeures | Insuffisance rénale, insuffisance hépatique, cancer disséminé |
| Diagnostic | Syndrome de Mallory-Weiss, pas de lésion et pas de stigmates de saignement récent | Tous les autres diagnostics | Néoplasie maligne intestinale supérieure | |
| Stigmates de saignement récent | Pas de stigmat | | Sang frais dans le tract digestif supérieur, saignement actif, caillot, vaisseau visible | |

* PAS : pression artérielle systolique.
 ** FC : fréquence cardiaque.
 Le calcul du score se fait attribution d'un nombre de points à chaque variable, le score total étant calculé par simple addition et varie entre 0 et 11.
 Si le score clinique est 0 ou le score complet inférieur à 2, le risque de récurrence hémorragique et de décès est faible.

Tableau IV. Score de Blatchford [14]

| Critères à l'admission | Valeurs |
|--|---------|
| Urée sanguine (mmol/l) | |
| 6,5 < 8 | 2 |
| 8-10 | 3 |
| 10-25 | 4 |
| >25 | 6 |
| Hémoglobine chez l'homme (g/dl) | |
| 12-13 | 1 |
| 10-12 | 3 |
| < 10 | 6 |
| Hémoglobine chez la femme (g/dl) | |
| 10-12 | 1 |
| <10 | 6 |
| Pression artérielle systolique (mmHg) | |
| 100 - 109 | 1 |
| 90-99 | 2 |
| <90 | 3 |
| Autres critères | |
| Fréquence cardiaque > 100/mm | 1 |
| Méléna | 1 |
| Syncope | 2 |
| Hépatopathie | 2 |
| Insuffisance cardiaque | 2 |
| Le score est compris entre 0 et 23. Un score < 3 est associé à une nécessité de traitement inférieur à 1 % des cas. | |

et de décès (respectivement 4,3 % et 0,1 %) [19]. Mais un taux de récurrence hémorragique de 4,3 % est sans doute trop élevé pour pouvoir envisager une prise en charge en ambulatoire. Tham *et al.* [20] ont montré dans une étude rétrospective réalisée chez 102 sujets qu'un score de Rockall sans endoscopie compris entre 0 et 3 était un indice fiable de risque évolutif faible permettant de réduire le recours à l'endoscopie initiale chez les patients qui pouvaient alors être pris en charge en ambulatoire. Mais si aucun cas de récurrence hémorragique ne survenait, 13 de ces 83 malades (15 %) allaient requérir des transfusions. Gralnek *et al.* [21] ont montré que le score de Rockall complet (avec l'endoscopie) identifiait mieux les patients à bas risque que le seul score de Rockall pré-endoscopique. Il est à noter que dans ce travail la réalisation de l'endoscopie aux urgences permettait de prendre en charge en ambulatoire la moitié des hémorragies hautes. Toutefois, parmi les 56 malades pris en charge en ambulatoire, deux allaient avoir une

récurrence hémorragique et quatre nécessiter une hospitalisation secondaire. Aucun décès n'était à déplorer. Pendant la durée de l'étude, le nombre d'admissions pour hémorragie digestive était de fait réduit de 20 %.

Mais en fait, les données concernant le score de Blatchford sont plus convaincantes. Stanley *et al.* [22] ont ainsi montré dans un travail prospectif incluant 491 patients, que les 123 patients avec un score de Blatchford à zéro (22 % de la population) pouvait être pris en charge en ambulatoire sans risque spécifique. On notera toutefois que malgré un score à zéro, 30 % des malades étaient hospitalisés. Dans 23 cas (40 %), une endoscopie programmée était réalisée mais aucun geste hémostatique ne s'avérait nécessaire. Le suivi des malades ne s'étant pas présentés à l'endoscopie ou pour lesquels une endoscopie n'était pas proposée ne mettait en évidence ni récurrence hémorragique, ni décès dans les 6 mois. De plus, l'utilisation de ce score faisait chuter le pourcentage d'admissions de plus de 20 %. Enfin, un travail prospectif récent, ayant comparé le score de Rockall avant endoscopie et le score de Blatchford dans une population de 1 087 patients, a montré que le score moyen de Blatchford était significativement plus élevé chez les malades requérant un geste endoscopique ($p < 0,001$) [23]. Dans ce travail, un seuil de 0 (4,6 % des malades) prédisait le non recours à l'endoscopie thérapeutique avec une sensibilité de 100 % (mais avec une spécificité de 6,3 %) alors que le score de Rockall avant endoscopie était incapable de prédire correctement ce non recours. D'autres études ont montré une meilleure spécificité allant parfois jusqu'à 40 % mais dans cette optique d'ambulatoire, une sensibilité élevée est l'objectif prioritaire (identifier et garder toutes les hémorragies à risque évolutif est préférable même si certaines hémorragies non sévères sont hospitalisées par « excès »). Le travail prospectif de McLaughlin *et al.* [24] est lui aussi

Tableau V. Score d'Almela *et al.* [18]

| Passé médical | Nombre de points |
|--|------------------|
| Décompensation cardiaque sévère | 3 |
| Infarctus récent | 3 |
| AVC récent | 3 |
| Coagulopathie (INR $\geq 1,5$) | 3 |
| Conditions socio-familiales défavorables | 3 |
| ATCD de chirurgie digestive | 2 |
| Cachexie | 2 |
| Cancer évolutif | 1 |
| Alcoolisme chronique | 1 |
| Hémodynamique | |
| Sévèrement altérée | 3 |
| Modérément altérée | 2 |
| Endoscopie | |
| Impossibilité de la réaliser | 3 |
| Hémorragie active, vaisseau visible, caillot adhérent | 3 |
| Hémorragie par ulcère duodénal | 1 |
| Hémorragie de cause inconnue | 1 |
| Le score est la somme de chaque item. En cas de score supérieur ou égal à 3, nécessité d'une hospitalisation, en cas de score inférieur à 3, une gestion en ambulatoire est possible. | |

convaincant puisqu'il a montré chez 139 patients de moins de 70 ans avec score de Blatchford inférieur à 3 qu'une prise en charge en ambulatoire était possible sans événement péjoratif [24].

En 2004, Almela *et al.* [18] ont proposé un score spécifiquement dédié à la prise en charge en ambulatoire, construit à partir d'une étude prospective de 581 cas d'hémorragies hautes incluant 3 items (terrain, hémodynamique, résultats de l'endoscopie) (Tableau V). Semblant assez discriminant pour une évolution défavorable (sensibilité : 100 % et spécificité : 29 %) ou vers le décès (sensibilité : 78 % et spécificité : 38 %), ce travail aboutit à la conclusion qu'un score supérieur ou égal à 3 impose une hospitalisation. Ce score n'a jamais été validé de manière prospective.

Quels risques associés à une prise en charge en ambulatoire ?

Le risque principal d'une prise en charge en ambulatoire est la survenue

d'une récurrence hémorragique hors d'une structure médicalisée. Toutefois, il est admis qu'en matière d'hémorragie digestive, les récurrences se produisent généralement sur le même mode que l'épisode initial [4]. Ce risque de récurrence hémorragique grave hors un centre spécialisé peut donc être minimisé si l'on prend garde d'exclure de toute prise en charge ambulatoire une hémorragie initialement abondante. Ainsi, dans le travail prospectif de Lai *et al.* [3] ayant inclus 57 patients âgés de moins de 60 ans sans signe d'instabilité hémodynamique, comorbidité ou signe endoscopique de saignement récent, la gestion en ambulatoire n'était associée à aucune récurrence hémorragique ni chute significative de l'hémoglobine pendant la semaine suivant l'épisode hémorragique. De même, dans le travail de Cipolletta *et al.* [6] qui a comparé la prise en charge en ambulatoire à une hospitalisation classique chez 95 patients ayant une hémorragie à faible risque de récurrence hémorragique, les taux de récurrence hémorragique dans les 2 groupes étaient respectivement de 2,1 % et 2,2 %. Enfin, le travail de Almela *et al.* [7] confirme lui aussi sur une population de 216 patients qu'une stratégie en ambulatoire est sans risque majeur avec seulement 0,5 % de récurrence hémorragique.

Dans un intéressant travail publié en 2006, Gisbert *et al.* [8] ont montré que seulement 10 % des sujets étaient pris en charge en ambulatoire alors que 34 % de leur population aurait pu l'être en utilisant des variables cliniques (pression artérielle, fréquence cardiaque) ou endoscopiques simples (classification de Forrest) [8].

Le seul travail discordant est celui de Cooper *et al.* [9] qui montre une mortalité importante (6,3 %) dans le groupe des malades traités en ambulatoire qui représentaient 40 % de l'effectif. Ce pourcentage étonnement élevé de prise en charge en ambulatoire explique probablement ce taux de mortalité inacceptable.

Il faudra bien entendu s'assurer que le malade a bien compris les enjeux de la prise en charge en ambulatoire, qu'il est correctement informé des risques de complication et de la stratégie que la survenue de ces complications imposerait. Comme dans d'autres circonstances au cours desquelles l'ambulatoire est pratiquée, le patient devra être entouré en cas de survenue d'une complication.

Une prise en charge en ambulatoire est-elle possible après hémostase endoscopique ?

Une gestion en ambulatoire a parfois été proposée après un traitement endoscopique à visée hémostatique. Ainsi dans le travail de Brullet *et al.* [5], qui a comparé la sortie précoce à une hospitalisation chez 82 patients sans comorbidité ayant une hémorragie par ulcère de moins de 15 mm de diamètre sans hypovolémie, les taux de récurrence hémorragique étaient identiques dans les 2 groupes (5 %) sans intervention chirurgicale ultérieure ni décès. Dans les 2 cas, le tableau clinique de récurrence hémorragique était la persistance d'un méléna plus de 48 heures avec lipothymies imposant un nouveau traitement hémostatique, ce qui suggère que le traitement initial n'avait pas été optimal. Ce travail unique et pas entièrement convaincant ne permet donc pas de recommander une prise en charge ambulatoire après hémostase endoscopique.

Enfin pour terminer, on signalera que de nombreux travaux ont montré que la prise en charge en ambulatoire était associée à des économies du coût de la prise en charge [6, 19, 25]. Ainsi dans le travail de Cipolletta *et al.* [6], l'économie réalisée dans une population de presque 100 malades était de l'ordre de 3 600 dollars.

En pratique

L'ensemble de ces données a participé à l'élaboration de recommandations. Dans les recommandations nord-américaines, il est clairement indiqué que certains patients avec hémorragie ulcéreuse à risque faible de récurrence hémorragique peuvent quitter l'hôpital après l'endoscopie (ce risque étant évalué sur des critères cliniques et endoscopiques) [10]. Cette recommandation, classée de niveau A (fort niveau de preuve) par le consensus nord-américain, n'a été classée que de niveau de preuve modéré à faible par le consensus asiatique [26]. Cette différence est probablement liée à une plus grande fréquence des comorbidités chez les malades pris en charge en Asie avec des décès non liés à l'épisode hémorragique dans environ 80 % des cas [1]. Les récentes recommandations belges et britanniques n'évoquent pas l'ambulatoire et il n'y a pas à l'heure actuelle de recommandations françaises [27, 28]. En attendant, on peut raisonnablement proposer que les malades candidats à une prise en charge en ambulatoire doivent répondre aux critères suivants (Tableau VI). Cette attitude devra faire l'objet d'une évaluation.

Tableau 6. Proposition de critères pour une prise en charge en ambulatoire, score « HEMAMBU »

| |
|---|
| Âge inférieur à 70 ans |
| Absence de comorbidité |
| Pas d'hypovolémie clinique |
| Hémoglobine > 13 g/dl chez l'homme ou > 12 g/dl chez la femme |
| Endoscopie lésion « peptique » Forrest III ou II c |
| Présence d'une tierce personne à domicile et possibilité de consulter rapidement en cas de problème |
| Si ces 6 points sont réunis, une prise en charge en ambulatoire est possible. |

Références

1. Sung JY, Tsoi KKF, Ma TKW, Yung MY, Lau JYW, Chiu PWY. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10428 cases. *Am J Gastroenterol* 2010;105:84-9.
2. Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2010;359:928-37.
3. Lai KC, Hui WM, Wong BCY, Ching CK, Lam SK. A retrospective and prospective study on the safety of discharging selected patients with duodenal ulcer bleeding on the same day as endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1997;45:26-30.
4. Lesur G, Artru P, Mitry E. Hémorragies digestives ulcéreuses : histoire naturelle et place de l'hémostase endoscopique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:656-66.
5. Brullet E, Campo R, Calvet X, Gueli M, Garcia-Monforte N, Cabrol J. A randomized study of the safety of outpatient care for patients with bleeding peptic ulcer treated by endoscopic injection. *Gastrointest Endosc* 2004;60:15-21.
6. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002;55:1-5.
7. Almela P, Benages A, Peiró S, Minguez M, Peña A, Pascual I, et al. Outpatient management of upper digestive hemorrhage not associated with portal hypertension: a large prospective cohort. *Am J Gastroenterol* 2001;96: 2341-8.
8. Gisbert JP, Legido J, Castel I, Trapero M, Cantero J, Maté J, et al. Risk assessment and outpatient management in bleeding peptic ulcer. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:129-34.
9. Cooper GS, Kou TD, Wong RCK. Outpatient management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: unexpected mortality in medicare beneficiaries. *Gastroenterology* 2009;136:108-14.
10. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-13.
11. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol* 2012;107:345-60.
12. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1132-8.
13. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med* 2010;362:823-32.
14. de Groot NL, Bosman JH, Siersema PD, van Oijen MGH. Prediction scores in gastrointestinal bleeding: a systematic review and quantitative appraisal. *Endoscopy* 2012;44:731-9.
15. Lesur G, Bour B, Aegerter P et ANGH. Prise en charge hospitalière des hémorragies digestives ulcéreuses : une enquête nationale de pratique. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:140-4.
16. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with non variceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med* 2007;25:774-9.
17. Farooq F, Lee MH, Das A, Dixit R, Wong RCK. Clinical triage decision vs risk scores in predicting the need for endotherapy in upper gastrointestinal bleeding. *Am J Emerg Med* 2012;30:129-34.
18. Almela P, Benages A, Peiró S, Añón R, Minguez-Pérez M, Peña A, et al. A risk score system for identification of patients with upper-GI bleeding suitable for outpatient management. *Gastrointest Endosc* 2004;59:772-81.
19. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or out patient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1996;347:1138-40.
20. Tham TCK, James C, Kelly M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall score. *Postgrad Med J* 2006;82:757-9.
21. Gralnek IM, Dulai GS. Incremental value of upper endoscopy in triage of patients with acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60:9-14.
22. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, Mawat C, Gaya DR, Thompson E, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet* 2009;373:42-7.
23. Pang SH, Ching JY, Lau JY, Sung JJ, Graham DY, Chan FK. Comparing the Blatchford and pre-score Rockall score in predicting the need for endoscopic therapy in patients with upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2010;71:1134-40.
24. McLaughlin C, Vine L, Chapman L, Deering P, Whittaker S, Beckly J, et al. The management of low-risk primary upper gastrointestinal haemorrhage in the community: a 5-year observational study. *Eur J Hepatol Gastroenterol* 2012;24:288-93.
25. Lee JG, Turnispeed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, Melnikoff N, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999;50:755-61.
26. Sung JYY, Chan FKL, Chen M, Ching JYL, Ho KY, Kachintorn U, et al. Asia-Pacific working Group consensus on non variceal upper gi bleeding. *Gut* 2011;60:1170-7.
27. Colle I, Wilmer A, Le Moine O, Debruyne R, Delwaide J, Dhondt E, et al. Upper gastrointestinal tract bleeding management: Belgian guidelines for adults and children. *Acta Gastroenterol Belg* 2011;74: 45-66.
28. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2012;51 (Suppl IV): iv1-iv6.

Les 5 points forts

- ❶ Les hémorragies digestives liées à l'hypertension portale ne relèvent pas de la prise en charge ambulatoire.
- ❷ La prise en charge en ambulatoire des hémorragies digestives hautes non liées à une hypertension portale concerne potentiellement 10 % à 30 % des hémorragies communautaires.
- ❸ Une endoscopie préalable est le plus souvent nécessaire.
- ❹ Le score clinico-biologique de Blatchford peut aider à reconnaître les candidats à l'ambulatoire.
La prise en charge ambulatoire doit être réservée :
 - aux patients de moins de 70 ans,
 - sans comorbidité,
 - aux hémorragies interrompues, non abondantes et à faible risque de récurrence hémorragique en tenant compte de la cause de l'hémorragie et de la classification de Forrest qui doit être inférieure à II b, ce qui exclut les malades traités par hémostase endoscopique.
- ❺ Les malades doivent être informés de la conduite à tenir en cas de récurrence hémorragique et capables de pouvoir se rendre à nouveau en centre spécialisé.

Question à choix unique

Question 1

La prise en charge en ambulatoire d'une hémorragie digestive par hypertension portale est-elle possible ?
(une seule réponse exacte)

- A. Toujours ?
- B. Jamais ?
- C. Éventuellement ?

Question 2

Parmi les scores suivants, lequel a été spécifiquement élaboré dans l'optique de l'ambulatoire ?
(une seule réponse exacte)

- A. Le score de Rockall
- B. Le score de Blatchford
- C. Le score de Baylor
- D. Aucun de ces scores

Question 3

Une hémorragie ulcéreuse Forrest II c sans déglobulisation chez un patient de 60 ans sans comorbidité peut-elle être prise en charge en ambulatoire ?

- A. Oui
- B. Non