



---

# Hémorragie digestive – Jugulée par l'acide tranexamique, ou non?

## QUESTION CLINIQUE

**L'acide tranexamique réduit-il la mortalité ou autres résultats significatifs sur le plan clinique des hémorragies digestives?**

---

## CONCLUSION

**Dans les cas d'hémorragies digestives aiguës, l'acide tranexamique ne réduit pas la mortalité, les transfusions, les interventions chirurgicales, ni les séjours aux soins intensifs par rapport au placebo et il ne doit pas être utilisé systématiquement.**

## DONNÉES PROBANTES

- Étude internationale, avec répartition aléatoire et contrôlée (ERAC) de bonne qualité menée auprès de 12 009 patients qui présentaient une hémorragie digestive (90 % haute) aiguë significative (signes de choc ou nécessitant probablement une transfusion, une endoscopie ou une chirurgie)<sup>1</sup>. Les patients (âge moyen : 58 ans, 64 % de sexe masculin) ont été répartis aléatoirement à l'acide tranexamique (TXA) à raison de 1 g par voie intraveineuse, suivi d'une perfusion de 3 g sur 24 heures, ou à un placebo. Pas de différence statistique à 28 jours :
  - Mortalité toutes causes : 9,5 c. 9,2 % sous le placebo
  - Décès par hémorragie digestive : 4,2 c. 4,4 % sous le placebo
  - Unités de sang entier ou de globules rouges transfusées : 2,8 c. 2,9 sous le placebo
  - Proportion nécessitant une intervention chirurgicale : 87,6 c. 87,5 % sous le placebo
  - Jours aux soins intensifs : 1,8 jour c. 2,0 sous le placebo
  - Événements thromboemboliques : 1,4 c. 1,2 % sous le placebo.

- Limites : Les autres soins dispensés n'étaient pas décrits et différaient probablement d'un pays à l'autre.
- Une revue systématique réalisée avant les ERAC ci-dessus (8 études, 1701 patients)<sup>2</sup> a observé que le TXA apportait un bienfait de 5 jours sur la mortalité, mais est limitée par :
  - Le petit nombre de patients (total ~15 % des ERAC ci-dessus),
  - Le bienfait est disparu lorsque les patients perdus durant le suivi ont été soumis à une analyse prudente.

## CONTEXTE

- Les ulcères gastro-duodénaux, la gastrite, les varices œsophagiennes et les déchirures de Mallory-Weiss sont les étiologies les plus fréquentes des hémorragies digestives hautes<sup>3,4</sup>.
- La mortalité par hémorragie digestive haute s'abaisse depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle; elle est actuellement de ~2 %<sup>3</sup>.
- Les inhibiteurs de la pompe à protons administrés avant l'endoscopie réduisent la nécessité d'un traitement endoscopique, mais ils n'ont pas montré réduire la mortalité<sup>5</sup>.
- Les stratégies de transfusion restrictive (p. ex. transfusion d'hémoglobine à 70-80 g/L c. 90-100 g/L) n'affectent pas la mortalité ni les autres résultats<sup>6</sup>.
- La gastroscopie pour hémorragie digestive haute réalisée dans les 24 heures donne des résultats comparables à lorsqu'elle est réalisée dans les 6 heures<sup>7</sup>.

---

## RÉFÉRENCES

1. HALT-IT Trial Collaborators. Lancet. 2020; 95:1927-36.
2. Bennett C, Klingenberg SL, Langholz E et coll. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 11 : CD006640.
3. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2015; 25 : 415-428.
4. Thiebaud P, Yrodanov Y, Galimard J et coll. Scand J Trauma Resus Emerg Med. 2017; 25:78.
5. Kanno T, Yuan Y, Tse F et coll. Cochrane Database Syst Rev. 2022; 1 : CD005415.
6. Carson JL, Stanworth SJ, Roubinian N et coll. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 10 : CD002042.
7. Merola E, Michielan A, de Pretis G. Intern Emerg Med. 2021; 16:1331-1340.

## AUTEURS

**Jennifer Young**, M.D. CCMF-MU, **Michael R. Kolber**, M.D. CCMF M.Sc.

*Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.*

---

**OUTIL DE LA PRATIQUE  
RENDU POSSIBLE PAR**



---

**EN PARTENARIAT AVEC**



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les **D<sup>rs</sup> G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à [www.toolsforpractice.ca](http://www.toolsforpractice.ca) [www](http://www).

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*