

FACTEURS DE RISQUE DE MORTALITE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES AU CHU DE BRAZZAVILLE.

Mortality risk factors for upper gastrointestinal bleeding at Brazzaville university hospital.

Rody Stéphane NGAMI¹, Philestine Clausina MIKOLELE AHOUI APENDI¹⁻², Pétula MOULENE², Jile Florient MIMIESSE¹⁻², Arnaud MONGO-ONKOUO¹⁻², Ngala Akoa ITOUA-NGAPORO¹⁻², Lucie Charlotte ATIPO IBARA OLLANDZOBO IKOBO², Marlyse NGALESSAMI¹, DEBY GASSAYE¹⁻², Blaise Irénée ATIPO IBARA¹⁻², Jean-Rosaire IBARA¹⁻².

(1) Service de Gastroentérologie et Médecine Interne, CHU de Brazzaville, 13, avenue Auxence Ickonga, Moundali, BP : 32 ; (2) Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi

Correspondance : NGAMI Rody Stéphane+242+ 06 665 53 27 ; rodyngami@gmail.com

RESUME

En absence d'endoscopie interventionnelle, le traitement des hémorragies digestives hautes (HDH) au CHU de Brazzaville est essentiellement médicamenteux. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs de risque de mortalité des HDH au CHU de Brazzaville en menant une étude pronostique rétrospective de type cas témoin sur une période de 2 ans. Les 180 patients inclus à l'étude pour une HDH ont été repartis en 2 groupes selon leur modalité évolutive : patients décédés (cas) et patients non décédés (témoins). Les facteurs de risques de mortalité ont été étudiés par régression logistique. La mortalité liée aux hémorragies digestives hautes était de 36,6%, les facteurs de risque de décès étaient l'âge entre 30 et 60 ans avec un OR de 9,79 ; le sexe masculin (OR : 2,03) ; la consultation tardive au-delà de 24 heures (OR : 6,30), les transfusions sanguines (OR : 3,5). Les facteurs protecteurs étaient l'hémoglobine supérieure à 7 g/dL (OR : 0,28) ; le traitement par inhibiteurs de la pompe à protons (OR : 0,36). En conclusion, la réduction de la mortalité encore élevée dans notre pays passe par la prise en compte des facteurs de risques identifiés et par l'acquisition de matériel d'hémostase endoscopique. **Mots clés** : hémorragie digestive haute, mortalité, hémostase, CHU Brazzaville

SUMMARY

In the absence of interventional endoscopy the treatment of upper digestive hemorrhage at the brazzaville university hospital is only medicinal. Objective of this work was to identify risk factors for upper gastrointestinal bleeding by conducting a retrospective case-type study conducted over a period of 2 years. The 180 patients included for upper digestive hemorrhage were divided into 2 groups according to their progressive modality : deceased patients (cases) and non-deceased patients (controls). Risk factors for mortality were studied by logistic regression. The mortality linked to upper gastrointestinal bleedind was 36.6%, the risk factors for death were age between 30 and 60 with an OR of 9.79 ; male (OR of 2.03) ; late hospitalization over 24 hours (OR of 6.30) ; blood transfusions (OR of 3.5). The protective factors were hemoglobin greater 7 g/dL (OR of 0.28) ; treatment by proton pump inhibitors (OR of 0.36). In conclusion, reducing the still high mortality rate in our country requires taking into account the identified risk factors and acquiring endoscopic hemostasis equipment. **Keys words** : upper gastrointestinal bleeding, mortality, hemostasis, Brazzaville.

INTRODUCTION

Les hémorragies digestives hautes (HDH) constituent une urgence médico-chirurgicale nécessitant une prise en charge rapide et adaptée, nécessitant souvent une hémostase endoscopique. La prévalence des hémorragies digestives est variable selon les pays [de 1 à 3]. La mortalité est de moins de 10% dans les pays qui pratiquent l'hémostase endoscopique [de 3 à 11], de 30 à 40% dans les pays ayant les moyens endoscopiques limités comme le CONGO Brazzaville qui ne dispose pas d'un système d'assurance maladie pour les patients et où la prise en charge se heurte souvent aux problèmes financiers et le traitement des hémorragies digestives est essentiellement médicamenteux [de 12 à 15]. Dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des hémorragies digestives hautes (HDH), nous avons réalisé ce travail dont les objectifs étaient de déterminer le taux de

mortalité par HDH et d'identifier les facteurs de risque de mortalité au cours des HDH.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude pronostique rétrospective de type cas témoin couvrant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018, soit une période de deux ans, réalisée dans le service de gastroentérologie et médecine interne du CHU de Brazzaville où les patients hospitalisés pour hémorragies digestives étaient admis dans une unité d'urgence mais ne disposant pas de moyens d'hémostase endoscopique et la totalité de la prise en charge était à la charge des patients. Nous avons inclus les patients hospitalisés pour hémorragie digestive haute pendant la période d'étude, appariés en deux groupes selon leur modalité évolutive : groupe de patients décédés (cas) et groupe de patients vivants (témoins). La taille de l'échantillon a été

calculée par la formule de Schwartz ($n \geq \frac{2p(1-p)}{i^2}$) avec i étant la précision à 0.01, à 1,96 pour un risque alpha à 0.05 selon loi normale centrée réduite, p étant la prévalence des HDH. Pour une prévalence des HDH à 6%, la taille de l'échantillon était d'au moins 92 patients. La collecte de données était faite à l'aide d'une fiche d'enquête respectant l'anonymat selon l'accord et les recommandations du comité national d'éthique de la recherche en sciences de la santé. Les facteurs pronostiques évalués étaient les mêmes dans les 2 groupes : les variables démographiques (âge, sexe), le délai d'hospitalisation, la prise antérieure de médicaments gastrotoxiques (anti-inflammatoires, antiagrégants plaquettaires, anticoagulants), la présence d'une comorbidité, l'hémoglobininémie, le délai de l'endoscopie digestive haute, le score de ROCKALL pré-endoscopique, la présence d'un état de choc hypovolémique, le traitement par inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) à 8 mg/heure, le besoin transfusionnel, le nombre de culots érythrocytaires transfusés, la récurrence hémorragique. Il n'y avait aucun conflit d'intérêt pour la réalisation de cette étude. Les données recueillies étaient saisies et analysées sur Epi info 7. La régression logistique était utilisée pour rechercher une association entre les facteurs pronostiques et les modalités évolutives. Le seuil de significativité était fixé à 5%, l'intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

Sur 2 741 patients étaient hospitalisés, 180 étaient inclus, soit 6,56% des hospitalisations. L'endoscopie digestive haute était réalisée chez 130 patients, les ulcères gastroduodénaux étaient la principale cause d'hémorragie digestive haute (tableau I). L'âge moyen était de 54,24 +/- 17,55 ans, les extrêmes étaient de 19 ans et 87 ans. Il y avait 61 femmes (34%) et 119 hommes (66%) soit un sex ratio était de 1,95. Soixante et six patients étaient décédés, 114 patients étaient vivants. Le taux de mortalité par HDH était de 36,6%. Le délai moyen de décès était de 2,75 +/- 1,38 jours, les extrêmes de 1 et 6 jours. Les causes de décès étaient : le choc hypovolémique dans 47 cas (71,21%), la présence de comorbidité (HTA, insuffisance rénale ou diabète sucré) dans 10 cas (15,15%) et dans 9 cas (13,64%), aucune cause n'a été déterminée. En analyse bivariée, le décès était plus fréquent chez des patients âgés de 30 à 60 ans avec une différence significative (figure 1). Parmi les patients décédés, 50 étaient les hommes et 16 les femmes avec une différence significative ($OR : 2,03 ; IC \text{ à } 95\% [1,03-4] ; p = 0,0393$). La prise antérieure de médicaments gastrotoxiques, observée chez 98 patients parmi lesquels 30 étaient décédés, n'était pas associée au décès ($OR : 0,56 ; IC \text{ à } 95\% [0,30-1,03] ; p = 0,0665$).

Une comorbidité était observée chez 65 patients dont 27 étaient décédés contre 115 patients. La différence n'était pas significative ($OR : 1,38 ; IC \text{ à } 95\% [0,74-2,59] ; p=0,3086$). Le délai d'hospitalisation était de moins de 24 heures chez 37 patients dont 4 étaient décédés et de plus de 24 heures chez 143 patients dont 62 décédés avec une différence significative ($OR : 6,30 ; IC \text{ à } 95\% [2,12-18,72] ; p=0,0009$). Le score de Rockall pré-endoscopique n'était pas associé au risque de décès ($OR : 1,54 ; IC \text{ à } 95\% [0,55-4,31] ; p=0,4062$). L'endoscopie digestive haute (EDH) était réalisée précocement (moins de 24 heures après hospitalisation) chez 24 patients dont 2 étaient décédés et tardivement chez 106 dont 18 étaient décédés sans une différence significative ($OR : 2,24 ; IC \text{ à } 95\% [0,48-10,42] ; p = 0,3001$). Une hémoglobine initiale supérieure à 7 g/dL diminuait le risque de décès de manière significative ($OR : 0,28 ; IC \text{ à } 95\% [0,14-0,54] ; p = 0,0001$). Lorsqu'elle était nécessaire, la transfusion sanguine était pratiquée chez 122 patients (67,8%) dont 55 étaient décédés contre 58 patients ; elle augmentait significativement le risque de décès ($OR : 3,5 ; IC \text{ à } 95\% [1,66-7,40] ; p = 0,0001$). Le traitement par IPP à 8 mg/h, administré chez 154 patients dont 51 étaient décédés, diminuait le risque de décès de manière significative ($OR : 0,36 ; IC \text{ à } 95\% [0,15-0,84] ; p = 0,0191$). Le décès était observé chez 53 patients parmi les 55 qui avaient un choc hypovolémique et chez 2 patients parmi les 125 qui n'avaient pas de choc hypovolémique avec une différence significative ($OR \text{ à } 228 ; p < 0,0001$). La récurrence hémorragique, observée chez 17 patients dont 3 étaient décédés, n'était pas un facteur associé au décès ($OR=0,34 ; IC \text{ à } 95\% [0,09-1,23] ; p=0,1003$). En analyse multivariée, les facteurs de risque de mortalité étaient l'âge ($OR=8,84 ; IC [1,73-127,39] ; p=0,0139$), le sexe masculin ($OR=2,31 ; IC [1,05-5,06] ; p=0,0366$) et l'hospitalisation tardive ($OR=6,21 ; IC [1,93-19,99] ; p=0,0022$).

DISCUSSION

La collecte de données de manière rétrospective peut être une source de biais de sélection ou de confusion mais la taille de la grande taille de l'échantillon nous permet de discuter les résultats obtenus. Le taux élevé de mortalité dans notre série est probablement lié au manque d'hémostase endoscopique. Il reste élevé entre 17 et 40 % dans d'autres pays africains [12, 16, 17]. Par contre, dans les centres qui pratiquent l'hémostase endoscopique, la mortalité est faible [8, 9, 10]. Dans notre étude, l'âge, le sexe masculin, l'hospitalisation tardive au-delà de 24 heures, le choc hypovolémique étaient identifiés comme facteurs de risque de décès au cours des hémorragies digestives hautes. Yoo Jim

Lee et al en Corée du Sud et El Mekkaoui en Tunisie [18, 19] ont trouvé une surmortalité par HDH chez les patients âgés de plus de 65 ans probablement en rapport avec une fréquence élevée des comorbidités dans cette tranche d'âge. Le sexe masculin est unanimement décrit comme facteur de risque de décès par de nombreux auteurs [1, 2, 18, 20]; la prédominance chez les hommes des principales causes d'hémorragie digestive haute (maladie ulcéreuse gastroduodénale et cirrhose) est sûrement l'explication de ce résultat pouvant constituer un biais d'interprétation. La prise antérieure de produits gastrottoxiques est aussi décrit comme liée au risque de décès au cours des HDH [19, 21]. La différence avec notre étude pourrait être liée aux biais de caractérisation observés dans une étude retrospective. L'hospitalisation tardive par contre n'a pas été souvent évaluée dans des études similaires probablement parce que, dans les pays disposant d'un système d'assurance maladie, les patients consultent tôt. Frédéric Prat et al [22] ont trouvé une réduction du risque de décès de 0,07 par les IPP à forte dose ce qui est comparable à nos résultats mais de manière plus importante probablement parce que les IPP sont les seuls traitements non chirurgicaux disponibles dans notre pays. D'autres auteurs [1, 2] confirment la réduction du risque de décès bien que les inhibiteurs de la pompe à protons n'assurent aucune hémostase.

CONCLUSION

La mortalité liée aux hémorragies digestives hautes reste élevée à Brazzaville malgré les traitements par IPP et les transfusions sanguines qui diminuent le risque de décès. Le manque d'hémostase endoscopique en est probablement l'explication. La prise en compte des facteurs de risque de décès identifiés au cours de cette étude et l'amélioration de notre plateau technique par l'acquisition de matériel d'hémostase endoscopique permettront d'améliorer la prise en charge pratiques des hémorragies digestives hautes.

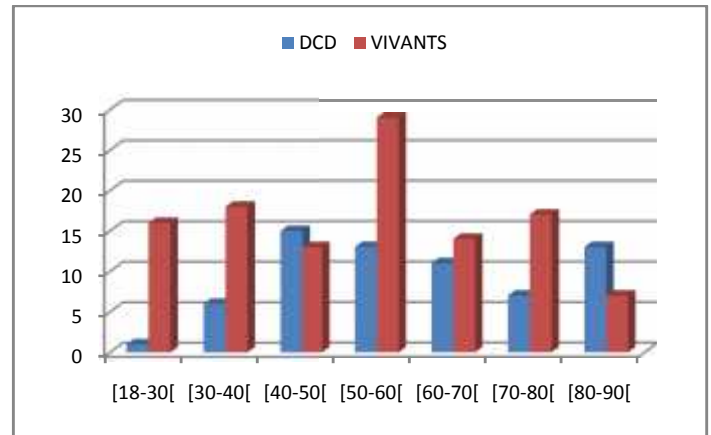
REFERENCES

1. Zeitoun J-D, Chryssostalis A, Lefèvre J. In Hépatologie Gastroentérologie Chirurgie viscérale. 5^{ème} édition. Paris : Vernazobres Grego. 2017, p 552-9.
2. Silvain C, Borderie C, Ripault MP et al. Les hémorragies digestives. Encycl Médchir Gastro-entérologie, 9-006-A-10, 1998, 12p
3. Nahon S, Hagège H, Latrive JP et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding : results of a French prospective multicenter study. Endoscopy 2012; 44 : 998-1006
4. El Mekkaoui A, Mellouki I, Berraho M A. Epidémiologie, étiologie et évolution des

- hémorragies digestives hautes au centre hospitalier universitaire de Fès, Maroc. Acta Endosc 2011 ; 41:337-43.
5. Pateron D, Debuc E. Prise en charge d'une hémorragie digestive haute dans le cadre de l'urgence. Médecine d'urgence 2005 ;24: 29-39.
 6. Itoudi-Bignoumba P. E, Manganga Moussavou I. F et Moussavou Kombila J. B. Hémorragie digestive haute au centre hospitalier universitaire de Libreville : aspects cliniques et prise en charge réelle : à propos de 210 patients. The Jour Med Health Sci 2019 ; 20 (4) : 20-2.
 7. Stanley A. J. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ2019;364:15-36.
 8. Gonzales-Gonzales J. A, Vasquez-Elizondo G, Garcia Compean D, Gaytan-Torres J. O, Flores-Rendon A. R et al. Predictors of in-hospital mortality in patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2011 ; 103 (4) : 196-203.
 9. Morales-Urbe C. H, Sierra-Sierra S, Hernandez-Hernandez A. M, Arango-Durango A. F and Lopez G. A. Upper gastrointestinal bleeding : risk factors for mortality in two urban centers in latin America. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2011 ; 103 (1) : 20-4.
 10. Lim L. G, Ho K. Y, Chan Y. H, Teoh P.L, Khor J. L et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk non variceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy 2011 ; 43 (03) : 462-3.
 11. Slim R, Yaghi C, Honein K et al. Hémorragie digestive haute : identification des facteurs pronostiques. J Med 2005 ; 3:143-50.
 12. Sombié R, Tiendrébéogo A, Guingané A, Hagège H, Lesgourgues B, Lamy V et al. Hémorragie digestive haute : aspects épidémiologiques et facteurs pronostiques au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). J Afr Hepatol Gastroenterol 2015 (4) 9 : 154-6.
 13. Diakité M, Toth'o A, Assi C, Bathaix F, Koné S, Bangoura D et al. Epidémiologie et facteurs pronostiques des hémorragies digestives hautes en Côte d'Ivoire. J.Afr Hepatol Gastroenterol 2015 ; 10 (2) : 1-5.
 14. Gassaye D, Atipo Ibara BI, Ndolo-Mbika et al. Les hémorragies digestives et les médicaments anti-inflammatoires au CHU de Brazzaville. Bull Soc Pathol Exot 2004 ; 97 : 323-4.
 15. Ibara J-R, Atipo-Ibara B I, Bouangui Bazolana S, Itoua- Ngaporo A. Aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des hémorragies digestives hautes en milieu hospitalier à Brazzaville. Burkina Medical 2007;10(1):49-56.
 16. Diarra M, Soucko-Diarra A, Dolo M et al. Les hémorragies digestives hautes aiguës : expérience d'un milieu rural. Acta Endosc 2007 ; 37 : 321-6.
 17. Kodjoh N, Hountondji A, Addra B. Hémorragie digestive haute et pathologie oeso-gastro-duodénale dans un service de médecine

interne en milieu tropical. Med Afr Noire 1992 ; 39 : 25-30.

18. Yoo Jin Lee, Bo Ram Min, Eun Soo Kim, Kyung Sik Park, Kwang Bum Cho et al. Predictive factors of mortality within 30 days in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Korean J Intern Med 2016 ; 31 (1) : 54-64.
19. Lahmidani N, Zeroune W, Melloki I, El Yousfi M, Aqodad N et al. L'ulcère bulbaire hémorragique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens : quelle gravité de l'accident hémorragique ? J Afr Hepatol Gastroenterol 2012 ; 6 (3) : 193-5.
20. El Mekkaoui A, Saada K, Mellouki I, et al. La différence épidémiologique des hémorragies digestives hautes entre les hommes et les femmes. Pan Afr Med Jour 2012 ; 12 (1) : 94-102.
21. Duroy E et De la Gastine B. Hémorragies graves sous antivitamines K traitées par complexes prothrombotiques : étude retrospective en 2008. Rev Med Interne 2011 ; 32 (9) : 529-36.
22. Frédéric P. Prise en charge des hémorragies digestives d'origine ulcéreuse en 2004. Hépatogastro Oncol Digest 2004 ; 11: 95-7.



(OR : 9,79 ; IC à 95% [1,24-76,83] ; p=0,003)

Figure 1 : répartition des patients en fonction de l'âge

Tableau I : résultats de l'endoscopie digestive haute

Résultats EDH	n	%
Ulcères gastroduodénaux	57	41,01
Signes d'hypertension portale	32	23,02
Aucune cause	17	12,23
Lésions superficielles gastroduodénales	15	10,79
Tumeur gastrique	9	6,47
Césophagite peptique	6	4,32
Syndrome de Mallory Weiss	2	1,44
Angiodysplasie	1	0,72
TOTAL	139	100