

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES DES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES A L'HÔPITAL NIANANKORO FOMBA(HNF) DE SÉGOU.

Epidemiology and prognosis aspects of upper gastrointestinal bleeding of NianankoroFomba hospital in segou.

Sangaré D¹, Sanogo A¹, Diarra A³, Mallé O², Dicko MY³, Katilé D⁴, Toukara M³, Togola K⁴, Sow H³ Epouse Coulibaly, Doumbia K³ Epouse Samaké, Camara BD¹, Konaté A³, Diarra MT³, Maiga MY³.

1-Service de Médecine de l'Hôpital NianankoroFomba de Ségou ; 2-Centre de Santé de Référence de Mopti ; 3- Service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré ; 4- Service de Médecine de l'Hôpital Régional de kayes.

Correspondant : Dr Sangaré Drissa. E-mail : docteursang78@gmail.com, Tel : 66 86 91 97

Lien d'intérêt : L'auteur et les co-auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

RESUME

But : Le but de notre travail était de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et pronostiques de l'hémorragie digestive haute à l'Hôpital Régional de Ségou(HRS). **Patients et méthodes :** Cette étude transversale qui s'était déroulée du 1^{er} octobre 2017 au 31 septembre 2018 a concerné patients hospitalisés pour hémorragie digestive. **Résultats :** Les hémorragies digestives hautes ont représenté 9,7% de l'ensemble des hospitalisations. L'âge moyen des patients était de 50,94 ± 21,6 ans avec un sex ratio de 1,6 en faveur des hommes. Les femmes au foyer et les cultivateurs étaient représentés dans 37,7% et 34% des cas. Les principaux modes de révélation étaient l'hématémèse et le méléna. L'évolution était favorable avec une mortalité de l'ordre de 34%. **Conclusion :** Hémorragie digestive haute est relativement fréquente dans notre contexte. Cependant, la mortalité élevée est liée à un retard de prise en charge. **Mots clés :** Hémorragies digestives hautes – épidémiologie-pronostic, Mali/Ségou.

ABSTRACT

Aims: The goal of our work was to clarify the epidemiologicals, clinicals, etiologicals and prognostics of upper gastrointestinal bleeding at Segou Regional Hospital. **Patients and methods:** This cross-sectional study, which took place from October 1, 2017 to September 31, 2018, involved patients hospitalized for digestive hemorrhage. **Results:** Upper gastrointestinal bleeding represented 9.7% of all hospitalizations. The mean age of the patients was 50, 94 ± 21, 6 years with a sex ratio of 1.6 in favor of men. Housewives and farmers were represented in 37.7% and 34% of cases. The main modes of disclosure were hematemesis and melena. Evolution was favorable with a mortality of around 34%. **Conclusion:** upper gastrointestinal bleeding is relatively common in our context. High mortality is linked to delayed treatment. **Keywords:** upper gastrointestinal bleeding – epidemiology- prognosis. Mali/Ségou.

INTRODUCTION

L'hémorragie digestive haute (HDH) constitue une urgence médico-chirurgicale. Son pronostic a été transformé ces dernières années par l'apport des substances vaso-actives et surtout l'hémostase endoscopique [1]. La mortalité globale reste de l'ordre de 5-30% selon les séries [1,2]. Les principales étiologies sont les ulcères gastroduodénaux suivis des complications de l'hypertension portale (HTP) [3,4].

Dans une étude Européenne les hémorragies digestives hautes étaient dues dans 30,27% des cas aux ulcères gastroduodénaux (UGD), 26,38% des cas à l'hypertension portale (HTP), 5,74% des cas aux érosions gastroduodénales, 21,57% des cas aux œsophagites, 2,4 % des cas aux tumeurs et 6,75% des cas aux autres lésions[5].

En Afrique, la prévalence varie de 2 à 12,7% selon les séries [6,7]. En Côte d'Ivoire l'HDH représentait 7,48% au CHU de Cocody [8]. En Tunisie les hémorragies digestives hautes ont représenté 5,3% de l'ensemble des endoscopies digestives hautes en 2010 [9]. Au Mali, les études faites n'ont pas concerné la région de Ségou [10,11, 12, 13]. Ainsi nous avons initié ce travail dont le but était d'évaluer le profil

épidémiologique, étiologique et pronostique de l'hémorragie digestive haute à Ségou.

PATIENTS ET METHODES

Cette étude transversale sur 1 an (1^{er} Octobre 2017 au 31 Septembre 2018) dans le service de médecine de l'HRS (Mali). Elle a concerné tous les patients hospitalisés pour une hémorragie digestive haute extériorisée (HDH) sous forme d'une hématémèse et/ou d'un méléna et/ou de rectorragie ayant bénéficié d'une endoscopie œsogastroduodénales.

Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux à la recherche des signes d'intolérance de l'HDH, des antécédents de transfusion sanguine, d'ictère, d'HTA, d'épigastrie, de prise médicamenteuse, de tabac et d'alcool, de toxicomanie intraveineuse, une douleur abdominale, une hémorragie digestive antérieure.

L'examen physique complet a permis de rechercher une hépatomégalie et ses caractères, des signes d'HTP (ascite, splénomégalie, circulation veineuse collatérale abdominale) et/ou d'insuffisance hépatocellulaire (ictère, troubles endocriniens, ascite, troubles neurologiques), les signes d'intolérance de l'HDH (tachycardie, dyspnée, agitation, vertige,

asthénie), une douleur abdominale à la palpation, la prise de la pression artérielle. Les examens complémentaires ont comporté le dosage du taux d'hémoglobine et d'hématocrite, le groupage rhésus qui ont permis d'apprécier une spoliation sanguine et de décider d'une transfusion sanguine. L'endoscopie digestive haute qui a permis de visualiser les lésions responsables de l'hémorragie digestive haute. Nous avons analysé nos données à l'aide du logiciel épi-info (version 6.0) et le test de Khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$. Le consentement verbal des patients a été obtenu et la confidentialité des données a été respectée.

RESULTATS

Pendant la période de l'étude, sur les 543 hospitalisations effectuées, 53 cas d'hémorragie digestive haute ont été diagnostiqués soit une fréquence hospitalière de 9,7%. Le sex-ratio était de 1,6 en faveur des hommes. L'âge moyen de nos patients était de $50,94 \pm 21,6$ ans et la tranche d'âge de 50 à 75 ans était la plus représentée avec 54,7% des cas. Les femmes au foyer (37,7%) et les cultivateurs (34%) étaient les plus représentés. L'hématémèse associée au méléna était le mode de révélation retrouvé chez 51% de nos patients. L'antécédent de prise récente d'AINS était observé dans 24,5% des cas. Le taux d'hémoglobine était inférieur à 7g/dl chez 66% de nos patients. Les varices œsophagiennes (62,3%) et les ulcères gastroduodénaux (28,3%) ont été les lésions endoscopiques les plus retrouvées (**Tableau I**). Ces lésions étaient observées à tous les âges sans différence significative entre l'âge et les étiologies ($p : 0,5709$) (**Tableau II**). L'ulcère était de siège bulbaire (60%) et antral (33,3%) des cas. L'UGD était classé Forrest IIb (26,7%), Forrest IIc (6,6%) et Forrest III (66,7%). Les varices œsophagiennes (VO) grade II (39,4%) et grade III (54,5%) étaient retrouvées chez la majorité de nos patients. L'évolution, après le traitement médicamenteux était favorable chez 66% de nos patients suivie d'un taux de mortalité qui était de l'ordre de 34% (**Tableau III**).

DISCUSSION

Au terme de cette étude, nous avons colligé 53 cas d'hémorragie digestive haute (HDH). Les hémorragies digestives hautes ont représenté 9,7% de l'ensemble des hospitalisations. Cette fréquence hospitalière est sous-estimée à cause du décès précoce de nos patients. Néanmoins ces données permettent une évaluation des étiologies et du pronostic des (HDH). Cette fréquence est superposable à celles trouvées par Bagny (7,32%) [6] et Dicko (6,66%) [13]. L'âge moyen de survenue des hémorragies digestives hautes dans notre étude était de $50,94 \pm 21,6$ ans; comparable à celui trouvé par Zohra (51 ans) [14]. Les pathologies

responsables des hémorragies digestives surviennent fréquemment à cette période de la vie [10,13]. Le sex-ratio était de 1,6 en faveur des hommes; celui rapporté par Dicko [13] était de 3,5. Cette prédominance masculine est probablement liée à l'accès facile aux toxiques par les hommes et aussi la fréquence élevée des hépatopathies pourvoyeuses d'HTP dans le sexe masculin [11]. Les femmes au foyer (37,7%) et les cultivateurs (34%) étaient les plus représentés alors que dans la série de Dicko [13] les commerçants et les cultivateurs étaient représentés avec chacun 22,22%. Le mode de révélation dans notre étude était l'hématémèse associée au méléna dans 51% des cas. Cette fréquence est superposable à celles rapportées par Bagny (56%) [6] et Zohra (52%) [14].

L'antécédent de prise récente de médicaments gastro-toxiques (AINS) était retrouvé chez 24,5% de nos patients. Par contre Bagny [6] et Dicko [13] ont rapporté (17%) et (12,7%). Ces médicaments gastro-toxiques sont utilisés sans prescription médicale pour toute symptomatologie douloureuse [11]. Le taux d'hémoglobine était inférieur à 7g/dl chez 66% de nos patients, relativement supérieur à celui rapporté par Hananel El J (52,5%) [15]. L'anémie lors des hémorragies digestives est un signe de gravité. Dans notre série, les varices œsophagiennes (VO) avec des stigmata de saignement récent (62,3%) et les UGD (28,3%) ont été retrouvés. Dans l'étude de Diarra [11], les VO isolées (55,2%), l'UGD (12,8%) étaient retrouvés et Dicko [13] a rapporté les VO dans 49,1% et l'UGD dans 22%, et Hananel El [15] a rapporté que l'UGD (32,25%) et les VO (27,4%) de ses cas. Cette prédominance des HDH par rupture de VO en Afrique subsaharienne est probablement liée à la fréquence élevée de l'infection par le virus de l'hépatite B. Les VO et les UGD étaient observés à tous les âges sans différence significative entre l'âge et les étiologies ($p : 0,5709$). Dans notre étude, le siège bulbaire (60%) et antral (33,3%) de l'ulcère étaient observés. Par contre, chez Hananel El, (ulcère bulbaire = 29,03%) et (antral = 10%) [15]. Ces données concordent avec celles de la littérature [3,6, 11, 12]. L'UGD était classé (Forrest IIb = 26,7%), (Forrest IIc = 6,6%) et (Forrest III = 66,7%). Les varices œsophagiennes (VO) grade II (39,4%) et grade III (54,5%) étaient retrouvées chez la majorité de nos patients. L'évolution, après le traitement médicamenteux était favorable chez 66% de nos patients. Ce résultat est relativement inférieur à ceux de Diarra (77,6%) [11] et Dicko [13] (73%). Ce fait pourrait être expliqué par l'insuffisance du plateau technique dans les structures de santé régionale. Dans notre étude, la mortalité liée aux hémorragies digestives hautes était de 34%. Un résultat inférieur a été rapporté par Diarra (22,4%) [11] et Dicko (14,3%) [13]. Dans l'étude de Diarra [11], elle semble liée à certaines

lésions notamment les tumeurs gastriques et la rupture de varices œsophagiennes.

CONCLUSION :

L'hémorragie digestive haute est relativement fréquente dans notre milieu. Cependant, la mortalité reste élevée. L'amélioration du plateau technique et une meilleure prise en charge de façon précoce permettront de réduire cette mortalité.

REFERENCES

- Lasserre N, Duval F, Pateron D.** Les hémorragies digestives hautes, conduite à tenir aux urgences. *URGENCES* 2009 ; 98 : 959-68.
- Hervé S.** Epidémiologie des hémorragies digestives hautes: aspects récents. *Hépatogastro et Oncologie Digestive*, 2007; 14 (3) :205-10.
- Nakmouche MH, Benhayoun K, Sombie R.** Observatoire des hémorragies digestives hautes en Afrique francophone: résultats d'une étude prospective multicentrique réalisée dans 13 pays. Protocole OHDHAF : Congrès AAFCHGE, Brazzaville 2011(abstract)
- Sophie H.** Epidémiologie des hémorragies digestives hautes : aspects récents. *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2007 ; 14(3) :205-10.
- Hagège H, Iatrive JP, Natel B, Rosa I, Bour B, Faroux P, et al.** Hémorragies digestives hautes communautaires : résultats préliminaires de l'étude de l'ANGH sur plus de 1000 patients. *Endoscopy* 38 (03), A925, 2006.
- BagnyA, Bouglouga O, Djibril MA, Djibril MA, Mba KB, Redah D.** Profil étiologique des hémorragies digestives hautes de l'adulte au CHU campus de Lomé (Togo). *J AfrHépatogastroenterol* 2012 ; 6 (1) :38-42.
- Kodjoh N, Hountondji A, Addra B.** Hémorragies digestives hautes et pathologies œsogastroduodénales dans un service de médecine interne en milieu tropical, Bénin. *Med Afr Noire* 1992 ;39(1) :25-30.
- Loko SM-A.** Apport de la fibroscopie œsogastroduodénale dans le diagnostic étiologique des hémorragies digestives hautes. *These Med, Université d'Abidjan*, 2002; n°3064.
- Ben Chaabane N, Ben Youssef H, Ghedira A, Loghmerie H, Melki W, Hellara O et al.** Epidemiologie des hémorragies digestives hautes en Tunisie. *Acta endoscopica* 2010 ; 40 (3) : 176- 182
- Diarra MT, Kalle A, Katilel, Konaté A, Maiga MY, Souckho A, et al.** Hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes. *Mali Medical*, 2008 ; 23 (3) : 32-35.
- Diarra M, Konaté A, Traore C, Soukhoa, Kamate B, Diallo AB, et al.** Les ulcères gastroduodénaux en milieu rural au Mali. *Mali Medical*, 2009, 24(2) :1-3.
- Diarra M, Souckho-Diarra A, Dolo M, Traore H, Diallo A.** Hémorragies digestives

hautes aiguës : Expérience d'un milieu rural. *Acta endoscopica* 2007 ; 37(3) : 321-326.

13. Dicko M. Acute upper digestive bleeding in Hospital in Bamako. *Open J of Gastroenterol* 2018 ; 8 :387-393.

14. Zohra M F. Les hémorragies digestives hautes aux urgences du CHU Ibn rochd, Université de casablanca (A propos de 50 cas). *These, Med, Fes*, 2011 ; N°055.

15. Hananel El J. le profil étiologique des hémorragies digestives hautes. *These Med, Marrakech : Université Cadi Ayyad*2010; N°99.

Tableau I : Lésions endoscopiques

Table I : Endoscopic lesions.

Lésions endoscopiques retrouvées	effectif	%
VO avec des stigmates de saignement récent	33	62,3
Ulcères gastriques et duodénaux	15	28,3
Tumeurs gastriques	03	5,6
Œsophagites	02	3,8
Total	53	100

Tableau II : Tranche d'âge et étiologies

Table II; Age range and etiologies

étiologies / tranche d'âge	VO/stigmates n/N (%)	UGD n/N(%)	Tumeur gastrique n/N(%)	Œsophagite n/N(%)
20 - 29	5/6 (83,3%)	1/6 (16,7%)	-	-
30 - 39	7/10 (70%)	2 /10 (20%)	-	1/10 (10%)
40 - 49	3/8 (37,5%)	2/8 (25%)	1/8 (12,5%)	-
50 - 59	9/12 (75%)	3/12 (25%)	-	-
60 et plus	7/17 (41,2%)	9/17 (52,9%)	2/17 (11,7%)	1/17 (5,8%)

p : 0,5709

Tableau III : Evolution. Table III : Evolution.

Evolution	effectif	%
Décès favorable	18	34,0
Total	35	66,0
	53	100