

Aspects épidémiologique et thérapeutique des hémorragies digestives vues au CHU Tambohobe Fianarantsoa

Epidemioclinical and therapeutic features of gastrointestinal bleeding observed at the University Hospital of Tambohobe Fianarantsoa

M.A. Rakotovo (1)*, R. Fanantenantsoa (1,2), N. Rasamoelina (2,3),
R.A. Rakotoarivelo (2,4), S.H. Razafimahefa (2,5)

(1) Service de Chirurgie générale, CHU Andrainjato, Fianarantsoa

(2) Université de Fianarantsoa

(3) Service de Réanimation, CHU Andrainjato, Fianarantsoa

(4) Service des Maladies Infectieuses, CHU Tambohobe, Fianarantsoa

(5) Service de Médecine Interne, CHU Tambohobe, Fianarantsoa

Résumé

Introduction. L'hémorragie digestive demeure une cause importante de morbidité et de mortalité. Elle constitue une urgence médico-chirurgicale. Dans notre société, l'hémorragie digestive pose souvent un problème de santé publique. Le but de cette étude est de déterminer les profils épidémiologiques, paracliniques et les aspects thérapeutiques des hémorragies digestives afin d'améliorer leur prise en charge.

Patients et méthodes. Nous avons mené une étude sur 383 patients admis aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Tambohobe pendant une période de 5 ans pour hémorragie digestive.

Résultats. L'âge moyen était de 45 ans, avec une prédominance masculine. Dans ces antécédents 30,02 % des patients ont présenté une hémorragie digestive au moins une fois dans leur vie qui n'est pas explorée. La raison en est la faute de moyens. L'étiologie la plus fréquente était les varices œsophagiennes principalement d'origine parasitaire avec 27,93% suivie des ulcères gastroduodénaux avec 26,63%. La mortalité était de 4,17%, et ce liée surtout à un retard de prise en charge.

Conclusion. Le traitement préventif d'une rechute hémorragique est essentiel afin d'améliorer son pronostic. L'endoscopie digestive, la prise en charge multidisciplinaire, et les autres moyens sont incontournables dans la prise en charge de l'hémorragie digestive.

Mots-clés : hémorragie digestive, endoscopie digestive, varices œsophagiennes, urgences

Abstract

Introduction. The gastrointestinal bleeding remains a significant cause of morbidity and mortality. It is a medical and surgical emergency. In Madagascar, the gastrointestinal bleeding lays a major public health. The aim of our study was to describe epidemiological, paraclinical and therapeutic aspects of gastrointestinal bleeding in order to improve their management.

Patients and methods. We conducted a study of 383 patients presenting gastrointestinal bleeding, and admitted to the emergency room of University Hospital Fianarantsoa during 5 years.

Results. Mean age was 45 years with a male predominance. The 30.02% of the patients presented an unexplored antecedent of gastrointestinal bleeding. Oesophageal variceal and peptic ulcers were the most common etiology respectively 27.93% and 26.63%. The mortality was 4.17% and caused by delayed management, because of financial problem.

Conclusion. Preventive treatment of hemorrhagic relapse is essential to improve prognosis. The digestive endoscopy, multidisciplinary care and other means are essential in the management of gastrointestinal bleeding.

Key words: gastrointestinal bleeding, endoscopy, oesophageal variceal, emergency

Introduction

L'hémorragie digestive est une pathologie fréquente et sévère [1]. Sa fréquence est de l'ordre de 144 pour 100 000 habitants en Occident [2]. En Afrique, la fréquence est très variable selon les études mais reste toutefois plus élevée qu'en Occident [3]. La pathologie ulcéreuse gastroduodénale en est la première cause suivie de l'hypertension portale [4]. Les données récentes montrent une amélioration globale du pronostic des hémorragies digestives et ce en rapport avec l'optimisation des traitements pharmacologiques, de la prise en charge initiale et des techniques d'hémostases endoscopiques [5]. La Région Haute Matsiatra, située dans le sud de Madagascar, constitue une zone endémique de bilharziose intestinale [6]. La bilharziose hépatique constitue une de ses complications graves. Cette dernière peut à son tour, se compliquer d'hypertension portale avec rupture de varices œsophagiennes. Cependant, il existe peu de données sur les hémorragies digestives dans cette Région justifiant la réalisation de ce travail. L'objectif de notre étude est de déterminer les aspects épidémiologique et thérapeutiques des hémorragies digestives.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique, descriptive et rétrospective réalisée sur une période de 5 ans et 7 mois allant de janvier 2007 à juillet 2012 dans les services de Chirurgie viscérale, de Réanimation et de Médecine Interne du CHU Tambohobe Fianarantsoa.

Ont été inclus dans cette étude tous les patients âgés de plus de 15 ans présentant une hémorragie digestive et dont les dossiers étaient complets. Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques, les renseignements cliniques, les résultats paracliniques, les traitements reçus et l'évolution.

La première étape de l'étude a consisté en l'élaboration du protocole d'étude. Le recrutement des patients était réalisé à l'aide d'une consultation des registres d'hospitalisation. Les dossiers comportant le diagnostic d'hémorragie digestive dans les trois services ont été répertoriés. Les données ont été ensuite saisies puis analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 3.5 August 13, 2008.

Les paramètres épidémiologiques concernaient l'âge, le sexe, les secteurs d'activité économique : primaire (éleveur, agriculteur) ; secondaire (artisan, salarié industriel) ; tertiaire (secteur de service), la répartition géographique et l'antécédent d'hémorragie digestive. Les paramètres cliniques comprenaient l'état hémodynamique (pression artérielle, fréquence cardiaque, état

des conjonctives), la présence de signes d'hypertension portale et d'une splénomégalie.

Les paramètres paracliniques étaient représentés par la numération de la formule sanguine, la sérologie bilharzienne selon la technique ELISA, la biopsie rectale, l'examen parasitologique des selles, les données endoscopiques et le résultat de l'examen anatomopathologique. Trois-cent quatre-vingt-trois patients ont pu réaliser la numération de la formule sanguine, 134 patients bénéficiaient d'une sérologie bilharzienne, 210 d'un examen parasitologique des selles et 25 d'un examen endoscopique.

Pour les patients qui n'ont pas pu effectuer une endoscopie digestive, le diagnostic de maladie ulcéreuse gastro-duodénale reposait sur la présence d'une douleur épigastrique, l'antécédent d'ulcère, la notion de prise de médicaments gastrottoxiques (AINS) et l'absence de splénomégalie.

En l'absence d'endoscopie, la rupture de varices œsophagiennes était retenue devant la présence de circulations veineuses collatérales, d'ascite et d'une splénomégalie à l'examen clinique ; devant des signes d'hypertension portale (dilatation du tronc porte, fibrose péri-portale, splénomégalie, ascite) à l'échographie abdominale.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons inclus 383 patients soit une prévalence hospitalière de 0,43% (Figure 1). La population d'étude était composée de 67,88% (n = 260) d'hommes et 32,12% (n = 123) de femmes. Le sex-ratio était de 2,1.

L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes : 15 et 80 ans). Deux cent cinq patients (53,52%) appartenaient au secteur primaire (Tableau I). Plus de la moitié des patients soit 54,56% (n = 209) habitaient dans un rayon de moins de 25 km du CHU. Et 20% des patients résidaient à plus de 25 km. Par ailleurs, 30,02% (n = 115) avaient eu au moins un épisode d'hémorragie digestive dans leur antécédent.

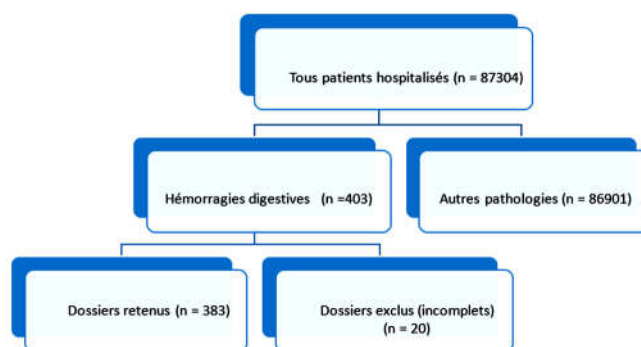


Figure 1. Population d'étude.

Tableau I. Caractéristiques démographiques des patients (n= 383).

Paramètres	
Age moyen (ans)	45 (extrêmes : 15-80)
Sexe	
Homme	260 (67,88%)
Femme	123 (32,12%)
Profession	
Secteur primaire	205 (53,52%)
Secteur secondaire	20 (5,22%)
Secteur tertiaire	50 (13,05%)
Elèves et étudiants	108 (28,19%)

Une hématurie était présente dans 45% des cas (n = 172) et une douleur épigastrique dans 25% des cas (n = 96). Dix-neuf pour cent des patients (n = 73) avaient présenté un choc hypovolémique. Une splénomégalie était présente chez 137 patients (35,77%) et 112 (29,24%) avaient des signes d'hypertension portale (Tableau II). L'hémorragie digestive était haute dans 67,62% des cas (n = 259).

Tableau II. Caractéristiques cliniques de la population d'étude (n=383).

Signes cliniques	Nombre (%)
Douleur épigastrique	96 (25)
Hématémèse	172 (45)
Rectorragie	38 (10)
Splénomégalie	137 (35,77)
Signes d'hypertension portale	112 (29,24)

Quarante-deux patients (10,96%) sur 327 avaient présenté un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL, et 20% (n = 65) avaient un taux de prothrombine 70%. La sérologie bilharzienne était positive chez 86 patients (sur 134). L'exploration endoscopique a retrouvé un ulcère gastroduodénal chez 11 patients (sur 25) (Tableau III).

Tableau III. Caractéristiques paracliniques de la population d'étude (n=383).

Paramètres	Nombre (%)
Hémoglobine <7 g/dL	42/327 (12,84)
Thrombopénie (< 150 G/L)	56/327 (17,12)
Sérologie bilharzienne (+)	86/134 (64,17)
Œuf de <i>Schistosoma mansoni</i> dans les selles	65/210 (30,95)
Œuf d' <i>ascaris</i> dans les selles	97/210 (46,19)
Biopsie rectale (+) œuf de bilharzie	29/87 (33,33)
Fibroscopie digestive haute (n = 25)	
Ulcère gastrique	7 (28)
Ulcère duodénal	4 (16)
Varices œsophagiennes grade I	2 (8)
Varices œsophagiennes grade II	6 (24)
Varices œsophagiennes grade III	1 (4)
Gastrite érosive	3 (12)
Normale	2 (8)

Les principales causes étaient la rupture de varices œsophagiennes suivie de l'ulcère gastroduodénal (Figure 2). Trente virgule soixante-deux pour cent (n = 116) des patients avaient reçu une transfusion sanguine. La récurrence hémorragique hospitalière était notée dans 36,63% (n = 140). Vingt six patients (6,78%) étaient décédés dont 17 (65,38%) d'un état de choc hypovolémique dans le cadre d'une hypertension portale, 4 (15,38%) d'une insuffisance rénale aiguë et 5 (19,23%) d'une cause méconnue.

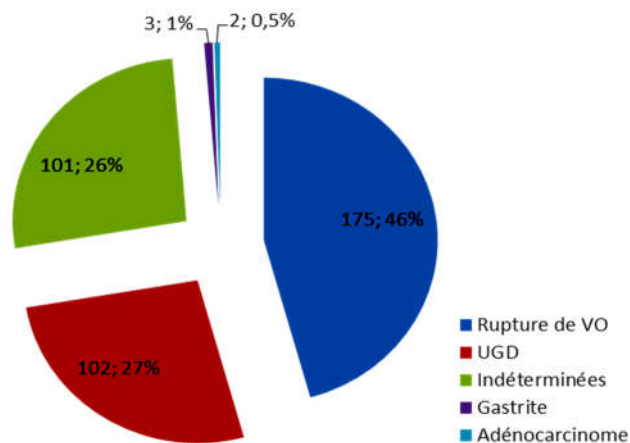


Figure 2. Répartition des cas selon l'étiologie des hémorragies digestives (n=383).

Discussion

Cette étude sur les hémorragies digestives a permis de mettre en évidence que les patients étaient jeunes. Par ailleurs, les principales causes étaient l'hypertension portale et la maladie ulcéreuse gastroduodénale. La récurrence hémorragique était fréquente. Enfin, le choc hypovolémique constituait la principale cause de mortalité.

L'hémorragie digestive demeure une cause fréquente d'hospitalisation avec une prévalence hospitalière de 5,3% selon une étude tunisienne [7].

Dans notre série, elle représentait 0,43% des admissions aux urgences. Certes la prévalence de l'hémorragie digestive dans notre série est faible mais ces données sont certainement sous-estimées. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette sous-estimation dans notre région : le problème financier, l'éloignement, l'ignorance et la négligence. D'ailleurs, le taux de fréquentation du CHU en témoigne, 0,87% (registre des entrées du CHU Fianarantsoa). Dans notre étude, les patients étaient plus jeunes. Ce fait est conforme à la tendance nationale. En effet, la moyenne d'âge de la population malgache est de 19,4 ans [8]. En Europe, l'âge de survenue de l'hémorragie digestive est tardif (70 ans) [9] [10]. Ceci est dû au vieillissement de la population. Par ailleurs, les patients

présentent des comorbidités dont des facteurs de risque cardio-vasculaire motivant la prise d'antiagrégants plaquettaires dans le cadre de la prévention d'évènements cardio-vasculaires [9]. Selon une étude réalisée au Maroc, les paysans sont plus susceptibles de développer une infection à *Schistosoma mansoni* car les diverses activités effectuées dans les campagnes les exposent au contact des eaux souillées [11]. Ce fait est superposable à notre étude car la majorité de notre population appartenait au secteur primaire. La population de la Région Haute Matsiatra est essentiellement constituée de cultivateurs [12].

La rupture de varice œsophagienne et la maladie ulcéreuse gastro-duodénale constituaient les principales causes d'hémorragie digestive dans notre étude. D'après une étude réalisée au Maroc, les causes les plus fréquentes d'hémorragie digestive étaient la maladie ulcéreuse (46%) et l'hypertension portale (23,3%) [13]. D'autres auteurs confirment ces données par la fréquence de l'infection à *Helicobacter pylori* et la consommation de médicaments gastrotoxiques chez les personnes âgées [14]. En France, la rupture de varices œsophagiennes est surtout liée à l'hépatopathie chronique d'origine alcoolique [15].

Tandis que dans notre série, l'hypertension portale était vraisemblablement d'origine bilharzienne comme l'attestaient la sérologie bilharzienne et l'examen parasitologique des selles avec une recherche positive dans 64,17% et 30,85% respectivement. La Région Haute Matsiatra constitue d'ailleurs une zone endémique de la bilharziose intestinale [16]. La sérologie bilharzienne devrait ainsi être systématiquement demandée dans le cadre de la recherche étiologique d'une hypertension portale à Madagascar. Par ailleurs, nous supposons que la maladie ulcéreuse était liée à une infection à *Helicobacter pylori*. En effet, bien que la recherche de cette infection n'ait pas été réalisée, sa prévalence est élevée à Madagascar [17]. Néanmoins, la plupart des données disponibles ont concerné la capitale et la région Est de Madagascar.

Une étude épidémiologique s'avère ainsi indispensable dans la Région Haute Matsiatra afin de compléter les données nationales sur cette infection. La mortalité restait élevée malgré le jeune âge des patients c'est-à-dire malgré l'absence de comorbidités. La plupart des études récentes mettent pourtant en évidence une réduction globale de la mortalité des hémorragies digestives hautes grâce au développement des techniques endoscopiques d'hémostases telles que la ligature des varices œsophagiennes, aux nouveaux traitements médicamenteux notamment les médicaments vasoactifs comme la terlipressine [1]. La ligature des varices œsophagiennes et les médicaments vasoactifs

n'étaient pas disponibles dans notre centre hospitalier au moment de la réalisation de l'étude. Une optimisation de la prévention primaire et de la prévention secondaire s'avère ainsi cruciale au vu du taux élevé de récurrence retrouvé dans notre étude. Ainsi dans notre région un traitement bêtabloquant doit être prescrit systématiquement chez tout patient présentant des signes d'hypertension portale. L'éducation thérapeutique doit porter sur l'importance de l'observance. L'efficacité du bêtabloquant et le caractère néfaste de son interruption doivent ainsi être mis en exergue. La conduite à tenir sera néanmoins ultérieurement adaptée aux résultats de la fibroscopie digestive haute.

La principale limite de notre étude est la non disponibilité de l'endoscopie digestive haute pour tous les patients, qui constitue pourtant l'examen clé dans le diagnostic étiologique d'une hémorragie digestive.

Cependant, en l'absence de l'endoscopie, certains signes cliniques suggèrent fortement la cause comme la splénomégalie et les circulations collatérales épigastriques pour la rupture de varices œsophagiennes et la présence de douleur épigastrique pour maladie ulcéreuse gastroduodénale [18]. D'ailleurs, une étude réalisée en Europe confirme l'importance de l'examen clinique dans la recherche étiologique de l'hémorragie digestive en l'absence de l'endoscopie.

De plus, l'échographie peut apporter des informations complémentaires pour le diagnostic de l'hypertension portale notamment l'origine bilharzienne en mettant en évidence la fibrose péri-portale en tuyau de pipe [19]. Elle a l'avantage d'être plus facile à mettre en œuvre et mieux acceptée dans les pays en voie de développement [20]. Dans notre contexte, le diagnostic étiologique de l'hémorragie digestive était basé sur la clinique en présence de signes d'hypertension portale (splénomégalie, circulations collatérales). L'absence de ces signes orientait vers l'origine ulcéreuse.

Conclusion

L'hémorragie digestive touche surtout les sujets jeunes dans la Région Haute Matsiatra. L'hypertension portale d'origine bilharzienne est la cause d'hémorragie digestive la plus fréquente. L'optimisation du traitement préventif primaire par la prescription systématique d'un traitement bêtabloquant en présence des signes d'hypertension portale pourrait améliorer son pronostic.

Références

1. Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA. Acute upper gastrointestinal bleeding : did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome

- of acute upper gastrointestinal bleeding between 1993/1994 and 2000. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1494-9.
2. Pateron D, Debus E. Prise en charge d'une hémorragie digestive haute dans le cadre de l'urgence. *Med Urg* 2005; 29-39.
 3. Abdou Raouf O, Mistoul L, Obame Ngwa C. Hémorragie digestive haute : aspects épidémiologiques. *Med Afr Noire* 2002; 49: 395.
 4. El Mekkaoui A, Saâda K, Mellouki I, et al. La différence épidémiologique des hémorragies digestives hautes entre les hommes et les femmes. *Pan Afr Med J* 2012; 12: 94.
 5. Badarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 619-22.
 6. Archives du Service Statistique. La bilharziose intestinale à *Schistosoma mansoni*. Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Ministère de la Santé Publique (Madagascar). 2014.
 7. Ben Chaabane N, Ben Youssef H, Ghedira A, et al. Epidémiologie des hémorragies digestives hautes en Tunisie. *Acta Endoscopica* 2010; 40: 176-82.
 8. INSTAT. Statistiques mondiales. Statistiques et cartes; 2016.
 9. Van Leerdam ME. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22: 209-24.
 10. Hervé S. Epidémiologie des hémorragies digestives hautes : aspects récents. *Hépatogastro* 2007; 14: 1-5.
 11. Barkia H, Barkia A, Nhammi H, et al. La schistosomiase au Maroc : de sa découverte à l'après-élimination. *East Mediter Health J* 2011; 17: 250-6.
 12. Rapport d'analyse régionale. Profils de pauvreté villageois et études régionales. Analyse selon l'approche des moyens d'existence durable. Région Haute Matsiatra; 2006.
 13. El Mekkaoui, Mellouki J, Berraho MA, et al. Epidémiologie, étiologie et évolution des hémorragies digestives hautes au CHU de Fès, Maroc. *Acta Endoscopica* 2011; 41: 337-43.
 14. Davidovc M, Svorcan P, Milanovic P, et al. Specifics of *Helicobacter pylori* infection/NSAID effects in the elderly. *Rom J Gastroenterol* 2005; 14: 253-8.
 15. Di Fiore F, Leclaire S, Merle V, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage : a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French Study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005; 17: 641-7.
 16. Ollivier G, Brutus L, Cot M. La schistosomose intestinale à *Schistosoma mansoni* à Madagascar : extension et focalisation de l'endémie. Parasitologie. 1998.
 17. Razafimahefa S H, Rabenjanahary T H, Rakotoarivelo R A, et al. Infection à *Helicobacter pylori* : revue de la littérature et réalités à Madagascar. *Rev méd Madag* 2012; 2: 125-31.
 18. Hilaire S. Idiopathic non-cirrhotic intrahepatic portal hypertension in the West: a re-evolution in 28 patients. *Gut* 2002; 51: 275-80.
 19. Klotz F. L'hypertension portale des schistosomiases : « une entité originale meurtrière ». *Bull Soc Pathol Exot* 2003; 96: 191-5.
 20. Bonnard P, Lanuit R, Dompnier JP, et al. Critères échographiques prédictifs d'hypertension portale due à *Schistosoma mansoni* dans une zone d'endémie récente. *Méd Trop* 2000; 60: 42-6.