

Hémorragies digestives hautes : aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs. A propos d'une série de 62 patients malgaches

*Upper gastrointestinal bleeding : clinical, endoscopic features and outcome.
Analysis of 62 patients from Madagascar*

S.H. Razafimahefa (1)*, T.H. Rabenjanahary (1), R. Rakotozafindraibe (1),
A. Fidinarivo (1), R.M. Ramanampanjy (1)

(1) Service de gastro-entérologie de L'hôpital Joseph RASETA Befelatanana, CHU Antananarivo, Madagascar.

Résumé

Introduction. Peu de données sont disponibles à Madagascar concernant les hémorragies digestives. L'objectif de cette étude est de présenter les aspects épidémiocliniques, endoscopiques et évolutifs des hémorragies digestives hautes.

Matériels et méthode. Une étude rétrospective, monocentrique, descriptive était réalisée. Nous avons analysé les dossiers de tous les patients hospitalisés entre janvier 2007 et juin 2009 ayant présenté une hématemèse et/ou un méléna et ayant bénéficié d'une fibroscopie digestive haute.

Résultats. Soixante deux patients étaient retenus pour cette étude. La moyenne d'âge des patients était de 45 ans (extrêmes: 20 et 85 ans), le sex-ratio était de 3,42. Les principales lésions et les principales causes d'hémorragie digestive haute étaient les ulcères gastro-duodénaux avec respectivement 35,60% des lésions retrouvées en endoscopie (26 cas) et 41,93% de toutes les causes (26 cas). La rupture de varices œsophagiennes représentait la principale cause de mortalité (2 décès sur 3).

Conclusion. Cette étude confirme les résultats des différentes données de la littérature concernant les principales causes d'hémorragies digestives hautes et les principales causes de mortalité. Ainsi, dans notre contexte, nous préconisons une attitude pragmatique en l'absence de fibroscopie digestive haute. D'une part, chez tout patient cirrhotique, nous proposons un traitement prophylactique systématique par bêta-bloquant. D'autre part, devant toute hémorragie digestive haute, nous insistons sur la mise en place d'un traitement systématique par inhibiteurs de la pompe à protons.

Mots clés: hémorragies digestives hautes, Madagascar

Abstract

Introduction. Data concerning upper gastrointestinal bleeding are scarce in Madagascar. The aim of our study was to describe clinical, endoscopic and outcome of upper gastrointestinal hemorrhage in a sample of patients from Madagascar.

Methods. A retrospective, descriptive study was conducted on the files of inpatients presenting with haematemesis and/or melena from January, 2007 to June 2009. All patients had undergone upper endoscopy.

Results. Sixty two patients were recorded. Mean age was 45 years (extreme: 20-85 years). Sex ratio was 3,42. Peptic ulcer was the most frequent lesion encountered during endoscopy and the main cause of bleeding with respectively 35.60% (26 lesions) and 41.93% (26 cases). Oesophageal variceal bleeding was the main cause of death (2 out of 3 cases of death).

Conclusion. Our study confirms previous data regarding causes and causes of death during upper gastrointestinal bleeding. In our country, we suggest pragmatic care in the absence of upper endoscopy. Firstly, In case of cirrhosis, we recommend beta-blockers treatment as prophylaxis of variceal bleeding. Secondly, we encourage the use of proton pump inhibitors in all cases of upper gastrointestinal bleeding.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, Madagascar

Introduction

Les hémorragies digestives constituent une urgence. Les données de la littérature africaine sur les hé-

morragies digestives hautes sont peu connues [1]. A Madagascar, à notre connaissance, en matière d'hémorragies digestives hautes, il n'existe que des descriptions de cas cliniques. [2,3]. La disponibilité de

données plus générales, telle la description de série de patients permet d'établir une base de données qui pourrait être améliorée et mise à jour. Une prise en charge codifiée pourrait ainsi être proposée notamment dans les structures de santé locales où l'endoscopie digestive haute n'est pas toujours disponible. Le but de notre étude est de présenter les aspects épidémiocliniques, endoscopiques et évolutifs des hémorragies digestives hautes dans un échantillon de population malgache.

Matériels et méthodes

Le recrutement concernait les patients de plus de 15 ans, hospitalisés de façon consécutive dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier Befelelanana pendant 30 mois (Janvier 2007 à Juin 2009). L'étude était monocentrique, descriptive, rétrospective.

Etaient inclus tous les patients ayant présenté une hématomèse et/ou un méléna. Les patients n'ayant pas bénéficié d'endoscopie digestive haute étaient exclus. Au cours de la présente étude, la recherche d'*Helicobacter pylori* n'était pas réalisée.

Notre travail a analysé les paramètres démographiques (âge et genre), les caractéristiques cliniques (facteurs déclenchant, comorbidités, causes de l'hémorragie, hémodynamique), le taux d'hémoglobine, les données endoscopiques ainsi que le profil évolutif de ces hémorragies digestives.

Les facteurs déclenchant comprenaient la prise d'anti-inflammatoire et/ou d'anticoagulant précédant l'hospitalisation. Les comorbidités étaient représentées par un diabète, une cardiopathie, une maladie respiratoire, une pathologie rénale chronique, une pathologie hépatique et un éthylysme. Une mauvaise tolérance hémodynamique était définie par une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute et une pression artérielle systolique inférieure à 100 mmHg. L'évolution correspondait soit à une sortie, soit à un décès, soit à un transfert en service de chirurgie ou en service de réanimation.

Résultats

Les hémorragies digestives représentaient 3,13% des admissions dans le service de gastro-entérologie. Quatre vingt douze patients étaient inclus dans cette étude. Trente d'entre eux n'avaient pas accès à l'endoscopie en raison de difficultés financières et/ou de

problème de disponibilité du matériel d'endoscopie. Soixante deux patients étaient ainsi retenus. Une prédominance masculine était retrouvée (tableau 1) avec un âge moyen de 45 ans (extrêmes : 20 et 85 ans).

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et cliniques de la population d'étude

Paramètres	Résultats
Age	
Moyen	45 ans
Extrêmes	20- 85 ans
Genre	
Masculin	48 (77,42%)
Féminin	14 (22,58%)
Sex-ratio	3,42
Facteurs déclenchant	
Oui	5 (7,6%)
Non	18 (28,26%)
Indéterminé	39 (64,13%)
Comorbidités	
Présents	28 (45,16%)
Absents	34 (54,83%)
Déglobulisation	
Oui	32 (51,61%)
Non	30 (48,39%)
Mauvaise tolérance hémodynamique	
Oui	13 (20,97%)
Non	49 (79,03%)

Les ulcères gastro-duodénaux représentaient les lésions les plus fréquemment décrites à l'endoscopie (26 soit 35,60% de toutes les lésions) (tableau 2). Ils représentaient également les causes d'hémorragies digestives hautes les plus fréquentes (26 soit 41,93% de toutes les causes) (figure 1).

Tableau 2. Résultats endoscopiques

Résultats	(n= 73) N (%)
Ulcère duodéal	23 (31,50%)
Normal	16 (21,91%)
Gastrite et duodénite	11 (15,06%)
Œsophagite peptique	7 (9,58%)
Varices œsophagiennes	6 (8,21%)
Syndrome de Mallory- Weiss	3 (4,10%)
Ulcère gastrique	3 (4,10%)
Cancer gastrique	2 (2,73%)
Angiodysplasies	1 (1,36%)
Endobrachyoesophage	1 (1,36%)

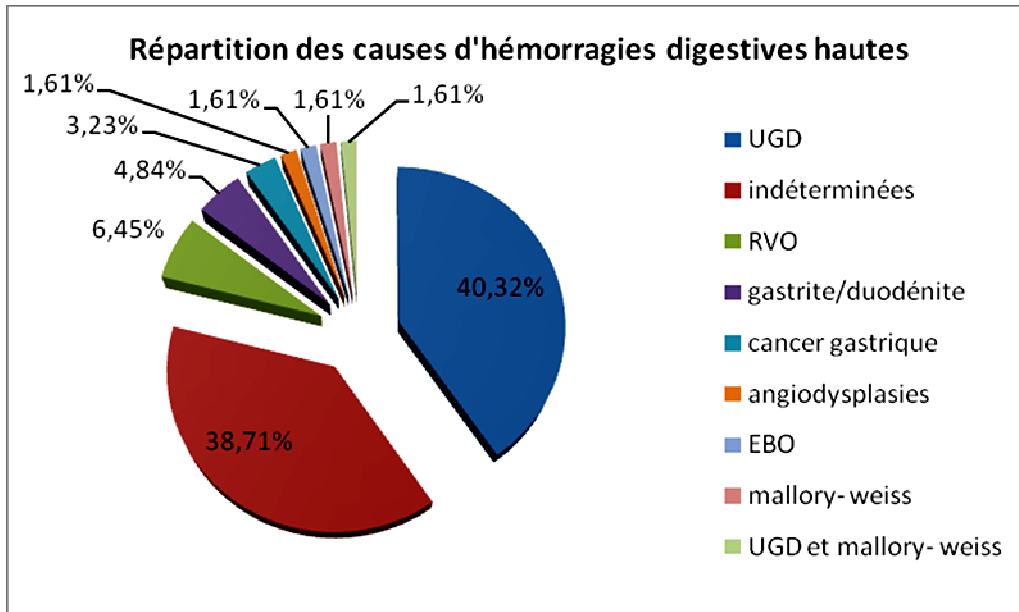


Figure 1. Répartition des causes d'hémorragies digestives hautes.

En analysant l'évolution selon des différentes causes d'hémorragie digestive, il est apparu que la rupture de varice œsophagienne représentait la principale cause de mortalité (2 décès sur 3) (tableau 3).

Discussion

Cette étude sur les hémorragies digestives hautes relate une prédominance masculine des patients. Les ulcères gastro-duodénaux représentaient les principales causes d'hémorragie digestive haute. La rupture de varices œsophagiennes était responsable du décès de 2 patients sur 3.

L'âge moyen de survenue des hémorragies digestives dans notre étude (45 ans) est superposable à celui des différentes études africaines [4-6]. Tandis que dans les séries européennes, on retrouve un âge plus avancé [7,8]. En effet, au vieillissement de la population européenne, s'ajoutent différentes comorbidités et la prise de médicaments gastro-toxiques incluant les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui favorisent la survenue des hémorragies digestives [1,8].

La prédominance masculine des hémorragies digestives est classique [4,9,10]. La prise de médicaments gastro-toxiques n'était retrouvée dans notre étude que dans 7,60% des cas (5 patients). Dans la plupart des cas, cette notion n'était pas disponible tandis que dans l'étude Kodjoh *et al.* [4] elle était notée chez 45,45% des patients. Cette différence pourrait provenir du caractère rétrospectif de notre étude. L'étude prenait en compte uniquement les données disponibles.

Cette situation souligne l'importance de la bonne tenue des dossiers médicaux et l'importance d'un registre des patients en fonction des pathologies.

L'endoscopie avait mis en évidence une ou plusieurs lésions potentiellement hémorragiques dans 78,08% des cas (57/73). Cependant, l'origine du saignement ne pouvait être affirmée que dans 61,29 % des cas (38/62). Le taux de diagnostic déterminé était voisin de celui retrouvé par Kodjoh *et al.* [4] (65,45%) et par Zaltman *et al.* [11] (75,6%). La rentabilité diagnostique était plus élevée dans d'autres études comme celle de Slim *et al.* [12] avec une efficacité de 94,8% et Czernichow *et al.* [13] qui retrouvaient jusqu'à 92% d'efficacité. D'une part, cette situation peut s'expliquer par le retard pris dans la réalisation de l'examen endoscopique pour certains de nos malades, du fait des difficultés financières des patients. En effet, dans notre pays, le système de santé repose sur la participation financière des patients. D'autre part, elle peut résulter de la défaillance de notre matériel endoscopique.

Les ulcères gastro-duodénaux représentaient les causes les plus fréquentes dans notre étude. Le même résultat est retrouvé dans de nombreuses études, africaines et occidentales [13-16]. La différence repose cependant dans leurs étiologies. En Afrique, l'étiologie des UGD est dominée par l'infection à *Hp*. Bien que la recherche d'*Hp* n'ait pas été réalisée dans cette étude, il est fort probable que la plupart des ulcères diagnostiqués soient secondaires à une infection par *Hp*. En effet, une étude antérieure réalisée dans le même ser-

vice avait retrouvé une séroprévalence de l'infection à *Hp* de 82% chez l'adulte [17]. La littérature rapporte que les hémorragies digestives sont 4 à 10 fois plus fréquentes chez les patients infectés par *Hp* par rapport aux patients non infectés. Dans les pays occidentaux, les AINS sont les plus pourvoyeurs d'UGD [1,8]. En effet, la population est plus âgée et on retrouve une prise d'aspirine à faible dose au long cours. De plus, les AINS sont fréquemment utilisés en raison de sa propriété antalgique [18].

Nous avons retrouvé un taux important de causes indéterminées (38,7%). Ceci s'explique par le fait que, les lésions retrouvées lors de l'examen endoscopique ne sont pas obligatoirement responsables d'hémorragie digestive [1] ou bien que, la fibroscopie digestive haute était revenue normale. Le fait que 79,03% de nos patients (49 patients) n'avaient pas présenté de signes de mauvaise tolérance est probablement lié au jeune âge ainsi qu'à la rareté de tares viscérales dans notre population d'étude.

ces œsophagiennes est plus élevé. Par ailleurs, l'hémorragie digestive est plus grave chez le cirrhotique comparativement aux patients non cirrhotiques [1]. Une étude malgache sur les causes de mortalité chez les cirrhotiques a d'ailleurs révélé que l'hémorragie digestive constitue un facteur prédictif de mortalité chez le cirrhotique [19].

Conclusion

Cette étude a permis de déterminer la prévalence des hémorragies digestives hautes observées au sein d'un service de gastro-entérologie à Madagascar. Les ulcères gastroduodénaux, représentaient les principales causes d'hémorragies digestives hautes. La rupture de varices œsophagiennes constituait la principale cause de mortalité. Ainsi dans notre pays, en l'absence de fibroscopie digestive haute, nous insistons sur l'importance de la prévention de ces ruptures de varices œsophagiennes en instaurant précocement un traite-

Tableau 3 : Evolution selon les différentes causes

Causes	Sortie (n= 55) N (%)	Décès (n=3) N (%)	Transfert (n=2) N (%)	Sortie sur sa demande (n=2) N (%)
UGD	23 (88,46%)	-	-	2 (7,69%)
Gastrite et/ou duodénite	3 (100%)	-	-	-
Rupture de varices œsophagiennes(VO)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	-
Endobrachyoesophage	1 (100%)	-	-	-
Cancer gastrique	1 (50%)	-	1 (50%)	-
Malformation vasculaire	1 (100%)	-	-	-
Mallory Weiss	1 (100%)	-	-	-
UGD, Mallory Weiss	1 (100%)	-	-	-
Indéterminée	23 (95,83%)	1 (4,16%)	-	-

Concernant l'évolution des hémorragies digestives dans notre série, il est apparu que la rupture de varices œsophagiennes a un pronostic effroyable. En effet, sur les 4 patients ayant présenté une rupture de varice œsophagienne, 2 sont décédés. Il est classiquement décrit que le taux de mortalité par rupture de vari-

ment préventif par bêta- bloquant chez tout cirrhotique, en respectant les contre-indications. Par ailleurs, nous préconisons l'administration systématique, d'inhibiteurs de la pompe à protons chez tout patient présentant une hémorragie digestive haute.

Références

1. Van Leerda ME. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008;22:209-24.
2. Rakoto Ratsimba HN, Rabesalama SSEN, Rakotoarisoa AJC, *et al.* Hémorragie digestive du sujet jeune : possibilité d'une tumeur stromale. *Rev Trop Chir* 2007;1:31-2.
3. Rajaonahary TMA, Rambel AH, Rakotovo M, *et al.* Un cas de léiomyome gastrique de découverte fortuite. *Rev Trop Chir* 2009;3:61-2.
4. Kodjoh N, Hountondji A, Addra B. Hémorragies digestives hautes et pathologies gastro-duodénales dans un service de médecine interne en milieu tropical. *Med Afr Noire* 1992;39:25-30.
5. Ndjitoyap K, Koki Ndombo PO, Fouda OA, *et al.* Upper digestive system hemorrhages in Cameroon (apropos of 172 cases examined via endoscopy. *Med Trop* 1990;50:181-4.
6. Adom AH, Bayame S, Kadio K. Aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des hémorragies digestives hautes au CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire). *Acta Endoscopica* 1998;28:295.
7. Brullet E, Campo R, Calvet X, *et al.* Factors related to the failure of endoscopic injection therapy for bleeding gastric ulcer. *Gut* 1996;39:155-8.
8. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, *et al.* Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:914-20.
9. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal haemorrhage : a population based study. *Am J Gastroenterol* 1995;90:206-10.
10. Zuccaro G. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1202-8.
11. Zaltman C, Souza HSP, Castro MEC, *et al.* Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol* 2002;39:74-80.
12. Slim R, Yaghi C, Honein K, *et al.* Hémorragie digestive haute : identification des facteurs pronostiques. *J Med Lib* 2005;3:146-50.
13. Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB, *et al.* Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four french geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12: 75-81.
14. Amouretti M, Czernichow P, Kerjean A, *et al.* Prise en charge des hémorragies digestives hautes communautaires : trajectoires des malades dans 4 départements français. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:1003-11.
15. Sim E, Tekant Y, Kum CK, *et al.* A multimodality approach to endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *Singapore Med* 1991;32:415-8.
16. Alandry G. Endoscopie oeso-gastro-duodénale. A propos de 943 cas. Examens réalisés à l'hôpital principal de Tamatave. *Med Afr Noire* 1988;35:115-30.
17. Ramanampamonjy RM, Randria MJD, Razafimahefa SH, *et al.* Séroprévalence de l'infection due à *Helicobacter pylori* dans un échantillon de population malgache. *Bull Soc Pathol Exot* 2007;100:57-60.
18. Lanas A, Ferrandez A. Inappropriate prevention of NSAID-Induced Gastrointestinal Events Among Long-Term Users in the Elderly. *Drugs Aging* 2007;24:121-31.
19. Razafimahefa SH, Rabenjanahary TH, Rakotoarivelo RA, *et al.* Les causes de mortalité dans une population de cirrhotiques malgaches. *Med Trop* 2010;70:163-5.