

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
\*\*\*\*\*  
Un Peuple-Un But-Une Foi



**Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako**  
**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**

Année universitaire : 2022 - 2023

**THESE**

Thèse N°...../

**LES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES : ASPECTS  
EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES A L'HOPITAL DE SIKASSO**

Présentée et Soutenue publiquement le.../.../2023 devant le jury de la Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie

Par :

**M. Amadou Boubeye MAIGA**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

- Président :** M. Broulaye SAMAKE (Professeur)  
**Membre :** M. Madiassa KONATE (Maître de conférences Agrégé)  
**Membre :** M. Oumar TRAORE (Hépatogastro-enterologue - proctologue)  
**Co-Directrice :** Mme Sarah Deborah SANOGO (Maitre de conférences)  
**Directrice:** Mme Kadiatou DOUMBIA (Maitre de conférences Agrégé)

## **DEDICACES**

Je rends grâce

**A Allah Soubahanahou Wata Allah**, le tout puissant, le miséricordieux et son prophète Mohamed paix et salut soit sur lui

Je dédie ce travail :

**A mon père : Boubeye MAIGA,**

Merci de nous avoir donné l'opportunité d'aller à l'école et de réaliser ce rêve.

Qu'Allah le miséricordieux t'accorde une longue vie et une bonne santé.

**A ma mère : Fatoumata MAIGA,**

Les formulations me manquent pour t'exprimer mes sentiments. Merci pour toujours ; Toi qui malgré la distance et le temps que je passe sans qu'on puisse échanger a su me soutenir. Qu'Allah le tout puissant t'accorde une longue vie, une bonne santé, la prospérité et la joie de vivre.

**A mon oncle Abdou T MAIGA,**

Ce travail est le vôtre. Merci beaucoup pour votre soutien, votre compréhension et votre disponibilité. Vous avez été comme un père pour moi, une référence dans cette vie. Que Dieu vous garde et vous récompense de votre générosité pour toujours.

**A ma grande mère ICHATA SADOU**

QU'ALLAH vous fasse miséricorde, vous avez œuvré sans cesse pour notre réussite. Qu'ALLAH vous accorde le plus haut degré de son paradis.

**A mes frères et sœurs : ZEINA, HAMSETOU, ABDOU, ADIZATOU, ALPHA OUMAR, MOHAMED LAMINE , SOUMAIYA , ALIOU**

Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels.

Je ne saurai jamais vous remercier d'avoir assez renforcé ma motivation.

## **REMERCIEMENTS**

**A mon père Atayabou MAIGA (qu'Allah vous miséricorde)**

Merci à vous qui m'avez inscrit à l'école pendant tant de mes camarades et frères partaient en brousse et dans les champs, je vous serai éternellement reconnaissant.

**A mes oncles : Abdou T MAIGA, Mahamane T MAIGA , Moutar T MAIGA , Oumar T MAIGA (paix a ton âme) , Aboubacar T MAIGA**

Merci pour l'accompagnement et votre soutien qui n'ont jamais manqué durant tout ce cursus.

**A mes cousins : Abasse MAIGA, Faissal A MAIGA, Faissal Elmoctar MAIGA , Aissata MAIGA , Fatoumata MAIGA , Hadizatou MAIGA**

Recevez ici toutes mes gratitude

**A mes Tantes : Hamsetou HANDAKA et Aminatou MAHAMANE**

**A Nouhoum MAIGA**

Merci d'avoir facilité mon intégration au point g et à la faculté de médecine, merci pour les conseils et tout le soutien que vous m'aviez apporté.

Qu'Allah vous récompense de votre générosité.

**Aux familles MAIGA à ATTBOUGOU et à DIALLOBOUGOU**

Merci pour l'accueil et l'hospitalité.

Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maitres **Dr Traore Oumar, Dr Cisse Kadiatou Epse Tandina, Dr Traore Madou, Dr Diallo Djeneba Maiga, Dr Dolo, Dr Kone Y, Dr Toure Saidou, Dr Toure Mohomodine.**

**A tout le personnel du service de médecine de l'hôpital régional de Sikasso**

Merci pour votre franche collaboration.

**A mes collègues internes au service de médecine : Fatoumata Mah Diallo, Mariam Traore, Marietou Koita**

Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

**A tous les personnels et collaborateurs du service de médecine de l'hôpital de Sikasso**

**A tous le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**  
Merci pour la qualité de la formation que vous nous avez donnée et que vous continuez de nous donner.

**A camarades et collègues de la 13<sup>e</sup> promotion du numerus clausus**

Merci pour ces années passées ensemble dans l'entente et l'entre aide.

**A mes amis de la FREE GANG**

Merci pour les bons moments passés ensemble au point G, vous nous avez été un grand soutien.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY**

#### **Professeur Broulaye SAMAKE**

- Spécialiste en anesthésie-réanimation.
- Maître de conférences agrégé à la FMOS.
- Chef du service d'anesthésie du CHU Gabriel Touré.
- Membre de la Société Malienne d'Anesthésie et de Médecine d'Urgence(SARMU).
- Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation(SFAR).
- Membre du Burkina médical.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre rigueur scientifique, votre esprit critique, votre sérieux dans le travail et bien d'autres qualités font de vous un maître exemplaire. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY**

### **Professeur Madiassa KONATE**

- Maître de conférences Agrégé à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,
- Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA).

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce Jury nous a profondément touché. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire. Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Dr OUMAR TRAORE**

- Hépto-gastro-entérologue-proctologue
- Membre de la société nationale française de colo-proctologie
- Maître de stage en proctologie
- Chargés de recherche à l'hôpital de SIKASSO
- Chef de service de médecine de l'hôpital de SIKASSO

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire, nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE**

### **Professeur Sanra Déborah SANOGO**

- Maître de conférences à la FMOS
- Praticienne hospitalière au CHU du Point G
- Secrétaire générale adjointe de la société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD) ;
- Membre de la SNFGE (Société Nationale Française de Gastroentérologie)
- Membre du RFM (Réseau des Femmes Médecin du Mali)

Cher Maître

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été impressionnés par votre humilité, votre générosité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre enthousiasme communicatif qui font de vous un maître admirable. Honorable maître, trouvez ici l'assurance de notre admiration, et notre respect

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

### **Professeur DOUMBIA Kadiatou épouse SAMAKE**

- Maître de conférences agrégée en hépato-gastroentérologie à la FMOS
- Praticienne hospitalière au CHU GT
- Ancienne interne des hôpitaux
- Trésorière de la société malienne des maladies de l'appareil digestif (SOMMAD)
- Membre de la société africaine d'hépatogastroentérologie
- Membre de la société française d'endoscopie digestive (SFED)
- Membre de la société nationale française de gastroentérologie

Cher Maître,

Les qualités telles que la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'engagement, le dévouement et le travail bien fait forcent notre respect. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par votre rigueur scientifique, et votre amour du travail bien fait que par vos qualités humaines. Veuillez agréer cher maître l'expression de notre sincère et profonde gratitude.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AINS</b>	:	Anti-inflammatoire non stéroïdien
<b>AUSP</b>	:	Arbre urinaire sans préparation
<b>ATCD</b>	:	Antécédent
<b>BU</b>	:	Bandelette urinaire
<b>C3G</b>	:	Céphalosporine de 3eme génération
<b>CA</b>	:	Conseil d'administration
<b>CN</b>	:	Colique néphrétique
<b>CME</b>	:	Commission médicale d'enseignement
<b>ECBU</b>	:	Examen cyto bactériologique des urines
<b>FMOS</b>	:	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
<b>HTA</b>	:	Hypertension artérielle
<b>IEC/CCC</b>	:	Information, éducation, communication/ Communication pour le Changement de Comportement
<b>IV</b>	:	Intraveineuse
<b>IVL</b>	:	Intraveineuse lente
<b>IRM</b>	:	Imagerie par résonance magnétique
<b>Kg</b>	:	Kilogramme
<b>L</b>	:	litre.
<b>LEC</b>	:	Lithotripsie Extracorporelle.
<b>L1</b>	:	Première vertèbre lombaire
<b>L2</b>	:	Deuxième vertèbre lombaire
<b>L5</b>	:	Cinquième vertèbre lombaire
<b>Méd.</b>	:	Médecine.
<b>Meq</b>	:	milliéquivalent.
<b>MHz</b>	:	Méga Hertz
<b>Mn</b>	:	Minute
<b>ml</b>	:	Millilitre

<b>Mg</b>	:	milligramme.
<b>Mmol</b>	:	milli môle.
<b>µmol</b>	:	micromôle.
<b>NFS</b>	:	numération formule sanguine
<b>TDM</b>	:	Tomodensitométrie
<b>UIV</b>	:	Urographie intraveineuse
<b>UPR</b>	:	Urétéropyélographie rétrograde
<b>PF</b>	:	Produit de formation
<b>%</b>	:	Pourcentage

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge .....	19
Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie.....	20
Tableau III: Répartition des patients selon le statut matrimonial	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau IV: Répartition des patients selon l'occupation .....	21
Tableau V: Répartition des patients selon le lieu de résidence.....	22
Tableau VI: Répartition des patients selon le motif d'admission .....	22
Tableau VII: Répartition des patients selon le délai d'admission.....	22
Tableau VIII: Répartition des patients selon l'estimation du volume de sang émis .....	23
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux .....	23
Tableau X : Répartition des patients selon les signes à l'examen clinique .....	24
Tableau XI : Répartition des patients selon les résultats de la numération formule sanguine.....	25
Tableau XII : Répartition des patients selon les résultats des transaminases ....	26
Tableau XIII : Répartition des patients selon les résultats du TP .....	27
Tableau XIV : Répartition des patients selon les résultats de l'ionogramme sanguin.....	27
Tableau XV : Répartition des patients selon les résultats des marqueurs viraux .....	28
Tableau XVI : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie.....	28
Tableau XVII : Répartition des patients selon le délai de réalisation de la fibroscopie .....	29
Tableau XVIII : Répartition des patients selon les résultats de la fibroscopie ...	30
Tableau XIX : Répartition des patients selon le traitement administré .....	30
Tableau XX : Répartition des patients selon le nombre de culot transfusé .....	31
Tableau XXI : Répartition des patients selon l'évolution.....	31

Tableau XXII : Répartition des patients selon les circonstances du décès .....	32
Tableau XXIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation .....	32
Tableau XXIV : Evolution des patients selon les étiologies.....	33
Tableau XXV : Evolution par rapport au délai de la prise en charge .....	34

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon le sexe .....	20
Figure 2 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux .....	24
Figure 3 : Répartition des patients selon les résultats de la créatinémie.....	26
Figure 4 : Répartition des patients selon la réalisation de la FOGD.....	29

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif général .....	3
Objectifs spécifiques .....	3
I. GENERALITES.....	4
1.1. Définition.....	4
1.2. Intérêt Epidémiologique .....	4
1.3. Diagnostic positif (reconnaître l'hémorragie) .....	4
1.4. Diagnostic différentiel .....	4
1.5. Diagnostic de gravité .....	5
1.6. Diagnostic étiologique et prise en charge spécifique .....	7
II. METHODOLOGIE.....	15
2.1. Cadre d'étude.....	15
2.2. Type et durée d'étude .....	16
2.3. Population d'étude.....	16
2.4. Critères d'inclusion.....	16
2.5. Critères de non inclusion .....	16
2.6. Echantillonnage : Taille minimale d'échantillon .....	16
2.7. Méthode et matériels .....	17
2.8. Analyse des données.....	18
2.9. Considération éthique .....	18
III. RESULTAT .....	19
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSION .....	35

CONCLUSION .....	38
RECOMMANDATIONS .....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	40
ANNEXES .....	44

## INTRODUCTION

L'Hémorragie digestive haute (HDH) de l'adulte est l'une des principales urgences digestives et demeure une cause importante de morbidité et de mortalité, elle se définit comme le saignement d'une lésion du tube digestif située en amont de l'angle de TREIZ. Elle est un motif fréquent de consultation aux urgences et les causes les plus fréquentes en sont l'ulcère gastroduodénal et la rupture des varices œsophagiennes [1].

Elles sont les plus fréquentes des hémorragies digestives 80 à 90%. Bien que 90% des hémorragies digestives hautes s'arrêtent spontanément, elles nécessitent néanmoins une surveillance, parfois en milieu médicochirurgical de soins intensifs. Dans 15 à 20% des cas la chirurgie est inévitable. [2]

En France, l'incidence des hémorragies digestives hautes est de 65.000/ an. La mortalité hospitalière des HDH est de 14% [6].

En Afrique les fréquences hospitalières signalées dans les différents pays sont de 5,3% en Tunisie, 3,6% au Maroc, 1,2% au Burkina Faso, 7,3% au Togo, 3,1% à Madagascar [3,8]. En Côte d'Ivoire, la prévalence hospitalière des hémorragies digestives hautes était de 3,4% [7]

Selon une étude réalisée au CHU de LIBREVILLE sur les hémorragies digestives hautes, les principales étiologies étaient respectivement les ulcères gastriques et ou duodénaux (45,7%), des varices œsophagiennes (29,5%), œsophagite sévère (22,8%), gastropathie érosive (18,6%) [5]

Au Mali dans une étude antérieure réalisée au CHU Gabriel TOURE la fréquence hospitalière était de 6,7% [9]

Selon une autre étude réalisée au Mali à Sikasso portant sur les HDH chez l'adulte, les principales causes étaient respectivement une rupture de varices œsophagiennes (55,2%), des ulcères gastroduodénaux (16%), et les tumeurs gastriques (12%) [4].

Dans le but d'actualiser les données a Sikasso nous avons jugé nécessaire de réaliser de ce travail sur les aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des hémorragies digestives hautes.

Pour réaliser ce travail nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Étudier les hémorragies digestives hautes dans le service de Médecine de l'Hôpital de Sikasso.

### **Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la fréquence des hémorragies digestives hautes dans le service de médecine.
2. Identifier les étiologies des hémorragies digestives hautes.
3. Déterminer la morbidité et la mortalité au cours de ces hémorragies.

## **I. GENERALITES**

### **1.1. Définition**

Une hémorragie digestive est un saignement d'une lésion du tube digestif, située en amont (hémorragie digestive haute) ou en aval (hémorragie digestive basse) de l'angle de TREITZ et pouvant être extériorisé ou non [11].

### **1.2. Intérêt Epidémiologique**

Urgence fréquente ; au Mali : rupture de VO = 2,5% des hospitalisations.

- Pronostique : globalement 10% de mortalité.
- Etiologique : Causes multiples, parfois difficultés diagnostiques.
- Thérapeutique : Arsenal thérapeutique médical et endoscopique.

### **1.3. Diagnostic positif (reconnaître l'hémorragie) [13].**

#### **1.3.1. Hémorragie extériorisée**

- Hématémèse et/ou méléna et/ou rectorragie (ou hématochézie).
- Interrogatoire.
- Observation des déjections.
- TR: sang rouge ou méléna.

#### **1.3.2. Hémorragie non extériorisée**

- Signes de choc.
- Aspiration nasogastrique.
- Lavement évacuateur.
- Toucher rectal.
- Anémie ferriprive.

### **1.4. Diagnostic différentiel [13].**

#### **1.4.1. Devant l'hématémèse**

- Hémoptysie (interrogatoire, imagerie).
- Hémosialémèse (examen cavité buccale, fibroscopie œsogastroduodénale normale).

- Epistaxis déglutie et revomie (examen Oto-rhino-laryngologie).
- Vomissement du liquide de stase.
- Vomissement coloré par les aliments (vin, betterave).

#### **1.4.2. Devant le méléna**

- Selles colorées par les médicaments (fer, charbon, bismuth) et par les aliments (betterave, boudin) : interrogatoire, aspect des selles.

#### **1.4.3. Devant la rectorragie (ou hématochézie)**

- Selles dysentériques.
- Hémorragies d'origine génitale ou urinaire : examen génito-urinaire, endoscopie.

#### **1.4.4. Anémies microcytaires (d'autres origines)**

### **1.5. Diagnostic de gravité [16].**

#### **1.5.1. Evaluation de l'importance de la déplétion sanguine**

##### **1.5.1.1. Critères cliniques**

- Tachycardie et hypotension orthostatique.
- Signes de choc avec pression artérielle systolique < 80 mm Hg.
- Pâleur, sueurs, froideur des extrémités, hypotension artérielle.
- Nombre de solutés macromoléculaires, de culots de drogues pour maintenir une tension stable.

##### **1.5.1.2. Critères biologiques**

- Hémoglobine et hématocrite peu modifiées à la phase aiguë.
- Urée et Créatininémie élevées.

##### **1.5.1.3. Terrain**

- Âge physiologique > 65 ans.
- Tares associés.
- Situation de stress.

#### 1.5.1.4. Réanimation

- En dehors des rectorragies d'allure proctologique, minimales et sans retentissement hémodynamique, l'hospitalisation de tout patient décrivant une HD.
- Hospitalisation en USI : A l'admission du malade, il faut commencer la réanimation en même temps que la démarche diagnostique avant d'envisager le traitement spécifique.
- Apprécier l'état respiratoire et assurer une ventilation optimale :
- Position demi assise ou latérale de sécurité, libérer les voies aériennes supérieures.
- Oxygénothérapie (2-6 l/min) si hypoxie, sujet âgé, hémorragie sévère, chez le coronarien ou lorsqu'il existe une pathologie pulmonaire préalable. □  
Intubation avec ventilation artificielle si trouble de conscience, détresse respiratoire, état de choc réfractaire.
- Correction de l'hypovolémie : Première urgence thérapeutique.
- Doit être prudente avec un objectif : PAM à 80mmhg
- Arrêter les b-bloquants
- Pose de 2 voies veineuses périphériques de bon calibre  $\geq 14$  gauge
- VVC si impossibilité d'obtenir une voie périphérique
- Cristalloïdes préférés en 1ère intention du fait de leur innocuité
- Préférer le sérum physiologique. Si usage de sérum glucosé, ne pas oublier la vitaminothérapie B1B6
- En cas d'hémorragie abondante, les colloïdes (excepté l'hydroxyéthylamidon : aggrave l'IHC) peuvent être utilisés, malgré leur risque rénal. La supériorité de l'albumine, dans cette situation, n'est pas démontrée
- En cas de cirrhose : remplissage vasculaire à minima car la correction de l'hypovolémie s'accompagne d'une augmentation de la pression portale à un niveau supérieur au niveau initial, favorisant la récurrence hémorragique

- Les objectifs du remplissage sont d’obtenir une fréquence cardiaque <100 bat/min, une pression systolique >100mmHg et une diurèse > 30 ml/h □ La transfusion doit être adaptée au degré de déglobulisation : chez un malade réhydraté, l’objectif est une Hte entre 25 et 30% et Hb= 8g/dl
- Correction des troubles de l’hémostase :
- La correction systématique des troubles de l’hémostase par des dérivés du sang (PPSB, plasma frais congelé, plaquettes) n’est pas recommandée.
- Si plaquettes < 50000/mm<sup>3</sup> : transfusion de concentré plaquettaire. Cependant, le nombre de plaquettes peut ne pas augmenter en cas d’hypersplénisme.
- Evaluer l’état de conscience après correction des détresses cardio-respiratoires
- Prise de la température et recherche d’éventuels foyers infectieux.
- Glycémie capillaire : si hypoglycémie, Sérum glucosé 30% par voie intraveineuse
- Examens biologiques sont systématiques : NFS, Ionogramme sanguin, Groupage sanguin et Rhésus + RAI, bilan d’hémostase, fonction rénale, bilan hépatique.
- Commande et mise en réserve de culots globulaires compatibles.
- Prévention d’une encéphalopathie hépatique, si signes d’hépatopathie chronique.
- Surveillance : pouls, TA, saturation en oxygène, coloration muqueuse, conscience, diurèse, coloration des selles PVC, Hb, Hte.

## **1.6. Diagnostic étiologique et prise en charge spécifique [13]**

### **1.6.1. Enquête étiologique**

#### **1.6.1.1. Interrogatoire : du malade ou son entourage**

En cas d’HDH (hématémèse et/ou de méléna) : on recherchera les ATCD de :

- Hémorragie digestive.
- UGD.
- Douleur épigastrique d’allure ulcéreuse.

- Ethylisme, tabagisme.
- Ictère, voire hépatopathie connue.
- Vomissements ayant précédé le saignement.
- Prise de médicaments gastro toxiques (voir au besoin les ordonnances précédentes).
- Chirurgie abdominale.
- Autres pathologies.

#### **1.6.1.2. Examen physique : (systématisation)**

- Signes d'hépatopathie chronique (HTP, IHC).
- Signes d'une maladie hémorragique.
- Cicatrices abdominales.
- TR+ examen de la marge anale.
- Examen général systématique.

#### **1.6.1.3. Examens para cliniques : HDH**

##### **a. Fibroscopie OGD +++**

Dès que l'état hémodynamique le permet.

- Au besoin administration de 250 mg d'érythromycine en IV 20 à 30 mn avant l'acte.
- Dans tous les cas ni trop tôt ni trop tard : mieux dans les 6 premières heures si non dans les 24 heures.
- Triple objectif : faire le diagnostic lésionnel, évaluer le risque de poursuite ou de récurrence hémorragique, réaliser si besoin un geste d'hémostase endoscopique.

##### **b. Autres examens**

- Artériographie cœlio-mésentérique, TDM spiralée, angi scanner.
- HDB : coloscopie, entéro scanner, vidéocapsule endoscopique, scintigraphie aux hématies marquées au Tc 99m.

### 1.6.2. Etiologies et traitements spécifiques

Les HDA et HDC (ou hémorragies digestives occultes) ont à peu près les mêmes étiologies. La prise en charge des HDC repose sur le traitement spécifique de la cause et la supplémentation en fer pendant 3-6 mois.

#### 1.6.2.1. Hémorragies Digestives Hautes

##### a. Lésions hémorragiques sans rapport avec l'HTP [11].

##### ❖ Hémorragies par UGD (30% des HDHA)

- Endoscopie digestive : précise les lésions selon la classification de FORREST (Ia= en jet, Ib = en nappe ; IIa = vaisseau visible, IIb = caillot adhérent, IIc = tâche noire ; III= absence de stigmate).
- Méthodes thérapeutiques

Outre la réanimation.

- Traitement médicamenteux : IPP 80 mg en bolus puis 8mg/h IVSE pendant 72 h, relais par voie orale en pleine dose ;
- Traitement endoscopique : 03 méthodes avec idéalement utilisation de 02 Méthodes en association :
  - Méthodes d'injection : vasoconstricteurs (adrénaline au 1/10 000), sclérosant (polidocanol).
  - Méthodes thermiques : Electrocoagulation au plasma d'argon ou mono ou multipolaire.
  - Méthodes mécaniques : hémoclip.
  - Traitement chirurgical : rarement pratiqué. - Traitement radiologique : exceptionnel et anecdotique.
  - Indications - Si hémorragie en jet (FIa) ou vaisseau visible (FIIa) = injection + méthode thermique, hémoclip ;
  - Si suintement diffus (FIb) non sévère : injection d'adrénaline, hémoclip ;

- Si caillot (FIIb) : lavage pour chute du caillot puis injection si ulcère ou injection + méthode thermique si hémorragie déclenchée, hémoclip ;
- Si 2 échecs d'hémostase endoscopique ou hémorragie cataclysmique ou hémorragie en jet inaccessible au traitement endoscopique : chirurgie. Dans tous les cas, après hémostase : rechercher et éradiquer l'Helicobacter pylori par IPP et 2 ou 3 ATB (traitement de l'ulcère y compris mode de vie) ; contrôle endoscopique systématique + biopsies si UG.

– Résultats :

- 90% arrêt hémorragie.
- 10% récurrence surtout les 3 premiers jours.
- Environ 10% de mortalité.

#### ❖ **Lésions aiguës muqueuses gastroduodénales (20% des HDHA)**

- Plusieurs types de lésions (gastrite hémorragique, érosions, ulcérations, ulcère de stress) sont regroupés sous ce terme.
- Contexte : défaillance circulatoire, infection, lésion neurologique, AINS et aspirine.
- Endoscopie : lésions multiples.
- Traitement :
  - Injection. - IPP en IV.
  - Rechercher et éradiquer la cause.

#### ❖ **Syndrome de MALLORY – WEISS (10% des HDHA)**

- Déchirure de la muqueuse digestive au niveau du cardia secondaire à des efforts de vomissements.
- Endoscopie :
  - Ulcération ou ulcère à la jonction œsogastrique généralement unique de 1 à 2 cm ;
  - Saignement par suintement ou en jet ;
  - Parfois vaisseau visible.

- Traitement :
  - Anti sécrétoires ;
  - Si saignement actif : injection d'adrénaline, clips, ligature.
- Mortalité généralement nulle sauf terrain associé.
- ❖ **Tumeurs malignes œsogastroduodénales (5 à 8% des HDHA)**
  - Endoscopie : visualise la lésion.
  - Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur.
- ❖ **Œsophagite peptique (2% des HDHA)**
  - Endoscopie : lésions érosives ou ulcérées.
  - Traitement : hémostase endoscopique + IPP.
- ❖ **Malformations vasculaires (1% des HDHA) = Angiodysplasies et Télangiectasies isolées ou rentrant dans le cadre d'une maladie de Rendu Osler.**
  - Traitement : plasma argon.
- ❖ **Exulcération simplex de DIEULAFOY (2% de HDHA)**
  - Sujet âgé (plus de 60 ans).
  - Endoscopie.
  - Saignement d'une ulcération muqueuse de 2 à 5 mm, en regard d'une artère sous muqueuse anormalement large.
  - Saignement actif au sein d'une muqueuse normale.
  - Généralement de siège fundique.
  - Parfois vaisseau visible ou caillot.
  - Autres méthodes diagnostiques : artériographie, écho-endoscopie
  - Traitement :
    - Clips.
    - Ligature.
    - Injection.

- Pronostic : fonction du diagnostic, de l'abondance de l'hémorragie, de la récurrence et du terrain.

❖ **Fistule aorto-duodénale (< 1% des HDHA)**

- Porteur de prothèse aortique.
- Diagnostic : endoscopie, TDM, artériographie.
- Traitement = fermeture de la fistule, ablation de la prothèse, et geste de revascularisation.

❖ **Wirsungorragie (< 1% des HDHA)**

- Contexte : Pancréatite chronique ou tumeur maligne.
- Diagnostic : TDM, artériographie, endoscopie.
- Traitement : embolisation, chirurgie.
- Mortalité : 15%.

❖ **Hémobilie (< 1% des HDHA)**

- Contexte traumatique.
- Diagnostic : imagerie.
- Traitement : embolisation, désobstruction des VB, si échec = chirurgie.

❖ **Causes iatrogènes**

- Traitement endoscopique.

**b. Lésions hémorragiques en rapport avec l'HTP (30% des HDHA) [10], [11].**

❖ **Rupture de varices œsophagiennes et/ou cardio-tubérositaires**

- Endoscopie
- Présence de varices.
- Saignement en jet ou en nappe.
- Muqueuse mouillée de sang.
- Caillot ou clou plaquettaire sur varices.
- Varices sans stigmata de saignement avec présence de sang dans l'estomac sans autre cause de saignement.

- Méthodes thérapeutiques
  - Mesures générales :
    - ✓ Etat ventilatoire correct.
    - ✓ Bonne perfusion rénale sans excès de remplissage (risque de récurrence).
    - ✓ Prévention de l'encéphalopathie : administration d'ATB, surtout lactulose.
    - ✓ Evacuation prudente d'une ascite tendue.
  - Traitement vasoactif :
    - ✓ Somatostatine et dérivés.
    - ✓ Vasopressine et dérivés.
  - Hémostase endoscopique :
    - ✓ Ligature élastique.
    - ✓ Sclérose au polidocanol.
    - ✓ Injection de colle biologique (histoacryl\*).
  - Hémostase mécanique : tamponnement par sonde de Blakemore.
  - TIPS.
  - Traitement chirurgical : transsection œsophagienne, dérivation portale.

Au décours de l'épisode hémorragique : Bêtabloquant (propranolol\*), Ligature élastique, transplantation hépatique.

- Indications : VO
  - Si saignement actif : vasoactif + ligature (ou sclérose) ;
  - Hémorragie cataclysmique ou persistance malgré vasoactif et/ou ligature (sclérose) ou traitement endoscopique impossible = Blakemore
  - Echec des techniques précédentes : TIPS ou chirurgie ;
  - Prévention secondaire : Bêtabloquant + traitement endoscopique.
  - VG : injection de colle biologique + vasoactif.
- Résultats : - Arrêt de l'hémorragie dans 90% des cas.
  - Mortalité moyenne de 15% (liée au score Child Pugh).

**c. Gastropathie d'HTP**

- Gastropathie en mosaïque : traitement par substances vasoactives (semble efficace).
- Ectasies vasculaires antrales (« Estomac pastèque ») : plasma argon.

**d. Erosions et UGD :**

Même conduite qu'en dehors d'htp

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre d'étude**

L'étude s'est déroulée dans le service de médecine de l'hôpital régional de Sikasso

#### **2.1.1. Présentation de l'hôpital**

L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit hectares ; et compte 15 services, il occupe le 1er rang dans la référence, ce qui le met au sommet de la pyramide sanitaire de la région.

Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7 km linéaire. La structure est dotée de 3 missions (Soins, Formation, et Recherche).

L'hôpital emploie 225 personnes et est géré par 3 organes :

- Un conseil d'administration
- Un comité de direction
- Et une direction générale.

#### **2.1.2. Présentation du service de médecine interne**

Le service de médecine est situé au rez-de-chaussée du pavillon Médecine pédiatrie; il regroupe diverses spécialités (infectiologie, néphrologie, dermatologie, endocrinologie-diabétologie, Hépatogastro-entérologie, médecine interne, et rhumatologie). IL comprend une salle d'accueil et d'orientation, une salle des infirmiers, un bureau du responsable des soins, neuf salles d'hospitalisation dont 4 salles d'hospitalisation 3<sup>ème</sup> catégorie, 2 salles VIP, 2 salles d'isolement, une cabine d'hospitalisation 2<sup>ème</sup> catégorie 3 bureaux de médecins, une salle de soins, une salle des internes une salle de garde, une salle d'archives et des toilettes.

#### **Personnel du service :**

Le personnel se compose de :

- Deux hépatogastro-entérologues dont le chef de service ;
- Deux néphrologues

- Un dermatologue ;
- Un médecin interniste avec DU en diabétologie ;
- Un rhumatologue ;
- Quatre infirmiers avec des stagiaires ;
- Quatre internes ;
- Un vigil ;
- Trois techniciennes de surface dont une permanente.

## **2.2. Type et durée d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1er juin 2022 au 31 Mai 2023

## **2.3. Population d'étude**

Tous les patients admis au service de Médecine durant la période d'étude.

## **2.4. Critères d'inclusion**

Tous les patients présentant une hémorragie digestive haute et âgés au moins de plus de 16 ans durant la période de l'étude.

## **2.5. Critères de non inclusion**

Les patients âgés de 15 ans au plus moins de 16 ans présentant une hémorragie digestive haute.

## **2.6. Échantillonnage : Taille minimale d'échantillon**

La taille d'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Daniel Schwartz

$$n = (Z_{\alpha})^2 \cdot \frac{p \times q}{i^2}$$

- n est notre taille minimum d'échantillon ;
- $z_{\alpha}$  est le coefficient qui est égal à 1,96 à  $\alpha = 95\%$
- p est la prévalence qui selon l'étude de Katilé D et al [1] en 2022 au Mali, les hémorragies digestives hautes ont représenté 3,9% de toutes les hospitalisations à l'hôpital régionale de Kayes.
- i est la marge d'erreur à 5%

En application numérique on a :  $n = (1,96)^2 \cdot \frac{0,039 \times 0,961}{0,05^2} = 58$  cas d'hémorragies digestives hautes.

La taille minimale d'échantillon trouvé d'après les calculs était égale à 58 cas d'hémorragies digestives hautes. Cette taille d'échantillon a été majorée 5% pour pallier aux éventuelles questions incomplètes ce qui nous donne une taille minimale de 61 cas d'hémorragies digestives hautes.

## **2.7. Méthode et matériels**

### **2.7.1. Déroulement**

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et para clinique

Nos données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête que nous avons élaborée :

- les informations recueillis au chevet du malade
- au niveau des accompagnateurs

### **2.7.2. Variables étudiées**

Variables quantitatives et qualitatives :

Nom, prénom, âge, sexe, numéro de téléphone, ethnie, adresse, statut matrimonial, la conscience, l'abondance de l'hémorragie, la TA, le pouls, la température, le poids, la taille, l'examen abdominal, la NFS, la créatinémie, l'ionogramme sanguin, la glycémie, l'échographie abdominale, la fibroscopie digestive haute etc.....

### **2.7.3. Méthode**

- Clinique : (Interrogatoire, Signes généraux, Signes physiques, Signes fonctionnels)
- Para cliniques : (La NFS, Groupage/Rhesus, TP, Electrophorèses des protides, Antigène HBS, Anti-HCV, la creat, la glycémie ,l'ionogramme sanguin, l'échographie abdominal, la fibroscopie digestive haute etc....)

## **2.8. Analyse des données**

Nos données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête que nous avons élaborée. Nos données ont été saisies sur Microsoft World 2007 et analysées sur le logiciel SPSS version 21, nous avons utilisé le test de comparaison de KI2 PEARSON pour comparer nos données .

## **2.9. Considération éthique**

- L'anonymat a été respecté
- Tous les patients ont été informés de la nature de l'étude et leurs consentements verbaux étaient indispensables pour l'inclusion.

### III. RESULTAT

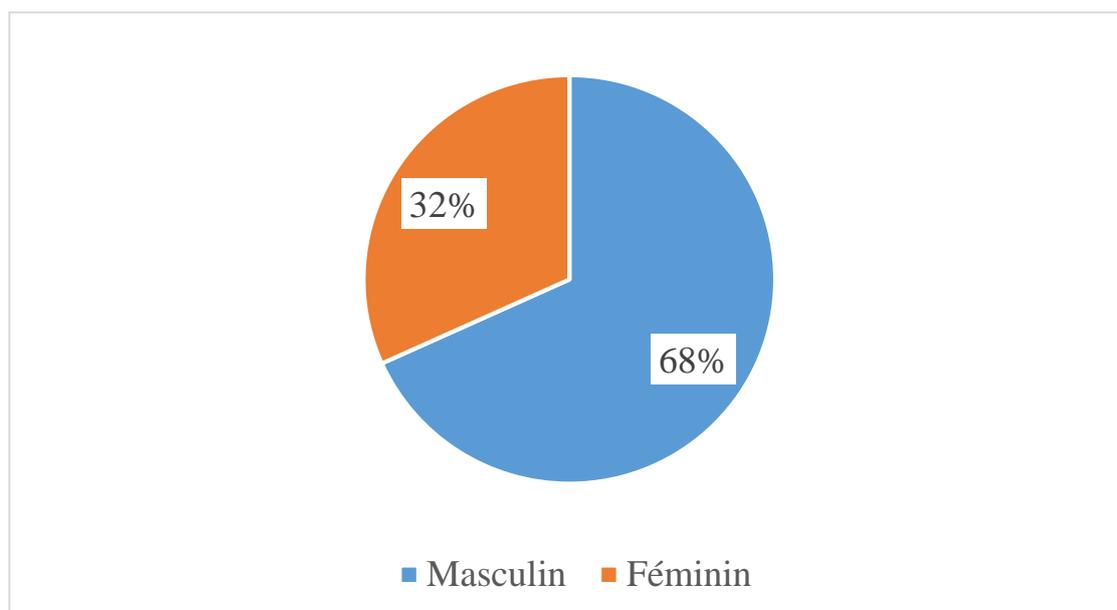
Au terme de notre étude 63 patients répondaient à nos critères d'inclusions sur 701 malades hospitalisés durant la période d'étude soit une fréquence hospitalière de 9%.

**Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge**

<b>Tranche d'âge (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>16-26</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>
27-37	11	17,5
38-48	16	25,4
49-59	10	15,9
60-70	16	25,4
71-81	5	7,9
≥ 82	1	1,6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Les tranches d'âges 38-48 et 60-70 étaient plus représentées avec 25,4% pour chaque tranche.

L'âge moyen de nos patients était 49,74 avec des extrêmes allant de 16 à 96 ans



**Figure 1: Répartition des patients selon le sexe**

Le sexe masculin était prédominant avec 68,3% des cas. Le sexe ratio est de 2,15

**Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Senoufo	26	41,3
Peulh	14	22,2
Bambara	15	23,8
Soninké	2	3,2
Autres	6	9,6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Les senoufos étaient l'ethnie la plus représentée avec 41,3% des cas

Les autres ethnies : Sonrhäï (1) ; Samogo (1) ; (1) ; Malinké (1) ; Bwa (1) ; Mianka (1) ; Gana (1)

**Tableau III: Répartition des patients selon l'occupation**

<b>Occupation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Cultivateur	23	36,5
Ménagère	18	28,6
Eleveur	2	3,2
Tailleur	3	4,8
Commerçant	9	14,3
Enseignant	4	6,3
Autres	4	6,3
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Les cultivateurs et les ménagères étaient les plus représentées respectivement avec 36,5% et 28,6% des cas

**Tableau IV: Répartition des patients selon le lieu de résidence**

<b>Adresse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sikasso	13	20,6
milieu rural	44	69,9
Autres	6	9,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients résidait en milieu rural avec 69,9% des cas

**Autres : pays étranger**

**Tableau V: Répartition des patients selon le motif d'admission**

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hématémèse	34	54
Méléna	16	20,6
Anémie	6	9,52

L'hématémèse était le principal motif d'admission dans 54% des cas

**Tableau VI: Répartition des patients selon le délai d'admission**

<b>Délai d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 24h	3	4,8
24h-48h	23	36,5
48h-72h	20	31,7
> 72h	17	27,0
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Le délai d'admission de nos patients était de 24h-72h dans 68,2% des cas

**Tableau VII: Répartition des patients selon l'estimation du volume de sang émis**

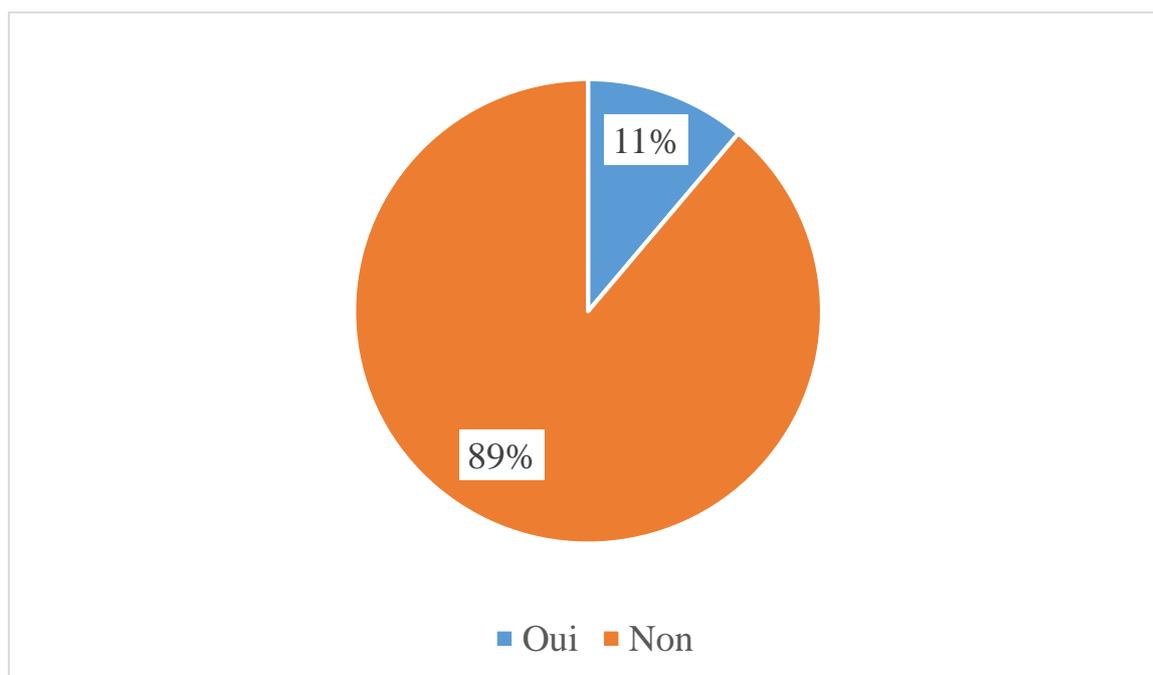
<b>Quantité hémorragie (n=34)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 500cc	8	23,5
500-1000cc	26	76,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

La quantité de sang émis par nos patients était comprise entre 500-1000cc dans 76,5% des cas.

**Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Epigastralgie	32	50,8
Hepatopathie	6	9,5
hémorragie digestive	1	1,6
HTA	3	4,8
Ictère	11	17,5
Transfusion	1	1,6
Aucun	9	14,3
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

L'épigastralgie était l'antécédent le plus retrouvé dans 50,8% des cas, l'ictère a été retrouvé dans 17,5% des cas.



**Figure 2 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux**

**Tableau IX : Répartition des patients selon les signes à l'examen clinique**

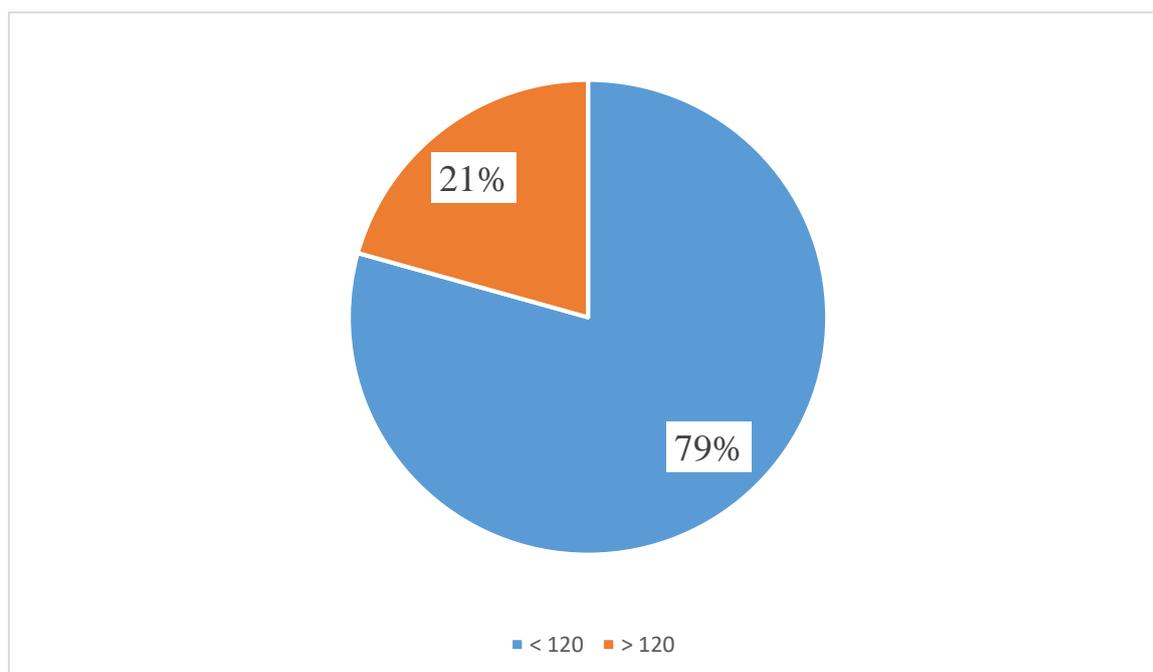
Examen clinique	Effectif	Pourcentage
Méléna	61	96,8
Tachycardie	47	74,6
Pâleur conjonctivale	38	60,3
Sensibilité épigastrique	35	55,6
Ascite	21	33,3
Hépatomégalie	18	28,7
Amaigrissement	15	23,8
Cvc	13	20,5
Hypotension	11	17,4
Ictère	8	12,7

Le méléna, la tachycardie, la pâleur et la sensibilité épigastrique étaient les signes les plus représentés

**Tableau X : Répartition des patients selon les résultats de la numération formule sanguine**

<b>NFS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Hémoglobine</b>		
< 7	38	60,3
7-10	16	25,4
> 10	9	14,3
<b>Hématocrite</b>		
< 25	51	81,0
> 25	12	19,0
<b>VGM</b>		
< 80	26	41,3
80-100	33	52,4
> 100	4	6,3
<b>Globule blanc</b>		
< 10000	47	74,6
> 10000	16	25,4
<b>Plaquettes</b>		
< 150	32	50,8
150-300	26	41,3
> 300	5	7,9

Une anémie inférieure à 7g a été retrouvée dans 60,3% cas



**Figure 3 : Répartition des patients selon les résultats de la créatinémie**

La créatinémie était normale dans 79,4% des cas

**Tableau XI : Répartition des patients selon les résultats des transaminases**

Transaminases	Effectif	Pourcentage
<b>ASAT</b>		
< 40	38	52,5
> 40	9	47,5
<b>ALAT</b>		
< 40	51	49,2
> 40	12	50,8

Une cytololyse est retrouvée dans 50,8% des cas

**Tableau XII : Répartition des patients selon les résultats du TP**

<b>Résultat TP</b>	<b>Effectif (n=62)</b>	<b>Pourcentage</b>
< 50	25	40,3
50-70	10	16,1
> 70	27	43,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Le TP était effondré dans 40,3% des cas

**Tableau XIII : Répartition des patients selon les résultats de l'ionogramme sanguin**

<b>Ionogramme sanguin</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Natrémie</b>		
< 135	23	37,7
> 135	38	62,3
<b>Kaliémie</b>		
< 3,5	20	32,8
> 3,5	41	67,2
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Une hyponatrémie et hypokaliémie étaient présents respectivement dans 37,7% et 32,8% des cas

**Tableau XIV : Répartition des patients selon les résultats des marqueurs viraux**

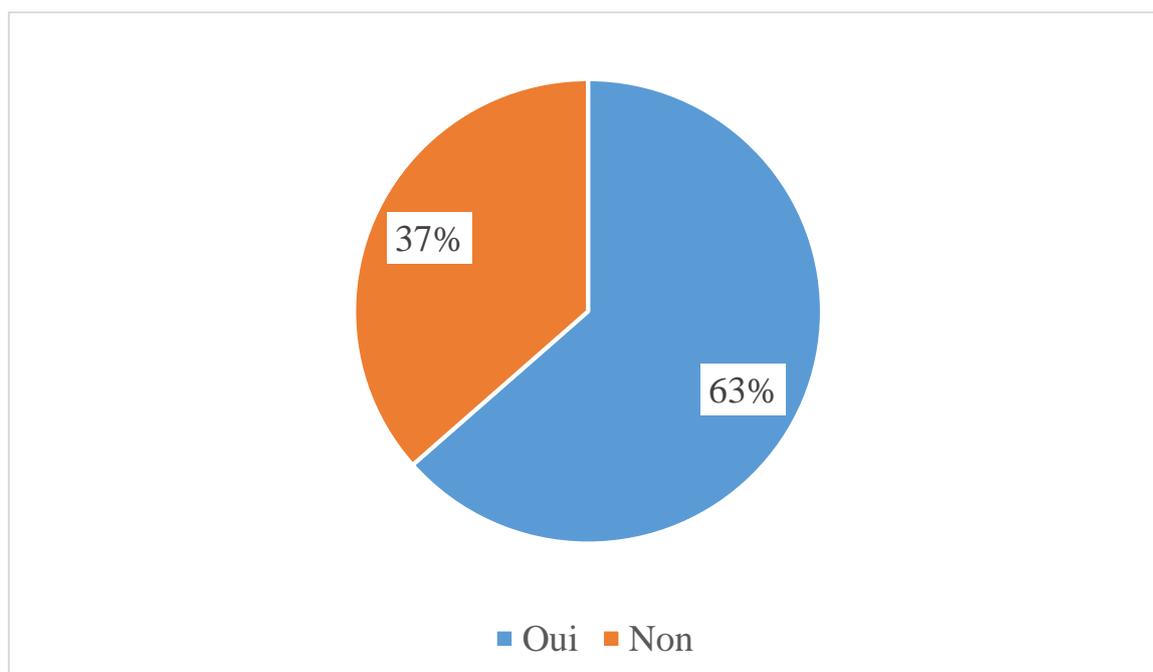
<b>Marqueurs viraux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ag Hbs</b>		
Positif	25	42,4
Négatif	34	57,6
<b>Ac VHC</b>		
Positif	2	3,4
Négatif	57	96,6

L'antigène Hbs étaient positif dans 42,4% des cas et l'anticorps VHC dans 3,4% des cas

**Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie**

<b>Echographie abdominale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normal	32	50,8
Foie hétérogène	26	41,2
Ascite	12	19
Splénomégalie	11	17,5
Foie hyperechogène	2	3,2

Les signes de l'hypertension portale étaient présents dans 36,5% des cas. L'échographie était normale dans 50,8 des cas



**Figure 4 : Répartition des patients selon la réalisation de la FOGD**

La fibroscopie était réalisée dans 63,5% des cas

**Tableau XVI : Répartition des patients selon le délai de réalisation de la fibroscopie**

Délai FOGD n=40	Effectif (n=40)	Pourcentage
48H-72H	16	40
> 72H	24	60
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La fibroscopie était réalisée dans un délai supérieur à 72h dans 60% des cas

**Tableau XVII : Répartition des patients selon les résultats de la fibroscopie**

Résultat FOGD n=40	Effectif	Pourcentage
VO	15	37,5
Ulcère	10	25
Tumeur gastriques	8	20
Œsophagite	1	2,5
Gastropathie érosive	3	7,5
Gastropathie érythémateuse	3	7,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Les VO, l'UGD et la suspicion de tumeurs gastriques étaient respectivement représentés dans 37,5%; 25% et 20% des cas.

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement administré**

Traitement	Effectif	Pourcentage
Transfusion sanguine	43	68,3
Antibiotique	33	52,4
IPP	54	85,7
Bétabloquants	14	22,2
Macromolécules	8	12,7
Traitement endoscopique	2	3,17

Les IPP, la transfusion sanguine et l'antibiothérapie étaient administrés dans respectivement 85,7% ; 68,3% et 52,4% des cas

**Tableau XIX : Répartition des patients selon le nombre de culot transfusé**

<b>Nombre de culot</b>	<b>Effectif n=43</b>	<b>Pourcentage</b>
500 CC	12	27,9
1000 CC	22	51,2
> 1000 CC	9	20,9

La majorité des patients avait reçu deux poches de sang dans 51,2% des cas

**Tableau XX : Répartition des patients selon l'évolution**

<b>Evolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Arrêt de l'hémorragie	27	79,4
Récidive l'hémorragie	7	20,6
Décès	12	19

L'arrêt de l'hémorragie était constaté chez 58 patients soit 79,4% des cas

La mortalité était de 19%

**Tableau XXI : Répartition des patients selon les circonstances du décès**

<b>Causes de décès</b>	<b>Effectif n=12</b>	<b>Pourcentage</b>
Encéphalopathie	5	41,7
Choc hémorragique	7	58,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Le choc hémorragique était la principale cause de décès chez nos patients dans 58,3% des cas

**Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 72H	10	15,9
> 72H	53	84,1
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

La durée d'hospitalisation de nos patients était supérieure à 72h dans 84,1% des cas

**Tableau XXIII : Evolution des patients selon les étiologies**

<b>Etiologie /Evolution</b>	<b>VO N(%)</b>	<b>Ulcère N(%)</b>	<b>Tumeur N(%)</b>	<b>Œsophagite N(%)</b>	<b>Gastropathie érosive N(%)</b>	<b>Gastropathie érythémateuse N(%)</b>	<b>Total (%)</b>
Arrêt hémorragie	12(80)	10(100)	7(87,5)	1(100)	3(100)	3(100)	36(90)
Récidive hémorragique	1(6,7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2,5)
Décès	2(13,3)	0(0)	1(12,5)	0(0)	0(0)	0(0)	3(7,5)

P=0,11

Il n'y a pas de relation significative entre l'évolution et les étiologies

**Tableau XXIV : Evolution par rapport au délai de la prise en charge**

<b>Evolution / délai de prise en charge</b>	<b>Arrêt hémorragie N(%)</b>	<b>Récidive hémorragie N(%)</b>	<b>Décès N(%)</b>	<b>Total N(%)</b>
> 72H	35(79,6)	5(71,4)	8(66,7)	48(76,2)
< 72H	9(20,4)	2(28,6)	4(33,3)	15(23,8)

P=0,18

On n'a pas trouvé une relation significative entre l'évolution et le délai de la prise en charge

#### IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans le service de médecine de l'hôpital régional de SIKASSO du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 Mai 2023.

Nous avons colligé 63 malades sur 701 hospitalisés pendant la même période, soit une prévalence de 9%. Ce résultat est sous-estimé, par la sous fréquentation de l'hôpital par les patients.

Cependant, cet effectif peut permettre de faire une analyse de cet accident évolutif qui constitue une urgence.

Les hémorragies digestives hautes représentaient 9 % de l'ensemble des hospitalisations pendant la période d'étude. Ce résultat est nettement supérieur à ceux rapportés par Koumaré M et al [14], KONATE et al [19], DIARRA et al [4], qui sont respectivement de 5,5% ; 2,5%, et de 1,6%. Cette différence pourrait s'expliquer la taille moins importante de notre échantillon par rapport aux séries rapportés dans d'autres études.

L'âge moyen de nos patients était de 49,7 ans qui est nettement supérieur à celui retrouvé dans d'autres études effectuées dans notre pays [19,4] et à LIBREVILLE [5]. Cependant, un âge moyen de 64 ans a été rapporté par ZARHOUNI à Bordeaux [28].

Le sexe masculin prédominait dans notre étude avec une prévalence de 68,3%. Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par Keita M et al [15]; DIARRA et [4], et KONATE et al [19], respectivement de 74,4 % ; 73,6% et 82,4% .

Les ménagères et les cultivateurs étaient plus représentés respectivement 36,5% et 28,6%.

Ces résultats s'expliquent par les difficultés d'accès aux soins, du fait d'un manque de moyens financiers, l'absence de surveillance médicale faisant que beaucoup de pathologie notamment les hépatopathies chroniques ne sont pas

diagnostiquées à temps et l'automédication qui constitue un facteur d'aggravation et de retard de diagnostique dans leur contexte.

L'hématémèse était le principal motif d'hospitalisation dans notre étude avec une prévalence de 54%. Ce résultat est nettement inférieur à ceux rapportés dans notre pays Koumaré M et al [14], et Keita M et al [15], qui étaient respectivement 92,2% et 71,8% ,mais notre résultat est comparable à celui rapporté par PATRICE EIB à LIBREVILLE [5], qui était de 52% .

Les patients étaient hospitalisés dans les 24h-72h suivant l'hémorragie digestive dans 68,2% des cas dans notre étude. Par contre Koumaré M et al[14], ont trouvé que la majorité de leurs patients étaient admis dans les 24h suivant l'hémorragie digestive.

Un antécédent d'épigastralgie et d'ictère étaient retrouvés respectivement chez 50,8% et 17,5% de nos patients. Par contre Koumaré M et al [14], avaient retrouvé un antécédent d'ictère dans 26,4% et Diarra et al [4] dans 26,3%. Dans notre série, le méléna la tachycardie, la pâleur et la sensibilité épigastrique étaient les signes physiques les plus couramment notés à l'admission soit respectivement 96,8% ; 74,6% ; 60,3% et 50,6%. Keita M et al[15], avaient retrouvé la pâleur, l'hypotension artérielle et la tachycardie dans respectivement chez 73,1% ; 61,5% et 53,8% .

A l'admission, 60,3% de nos patients avaient une anémie inférieure à 7 g/dl, ce qui a nécessité une transfusion de sang iso groupe- iso rhésus.

L'endoscopie était réalisée chez 60% des patients après les 72h heures s'expliquant soit par manque de moyens financiers du patient et ou le mauvais état hémodynamique des patients pour la réalisation de l'endoscopie.

Les varices œsophagiennes, l'ulcère gastroduodéal et les tumeurs gastriques étaient les principaux signes endoscopique retrouvés respectivement dans 37,5% ; 25% et 20% des cas. Ceci est comparable au taux trouvé par Koumaré M et al

[14], et DIARRA et al [4], qui étaient respectivement de 48,1% ,22% et 55,2% ; 16% ; 12%.

68,3% de nos malades avaient reçu deux poches de sang. L'utilisation très souvent du sang total était liée à la non disponibilité constante du culot globulaire à la banque de sang.

La récurrence précoce était observée chez nos patients dans 20,59% des cas. Le taux de mortalité était de 19,05%. Ce résultat est comparable à ceux apportés par Koumaré M et al [14], et DIARRA et al [4], qui étaient respectivement de 23,4% et 22,4%. Mais, inférieur à ceux rapportés par Keita M et al [15], et par Konaté et al [19] ; respectivement 87,2% et 48%.

Le choc hémorragique était la principale cause de décès de nos malades avec 58,3%. La même cause a été rapportée Koumaré M et al [14], dans 27,8%.

## CONCLUSION

L'HDH est l'une des principales urgences digestives en hépato-gastroentérologie et demeure une cause importante de morbidité et de mortalité.

L'âge jeune de nos patients et la fréquence représentative du sexe masculin sont régulièrement rapportés dans notre contexte.

L'hématémèse était le principal motif de consultation et la rupture des varices œsophagienne et l'ulcère gastroduodéal étaient les étiologies les plus représentées.

## RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons :

### Aux autorités

- Organiser des campagnes de sensibilisation sur les conséquences néfastes des virus de l'hépatite B et C.
- Le renforcement des mesures de contrôle des médicaments.
- L'équipement des centres d'endoscopie en matériel pour une meilleure prise en charge.

### A la population

- Consulter précocement en cas d'hémorragie digestive et adhérer aux informations données par les soignants dans la prise en charge.
- L'arrêt de l'automédication.
- Se faire dépister par rapport au VHB et au VHC.
- Se vacciner contre le VHB.

### Aux personnels soignants

- La prise en charge immédiate au service des urgences et une coopération entre urgentiste, réanimateur, gastro-entérologue et chirurgiens.
- La surveillance rigoureuse des maladies susceptibles d'entraîner des hémorragies digestives.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-**Bagny A, Bouglouga O, Djibril MA , Mba KB ,Redah D.** Profil étiologique des hémorragies digestives hautes de l'adulte au CHU- Campus de Lomé (Togo). J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2012 ; 6(1): 38- 42.
- 2-**Mandjon Tchowanwou de Meno.** Les hémorragies digestives hautes aiguës en milieu hospitalier . Thèse, Med, Bamako,2002.
- 3-**Kodjoh N ,Houtondji A, et Addra B ,** les hémorragies digestives supérieures et la pathologie gastroduodénale dans le service médical interne tropical. Médecine d'Afrique noire 1992 , 39,25-30
- 4-**Diarra M, Diarra S ,Dolo M Traoré H , Diallo A .** hémorragies digestives hautes aiguës : Expérience d'un milieu rural.. acta endoscopica 2007. 37, 321-26
- 5-**PEI Bignoumba ,Ines Flore MM ,Jean Batiste MK ,** hémorragie digestive haute au centre hospitalier universitaire de LIBREVILLE :Aspects cliniques et prise en charge réelle :a propos de 210 patients, 2019
- 6- **Levy J, Bourgeois P.** Lésions digestives sous AINS et gastro protection : Quelles stratégies thérapeutiques ? Le concours2003 ; 125 (33) : 1916-1920.
- 7-**Diakité .M, Toth'o .A ,Assi. C, Koné . S , Ouattara. A, Doffou. S** et al :épidémiologie et facteur pronostiques des hémorragies digestives hautes en Cote d'ivoire 2015,285-290
- 8-**Ben Chaabane N , Ben Youssef H ,Ghedira A,** et al épidémiologies des hémorragies digestives hautes en Tunisie.Acta endoscopica 2010 ,40,176-182
- 9-**Dicko MY, Doumbia K Wife Samaké, Sow H Wife Coulibaly, G Soumaré et al.** Acute Upper Digestive Bleedings in Hospital in Bamako. Open J Of Gastroenterology. 2018 ; 8 : 387-93.
- 10- **Lasserre N, Duval F, Pateron D.** Les hémorragies digestives hautes, conduite à tenir aux urgences. URGENCES 2009 ; 98 : 959-68.
- 11-**Chapelle N, Bardou M.** Toxicité gastroduodénale des médicaments antiinflammatoires non stéroïdiens. EMC ; (Paris, Elsevier Masson)Gastroentérologie 2017, 12(3) : 1-10.

12-**David ZJ, Chrystostalis A, Lefèvre J.** Hémorragie digestive : diagnostiquer une hémorragie digestive, identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. Hépatologie gastro-entérologie chirurgie viscérale. 7<sup>e</sup> édition. Paris : Vernazobres-Grego; 2020, 552-66.

13- **Pateron D, Belhadj K.** Prise en charge des hémorragies digestives aiguës hautes : utilisation des médicaments à visée hémostatique. Service des urgences hôpital Jean verdier AP-HP, avenue du 14 juillet, 93140 Bondy, France. Réanimation 2001 ; 10.

14-**Koumaré M .**Hémorragies digestives par rupture des varices œsophagiennes et valeur pronostique de la transfusion sanguine dans le CHU-GT.2019, 16-26

15-**Keita M.** Place des anti inflammatoires (AINS) dans les hémorragies digestives.2022,28-45

16- **Pateron D.** Complications de l'hypertension portale de l'adulte. Hémorragies digestives. Évaluation et prise en charge non spécifique. Gastroenterol Clin Biol 2004 ; 28 : B179-85.

17- **Conférence de consensus** : complications de l'hypertension portale chez l'adulte. Comment traiter une hémorragie aiguë par rupture de varices œsophagiennes ? Gastroenterol Clin Biol 2004 ; 28 : 135-52.

18- **Diarra M, Soucko-Diarra A, Dolo M et al .** Hémorragies digestives hautes aiguës : Expérience d'un milieu rural. Acta endoscopica 2007 ; 37(3) : 321-26.

19-**Konaté A, Diarra MT, Soukho A épouse K, Katilé D ,Soumaré G, Kallé A** et al.Hémorragies digestives par ruptures des varices oesophagiennes Mali médical 2008 .23 :32-35

20-**Bardou M, Barkun A.** Prévention des complications digestives des antiinflammatoires non stéroïdiens : de la connaissance des facteurs de risque à leur prise en compte.RevRhumathol2007 ; 77 : 7-13.

21- **Razafimahefa SH, Rabenjanahary TH, Rakotozafindraibe R, Fidinarivo A, Ramanampamonjy RM.** Hémorragies digestives hautes: aspects cliniques,

endoscopiques et évolutifs. A propos d'une série de 62 patients malgaches. Revmed Madagascar 2011;1 (1):6-10.

22- **Samlani Sebbane Z, Gharaba S, Krati K, Aboulhassan T, Samkaoui A, Rabbani K, Finech B.** Le profil étiologique des HDH extériorisées dans la région de Marrakech. J. Afr Hépatol. Gastrol 2012 ; 6(4):256-58.

23- **Mekkaoui El, Mellouki I, Berraho M, Saâda K, Elyousfi M, Aqodad N et al.** Epidémiologie, étiologie et évolution des hémorragies digestives hautes au centre hospitalier universitaire de Fès, Maroc. Acta Endosc 2011 ; 41 (6) :337- 43.

24- **Doumbia K, Sow H, Dicko M Y, Sanogo S D, Tounkara M S, Péliaba K, Soumaré G, Konaté A, et al .** Digestive bleeding by rupture of esophageal varicose veins and prognosis value of transfusion in the Hepato gastroenterology department of the Gabriel Touré hospital. Open Journal Of Gastroenterology. 2021, 11, 75-80.

25- **Menu D, Patrick B, Pascal D, Luc Zanni J, Sylvie A, Malbrant et al.** Prescription des AINS en Bourgogne chez la personne âgée de plus de 70 ans. Rev Prat 2004 ; 18 : 248-52.

26- **Crickx Etienne.** Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Prat 2017 ; 67 :433-42.

27- **Traoré A.** Place des anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans les hémorragies digestives. Thèse Med, Bamako ; 2020 : 74

28- **Heidi Z.** Prise en charge pré hospitalière des hémorragies digestives hautes au SAMU 33 de Bordeaux Thèse Med, Bordeaux, 2014 ; 66.

29- **Thiéfin G.** Toxicité intestinale des AINS. EMC. (Elsevier Masson, Paris), HGE, post U 2004, 121-32.

30- **Arpurt Jp ,Lesur G , Heresbach D et al .** hémorragies digestives aiguës . acta endoscopica ca 2010. 40(5) : 379-383

31- **Hagège H, Lay Aïda K, Nakmouche M, Benhayoun K, Sombié AR, Fali F et al.** Observation Hémorragies Digestives Hautes en Afrique Francophone

(OHDHAF). Résultats préliminaires d'une étude prospective multicentrique réalisée dans 13 pays. JFHOD 2010. Paris.



**Chirurgicaux** : si oui préciser.....

Mode de vie :

Tabac :            Paquet/année(si oui) :            Alcool :    Quantité :

Autres :

**IV-Examen physique à l'admission :**

**Signes généraux :**

asthénie :

Ictère :                            Amaigrissement :                            poids :                            taille :

**Signes fonctionnels :**

T° :

TA :                            FR :                            FC :

Conscience :            bonne :                            altéré :

Signes Physiques :

**Inspection :**

Astérix :CVC abdominale :

**Palpation :**

Hépatomégalie :            Splénomégalie :

**Percussion :**

Ascite : Conscience :

1-bonne                            2-altérée

**TR :**

Méléna :                            Rectorragie (hématochézie): Doigtier propre :

Résultat de l'examen général :

**V-Examens para cliniques :**

**Biologie :**

Hémogramme : Hb : ----- Hte : ----- : VGM : -----

CCMH : ----- Plaquettes : ----- Leucocytes : -----

Transamiasémie : ASAT :                            ALAT :

TP : -----

Créat-----

Ionogramme sanguin : Na+-----K+-----CL-----

-----

Ag-Hbs-----Anti-Hcv-----électrophorèse des protides-----

-----

### MORPHOLOGIE :

**Echographie abdominale:** 1= (oui) 2= (non)

Foie : homogène : hyperechogène : hétérogène :

Splénomégalie :-----

Veine porte (VP) : ----- Ascite : Autres :

**Fibroskopie œsogastroduodénale:** 1= (oui) 2= (non)

1- Délai : < 48Heures----- entre 48H et 72H----- > 72H-----

----

2- VO/VCT :-----

3- Ulcère :-----Forrest : -----

4- Tumeur :-----5-œsophagite :-----

6- Erosion gastroduodéal :

7- Gastrite érythémateuse :

8- Autres : Préciser : -----

**Scanner : 1=oui 2=non**

### VI-Conduite à tenir :

Transfusion : 1=oui 2=non

Nombre de culots : Sang total : concentres plaquettaires :

Antibiothérapie : -----

- IPP : -----

- Macromolécules : -----

- Solution isotonique : -----

-Bétabloquant : -----

-Traitement endoscopique : -----

**VII- Evolution : 1=Oui 2=Non**

Arrêt de l'hémorragie :

Récidives : Délai :

Décès :

Cause des décès :

Durée d'hospitalisation :

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : Maïga

**Prénom** : Amadou Boubeye

**Date et lieu de naissance** : 15/04/1996 à Sikasso

**Titre mémoire** : Aspects épidémiocliniques des hémorragies digestives hautes en milieu hospitalier

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de médecine et odontostomatologie

### RESUME

#### But

Le but principal de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des hémorragies digestives hautes.

#### Les Objectifs spécifiques étaient

- Déterminer la fréquence des hémorragies digestives hautes dans le service de médecine.
- Décrire les signes cliniques et para cliniques des hémorragies digestives hautes.
- Déterminer la morbidité et la mortalité au cours de ces hémorragies.

#### Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective et analytique qui s'est déroulée dans le service de médecine de l'hôpital régional de Sikasso de juin 2022 à mai 2023 et qui a porté sur tous les patients hospitalisés pour hémorragie digestive. Ces patients avaient bénéficié de la recherche des caractères sociodémographiques, d'un examen physique et certains d'une endoscopie digestive.

## Résultats

Au terme de cette étude, 63 patients ont répondu à nos critères d'inclusion d'hémorragie digestive haute sur 701 patients hospitalisés durant la période d'étude, soit une fréquence de 8,99%. L'âge moyen de nos patients était de 49,7 ans avec une sex-ratio de 2,2. Les femmes au foyer et les cultivateurs ont représenté chacun 28,6% ; 36,5%. L'hématémèse était le motif de consultation dans 54%. Les signes de choc hypovolémique et l'épigastrie étaient fréquemment retrouvés. La rupture des varices œsophagienne, l'ulcère GD et les tumeurs gastriques étaient les causes retrouvées dans 37,5% ; 25% et 20% des cas. Nous avons constaté une mortalité globale de 19,05%. Le choc hémorragique était la principale cause de décès de nos patients dans 58,3%

## Conclusion

L'HDH est l'une des principales urgences digestives en hépato-gastroentérologie et demeure une cause importante de morbidité et de mortalité.

L'âge jeune de nos patients et la fréquence représentative du sexe masculin sont régulièrement rapportés dans notre contexte.

L'hématémèse était le principal motif de consultation et la rupture des varices œsophagienne et l'ulcère gastroduodéal étaient les étiologies les plus représentées.

## SUMMARY

### Purpose

The main aim of this work was to study the epidemiological and clinical aspects of upper gastrointestinal bleeding.

The specific objectives were:

- Determine the frequency of upper digestive bleeding in the medical department.
- Describe the clinical and paraclinical signs of upper gastrointestinal bleeding.
- Determine morbidity and mortality during these hemorrhages.

### Methodology

This was a prospective and analytical study which took place in the medicine department of the Sikasso regional hospital from June 2022 to May 2023 and which focused on all patients hospitalized for digestive hemorrhage. These patients had benefited from the research of sociodemographic characteristics, a physical examination and some from a digestive endoscopy.

### Results

At the end of this study, 63 patients met our inclusion criteria for upper gastrointestinal bleeding out of 701 patients hospitalized during the study period, i.e. a frequency of 8.99%. The average age of our patients was 49.7 years with a sex ratio of 2.2. Housewives and farmers each represented 28.6%; 36.5%. Hematemesis was the reason for consultation in 54%. Signs of hypovolemic shock and epigastralgia were frequently found.

Rupture of esophageal varices, GD ulcer and gastric tumors were the causes found in 37.5%; 25% and 20% of cases.

We observed an overall mortality of 19.05%.

Hemorrhagic shock was the main cause of death of our patients in 58.3%.

Conclusion :

HDH is one of the main digestive emergencies in hepato-gastroenterology and remains an important cause of morbidity and mortality.

The young age of our patients and the representative frequency of the male sex are regularly reported in our context.

Hematemesis was the main reason for consultation and rupture of esophageal varices and peptic ulcer were the most represented etiologies.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**