



Aspects diagnostiques et thérapeutiques des hémorragies digestives au service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital National de Niamey, Niger.

Diagnostic and therapeutic aspects of digestive haemorrhage at Hepatogastroenterology Department of Niamey National hospital, Niger Republic.

Ousseini F^{1,2*}, Hamidine I^{3,4}, Djibrilla Almoustapha A^{1,5}, Abdou Djibo BM⁶, Ky LJE⁶, Abdou B⁷, Abdou N², Ali cheik R⁸, Issa Hassane Oumarou F².

Reçu le 26-10-24

Accepté le 30-11-2024

Publié le 10-01-25

Mots-clés Résumé

Hémorragie digestive, Pronostic, Hôpital National de Niamey.

Introduction : les hémorragies digestives constituent une urgence médico-chirurgicale fréquente responsable de morbidité et de mortalité assez élevée. L'objectif de ce travail était de déterminer les aspects diagnostiques et thérapeutiques des hémorragies digestives à l'Hôpital National de Niamey (Niger).

Méthodologie : il s'est agi d'une étude transversale avec collecte prospective allant du 1^{er} Juillet 2023 au 31 Décembre 2023, soit 6 mois. Ont été inclus tous les patients hospitalisés dans le service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital National de Niamey pour une hémorragie digestive.

Résultats : sur un total 303 patients ont été admis dans le service dont 57 cas d'hémorragies digestives soit une fréquence de 18,81%. L'âge moyen était de 32,3± écart type ans. La tranche d'âge de [30ans - 39 ans] était la plus représentée. Les hommes étaient représentés dans 66,67 % (sex-ratio= 2). L'hémorragie digestive était haute et de grande abondance chez respectivement 70,18% (n=40) et 31,58% (n=18) de nos patients. L'hématémèse était le mode d'extériorisation retrouvée dans 57,89% des cas (n = 33). Le délai d'admission à l'hôpital était de moins de 6 heures chez 31,58% patients (n=18). L'état hémodynamique était instable chez 66,66% des patients (n=38). L'étiologie de l'hémorragie digestive haute était dominée par la rupture de varices œsophagiennes (55%) et celle de l'hémorragie digestive basse par la maladie hémorroïdaire (40%). L'épigastrie était le signe clinique associé dans 38,60 % (n=22). Dans 66,66% des cas, les patients étaient réanimés. Aucun patient n'a bénéficié de geste endoscopique. L'évolution a été favorable dans 94,74% des cas (n = 54).

Conclusion : les hémorragies digestives sont fréquentes dominées par l'origine haute dont la rupture des varices œsophagiennes comme principale étiologie. Le traitement a consisté en une réanimation qui a permis de redresser le pronostic.

Keywords :

Digestive hemorrhage, Prognosis, Niamey National Hospital.

Abstract

Introduction: Gastrointestinal haemorrhage, a frequent reason for consultation, is a medical-surgical emergency responsible for a fairly high morbidity and mortality. Digestive endoscopy has made it possible to better inform ourselves about the etiology of these diseases and thus to improve their management. The objective of our study is to provide an overview of gastrointestinal bleeding at the National Hospital of Niamey (Niger) in the era of diagnostic and therapeutic digestive endoscopy.

Methodology: this was an observational, prospective descriptive study from July 1, 2023 to December 31, 2023, i.e. 6 months. All patients hospitalized in the Hepatogastroenterology Department of the National Hospital of Niamey for gastrointestinal bleeding were included.

Results: 303 patients were admitted to the department, including 57 cases of gastrointestinal bleeding, i.e. a frequency of 18.81%. The average age was 32.3 years. The age group of [30 years - 39 years] was the most represented. Men were the most represented in 66,67% (sex ratio 2). Gastrointestinal bleeding was high and very abundant in 70.18% (n=40) and 31.58% (n=18) of our patients, respectively. Hematemesis was the most common mode of exteriorization with 57.89% of cases (n = 33). The time to hospital admission was less than 6 hours in 31.58% of patients (n=18). The hemodynamic status was unstable in 66.66% of patients (n=38). The etiology of upper gastrointestinal bleeding was dominated by rupture of oesophageal varices (55%) and that of lower gastrointestinal bleeding by haemorrhoidal disease (40%). Epigastralgia was the most associated clinical sign. 66.66% of patients were resuscitated. No patient benefited from endoscopic surgery. The course was favorable in 94.74% of cases (n = 54).

Conclusion: Gastrointestinal bleeding is quite frequent, dominated by high hemorrhage with rupture of the oesophageal varices as the main etiology. The treatment consisted of resuscitation which made it possible to rectify the prognosis

Introduction

L'hémorragie digestive de l'adulte qui peut être haute (HDH) ou basse (HDB) constitue un motif fréquent de consultation à travers le monde et un problème de santé majeur [1,2]. Vue sa gravité potentielle et l'urgence qu'elle suscite autant sur le plan diagnostique que thérapeutique, sa prise en charge doit être bien codifiée. Elle se définit par toute spoliation sanguine, extériorisée ou non par le tube digestif et exceptionnellement sur le foie, les voies biliaires ou pancréatiques [1,3]. Elle est dite haute lorsque le siège est situé en amont de l'angle de Treitz ou angle duodéno-jéjunal et basse lorsque la lésion est en aval de cet angle. La première s'extériorise généralement sous forme d'hématémèse ou de méléna et la seconde sous forme hématochésie. La décompensation redoutable de l'hémorragie digestive est le choc hémorragique ; d'où l'évaluation systématique de l'état hémodynamique. Les hémorragies digestives nécessitent une réanimation conséquente, une hémostase rapide et un diagnostic étiologique sans retard afin d'en assurer le traitement spécifique et alors de prévenir la récurrence. [3]. L'hémorragie digestive haute est plus fréquente

que l'hémorragie digestive basse avec une prévalence de 80 à 90%.

Affiliations :

1. Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger, B.P :223
2. Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital National de Niamey, BP : 238
3. Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital National de Zinder
4. Laboratoire Recherche Clinique et Système de Santé, Université André Salifou de Zinder/ Niger, BP 656
5. Service d'Oncohématologie de l'Hôpital National de Niamey
6. Service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou-Burkina-Faso
7. Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey, BP : 1267 Niamey
8. Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital Régional de Niamey, BP 2888

***Auteur correspondant :** Ousseini Fanta, Hépatogastroentérologue, BP: 223 Tel : +22780145611 ;Email: ousseinifanta0@gmail.com

Les causes sont dominées par la maladie ulcéreuse gastroduodénale et la rupture des varices œsophagiennes pour l'HDH et la maladie hémorroïdaire pour l'HDB surtout

dans le contexte africain où sa fréquence est très variable selon les études, mais reste toutefois élevée [4,5].

Bien que 90% des hémorragies digestives s'arrêtent spontanément, elles nécessitent néanmoins une surveillance, parfois en milieu médicochirurgical de soins intensifs. Les données récentes montrent une amélioration globale du pronostic des hémorragies digestives, et ce en rapport avec l'optimisation des traitements pharmacologiques, la rapidité de la prise en charge initiale et la disponibilité des techniques endoscopiques d'hémostase [5]. Dans les pays en voie de développement dont le nôtre, la morbidité et la mortalité restent élevées du fait du retard diagnostique, de prise en charge, de problème péculaire et de l'inaccessibilité à l'endoscopie d'urgence. L'objectif de ce travail était de déterminer les aspects diagnostiques et thérapeutiques des hémorragies digestives à l'Hôpital National de Niamey (Niger).

Patients et méthode

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective réalisée dans le service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital National de Niamey sur une période de 6 mois, allant du 1er Juillet 2023 au 31 Décembre 2023. Ont été inclus tous les patients hospitalisés pour une hémorragie digestive et après avoir obtenu leur accord préalable et/ou celui de leur entourage. Les données épidémiologiques, les renseignements cliniques, les résultats paracliniques, les traitements reçus et l'évolution ont été les variables étudiées. Ces données ont été collectées à partir de l'interrogatoire, l'examen clinique et le bilan paraclinique des malades hospitalisés sur une fiche d'enquête individuelle préétablie à cet effet. Le traitement de texte et les représentations sous forme de tableaux et de figures ont été réalisés grâce aux logiciels Word et Excel de Microsoft Office 2013. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi info

version 7.2.5.0. Nous avons veillé à l'obtention de toutes les autorisations de recherche auprès des autorités compétentes de la FSS de l'UAM de Niamey et de la direction de l'HNN. Ont été considérées comme :

- Hémorragie digestive de faible abondance : une hémorragie dont la perte en volume sanguin est inférieure à 20% et qui ne s'accompagne pas de signes généraux d'hémorragie ;
- Hémorragie digestive de moyenne abondance : C'est une hémorragie dont la perte en volume sanguin est estimée à 25% et qui s'accompagne de signes généraux d'hémorragie ;
- Hémorragie digestive de grande abondance : La perte sanguine est estimée à 40% et qui s'accompagne de signes généraux d'hémorragie.

Résultats

Au total, 303 patients avaient été admis dans le service durant notre période d'étude, parmi lesquels nous avons recensé 57 cas d'hémorragies digestives, soit une fréquence hospitalière de 18,81%. L'âge moyen était de $32,3 \pm 12,22$ ans avec des extrêmes de 14 ans et 75 ans. La tranche d'âge de [30-39 ans] était la plus représentée avec une prédominance masculine (sex-ratio à 2). La provenance des patients était urbaine dans 71,93% (n=41) (Tableau I).

L'hémorragie était haute chez 39 patients (68,42%) et l'hématémèse était le mode d'extériorisation le plus retrouvée avec 57,89% des cas (n = 33). Une hématochésie n'avait été retrouvée que dans 31,58% des cas (n = 18) (Tableau II).

Tableau I. Répartition des patients selon les données sociodémographiques.

Paramètres	Effectif (n)	%
<30	15	28,32

Tranche d'âge (ans)	[30-39]	7	29,82
	[40-49]	8	14,03
	[50-59]	7	12,28
	≥60	10	17,54
Sexe	Masculin	38	66,67
	Féminin	19	33,33
Provenance	Urbaine	41	71,93
	Rurale	16	28,07

Le délai d'admission à l'hôpital était de moins de 6 heures chez 31,58% patients (n=18) et de plus de 72 h chez 38,60% (n=22) des patients. L'hémorragie digestive était de grande abondance chez 31,58% (n=18). Les signes digestifs les plus associés étaient : les

épigastralgies chroniques, les vomissements et les signes d'hypertension portale avec respectivement 38,60% ; 26,32% et 22,81% (figure 1).

Tableau II. Répartition des patients selon le mode d'extériorisation de l'hémorragie digestive.

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>Hématémèse</i>	33	57,89
<i>Mélena</i>	6	10,53
<i>Hématochézie</i>	18	31,58
Total	57	100

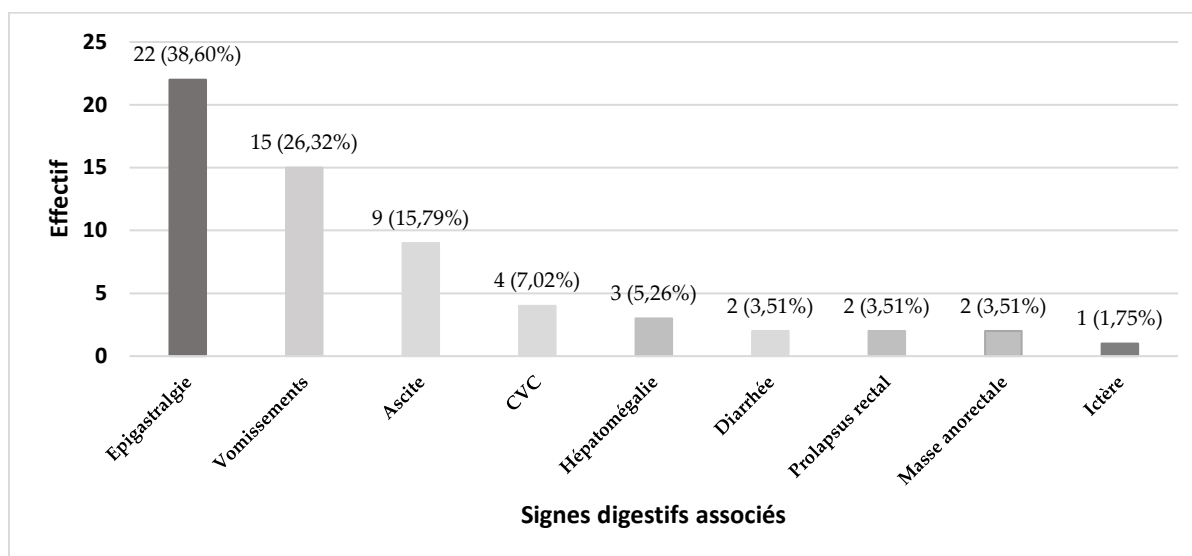


Figure 1. Répartition des patients selon les signes associés digestifs

Le choc hémorragique était retrouvé chez 15,79% des patients. Dans 10 cas, il s'agissait d'une récurrence (17,54%).

La notion de prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien était retrouvée chez 52,63% (n=30) des patients. L'une des conséquences de cette hémorragie chez nos patients était une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine < 7g/dl dans 47,37% des cas (n=27) (Tableau III).

Tableau III. Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine à l'admission.

Taux d'hémoglobine (g/dl)	n	%
<7	15	28,32
7-10	17	29,82
>10	8	14,03

L'endoscopie digestive n'a été réalisée que chez 30 patients soit 52,63% des patients dont 20 oesogastroduodénoscopies, 7 coloscopies et 3 anorectosigmoïdoscopies. Elle était réalisée 72h après l'épisode hémorragique chez 80% des patients.

Les varices œsophagiennes étaient la principale étiologie de l'hémorragie digestive haute avec

55% (n=11) de cas et la maladie hémorroïdaire celle de l'HDB, 4 cas de tumeur anorectale ont été enregistrés (**Tableau IV**).

Aspects thérapeutiques

Tous les patients ont été pris en charge en hospitalisation. Des solutés et des médicaments leur ont été administrés ainsi que des mesures de réanimation pour certains. Trente-huit patients (66,66%) ont été réanimés, dont 36 (63,16%) ont reçu une transfusion sanguine en plus de cristalloïdes et de colloïdes et les 2 autres patients ont reçu uniquement de cristalloïdes et de colloïdes. Les médicaments ont été utilisés dans 94,74%, avec l'utilisation des IPP dans 71,93% des cas. Aucun patient n'a bénéficié de geste endoscopique. L'évolution a été favorable dans 94,74% des cas (n = 54), deux cas d'évasion ont été notés ainsi qu'un cas de décès.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des résultats de l'endoscopie digestive.

Paramètres	n	%
Hémorragie digestive haute (n=20)		
Varices œsophagiennes	11	55
Ulcères gastroduodénaux	7	35
Gastropathies	2	20
Hémorragies digestives basses (n=10)		
Maladie hémorroïdaire	4	40
Carcinome épidermoïde anale	2	20
Adénocarcinome rectale	2	20
MICI	2	20

Discussion

La fréquence de l'hémorragie digestive était 18,81% dont 68,42% des cas d'hémorragie digestive haute. Il s'agit d'une fréquence assez inquiétante et qui pourrait être expliquée par la

méconnaissance par nos populations qui s'adonnent à l'automédication devant toute douleur, du rôle joué par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans la genèse de l'HD sans oublier la pandémie du virus de l'hépatite B qui est à l'origine d'un nombre non négligeable de cirrhose. Aussi notre hôpital est un centre de référence où converge la quasi-totalité des urgences de la capitale. Hamidine I et al à Zinder au Niger et Rakotova M.A et al à Madagascar ont rapporté une fréquence inférieure à la nôtre avec respectivement 5,55% et 0,43% [5,6] et Awa TRAORE au Mali rapporte une prévalence de 15,6% [4]. Globalement cette fréquence de l'hémorragie digestive reste élevée au Niger et au Mali deux pays se partageant plusieurs similarités socio-culturelles. Le jeune âge de nos patients, la prédominance masculine (sex ratio= 2) avaient déjà été rapportés par d'autres pays ayant des similarités sociales avec le Niger [7,8 10,11], alors qu'en Europe (Bordeaux) ZARHOUNI Heidi avait rapporté un âge moyen beaucoup plus élevé (64 ans) [12]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la population africaine est en majorité jeune, alors que l'Europe a une population vieillissante et la prédominance masculine par l'exposition plus fréquente des hommes aux facteurs de risque de survenue de l'hémorragie digestive. L'hématémèse comme le plus fréquent mode d'expression (54,39%), l'épigastralgie chronique comme signe digestif le plus associé et la prise d'AINS comme principal facteur favorisant ont été rapportées par plusieurs auteurs africains [4, 5, 13,14]. Les varices œsophagiennes (55%) et la maladie ulcéreuse gastroduodénale (35%) étaient chez ces mêmes auteurs les principales étiologies. Le délai d'admission était de plus de 72h après le début de l'épisode hémorragique chez 38,60% des patients. Le même constat a été fait par ES-SABIR avec 41,54% des patients admis après 72h [13]. Cet état de fait pourrait être dû à une mauvaise couverture sanitaire de nos structures

secondaires ne disposant pas de plateaux techniques adéquats pour assurer la prise en charge initiale des hémorragies digestives, mais aussi à un faible pouvoir d'achat de nos populations ne leur facilitant pas l'accès immédiat aux structures sanitaires avec un plateau technique beaucoup plus garni. Le premier geste à effectuer devant une hémorragie digestive est l'évaluation de l'état hémodynamique, s'il est instable la réanimation s'impose et elle a pour but de corriger l'hypovolémie induite par la spoliation sanguine ; de rétablir ainsi une efficacité circulatoire, une perfusion d'organes et de corriger l'hémostase biologique [14,15]. Dans notre contexte, elle se fait à l'aide des cristalloïdes, des macromolécules et des produits sanguins. Et celle-ci a permis de redresser le pronostic chez la majorité de nos patients, notre résultat est proche de ceux de Bouglouga O et de Awa Traoré qui ont montré la nécessité d'une réanimation dans respectivement 61% et 68,1% des cas [16, 4]. Amal et LAHLOU avaient rapporté au Maghreb respectivement 11,8% et 1,47% des patients ayant nécessité une réanimation [17,18]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nos patients ne venaient qu'en cas des complications. Néanmoins, dans un pays à ressources limitées comme le nôtre, même en l'absence des drogues vaso-actives et des gestes endoscopiques, il est possible de redresser le pronostic d'une hémorragie digestive avec une réanimation correcte et précoce, d'où l'importance de non seulement former tous les agents de santé sur la prise en charge initiale et précoce de l'hémorragie digestive à tous les stades de la pyramide sanitaire, mais aussi de sensibiliser la population sur l'avantage d'une consultation précoce devant toute d'hémorragie digestive.

Conclusion

Les hémorragies digestives sont assez fréquentes à l'hôpital National de Niamey, dominées par les hémorragies hautes avec la rupture des varices œsophagiennes comme principale étiologie. Le traitement a consisté en une réanimation qui a permis de redresser le pronostic malgré l'impossibilité d'utiliser des drogues vaso-actives ou d'effectuer des gestes endoscopiques dans notre contexte.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Chone L. Hémorragies digestives graves : la lettre de l'hépatogastroentérologue. CHU Nancy, 2005 ;08 : 156-163
2. Pateron D, Pourriott JL, Carbonell N, Dray X. Hémorragies digestives non traumatiques de l'adulte. Médecine d'urgence 2012 ; 7 (2) :1-12
3. Ahmed Ibrahim M'SA. Hémorragies Digestives vues en réanimation chirurgicale au CHU-HJRA en 2005. Thèse, Med, Antananarivo, 2006 ; 21 ; 31pges
4. Awa Traore. Place des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans les hémorragies digestives. Thèse, Med, Bamako, 2021
5. Hamidine I, Maman Brah M, Issa H, Ousseini Fanta, Garba AA, Elh Lamine HZ et al. Apport de l'endoscopie digestive haute dans l'exploration des hémorragies digestives hautes à Zinder, Niger. J Sah Sci Santé (2022), vol 03 (1) : 393- 399
6. Rakotovao MA, Fanantenantsoa R, Rasamoelina N, Rakotoarivelo RA, Razafimahefa SH. Aspects épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies digestives vues au CHU Tambohobe Fianarantsoa. Rev. méd. Madag. 2016 ; 6(1): 689-693
7. Gado AS, Ebeid BA, Abdelmohsen AM, Axon AT. Clinical outcome of acute upper gastrointestinal hemorrhage among patients admitted to a government hospital in Egypt. Saudi Journal of Gastroenterology. 2012 Jan 1;18(1):34-9.
8. Bagny A, Roland-Moise Kogoe L, Yeba Kaaga L, Lawson-Ananissoh LM, Redah D, Gbolou HM et al (2021). Facteurs épidémiologiques et pronostiques associés aux étiologies des hémorragies digestives Hautes Au CHU Campus

- de Lomé. European Scientific Journal, ESJ, 17(34), 44.
9. Katile D, Sangare S, Traore LI, Sogoba G, Cisse SM. Profil étiologique des hémorragies digestives hautes extériorisées en milieu décentralisé : cas de l'hôpital régional de Kayes au Mali. Rev int sc méd Abj (2020) ;22,2 :123-6.
10. Moussa AM, Ouchemi C, Béasngar JB, Saleh TM, Assi C, Nouedoui C. Profil clinique, étiologies et pronostic des hémorragies digestives hautes à Ndjamena (Tchad). Health Sci Dis. 2018 ;19(1) :65-8.
11. El Mekkaoui, Mellouki J, Berraho MA, Saâda K, Elyousfi M, Aqodad N et al. Epidémiologie, étiologie et évolution des hémorragies digestives hautes au CHU de Fès, Maroc. Acta Endoscopica 2011 ; 41(6) :337-43.
12. Zarhouni Heidi. Prise en charge pré-hospitalière des hémorragies digestives hautes au SAMU 33 de Bordeaux. Thèse, Med, Bordeaux, 2014, 66.
13. Es-Sabir E. Les hémorragies digestives chez l'enfant. Thèse, Med, Marrakech, 2017 ; 15
14. Pateron D, Belhadj K. Prise en charge des hémorragies digestives aiguës hautes : utilisation des médicaments à visée hémostatique. Réanimation. 2001 ;10(7):666-72.
15. Bouglé A, Harrois A, Duranteau J. Prise en charge du choc hémorragique en réanimation : principes et pratiques. Réanimation. 2008 ;17(2) :153-61.
16. Bouglouga O, Bagny A, Lawson L, Djibril M. Mortalité hospitalière liée à une hémorragie digestive haute par rupture de varice œsophagienne au CHU Campus de Lomé (Togo). Médecine et santé Tropicale 2014 ; 24 : 388-391
17. Lahlou A. Les hémorragies digestives basses chez l'enfant. Thèse, Med, Fès, 2012 ; 079/12.