



Apport de l'endoscopie digestive haute dans l'exploration des hémorragies digestives hautes à Zinder, Niger.

Contribution of upper gastrointestinal endoscopy in exploration of upper gastrointestinal hemorrhages in Zinder, Niger Republic.

Hamidine I^{1*}, Maman Brah M², Issa H³, Ousseini Fanta⁴, Garba AA⁵, Elh Lamine HZ⁶, Abdou H⁷, Seydou Midou AR⁸.

Mots-clés

Hématémèse,
méléna,
endoscopie,
gastropathie,
ulcère, varices.

Résumé

Introduction : les hémorragies digestives hautes (HDH) constituent une urgence médico-chirurgicale, responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevées. Leur pronostic est amélioré par l'endoscopie digestive haute qui constitue le principal moyen de diagnostic. Objectif principal : décrire le profil endoscopique des HDH en milieu hospitalier à Zinder. **Méthodes :** analyse documentaire des comptes rendus d'endoscopie digestive haute (EDH) réalisée pour HDH dans 2 centres d'endoscopie digestive de Zinder, du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2022.

Résultats : il s'agissait de 74 comptes rendus pour HDH sur 1331 EDH, soit 5,55%. L'âge moyen était de 41,16±16,82 ans (13 à 78 ans), et une prédominance masculine (sex ratio 1,64). La provenance est rurale dans 56,76% (n=42) et les couches socioprofessionnelles à revenu modeste représentent 78,37% (n=58). Les HDH étaient répartis en 57 hématémèses (77,02%) et 17 mélénas (22,98%). Les symptômes associés étaient les épigastralgies 10,81% (n=8), une anémie 2,7% (n=2). Les lésions endoscopiques étaient les gastropathies 39,22% (n=53), les ulcères 35,13% (n=26), les varices œsophagiennes 25,67% (n=19), les hernies hiatales 16,21% (n=12), les œsophagites 8,10% (n=6) et une tumeur gastrique soit 1,35%. L'EDH était normale dans 2 cas soit 2,70%. Les biopsies étaient réalisées chez 3 patients (4,05%) et les résultats histologiques étaient répartis en 2 gastrites chroniques à *Helicobacter pylori* (2,70%) et un adénocarcinome gastrique (1,35%).

Conclusion : les hémorragies digestives hautes sont une indication fréquente d'EDH. Cet examen permet de retrouver les causes des HDH dominées par les gastropathies, les ulcères et les varices œsophagiennes.

Keywords :

hematemesis,
melena,
endoscopy,
gastropathy,
ulcer,
varicose
veins

Abstract

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding (HDH) is a medical-surgical emergency, responsible for high morbidity and mortality. Their prognosis is improved by upper gastrointestinal endoscopy, which is the main means of diagnosis. Objective: to describe the endoscopic profile of HDH in Zinder hospitals.

Methods: literature review of upper gastrointestinal endoscopy (EDH) reports performed for HDH in 2 digestive endoscopy centers in Zinder, from 1 January 2020 to 31 December 2022.

Results: these were 74 reports for HDH out of 1331 EDH, or 5.55%. The mean age was 41.16±16.82 years (13 to 78 years), and a male predominance (sex ratio 1.64). The origin is

rural in 56.76% (n = 42) and the socio-professional strata with modest incomes represent 78.37% (n = 58). HDHs were divided into 57 haematemesis (77.02%) and 17 melenas (22.98%). Associated symptoms were epigastralgia 10.81% (n=8), anemia 2.7% (n=2), endoscopic lesions were gastropathies 39.22% (n=53), ulcers 35.13% (n=26), esophageal varices 25.67% (n=19), hiatal hernias 16.21% (n=12), esophagitis 8.10% (n=6) and gastric tumor 1.35%. The EDH was normal in 2 cases or 2.70%. Biopsies were performed in 3 patients (4.05%) and histological findings were divided into 2 chronic *Helicobacter pylori* gastritis (2.70%) and gastric adenocarcinoma (1.35%).

Conclusion: Upper gastrointestinal bleeding is a common indication for EDH. This examination makes it possible to find the causes of HDH dominated by gastropathies, ulcers and esophageal varices.

Introduction

Les hémorragies digestives hautes (HDH) constituent une urgence médico-chirurgicale, responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevées lorsque la prise en charge n'est pas optimale [1-3]. La gravité de l'HDH est fonction de l'importance du retentissement hémodynamique qu'elle entraîne et du terrain sur lequel elle survient [4-6]. Les HDH sont de plus en plus fréquentes dans les pays en voie de développement du fait de la présence parfois combinée de nombreux facteurs de risque, notamment l'infection à *Helicobacter pylori*, l'automédication, la bilharziose notamment hépatosplénique et les maladies hépatiques induites par la pandémie mondiale de l'infection chronique au virus de l'hépatite B [1-6]. Le diagnostic lésionnel et le traitement ont connu une véritable révolution depuis l'avènement de l'endoscopie digestive qui constitue le principal moyen de diagnostic et de pronostic [1-3]. De pratique courante dans les pays développés, l'EDH reste encore un vrai défi pour de nombreux centres de prise en charge même dans son aspect diagnostique pour des raisons d'accessibilité locale et financière encore limitées [6,8]. Le volet thérapeutique de l'endoscopie digestive dans notre contexte reste encore plus problématique puisqu'en plus de l'insuffisance de l'accessibilité locale et financière du matériel d'endoscopie, il associe l'insuffisance du personnel compétent et le manque d'accessoires

pour l'endoscopie interventionnelle. Cette étude avait pour objectif de décrire le profil endoscopique des hémorragies digestives hautes dans deux centres d'endoscopie digestive de la région de Zinder.

Affiliations :

1. Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital National de Zinder, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université André Salifou, Zinder, Niger.
2. Service d'hématologie, Hôpital National de Zinder, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université André Salifou, Zinder, Niger.
3. Service de Pneumo-phtisiologie, Hôpital National de Zinder, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université André Salifou, Zinder, Niger.
4. Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital National de Niamey, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger
5. Service de Médecine Interne, Hôpital National de Zinder, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université André Salifou, Zinder, Niger. Laboratoire de recherche clinique et système de santé.
6. Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital de Général de Référence de Niamey, Niger
7. Service d'hépatogastroentérologie, Hôpital de
8. Référence de Maradi, Niger
Clinique médicale Madougou, Niamey, Niger

***Auteur correspondant :** Dr HAMIDINE Illa, hépatogastroentérologue, Hôpital National de Zinder, Université André Salifou, Zinder, Niger, ihamidine@gmail.com ; 90467810

Matériels et méthode

Il s'agit d'une analyse documentaire bicentrique des comptes rendus d'endoscopie digestive haute (EDH) réalisée pour hémorragie digestive haute (HDH) dans 2 centres d'endoscopie digestive (Hôpital National et clinique médicale Aida) de Zinder, du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2022, soit une période de 03 ans.

L'hémorragie digestive haute se réfère à tout saignement en provenance du tube digestif, en amont de l'angle duodeno-jéjunal ou l'angle de Treitz. Ce saignement peut s'extérioriser sous forme d'un vomissement de sang rouge, parfois mêlé à des caillots communément appelé hématomèse ou d'une émission de selles noirâtres et nauséabondes par l'anus, correspondant à du sang digéré le long du tube digestif et qui est communément appelé méléna [9]. Etaient inclus de tous les comptes rendus exploitables d'endoscopie digestive haute réalisée pour hématomèse et/ou méléna. Les comptes rendus non exploitables, les endoscopies digestives hautes incomplètes pour refus ou intolérance à l'acte étaient exclus de l'étude. Les critères de non inclusion étaient les comptes rendus d'endoscopie digestive réalisés pour une indication autre que l'hémorragie digestive haute.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, provenance, profession), les indications associées à l'HDH, les résultats endoscopiques, les éventuelles biopsies, les résultats histologiques et les complications de l'acte lui-même.

L'endoscopie digestive est une technique d'exploration des parois du tube digestif. Dans sa topographie haute, elle consistait à l'exploration par vidéo-endoscopie des muqueuses de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum jusqu'à sa deuxième portion. L'examen était réalisé après un jeun d'au moins six heures de temps, complété parfois par une anesthésie oro-pharyngée avec de la xylocaïne

gel buccal ou par une sédation légère avec du propofol en intraveineuse [9].

L'exploration était faite avec des endoscopes de marque Nortek et AOHUA VME 2300 à vision axiale et à lumière froide. Les examens d'endoscopie demandés par divers prescripteurs ont été effectués par des gastroentérologues assistés d'un aide.

Les classifications de Savary Miller [10], de Forrest [11], de Paris et de Sarin [12,13] étaient utilisées respectivement pour la description des lésions d'œsophagite peptique, des lésions d'ulcère gastrique et/ou duodénal, des varices œsophagiennes et des varices gastriques et ectopiques. Des biopsies étaient réalisées chaque fois que cela est possible et nécessaire pour confirmer ou infirmer histologiquement certains aspects macroscopiques et rechercher la présence ou non d'*Helicobacter pylori* à l'examen histologique.

Pour des raisons d'accessibilité géographique et financière et de facilité du rendu des résultats, les fragments de biopsie fixés au formol 10% étaient adressés au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU de Kano au Nigeria.

Le traitement et analyse des données : Les variables recueillies ont été saisies avec Excel et l'analyse a été faite avec le logiciel Epiinfo7TMCDC. Les variables qualitatives étaient présentées sous forme de pourcentage, celles quantitatives sous forme de moyenne avec leur écart type. Les comparaisons ont été faites à l'aide des tests de *Khi2* ou de Fisher pour les variables qualitatives. Le seuil de signification des tests en formulation bilatérale a été fixé à 5%.

Les règles et principes éthiques ont été intégralement respectés durant cette étude à travers l'attribution d'un numéro à chaque dossier à la place des noms pour assurer l'anonymat.

Résultats

Nous avons colligé au cours de la période d'étude, 74 comptes rendus d'endoscopie

digestive haute pour HDH sur 1331 EDH, soit 5,55%. L'âge moyen était de 41,16±16,82 ans avec des extrêmes de 13 à 78 ans, et une prédominance masculine (sex-ratio 1,64). La

provenance est rurale dans 56,76% (n=42) et les couches socioprofessionnelles à revenu modeste représentent 78,37% (n=58), **Tableau I**.

Tableau I : répartition des patients selon les paramètres sociodémographiques

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)	OR _{IC95%} [Inf-Sup]	p-value
Sexe				
Masculin	46	62,16	1,5099[0,9318-2,4466]	0,092
Féminin	28	37,84	0,6623[0,4087-1,0732]	0,092
Profession				
Cultivateur	23	31,08	1,721[1,0326-2,8683]	0,035
Ménagères	20	27,03	0,695[0,4107-1,176]	0,17
Elève/Étudiant	14	18,92	1,892[1,0301-3,4753]	0,03
Fonctionnaire	8	10,80	0,4134[0,1961-0,8713]	0,01
Commerçant	8	10,80		
Artisan	1	1,35	0,4517[0,0611-3,3385]	0,42
Provenance				
Rurale	42	56,76	1,2897[0,8037-2,0698]	0,29
Urbaine	32	43,24	0,7754[0,4831-1,2443]	0,29

Les HDH étaient réparties en 57 hématomèses (77,02%) et 17 mélénas (22,98%). Les symptômes associés étaient les épigastalgies 10,81% (n=8), une anémie 2,7% (n=2), **Tableau II**.

Tableau II : répartition des patients selon les modes d'extériorisation et les symptômes associés

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)	OR _{IC95%} [Inf-Sup]	p
Mode d'extériorisation				
Hématémèse	57	77,02	1,33[0,7633-2,3176]	0,31
Méléna	17	22,98	0,7519[0,4315-1,3102]	0,31
Total	74	100		
Symptôme associé				
Épigastalgies	8	10,81	0,148[0,0705-0,3108]	0,000
Anémie	2	2,7	2,1545[0,486-9,551]	0,3
Halitose	1	1,35	2,1387[0,2639-17,3301]	0,46

Les lésions endoscopiques étaient les gastropathies 39,22% (n=53), les ulcères 35,13% (n=26), les varices œsophagiennes 25,67% (n=19), les hernies hiatales 16,21% (n=12), les œsophagites 8,10% (n=6) et une tumeur gastrique ulcéro-bourgeonnante soit 1,35%. L'EDH était normale dans 2 cas soit 2,70%, **Tableau III**.

Les biopsies étaient réalisées chez 3 patients (4,05%) et les résultats histologiques étaient répartis en 2 gastrites chroniques à *Helicobacter pylori* (2,70%) et un adénocarcinome gastrique (1,35%).

Tableau III : répartition des patients selon le résultat de l'examen endoscopique*

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)	OR _{IC95%} [Inf-Sup]	p
Gastropathies	53	44,53	0,5925[0,3506-1,0013]	0,048
Ulcères	26	21,84	4,3217[2,5988-7,1868]	0,00
Varices œsophagiennes	19	15,96	5,7706[3,2506-10,2439]	0,00
Hernies hiatales	12	10,08	1,327[0,6997-2,5167]	0,38
Œsophagites	6	5,04	0,8847[0,3756-2,0836]	0,77
Normale	2	1,68	0,2656[0,0644-1,0964]	0,049
Tumeur gastrique	1	0,84	0,4648[0,0628-3,4365]	0,44
Total	119	100		

Un même patient peut présenter plus d'un aspect endoscopique

Discussion

Nous avons réalisé une analyse documentaire des comptes rendus d'endoscopie digestive haute réalisée pour hématomèse et/ou méléna. Le caractère rétrospectif de notre étude, ne nous avait pas permis de relever les facteurs associés à la survenue d'une hémorragie digestive ainsi que le devenir des patients.

Nous avons colligé au cours de la période d'étude, 74 comptes rendus d'endoscopie digestive haute réalisée pour hématomèse et/ou méléna sur un total de 1331 EDH réalisées, soit une fréquence endoscopique de 5,55%. L'âge jeune de notre population d'étude (41,16±16,82 ans), la prédominance masculine (sex ratio 1,64), la provenance rurale (56,76%) et la prédominance des couches socioprofessionnelles à revenu modeste (78,37%) avaient déjà été rapportés par plusieurs travaux réalisés dans des conditions géographiques et socio-économiques relativement similaires aux nôtres [14-19].

En effet, notre zone géographique est caractérisée par la jeunesse de sa population avec une forte concentration en milieu rural, rendant l'accès très limité aux services sociaux de base, notamment les soins de santé, l'eau potable, les services d'hygiène et d'assainissement ainsi qu'un pouvoir d'achat très faible. Cette situation les expose à l'automédication notamment par les anti-inflammatoires non stéroïdiens, à la prévalence

élevée de l'infection à *Helicobacter pylori* et aux complications évolutives de la forte endémie de l'infection au virus de l'hépatite virale B et de la bilharziose hépatosplénique. [14,19].

L'hématomèse dans 77,02% constitue le principal mode d'extériorisation des hémorragies digestives hautes chez nos patients. Le même constat avait été fait par d'autres auteurs [8,14].

En fonction des principaux groupes étiologiques des hémorragies digestives hautes, les résultats de nos patients étaient répartis en causes hypertensives portales dans 21% (n=25) et non hypertensives dans 79% (n=119), principalement les lésions de gastropathie dans 39,5% (n=47) et les ulcères dans 21,8% (n=26). Les gastropathies regroupent les modifications d'étiologies diverses de l'aspect macroscopique de la muqueuse gastrique qui peuvent être rattachées à une étiologie en fonction du contexte (prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de caustiques, gastropathies d'hypertension portale) et/ou d'une confirmation histologique en rapport avec l'infection à *Helicobacter pylori*. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans plusieurs séries africaines dans lesquelles les lésions inflammatoires aiguës ou chroniques de la muqueuse gastrique représentent les principales causes d'hémorragie digestive haute [15-22]. Nos résultats sont différents de ceux retrouvés dans les travaux réalisés dans les

pays développés avec une prédominance des lésions hypertensives portales en rapport avec les autres causes d'hypertension portale notamment la consommation excessive d'alcool, l'infection au virus de l'hépatite C et les stéatopathies métaboliques non alcooliques [23].

Conclusion

Les hémorragies digestives hautes sont une indication fréquente d'endoscopie digestive haute. Cet examen permet de mettre en évidence la lésion responsable du saignement et d'orienter le diagnostic étiologique. Les principaux aspects endoscopiques étaient les lésions de gastropathies, les ulcères et les signes endoscopiques d'hypertension portale.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Feinman M, Haut ER. Upper gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am. 2014 ; 94(1):43-53.
2. Costable NJ, Greenwald DA. Upper Gastrointestinal Bleeding. Clin Geriatr Med. 2021 ;37(1):155-172.
3. Hamidine Illa, Garba Abdoul Aziz, Elh Lamine Hadja Zara, Mainou Mamadou, Seydou Midou Abdoul Razak, Haladou Abdou. Morbidité et mortalité dans le service d'hépatogastroentérologie de l'Hôpital National de Zinder au Niger. Rev Int Sci Med. 2022 ;24,3:245-251.
4. Lanos A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Nat Rev Dis Primers. 2018 ; 4:18-20.
5. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Dis Mon. 2018 ;64(7):333-343.
6. Assi C, Tho'o SA, Diakité M, Bathaix MF, Doffou S, Ouattara A et al. Ulcères gastroduodénaux hémorragiques : étude prospective observationnelle multicentrique en Côte-d'Ivoire. Acta Endosc. 2015 45 () :297-301
7. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Yip HC, Chan SM, et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med. 2020 ;382(14):1299-1308.
8. Ntagirabiri R, Mumana A, Dunduri D et al. Hémorragie digestive haute de l'adulte au Burundi : aspects épidémiologiques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs. J Afr Hépatol Gastroentérol 2012 ; 6:272-5.
9. Séguier A. Management des hémorragies digestives hautes sévères. Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 2022 Jun 1;26(3):144-8.
10. Savary M, Miller G. The esophagus: handbook and atlas of endoscopy. Solothurn: Gassmann; 1978. 248 p.
11. Forrest, J.A.; Finlayson, N.D.; Shearman, D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974, 2, 394-7.
12. Larrue H, Moga L, Bouzbib C, Plessier A, Thabut D, Bureau C. Recommandations de la conférence de Baveno VII. Hépatogastro & Oncologie Digestive. 2022 Apr 1;29(4).
13. Ouattara ZD, Zoungrana SL, Koura M, Salou R, Coulibaly A, Somda KS et al. Endoscopic lesions associated to esophageal varices in middle towns of Burkina Faso. Health Sci. Dis: 2022, 23 (1); 64-68
14. Gado AS, EbeidBA, Abdelmohsen AM et al. Clinical outcome of acute upper gastrointestinal hemorrhage among patients admitted to a government hospital in Egypt. Saudi J Gastroenterol 2012 ; 18:34-9.
15. Hamidine I, Adamou H, Magagi IA, Garba AA, Mamadou M, Seydou Midou AR, et al. Endoscopie digestive haute à l'hôpital national de Zinder: indications et résultats. Mali medical 2023 tome XXXVIII n°1, 21-5
16. Moussa AM, Ouchemi C, Béasngar JBK, Mahamat Saleh T, Assi C, Christophe N. Profil Clinique, Étiologies et Pronostic des Hémorragies Digestives Hautes à Ndjamena (Tchad). Health Sci. Dis: 2018, 19 (1) ; 65-8
17. Rakotovo MA, Fanantenantsoa R, Rasamoelina N, Rakotoarivelo RA, Razafimahefa SH. Aspects épidémioclinique et thérapeutique des hémorragies

- digestives vues au CHU Tambohobe Fianarantsoa. Rev. méd. Madag. 2016 ; 6(1): 689-693
18. Itoudi Bignoumba PE, Maganga Moussavou IF, Moussavou Kombila JB. Hémorragie Digestive Haute au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville : Aspects Cliniques et Prise en Charge Réelle : À Propos de 210 Patients. Health Sci. Dis: 2019, 20 (4); 20-22
 19. Bagny A, Roland-Moise Kogoe L, Yeba Kaaga L, Lawson-Ananissoh L.M, Redah D, Gbolou H.M, 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.
 20. 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.
 21. Diakité M, Toth'o A, Assi C, Bathaix FM, Koné S, Bangoura D et al. Épidémiologie et facteurs pronostiques des hémorragies digestives hautes en Côte d'ivoire : étude prospective observationnelle multicentrique. J Afr Hepato Gastroenterol. 2016 ; 10, 80-4
 22. Kiringa SK, Quinlan J, Ocamo P, Mutyaba I, Kagimu M. Prevalence, short term outcome and factors associated with survival in patients suffering from upper gastrointestinal bleeding in a resource limited-setting, the case of Mulago hospital in Kampala, Uganda. Afr Health Sci. 2020;20(1):426-36
 23. Afaa TJ, Amegan-Aho KH, Richardson E, Goka B. Diagnosis and management of extrahepatic oesophageal variceal bleed in children in a low resourced setting. Ghana Med J. 2020 ;54(4): 274-8.