



## Article Original

## Profil Clinique, Étiologies et Pronostic des Hémorragies Digestives Hautes à Ndjamen (Tchad)

### *Clinical outcome, etiologies and prognosis of upper gastrointestinal bleeding in Ndjamen (Chad)*

Ali Mahamat Moussa<sup>1</sup>, Choua Ouchemi<sup>2</sup>, Jean BK Béasngar, Tahir Mahamat Saleh<sup>3</sup>, Constant Assi<sup>3</sup>, Nouedoui Christophe<sup>4</sup>.

## ABSTRACT

<sup>1</sup>Service de Médecine Interne et Gastroentérologie, Hôpital Général de Référence Nationale, Ndjamen, (HGRN)

<sup>2</sup>Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général de Référence Nationale de Ndjamen (HGRN)

<sup>3</sup>Service de Médecine Interne et Gastroentérologie, Hôpital de La Renaissance

**Auteur Correspondant:**

Dr Ali Mahamat Moussa.

Email :

alimahamatmoussa@hotmail.com

**Objectif.** Décrire le profil et l'évolution clinique des patients traités pour hémorragie digestive haute à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena. **Patients et Méthodes.** Étude transversale descriptive réalisée sur une période de quatre ans, incluant tous les patients hospitalisés pour une hémorragie digestive haute. Une fiche comportant différentes variables et rubriques s'inspirant de l'étude de l'Observatoire des Hémorragies Digestives Hautes en Afrique Francophone a été utilisée. Les variables étudiées incluaient les paramètres démographiques, les caractéristiques cliniques, le taux d'hémoglobine, les données endoscopiques, ainsi que l'évolution des hémorragies. **Résultats.** cent quinze (115) fiches ont été analysées. L'âge moyen des patients était de 47 ans dont 78% d'hommes. L'hématémèse était la forme du saignement la plus fréquente (70,43%) et l'hémoglobininémie était inférieure à 7 g/dl dans 30% des cas à l'hospitalisation. Les ulcères gastroduodénaux étaient les causes les plus retrouvées (43%) et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) était notée chez 7% des cas. La mortalité globale était de 18% et n'était liée à aucun facteur précis. **Conclusion.** À Ndjamen, les hémorragies digestives hautes se présentent avant tout comme des hématémèses. Les ulcères gastroduodénaux sont la principale cause. Le taux de mortalité est élevé.

## RÉSUMÉ

**Mots-Clés :** Hémorragies digestives hautes, maladies ulcéreuses gastroduodénales, mortalité, Tchad.

**Keywords:** Acute upper gastrointestinal bleeding, gastroduodenal ulcer diseases, mortality, Chad.

Received: 14 October 2017

Accepted: 3 December 2017

**Aim.** To describe the clinical pattern, the causes and the outcome of patients with acute upper gastrointestinal bleeding in the National Reference General Hospital of N'Djamena. **Patients and Methods.** This was a cross sectional descriptive study carried out over a period of four years, including all patients recovered for an upper gastrointestinal bleeding. Data were collected using a sheet inspired from the "Upper gastrointestinal bleeding Observatory in Africa French-speaking Area". Study variables included demographic data, clinical presentation, hemoglobin rate, endoscopic findings, and the issue of patient. **Results.** The files of one hundred fifteen patients were analyzed. 78% of them were male. Their mean age was 47 years. Hematemesis was the most frequent form of bleeding (70, 43%). Hemoglobin rate was less than 7 g/dl in 30% of cases. Gastroduodenal ulcer disease was the most common cause of bleeding. The use non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) was identified in 7% of cases. Overall mortality rate was 18%. **Conclusion.** In Ndjamen, upper gastrointestinal bleeding usually presents as hematemesis. gastro duodenal ulcer disease is the most common cause. The overall mortality rate is high.

## INTRODUCTION

L'hémorragie digestive haute (HDH) est l'une des principales urgences en gastroentérologie. Celle de grande abondance, met en jeu le pronostic vital du patient, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce. L'avènement de l'endoscopie digestive en Afrique a permis la réalisation de quelques études focalisées au

niveau des unités d'endoscopie digestive de certains pays [1-4]. L'amélioration de l'évolution clinique et la réduction de la mortalité au cours des HDH aiguës sont obtenues grâce au progrès des nouvelles techniques d'endoscopies thérapeutiques, à de nouvelles drogues comme les inhibiteurs à pompe à proton (IPP), les

antirécepteurs H2 (Anti-H2) et les médicaments vaso actifs, à l'éradication de l'infection à *helicobacter pylori* (*Hp*) et à une meilleure prévention des hémorragies digestives chez les patients porteurs de varices œsophagiennes et ceux mis sous anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aspirine. Les HDH ont fait l'objet de plusieurs études en Afrique, [5-8], mais au Tchad, aucune étude antérieure n'est publiée. C'est pour combler ce vide que nous avons réalisé cette étude transversale dont l'objectif était de définir le profil clinique, les causes principales et le pronostic des HDH en milieu hospitalier à Ndjamena.

**PATIENTS ET MÉTHODES**

Notre étude était une étude transversale descriptive réalisée à l'Hôpital General de Référence Nationale de Ndjamena, incluant tous les patients qui avaient été admis dans le service durant la période allant du 01 janvier 2007 au 31 décembre 2010 pour une hémorragie digestive haute (HDH). Étaient inclus les patients des deux sexes, âgés d'au moins 15 ans, ayant eu une HDH extériorisée avec comme tableau clinique de présentation une hématomèse ou méléna. Ont été exclus de l'analyse, les patients chez qui la preuve d'une HDH n'était pas certaine et dont le dossier clinique était incomplet.

Le traitement médical était constitué uniquement des inhibiteurs de pompe à proton (IPP) ou des antirécepteurs H2 (anti H2) car les médicaments vaso-actifs comme la somatostatine et la glypressine ne sont pas disponibles au Tchad compte tenu de leur cout très élevé [9-10].

Notre fiche de collecte des données s'est inspiré de la fiche utilisée pour l'étude « Observatoire Hémorragies Digestives Hautes en Afrique Francophone (OHDHAF) ». Les variables d'études étaient les paramètres démographiques (âge et sexe); les caractéristiques cliniques (forme du saignement, pression artérielle systolique et fréquence cardiaque à l'admission, antécédents hémorragiques, taux d'hémoglobine à l'admission, facteurs déclenchants [anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aspirine, anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, autres produits gastro-toxiques], les données endoscopiques telles les lésions causales et les caractères du saignement, présence de comorbidité (cirrhose hépatique, insuffisance cardiaque, rénale et/ou hépatique), le traitement médical initial [inhibiteur de pompe à proton (IPP), anti récepteur histaminique 2 (anti H2) et/ou transfusion sanguine], la récurrence hémorragique ainsi que le profil évolutif.

**Analyse statistique**

Le test de Khi2 a été utilisé pour comparer les pourcentages, le seuil de signification étant de P<0,05.

**RÉSULTATS**

Au terme de cette étude, 115 patients ont été colligés. Leur âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes allant de 15 à 84 ans et un sex-ratio M/F de 3,6. Les HDH ont

représenté 3% de toutes les hospitalisations dans le service.

L'hématomèse était le mode d'extériorisation d'HDH le plus fréquent. Parmi les modes de présentation, l'hématomèse était isolée chez 70% des patients, le méléna isolé chez 14,78% et l'association méléna et hématomèse était présente chez 12,17% patients. Nous avons aussi noté une anémie sans extérioration (Fig 1).

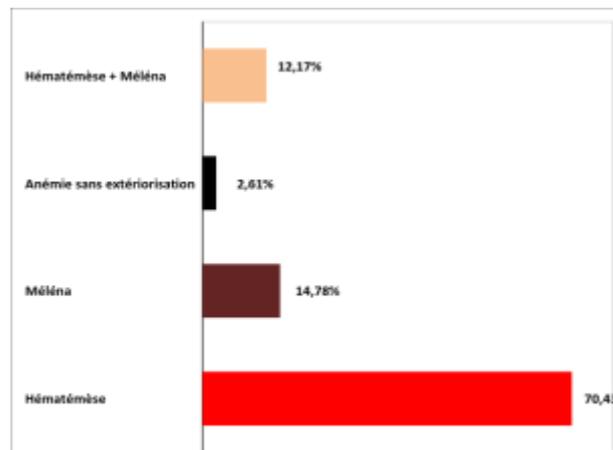


Figure 1 : Répartition selon le mode de révélation de l'hémorragie

Sur le plan hémodynamique, 77% des patients avaient un bon équilibre hémodynamique c'est-à-dire une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 100 mm Hg à l'admission contre 23% avec une pression artérielle systolique en dessous de ce chiffre. 14% des patients avaient eu dans le passé des épisodes d'hémorragies digestives hautes avant celle qui avait fait l'objet de cette étude. 70% des patients avaient une hémoglobémie supérieure à 7g/dl. 90% des patients avaient affirmé n'avoir pris aucun traitement qui pourrait être un facteur déclenchant de l'hémorragie, seuls 7% des patients avaient avoué d'avoir reçu avant l'épisode hémorragique un traitement à base d'AINS.

Parmi les 115 patients, 67 ont bénéficié d'une fibroscopie digestive haute. 42 présentaient un ou plusieurs stigmates attestant une hémorragie récente et 25 patients n'avaient aucune lésion endoscopique visible. Parmi les causes détectables de saignement, les ulcères gastroduodénaux (UGD) étaient les causes les plus retrouvées (43%), suivis par les érosions gastroduodénales (26.2%) et les ruptures de varices œsophagiennes (13.1%). Les différentes lésions endoscopiques ainsi que les stigmates de saignement sont résumés dans les tableaux I et II.

Tableau I : Répartition des stigmates hémorragiques

Stigmates hémorragiques	Effectif	Pourcentage
Sang dans la cavité	16	34,04
Caillot adhérent	16	34,04
Vaisseau visible	14	29,79
Hémorragie active	1	2,13
Total cumulé	47	100,00

Tableau II : Distribution des lésions endoscopiques

Lésions	Effectif	Pourcentage
Ulcères gastriques	11	18,03
Ulcères duodénaux	15	24,59
Érosions gastroduodénales	16	26,23
Varices œsophagiennes et/ou gastriques	8	13,11
Syndrome de Mallory-Weiss	4	6,56
Érosions de l'œsophage	2	3,28
Tumeurs gastriques	2	3,28
Gastropathies congestives	3	4,92
Total cumulé	61	100,00

La cirrhose hépatique, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale étaient les comorbidités enregistrées.

Sur le plan thérapeutique, 96 patients sur les 115 ont reçu un traitement médical à base d'inhibiteur de pompe à proton (IPP) par voie orale. 14 ont reçu un anti récepteur H2 (anti-H2) et 41 ont bénéficié d'une transfusion sanguine de un à cinq culots globulaires, dont 39% avaient reçu chacun deux culots globulaires. Huit patients ont eu une récurrence hémorragique durant leurs séjours dans le service. Les techniques de ligature des varices œsophagiennes n'ont pas été pratiquées dans notre centre, à cause de leur coût élevé.

La mortalité globale était de 18% (21 patients). Cette mortalité était due à un choc hypovolémique dans 57% des cas. Nous n'avons pas trouvé une relation entre la mortalité et l'âge. Il n'y avait pas aussi un lien entre les modes de révélation de l'HDH (méléna ou hématomèse) et le décès ( $p=0,06$  et  $\text{Khi}^2=7,45$ ). L'hémoglobine à l'entrée n'a pas eu de répercussion sur le décès de nos patients ( $p=0,20$  et  $\text{Khi}^2=3,16$ ). Aucune comorbidité n'avait influencé sur le décès dans cette série. Même s'il n'y avait pas de relation entre récurrence hémorragique et le décès ( $p=0,73$  et  $\text{Khi}^2=0,12$ ), quatre sur huit patients qui avaient récidivé durant l'hospitalisation étaient décédés.

## DISCUSSION

Notre étude est la première au Tchad qui décrit les aspects cliniques des hémorragies digestives hautes. Celles-ci représentaient 3% de toutes les hospitalisations durant l'étude. Elles constituent ainsi une cause non négligeable d'hospitalisation comme dans bon nombre des pays africains et à un moindre mesure au Bénin où elle représentait 2 % des causes d'hospitalisation [2, 4, 1]. La population la plus affectée avait un âge moyen de 47 ans. Des chiffres très proches ont été retrouvés par Rénovat et Sombié [5,8]. Mais Barkun au Canada a reporté un âge plus élevé [11]. Ceci peut s'expliquer par le vieillissement de la population canadienne. Sur le plan clinique, l'hématomèse était le premier mode de présentation dans notre étude ; la fréquence reportée dans notre étude était similaire à celle de plusieurs études

africaines [5, 8,12] mais cette fréquence était supérieure à celle décrite par John JK qui a trouvé un taux de 55% [13]. Par contre Olusegun rapportait le méléna comme premier motif d'hospitalisation [7]. Sur le plan hémodynamique, 23% des patients avaient une pression artérielle systolique inférieure à 100 mm Hg à leur admission. Ceci pourrait s'expliquer par le fait beaucoup de nos patients étaient déjà stabilisés, sur le plan hémodynamique, en périphérie avant leur transfert. A l'admission aux urgences, le taux de l'hémoglobine était inférieur à 7 g/dl chez 30% des patients. Ce taux était nettement inférieur à ceux décrits par d'autres auteurs africains [2,14].

La prise de certains produits gastro toxiques (AINS, Aspirine, etc.) qui pouvaient être responsables de l'hémorragie a été notée chez 10% des cas dans notre série, parmi ces produits la consommation d'AINS a été retrouvée chez 7% des cas, alors que dans les séries de Sarah AH on notait chez 11% des cas [15].

Les ulcères gastroduodénaux (UGD) étaient les causes les plus retrouvées du saignement dans notre étude. Des constatations similaires ont été faites dans des séries africaines [3, 5,16] et occidentales [17,18]. La rupture des varices œsophagiennes et gastriques peut avoir souvent un issu fatal dans les pays à ressources limitées [19]. Malgré la prévalence élevée des maladies hépatiques comme la cirrhose, l'hémorragie par rupture de varices œsophagiennes et gastriques vient juste après les ulcères et les érosions gastroduodénaux. Toutefois, quelques auteurs africains la reportent comme première cause d'hématomèse [12,20]. Chez les 67 patients soumis à une endoscopie digestive haute, les stigmates hémorragiques étaient présents retrouvés chez 70% des cas. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Czernichow et coll. en France qui ont trouvé une fréquence de 92% [21]. Car chez ces derniers, les endoscopies digestives hautes ont été réalisées en urgence et souvent dans les 24 heures de l'admission des patients. Cette rentabilité diagnostique inférieure dans notre série peut s'expliquer par le long délai écoulé entre la survenue d'hémorragie et la réalisation de l'acte endoscopique. Le rendement est meilleur quand l'exploration a lieu dans les 12 premières heures, mais médiocre si elle a lieu 48 heures après [22].

Concernant le traitement médical, les IPP étaient les médicaments les plus couramment utilisés par nos praticiens dans cette étude, ainsi 83,48% de nos patients avaient reçu un IPP par voie orale ou injectable, 12,17% avaient reçu un anti-H2. Les IPP ont un effet dans les hémorragies d'origine ulcéreuses [23]. La bonne prise en charge médicamenteuse avec les IPP aurait contribué vraisemblablement à l'amélioration de leur pronostic en l'absence des gestes thérapeutiques par voie endoscopique dans notre contexte.

Environ 7% de nos patients ont eu une récurrence hémorragique durant leur séjour hospitalier. La fréquence de récurrence hémorragique dépend de la pathologie sous jacente, elle est fréquente en cas de rupture des varices œsophagiennes mais dépend aussi d'une bonne prise en charge initiale du patient.

Villanueva avaient décrit que les transfusions précoces chez les patients ayant un taux d'hémoglobine de 7 g/l diminuaient les récurrences hémorragiques [24]. La transfusion sanguine a été largement utilisée par les comme moyen thérapeutique chez 35,65% de nos patients à l'admission.

Concernant l'évolution clinique des patients, la mortalité était très élevée dans notre série alors que des fréquences très basses ont été retrouvées dans d'autres séries africaines [7,6,14,16]. Il est vrai qu'une bonne évaluation clinique du patient à l'admission avec une bonne prise en charge thérapeutique même médical, aurait permis de réduire la mortalité.

Contrairement à d'autres études [17,26], où les paramètres comme l'âge, la présence de comorbidités et la prise en charge précoce réduisent la mortalité, l'analyse multi variée nous a montré qu'aucun de nos paramètres étudiés n'avait eu une influence sur la mortalité. Vipul J a conclu dans une review, que les grandes différences de taux de mortalité causée par les

hémorragies digestives non variqueuses sont attribuables aux diverses méthodologies adoptées et populations étudiées [26].

#### Limites

Tous les patients n'ont pas pu bénéficier d'une endoscopie digestive haute, le Score de Rockall n'a pas été utilisé pour faire l'évaluation clinique dès l'admission du patient au niveau des urgences.

#### CONCLUSION

À Ndjamena, les hémorragies digestives hautes se présentent avant tout comme des hématoméses. Les ulcères gastroduodénaux sont la principale cause. Le taux de mortalité est élevé. D'autres études avec un nombre important des patients sont nécessaires pour mieux évaluer les causes du saignement et l'évolution clinique des patients reçus pour hémorragie digestive haute

#### REFERENCES

- Kodjoh N, Hountondji A, Addra B. (1991) Apport de l'endoscopie au diagnostic des affections oeso-gastro-duodénales en milieu tropical. Expérience béninoise à propos de 930 examens. *Ann Gastroenterol Hepatol* 27 : 261-7.
- Razafiemahefa SH, Rabenjanahary TH, Rakotozafindraibe R, et al. (2011) Hémorragies digestives hautes: aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs. A propos d'une série de 62 patients malgaches. *Rev Med Madag* 1 (1) : 6-10.
- Benajah D-A, Aqodad N, El Fakir S, et al. (2009) Les hémorragies digestives ulcéreuses au CHU Hassan-II de Fès: approche épidémiologique. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 3:16-21.
- Maiga MY, Dembélé M, Gangaly D, et al. (2002) Les hémorragies digestives hautes aiguës en milieu hospitalier. *Mali Med.* ;TXVII : 5-8.
- R. Ntagirabiri, A. Mumana, D. Dunduri, et al. (2012) Hémorragie digestive haute de l'adulte au Burundi : aspects épidémiologiques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 6: 272-275.
- M. Diakité, C Assi, FM Mathaïx, et al. (2016) Epidémiologie et facteurs pronostiques des hémorragies digestives hautes en Côte d'Ivoire : étude prospective observationnelle multicentrique. *J. Afr. Hépatol Gastroenterol* 10 : 80-84.
- Olusegun I Alatise, Adeniyi S Aderibigbe, Adewade O Adisa, et al. (2014) *BMC Gastroenterology* 14: 210.
- Roger S, A. Tiendrébéogo, A. Guingané, et al. (2015) Hémorragie digestive haute : aspects épidémiologiques et facteurs pronostiques au Burkina Faso (Afrique de l'ouest). *J Afr Hepatol Gastroenterol* 9: 154.
- Gisbert JP, Gonzales L, Calvet X. (2001) Proton pump inhibitor versus H2 antagonists; a meta-analysis of their efficacy in treating bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 15:917-26.
- Lau JYW, Sung JY, Lee KKC. (2000) Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med*; 343: 310-6.
- Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al. (2004) The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol* 99:1238-46.
- Ahmed S Gado, Basel A. Ebeid, Aida M. Abdelmohsen, Anthony T. Axon. (2012) Clinical Outcome of Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage among Patients admitted to a Government Hospital in Egypt. *Saudi J Gastroenterol* 18:34-9.
- John J Kim, Sarah Sheibani, Sunhee Park et al. Causes of Bleeding and outcomes in Patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin gastroenterology* (2014). Volume 48, Number 2.
- HN Luma, S Eloumou, MS Doualla, et al. (2011) The Clinical Features and outcome of patients admitted with upper gastrointestinal bleeding in the General Hospital Douala, Cameroon: a cross sectional analysis. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités*, Vol5, No 3.
- Sarah A Hearnshaw, Richard A Logan, Derek Lowe, et al. (2011) Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the UK: characteristics patients, diagnosis, and outcomes in 2007; UK Audit. *Gut* 60: 1327-1335.
- A Bagny, O Bouglouga, MA Djibril, et al. (2016) Profil étiologiques des hémorragies hautes de l'adulte au CHU-Campus de Lomé. *J Afr Hépatol. Gastroenterol* 10 : 80-84.
- Vipul Jairath, Myriam Martel, Richard FA Logan, Alan N Barkun. (2012) Why do mortality rates for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding differ around the world? A systemic review of cohort studies. *Can J Gastroenterol* 26 (8): 537-543.
- Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C. (2002) Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of non-steroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 97 (10): 2540-9.
- Bouglouga O, Bagny A, Lawson-Ananissoh L, Djibril M. (2014) Mortalité hospitalière liée à une hémorragie digestive haute par rupture de varice oesophagienne au CHU Campus de Lomé (Togo). *Médecine et Santé Tropicale*: 24 :388-391.
- Mwanahawa R Suba, Segni M Ayana, Charles M Mtabho, Gibson S Kibiki. (2010) The aetiology management and clinical outcome of upper gastrointestinal bleeding among patients admitted at the Kilimanjaro Christian Medical Centre in Moshi, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, Vol 12, No 4.
- Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB. (2000) Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 12 (2) : 175-81.
- Iyad Khamaysi, Ian M. Gralnek. (2015) Nonvariceal upper gastrointestinal Bleeding. Timing of Endoscopy and ways to improve endoscopic visualization. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 25 443-448.
- An Barkun, Aw Cockeram, V Plourde, Rn Fedorak. (1999) Review Article: Acid suppression in non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 13:1565-1584.
- Villanueva Colomo A, Alba B. (2013) Transfusion strategy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding, *N Engl J Med*; 368: 11-