



## Article Original

## Hémorragie Digestive Haute au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville : Aspects Cliniques et Prise en Charge Réelle : À Propos de 210 Patients

*Upper digestive haemorrhage at the University Teaching Hospital of Libreville: clinical aspects and real management of 210 patients*

Patrice Emery Itoudi Bignoumba, Ines Flore Maganga Moussavou, Jean Baptiste Moussavou Kombila

Service d'hépatologie, de gastroentérologie et d'endoscopie digestive – CHU de Libreville

**Auteur correspondant :**  
Patrice Emery ITOUDI  
BIGNOUMBA –  
[ibpemery@yahoo.fr](mailto:ibpemery@yahoo.fr) – BP  
4154 Libreville/Gabon –  
(+241) 06906639.

**Mots clés :** méléna –  
hémorragie digestive haute  
- hématémèse

**Keywords :** Upper  
digestive tract hemorrhage,  
Libreville

### ABSTRACT

**Introduction.** L'hémorragie digestive haute est une urgence fréquente en gastroentérologie. Son pronostic reste grevé d'une mortalité variant entre 5 et 50%. Les données gabonaises sont rares et issues d'études rétrospectives. Nous nous sommes assignés comme objectif d'évaluer la prise en charge de l'hémorragie digestive haute au CHU de Libreville. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, menée au CHU de Libreville entre le 1<sup>er</sup> mars 2013 et le 31 décembre 2014. Nous avons inclus tous les patients ayant présenté une hématémèse et/ou un méléna et/ou une anémie avec présence de sang à l'endoscopie digestive haute. Les données démographiques, cliniques, pronostiques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées. **Résultats.** Nous avons inclus 210 patients (100 hommes et 110 femmes). Leur âge moyen était de 42 ans (+/- 4 ans). La prise de médicaments gastro-toxiques était retrouvée chez 21,4% des patients. Le taux moyen d'hémoglobine était de 7 g/dL (ET : 3 g/dL). Les principales lésions endoscopiques retrouvées étaient l'ulcère gastrique et/ou duodéal (45,7%), les varices œsophagiennes et/ou gastriques (29,5%), l'œsophagite peptique sévère (22,8%), la gastropathie érosive (18,6%). Le délai moyen d'accès à l'endoscopie était de 8 jours (extrêmes de 0 et 40 jours). Les traitements institués étaient les inhibiteurs de la pompe à protons (100%), les analogues de la somatostatine (6,5%), l'endoscopie hémostatique (33%). La récurrence hémorragique était de 5,7%. Il y a eu huit décès (3,8%). **Conclusion.** L'hémorragie digestive haute touche la femme jeune avec peu de comorbidité. Son étiologie est dominée par l'ulcère gastroduodéal et l'hypertension portale. L'accès à l'endoscopie est tardif et l'endoscopie thérapeutique est peu utilisée.

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Upper digestive hemorrhage is a one of the most common emergencies in gastroenterology. The mortality rate is high, ranging between 5 and 50%. Gabonese data are rare and most of them are retrospective studies. The objective of our study was to describe the management of upper digestive hemorrhage at the University Hospital of Libreville. **Patients and methods.** This was a cross-sectional, descriptive study conducted at the University Hospital of Libreville between March 1, 2013 and December 31, 2014. We included all patients with hematemesis and / or melena and / or anemia with presence of blood from high digestive endoscopy. Demographic, clinical, prognostic, therapeutic and evolutionary data were analyzed. **Results.** We recruited 210 patients (100 men and 110 women). Their mean age was 42 years (+/- 4 years). Forty four patients (21.4%) were using gastro-toxic drugs. The mean hemoglobin level was 7 g / dL (+/- 3 g / dL). The main endoscopic lesions were: gastric and / or duodenal ulcer (45.7%), esophageal and / or gastric varices (29.5%), severe peptic esophagitis (22.8%) and erosive gastropathy (18.6%). The average delay before the performance of endoscopy was eight days (ranging from 0 to 40 days). All patients received proton pump inhibitors (100%), while four patients also took somatostatin analogs (6.5%). Hemostatic endoscopy was performed on patients 36 patients (33%). The rate of hemorrhagic recurrence was 5.7%. The mortality rate was 3.8%. **Conclusion.** Upper digestive hemorrhage affects the young woman with little comorbidity. The main etiologies are peptic ulcer and portal hypertension. Access to endoscopy is late, and therapeutic endoscopy is seldom the method of choice

### INTRODUCTION

L'hémorragie digestive haute (HDH) correspond à un saignement de la paroi du tractus digestif compris entre la bouche du Killian en haut et l'angle de Treitz en bas [1]. Malgré l'amélioration des moyens diagnostiques et thérapeutiques, son pronostic reste grevé d'une mortalité

variant de 5 à 50% [1,2]. Ce pronostic dépend de la présence de comorbidités, du plateau technique et de la célérité de la prise en charge [1,2]. Les données africaines sont éparses. Elles montrent un taux de décès de 6,3% au

Cameroun et 22,9% au Burundi [3,4]. Au Gabon, les données sont rares et issues d'études rétrospectives [5,6]. L'objectif de ce travail était de définir le profil clinique et pronostique de l'hémorragie digestive haute et déterminer sa prise en charge effective au centre hospitalier universitaire (CHU) de Libreville.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle prospective, descriptive, menée au CHU de Libreville entre le 1<sup>er</sup> mars 2013 et le 31 décembre 2014. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour HDH et/ou ayant présenté une HDH au cours de leur hospitalisation. HDH était définie par la présence d'une hématomèse et/ou un méléna et/ou une anémie avec présence de sang dans l'estomac. Les délais d'accès à l'endoscopie ont été estimés en nombre de jours. Le diagnostic lésionnel a été établi par l'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD). Le pronostic des patients a été déterminé par la présence de comorbidités, les scores de Glasgow-Blatchford et le score de Rockall. La classification de Los Angeles était utilisée pour les lésions d'œsophagite peptique, celle de Forrest pour les lésions d'ulcère et la classification de Paris pour les varices. Les données suivantes étaient recueillies à l'aide d'une fiche standardisée : âge, sexe, mode de révélation, notion de prise de médicaments gastro-toxiques, les comorbidités, l'état hémodynamique, le délai d'accès à EOGD, les lésions endoscopiques retrouvées, les thérapeutiques instituées, la récurrence hémorragique et le décès. Les thérapeutiques instituées ont été comparées aux thérapeutiques idéales nées des recommandations internationales. L'analyse statistique a été réalisée grâce aux logiciels Excel 2010 et SPSS 20.0.

## RÉSULTATS

Nous avons inclus 210 patients (100 hommes et 110 femmes). Comme le montre le tableau I, l'âge moyen était de 42 ans (+/- 4 ans) avec des extrêmes de 4 et 89 ans. Les modes de révélation étaient le méléna dans 39% (n=82), méléna + hématomèse dans 26,7% (n=56), hématomèse dans 25,2% (n=53) et anémie aiguë dans 9,1% (n=19). La prise des médicaments gastro-toxiques était retrouvée chez 21,4% des patients (n=45). Des comorbidités étaient connues chez 13,8% des patients (n=29).

Le taux d'hémoglobine moyenne était de 7 g/dL (ET : 3 g/dL). Le délai moyen d'accès à EOGD était de 8 jours (extrême 0 et 40 jours). L'accès à EOGD dans un délai inférieur à 24 heures était de 11,4% (n=24). Les lésions endoscopiques étaient associées : 45,7% de patients (n=96) avaient des ulcères gastriques et/ou duodénaux ; 29,5% (n=62) avaient des varices œsophagiennes et/ou gastriques ; 22,8% des patients (n=48) avaient une œsophagite sévère et 18,6% (n=39) avaient une gastropathie érosive. Selon la classification de Forrest, il y avait 7,1% (n=15) d'ulcères Forrest I (A ou B) ; 21,4% (n=45) d'ulcère Forrest IIA et IIB et 17,1% (n=36) d'ulcères Forrest IIC et Forrest III. Les varices étaient de petites tailles dans 4,8% (n=10), de taille moyenne dans 9,5% (n=20) et de grande taille 17,1% (n=32).

Il y avait indépendamment de l'étiologie 13,3% (n=28) d'hémorragie active. Le score de Glasgow-Blatchford

était > 8 chez 37,1% des patients (n=78). Le score de Rockall était > 3 chez 25,7% des patients (n=54).

Tableau I : Principaux résultats

	N	%
<b>Mode de révélation</b>		
Méléna	82/210	39,0
Méléna + hématomèse	56/210	26,7
Hématomèse	53/210	25,2
Autres	19/210	9,1
<b>Profil clinique</b>		
Age moyen	42 ans (+/- 4)	
Sex ratio (h/f)	100/110	0,9
Comorbidités	29/210	13,8
Prise de médicament gastrotoxique	45/210	21,4
<b>Étiologies</b>		
Ulcère gastrique et/ou duodénal	96/210	45,7
VO et/ou VG	62/210	29,5
Œsophagite sévère	48/210	22,8
Gastropathie érosive	39/210	18,6
<b>Prise en charge</b>		
Délais d'accès à l'endoscopie	8 jours	
Hospitalisation en soins intensifs	9/78	11,5
Inhibiteurs de la pompe à protons	210/210	100,0
Antibioprophylaxie	38/62	61,3
Analogues de la somatostatine	4/62	6,5
Endoscopie hémostatique	36/109	33,0
<b>Évolution</b>		
Récidive hémorragique	12/210	5,7
Décès	8/210	3,8

VO : varices œsophagiennes. VG : varices gastriques

Sur le plan thérapeutique, l'hospitalisation en soins intensifs telle que suggérée par le score de Glasgow-Blatchford l'a été pour 9 patients sur 78 soit 11,5%. L'usage des inhibiteurs de la pompe à proton était systématique (100%). L'antibioprophylaxie a été pratiquée chez 38 des 62 patients qui auraient dû en bénéficier (61,3%). Les analogues de la somatostatine ont été utilisés chez 4 des 62 patients nécessaires soit 6,5%. L'endoscopie à visé hémostatique a été réalisée chez 36 des 109 patients (33%).

Sur le plan évolutif, il y a eu 5,7% (n=12) de récurrence hémorragique et 3,8% (n=8) de décès.

## DISCUSSION

Ce travail est une photographie de l'hémorragie digestive haute et de sa prise en charge au CHU de Libreville. Ses limites tiennent à la fois du caractère non standardisé de la prise en charge de l'HDH au CHU de Libreville et du recrutement exclusivement hospitalier des patients. Toutefois, le CHU de Libreville est l'hôpital public de référence, doté du seul service de gastroentérologie du Gabon. Ces résultats peuvent servir de référence nationale.

Nous observons que l'hémorragie digestive haute touche l'adulte de la quatrième décennie, avec une légère prédominance féminine, présentant peu de comorbidités. Si l'âge moyen et la rareté des comorbidités sont superposables à l'ensemble des études africaines, la prédominance féminine fait l'originalité de notre étude [3-11]. Cette particularité pourrait s'expliquer par une meilleure couverture sociale de la femme au Gabon.

L'hémorragie digestive haute se révélait soit par un méléna seul (39%), soit par l'association méléna - hématoméso (26,7%) soit l'hématoméso seule (25,2%). Cela est en accord avec les données de la littérature [3-11].

Les étiologies étaient dominées par l'ulcère gastroduodéal (45,7%) suivi de l'hypertension portale (29,5%). Ces données sont superposables aux données de la littérature gabonaise et internationale [3-11].

Le délai moyen d'accès à EOGD était de 8 jours avec à peine 11,4% pour qui ce délai était inférieur à 24 heures. Nous sommes très loin des recommandations internationales qui préconisent un accès à l'endoscopie dans les 12 heures [12-14]. Nous restons loin également d'Okon et al. en Côte d'Ivoire pour qui le délai moyen d'accès à EOGD était de 3 jours [7]. Ces délais retrouvés dans notre étude sont liés d'une part à la nécessité de stabilisation clinique du patient, et d'autre part à la lourdeur administrative de l'assurance maladie qui exige de faire valider par ses services l'indication de tout acte médicale avant sa réalisation.

La rareté des comorbidités (13,8%) s'explique probablement par la jeunesse de nos patients (âge moyen 42 ans). En effet, cette jeunesse est une constante des études africaines contrairement à l'occident [4-8,12,14].

La présence d'un saignement actif est probablement sous-estimée du fait du long délai d'accès à EOGD.

Seuls 11,5% des patients ayant un score de Glasgow-Blatchford >8, ont pu y être transféré en soins intensifs. Cela est la conséquence à la fois de rareté des lits de soins intensifs et d'une coopération insuffisante avec les réanimateurs.

Sur le plan thérapeutique, l'ensemble des patients avait eu accès aux inhibiteurs de la pompe à protons. Cette attitude nous paraît rationnelle avant l'accès à l'endoscopie car la première cause d'hémorragie digestive est l'ulcère gastroduodéal. L'absence d'analogues de la somatostatine dans notre structure explique son usage anecdotique. Ils sont à la charge du patient et mal remboursés. L'antibioprophylaxie chez les cirrhotiques s'est heurtée au présumé risque de sélection de germe exprimé par certains praticiens. L'usage de l'endoscopie d'hémostase était limité par la disponibilité précaire des dispositifs d'hémostase (kits de ligatures de varices œsophagiennes, colles hémostatiques, clips, plasma-argon...).

Malgré un score de Rockall à 25,7%, nous n'avons observé que 5,7% de récurrence hémorragique et 3,8% de décès. Cette évolution satisfaisante malgré les insuffisances techniques, comme le suggère Okon et al. est probablement liée à la jeunesse de nos patients avec comme corollaire la rareté des comorbidités [7]. En effet, le taux de mortalité augmente avec le nombre de comorbidités. Le décès est souvent lié à la décompensation de pathologie sous-jacente [7,9,12].

## CONCLUSION

Au CHU de Libreville, l'hémorragie digestive haute se révèle souvent par un méléna chez une femme de 42 ans sans comorbidité. Ses étiologies sont dominées par

l'ulcère gastroduodéal et l'hypertension portale. Malgré un accès tardif à l'endoscopie et une prise en charge limitée, la récurrence hémorragique et le décès restent rares.

## RÉFÉRENCES

1. Sung JY, Tsoi KKF, Ma TKW, Yung MY, Lau JYW, Chiu PWY. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding : a prospective cohort study of 10428 cases. *Am J Gastroenterol* 2010;105:84-89.
2. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med* 2010; 362: 823-832
3. Luma HN, Eloumou S, Doualla MS et al. The clinical features and outcome of patients admitted with acute upper gastrointestinal bleeding in the General Hospital Douala, Cameroon: a cross sectional analysis. *Rev Afr chir spe* 2011; 3:35-40
4. Ntagirabiri R, Mumana A, Dunduri D, Nimbunanira M, J. Nzojijobiri. Hémorragie digestive haute de l'adulte au Burundi: aspects épidémiologiques, étiologique, thérapeutiques et évolutifs. *J Afr Hépatogastroentérol*. 2012; 4 :272-275
5. Gaudong Mbethe GL, MOUNGUENGUI D, M. Ondounda et al. Profil épidémiologique des hémorragies digestives hautes au Gabon. *Med Santé Trop*.2014 ; 24: 441-443
6. Abdou Raouf O, Mistoul I, Obame Ngwa C, Josseume A, Tchoua R, Moussavou-Kombila JB. Hémorragies digestives hautes : Aspects épidémiologiques et intérêt de l'endoscopie en urgence. *Méd Afr noire*. 2002 ; 49 :395-398.
7. Okon AJB, Thot'o AS, Diakit M et al. Résultats et facteurs prédictifs de mortalité des hémorragies digestives hautes en hospitalisation : étude multicentrique en Côte-d'Ivoire. *Acta Endosc* 2015; 45: 285-290
8. Bagny A, Bouglouga O, Awalou Djibril M, Redah D. Profil étiologique des hémorragies digestives hautes de l'adulte au CHU-campus de Lomé (Togo). *J Afr Hépatogastroentérol*. 2012 ; 6 : 38-42
9. Sombié R, Tiendrébéogo A, Guingané A et al. Hémorragie digestive haute : aspects épidémiologiques et facteurs pronostiques au Burkina Faso (Afrique de l'ouest). *J Afr Hépatogastroenterol*. 2015 ; 9 :154-159
10. El Mekkaoui A, Mellouki I, Berraho MA, et al. Epidémiologie, étiologie et évolution des hémorragies digestives hautes au centre hospitalier universitaire de Fès, Maroc. *Acta Endosc* 2011 ; 41:337-343
11. Gassaye D, Atipo Ibara BI, Ndolo-Mpika AB et al. Les hémorragies digestives et les médicaments anti-inflammatoires au CHU de Brazzaville. *Bull Soc Pathol Exot*, 2004 ; 97 : 323-324
12. Lesur G. Hémorragies digestives hautes : qui traiter en ambulatoire ? *Post'U*. 2013 : 257-262.
13. Colle I, Wilmer A, Le Moine O et al. Upper gastrointestinal tract bleeding management : Belgian guidelines for adults and children. *Acta Gastroenterol Belg*. 2011;74:45-66.
14. Badel S, Dorta G, Carron PN. Hémorragie digestive haute : utilité des scores pronostiques. *Rev Med Suisse* 2011 ; 7 : 1574-1578.