



Hémorragie digestive haute : fréquence et étiologies chez les patients reçus pour endoscopie digestive dans quatre structures hospitalières de Conakry

Upper digestive bleeding: frequency and etiology in patients received for digestive endoscopy in four Conakry hospital centres

Diallo K^{1,2}, Diallo D^{1,2}, Kanté MA², Diallo MS^{1,2}, Leno NN³, Sylla D^{1,2}

¹Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry, Guinée.

²Service de Médecine Interne et Hépatogastroentérologie, Hôpital National Donka, du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée.

³Programme National de lutte contre VIH et Hépatites virales. Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, Conakry, Guinée.

Correspondances : Diallo Kadiatou, Service de Médecine Interne et Hépatogastroentérologie, Hôpital National Donka (CHU de Conakry). Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser.

Email : kadi.amadou@gmail.com , Tel : +224 625 80 67 32

MOTS CLÉS : Hémorragie digestive haute, Endoscopie digestive, Fréquence, Etiologie, Guinée.

RESUME

Objectif : déterminer la fréquence et les étiologies des hémorragies digestives hautes chez les patients reçus pour endoscopie digestive haute (EDH) à Conakry

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective (période de janvier 2009 à décembre 2019) de type descriptif réalisée dans quatre centres d'endoscopie digestive haute à Conakry. Les comptes rendus de tous les patients ayant subi une EDH pour hémorragie digestive haute ont été inclus dans l'étude.

Résultats :

Mille cent douze des 23360 patients reçus avaient réalisé une EDH pour HDH soit une fréquence de 4,8%. Le sexe ratio était de 1,4 ; l'âge médian de 45 ans (16 – 90 ans). La principale indication de l'endoscopie était l'épigastralgie associée à une hématomèse dans 54,5%, suivi de l'hématomèse seule dans 39,69%. Les lésions endoscopiques retrouvées étaient majoritairement les lésions inflammatoires (61,9%), suivies des lésions ulcéreuses (29,9%) et des varices œso-cardio-tubérositaires dans 14,0%.

Conclusion : L'hémorragie digestive haute est un motif fréquent d'exploration endoscopique. Les lésions inflammatoires et ulcéreuses étaient les principales étiologies rencontrées.

KEY WORDS : Upper gastrointestinal hemorrhage, Gastrointestinal endoscopy, Frequency, Etiology, Guinea

SUMMARY

Background: The main of this study was to determine the frequency and etiologies of upper gastrointestinal bleeding in patients received for upper gastrointestinal endoscopy in the health facilities of Conakry.

Methods: This was a retrospective study (period from January 2009 to December 2019) of a descriptive type conducted in four upper GI endoscopy centers in Conakry. The reports of all patients who underwent HDE for upper GI bleeding were included in the study.

Results: One thousand one hundred and twelve of the 23360 patients received had undergone upper gastrointestinal endoscopy for upper gastrointestinal bleeding, a frequency of 4.8%. The sex ratio was 1.4; the median age was 45 years (16 - 90). The main indication for endoscopy was epigastralgia associated with hematemesis in 54.5% of cases, followed by hematemesis alone in 39.69% of cases. The endoscopic lesions found were mainly inflammatory lesions (61.9%), followed by ulcerative lesions (29.9%) and oesocardiocardotubercular varices in 14.0% of cases.

Conclusion: Upper gastrointestinal bleeding is a frequent reason for endoscopic exploration. Inflammatory and ulcerative lesions were the main etiologies encountered.

INTRODUCTION :

L'hémorragie digestive haute (HDH) constitue une des principales urgences médicales des pathologies digestives. Elle est en rapport avec le saignement de toute lésion située en amont de l'angle de Treitz.

Les causes les plus fréquentes sont la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale, l'hypertension portale, les érosions gastroduodénales et l'œsophagite de reflux, qui sont responsables d'environ 80 % des épisodes d'HDH. Dans environ 10% des cas, des étiologies plus rares en sont responsable : le syndrome de Mallory-Weiss, les anomalies vasculaires, l'ulcération de Dieulafoy, les hémorragies d'origine pancréatique ou biliaire et les fistules aorto-digestives [1].

Aux États-Unis, l'incidence globale des HDH varie de 48 à 160 cas pour 100000 habitants [2]. En France une étude publiée en 2000 a estimé l'incidence annuelle des hémorragies digestives hautes à 65000 nouveaux cas avec une mortalité hospitalière de 14% [3].

La prévalence des HDH en milieu endoscopique Africain varie de 2 à 2,7 % selon les études [4–8].

Les étiologies des HD sont dominées par les ulcères gastroduodénaux et la rupture des varices œsophagiennes [5,7,9].

Il n'existe à notre connaissance aucune étude publiée sur les hémorragies digestives hautes en Guinée malgré qu'elles soient un motif fréquent d'hospitalisation.

L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence et les étiologies des hémorragies digestives hautes chez les patients reçus pour endoscopie digestive haute à Conakry.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective, utilisant des données de routine des structures de santé sur onze (11) ans allant du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2019.

Quatre centres d'endoscopie digestive de la capitale (Hôpital National Donka, Clinique Pasteur, Clinique Ambroise Paré et Clinique Point B) ont servi de sites pour cette étude.

Tous les comptes rendus d'endoscopie digestive haute dont l'indication était une HDH ont été inclus dans l'étude. L'HDH était définie par soit une extériorisation de sang (hématémèse, méléna, rectorragie) soit un état de choc.

Les données ont été collectées à partir des registres de consultation et des compte-rendu de l'endoscopie digestive haute des patients des services d'endoscopie.

Les variables d'étude étaient sociodémographiques (âge, sexe, profession, site de l'endoscopie), cliniques

(type d'hémorragie digestive et les signes associés : épigastralgie, altération de l'état général, dysphagie, ...) et endoscopiques (varices œsophagiennes, gastropathie d'hypertension portale, ulcère gastrique/duodénale, œsophagite, gastrite, duodénite, lésions tumorales).

Nous avons regroupé les gastrites, bulbo-duodénite, œsophagite et gastro-bulbite en lésions inflammatoires.

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel STATA* version 16. Les résultats ont été présentés sous forme de proportions pour les variables qualitatives et de médiane avec leurs extrêmes pour celles quantitatives.

L'étude était conforme à la déclaration de Helsinki.

RESULTATS :

Aspects épidémiologiques :

Au total 23360 patients ont été reçus pour endoscopie digestive haute pendant la période d'étude, parmi lesquels 1112 (4,8%) étaient des cas d'hémorragies digestives hautes. Parmi notre échantillon, les hommes (59,7%), ménagères/cultivateurs (38,1%) étaient les plus représentés avec un âge médian de 45 ans (16-90 ans). Un peu plus de la moitié (52,3%) de ces patients résidaient dans la capitale Conakry et la majeure partie (85,0) avaient consulté à l'hôpital national Donka (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques et sites de réalisations de l'endoscopie des patients reçus pour hémorragie digestive haute dans les 4 structures hospitalières de Conakry de 2009 à 2019

Variables	Effectif (n=1112)	%
Age médian (IQ)	45 (32-66)	
Sexe		
Masculin	664	59,7
Féminin	448	40,3
Profession		
Ménagère/ Cultivateur	424	38,1
Commerçant/Marchand	147	13,2
Fonctionnaires	130	11,7
Elève/Étudiant	85	7,6
Ouvrier	74	6,7
Chauffeur	63	5,7
Policiers/Gendarme	22	2,0
Tailleur	20	1,8
Autres	80	7,2
Non précisé	60	5,4
Provenance		
Conakry	581	52,3
Hors Conakry	393	35,3
Non précisé	138	12,4
Sites endoscopiques		
Donka	946	85,0
Point B	88	8,0
Clinique Ambroise PARE	43	3,9
Clinique Pasteur	35	3,1

Aspects cliniques : Les principales manifestations cliniques sont résumées dans le tableau II. L'épigastrie plus l'hématémèse (54,5%) et l'hématémèse seule (39,69%) étaient les signes les plus prédominants.

Aspects endoscopiques : Dans notre étude les lésions œsogastroduodénales retrouvées à la Fibroscopie étaient principalement les atteintes inflammatoires (61,9%), suivie des lésions ulcéreuses (29,9%) et des varices œso-cardio-tubérositaires dans 14,0%. Les varices œsophagiennes grade 3 et grade 2 étaient les plus fréquentes dans respectivement 56,5% et 35,9% et on notait la présence de signes rouges augmentant le risque de rupture dans 27,5 %. L'endoscopie digestive haute avait visualisée la présence de stigmata d'hémorragie dans 74,4% des cas.

Plus de la moitié des patients ayant une œsophagite était au stade IV de Savary-Miller (59,7%). Les ulcères Forrest III et Forrest Ib étaient les plus représentés dans 45,3% et 31,0%. Les lésions tumorales étaient retrouvées chez 43 patients dont 67,4% étaient de localisation gastrique et 12% œsophagienne.

Les lésions retrouvées à l'endoscopie digestive haute sont décrites et classées dans les tableaux II et III.

Tableau II : Caractéristiques cliniques et lésions endoscopiques retrouvées chez les patients reçus pour hémorragie digestive haute dans les 4 structures hospitalières urbaines de Conakry de 2009 à 2019

Variables	Effectif (n=1112)	%
Signes cliniques		
Hématémèse + Epigastrie	697	62,74
Hématémèse	441	39,69
Mélena	182	16,38
Autres signes cliniques associés	45	4,48
Lésions endoscopiques		
Lésions inflammatoires	690	61,9
Lésions ulcéreuses (n= 332)		
Ulcère gastrique	174	52,4
Ulcère duodéal	155	46,7
Ulcère œsophagien	3	0,9
VO et VCT	156	14,0
Tumeurs (n=43)		
Gastrique	29	67,4
Œsophagienne	12	27,9
Duodénale	2	4,6
Autres lésions endoscopiques	29	2,6

Autres signes cliniques associés : dysphagie 11(0,99), état de choc 10 (0,94), anémie 7(0,63), reflux gastro-œsophagien 8(1,10), dyspnée 3(0,27), altération de l'état général 3(0,27), rectorragie 2(0,18), éructation 1(0,10)

Autres lésions endoscopiques : gastropathie d'HTP = 19(1,7%) ; Ectasie vasculaire =5 (0,4) ; Malory Weiss = 3(0,3) ; Polype gastrique =2 (0,2)

Tableau III : Description endoscopiques des œsophagites de reflux, des ulcères gastroduodénaux et des varices œsophagiennes

Variables	Effectif	%
Œsophagite (Savary-Miller) (n=77)	Grade I	23 29,9
	Grade II	6 7,8
	Grade III	2 2,6
	Grade IV	46 59,7
Ulcère gastro-duodénaux (Forrest) (n=329)	Forrest Ia	5 1,5
	Forrest Ib	89 27,0
	Forrest IIa	5 1,5
	Forrest IIb	11 3,3
	Forrest IIc	47 14,2
Varices œsophagiennes (131)	Forrest III	130 39,5
	Grade 1	10 7,6
	Grade 2	47 35,9
	Grade 3	74 56,5

DISCUSSION

Cette étude a pour particularité d'être menée dans un pays de l'Afrique de l'ouest (République de Guinée) où la fréquence et les étiologies des hémorragies digestives hautes sont inconnus. Notre étude avait pour objectif de déterminer la fréquence et les étiologies des hémorragies digestives hautes chez les patients reçus pour endoscopie digestive haute afin de renforcer des stratégies de prévention.

Notre fréquence hospitalière de 4,8% est superposable à celle rapportée par KATILE D et al. au Mali [10] en 2020 (3,9 %). Elle est cependant supérieure à celles de Mahamat AM et al [11] en 2018 au Tchad et de Okon A.J.-B et al [5] en 2013 en Côte d'Ivoire qui avaient rapporté respectivement 3% et 3,4 %.

Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par la différence dans la méthodologie de recherche, sur la taille de l'échantillon et la durée de l'étude.

L'épigastrie associée à l'hématémèse était le motif de l'endoscopie le plus représenté (62,74%) suivi de l'hématémèse isolée (39,69%). Ananissoh LM et al. [12] au Togo en 2014 avaient trouvé une prédominance de l'épigastrie isolée dans 60,6% et Rakotovo M.A et al. [4] au Madagascar en 2016 avaient trouvé une

prédominance de l'hématémèse dans 45%.

Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part par le fait que l'épigastrie soit un signe inaugurant la plupart des pathologies gastroduodénales [13] et d'autre part par le fait qu'elle soit une manifestation du syndrome ulcéreux et que l'ulcère gastrique était une des causes fréquentes d'hémorragie digestive haute dans notre étude.

Les lésions inflammatoires étaient les principales étiologies (61,9%) et les lésions ulcéreuses occupaient la 2^{ème} place (29,9%). Nos résultats sont différents de la plupart des études internationales [8,14–16].

Pour les 329 cas de lésions ulcéreuses, Forrest III était le stade le plus représenté 39,5 % suivi du stade Forrest Ib (27,0%) et Forrest IIc (14,2%). Gueye MN et al.[17] en 2021 au Sénégal avaient rapporté 6,7% du stade Forrest III et 3,3 % Forrest IIc.

Cette prédominance du stade III Forrest dans notre étude pourrait s'expliquer non seulement par l'utilisation systématique des anti sécrétoires (IPP) favorisant l'hémostase et la cicatrisation de la lésion mais aussi par le retard le plus souvent de la réalisation de l'endoscopie.

Nous avons noté que la rupture de VO et cardio-tubérositaire liées à l'hypertension portale étaient responsables 14% des HDH. La prédominance des VO grade 3 dans notre étude s'expliquerait par l'absence de surveillance des cirrhoses ainsi que le diagnostic tardif de la plupart des hépatopathies chroniques.

Dans notre étude, le grade IV de Savary-Miller des œsophagites était le plus représenté (59,7%) suivi du grade I (29,9%). Nos résultats sont opposés à ceux rapportés par Ouattara A et al. [18] en 2018 en Côte d'Ivoire qui avaient rapporté une prédominance du grade I (57,45%) suivi du grade II (27,7%).

Les lésions tumorales étaient responsables de l'HDH dans 3,8%. La localisation gastrique avait été retrouvée dans 67,4%. Cela s'expliquerait par le fait que les tumeurs digestives soient diagnostiquées au stade de complication dans notre contexte.

Cependant, notre étude a connu des limites : le caractère rétrospectif ne permettant pas de répondre à plusieurs questions, le nombre insuffisant de site disposant de plateau technique d'endoscopie digestive ainsi que le sous-effectif des endoscopistes.

CONCLUSION

L'hémorragie digestive haute est un symptôme relativement fréquent dans notre contexte et est l'apanage des sujets jeunes de sexe masculin. Ses principales étiologies sont les lésions inflammatoires et ulcéreuses. L'endoscopie digestive haute moyen diagnostic de routine de nombreuses affections oeso-gastroduodénales doit être rapidement accessible

notamment en cas d'hémorragie digestive.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

REFERENCES

1. **Capet C, Czernichow P, Dupas JL, Gorla O, Guerou H, Hochain P et al.** Hémorragies digestives hautes et aspirine à faible dose. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:233-8.
2. **Peery AF, Dellon ES, Lund J.** Burden of gastrointestinal disease in the United States: update. *Gastroenterology* 2012;143(5):1179-87.
3. **Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB et al.** Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12(2):175-81.
4. **Rakotovo MA, Fanantenantsoa R, Rasamoelina N, Rakotoarivelo RA, Razafimahefa SH.** Aspects épidémiologique et thérapeutique des hémorragies digestives vues au CHU Tambohobe Fianarantsoa. *Rev méd Madag.* 2016;6(1):689-93.
5. **Okon AJB, Thoto AS, Diakité M, Soro D, Ouattara A, Koné AKS et al.** Résultats et facteurs prédictifs de mortalité des hémorragies digestives hautes en hospitalisation : étude multicentrique en Côte-d ' Ivoire. *Acta Endosc.* 2015;6(1):1-6.
6. **Bagny A, Bouglouga O, Djibril A, Mba B, Redah D.** Profil étiologique des hémorragies digestives hautes de l'adulte au CHU campus de Lomé (Togo). *J Afr Hépatol Gastroentérol.* 2012;5(2):38-42.
7. **Fidinarivo A, Ramanampamonjy RM.** Hémorragies digestives hautes : aspects cliniques , endoscopiques et évolutifs . A propos d ' une série de 62 patients malgaches. *Rev méd Madag.* 2011;1(1):6-10.
8. **El Mekkaoui A, Mellouki I, Berraho MA, Saâda K, Elyousfi M.** Epidemiology, etiology and outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in the University Hospital of Fez, Morocco. *Acta Endosc.* 2011;(41):337-43.
9. **Diakité M, Toth A, Assi C, Bathaix M, Kon S, Bangoura D et al.** Épidémiologie et facteurs pronostiques des hémorragies digestives hautes en Côte d ' ivoire : étude prospective observationnelle multicentrique. *J Afr Hépatol Gastroentérol.* 2015;644-2.
10. **Tile D, Sangare S, Traore I, Sogoba G, Cisse S M.** Profil étiologique des hémorragies digestives hautes extériorisées en milieu décentralisé : cas de l'hôpital régional de Kayes au Mali. *RISM* 2020 ;22,2 :123-126.



- 11. Mahamat A, Chad N, Moussa AM, Ouchemi C, Béasngar JBK, Saleh TM, et al.** Profil Clinique , Étiologies et Pronostic des Hémorragies Digestives Hautes à Ndjamenà (Tchad). *Heal Sci.* 2018;4(1):1-19.
- 12. Ananissoh LM, Bouglouga O, Bagny A, Kaaga L, Redah D.** La fibroscopie digestive haute chez 2795 patients au centre hospitalier universitaire- campus de Lomé: les particularités selon le sexe. *Pan Afr Med J.* 2014;5(1):1937-8688.
- 13. Abbykdamkak AS et al.** Contribution of Oesogastroduodenal Fibroscopy (OGDF) In The Digestive Pathology of the Elderly (over 65 years old) in Cote d'ivoire. *Rev int sc méd -RISM.* 2017;19(4):335-40.
- 14. Masoodi M, Saberifiroozi M.** Etiology and Outcome of Acute Gastrointestinal Bleeding in Iran . *Middle East J.* 2012;4(4):8-193.
- 15. Chan FKL, Sung JJY. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding.** *N Engl J Med.*

2020;382(14):1299-308.

- 16. Sombié R, Tiendrébéogo A, Guingané A, Hagège H , Lesgourgues B et al.** Hémorragie digestive haute : aspects épidémiologiques et facteurs pronostiques au Burkina Faso (Afrique de l'ouest). *J Afr Hépatol Gastroentérol.* 2015;6(1):610-2.
- 17. Gueye MN, Diallo S, Ndiaye BM, Fall MP, Cisse SAB, Diouf G, Bassene ML, Dia D and Mbengue M.** Upper Gastrointestinal Bleeding in Senegal: Preliminary Results of a Single-Centre Prospective Study. *Japanese J Gastro Hepato.* 2021;V6(9): 1-4
- 18. Ouattara A, Allah-kouadio E, Soro D, Assi C, Camara BM.** Etiological Profile of Oesophagitis in the Endoscopic Unit of the Hospital and University Center of Cocody-Abidjan. Ivory coast. *Rev int sc méd Abj.* 2018;5(3):85-9.