

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ONDONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008- 2009

N° ____/

TITRE:



**ÉVALUATION DE LA PRISE EN
CHARGE DES HÉMORRAGIES
DIGESTIVES HAUTES À BAMAKO**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le...../..../2009

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Par : Mamadou DOUMBÉRÉ

JURY

Président du jury : Pr. Hamar A TRAORÉ
Membre : Dr Anselme KONATÉ
Codirectrice de thèse : Dr KAYA Assétou SOUCKO
Directeur de thèse : Pr. Mamadou DEMBÉLÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2008-2009

ADMINISTRATION

DOYEN: Mr. Anatole TOUNKARA – Professeur

1^{er} ASSESSEUR : Mr. Drissa DIALLO – Maître de Conférences agrégé

2^{ème} ASSESSEUR: Mr. Sékou SIDIBÉ – Maître de Conférences

SECRETAIRE PRINCIPAL: Yenimégué Albert DEMBÉLÉ– Professeur

AGENT COMPTABLE: Mme Coulibaly Fatoumata Tall- Contrôleur des Finances

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Alou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr. Souleymane SANGARÉ	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacognosie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembriologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr. Boukassoum HAÏDARA	Législation
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Sanousi KONATÉ	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie Traumatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L
Mme. SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr. Abdel Kader TRAORÉ dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr. Youssef COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zimogo Z SANOGO	Chirurgie générale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr. Sekou SIDIBÈ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TRAORÉ J Thomas	Ophtalmologie

Mr. Mamadou L. DIOMBANA
Mme. DIALLO Fatimata S. DIABATÉ
Mr. Nouhoum ONGOIBA

Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Issa DIARRA
Mr. Samba Karim TIMBO
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO
Mme. Djeneba DOUMBIA
Mr. Zanafon OUATTARA
Mr. Adama SANGARÉ
Mr. Sanoussi BAMANI
Mr. Doulaye SACKO
Mr. Ibrahim ALWATA
Mr. Lamine TRAORÉ
Mr. Mady MAKALOU
Mr. Aly TEMBELY
Mr. Niani MOUNKORO
Mr. Tiémoko D. COULIBALY
Mr. Souleymane TOGRA
Mr. Mohamed KEITA
Mr. Boureima MAÏGA
Mr. Youssouf SOW
Mr. Djibo Mahamane DIANGO
Mr. Moustapha TOURÉ
Mr. Mamadou DIARRA
Mr. Boubacar GUINDO
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr. Birama TOGOLA

Gynéco-Obstétrique
O.R.L
O.R.L
Anesthésie Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie-Traumatologie
Urologie
Gynéco-Obstétrique
Odontologie
Odontologie
O.R.L
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Ophtalmologie
O.R.L
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

Mr. Brehima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr. Adama Konoba GOITA	Chirurgie Générale
Mr. Piere Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie Générale
Mr. Mambi KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Hamadi TRAORÉ	Odonto-Stomatologie
Mme. KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mme. Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie Réanimation
Mr. Aladji Seydou DEMBÉLÉ	Anesthésie Réanimation.
Mr. Ibrahima TEKETÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Lamine Mamadou DIAKITÉ	Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr. Amadou DIALLO	Biologie
Mr. Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Yénimégué Albert DEMBLÉ	Chimie Organique
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bakary M. CISSÉ	Biochimie
Mr. Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr. Adama DIARRA	Physiologie
Mr. Mamadou KONÉ	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURÉ

Mr Flabou BOUGOUDOGO

Mr Amagana DOLO

Mr Mahamadou A THÉRA

Histoembryologie

Bactériologie – Virologie

Parasitologie **Chef de D.E.R**

Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr. Mahamadou CISSÉ

Mr. Sékou F. M. TRAORÉ

Mr Abdoulaye DABO

Mr. Ibrahim I. MAIGA

Biologie

Entomologie médicale

Malacologie – Biologie Animale

Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Lassana DOUMBIA

Mr. Mounirou BABY

Mr. Moussa Issa DIARRA

Mr. Kaourou DOUCOURÉ

Mr. Boureima KOURIBA

Mr. Souleymane DIALLO

Mr. Cheick Bougadari TRAORÉ

Mr. Guimogo DOLO

Mr. Mouctar DIALLO

Mr. Abdoulaye TOURÉ

Mr. Boubacar TRAORÉ

Mr. Djibril SANGARÉ

Mr. Mahadou DIAKITÉ

Mr. Bakarou KAMATÉ

Mr. Bakary MAIGA

Mr. Mangara M. BAGAYOGO

Chimie Organique

Hématologie

Biophysique

Biologie

Immunologie

Bactériologie/ Virologie

Anatomie pathologie

Entomologie Moléculaire Médicale

Biologie/ Parasitologie

Entomologie Moléculaire Médicale

Parasitologie

Entomologie Moléculaire Médicale

Immunologie Génétique

Anatomie pathologie

Immunologie

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr. Bakary Y. SACKO	Biochimie
Mr. Mamadou BA	Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
Mr. Moussa FANÉ	Parasitologie Entomologie Médicale
Mr. Blaise DAKOUO	Chimie analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mr. Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Hamar A TRAORÉ	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGÉS

Mr. Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Mr. Abdel Kader TRAORÉ	Médecine Interne
Mr. Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
Mme. Sidibé Assa TRAORÉ	Endocrinologie
Mme. Traoré Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses

3. Maîtres de Conférences

Mr. Mamady KANÉ	Radiologie
Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr. Adama D. KEITA	Radiologie
Mr. Sounkalo DAO	Maladies infectieuses

4. Maîtres Assistants

Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme. Kaya Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Idrissa A. CISSÉ	Dermatologie
Mr. Mamadou B. DIRRA	Cardiologie
Mr. Anselme KONATÉ	Hépto-gastro-entérologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr. Mahamadou B. CISSÉ	Pédiatrie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie

Mr. Boubacar DIALLO
Mr. Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr. Modibo SISSOKO
Mr. Ilo Bella DIALL
Mr. Mahamadou DIALLO

Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr. Gaoussou KANOUTÉ
Mr. Ousmane DOUMBIA
Mr. Elimane MARIKO

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Drissa DIALLO
Mme. Rokia SANOGO

Matières médicales
Pharmacognosie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Alou KEITA
Mr. Benoit Yaranga KOUMARÉ
Mr. Ababacar I. MAIGA

Galénique
Chimie analytique
Toxicologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Yaya KANÉ
Mr. Saïbou MAIGA
Mr. Ousmane KOITA
Mr. Yaya COULIBALY
Mr. Abdoulaye DJIMDÉ
Mr. Sékou BAH
Mr. Losseni BENGALY

Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation
Microbiologie Immunologie
Pharmacologie
Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr. Sanoussi KONATÉ

Santé Publique **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3 MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr. Jean TESTA

Santé Publique

Mr. Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr. Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr. Mamadou Souncaleo TRAORÉ

Santé Publique

Mr. Alassane A. DICKO

Santé Publique

4 MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr. Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr. Massambou SACKO

Santé Publique

Mr. Mahamadou Aly SANGO

Epidémiologie

Mr. Akory Ag IKNANE

Epidémiologie

Mr. Ousmane LY

Epidémiologie

Mr. Oumar THIERO

Biostatistique

Mr. Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. N’Golo DIARRA

Botanique

Mr. Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr. Salikou SANOGO

Physique

Mr. Boubacar KANTÉ

Galénique

Mr. Souleymane GUINDO
Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA
Mr. Modibo DIARRA
Mme. MAÏGA Fatoumata SOKONA
Mr. Mahamadou TRAORÉ
Mr. Yaya COULIBALY
Mr. Lassine SIDIBÉ

Gestion
Mathématique
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Législation
Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSÉ
Pr. Amadou Papa DIOP
Pr. Lamine GAYE

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie.
Physiologie

Dédicaces

et

Remerciements

Dédicaces :

À Allah le tout puissant miséricordieux et son prophète Mohamed paix et salut sur lui.

Merci de m'avoir donné la force d'effectuer ce travail.

À mon père Abdoulaye Amono Doumbéré : Tu m'as appris que dans la vie seul celui qui espère arrivera au bout de sa satisfaction. Je me rappelle encore quand j'étais au second cycle, tu me disais, mon fils pardonne toujours à ceux qui t'ont offensé alors cela t'ouvrira le chemin du bonheur. C'est tout un bonheur pour moi d'avoir un père aussi compréhensible que dévoué pour la cause de ses enfants. Merci.

À ma mère Bintou Sérémé : Maman merci pour toujours. Toi qui malgré la distance et le temps que je passe sans qu'on ne puisse échanger, a su me comprendre et me soutenir. Je te souhaite maman une longue vie pour que tu puisses me guider dans cette vie épineuse.

À mon oncle Paul Poma : que ton âme repose en paix. Vous avez été comme un père pour moi, une référence dans cette vie. Votre disparition a fait beaucoup d'orphelins, mais telle est la volonté de Dieu. Sache que les leçons que j'ai appris de vous, il s'agit bien sûr de leçons de vie sociale seront transmises de génération en génération. Qu'Allah t'accorde sa miséricorde.

À ma tante Lucie Djiguiba : in mémorium. Tu aurais souhaité vivre cet instant mémorable, tu as été pour moi une mère et une confidente avec qui j'aurais aimé partager ce moment de joie, qui voit l'aboutissement de tous les sacrifices.

Chère tante repose en paix dans la grâce de Dieu.

À mon grand père paternel et à ma grand-mère : Vous qui m'avez vu grandir, qui m'avez conduit à l'école, vous auriez aimé bien être là aujourd'hui. En souvenir de votre affection et de votre tendresse je prie pour que Dieu vous accorde la paix éternelle.

REMERCIEMENTS :

À mon oncle Antandou Doumbéré et son épouse Awa Guindo. Vous aviez été ma famille pendant tout le temps que j'ai passé chez vous. Je vous dis merci pour tout et vous souhaite une longue vie.

À ma famille d'accueille : la famille Zéguémé à Niamakoro pour qui j'ai beaucoup d'estime, merci pour votre sympathie.

À tous mes frères et sœurs

À tous mes amis et promotionnaires de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie : Amadou bah et sa bien aimée Anna Kane Diallo, Chaka Keita, Abdramane Traoré, Yaya Ongoiba, Bocar Baya, Abdoul Karim Dembélé, Youssouf Dembélé, Eloi Dara, Alpha Touré, Moulaye Haidara, Kani Tounkara, Daouda Kader Cissé, Dessi Sogodogo, Assan Traoré, Armelle zafack, Ouda Mohamed.

À tous les professeurs et au personnel du service de médecine interne, d'hémato –oncologie et des maladies infectieuses et tropicales :

À mes aînés : Dr Abou Bayogo, Abasse Sanogo, Koumou Dembélé, Cheick Oumar bah, Moctar bah, Frank zouna, Ingrid Ondo, Sandrine Nengon à vous tous ma sympathie.

À mes cadets : Boua Camara, Abdoulaye Diarra Ousmane De, Claude Dacãï, pour tous vos respects.

À monsieur et madame Richard de la clinique du faraco pour m'avoir accepté dans votre clinique.

À Madame Docteur Cissé Catherine du centre de diagnostic et de traitement pour m'avoir permis d'effectuer mon enquête.

À mes amis Dr Bacary Diarra, Dr Eloi Dara, Dr Bréhima Mariko et tout le personnel du cabinet médical amitié de Sénou.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JYRY

A notre Maître et Président de Jury,

Professeur Hamar A Traoré

Professeur des universités

Professeur titulaire en Médecine Interne

Spécialiste en endoscopie digestive

Chef de service de Médecine Interne du CHU du point G.

**Responsable des cours de thérapeutique et de sémiologie médicale à la FMPOS de
BAMAKO**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Depuis les premiers cours de sémiologie médicale nous avons pu apprécier des qualités humaines qui font de vous un médecin respecté.

Vous avez dès lors suscité notre admiration et le désir d'être parmi vos proches disciples.

Hormis l'enseignement scientifique, vous nous avez transmis des valeurs humaines et sociales telles la générosité, le partage et l'amour des patients.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Docteur KONATE Anselme

Maître Assistant d'Hépatogastro-entérologie à la F MPOS

Spécialiste en endoscopie digestive

Cher Maître ;

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de contribuer à ce travail. Votre compétence scientifique, votre abord facile et votre modestie font de vous un maître exemplaire.

L'opportunité nous est offerte pour vous témoigner notre haute considération

Que dieu vous vous garde longtemps

A notre Maître et Codirectrice de Thèse,

Dr KAYA Assétou SOUKHO ;

Spécialiste en médecine interne ;

Maître Assistante à la F M P O S ;

Chargée de cours de sémiologie médicale à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de l'université de BAMAKO;

Chère Maître ;

C'est un grand honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury malgré vos multiples occupations .Nous avons été très affecté par votre gentillesse, votre souci du travail bien fait votre rigueur, votre qualité humaine et intellectuelle et surtout votre grande disponibilité font de vous un maître admiré et respecté de tous. Soyez sur de notre profonde considération et sincère gratitude.

Puisse Allah nous accorder la chance de vous appeler dans un futur proche professeur

A notre maître et directeur de thèse,

Professeur Mamadou DEMBÉLÉ ;

Maître de conférences en médecine interne;

Chargé de cours de sémiologie médicale et de thérapeutique à la FMPOS de

BAMAKO ;

Cher maître ;

Vous avez initié, conçu et suivi ce travail. Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous avez faite.

L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Puisse le tout puissant nous accorder la chance de profiter encore longtemps de vos enseignements et conseils.

LES ABRÉVIATIONS

CHU : centre hospitalier- universitaire

VO : varice œsophagienne

VG : varice gastrique

HT : hématoците

HCL : acide chlorhydrique

ACTH : adreno corticol tropic hormone

CVC : circulation veineuse collatérale

TOGD : transit œsogastroduodéal

HTP : hypertension portale

TCK : temps de céphaline kaolin

G GT : gamma glutamyl transférase

SOMMAIRE

	Pages
1 : INTRODUCTION -----	1
OBJECTIFS -----	1
1-OBJECTIF GÉNÉRAL	
2-OBJECTIFS SPECIFIQUES	
2 –GÉNÉRALITÉS -----	2
2-1 –DÉFINITION	
2-2-MODE DE PRESENTATION	
2-3-ÉPIDEMIOLOGIE-----	3
2-4-ÉTIOLOGIE-----	3
2-5-PHYSIOPATHOLOGIE-----	7
2-6-SIGNES CLINIQUES-----	7
2-7-DIAGNOSTIC-----	9
2-8-TRAITEMENT-----	10
2-9-ÉVOLUTION ET PRONOSTIC-----	10
3-MÉTHODOLOGIE -----	13
4-LES RÉSULTATS -----	16
4-1 RÉSULTATS GLOBAUX-----	16
4-1-1 DESCRIPTION DE LA POUPUTION D'ETUDE-----	16
4-1-2 FRÉQUENCE DE L'HÉMORRAGIE DIGEDTIVE-----	18
4-1-2-1 FRÉQUENCE GLOBALE -----	18
4-1-2-2 FREQUENCE DES HÉMORRAGIE DIGESTIVES PAR CENTRE	
4-1-3 RÉSULTATS ANALYTIQUES-----	18
4-1-3-1 SIGNES CLINIQUES -----	
4-1 3-2 DESCRIPTION DES ANOMALIES BIOLOGIQUES -----	24
5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	31
6-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----	34
7-RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	35
8-ANNEXES	

1-INTRODUCTION

Les hémorragies digestives hautes qui ont une origine œsogastroduodénale (en amont de l'angle de Treitz) posent des problèmes étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Elles sont les plus fréquentes des hémorragies digestives 80 à 90%. Bien que 90% des hémorragies digestives hautes s'arrêtent spontanément, elles nécessitent néanmoins une surveillance, parfois en milieu médicochirurgical de soins intensifs. Dans 15 à 20% des cas la chirurgie est inévitable. [1]

Malgré l'amélioration des techniques de chirurgie et de réanimation leur pronostic reste inchangé depuis 10 ans et le taux de mortalité globale est de 10 à 40% [1]. Ces hémorragies digestives sont d'étiologies variées : les ruptures de varices œsophagiennes et /ou cardio-tubérositaires au cours des hépatopathies chroniques, les ulcères gastriques, les gastrites, les tumeurs digestives. Au Mali les hépatopathies chroniques sont vues à un stade tardif laissant suggérer une fréquence et une mortalité élevées des hémorragies par rupture des varices œsophagiennes. Au cours d'une étude antérieure leur mortalité était de 64,7% [2]. En dehors des varices œsophagiennes on note également les ulcères gastroduodénaux qui représentent respectivement 22% et 14,19% selon une étude menée au Mali par Hamada Salia [3] et 30,3% selon Boutelier et al à l'hôpital Jean verdier [4] et 50,68% selon une étude menée dans le CHU de Cocody [5]. Mais aucun de ces travaux ne s'est intéressé spécifiquement à la prise en charge des hémorragies digestives hautes. C'est pourquoi nous avons initié ce travail et nos objectifs étaient.

1-1 Objectif général :

Evaluer la prise en charge des hémorragies digestives hautes à l'hôpital du point G, à la clinique du FARACO et au Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT)

1-2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies digestives hautes dans ces unités d'endoscopie.
- Décrire les signes cliniques et biologiques des hémorragies digestives hautes.
- Identifier les insuffisances dans la prise en charge des hémorragies digestives.
- Déterminer la mortalité au cours de ces hémorragies.

2-GÉNÉRALITÉS

2.1. Définition :

Les hémorragies digestives hautes aiguës sont des hémorragies d'installation soudaine et dont le siège se situe au-dessus de l'angle de Treitz. Elles sont relativement fréquentes et leur persistance ou récurrence peut engager le pronostic vital du malade.

Schématiquement on distingue :

- les hémorragies digestives hautes liées à l'hypertension portale
- les hémorragies digestives hautes non liées à l'hypertension portale. [13]

2-2-Mode de présentation :

Les hémorragies digestives hautes peuvent revêtir plusieurs tableaux : **2.2.1.L'hématémèse :**

C'est le rejet par la bouche au cours d'un effort de vomissement d'une quantité plus ou moins abondante de sang rouge ou noirâtre mêlé à des débris alimentaires et à des caillots de sang. Il est classique de distinguer suivant l'abondance de l'hémorragie, trois variétés d'hématémèse :

- l'hématémèse de petite abondance : elle est la plus fréquente et ne s'accompagne pas de signes généraux d'hémorragie,
- l'hématémèse de moyenne abondance qui s'accompagne de signes généraux d'hémorragie et une chute globulaire en dessous de $3.000.000 /mm^3$
- l'hématémèse de grande abondance s'accompagne de signes généraux d'hémorragie et d'une chute globulaire en dessous de $2.000.000 /mm^3$ et nécessitant une transfusion d'urgence. L'hématémèse est à différencier d'une hémoptysie, d'une épistaxis déglutie et revomie ; d'une hémorragie.

2.2.2. Le méléna :

Est une émission de selles noires par l'anus généralement en rapport avec un saignement des voies digestives hautes.

2.2.3. La rectorragie :

C'est une émission de sang rouge vif par l'anus. Elle s'observe le plus souvent au cours des lésions colo anales, mais des hémorragies digestives hautes abondantes peuvent entraîner une accélération du transit et être responsables d'une rectorragie.

2.3 ÉPIDÉMIOLOGIE

2.3.1 La fréquence :

Les hémorragies digestives sont un motif fréquent d'hospitalisation et, souvent préoccupant voire alarmant. Elles s'arrêtent spontanément dans 80 à 90 % des cas.

2.3.2. Les récurrences :

Elles surviennent pour :

- l'ulcère duodénal dans 12-30 % des cas ;
- l'ulcère gastrique dans 25- 48 % des cas ;
- la rupture de varices œsophagiennes dans 56 -70 % des cas

Les hémorragies récurrentes ou persistantes entraînent la plus grande mortalité surtout après la chirurgie d'urgence.

2.3.3. La mortalité :

Elle est de 1 à 7 % en cas d'ulcère duodénal, 7 à 16 % en cas d'ulcère gastrique et 22 à 63 % en cas de varices œsophagiennes. Ces chiffres ont peu baissé depuis quatre décennies malgré la grande performance de la médecine.

Les hommes sont plus concernés que les femmes, surtout les sujets âgés avec des tares viscérales telles que la cirrhose ou l'ulcère gastro duodénal.

2.4 Étiologies :

Trois principales affections dominent les étiologies des hémorragies digestives aiguës :

- les ulcères gastroduodénaux ;
- la rupture de varices œsophagiennes et ou gastriques ;
- et les lésions gastroduodénales aiguës : lésions de stress.

Les autres causes plus rares d'hémorragies digestives sont le syndrome de Mallory Weiss, les tumeurs etc....

2.4.1. Les ulcères gastroduodénaux :

Dans 80% des cas, les hémorragies digestives aiguës sont d'origine ulcéreuse. Le risque d'hémorragie n'est probablement pas plus élevé pour l'ulcère gastrique que l'ulcère duodénal. L'origine duodénale est quatre fois plus fréquente. L'incidence de l'ulcère duodénal non compliqué est plus grande que celle de l'ulcère gastrique.

2.4.2. La rupture des varices œsophagiennes :

Les varices œsophagiennes d'une hypertension portale sont causées par une gêne du retour de sang veineux de la veine porte (voire de la veine splénique). Le sang total contourne l'obstacle par développement d'anastomose

existant entre la veine porte et le système cave supérieur (varices œsophagiennes) ou cave inférieur (hémorroïdes). Les anastomoses avec le système cave supérieur (VO) se développent de façon préférentielle et sont susceptibles de se rompre. Les mécanismes qui favorisent la rupture de varices sont mal connus. L'hypertension portale joue un rôle non exclusif.

La diminution de la résistance de la paroi œsophagienne est un facteur déterminant de la rupture. Le risque hémorragique est lié à la taille des VO et, à l'existence de signes rouges présents à leur surface correspondant à des dilatations vasculaires de la paroi variqueuse. L'hémorragie digestive est la principale complication de l'hypertension portale. Chez les cirrhotiques 80% des hémorragies digestives hautes sont dues à l'hypertension portale. En effet, il s'agit d'une rupture de varice ou d'une ulcération aiguë de la muqueuse gastro duodénale, voire l'association des deux.

2.4.3. Les lésions aiguës gastroduodénales hémorragiques :

Les lésions aiguës de la muqueuse gastroduodénale représentent 25 à 30% des hémorragies digestives hautes. Elles se définissent par un saignement en nappe de la muqueuse. Elles regroupent habituellement plusieurs appellations :

- exulcération simple : perte de substance de 5 à 10 mm, unique n'atteignant pas la musculature ;
- ulcère aigu ou ulcère de stress : avec les quatre stades différents : purpura de la muqueuse, érosion superficielle, ulcère aigu non hémorragique, ulcère aigu hémorragique.
- ulcère de cushing : lésion aiguë compliquant les interventions et les traumatismes du système nerveux central.
- ulcère de curling : lésion aiguë compliquant les brûlures.
- gastrobulbite ou gastroduodénite érosive : ces lésions aiguës hémorragiques de la muqueuse gastroduodénale se rencontrent dans deux circonstances : en cas de séjour dans une unité de réanimation (certains malades grabataires développent des ulcères de stress se compliquant d'hémorragie digestive. Il s'agit des insuffisants rénaux, hépatiques, des traumatisés crâniens, des brûlés de plus de 33 % de surface corporelle, des états de choc infectieux) et , en cas de prise de médicaments gastrotoxiques.

2.4.4. Les causes rares:

Elles représentent 20 % des hémorragies digestives hautes.

Il s'agit de lésions œsogastroduodénales et certaines maladies systémiques. On peut citer :

- au niveau de l'œsophage : le syndrome de Mallory Weiss, les tumeurs, les diverticules, les caustiques, les infections, les corps étrangers, les manœuvres endoscopiques.

- au niveau de l'estomac : les tumeurs, les caustiques, les corps étrangers, l'alcool, les anomalies vasculaires, les manœuvres endoscopiques.

-au niveau du duodénum : les tumeurs, les fistules aorto-duodénales, les diverticules, les hémorragies, les hémobilies.

-les maladies systémiques : la maladie de Rendu Osler, le Weber, l'amylose, la périartérite noueuse, le lupus érythémateux disséminé, l'urémie, les septicémies, le purpura thrombopénique, les anticoagulants, l'hémophilie et la maladie de Willebrand.

2.4.5. Les facteurs de risque :

➤ **Médicaments gastrotoxiques :** Les médicaments agressifs pour la muqueuse gastroduodénale peuvent entraîner ou aggraver un ulcère gastrique ou duodéal (hémorragie digestive, perforation). Ils peuvent provoquer une gastrite aiguë. Ce sont l'acide acétyl salicylique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticoïdes et les anticoagulants.

2.5. Physiopathologie des hémorragies digestives :

Les hémorragies digestives sont de causes diverses. Chaque étiologie possède sa propre physiopathologie. Cependant ces hémorragies digestives ont un dénominateur commun : la lésion vasculaire.

2.5.1. L'ulcère gastroduodéal. :

L'hémorragie digestive peut être due à :

- la rupture d'une artère ou d'un artériole au fond d'un ulcère ;
- un saignement muqueux péri ulcéreux ;
- ces deux mécanismes associés

2.5.2. La rupture de varices œsophagiennes et ou gastriques :

Le mécanisme de la formation des varices œsophagiennes (VO) est bien établi. Elles sont la conséquence du développement de la circulation porto cave, elle même secondaire à l'hypertension portale. Les varices œsophagiennes sont beaucoup plus fréquentes et sont susceptibles de se rompre. Le mécanisme de la rupture des varices œsophagiennes est très incomplètement connu. Toutefois certaines hypothèses ont été émises :

- la rupture des varices œsophagiennes n'est pas déterminée par une érosion de la muqueuse œsophagienne;
- l'hypertension portale joue un rôle mais non exclusif ;

- la diminution de la résistance de la paroi œsophagienne. Le risque de rupture dépend du volume des VO. Si la taille maximale de VO est inférieure à 5mm le risque est faible, au dessus de 5 mm le risque d'hémorragie est très élevé.

- des lésions éventuelles de la paroi veineuse pourraient être à l'origine des VO

- l'augmentation de la pression sanguine à l'intérieur même des varices

- l'élévation du débit sanguin dans les varices pourrait provoquer des turbulences et déterminer ainsi des vibrations susceptibles d'entraîner des lésions de la paroi veineuse.

2.5.3. Les ulcères de stress :

Plusieurs facteurs physiopathologiques s'associent

2.5.3.1 Action neuroendocrinienne :

L'hypothalamus est l'organe cible des divers agents stressants. Il représente un pivot essentiel, ce qui explique l'uniformité de la réponse quel que soit le type de stress.

-Hypothalamus antérieur et le pneumogastrique ont une action de stimulation de la sécrétion gastrique et de vasodilatation locale responsable de la stase sanguine

-Hypothalamus postérieur et le sympathique ont une action de vasoconstriction, avec risque d'hypoxie cellulaire.

-L'axe anté-hypothalamo-hypophysaire stimule également la corticosurrénale (par l'action de l'ACTH) diminuant la reconstruction de la muqueuse gastrique lésée

2.5.3.2 Les facteurs locaux :

Trois facteurs paraissent prépondérant dans la rupture de l'équilibre entre les agents agressifs endoluminaux (acide chlorhydrique, pepsine) et la résistance de la muqueuse.

2.5.3.2.1 L'ischémie de la muqueuse :

Secondaire aux chocs et aux décharges de catécholamines semble un facteur constant. Elle est responsable d'une altération cellulaire et d'une diminution de la synthèse du mucus protecteur.

2.5.3.2.2 L'acidité du contenu gastrique :

Elle est variable selon l'étiologie, très importante lors des affections neurologiques (traumatisme crânien). Elle joue un rôle essentiel dans la genèse des hémorragies digestives. La causticité du liquide peut être augmentée par un reflux du liquide bilio-pancréatique du fait de l'iléus paralytique fréquent.

2.5.3.2.3 L'altération de la barrière muqueuse :

Liée entre autre aux phénomènes ischémiques favorise la rétro diffusion des ions H^+ responsable d'aggravation des lésions pré- existantes.

-la présence d'acide chlorhydrique intra-luminal est nécessaire malgré la réduction sécrétoire des cellules pariétales secondaire à la diminution du flux sanguin muqueux

-l'ischémie élimine des ions H^+ qui pénètrent dans la muqueuse gastrique et l'apport de bicarbonate provenant du plasma et de biosynthèse d'HCL.

Dans certains cas la rupture de la barrière muqueuse par divers agents (sel biliaire, urée) contribue à aggraver l'acidose intra-murale responsable de l'ischémie, de la nécrose et des hémorragies.

2.6. Manifestations cliniques des hémorragies digestives :

2.6.2 Les signes généraux:

Ce sont des signes de choc, rencontrés dans les hémorragies sévères atteignant ou dépassant en quelques heures 1500 ml ou 25% de la masse sanguine. On peut citer :

- l'accélération du pouls supérieure à 100/min
- l'hypotension artérielle, même posturale
- les sueurs froides, la soif intense, la diminution de la diurèse des 24 heures.

2.6.3. Les signes spécifiques :

Les causes des hémorragies digestives sont nombreuses et variées. Ainsi chaque étiologie présente des signes spécifiques.

En cas d'ulcère gastroduodéal, on retrouve:

- le syndrome ulcéreux typique : épigastralgie à type de crampe ou de torsion, d'intensité variable pouvant irradier dans le dos ou le thorax survenant deux à quatre heures après le repas. Ces douleurs sont calmées par l'ingestion d'antiacides ou d'aliments. Elles surviennent par période pendant lesquelles, le malade souffre tous les jours après tous les repas : c'est la crise ulcéreuse qui dure deux à trois semaines. Elle peut souvent durer des semaines voire même des mois.
- le syndrome ulcéreux atypique : il est probablement aussi fréquent, sinon plus que le syndrome typique. Il s'agit d'épigastralgie, sans périodicité ni rythmicité.

En cas hypertension portale : on retrouve

- la splénomégalie : qui est un signe fréquent d'hypertension portale. Elle peut être le seul signe souvent en faveur d'une HTP.

- la CVC porto cave : caractérisée par la présence de veines sus ombilicales ascendantes permet d'affirmer l'existence d'une hypertension portale
- le syndrome de Cruveilhier Baumgarten : c'est une anomalie congénitale d'oblitération de la veine ombilicale, caractérisée par une circulation péri ombilicale en tête de méduse. A la palpation on peut percevoir un frémissement, à l'auscultation on entend un souffle continu à renforcement systolique. Sa présence affirme l'existence d'une HTP par bloc intra hépatique. Le diagnostic est posé par échotomographie.
- l'hépatomégalie: est très fréquente dans la cirrhose alcoolique ou non. Elle s'accompagne très souvent d'une splénomégalie. Il s'agit d'une hépatomégalie dure à bord régulier et tranchant à surface lisse.
- l'ictère se voit en cas d'insuffisance hépatocellulaire au cours de la cirrhose.
- l'ascite : l'HTP est le facteur essentiel de l'ascite. Elle favorise la transsudation d'eau et de sel dans la cavité abdominale entraîne une hypovolémie et secondairement une rétention d'eau et de sel par le rein.
- l'œdème des membres inférieurs peut être associé à l'ascite. C'est un œdème blanc mou indolore, gardant le godet et bilatéral.
- l'épanchement pleural droit : Cette pleurésie s'explique par des communications anatomiques entre la plèvre et le péritoine.
- l'encéphalopathie hépatique est rarement le seul signe clinique de l'HTP mais surtout le reflet d'une insuffisance hépatocellulaire .On lui décrit 4 stades :
 - stade I : se manifeste par des troubles du comportement et un astérisis (encore appelé flapping tremor).
 - stade II : se caractérise par une confusion plus nette et un astérisis constant.
 - stade III : il existe un coma plus ou moins profond sans signe neurologique avec présence ou absence de signe de Babinski.
 - stade IV: coma profond.

2.7. Diagnostic des Hémorragies :

Après l'admission du malade et la maîtrise des signes de défaillance vitale. Un examen clef s'impose : la fibroscopie.

- Elle est d'un apport considérable dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes :
 - ✓ Dans la maladie ulcéreuse, la fibroscopie apporte le diagnostic dans 85 à 90 % des

cas, en découvrant l'ulcère et ces caractères (forme, profondeur, taille, topographie) et précisant les stigmates d'hémorragie à savoir :

- Un jet artériel
- Un vaisseau visible, rencontré dans 20% des cas
- Un caillot de sang frais ou d'enduit de fibrine dans le cratère de l'ulcère
- Une escarre noire au fond de l'ulcère.

✓ Dans le syndrome d'hypertension portale, la fibroscopie montre des varices

œsophagiennes saignantes ou le plus souvent des arguments indirects, de forte présomption en faveur d'un saignement à savoir :

- Des VO de grande taille (stade II et stade III)
- Des caillots ou ulcération du bas œsophage

Dans la grande majorité des cas (95%) ce sont des VO qui saignent (et non des VG).

✓ Dans les lésions aiguës gastroduodénales :

- La fibroscopie montre une lésion aiguë muqueuse de « stress», c'est une érosion superficielle, unique ou multiple qui intéresse la muqueuse sans dépasser la musculaire. Elle est localisée dans le fundus. On parle couramment de gastrite érosive. Elle s'associe souvent à des lésions de l'antrum et du duodénum chez le cirrhotique. La fibroscopie précise les stigmates d'hémorragie en cas d'ulcération de stress.

- Le TOGD a été surplanté par la fibroscopie, sa place est aujourd'hui réduite en raison de ses faibles performances relatives.

- L'artériographie n'est indiquée qu'en second plan et dans deux situations précises

- * Lorsque la fibroscopie met en évidence un écoulement de sang par la papille (dans les hémobilies et les wursingorragies)

- * Lorsque la fibroscopie n'a pas été concluante alors que le saignement persiste.

2.8 Traitement des hémorragies digestives hautes aiguës :

Il est triple : le traitement d'urgence ; étiologique et préventif.

2.8.1 Traitement d'urgence :

C'est la réanimation qui a pour but de corriger les troubles hémodynamiques aggravant le pronostic vital. Cette réanimation se fera en milieu spécialisé, médicochirurgical de soin intensif. Dès l'admission du malade il faut rapidement :

- Faire des prélèvements pour une numération globulaire, une détermination de l'hématocrite, groupe sanguin et du rhésus (en vue d'une éventuelle transfusion), du taux de prothrombine (pour apprécier l'état du foie et l'hémostase).
- disposer d'une bonne voie veineuse (la mise en place d'un gros cathéter)
- Faire un remplissage vasculaire à l'aide de macromolécule (plasmion), puis du sang iso groupe iso rhésus, faire un dépistage du VIH.
- Poser une sonde nasogastrique de gros calibre ayant trois buts : contrôler la persistance de l'hémorragie, procéder à des lavages gastriques à l'eau, instituer des hémostatiques et des antiulcéreux.
- poser une sonde urinaire pour contrôler la diurèse,
- oxygénothérapie discontinue, éventuellement prise de la pression veineuse centrale.
- Surveiller la fréquence cardiaque, la diurèse horaire et état général du malade, l'hématocrite, le monitoring de l'électrocardiogramme ou des constantes hémodynamiques.

2.8.2. Traitement étiologique :

Le traitement de la cause de l'hémorragie repose sur une enquête qui comporte :

- un interrogatoire : à la recherche d'antécédent de maladies œsogastroduodénales , de symptômes de maladie ulcéreuse ,d' antécédent d'ictère, de notion d'éthylisme chronique et de prise médicamenteuse récente surtout les AINS.
- un examen clinique : qui recherche un syndrome d'HTP et/ou D'IHC, une hépatomégalie, une tumeur, un syndrome hémorragique, une maladie générale.
- un bilan biologique : qui apprécie, la coagulation (TCK, plaquettes), le retentissement rénal, les principales fonctions hépatiques (bilirubine, TP, gamma GT), la glycémie. On dosera aussi une alcoolémie, une salicylémie, une héparinémie.
- Une endoscopie digestive haute : c'est l'examen essentiel qui permettra de préciser la nature et le siège de la lésion responsable de l'hémorragie.

2.8.3. Les moyens thérapeutiques sont :

- Pharmacologique .deux types de médicaments sont utilisés : Il s'agit des dérivés de la vasopressine : la terliprèssine, et la somatostatine .La terliprèssine est le seul traitement ayant permis une réduction de la mortalité un mois après l'hémorragie. La somatostatine est une alternative à la terliprèssine et son dérivé synthétique l'octréotide.
- Endoscopique : L'endoscopie hémostatique doit être utilisée en cas d'échec du traitement vasopresseur,
- Chirurgical.

2.9 Evolution et pronostic des hémorragies digestives hautes aiguës :

2.9.1 Evolution :

L'évolution des hémorragies digestives est le plus souvent favorable ; dans 80- 90% l'hémorragie digestive s'arrête spontanément ou sous l'effet des médicaments. Cependant la mortalité globale des hémorragies est de 10 %. [19]

2.9.2 Pronostic :

La récurrence et la mortalité des hémorragies digestives hautes aiguës dépendent :

- des stigmates d'hémorragie
- de la gravité de la cirrhose

Pour les stigmates d'hémorragies il faut retenir que :

- en cas de vaisseau visible il y a 56% de récurrence hémorragique, avec 15% de décès.
- en cas de suintement, de caillot adhérent ou d'escarre noire dans le cratère de l'ulcère il y a 8% de récurrence sans décès
- en cas de cratère ulcéreux sans stigmate de saignement il n'y a aucune récurrence (8)

2.10. Classification endoscopique des VO :

- stade I : VO de petite taille, aplatie par l'insufflation.
- stade II : VO persistant sous insufflation mais restent séparées par des intervalles de muqueuse saine.
- stade III : VO persistant sous insufflation et sont confluentes .La récurrence

hémorragique est de 50% .Elle peut atteindre 70% des cas .La mortalité d'une récurrence hémorragique est inférieure à celle de la première hémorragie. A un an elle est inférieure à 20% ; à deux ans elle est de 16%.

Les hémorragies de stress ont un mauvais pronostic puisque 50 -80% des malades décèdent.

3. MÉTHODOLOGIE :

3.1. Lieu d'étude :

Notre étude s'était déroulée dans trois centres d'endoscopie digestive de Bamako : une structure publique et deux structures privées , qui sont :

3.1.1 Le service de médecine interne du CHU du Point G :

Le CHU du point G est situé à l'extrême nord de la ville de Bamako (capitale du Mali) sur la colline du même nom , c'est une structure hospitalo-universitaire de dernière référence ; outre le service de médecine interne dont le centre d'endoscopie a servi de lieu d'étude on y compte dix services de spécialités médicales qui sont : l'anesthésie réanimation et les urgences médicochirurgicales , la cardiologie A , la cardiologie B, l'hématologie et l'oncologie, la néphrologie, la neurologie, les maladies infectieuses et tropicales , la pneumo-phtisiologie , la psychiatrie et, la rhumatologie.

Il existe :

Quatre services de spécialités chirurgicales qui sont : la chirurgie A , la chirurgie B , l'urologie , la gynécologie et obstétrique, et cinq services paramédicaux qui sont : le laboratoire d'analyses médicales , la pharmacie , la médecine nucléaire et l'imagerie médicale et, la kinésithérapie .

La structure comporte aussi un service de maintenance, des logements pour certains chefs de services.

Au sein du CHU, notre centre d'endoscopie partage avec la médecine nucléaire le rez de chaussée du Pavillon Tidiane Faganda TRAORE en face du bloc opératoire. Ce pavillon qui abrite essentiellement le service de chirurgie B est un bâtiment en étage situé à l'est du bloc du service des urgences.

3.1.2 Le centre de diagnostic et de traitement :

Situé à la rue Famolo COULIBALY, au centre commercial, près de l'immeuble Nimagala, le CDT est la structure médicale privée la plus ancienne de Bamako. Cet établissement offre des prestations dans diverses spécialités médicales et chirurgicales. Le centre d'endoscopie est doté d'un plateau technique permettant d'effectuer une endoscopie digestive haute , l'anorectoscopie, la coloscopie et la biopsie de la muqueuse rectale à la recherche d'œuf de schistosome

3.1.3 La clinique du Faraco :

C'est une polyclinique médico- chirurgicale sise à Hamdallaye près du pont RICHARD. Cet établissement dispose outre du centre d'endoscopie, d'un centre d'imagerie, d'un laboratoire d'analyses médicales, d'un bloc opératoire et de plusieurs salles d'hospitalisations et de consultation externe.

3.2. Période d'étude :

Cette étude s'est étendue sur une période d'une année allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006.

3.3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective.

3.4. Population d'étude :

Notre étude a porté sur des patients qui présentaient une hématomèse et/ou un méléna et ayant bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale.

3.5 Les critères d'inclusion étaient :

- Les patients présentant une hémorragie digestive haute aigue : hématomèse et/ou méléna.
- Les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute à la recherche de varices œsophagiennes, d'ulcères, ou autres causes de saignement.
- Les patients ayant un dossier médical.

3.6. Critères de non- inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude les malades chez qui l'hémorragie digestive n'est pas certaine et chez qui la preuve endoscopique de saignement n'a été rapportée

3.7 Méthodes :

3-7-1 L'examen clinique

Tous les malades ont subi un examen clinique complet.

*** L'interrogatoire a permis de rechercher :**

- le délai entre le début de l'hémorragie et la consultation.
- Le nombre d'épisodes hémorragiques.
- La présence ou non de facteur de risque (médicament, alcool, tabac, AINS, stress.)
- Les antécédents : la notion de transfusion sanguine.
- Un syndrome ulcéreux

- Les conditions de transport du malade (ambulance avec ou sans personnel médical d'accompagnement, les taxis ou les voitures personnelles).

❖ **L'examen physique a apprécié :**

- le retentissement de l'hémorragie sur l'organisme (pression artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire et l'état de conscience des malades).

- l'état des muqueuses à la recherche de pâleur.

- les signes d'hépatopathie chronique : ascite, ictère, splénomégalie, circulation veineuse collatérale.

- les signes d'encéphalopathie hépatique : l'astérisis, l'obnubilation et le coma.

3-7-2 La fibroscopie oesogastroduodénale

Après l'examen clinique, les malades ont été préparés pour subir la fibroscopie œsogastroduodénale.

La fibroscopie était effectuée à la recherche de lésion œsogastroduodénales à l'origine du saignement. Ont été précisés au cours de l'endoscopie, la nature et le siège des lésions ainsi que les caractères du saignement. Elle a été réalisée à l'aide des fibroscopes suivants : le PENTAX CH 150 PC, OLYMPUS CLK-4 et le FUJINON LIGHT SUPPLY FIL-150 EEG au CHU du Point G ; un appareil de marque OLYMPUS CLV U- 40 à la clinique du FARAKO et deux appareils de marque OLYMPUS au CDT de BAMAKO (Olympus GIF Type E ; et GIF-PQ20)

Tous les malades vus en endoscopie ont été suivis dans leur service d'accueil

3-7-3 Supports des données :

Toutes les données ont été colligées sur une fiche d'enquête. Le test exact de

Fisher et de Yates corrigé ont été utilisés pour comparer nos résultats. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS.11

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel world

4.1. LES RESULTATS GLOBAUX :

4.1.1. Description de la population d'étude:

Tableau 1 : la répartition des malades en fonction de l'âge

<i>Age (en années)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
10-30	9	30,0%
31-60	16	53,3%
61-90	5	16,7%
Total	30	100%

Tableau 2 : la répartition des malades en fonction du sexe

<i>Sexe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Masculin	20	66,7%
Féminin	10	33,3%
Total	30	100%

Tableau 3 : Répartitions des malades selon l'ethnie

<i>Ethnies</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bambara	13	43,3%
Peulh	7	23,3%
Sarakolé	1	3,3%
Malinké	1	3,3%
Sonrhaï	4	13,0%
Minianka	1	3,3%
Sénoufo	3	10,0%
Total	30	100%

Tableau 4 : Répartition des malades en fonction des services de provenance

<i>services</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage(%)</i>
CHU du POINTG	20	66,7
CHU GABRIEL TOURE	4	13,3
CLINIQUE DE FARACO	1	3,3
HÔPITAL DE SEGOU	2	6,7
HÔPITAL DE GAO	1	3,3
CLINIQUE PASTEUR	1	3,3
HÔPITAL DE KAYES	1	3,3
Total	30	100

La majorité de nos malades provenait du CHU du Point G

4-1-2 FRÉQUENCE DE L'HÉMORRAGIE DIGESTIVE.

4-1-2-1 FRÉQUENCE GLOBALE :

Pendant la période de l'étude 3102 fibroscopies œsogastroduodénales ont été effectuées dans les trois centres.

Au cours de cette même période 30 cas d'hémorragie digestive ont été diagnostiqués.

La fréquence de l'hémorragie digestive dans les 3 centres réunis = 0,96%.

4-1-2-2 FRÉQUENCE DE L'HÉMORRAGIE DIGESTIVE PAR CENTRE

* CHU du Point « G » = 0,80 %

* Centre de Diagnostic et de Traitement = 0,06 %

* Clinique de Farako = 0,10 %

4.1.3 : RÉSULTATS ANALYTIQUES

4-1-3-1 SIGNES CLINIQUES

Tableau 5 : Répartition des malades en fonction d'antécédent de syndrome ulcéreux

<i>Antécédent de syndrome Ulcéreux</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Antécédent	11	36,7
Pas d'antécédent	19	63,3
Total	30	100

Tableau 6: Répartition des malades en fonction d'antécédent d'épisode d'hémorragie digestive haute.

<i>Antécédent d'épisode hémorragique</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Antécédents	9	30
Pas d'antécédents	21	70
Total	30	100

TABLEAU 7 : Répartition des malades en fonction de la consommation ou non d'alcool

<i>Alcool</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	1	3,3
Non	29	96,7
Total	30	100

Tableau 8 : Répartition des malades en fonction de la consommation ou non du tabac

Consommation du tabac	Effectif	Pourcentage
Oui	3	10
Non	27	90
Total	30	100

Tableau 9 : Répartition des malades en fonction de la consommation ou non d'AINS

Consommation d'AINS	Effectif	Pourcentage
Oui	18	60
Non	12	40
Total	30	100

Tableau 10 : Répartition des malades selon les circonstances de découverte de l'hémorragie digestive haute

<i>Circonstance</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Hématémèse	14	46,7
Méléna	6	20,0
Hématémèse +méléna	10	33,3
Total	30	100

Tableau 11 : Répartition des malades selon qu'ils soient hospitalisés ou non

Hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Malades hospitalisés	14	46
Malades non hospitalisés	16	54
Total	30	100

Tableau 12 : Répartition des malades en fonction de l'évaluation ou non de l'état général

<i>Etat général</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Evalué	23	76,67
Non évalué	7	23,33
Total	30	100

Tableau 13 : Répartition en fonction de la prise ou non de la pression artérielle

Pression artérielle	Effectif	Pourcentage
Prise	22	73,33
Non prise	8	26,67
total	30	100

Tableau 14 : Répartition des malades en fonction de l'évaluation ou non du pouls radial

Evaluation du pouls	Effectif	Pourcentage
Effectuée	9	30
Non effectuée	21	70
Total	30	100

Tableau 15 : Répartition des malades en fonction de la présence ou non de la pâleur conjonctivale

<i>Pâleur conjonctivale</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	23	76,7
Non	7	23,3
Total	30	100,0

Tableau 16 : Répartition des malades selon l'évaluation de la fréquence respiratoire

<i>Fréquence Respiratoire</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Evaluée	11	36,67
Non évaluée	19	63,33
Total	30	100

La majorité de nos malades (63,33%) n'avaient pas bénéficié d'une évaluation de la fréquence respiratoire.

4.1-3-2 DESCRIPTION DES ANOMALIES BIOLOGIQUES

Tableau 17 : Répartition des malades en fonction du dosage ou non du taux de prothrombine.

<i>Taux prothrombine</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Effectué	15	50,0
Non effectué	15	50,0
Total	30	100

Tableau 18 : Répartition des malades en fonction de la réalisation de l'hémogramme

<i>Hémogramme</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Effectué	25	83,3
non effectué	5	16,7
Total	30	100

Cinq des malades (16,7%) n'avaient pas bénéficié d'un hémogramme

Tableau 19 : Répartition des malades en fonction de la détermination ou non du groupe sanguin et du rhésus

<i>Groupe sanguin et rhésus</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Effectué	29	96,7
Non effectué	1	3,3
Total	30	100

Tableau 20 : Répartition des malades en fonction de l'évolution et de l'importance de l'hémorragie

Importance de l'hémorragie		Favorable	Décès	Total
Minime	N (%)	5 (22,73)	0 (0)	5(16,67)
Moyenne	N (%)	7 (31,82)	4 (50)	11(36,68)
Abondante	N (%)	10 (45,45)	4 (50)	14(46,47)
Total	N (%)	22 (100)	8 (100)	30(100)

La mortalité n'a pas été influencée par l'importance de l'hémorragie
P= 0,74

Tableau 21 : Répartition des malades en fonction de la pathologie et du traitement

Traitement	Ulcère gastro duodénal	Rupture de V0	Néoplasie gastrique	Gastrite	Total
IPP seul N (%)	0 (0)	1 (20)	2 (33,33)	3(33,33)	5 (16,67)
Transfusion sanguine N (%)	0 (0)	2 (40)	2 (33,33)	4 (26,67)	8 (26,67)
Perfusion de Ringer N (%)	1 (25)	2 (40)	2 (33,34)	5(33 ,34)	10 (33,34)
Eradication de <i>l'Helicobacter pylori</i> N (%)	2 (50)	0 (0)	0(0)	2 (13,33)	4 (13,33)
Hémostase endoscopique N (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0(0)
Chirurgie N (%)	0(0)	0 (0)	0(0)	1(6,67)	1(3,33)

Perfusion de macromolécule N (%)	1 (25)	0 (0)	0(0)	1(6,66)	2(6 ,67)
Total	4 (100)	5(100)	6 (100)	15 (100)	30(100)

Tableau 22 : Répartition malades en fonction du moyen de transport utilisé pour aller en salle d'endoscopie.

Moyen de transport des malades	Effectif	Pourcentage
Ambulance	1	3,33
voiture personnelle	10	33,33
Chariot	12	40,0
Pied	2	6 ,67
Taxi	5	16,67
Total	30	100

Un seul malade était venu en ambulance

Tableau 23 : répartition des malades en fonction de la présence ou non d'un personnel de santé à bord du moyen de transport

<i>Personnel de santé à bord</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	8	26,7
Non	22	73,3
Total	30	100

8 (26,7%) des malades étaient accompagnés par un personnel de santé

Tableau 24 : Répartition des malades en fonction de la prise ou non d'une voie veineuse.

<i>Voie veineuse prise</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	15	50,0
Non	15	50,0
Total	30	100

La moitié des malades n'avait pas bénéficié de prise de voie veineuse

Tableau 25 : Etiologies des hémorragies digestives

Etiologies de l'hémorragie digestive	Effectif	Pourcentage
Ulcère gastrique	9	30
Ulcère duodéal	1	3
Varices oesophagiennes	3	10
Néoplasie gastrique	5	16,67
Gastrite	10	33 ,33
Mallory Weiss	2	7
Total	30	100

Tableau 26 : Répartition des malades selon l'évolution et l'étiologie

<i>Etiologie</i>	<i>Favorable</i> <i>N (%)</i>	<i>Décès</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N(%)</i>	<i>p</i>
<i>Ulcère gastro duodéal</i>	8 (36,36)	2 (25)	10(33,33)	<i>P =0 ,67</i>
<i>Rupture de VO</i>	2 (9,09)	1(12,5)	3(10)	<i>P=0 ,74</i>
<i>Néoplasie gastrique</i>	4(18,18)	1 (12,5)	5 (17,77)	<i>P=0,73</i>
<i>Syndrome de Mallory Weiss</i>	2 (9,09)	0 (0)	2 (7)	
<i>Gastrite</i>	6 (27,27)	4(50)	10 (33, 33)	<i>P=0,63</i>
<i>Total</i>	22 (100)	8 (100)	30 (100)	

Tableau 27: Répartition des malades selon l'évolution.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	22	73,3
Décès	8	26,7
Total	30	100

La mortalité a été de 26,7 %

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

.Critique de la méthodologie :

Il est très difficile de déduire de nos chiffres une idée précise sur l'incidence réelle des hémorragies digestives à Bamako. Il est clair en effet que beaucoup d'entre elles échappent à la médecine moderne parce qu'elles sont peu inquiétantes et traitées rationnellement.

Au terme de notre étude 30 malades ont répondu à nos critères d'inclusion. La fréquence de l'hémorragie digestive a été sous estimée car certains de nos malades avaient des moyens financiers limités pour réaliser tous les examens complémentaires demandés. Cette étude étendue sur 12 mois a permis de colliger 30 cas dans les différents centres d'endoscopies des structures sanitaires suivantes : le CHU du Point G (Médecine interne), la Clinique du Farako et le Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT).

Tous ces malades ont bénéficié d'une endoscopie haute et d'une surveillance clinique de deux mois après l'endoscopie.

.Sur le plan épidémiologique :

Le nombre de cas d'hémorragie digestive (30 cas) en une année est inférieure à celle rapportée par Maïga [6] et Mandjon Tchowanwou [1]. En effet Maïga a rapporté 80 cas en 12 mois, et Mandjon Tchowanwou 124 cas en 3 ans. Elle reste néanmoins supérieure à celle de Deltenre [7] : 144 cas en 7 ans, de Malan : 110 cas en 9 ans et de Ganda Soumaré : 50 cas en 2 ans au CHU Gabriel TOURE [16]. Cette différence de fréquence peut s'expliquer par le plateau technique insuffisant dans nos contrées et aussi par la différence de la méthodologie.

La moyenne d'âge des malades de notre série était de 50 ans. Elle est supérieure à celle retrouvée par Koné (9) : 43 ans et, inférieure à celles constatées par Boutelier [4] : 57 ans et Deltenre [7] : 63 ans.

Nous avons constaté dans cette étude une prédominance masculine avec un sex ratio égal à 2. Une telle constatation est identique à celle de Ben Zakour [11] :3, de Boutelier [4] :2,7 et de Deltenre [7] :2. Dans l'étude de Maïga [6] le sex ratio était de 7. Cette Prédominance peut être liée au fait que les affections fréquemment responsables de l'hémorragie digestive haute sont rencontrées plus souvent chez les hommes beaucoup plus exposés aux toxiques.

.Les habitudes de vie :

La consommation d'alcool observée dans 3,3 % des cas est faible par rapport à celle retrouvée par Maïga [6] , N'DJITTOYAP [12] et Deltenre [7] qui l'ont observée dans respectivement 45%, 44% et 24% des cas.

La faible consommation d'alcool au Mali s'explique par une plus grande islamisation de la population, religion prohibant cette boisson.

Dans les antécédents, la fréquence des épisodes hémorragiques était importante du point de vue récurrence hémorragique. La prise d'AINS a beaucoup contribué à la survenue des hémorragies digestives. Ce résultat a été confirmé par plusieurs études menées en France par 44 centres hospitaliers [17].

.Notre étude a montré que la majorité des malades sont admis dans la salle d'endoscopie à bord de voiture personnelle dépourvue de toute assistance médicale, ce qui sous entend une mauvaise prise en charge du malade aux services d'accueil

.Sur le plan étiologique :

Au cours de notre étude, l'hémorragie digestive haute liée à gastrite congestive et aux ulcères gastro-duodénaux a été la plus fréquente tandis qu'au cours de l'étude de D'AMIGO, il s'agissait surtout d'hémorragie ulcéreuse. Nous n'avons pas retrouvé de saignement actif lors de l'endoscopie digestive haute ce qui est compatible avec la conception classique selon laquelle la majorité des hémorragies digestives cèdent spontanément.

Nous avons constaté également comme Maïga [6] une plus grande tendance de saignement de l'ulcère gastrique par rapport à l'ulcère duodénal.

Sur le plan clinique :

La pâleur conjonctivale n'a été évaluée que chez 23 malades alors que ce signe doit être recherché systématiquement chez tout malade qui saigne.

Nous avons constaté également que l'évaluation de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire et de l'état général n'a pas été systématique .

Sur le plan traitement :

Au cours de cette étude 8 malades n'ont pas été hospitalisés soit 10%. Cela signifie que ces patients n'ont bénéficié d'aucun traitement d'urgence, car la prise en charge commence par l'hospitalisation du

malade. Seulement 5 patients ont reçu un traitement d'éradication de *l'helicobacter pylori* alors que 81% des malades avaient une gastrite congestive diffuse ou un ulcère gastrique ou duodéal. Or en cas d'ulcère gastrique ou duodéal un travail récent a conclu que l'éradication **de l'helicobacter pylori** est associée à une disparition plus rapide des signes endoscopiques de saignement, toute fois sans modification significative du risque de récurrence hémorragique précoce [10].

La mortalité au cours de notre étude 0,96% était inférieure à celle rencontrée par Mandjon [1] 29,1% en 2002, et celle rapportée par BOUREIENNE [13] .Qui était au cours de l'hémorragie ulcéreuse de l'ordre de 15%, tandis qu'elle atteint 30% en cas de saignement de varices oesophagiennes [8].

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

6-1 Conclusion :

Notre étude s'est déroulée sur une période de douze mois. Elle a permis d'apprécier le comportement des praticiens face à une hémorragie digestive. L'hématémèse a été le mode d'expression le plus fréquent. Les étiologies des hémorragies digestives sont essentiellement dominées par l'ulcère Gastro duodéal et la gastrite.

Notre étude a montré une fréquence élevée de la mortalité au cours de l'hémorragie digestive , cela s'explique par l'abondance de l'hémorragie et l'éloignement des centres de prise en charge. Sur les trente malades recensés aucun d'entre eux n'a été correctement pris en charge.

6-2 Recommandations :

Au terme de cette étude nous recommandons :

➤ Aux praticiens

- Une hospitalisation systématique des malades.
- La surveillance rigoureuse des maladies susceptibles d'entraîner des hémorragies digestives.
- Une prise en charge correcte des hémorragies digestives.

➤ Aux autorités

- La formation des endoscopistes en endoscopie thérapeutique.
- La formation continue du personnel des urgences pour la prise en charge des hémorragies digestives hautes.
- Un équipement des centres d'endoscopie en matériel pour une meilleure prise en charge de l'hémorragie digestive haute.

7. LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-Mandjon Tchowanwou de Meno.

Les hémorragies digestives hautes aiguës en milieu hospitalier.

These, Med, Bamako, 2002; 26.

2 - KATILE D.

Les hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes.

These, Med, Bamako, 2005; 43.

3-TOURE HA.

Intérêt de la fibroscopie dans les hémorragies digestives hautes au MALI. These, Med, Bamako, 1979 ; 9.

4. BOUTELIER PH, BERTHRAND P, BLAISE M.

Les hémorragies ulcéreuses graves : plaidoyer pour une hospitalisation en milieu chirurgical.

Presse Med 1991 ; 20 (21) :981-984.

5. MANLAN K ET COLL.

Hématémèse et méléna à Abidjan : réflexion a propos de 217 cas médicaux. Chir Dig, 1984; 13: 267-269.

6. MAIGA MY, DIALLO G, TRAORE HA, KONE M, KALLE A, GUINDO A et Coll

Complication hémorragique des ulcères gastroduodénaux en milieu tropical au Mali : à propos de 80 cas

Med Afr noire 1995; 42:9-13

7 .DELTENRE M. MYOT J, LEMPER C, BENEK DC, BURETTE A, JANAS G.

Multipolar endoscopy coagulation in hard bleed from upper gastro-intestinal ulceration: a prospective study.

Acta endoscopica 1989; 18: 291–300

8 - FATTORUSSO V, RITTER D.

Maladies de l'appareil digestif .In vademécum clinique du diagnostic au traitement, 18e édition. Italie : Masson, 2006 ; 1091-92.

9-KONE M .S .

Complications hémorragiques des ulcères gastroduodénaux à Bamako

These .Med, Bamako, 1992; 53

.10 CHEN CY, SHEN MZ, LEE SC.

Intra venous anti-helicobacter pylori therapy in Helicobacter positive bleeding peptic ulcer with major stigmata of recurrent hemorrhage:

A preliminary report (abstract), Gastro enterology 1998; 114:1

11. BENZAKOUR I.

Contribution à l'étude des hématémèses dans le service de médecine interne de l'hôpital du point G.

These, Med, Bamako, 1995; 28

12. N'DJITOYAP O, SOSSO A, GONSU F, JABOLO M.

Complication évolutive des ulcères gastroduodénaux au Cameroun à propos de 102 cas observés à l'hôpital central de Yaoundé.

These, Med Yaoundé, 1990; 19:171-173

13. BOURIENNE A, PAGENAULT M, HERESBACH D , JAQUELINE C ,FAROUX R,LEJEAN-COLLIN I et al.

Étude prospective multicentrique des facteurs pronostiques des hémorragies ulcéreuses gastroduodénales.

Gastro Enterol Clin Biol 2000; 24:193-200

14. DOUMBIA M.

Les hémorragies digestives hautes aiguës.

These, Med, BAMAKO, 2000; 60

15. DELMUONT J, JUNGREN B, CORALLO J, ET O MORON C.

Les hémorragies digestives.

EMC. Estomac, Intestin. Paris : Masson, 1986 ; 9006

16 SOUMARE G.

Les hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes.

These, Med, Bamako ,2006 ; 54 :273.

17- AMOURETTI M, CZERNICHOW P, KERJEAN A, POCHAIN P BNOUSBAUM J, RUDELLI A et al.

Prise en charge des hémorragies digestives hautes communautaires.

Gastro Enterol clin Biol 2000; 24:1003-11

18- D'AMICO G, PAGLIARO L, BOSCH R.

The treatment of portal hypertension.

A meta-analysis review; Hepatology 1995; 22: 332-35.

8-ANNEXES

8.1. FICHE DE SIGNALÉTIQUE :

Nom : Mamadou Doumbéré

Titre : Évaluation de la prise en charge des hémorragies digestives à Bamako.

Année universitaire : 2008 -2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôts : La bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Médecine interne, hépatoenterologie

RÉSUMÉ

Nous avons effectué de janvier 2006 à décembre 2006 une étude sur

l'évaluation de la prise en charge des hémorragies digestives hautes dans 3 centres d'endoscopie de Bamako

.Nos objectifs étaient de décrire les signes cliniques et biologiques de ces hémorragies ; identifier les

insuffisances dans la prise en charge et de déterminer la mortalité de ses hémorragies. Pour atteindre nos

objectifs, nous avons adopté une méthodologie basée sur l'examen physique ; l'endoscopie et le suivi des

malades. Cette méthodologie nous a permis d'obtenir des résultats selon lesquels la fréquence des

hémorragies digestives hautes est importante à Bamako et la mortalité a été influencée par la prise en

charge. La prise en charge des hémorragies digestives hautes est une urgence et est pluridisciplinaires :

urgentistes gastro-entérologues, chirurgiens et radiologues. Ils doivent collaborer pour assurer une prise en

charge la plus rapide possible garant de l'amélioration du pronostic.