

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)

Année universitaire 2025- 2026

N° _____/

THESE

HEMORRAGIES DIGESTIVES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES
ET ENDOSCOPIQUES A L'HOPITAL HANGADOUMBO MOULAYE
TOURE DE GAO

Présenté et Soutenu publiquement le 23/ 07/ 2026 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

M. Mohamed MAIGA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Moussa Tiémoko Diarra, Professeur Titulaire

Membres : M. Cheick Bougadari Traoré, Professeur

M. Broulaye Massaoulé Samaké, Professeur

M. Hamadoun Guindo, Hépatogastro-Entérologue

Directrice : Mme. Kadiatou Doumbia, Maître de conférences

DEDICACE

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

« Gloire à toi ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'Omniscient, le sage » Sourate 2, Verset : 32 (le saint Coran) Louange et gloire à Dieu le Tout Puissant qui nous a permis de mener à bien ce travail et que la grâce, le salut, les bénédictions et la paix d'Allah soient accordés au meilleur de ses créatures, notre prophète et sauveur Mouhammad ibn Abdoullah, aux membres de sa famille, ses compagnons ainsi que ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier. Cette thèse est la consécration de plusieurs années d'étude au cours desquelles, désillusion, découragement et succès ont été tour à tour au rendez-vous. Au fil des années, cette impatience s'est émoussée mais la soif de connaissance est demeurée intacte par la grâce d'Allah.

A mon très cher père Abdou Abdoulaye MAIGA

Rien n'est plus beau qu'un homme qui donne la vie et consacre la sienne à protéger et aimer ses enfants. Je suis particulièrement fier et heureux d'être ton fils. Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté font de toi un père modèle. Tu as cultivé en nous un esprit de partage, de tolérance et de bienfaisance envers les autres. Ce jour est l'aboutissement des fruits de tes efforts et de tes nombreuses prières. Que ce travail parmi tant d'autres, soit l'un des gages de ma reconnaissance éternelle. Que Dieu t'accorde de longues années de vie dans la santé et la prospérité afin que tu puisses jouir pleinement des fruits de tes sacrifices.

À ma mère Aissata Kalifa MAIGA

Ta générosité, ta clairvoyance, ton amour pour tes enfants et ceux d'autrui ont fait de toi une mère exemplaire. Tu as consacré entièrement ton temps à ton foyer et à notre éducation, sans jamais te lasser, sans jamais te plaindre et sans jamais flancher. Chère mère, tu nous as donné ce qu'une mère peut donner de plus précieux à ses enfants : amour, affection, soutien sans faille, conseils et j'en passe.... Bref aucun mot au monde ne pourrait mieux expliquer mes sentiments de reconnaissance de tes bienfaits. Nous prions le tout puissant afin qu'il t'accorde son paradis afin que tu puisses profiter pleinement du fruit de tes sacrifices.

A mes tontons : Hamani Almahadi ; Hamir Almahadi ; Asseydou Kalifa ; Boubba Haidara ; Tonton Damis. Hommes de science votre adoration d'Allah votre endurance et votre amour inconditionnel pour chacun de vos fils et filles font de vous des tontons exemplaires.

Je remercie Allah de m'avoir accordé la grâce de vous avoir comme tontons.

Mention spéciale à vous **Tonton Hamani** pour la chaleureuse accueil et l'hospitalité de toutes les années au sein de votre famille.

A mes très chères tantes : Fatoumata Diaty ; Sakinatou ; Djénéba Diaby ; Tanti Lady.

Merci pour votre amour sans conditions votre soutien constant et la lumière que vous apportez dans ma vie. Qu'Allah vous récompense abondamment apaise vos cœurs vous comble de sa grâce de santé et prospérité et vous accorde sa miséricorde ici-bas et dans l'au-delà. Amen

A mes frères et sœurs : Cheick Oumar ; Baba ; Djibi ; Alphaga ; Doumma ; Levieux ; Diahara ; Sogadou. Formidables que vous êtes. Qu'Allah renforce nos liens apaise vos cœurs comble vos vies de paix da santé et de réussite.

A tous mes oncles mes tantes mes cousins et cousines : Halidou Moussa ; Alassane Yacouba ; Oumar Alhabibou ; Massaoudou Attégal ; Maimou ; Fati Keita ; Mariam ; Alhousseiny et Alhassane Haidara ; Moussa ; Aissa...

Votre amour et vos encouragements ont toujours été mon soutien.

A la mémoire de mes chers oncles tantes cousins et cousines : Qu'Allah dans sa miséricorde infinie vous accueille et illumine vos tombes.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

A tous mes enseignants du 1^{er} Cycle ; second cycle et du Lycée

Aux médecins du service de médecine et spécialités médicales de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao : Dr. GUINDO Hamadoun ; Dr. MAO ; Dr. DOLLO Ibrahim ; Dr. COULIBALY Alhousseiny ; Dr. Safiétou Lelli ; Dr. Elbachir Mahamane ; Dr. Attaher MAIGA ; Dr. MAIGA Youssouf Dr. Moussa Salihou MAIGA. Votre professionnalisme la rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement. Votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent force notre admiration le respect et la considération.

Aux personnels infirmiers et stagiaires du service de Médecine Interne :

Major Bouba ; Tantie Djénéba ; Mata ; Rose ; Rafaou ; Mamma ; Aliou ; AbdoulSalami ; Diahara Djibrilla ; Habi Touré et tous ceux qui n'ont pas leurs noms mentionnés.

Merci pour tout ce que vous m'avez appris le savoir la cohésion l'humanisme. Que Dieu vous bénisse et vous assiste dans vos projets.

A tout le personnel du service d'Accueil des urgences :

Vous m'avez accueilli à bras ouvert me former et me faciliter l'atteinte de mes objectifs. Merci pour tout.

A tous mes aînés, amis et cadets du point G : Dr Alamir, Dr Moctar, Dr Oumar Rachatane Dr Abdoulaye Sidi, Dr Alassane Mahamar, Dr Sadou Touré, Dr Ibrahim Touré, Dr Alhader, Dr Aboubacrine Moussa, Dr Mahamadou Moussa, Dr Imadoudini, Dr Sadian, Aly H, Aly Guindo, Inguiré Tolo, Ousmane Diarra, Omar Samaké, Sogoba. En témoignage de l'amitié qui nous a uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous remercie et vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Mention spéciale à mes deux copains de tous les jours **Dr Alhader et Dr Mahamadou Moussa** : Merci pour votre présence et votre amour inconditionnel vous êtes vraiment spéciaux.

A ma très chère Mounaissa Diallo, Merci pour votre amour inconditionnelle, recevez ma profonde gratitude.

A tous les amis du groupe d'exposé Respect : Dr Aboudou Diamouténé, Dr Leontine Diarra, Dr Afsatou Coulibaly, Dr Hamadoun Gariko, Dr Amadou D Guindo, Dr Mahamadou Sacko. Merci pour tout, que le bon Dieu vous récompense par le bien.

A tous mes collègues de la 15eme Promotion du Numérus clausus : Merci pour tous, bonne carrière à tous et bonne chance pour la suite. Que le bon Dieu nous accompagne.

A tous les membres de GAAKASSINEY. Merci pour toute la considération et le respect.

A tous mes amis d'enfance et du quartier : Abdourhmane, Momine, Doulla, Konesky, Diaz, Lousky, Tim Tim , Nouhoum dit Faya Man, Sidi, Alfarouk, Hassane et Fousseiny, Bouba le tailleur, Sanounou, Douk K, Ibrahim, Oumar, Cheick.....

Merci pour votre amitié. Qu'Allah vous récompense par le bien.

A tous ceux dont le soutien, même discret, a accompagné mon parcours et contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY
À NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Moussa Tiémoko DIARRA

- ❖ **Professeur Titulaire en Hépto- gastroentérologie à la FMOS;**
- ❖ **Responsable de l'enseignement des Maladies de l'Appareil Digestif à la FMOS;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré;**
- ❖ **Président d'honneur de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD);**
- ❖ **Président du Collège Ouest Africain des Médecins;**
- ❖ **Chef de département de Médecine au CHU GT;**
- ❖ **Chef de service d'Hépto-Gastroentérologie au CHU GT;**
- ❖ **Membre de la Société Africaine d'Hépto- Gastroentérologie;**
- ❖ **Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED);**
- ❖ **Membre de la société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE);**
- ❖ **Enseignant-chercheur;**

Cher Maître,

Nous sommes très touché par l'intérêt que vous avez porté à ce sujet mais également par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un Maître incontesté, admiré de tous. Avec vous la Médecine affirme son sens réel faisant intervenir un savoir-faire et une dextérité. Soyez rassuré, cher Maître, de notre profond attachement et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- ❖ **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S) ;**
- ❖ **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G;**
- ❖ **Chef de Département d'Enseignement de Recherche (DER) des Sciences fondamentales à la F.M.O.S ;**
- ❖ **Praticien Hospitalier au CHU Point G ;**
- ❖ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali ;**
- ❖ **Président de la Société Malienne de Pathologie (S. M.P).**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce Jury nous a profondément touché. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire. Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Broulaye Massaoulé SAMAKE

- ❖ **Professeur titulaire en anesthésie réanimation ;**
- ❖ **Chef du service d'anesthésie du CHU Gabriel Touré ;**
- ❖ **Membre de la Société Malienne d'Anesthésie et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU) ;**
- ❖ **Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel.**

Cher Maître,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité, votre simplicité, ainsi que vos qualités d'hommes de science ont contribué à l'amélioration de ce travail. Veuillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et notre profond attachement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Hamadoun GUINDO

- ❖ Médecin Hépato-Gastro-Entérologue ;
- ❖ Chargé de Recherche en Hépato-Gastroentérologie ;
- ❖ Chef de Service de Médecine Interne à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao ;
- ❖ Ancien interne des hôpitaux ;
- ❖ Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD).

Cher Maître,

Malgré vos multiples occupations, vous nous avez inspiré ce travail et a apporté toute l'aide nécessaire à sa réalisation.

Cher Maître, la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué avec rigueur et dévouement fait de vous un Maître apprécié de tous. Marcher à votre côté fut pour nous un grand honneur et un réel plaisir. Nous pensons mettre à profit toutes les connaissances apprises à votre côté. Cher Maître, notre reconnaissance à votre égard est immense. Soyez rassuré de notre sincère dévouement.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur KADIATOU DOUMBIA épouse SAMAKE

- ❖ **Maître de conférences agrégée à la FMOS ;**
- ❖ **Praticienne hospitalière au CHU-Gabriel Touré ;**
- ❖ **Ancienne interne des hôpitaux ;**
- ❖ **Membres de la Société française d'endoscopie digestive (SFED) ;**
- ❖ **Membre de la Société Africaine d'Hépto-Gastro-Entérologie (SAHGE) ;**
- ❖ **Membre de la Société Nationale Française de gastro-entérologie (SNFGE) ;**
- ❖ **Trésorière de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD).**

Cher maître ;

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et nous avons trouvé auprès de vous la conseillère et le guide qui nous a reçu en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Veillez, cher Maître, trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

% : Pourcentage

μmol: micromole.

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ATCD : Antécédent

AUSP : Arbre urinaire sans préparation

BU : Bandelette urinaire

C3G : Céphalosporine de 3eme génération

CA : Conseil d'administration

CME : Commission médicale d'enseignement

CN : Colique néphrétique

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

EPH : Etablissement Public Hospitalier

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

FOGD : Fibroscopie œsogastroduodénale

Hb : hémoglobine

HDB : Hémorragie digestive basse

HDH : Hémorragie digestive haute

HTA : Hypertension artérielle

Http : Hypertension portale

IEC/CCC : Information, éducation, communication/ Communication pour le Changement de Comportement

IRM : Imagerie par résonance magnétique

IV : Intraveineuse

IVL : Intraveineuse lente

Kg : Kilogramme

L : litre.

L1 : Première vertèbre lombaire

L2 : Deuxième vertèbre lombaire

L5 : Cinquième vertèbre lombaire

LEC : Lithotripsie Extracorporelle.

Méd. : Médecine.

Meq : milliéquivalent.

Mg : milligramme.

MH : maladie hémorroïdaire

MHz : Méga Hertz

ml : Millilitre

mmol : milli molaire.

mn : Minute

NFS : numération formule sanguine

PF : Produit de formation

TDM : Tomodensitométrie

UIV : Urographie intraveineuse

UPR : Urétéropyélographie rétrograde

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	19
FIGURE 2: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES RESULTATS DE LA CREATININEMIE.....	26
FIGURE 3: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA REALISATION D'UNE ENDOSCOPIE DIGESTIVE.	28

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES TRANCHES D'AGE	19
TABLEAU II: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA RESIDENCE	20
TABLEAU III: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'OCCUPATION.....	20
TABLEAU IV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE MOTIF D'ADMISSION.....	21
TABLEAU V: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTECEDENTS MEDICAUX	21
TABLEAU VI: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ESTIMATION DU VOLUME DE SANG EMIS ...	22
TABLEAU VII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES FACTEURS DE RISQUE	22
TABLEAU VIII : REPARTITION SELON LES SIGNES FONCTIONNELS	23
TABLEAU IX: REPARTITION SELON LES SIGNES PHYSIQUES	23
TABLEAU X: REPARTITION SELON LES SIGNES GENERAUX	24
TABLEAU XI: REPARTITION SELON LES RESULTATS DE LA NUMERATION FORMULE SANGUINE .	25
TABLEAU XII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES RESULTATS DES TRANSAMINASES	26
TABLEAU XIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES RESULTATS DU TP	27
TABLEAU XIV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES RESULTATS DE L'AGHBS.....	27
TABLEAU XV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE RESULTAT DE L'ECHOGRAPHIE	28
TABLEAU XVI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES RESULTATS DE LA FOGD	29
TABLEAU XVII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES RESULTATS DE L'ANO-RECTOSCOPIE .	29
TABLEAU XVIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON UNIQUEMENT LES GRADES DE LA	
MALADIE HEMORROÏDAIRE A L'ANO-RECTOSCOPIE	30
TABLEAU XIX : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE DELAI DE REALISATION DE	
L'ENDOSCOPIE.....	30
TABLEAU XX: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT ADMINISTRE	31
TABLEAU XXI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA QUANTITE DE SANG TOTAL TRANSFUSE	31
TABLEAU XXII : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'EVOLUTION	32
TABLEAU XXIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION.....	32
TABLEAU XXIV : EVOLUTION DES PATIENTS PAR RAPPORT AU DELAI DE REALISATION DE	
L'ENDOSCOPIE.....	32
TABLEAU XXV : ETIOLOGIE PAR RAPPORT A L'OCCUPATION DES PATIENTS.....	33
TABLEAU XXVI : EVOLUTION DES PATIENTS SELON L'ETIOLOGIE	34
TABLEAU XXVII : EVOLUTION PAR RAPPORT AU VOLUME DE SANG EMUS	34

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	III
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.....	V
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	X
LISTE DES FIGURES.....	XII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
SOMMAIRE	XIV
INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	2
Objectif général	2
Objectifs spécifiques.....	2
II. GENERALITE	3
2.1 Définition.....	3
2.2 Epidémiologie.....	3
2.3 Mode de présentation des HD	3
2.4 Diagnostic positif (reconnaître l'hémorragie) [13].....	4
2.5 Diagnostic de gravité de l'hémorragie [12]	4
2.6 Mesures de Réanimation	5
2.7 Diagnostic étiologique et traitement spécifique	6
2.8 Manifestations cliniques des hémorragies digestives	13
III. PATIENTS ET METHODES	16
3.1 Cadre d'étude.....	16
3.2 Type et période d'étude	17
3.3 Population d'étude.....	17
3.4 Critères d'inclusion.....	17
3.5 Critères de non inclusion	17

3.6	Technique d'échantillonnage.....	17
3.7	Méthodes et matériels	18
3.8	Analyses des données	18
3.9	Considérations éthiques.....	18
IV.	RESULTATS	19
4.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	19
4.2	Motif de consultation.....	21
4.3	Antécédents	21
4.4	Quantité de sang émis.....	22
4.5	Facteurs de risques.....	22
4.6	Les signes cliniques à l'admission.....	23
4.7	Examens para cliniques	25
4.8	Le délai de réalisation de l'endoscopie.....	30
4.9	Traitement.....	31
4.10	Evolution	32
4.11	La durée d'hospitalisation	Erreur ! Signet non défini.
4.12	Analyses.....	32
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	35
	CONCLUSION	38
	RECOMMANDATIONS	39
	REFERENCES.....	40
	ANNEXES	43

INTRODUCTION

Les hémorragies digestives sont des saignements provenant d'une lésion d'un segment du tube digestif, elles sont dites hautes si l'origine du saignement est située en amont de l'angle de TREIZ, l'ulcère gastroduodénal est la cause la plus fréquente pour les hémorragies digestives hautes, c'est un motif fréquent de consultation aux urgences [1].

Elles sont dites intermédiaires si l'origine du saignement est située entre l'angle de TREIZ et la valvule iléo-caecale et basses si l'origine du saignement est située en aval de la valvule iléo-caecale, le saignement digestif bas est un motif fréquent de consultation, notamment aux urgences [2]

La cause la plus fréquente est la maladie hémorroïdaire pour les hémorragies digestives basses.

Pour autant, le diagnostic étiologique n'est pas aisé et il est estimé qu'une cause n'est pas identifiée dans 23% des cas. [3]

Il est estimé que l'incidence est de 33 à 87/100 000[4,5].

Le sujet âgé est particulièrement concerné avec un risque relatif de 200 pour une personne de 80 ans comparée à 30 ans [6].

Avant 80 ans, les hémorragies digestives hautes sont plus fréquentes chez les hommes (sex-ratio : 1,35 à 1,72). L'âge médian des patients hospitalisés pour une hémorragie digestive haute se situe aux alentours de 70ans et a tendance à augmenter [7].

En France, l'incidence des hémorragies digestives est estimée à 143 cas pour 100000 habitants [7].

En Afrique les fréquences hospitalières signalées dans les différents pays sont de 5,3% en Tunisie, 3,6% au Maroc, 1,2% au Burkina Faso, 7,3% au Togo, 3,1% à Madagascar [8]

Quant aux hémorragies digestives basses leur épidémiologie est moins bien documentée en Afrique.

Au Mali dans une étude antérieure réalisée au CHU Gabriel TOURE la fréquence hospitalière était de 6,7% pour les hémorragies hautes [9]

En l'absence d'étude sur les hémorragies digestives à Gao, nous avons initié ce travail et nous nous sommes fixés des objectifs.

I. OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémio-cliniques et endoscopiques des hémorragies digestives dans le service de Médecine interne de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des hémorragies digestives au service de Médecine interne
2. Décrire les aspects cliniques des hémorragies digestives
3. Décrire les aspects biologiques et endoscopiques des hémorragies digestives.
4. Identifier les étiologies des hémorragies digestives

II. GENERALITE

2.1 Définition

Une hémorragie digestive est un saignement d'une lésion du tube digestif, située en amont (hémorragie digestive haute) ou en aval (hémorragie intermédiaire ou d'origine grêlique) de l'angle de TREIZ et en aval de la valvule de Bauhin (hémorragie digestive basse) [10].

2.2 Epidémiologie

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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.

2.3 Mode de présentation des HD

Les hémorragies digestives hautes peuvent revêtir plusieurs tableaux :

2.3.1 L'hématémèse

Il est le rejet par la bouche au cours d'un effort de vomissement d'une quantité de sang rouge ou noirâtre plus ou moins abondante, mêlé à des débris alimentaires ou à des caillots. Elle survient dans 2/3 des cas dans l'année qui suit la découverte des VO [11].

L'hématémèse est à différencier de l'hémoptysie, de l'hémotymèse (examen cavité buccale, fibroscopie œsogastroduodénale normale), de l'épistaxis déglutie et revomie (examen Oto-rhino-laryngologie) et de vomissement coloré par les aliments (vin, betterave).

2.3.2 Le méléna

Il est l'extériorisation de sang par l'anus avec un aspect de selles noires, poisseuses, malodorantes, d'aspect comparable au goudron frais [11].

Le méléna est à différencier des selles colorées par les médicaments (fer, charbon, bismuth) et par les aliments (betterave, boudin)

2.3.3 La rectorragie ou hématochésie

Les hémorragies digestives hautes abondantes peuvent s'extérioriser sous forme de sang rouge après accélération du transit.

2.4 Diagnostic positif (reconnaître l'hémorragie) [12]

2.4.1 Hémorragie extériorisée

Elle se traduit par les signes cliniques comme l'hématémèse, la rectorragie et le méléna. Son diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'observation des déjections.

2.4.2 Hémorragie non extériorisée

Elle se traduit par une anémie aiguë avec pâleur, hypotension, pouls filant et la froideur des extrémités. Le diagnostic repose sur l'aspiration ou le lavage gastrique, le TR

2.5 Diagnostic de gravité de l'hémorragie [13]

Il s'agit d'une évaluation clinique et biologique. Elle doit être systématique dès l'admission du malade. Différents éléments permettent d'apprécier la gravité.

2.5.1 Evaluation de la quantité de sang extériorisé

L'abondance d'une hémorragie digestive peut être évaluée par la quantité de sang extériorisée. Cette évaluation n'est pas un bon critère d'appréciation d'une hémorragie digestive haute car, d'une part elle est faussement majorée par le liquide gastrique et d'autres part ; le patient ou son entourage ont tendance à surestimer les pertes sanguines. Enfin, la quantité de sang rejetée ne reflète pas toujours l'extravasation sanguine.

2.5.2 Evaluation clinique

Il s'agit de signes de choc rencontrés dans les hémorragies sévères atteignant ou dépassant en quelques heures 1500 ml ou 25% de la masse sanguine :

- Une tachycardie avec un pouls filant,
- Une hypotension orthostatique, témoin d'une perte de 20% du volume sanguin,
- Le pincement de la pression artérielle différentielle,
- Une hypotension même posturale,

- Des signes de choc : pâleur des téguments, soif, marbrures, refroidissement des extrémités, polygnée, oligurie et trouble de la conscience.

2.5.3 Evaluation biologique

Dans la mesure où, à la phase aiguë de l'hémorragie, l'hématocrite (Ht) est peu modifié, l'hématocrite chute lors de la correction de la masse sanguine par l'hémodilution. Un taux d'hématocrite < 30% correspond à une hémorragie grave. Un taux d'hémoglobine < 7 g /dl et/ou la présence des signes d'intolérance est une indication de la transfusion. La créatininémie permet d'apprécier la fonction rénale.

2.6 Mesures de Réanimation

- En dehors des rectorragies d'allure proctologique, minimes et sans retentissement hémodynamique, l'hospitalisation de tout patient décrivant une HD
- Hospitalisation en USI : A l'admission du malade, il faut commencer la réanimation en même temps que la démarche diagnostique avant d'envisager le traitement spécifique.
- Apprécier l'état respiratoire et assurer une ventilation optimale :
- Position demi assise ou latérale de sécurité, libérer les voies aériennes supérieures.
- Oxygénothérapie (2-6 l/min) si hypoxie, sujet âgé, hémorragie sévère, chez le coronarien ou lorsqu'il existe une pathologie pulmonaire préalable. Intubation avec ventilation artificielle si trouble de conscience, détresse respiratoire, état de choc réfractaire.
- Correction de l'hypovolémie : Première urgence thérapeutique.
- Doit être prudente avec un objectif : PAM à 80mmhg
- Arrêter les b-bloquants
- Pose de 2 voies veineuses périphériques de bon calibre ≥ 14 gauge
- VVC si impossibilité d'obtenir une voie périphérique
- Cristalloïdes préférés en 1ère intention du fait de leur innocuité
- Préférer le sérum physiologique. Si usage de sérum glucosé, ne pas oublier la vitaminothérapie B1B6
- En cas d'hémorragie abondante, les colloïdes (excepté l'hydroxyéthylamidon : aggrave l'IHC) peuvent être utilisés, malgré leur risque rénal. La supériorité de l'albumine, dans cette situation, n'est pas démontrée
- En cas de cirrhose : remplissage vasculaire à minima car la correction de l'hypovolémie s'accompagne d'une augmentation de la pression portale à un niveau supérieur au niveau initial, favorisant la récurrence hémorragique

- Les objectifs du remplissage sont d'obtenir une fréquence cardiaque 100mmHg et une diurèse > 30 ml/h. La transfusion doit être adaptée au degré de déglobulisation : chez un malade réhydraté, l'objectif est une Ht entre 25 et 30% et Hb= 8g/dl
- Correction des troubles de l'hémostase :
- La correction systématique des troubles de l'hémostase par des dérivés du sang (PPSB, plasma frais congelé, plaquettes) n'est pas recommandée.
- Si plaquettes < 50000/mm³ : transfusion de concentré plaquettaire. Cependant, le nombre de plaquettes peut ne pas augmenter en cas d'hypersplénisme.
- Evaluer l'état de conscience après correction des détresses cardio-respiratoires
- Prise de la température et recherche d'éventuels foyers infectieux.
- Glycémie capillaire : si hypoglycémie, Sérum glucosé 30% par voie intraveineuse
- Examens biologiques sont systématiques : NFS, Ionogramme sanguin, Groupage sanguin et Rhésus + RAI, bilan d'hémostase, fonction rénale, bilan hépatique.
- Commande et mise en réserve de culots globulaires compatibles.
- Prévention d'une encéphalopathie hépatique, si signes d'hépatopathie chronique.
- Surveillance : pouls, TA, saturation en oxygène, coloration muqueuse, conscience, diurèse, coloration des selles PVC, Hb, Ht.

2.7 Diagnostic étiologique et traitement spécifique

2.7.1 Enquête étiologique

2.7.1.1. Interrogatoire : du malade ou son entourage

En cas d'HD (hématémèse ; méléna ; rectorragie) : on recherchera les ATCD de :

- Hémorragie digestive.
- UGD.
- Douleur épigastrique d'allure ulcéreuse.
- Ethylisme, tabagisme.
- Ictère, voire hépatopathie connue.
- Vomissements ayant précédé le saignement.
- Prise de médicaments gastro toxiques (voir au besoin les ordonnances précédentes).
- Chirurgie abdominale.
- Autres pathologies.

2.7.1.2. Examen physique : (systématisation)

- Signes d'hépatopathie chronique (HTP, IHC).
- Signes d'une maladie hémorragique.
- Cicatrices abdominales.
- TR+ examen de la marge anale.
- Examen général systématique.

2.7.1.3. Examens para cliniques : HDH

a. Fibroscopie OGD +++ Dès que l'état hémodynamique le permet.

- Au besoin administration de 250 mg d'érythromycine en IV 20 à 30 mn avant l'acte.
- Dans tous les cas ni trop tôt ni trop tard : mieux dans les 6 premières heures si non dans les 24 heures.
- Triple objectif : faire le diagnostic lésionnel, évaluer le risque de poursuite ou de récurrence hémorragique, réaliser si besoin un geste d'hémostase endoscopique.

b. Autres examens

- Artériographie cœlio-mésentérique, TDM spiralée, angioscanner.
- HDB : coloscopie, entéros scanner, vidéocapsule endoscopique, scintigraphie aux hématies marquées au Tc 99m.

2.7.2 Les étiologies et traitement spécifique

2.7.2.1 Les hémorragies digestives hautes :

a) Les lésions hémorragiques sans rapport avec htp [10]

❖ Hémorragies par UGD (30% des HDH)

- Endoscopie digestive : précise les lésions selon la classification de FORREST (Ia= en jet, Ib=en nappe ; IIa = vaisseau visible, IIb = caillot adhérent, IIc = tâche noire ; III= absence de stigmate).
- Méthodes thérapeutiques

Outre la réanimation.

Traitement médicamenteux : IPP 80 mg en bolus puis 8mg/h IVSE pendant 72 h, relais par voie orale en pleine dose ;

Traitement endoscopique : 03 méthodes avec idéalement utilisation de 02 Méthodes en association :

- **Méthodes d'injection :** vasoconstricteurs (adrénaline au 1/10 000), sclérosant (polidocanol).
- **Méthodes thermiques :** Electrocoagulation au plasma d'argon ou mono ou multipolaire.
- **Méthodes mécaniques :** hémoclip.

Traitement chirurgical : rarement pratiqué.

Traitement radiologique : exceptionnel et anecdotique.

▪ **Indications :**

- Si hémorragie en jet (FIa) ou vaisseau visible (FIIa) = injection + méthode thermique, hémoclip ;
- Si suintement diffus (FIb) non sévère : injection d'adrénaline, hémoclip ;
- Si caillot (FIIb) : lavage pour chute du caillot puis injection si ulcère ou injection + méthode thermique si hémorragie déclenchée, hémoclip ;
- Si 2 échecs d'hémostase endoscopique ou hémorragie cataclysmique ou hémorragie en jet inaccessible au traitement endoscopique : chirurgie.

Dans tous les cas, après hémostase : rechercher et éradiquer l'*Helicobacter pylori* par IPP et 2 ou 3 ATB (traitement de l'ulcère y compris mode de vie) ; contrôle endoscopique systématique + biopsies si UG.

▪ **Résultats :**

- 90% arrêt hémorragie.
- 10% récurrence surtout les 3 premiers jours.
- Environ 10% de mortalité.

b) Lésions aiguës muqueuses gastroduodénales (20% des HDHA)

- Plusieurs types de lésions (gastrite hémorragique, érosions, ulcérations, ulcère de stress) sont regroupés sous ce terme.
- Contexte : défaillance circulatoire, infection, lésion neurologique, AINS et aspirine.
- Endoscopie : lésions multiples.
- Traitement :
 - Injection.
 - IPP en IV.

- Rechercher et éradiquer la cause.

❖ **Syndrome de MALLORY– WEISS (10% des HDHA)**

- Déchirure de la muqueuse digestive au niveau du cardia secondaire à des efforts de vomissements.

- **Endoscopie :**

- Ulcération ou ulcère à la jonction œsogastrique généralement unique de 1 à 2 cm ;

- Saignement par suintement ou en jet ;

- Parfois vaisseau visible.

- **Traitement :**

- Anti sécrétoires ;

- Si saignement actif : injection d'adrénaline, clips, ligature.

- Mortalité généralement nulle sauf terrain associé.

❖ **Tumeurs malignes œsogastroduodénales (5 à 8% des HDHA)**

- Endoscopie : visualise la lésion.

- Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur.

❖ **Œsophagite peptique (2% des HDHA)**

- Endoscopie : lésions érosives ou ulcérées.

- Traitement : hémostase endoscopique + IPP.

❖ **Malformations vasculaires (1% des HDHA) :** Angiodysplasies et Télangiectasies isolées ou rentrant dans le cadre d'une maladie de Rendu Osler.

- **Traitement :** plasma d'argon.

❖ **Exulcération simple de DIEULAFOY (2% de HDHA)**

- Sujet âgé (plus de 60 ans).

- Endoscopie.

- Saignement d'une ulcération muqueuse de 2 à 5 mm, en regard d'une artère sous muqueuse anormalement large.

- Saignement actif au sein d'une muqueuse normale.

- Généralement de siège fundique.

- Parfois vaisseau visible ou caillot.

- Autres méthodes diagnostiques : artériographie, écho-endoscopie

- **Traitement :**

- Clips.
- Ligature
- Injection.

Pronostic : fonction du diagnostic, de l'abondance de l'hémorragie, de la récurrence et du terrain.

❖ **Fistule aorto-duodénale (< 1% des HDHA)**

- Porteur de prothèse aortique.
- Diagnostic : endoscopie, TDM, artériographie.
 - **Traitement** : fermeture de la fistule, ablation de la prothèse, et geste de revascularisation.

❖ **Wirsungorrhagie (< 1% des HDHA)**

- Contexte : Pancréatite chronique ou tumeur maligne.
- Diagnostic : TDM, artériographie, endoscopie.
 - **Traitement** : embolisation, chirurgie.
- Mortalité : 15%.

❖ **Hémobilie (< 1% des HDHA)**

- Contexte traumatique.
- Diagnostic : imagerie.
 - **Traitement** : embolisation, désobstruction des VB, si échec : chirurgie.

❖ **Causes iatrogènes**

Traitement endoscopique.

c. Lésions hémorragiques en rapport avec l'HTP (30% des HDHA) : [10, 32].

❖ **Rupture de varices œsophagiennes et/ou cardio-tubérositaires**

- **Endoscopie** :
 - Présence de varices.
 - Saignement en jet ou en nappe.
 - Muqueuse mouillée de sang.
 - Caillot ou clou plaquettaire sur varices.
 - Varices sans stigmate de saignement avec présence de sang dans l'estomac sans autre cause de saignement.
- **Méthodes thérapeutiques**
- ✓ **Mesures générales** :

- Etat ventilatoire correct.
- Bonne perfusion rénale sans excès de remplissage (risque de récurrence).
- Prévention de l'encéphalopathie : administration d'ATB, surtout lactulose.
Evacuation prudente d'une ascite tendue.

✓ **Traitement vasoactif :**

- Somatostatine et dérivés.
- Vasopressine et dérivés.
- Hémostase endoscopique :
- Ligature élastique.
- Sclérose au polidocanol.
- Injection de colle biologique (histoacryl*).

✓ **Hémostase mécanique :** tamponnement par sonde de Blakemore.

- TIPS.

✓ **Traitement chirurgical :** transsection œsophagienne, dérivation portale.

✓ **Au décours de l'épisode hémorragique :** Bêtabloquant (propranolol*), Ligature élastique, transplantation hépatique.

▪ **Indications : VO :**

- **Si saignement actif :** vasoactif
- Ligature (ou sclérose) ;
- Hémorragie cataclysmique ou persistance malgré vasoactif et/ou ligature (sclérose) ou traitement endoscopique impossible : **Blakemore**
- Echec des techniques précédentes : TIPS ou chirurgie ;
- Prévention secondaire : Bêtabloquant + traitement endoscopique.
- VG : injection de colle biologique + vasoactif.

▪ **Résultats :**

- Arrêt de l'hémorragie dans 90% des cas.
- Mortalité moyenne de 15% (liée au score Child Pugh).

❖ **Gastropathie d'HTP**

- Gastropathie en mosaïque : traitement par substances vasoactives (semble efficace).
- Ectasies vasculaires antrales (« Estomac pastèque ») : plasma argon.

❖ **Erosions et UGD :** même conduite qu'en dehors d'HTP

2.7.3 Hémorragies digestives d'origine grêlique et basses : (20% des HD) [12]

2.7.3.1 Lésions du grêle

Elles représentent 5 % des hémorragies digestives [17] avec par ordre de fréquence décroissante : l'angiodysplasie (50 % des cas), les tumeurs ou ulcères de causes variées. Chez l'homme jeune, le diverticule de Meckel représente à peu près les deux tiers des saignements du grêle.

✓ Angiodysplasies :

- Diagnostic : VCE.

▪ **Traitement** : endoscopique si possible, chirurgie.

✓ **Ulcérations du grêle** : sont dues à la prise des Anti-inflammatoires non stéroïdiens, à la Maladie inflammatoire chronique de l'intestin, au Zollinger Ellison

✓ **Tumeurs du grêle** : sont rares.

✓ **Causes rares des lésions du grêle** : Fistule aortoentérique ; Lésion de Dieulafoy ; Varices intestinales ; Entérite radique ; Entérite infectieuse.

2.7.3.2 Lésions anales

- **Maladie hémorroïdaire** : L'hémorragie est rouge rutilante, contemporaine de la défécation et terminale en jet. Elle provoque rarement des hémorragies graves sauf en cas de complications hémorroïdaires (thrombus, hémorragie postopératoire). Elle semble pouvoir être impliquée dans 10 à 28 % des cas [14]

Traitement instrumental, chirurgical, régulariser le transit.

- **Maladie fissuraire** : Douleur à la défécation avec des traces de sang striant les selles. Le diagnostic repose sur l'inspection des marges anales

Traitement médical, chirurgical.

- **Causes rares des lésions anales** : cancer du canal anal et ulcération thermométrique.

2.7.3.3 Lésions colorectales

- **Cancer colorectal** : L'hémorragie est le plus souvent modérée (11 % des HDB) [13]. Dans certaines séries d'HDB abondantes, les tumeurs coliques ont pu représenter 10 à 20 % des étiologies. Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur.

- **Hémorragies diverticulaires** : favorisées par la prise d'AINS surtout les diverticules du colon droit. L'hémorragie s'arrête spontanément dans 90% des cas

▪ **Traitement** : Hémostase endoscopique.

- **Angiodysplasies coliques** :

Les angiodysplasies coliques sont responsables de 3 à 12 % des HDB [14,13]. Ce sont des anomalies vasculaires dé génératives souvent multiples correspondant à des dilatations des veines sous-muqueuses, des veinules ou des capillaires, qui surviennent surtout après 60 ans. L'artériographie reste l'examen de référence mettant classiquement en évidence un lacis artériolaire en houppe, une opacification veineuse précoce et prolongée de veines dilatées et tortueuses.

- **Traitement** : endoscopique ou plus rarement chirurgicale (colectomie segmentaire).

- **Colite ischémique** :

Elles surviennent principalement chez les sujets âgés dans un contexte vasculaire. Elles se traduisent cliniquement par des douleurs abdominales suivies d'une diarrhée sanglante. Le diagnostic est endoscopique avec une muqueuse œdémateuse, violacée et nécrotique.

3 stades endoscopiques selon la gravité (non pathognomoniques)

- **Stade 1** : muqueuse congestive, pétéchiale et/ou purpurique.
- **Stade 2** : ulcérations longitudinales confluentes ou à l'emporte-pièce.
- **Stade 3** : muqueuse noire ou grisâtre avec des hématomes intra pariétaux.

- **Traitement** : surveillance et traitement étiologique, chirurgie.

- **Maladie inflammatoire chronique de l'intestin(MICI)** : Elle est responsable de 6 à 30 % des HDB et d'hémorragies sévères dans moins de 5 % des cas [15].
- **Polypes colorectaux** :

Diagnostic : coloscopie.

- **Traitement** : Hémostase endoscopique.

- **Causes rares de lésions colorectales** : Varices ectopiques rectales ou coliques ; Rectite et/ou colite radique ; Ulcération de Dieulafoy ; Endométriose colique ; Chute d'escarres au décours d'une polypectomie endoscopique ; Colites médicamenteuses, infectieuses ; Corps étrangers rectaux.

2.8 Manifestations cliniques des hémorragies digestives

2.8.1 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.

2.8.2 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 :

C'est une 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 permettent 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 :

C'est très fréquent 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 surtout le reflet d'une insuffisance hépatocellulaire.

La classification de West-Haven permet de classer l'encéphalopathie hépatique en 5 grades de 0 à 4 [33]

- **Grade 0** : Encéphalopathie hépatique minime

Anomalies neuropsychologiques sans anomalies cliniquement évidente

- **Grade I** : Ralentissement psychomoteur modéré

Euphorie ou anxiété. Trouble de l'attention, distractibilité. Anomalies aux additions ou soustraction. Altération du sommeil

- **Grade II** : Léthargie ou apathie

Désorientation dans le temps, changement avéré de personnalité, comportement inadapté, dyspraxie, astérixis

- **Grade III** : Somnolence à stupeur

Réponse aux stimuli conservée, confus, comportement bizarre

- **Grade IV** : coma.

III. PATIENTS ET METHODES

3.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de médecine interne de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao.

❖ Présentation de l'hôpital de Gao

L'Hôpital de Gao est un Etablissement Public Hospitalier (EPH).

Situé au 7^{ème} quartier (Sosso-koïra) de la ville, il est bâti sur une superficie de 26640 m². Il comprend 22 bâtiments répartis entre les différents services techniques, administratifs, les logements d'astreinte et les annexes.

L'Hôpital de Gao a pour mission de :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

❖ Présentation du service de médecine interne

Le service de médecine interne est situé dans l'aile est entre la direction et la pédiatrie. Il comprend 4 salles d'hospitalisation catégories D, une salle VIP, une salle d'isolement, 6 bureaux de médecins dont 3 dans le hall de consultation externe, le bureau du major, une salle de garde, une salle de soins, la salle d'ECG, une salle d'endoscopie, un magasin manœuvre et des toilettes.

❖ Personnel du service

Le personnel se compose de :

- D'un hépato-gastro entérologue qui est le chef de service ;
- D'un cardiologue ;
- D'un infectiologue ;
- Quatre Médecins généralistes dont un référent diabétologie ;
- Cinq infirmiers ;
- Deux techniciennes de surface.

3.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 02 Septembre 2024 au 31 Août 2025, soit une période de 12 mois.

3.3 Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de tous les malades vus en consultation et/ou hospitalisés âgé de 16 et plus.

3.4 Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude :

- Les patients hospitalisés ou vus en consultation pour hémorragies digestives durant la période d'étude, âgés de 16 ans au moins.
- Patients consentants.

3.5 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les patients âgés de moins de 16 ans et n'ayant pas donné leur consentement.
- Les patients hospitalisés ou vus en consultation pour autre motif.

3.6 Technique d'échantillonnage

La taille de notre échantillon a été calculée à l'aide de la formule de DANIEL SCHWARTZ :

$$N = Z^2 \times p (1-p) \div i^2$$

- N est notre taille minimum d'échantillon ;
- Z_{α} est le coefficient qui est égal à 1,96 à $\alpha = 95\%$
- p est la prévalence qui selon l'étude de Keita M [18] en 2022 au Mali, les hémorragies digestives hautes ont représenté 13,8% de toutes les hospitalisations au CHU Gabriel Touré.
- i est la marge d'erreur à 5%

En application numérique on a : $N = (1,96)^2 \times 0,138 \times 0,862 / (0,052)^2 = 48$ cas d'hémorragies digestives.

La taille minimale d'échantillon trouvé d'après les calculs était égale à 48 cas d'hémorragies digestives. Cette taille d'échantillon a été majorée 5% pour pallier aux éventuelles questions incomplètes ce qui nous donne une taille minimale de 50 cas d'hémorragies digestives.

3.7 Méthodes et matériels

3.7.1 Déroulement

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et para clinique. Nos données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête que nous avons élaborée. Les informations ont été recueillies au chevet du malade et au niveau des accompagnateurs

3.7.2 Variables étudiées

Variables quantitatives et qualitatives :

- **Données sociodémographiques** : âge, sexe, ethnie, adresse, profession,
- **Données cliniques** : la conscience, l'abondance de l'hémorragie, la PA, le pouls, la température, le poids, la taille, l'examen abdominal,
- **Antécédents et facteurs de risques**,
- **Données para cliniques** : la NFS, la créatininémie, le TP, l'échographie abdominale, la fibroscopie œsogastroduodénale, la coloscopie, l'ano-rectoscopie

3.7.3 Méthode

- **Clinique** : (Interrogatoire, Signes fonctionnels, Signes généraux, Signes physiques)
- **Para cliniques** : (NFS, Groupage/Rhésus, TP, Antigène HBs, AcantiHBc, Acanti-HVC, créatininémie, ionogramme sanguin, échographie abdominale, FOGD, la coloscopie, l'Ano-rectoscopie etc...)

3.8 Analyses des données

Nos données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête que nous avons élaborée. Nos données ont été saisies sur Microsoft World 2013 et analysées sur le logiciel SPSS version 26, nous avons utilisé le test de comparaison de KI2 PEARSON pour comparer nos données qui étaient significatives pour une probabilité $p < 0,05$.

3.9 Considérations éthiques

Le consentement verbal des sujets a été obtenu. La participation à l'étude était volontaire. L'anonymat était de rigueur et les informations été utilisées à des fins scientifiques.

IV. RESULTATS

Au terme de cette étude, **66** patients répondaient à nos critères d'inclusion sur **331** malades vus en consultation et/ou hospitalisés durant la période d'étude soit une fréquence de **19,9%**.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

4.1.1 Age des patients

Tableau I: Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
16-30	21	31,8
31-45	26	39,4
46-60	12	18,2
> 60	7	10,6
Total	66	100,0

La tranche d'âge **31-45** était la plus représentée avec **39,4%** des cas.

L'âge moyen de nos patients était de 38,39+/-14,4 ans avec des extrêmes de 16 et 83 ans.

4.1.2 Sexe des patients

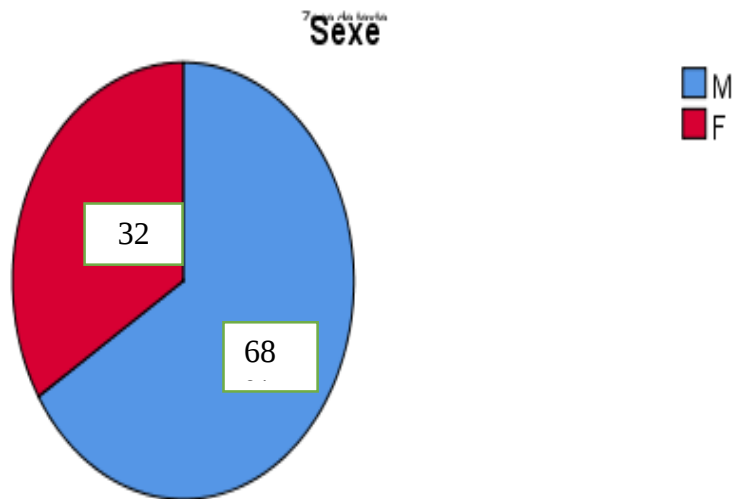


Figure 1: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant avec **68,2%** des cas. Le sex ratio est de **2,14**

4.1.3 Adresse/résidence des patients

Tableau II: Répartition des patients selon la résidence

Adresse	Effectif	Pourcentage%
Gao ville	54	81,8
Ansongo	4	6,1
Ménaka	4	6,1
Bourem	3	4,5
Tinwelène	1	1,5
Total	66	100

La majorité de nos patients résidait en milieu urbain dans la ville de Gao avec **81,8%** des cas.

4.1.4 Profession/occupation des patients

Tableau III: Répartition des patients selon l'occupation

Occupation	Effectif	Pourcentage %
Ménagère	16	24,3
Cultivateur	12	18,2
Militaire	9	13,6
Commerçant	7	10,6
Eleveur	7	10,6
Elève	4	6,1
Enseignant	3	4,5
Autres	8	12,1
Total	66	100

Les ménagères et les cultivateurs étaient les plus représentés avec respectivement **24,3%** et **18,2%** des cas.

Autres : Retraité (5), tailleur (1), Maçon (2).

4.2 Motif de consultation

Tableau IV: Répartition des patients selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage%
Rectorragie	52	78,8
Hématémèse	14	21,2
Méléna	2	3

La rectorragie était le principal motif de consultation soit **78,8%** des cas.

4.3 Antécédents

Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif n=27	Pourcentage%
Hémorragie digestive	11	40,7
Epigastralgie	10	37,1
Diabète	3	11,1
Hépatopathie	2	7,4
HTA	1	3,7

L'ATCD d'hémorragie digestive et d'épigastralgie ont été retrouvés dans respectivement dans **40,7%** cas et **37,1%** des cas.

4.4 Quantité de sang émis

Tableau VI: Répartition des patients selon l'estimation du volume de sang émis

Quantité hémorragie	Effectif n=55	Pourcentage%
100-300cc	23	41,8
300-500cc	20	36,4
Sup. à 500cc	12	21,8

La quantité de sang émis par nos patients était comprise entre 300cc et 500cc dans **36,4%** des cas.

4.5 Facteurs de risques

Tableau VII: Répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif n=45	Pourcentage%
Constipation	29	64,4
Tabac	10	22,3
Prise d'AINS	6	13,3

La Constipation et la prise d'AINS ont été retrouvées respectivement dans **64,4%** et **13,3%** des cas.

4.6 Les signes cliniques à l'admission

4.6.1 Les signes fonctionnels

Tableau VIII : Répartition selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage%
Epigastralgie	13	19,7
Douleur abdominale	16	24,2
Vertiges	23	34,8
Hématémèse	10	15,2
Rectorragie	45	68,2

La rectorragie était le signe fonctionnel le plus représenté dans **68,2%** des cas.

4.6.2 Les signes physiques

Tableau IX: Répartition selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage%
Hépatomégalie	6	9,1
Pâleur conjonctivale	36	54,5
Ictère	3	4,5
Hypotension	3	4,5
Ascite	2	3

La pâleur conjonctivale était le signe physique le plus représenté dans 54,5% des cas

4.6.3 Les signes généraux

Tableau X: Répartition selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage%
Amaigrissement	13	19,7
Asthénie	23	34,8
Anorexie	5	7,6

L'asthénie était le signe général le plus représenté.

4.7 Examens para cliniques

4.7.1 Biologie

4.7.1.1 La NFS

Tableau XI: Répartition selon les résultats de la numération formule sanguine

NFS	Effectif	Pourcentage
Hémoglobine		
<7g/dL	32	48,5
7g/dL à 10 g/dL	10	15,2
>10 g/dL	24	36,3
Hématocrite		
<25%	28	42,4
>25%	38	57,6
VGM		
<80fL	33	50
80 fL à 100 fL	29	43,9
>100 fL	4	6,1
Globule blanc		
<10 G/L	59	89,4
>10 G/L	7	10,6
Plaquettes		
<150 G/L	3	4,5
150 G/L à 300 G/L	60	91
>300 G/L	3	4,5

Le taux d'Hémoglobine était inférieur à 7g/dL dans **48,5%** des cas.

4.7.1.2 La créatininémie

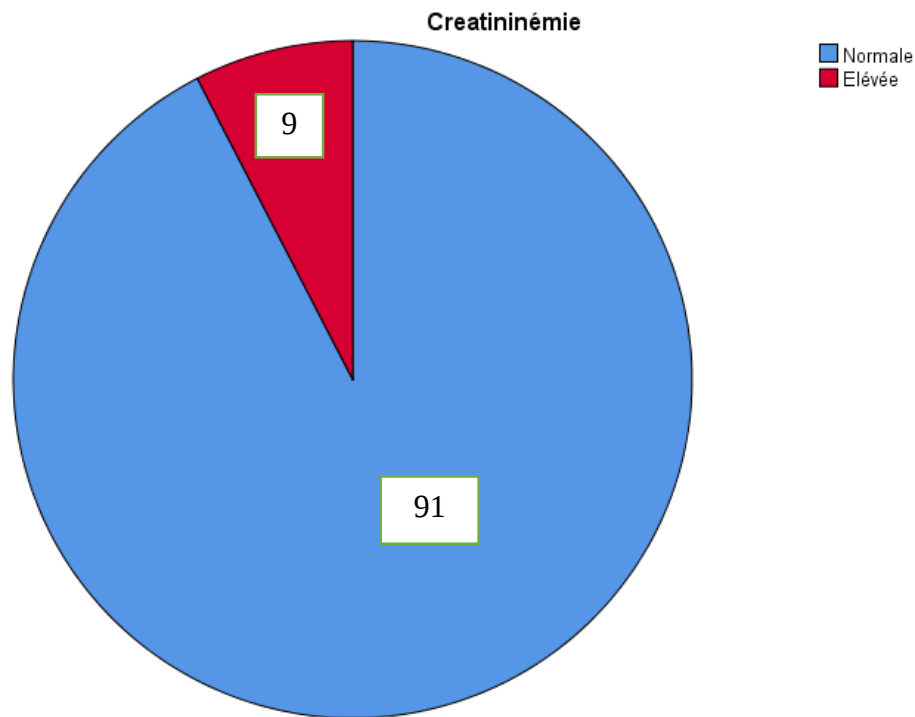


Figure 2: Répartition des patients selon les résultats de la créatininémie

La créatininémie était normale dans 90,9% des cas.

4.7.1.3 Les transaminases

Tableau XII: Répartition des patients selon les résultats des transaminases

Transaminases	Effectif	Pourcentage%
ASAT		
Inf. à 40	57	86,4
Sup à 40	9	13,6
ALAT		
Inf. à 40	53	80,3
Sup à 40	13	19,7

Une cytolysse a été retrouvée chez 19,7% de nos patients.

4.7.1.4 Le taux de prothrombine

Tableau XIII: Répartition des patients selon les résultats du TP

Résultat TP	Effectif	Pourcentage%
Inf. à 50	4	6
Entre 50 et 70	9	13,6
Sup à 70	53	80,3
Total	66	100

Le TP était normal dans **80,3%** des cas.

4.7.1.5 Les marqueurs viraux

Tableau XIV: Répartition des patients selon les résultats de l'AgHBS

Marqueurs viraux	Effectif	Pourcentage%
AgHBs		
Positif	5	7,6
Négatif	61	92,4
AcantiHBc		
Positif	5	8,1
Négatif	57	91,9

L'antigène HBs et l'AcantiHBc étaient positif dans respectivement 7,6% et 8,1% des cas.

4.7.2 Imagerie

4.7.2.1 Echographie

Tableau XV: Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

Echographie abdominale	Effectif	Pourcentage%
Echographie normale	58	87,9
Hépatomégalie homogène	6	9,1
Foie hétérogène	2	3

L'échographie était normale dans **87,9%** des cas.

4.7.2.2 Les endoscopies digestives

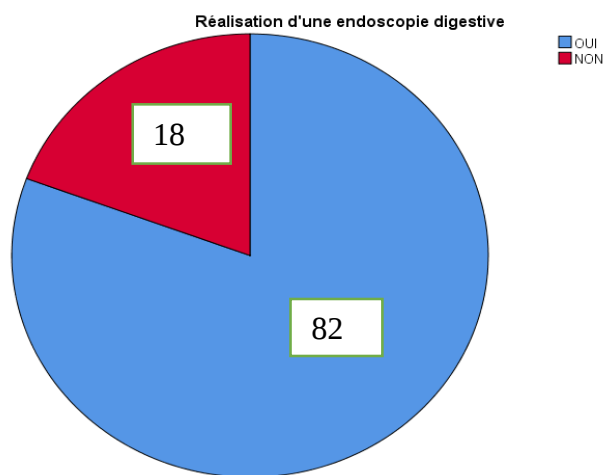


Figure 3: Répartition des patients selon la réalisation d'une endoscopie digestive.

Une endoscopie digestive a été réalisée dans 81,8% des cas.

4.7.2.3 La FOGD

Tableau XVI: Répartition des patients selon les résultats de la FOGD

FOGD	Effectif n=12	Pourcentage%
Ulcère	6	50
Gastrite	3	25
V.O	2	16,7
Lésion ulcéro-bourgeonnante de l'estomac	1	8,3

L'ulcère gastroduodénal et la gastrite étaient respectivement représentés dans 50%et 25% des cas.

4.7.2.4 L'ano-rectoscopie

Tableau XVII: Répartition des patients selon les résultats de l'ano-rectoscopie

Ano-rectoscopie	Effectif n=40	Pourcentage%
MH grade I	8	20
MH grade II	14	35
MH grade III	7	17,5
Fissure anale + MH	9	22,5
Fissure anale	2	5

La maladie hémorroïdaire grade 2 et Fissure anale associée à la Maladie hémorroïdaire étaient respectivement représentées dans 35% et 22,5% des cas.

4.7.2.5 Les grades de la maladie hémorroïdaire

Tableau XVIII : Répartition des patients selon uniquement les grades de la maladie hémorroïdaire à l'ano-rectoscopie

Maladie hémorroïdaire (MH)	Effectif n=29	Pourcentage%
MH grade I	8	27,6
MH grade II	14	48,3
MH grade III	7	24,1

La MH grade II était l'étiologie d'HDB la plus représentée dans 48,3% des cas.

4.7.2.6 La coloscopie a objectivé des lésions chez 3 de nos patients

- Une lésion ulcéreuse du rectum
- Une lésion ulcéreuse du sigmoïde
- Une lésion bourgeonnante du rectum

4.8 Le délai de réalisation de l'endoscopie

Tableau XIX : Répartition des patients selon le délai de réalisation de l'endoscopie

Délai de l'endoscopie	Effectif n=53	Pourcentage%
Entre 48H à 72H	40	75,5
Sup. à 72H	13	24,5
Total	53	100

La majorité des patients a réalisé l'endoscopie digestive entre 48 et 72H

4.9 Traitement

4.9.1 Les molécules

Tableau XX: Répartition des patients selon le traitement administré

Traitement	Effectif	Pourcentage%
Transfusion	11	16,7
Antibiotique	5	7,5
IPP	8	12,1
Veinotoniques	38	57,5
Solutions isotoniques	43	65,2
Macromolécules	1	1,5

La solution isotonique, les veinotoniques, la transfusion sanguine et l'IPP étaient administrés dans respectivement 65,2% ; 57,5% ; 16,7% et 12,1% des cas.

4.9.2 La quantité de sang total transfusé

Tableau XXI: Répartition des patients selon la quantité de sang total transfusé

Sang total transfusé	Effectif n=11	Pourcentage%
500cc	2	18,2
1000cc	9	81,8

La majorité (81,8%) des patients avait reçu au moins deux poches de sang

4.10 Evolution

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage%
Arrêt de l'hémorragie	46	69,7
Récidive	4	6,1
Décès	5	7,6
Perdus de vue	11	16,6

L'arrêt de l'hémorragie était constaté chez 46 patients soit 69,7% des cas.

La mortalité était de 7,6%. Les 5 patients sont décédés dans un contexte de choc hémorragique.

4.11. La durée d'hospitalisation

Tableau XXIII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif n=12	Pourcentage%
Inf. à 72H	3	25
Sup. ou égale à 72H	9	75

La durée d'hospitalisation était supérieure à 72H dans 75% des cas.

4.11 Analyses

Tableau XXIV : Evolution des patients par rapport au délai de réalisation de l'endoscopie

	Arrêt hémorragie	Récidive hémorragie	Décès	Perdus
Evolution/ délai de l'endoscopie	(N%)	(N%)	(N%)	(N%)
Sup. à 72H	11(16,7)	2(3,0)	1(1,5)	0(0)
Entre 48 et 72H	33(50)	3(4,5)	4(6,0)	0(0)
Non réalisée	0(0)	0(0)	0(0)	12(18,2)

P=0,91. Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre l'évolution et le délai de l'endoscopie.

Tableau XXV : Etiologie par rapport à l'Occupation des patients

Etiologie/Occupation	Fissure			Tumeur			Sans	
	Fissure	anale+	Gastrite	Tumeur	MH	gastrique	Ulcère	étiologies
	anale (N%)	MH (N%)	(N%)	rectum (N%)	(N%)	(N%)	(N%)	(N%)
Ménagère	0(0)	4(23,5)	0(0)	1(5,9)	8(47,1)	0(0)	0(0)	4(23,5)
Militaire	1(11,1)	3(33,3)	1(11,1)	0(0)	3(33,3)	0(0)	1(11,1)	1(11,1)
Commerçant	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	6(50)	1(8,3)	1(8,3)	4(33,3)
Elève	0(0)	1(25)	0(0)	0(0)	1(25)	0(0)	1(25)	1(25)
Enseignant	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(66,7)	0(0)	0(0)	1(33,3)
Eleveur	0(0)	0(0)	1(16,7)	0(0)	3(50)	0(0)	1(16,7)	1(16,7)
Cultivateur	1(16,7)	1(16,7)	0(0)	0(0)	3(50)	0(0)	1(16,7)	0(0)
Autres	0(0)	0(0)	1(11,1)	0(0)	4(44,4)	0(0)	1(11,1)	3(33,3)

$P=0,05$. Il existe une relation significative entre l'occupation des patients et l'étiologie.

Tableau XXVI : Evolution des patients selon l'étiologie

Etiologie/Evolution	Fissure			Tumeur rectum	MH (N%)	Tumeur		Sans étiologies (N%)
	Fissure anale (N%)	anale+ MH (N%)	Gastrite (N%)			gastrique (N%)	Ulcère (N%)	
Arrêt hémorragie	1(50)	9(100)	3(100)	1(100)	26(86,7)	0(0)	3(60)	2(13,3)
Décès	1(50)	0(0)	0(0)	0(0)	2(6,7)	1(100)	2(40)	0(0)
Récidive	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(6,7)	0(0)	0(0)	2(13,3)
Perte de vue	0(0)T	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	11(73,3)

$P=0,08$. Il n'y a pas de relation significative entre l'évolution et les étiologies.

Tableau XXVII : Evolution par rapport au volume de sang émus

Evolution/Volume de sang émus	Arrêt hémorragie	Récidive hémorragie	Décès	Perdus
	(N%)	(N%)	(N%)	(N%)
Entre 100 et 300cc	19(43,3)	2(40)	2(40)	0(0)
Entre 301 et 500cc	20(45,5)	1(20)	0(0)	0(0)
Sup. à 500cc	5(11,4)	2(40)	3(60)	1(8,1)
Non quantifié	0(0)	0(0)	0(0)	11(91,7)

$P=0,83$. Il n'y a pas de relation significative entre l'évolution et le volume de sang émus.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte prospective réalisée dans le service de médecine interne de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao du 02 septembre 2024 au 31 Août 2025.

Nous avons colligé 66 malades sur 331 malades vus en consultation et/ou hospitalisés pendant la même période soit une prévalence de 19,9%. Ce résultat est sous-estimé, par la sous fréquentation de l'hôpital par les patients.

Cependant, cet effectif peut permettre de faire une analyse de cet accident évolutif qui constitue une urgence médico-chirurgicale.

Les hémorragies digestives hautes représentaient 3,6% des consultations et/ou hospitalisations pendant la période d'étude, ce résultat est nettement inférieur à ceux rapportés par MAIGA A [19], KOUMARE M [20] qui ont trouvé respectivement 9% et 5,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par une différence d'échantillonnage ; les hémorragies digestives basses représentaient 16,3% avec une prédominance de la maladie hémorroïdaire 12,1%. Ce résultat est nettement inférieur à celui rapporté par DOUMBIA K [21] qui est de 23,33%. Cette différence pourrait s'expliquer également par la différence d'échantillonnage. La maladie hémorroïdaire associée à la fissure anale représentaient 2,7%, ce résultat est nettement inférieur à ceux rapportés par Sangaré D [22], DOUMBIA K [21] qui étaient respectivement de 8,2% et 10%.

L'âge moyen de nos patients était de 38,39+/-14,4 ans qui est légèrement supérieur à celui retrouvé dans une étude effectuée dans notre pays par DOUMBIA K [21], nettement inférieure à une autre étude effectuée par MAIGA A [19], à Ouagadougou par SOMBIE R [23] et en côte d'ivoire par KONE A [9] qui étaient respectivement de 49,7ans ; 46,8+17,1ans et 49ans. Cependant un âge moyen de 63ans a été rapporté à Toulon, France par M. CAMUS [24]. Ceci pouvant s'expliquer par la pure jeunesse de la population en Afrique.

Le sexe masculin prédominait dans notre étude avec une prévalence de 68,2%. Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par KONATE A [25], SANGARE D [22] qui étaient respectivement de 82,4% et 83,5%.

Les ménagères (24,2%) et les cultivateurs (18,2%) étaient plus représentés.

Ces résultats s'expliquent par l'absence de surveillance médicale faisant que beaucoup de pathologies ne sont pas diagnostiquées à temps et l'automédication qui constitue un facteur d'aggravation dans leur contexte.

Dans notre étude la rectorragie a motivé la consultation dans la majorité des cas (78,8%).

Cette même constatation a été faite par SANGARE D (75,3%) [22]. Ce résultat est nettement supérieur à ceux rapportés par Doumbia K [21], EZHARI O [26] et CAMARA LS [27] qui étaient respectivement de 13,6% ; 32% et 23%. L'hématémèse était le principal motif pour les hémorragies digestives hautes avec une prévalence de 18,2% ce résultat est nettement inférieur à ceux rapportés par PATRICE EIB au GABON [28] ; MAIGA A [19] et KOUMARE M [20] au MALI qui étaient respectivement de 52% ; 54% et 92%.

L'antécédent d'épigastralgie était retrouvé chez 37,1% de nos patients, alors que MAIGA A [19] retrouvait 50,8%. Dans notre série la rectorragie, les vertiges, et la douleur abdominale étaient les signes fonctionnels les plus couramment notés soit respectivement 68,2% ; 34,8% et 24,2%. MAURICE YE [31] avait retrouvé l'épigastralgie, les vertiges et la douleur abdominale dans respectivement 66%, 57,1% et 46,4%. L'hépatomégalie, la pâleur, l'ictère et l'ascite étaient les signes physiques retrouvés dans respectivement 9,1%, 54,5%, 4,5% et 3% ; KEITA M [18], avait retrouvé l'ascite, la pâleur, l'ictère et l'hépatomégalie dans respectivement 5,2%, 73,1%, 6,4% et 2,6%.

Dans notre étude la constipation comme facteur de risque pour les hémorragies digestives basses était retrouvée dans 64,4% des cas. Cette fréquence est légèrement supérieure à celle retrouvée par Doumbia K [21], DIARRA M [29] qui étaient respectivement de 58,7% et 58,3%. La prise d'AINS pour les HDH était de 13,3% ce qui est nettement inférieur à celui rapporté par KEITA M [18] qui était de 53,9%.

L'endoscopie était réalisée entre 48 et 72h chez 75,5% des patients s'expliquant par le manque de moyens financiers du patient.

A l'admission, 48,5% de nos patients avaient un taux d'Hb inférieur à 7 g/dL, ce qui a nécessité une transfusion de sang iso-groupe iso-rhésus. Notre résultat est inférieur à celui de KONATE A [25] qui a trouvé un taux d'Hb inférieur à 7 g/dL chez 56% des patients.

La maladie hémorroïdaire isolée et la fissure anale associée à la maladie hémorroïdaire étaient les principales lésions endoscopiques pour l'HDB dans respectivement 35% ; 22,5% des cas. Ces résultats sont nettement inférieurs au taux de maladie hémorroïdaire isolée rapporté par SANGARE D (90,6%) [22], DOUMBIA K (82,9%) [21] et KPOSSOU AR [36] (35,9%) mais supérieure aux taux de fissure anale associée à la maladie hémorroïdaire retrouvée par SANGARE D [19] et DOUMBIA K [21] dans respectivement 8,2% et 10%.

Dans notre étude l'HDH liée à l'ulcère gastroduodénal était la plus fréquente avec 50% tandis qu'au cours de l'étude de DICKO MY [34], DOUMBERE M [35] l'ulcère gastroduodénal a représenté respectivement 28,3% et 30% des cas. 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.

La majorité de nos malades soit 81,8% hospitalisés avaient reçu au moins deux poches de sang. L'utilisation du sang total était liée à la non disponibilité constante du culot globulaire à la banque de sang.

La récurrence hémorragique a été constatée dans 6,1% des cas, inférieur à celle de l'étude de KEITA M [18] qui était de 17,9%.

La mortalité était de 7,6% dans notre étude. Cette mortalité est inférieure à celle rapportée par KEITA M [18] qui était de 12,8% mais légèrement supérieure à celle rapportée par Hagège [30] qui était de 5,1%.

CONCLUSION

L'HD de l'adulte est l'une des principales urgences digestives et demeure une cause importante de morbidité et de mortalité. L'âge jeune de nos patients et la prédominance du sexe masculin sont régulièrement rapportés dans notre contexte. La rectorragie et l'hématémèse étaient les principaux motifs de consultation. L'endoscopie digestive a été réalisée chez la plupart de nos patients. La maladie hémorroïdaire était l'étiologie la plus représentée pour les HDB et l'ulcère gastroduodénal était l'étiologie principale des HDH.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous recommandons :

➤ **Aux autorités**

- La mise à la disposition du personnel soignant un plateau technique endoscopique amélioré pour une meilleure prise en charge ;
- L'organisation des campagnes de sensibilisation sur les conséquences néfastes de prise d'AINS.

➤ **Aux personnels soignants**

- La pratique de l'endoscopie digestive dans les 12H-24H devant toute HD ;
- La prise en charge pluridisciplinaire aux services des urgences impliquant l'urgentiste, le réanimateur et le gastro-entérologue.

➤ **A la population**

- La consultation urgente devant tout cas de saignement (hématémèse, hématochésie) ;
- Eviction de l'automédication.

REFERENCES

1. Bagny A, Bouglouga O, Djibril MA, Mba KB, Redah D. Profil étiologique des hémorragies digestives hautes de l'adulte au CHU-Campus de Lomé (Togo). *J Afr Hépatol Gastroentérol*. 2012; 6(1): 38- 42.
2. Newman J, Fitzgerald JEF, Gupta S, von Roon AC, Sigurdsson HH, Allen-Mersh TG. Outcome predictors in acute surgical admissions for lower gastrointestinal bleeding. *Colorectal Dis*. 2012; 14(8):1020-1026.
3. Oakland K, Guy R, Uberoi R, Hogg R, Mortensen N, Murphy MF et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut*. 2018; 67(4): 654-662.
4. Lanas A, Garcia-Rodriguez LA, Polo-Tomas M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104(7): 1633-1641.
5. Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E, Bjornsson ES. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2013; 25(1): 37-43.
6. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol*. 1997; 92(3):419-424.
7. Collège des Enseignants d'Hépatogastro-Entérologie (CDHGE). Hépatogastro-entérologie. 2e éd. Paris: Elsevier [Internet]; 2025 [Cité du 4 déc 2025]. Disponible sur: Elsevier.com
8. Koné A, Okon A, Guessan N.N. Epidémiologie et facteurs pronostiques des hémorragies digestives hautes d'une étude prospective observationnelle multicentrique (côte d'ivoire). *J Afr Hepatol Gastroenterol*. 2015; 9(1) : 15-22.
9. Dicko MY, Doumbia K, Wife Samaké, Sow H, Wife Coulibaly, G Soumaré, MS Tounkara, H. Guindo, D. Katilé, et al. Acute Upper Digestive bleedings in hospital in Bamako. *Open J Of Gastroenterology*. 2018; 8(11): 387-393.
10. Lasserre N, Duval F, Pateron D. Les hémorragies digestives hautes, conduite à tenir aux urgences. Paris : *URGENCES 2009*. 2009 ; 98(6) : 959-68.
11. Delphine N.Z, Ouedraogo A, Traoré M, Ouattara: Epidemiological, clinical, Etiological and Evolutionary profil of patients Hospitalized for Upper Digestive Hemorrhage at the Sourô Sana University Hospital center (Bobo-Dioulasso). *Open J Of Gastroenterology*. 2025; 15(1): 11-18.

12. David ZJ, Chrysostalis A, Lefèvre J. Hémorragie digestive : diagnostiquer une hémorragie digestive, identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. Hépatologie gastro entérologie chirurgie viscérale. 7^e édition. Paris : Vernazobres-Grego; 2020 ; p. 552-566.
13. Cales P, Oberti F. Stratégie du traitement hémostatique des hémorragies par rupture de VO et gastrique. *Gastroenterol Clin Biol*. 1995; 19(1): 1-9.
14. Debette-Gratien M. Endoscopie digestive. In Pateron D, éd. prise en charge des hémorragies digestives. Paris: Monographies de la Société francophones de médecine d'urgence, Masson ; 2002. p. 36-56.
15. Raoul JL, Boutroux D, Bretagne JF, Ropert A, Siproudhis L, Gosselin M. Rectorragies abondantes. Enquête étiologique rétrospective dans une unité de soins intensifs. *Gastroenterol Clin Biol*. 1992; 16(2): 189-192.
16. Pardi DS, Loftus EV, Tremaine WJ, Sandborn WJ, Alexander GL, Balm RK, et al. Acute major gastrointestinal hemorrhage in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 1999; 49(2): 153-157.
17. Silvain C, Borderie C, Ripault MP, Beauchant M. Hémorragies digestives. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gastro entérologie, 9-006-10, 1998. p. 12
18. Keita M. Place des anti-inflammatoires (AINS) dans les hémorragies digestives au CHU Gabriel Touré de Bamako [Mémoire N°]. Bamako : USTTB ; 2022.
19. Maïga A. Les hémorragies digestives hautes : aspects épidémiologiques et cliniques en milieu hospitalier (Bamako) [Thèse N°23M445]. Bamako : USTTB ; 2023.
20. Koumaré M. Hémorragies digestives par rupture des varices œsophagiennes et valeur pronostique de la transfusion sanguine dans le CHU-GT de Bamako [Thèse N°19M88]. Bamako : USTTB ; 2019.
21. Doumbia K, Dicko MY, Sow H, Sanogo SD, Koumaré MG, Adéoti et al. Hemorrhoidal Disease: What Treatment Is Available at Gabriel Touré University Hospital (Bamako). *Open J Of Gastroenterology*. 2026; 16(1) :1-9.
22. Sangaré D, Konaté A, Souckho A, Kassambara Y, Tounkara M, Diarra M et al. La maladie hémorroïdaire interne au centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Toure de Bamako. *Mali medical*. 2023 ;38(1) : 46-48.
23. Sombié R, Tiendrébéogo, A. Guingané, A. Bougouma et al. Hémorragie digestive haute : aspects épidémiologiques et facteurs pronostiques au Burkina Faso. *J Afr Hepatol Gastroenterol*. 2015 ; 9(2) :63-68.
24. Camus M. Hémorragie digestive basse aiguë : diagnostic et traitement (France). FMC HGE POST'U. 2023 ;(3) : 165-171.
25. Konate A, Diarra MT, Souckho A, Katilé I, Soumaré G, Kallé A, et al. Hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes. *Mali Medical*. 2008 ;(3) : 32-35.

26. Ezhari O. Profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de la pathologie hémorroïdaire : Expérience du service de gastro-entérologie du CHU MED VI de Marrakech [Thèse N°111]. Marrakech : Université Cadi Ayyad ; 2020.
27. Camara, L.S. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du Csréf de la commune à Bamako. [Thèse N°13M238]. Bamako : USTTB ; 2013.
28. Pei Bignoumba , Ines Flore MM , Jean Batiste MK. Hemorragie digestive haute: aspects cliniques et prise en charge réelle à propos de 210 patients au centre hospitalier universitaire de Libreville, *Health Sci Dis*.2019 ;20(4) :1417.
29. Diarra M, Konaté A, Kaya AS, Kassambara Y, Tounkara M, Coulibaly HS, et al. Aspects étiologiques des rectorragies en milieu hospitalier urbain. *J Afr Hepato Gastroenterol*. 2014 ; 8(4): 174-175.
30. Hagège H, Lesgourgues B, Nouel O. OHDHAF (Observatoire Hémorragies Digestives Hautes en Afrique Francophone) : Méthodes et Résultats préliminaires d'une aventure africaine de l'ANGH. Actes du congrès ANGH ; 2010.
31. Maurice YE. Les hémorragies digestives : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs à l'Hôpital National de Bobo-Dioulasso [Thèse N°38]. Ouagadougou : Université de Ouagadougou ; 2002.
32. Chapelle N, Bardou M. Toxicité gastroduodénale des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens. EMC ; (Paris, Elsevier Masson) Gastroentérologie 2017, 12(3) : 1-10.
33. Rudler M. Encéphalopathie hépatique : Physiopathologie, diagnostic et prise en charge (France). FMC HGE POST'U 2025 ; p.435.
34. Dicko MY, Sanogo A ; Sangaré D, Diarra A, Malla O, Katilé D et al. Aspects épidémiologiques et pronostiques des hémorragies digestives hautes à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. *Mali Medical*. 2022 ; 37(1): 54-55.
35. Doumbéré M. Evaluation de la prise en charge des hémorragies digestives à Bamako. [Thèse N°09M520]. Bamako : USTTB ; 2009.
36. Kpossou AR, Sokpon CN, Amou FJ, Vignon RK, Séhonou J. Lower digestive hemorrhage in adults in cotonou from 2017 to 2022 : Epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects. *West Afr J Med*. 2023 ; 40(12) : S16.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Questionnaire

I-Identité du patient

Nom :

Adresse :

sexe :

Prénom :

Age :

Ethnie :

Profession :

II-Motif de consultation :

1-Hématémèse

2-Méléna

3- Rectorragie

6-Autres :

Quantité estimée : 100cc : ☐

300cc : ☐

500cc : ☐

1000cc : ☐

III- Antécédents et facteurs de risque : 1=Oui 2=Non

Médicaux :

Epigastralgie : ☐

Hépatopathie : ☐

Hémorragie digestive: ☐

Diabète : ☐

HTA : ☐

Prise d'AINS : ☐

Constipation: ☐

Tabac ☐

Alcool ☐

Toxicomanie IV ☐

Autres à Préciser : -----

Chirurgicaux :

Si oui préciser.....

IV-Examen Clinique à l'admission : 1 : OUI 2 : NON

1. Signes Fonctionnels :

Epigastralgie: ☐ Douleur abdominale: ☐ Vertiges : ☐
Rectorragie : ☐ Hématémèse : ☐

2. Signes physiques :

Hépatomégalie ☐ Ascite ☐
Ictère ☐ Pâleur ☐

3. Signes généraux :

Astérie : ☐ Amaigrissement : ☐ Hypotension : ☐
Conscience ☐

V-Examens para cliniques :

1. BIOLOGIE :

➤ **Hémogramme :**

Hb : ----- Ht : ----- : Plaquettes : -----

VGM : Globule blanc :

➤ **Transaminases :**

ASAT :

ALAT :

➤ TP: -----

➤ Créatininémie: -----

➤ Marqueurs viraux

Ag-HBs----- Acanti-HBc.....

Ac anti-VHC-----

2. MORPHOLOGIE :

2.1. Echographie abdominale : 1= (Normal) 2= (Anormal)

Foie : homogène ☐ hyperéchogène ☐ hétérogène ☐

Splénomégalie: 1: oui 2: non

Veine porte (VP) 1 : Dilaté ; 2 : Non Dilaté

Ascite : 1: Oui 2: Non:

2.2. Fibroscopie œsogastroduodénale: 1= (oui) 2= (non)

a. Délai :

< 48Heures----- entre 48H et 72H----- > 72H-----

b. VO/VCT:-----

c. Ulcère:----- Forrest : -----

d. Tumeur:-----

e. œsophagite:-----

f. Erosion gastroduodénal :

g. Gastrite érythémateuse :

h. EVA :

i. Autres : Préciser : -----

2.3. Coloscopie :

.....
.....
.....
.....

2.4. Ano-rectoscopie :

.....
.....
.....
.....

VI- Conduite à tenir :

Transfusion (1=oui 2=non) Sang total :

Antibiothérapie : -----

IPP : -----

Macromolécules : -----

Veinotoniques :

Solution isotonique : -----

Bétabloquant : -----

Traitement endoscopique : -----

VII- Evolution : 1=Oui 2=Non

Arrêt de l'hémorragie : ☐ ☐

Récidive : ☐ ☐

Décès : ☐ ☐

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : Mohamed

Adresse : Bamako/Mali

Tel : 00223 93 71 11 54

Email : re980800@gmail.com

Titre de thèse : Hémorragies digestives : Aspects épidémio-cliniques et endoscopiques à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao

Secteurs d'intérêt : Epidémiologique, clinique et endoscopique

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

RESUME

Introduction

Les hémorragies digestives constituent une urgence médico-chirurgicale fréquente et potentiellement grave. Elles sont de types HDH, dominées par les ulcères gastroduodénaux, de type intermédiaire ou d'origine grêlique et de types HDB, dominées par la maladie hémorroïdaire. L'objectif principal de cette étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des hémorragies digestives chez l'adulte dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Hangadoumbo Moulaye Touré de Gao.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective menée du 02 septembre 2024 au 31 août 2025. Ont été inclus tous les patients âgés de 16 ans et plus, hospitalisés ou vus en consultation pour une hémorragie digestive. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées avec le logiciel SPSS version 26.

Résultats

Notre étude a inclus 66 patients sur 331 reçus, soit une fréquence de 19,9%. Les hommes prédominaient (68,2%), l'âge moyen était de 38,39 $\pm$ 14 ans et la tranche 31-45 ans était la plus représentée (39,4%). La rectorragie était le principal motif de consultation (78,8%). La constipation était le facteur de risque le plus fréquent (43,9%). Biologiquement, une anémie sévère (Hb < 7g/dl) a été retrouvée chez 48,5% des patients. L'endoscopie a été réalisée chez 81,8% des patients. Les étiologies des hémorragies basses étaient dominées par la maladie hémorroïdaire (72,5%) et celles des hémorragies hautes par l'ulcère gastroduodénal (50%). L'évolution a été marquée par un arrêt spontané de l'hémorragie chez 69,7% des patients et une mortalité de 7,6%.

Conclusion

Les hémorragies digestives sont fréquentes à Gao, touchent principalement les hommes jeunes et sont dominées par la maladie hémorroïdaire et l'ulcère gastroduodéal. La mortalité reste significative, justifiant une amélioration du plateau technique endoscopique et une sensibilisation sur les facteurs de risque.

Mots-clés : Hémorragie digestive ; Endoscopie ; Épidémiologie ; Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !!