

Ministère de l'Education  
Nationale

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

**THESE**

**HÉMORRAGIE DIGESTIVE PAR RUPTURE DES  
VARICES OESOPHAGIENNES ET VALEUR  
PRONOSTIQUE DE LA TRANSFUSION  
SANGUINE DANS LE SERVICE D'HÉPATO-  
GASTRO-ENTÉROLOGIE DU  
CHU GABRIEL TOURÉ**

Présentée et soutenue publiquement le 14/02/2019 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par Mme Mariam G KOUMARE**

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

**Jury**

**Président :** Pr Moussa T DIARRA

**Membre:** Pr Broulaye SAMAKE

**Co-directrice:** Dr Kadiatou DOUMBIA

**Directeur:** Pr Anselme KONATE

## **DEDICACES**

### **A Allah Soubahana Wata Allah, le tout puissant, le miséricordieux**

Je dédie ce travail :

#### **A mon père : Nango KOUMARÉ,**

Tu as toujours su guider nos pas avec rigueur et amour ; sans tes efforts nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Ton soutien sans cesse, ta volonté de nous voir réussir, ton amour pour le travail bien fait font de toi un père exemplaire. Qu'Allah le miséricordieux t'accorde une longue vie et une bonne santé.

#### **A ma mère : Chata DIALLO,**

Les formulations me manquent pour t'exprimer mes sentiments. Tu t'es totalement investie pour notre réussite. Ce travail est le fruit de tes nombreux sacrifices. Jamais, je ne saurai te rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Tu as toute ma reconnaissance et ma gratitude. Qu'Allah le tout puissant t'accorde une longue vie, une bonne santé, la prospérité et la joie de vivre.

#### **A mon époux Benogo FOFANA,**

Ce travail est le tien. Merci beaucoup pour ton soutien, ta compréhension et ta disponibilité. Que Dieu nous garde unis pour toujours.

#### **A ma fille adorée Hawa K SISSOKO,**

Ta présence m'a toujours donné la force et le courage d'avancer. Que Dieu t'accorde longévité, santé et bonheur.

**A mes frères et sœurs Boubacar G KOUMARE, Seydou D KOUMARE, Youssouf KOUMARE, Issiaka M KOUMARE, N'gnia Aminata KOUMARE, Fatoumata N KOUMARE, Magnine N KOUMARE**

Restons unis et solidaires à jamais pour consolider nos liens de fraternité et d'amour.

Spécial dédicace à mon frère aîné **Adama K KOUMARÉ** et à son épouse **Nassoum BOLLY**.

Merci pour votre soutien et votre solidarité. Que le Bon Dieu vous donne longue vie et vous assiste dans tout ce que vous faites.

## REMERCIEMENTS

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie, merci pour la qualité de la formation que vous nous avez donnée et que vous continuez de donner.

Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maîtres **Pr Moussa Y Maïga, Pr Moussa Diarra, Pr Anselme Konaté, Dr Doumbia Kadiatou Epouse Samaké, Dr Sow Hourouma Epouse Coulibaly, Dr Sanogo Deborah Epouse Sidibé, Dr Moussa Dicko et Dr Makan siré Tounkara.**

A tout le personnel du service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré merci pour votre franche collaboration.

A tous mes aînés et particulièrement **Dr Kalifa TOGOLA**, merci pour tout l'enseignement reçu.

A mes autres collègues thésards du service **Césalpin Allah Rasème, Aboubacar Simpara, Soungou Boré**, merci pour la bonne collaboration.

A toute la 9<sup>è</sup> promotion du numerus clausus, merci pour le soutien inconditionnel.

Mes vibrants hommages à notre responsable de classe **feu Bamory KONÉ** pour tout l'effort qu'il a fourni pour notre promotion que ton âme repose en paix.

Mes sincères remerciements aux familles **KOUMARÉ** et **DIALLO** à Sikasso, **FOFANA** à Sikasso, Abidjanet Sévaré, **MARIKO** à Bamako et Bougouni.

A tous(tes) mes ami(e)s et camarades qui m'ont soutenue tout au long de ce cycle notamment **KadyTanapo, Fatoumata Bintou Sylla, Awa Eva Doumbia, Fatoumata Mah Diallo, Idrissa Traoré, Nouhoum Coulibaly, Fakourou Sidibé, Ingrid Koumba et Adama Sangaré.**

**A notre maître et président de jury**

**Pr DIARRA Moussa T**

- **Professeur titulaire en Hépatogastro-Entérologie à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel Touré**
- **Secrétaire général de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)**
- **Enseignant-Chercheur**

**Cher maître,**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre grande disponibilité, votre humilité, l'étendue de vos connaissances et votre rigueur scientifique forcent notre admiration.

Veillez croire en l'expression de notre profonde gratitude et de notre grande considération.

**A notre maître et juge**

**Pr SAMAKE Broulaye M**

- **Spécialiste en anesthésie-réanimation**
- **Maitre de conférences agrégé à la FMOS**
- **Chef du service d'anesthésie du CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société Malienne d'Anesthésie et de Médecine d'Urgence(SARMU)**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation(SFAR)**
- **Membre du Burkina médical**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**

**Cher maître,**

Vous nous faites un privilège et un énorme plaisir en acceptant de juger ce travail.

Rigoureux, vous exigez toujours le meilleur de vos élèves en faisant preuve d'une grande disponibilité.

Permettez-nous cher maitre de vous exprimer ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et co-directrice de thèse**

**Dr DOUMBIA Kadiatou épouse SAMAKE**

- **Maître assistante en Hépatogastro-Entérologie à la FMOS**
- **Praticienne hospitalière au CHU-Gabriel Touré**
- **Ancienne interne des hôpitaux**
- **Trésorière adjointe de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)**

**Cher maître,**

Votre amabilité, votre constante disponibilité, votre gentillesse et votre sens social élevé forcent l'admiration de tous.

Plus qu'un maître vous êtes pour nous une mère.

Vous restez un exemple de bonté et de gaieté.

Trouvez ici le témoignage de notre estime et de toute notre reconnaissance.

**A notre maître et directeur de thèse**

**Pr KONATE Anselme**

- **Maitre de conférences agrégé en Hépato-Gastro-Entérologie**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de l'association SOS hépatite**
- **Secrétaire à l'organisation de la Société Malienne des Maladies l'Appareil Digestif(SOMMAD)**
- **Enseignant-chercheur**

**Cher maître,**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Clinicien et enseignant de renommé vous êtes pour nous une véritable bibliothèque vivante.

Les mots nous manquent pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Puisse le Seigneur vous donner santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de vos immenses connaissances.



## **ABREVIATIONS**

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CVC** : circulation veineuse collatérale

**FOGD** : fibroscopie œsogastroduodénale

**FC** : fréquence cardiaque

**FR** : fréquence respiratoire

**GOV** : varices gastroœsophagiennes

**g/dl** : gramme par décilitre

**Hb**: hémoglobine

**Hte** : hématocrite

**HTA** : hypertension artérielle

**IDM** : infarctus du myocarde

**IHC** : insuffisance hépatocellulaire

**IVG** : varices intragastriques

**IV** : intraveineuse

**Kpa**: kilo pascal

**VO** : varices œsophagiennes

**IRA** : recherche d'agglutinine irrégulière

**TA** : tension artérielle

**TCK**: temps de céphaline kaolin

**TIPS**: transjugular intra hepatic porto systemic shunt

**TP** : taux de prothrombine

**CHC** : carcinome hépatocellulaire

**VHB** : virus de l'hépatite B

**VHC** : virus de l'hépatite C

## SOMMAIRE

I-Introduction.....	1
II-Objectifs.....	2
III-Généralités sur les hémorragies digestives .....	3
3.1 Introduction.....	3
3.2 Mode de révélation clinique.....	3
3.3 Evaluation de la gravité de l'hémorragie.....	4
3.4 Mesures de réanimation.....	4
3.5 Causes de l'hypertension portale.....	6
3.6 Facteurs de risque.....	6
3.7 Traitement.....	7
IV-Méthodologie.....	12
V-Résultats.....	15
VI-Commentaires et discussion.....	26
VII-Conclusion et recommandations.....	29
VIII-Bibliographie.....	31
IX-ANNEXES.....	34

## I. INTRODUCTION

L'hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes (VO) est une complication fréquente et sévère de la cirrhose, survenant chez 30 à 40 % des malades atteints de cette affection. Elle représente par ailleurs la deuxième cause de mortalité chez ces patients [1].

Malgré une amélioration de la prise en charge depuis plus de 20 ans, la mortalité à six semaines d'un épisode de rupture de varices œsophagiennes reste élevée, entre 15% et 35% sur une cirrhose sévère Child-Pugh C [2, 3, 4].

En France son incidence est de l'ordre de 20%. [5]

En Afrique, le taux de mortalité a été rapporté à 25% au Togo [6], à 42,1% à Ouagadougou [7] et à 50% à Madagascar [8].

Au Mali, dans une étude les hémorragies digestives par rupture de VO ont représenté 2,5% des hospitalisations avec une mortalité à 48% [8]. Une autre étude a rapporté une fréquence de 14% d'hémorragie digestive par rupture de VO chez les cirrhotiques avec une mortalité de 27,3% [10]. Ces taux de mortalité ont été rapportés incidemment et les facteurs associés n'y étaient pas étudiés. Devant la fréquence de cet accident évolutif de la cirrhose, nous avons jugé utile d'analyser les facteurs pouvant influencer son pronostic.

## **II.OBJECTIFS**

- **Objectif général**

- Etudier les hémorragies digestives par rupture des varices œsophagiennes chez le cirrhotique dans le service d'Hépatologie-Gastro-Entérologie du CHU Gabriel Touré

- **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des hémorragies digestives par rupture de VO,
- Evaluer la mortalité liée à la rupture de varices œsophagiennes,
- Décrire les facteurs associés à cette mortalité,
- Déterminer l'impact de la transfusion sur la mortalité chez les patients.

### **III.GENERALITES SUR LES HEMORRAGIES DIGESTIVES**

#### **3.1. Introduction :**

L'hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes est la conséquence d'une augmentation de la pression dans le territoire porte, elle-même secondaire à un obstacle à l'écoulement du sang soit par bloc intra-hépatique, soit par bloc intra-hépatique, soit par bloc sus-hépatique.

Il s'ensuit des dérivations porto-systémiques dont une des plus fréquentes, draine le sang de la veine porte dans la veine cave supérieure via les veines du bas œsophage et de la veine azygos. L'augmentation du débit dans les veines œsophagiennes aboutit à la formation des varices œsophagiennes. Une augmentation de la pression dans ces varices entraîne leur rupture [11].

Les critères endoscopiques qui attribuent une hémorragie digestive à la rupture des varices œsophagiennes sont : saignement en jet, saignement en nappe, présence d'un clou plaquettaire, stigmate de saignement associé à la présence de sang dans l'estomac sans autres causes de saignement.

#### **3.2. Mode de Révélation Clinique**

Les hémorragies digestives par rupture de VO peuvent se manifester sous différentes formes le plus souvent associées.

**3.2.1. L'hématémèse :** 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 [12].

**3.2.2. Le méléna :** est l'extériorisation de sang par l'anus avec un aspect de selles noires, poisseuses, malodorantes, d'aspect comparable au goudron frais [13].

**3.2.3. La rectorragie ou hématochésie :** Les hémorragies digestives hautes abondantes peuvent s'extérioriser sous forme de sang rouge après accélération du transit.

**3.2.4. L'hémorragie aiguë non extériorisée :** 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.

### **3.3. Evaluation de la gravité de l'hémorragie [11.12.13]**

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.

#### **3.3.1. 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'autre 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.

#### **3.3.2. 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, polypnée, oligurie et trouble de la conscience.

#### **3.3.3. 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.

### **3.4. Mesures de réanimation**

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale, les mesures de réanimation consistent à faire :

- Des prélèvements : NFS, plaquettes, TP-TCK, groupe sanguin-Rhésus, RAI, la créatininémie ;
- La mise en place de deux voies veineuses périphériques de bon calibre ;
- Une oxygénothérapie nasale si possible ;
- Un remplissage par des solutés macromoléculaires, en attendant les culots iso groupe iso-Rhésus ;
- Une transfusion selon le retentissement hémodynamique, en cas d'hémorragie digestive par rupture de VO chez les malades cirrhotiques, il faut être prudent avec les transfusions. Il faut transfuser pour maintenir un taux d'Hte au-dessus de 30%. Le remplissage vasculaire doit éviter deux situations : être excessif et augmenter la pression portale ou être insuffisant et favoriser une insuffisance rénale fonctionnelle [2,13].
- La surveillance doit être de rigueur : les constantes cliniques (FC, TA, FR, conscience, la diurèse), les constantes biologiques (Hte, créatininémie) et les besoins transfusionnels. Le rythme de la surveillance est fonction de la gravité de l'hémorragie.

### **3.5. Les causes de l'hypertension portale**

L'hypertension portale est définie par une élévation de la pression portale au-dessus de 2 kPa (10 mmHg) ou, mieux, par une élévation de la différence des pressions portale et cave au-dessus de 0,7 kPa (5 mm Hg).

L'élévation de la pression portale est due à des obstacles anatomiques siégeant sur la veine porte (bloc infra-hépatique), ou dans le foie (bloc intrahépatique), ou sur les veines sus-hépatiques (bloc supra hépatique) [14].

### **3.5.1. Les blocs infra hépatiques :**

Ils peuvent être dus à des compressions extrinsèques, des invasions néoplasiques luminales, ou des thromboses de la veine porte.

### **3.5.2. Les blocs intrahépatiques :**

Les blocs intrahépatiques sont dus le plus souvent à une cirrhose. Les autres causes de bloc intrahépatique sont :

- La fibrose hépatique congénitale ;
- La schistosomose hépatique;
- La sclérose hépato porte;
- L'hyperplasie nodulaire régénérative ;
- La Cholangite biliaire primitive et secondaire ;
- Les hémopathies malignes surtout la splénomégalie myéloïde.

### **3.5.3. Les blocs supra-hépatiques :**

Les blocs supra hépatiques sont représentés par des obstructions des veines centrolobulaires (maladie veino-occlusive) ou des gros troncs veineux sus-hépatiques (syndrome Budd-Chiari).

### **3.6. Les facteurs de risque de survenue d'une hémorragie digestive [4]**

- Le gradient de la pression sus hépatique supérieur à 12 mm Hg ;
- La taille des VO > 5mm ;
- La cause de l'hépatopathie sous-jacente ;
- L'augmentation de la pression à l'intérieur même de la veine ;
- L'élévation du débit sanguin dans les varices, susceptible d'entraîner des lésions mécaniques de la paroi ;
- La présence des signes rouges.



## **2.7. Traitement [2, 3, 12, 13, 15]**

Le traitement d'une hémorragie digestive par rupture de VO est une urgence thérapeutique. Le malade doit être admis en secteur de soins intensifs spécialisé et un traitement vasoactif doit être instauré sans délai voire en pré hospitalier. La réanimation précoce du malade comporte :

- La correction des troubles hydro électrolytiques ;
- Le maintien d'un état hémodynamique stable;
- La transfusion de culots globulaires en fonction des pertes sanguines ;
- La mise en place d'une sonde nasale d'oxygénation et la surveillance continue sous scope.

### **3.7.1. Mesures non spécifiques**

La restitution du volume sanguin pour maintenir une perfusion tissulaire et une stabilité hémodynamique reste la première étape de la prise en charge d'une hémorragie digestive.

Les objectifs transfusionnels ne doivent pas dépasser un taux d'hémoglobine de 7 à 8 g/dl en dehors de la présence de co-morbidités cardiovasculaires qui peuvent justifier un support transfusionnel plus important.

L'antibiothérapie prophylactique fait partie intégrante de la prise en charge et doit être instaurée dès l'admission. La Ceftriaxone (1 g/24 h IV) est conseillée chez le patient avec une cirrhose avancée hospitalisé en structure de soins avec une forte prévalence de bactéries résistantes aux quinolones ou chez les patients qui ont déjà reçu des quinolones.

L'introduction du lactulose et de la rifaximine 200 mg intervient en cas de survenu d'un épisode d'encéphalopathie hépatique.

### 2.7.2. Mesures spécifiques

- **Les médicaments vasopresseurs (vasoactifs)**

Un traitement vasoactif par somatostatine, terlipressine ou octreotide doit être débuté le plus rapidement possible en cas de suspicion d'hémorragie digestive par rupture de VO. Ce traitement est poursuivi pendant 5 jours.

- **Terlipressine**

Bolus initial IV : 1mg (<50kg), 1,5mg (50-70kg) ou 2mg (>70kg) suivi par une pompe à seringue IV de 6mg/24h pendant 5 jours OÙ

Bolus initial IV : 1mg (<50kg), 1,5mg (50-70kg) ou 2mg (>70kg) suivi par 1 à 2mg/4h jusqu'à 48h, après 1mg/j jusqu'à 5 jours

Les contre-indications sont [13] :

- Insuffisance coronarienne ;
- Antécédent d'infarctus du myocarde (IDM) ;
- Trouble du rythme cardiaque ;
- HTA non contrôlée ;
- Le choc septique ;
- La grossesse.

Les effets secondaires sont :

- Insuffisance coronarienne ;
- Les poussées hypertensives ;
- La bradycardie ;
- Hyponatrémie.

- **Somatostatine**

Pompe à seringue IV 6mg/24h suivie par bolus IV 250µg

(Si l'hémorragie est active pendant l'endoscopie répéter le bolus 3 x 250 µg < 1h, pompe à seringue IV de 12mg/24h).

Après 6mg/24h jusqu'à 5 jours

- **La ligature ou la sclérose endoscopique**

La ligature est le traitement endoscopique de référence en cas de rupture de VO. Un traitement par injection de colle biologique est recommandé en cas d'hémorragie par rupture de varice intra gastrique ou varices gastro-œsophagiennes de type 2.

Un traitement par ligature ou injection de colle peut être réalisé en cas de rupture de varices [3].

La sclérose se complique dans 10 à 20% des cas de :

- Ulcères hémorragiques du bas œsophage ;
  - Sténose œsophagienne ;
  - Pneumopathies ou épanchements pleuraux ;
  - Bactériémies et de septicémie [13].
- Les anastomoses porto-caves (diminuent la pression dans le système porte). Il existe deux techniques :
    - L'anastomose porto-cave radiologique (TIPS)
    - Anastomose porto-cave chirurgicale.

La réalisation d'un TIPS « préemptif » (prothèse couverte) dans les 72 heures et idéalement dans les 24 heures doit être envisagée chez les patients pris en charge pour une hémorragie par rupture de VO, GOV 1 ou GOV 2 à haut risque de récurrence. Cela concerne les patients Child-Pugh C (< C14) et Child-Pugh B avec un saignement actif à l'endoscopie avant le geste d'hémostase alors même que le patient est traité par vasoactifs [3].

- La sonde de tamponnement ; doit être utilisée uniquement de manière temporaire (24 heures maximum) en cas d'hémorragie réfractaire et dans l'attente d'un autre traitement radical (TIPS).
- La prothèse œsophagienne métallique couverte ; est une alternative intéressante à la sonde de tamponnement.

### 2.7.3. La prévention

- **La prévention primaire [3]**

Selon les recommandations du Baveno VI, Il n'existe aucune indication à introduire un traitement par B-bloquant en prévention de la formation des VO ou gastriques, par contre une prévention peut ou doit être appliquée en cas de varices.

**Tableau I. Rythme de surveillance du dépistage des VO**

	Facteur étiologique	Rythme de surveillance endoscopique
Maladie compensée Pas de VO	Contrôlé Pas de comorbidité	3 ans
	Non contrôlé	2 ans
Maladie compensée Petite VO	Contrôlé Pas de comorbidité	2 ans
	Non contrôlé	1 an

**Tableau II. Recommandations pour la prévention primaire**

Endoscopie	Traitement
Pas de VO	Traitement étiologique Pas de $\beta$ -bloquant
VO de petite taille Sans signe rouge	Traitement étiologique Peuvent être traités par $\beta$ -bloquant
VO de petite taille Avec signe rouge Ou Child-Pugh C	Traitement étiologique Peuvent être traités par $\beta$ -bloquant
VO de grande taille	Traitement étiologique $\beta$ -bloquant ou ligature
Varices gastriques (IGV1/GOV2)	Traitement étiologique $\beta$ -bloquant / <i>encollage endoscopique</i>

### •**Laprévention secondaire [2, 3,15]**

La prévention secondaire repose sur un traitement qui associe B-bloquant non Cardioselectif et ligature des VO. Le traitement par B-bloquant doit être initié en relais du traitement vasoactif. Un traitement par ligature est proposé seul en cas de contre-indication au traitement par B-bloquant.

Le traitement par B-bloquant est utilisé en monothérapie chez les patients ne pouvant pas ou n'acceptant pas un traitement endoscopique par ligature.

En cas de récurrence malgré un traitement bien conduit par b-bloquant et ligature des VO, la mise en place d'un TIPS doit être discutée.

Le bénéfice de l'utilisation des B-bloquants non cardioselectifs chez les patients porteurs d'une cirrhose décompensée (ascite réfractaire, infection spontanée du liquide d'ascite...) est actuellement discuté [3].

## **IV. Méthodologie**

### **1. Cadre de l'étude**

#### **1.1. Lieu d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU Gabriel Touré.

#### **1.2. Situation Géographique**

Le CHU Gabriel Touré, ancien dispensaire central de Bamako, a été baptisé le 17 janvier 1959. Il est situé au centre de Bamako en commune III avec, à l'Est le quartier Médine, à l'Ouest l'Ecole Nationale d'Ingénieurs, au Nord la garnison de l'état-major de l'armée de terre et de la gendarmerie, au Sud le grand marché de Bamako.

#### **1.3. Organisation**

Le CHU Gabriel Touré est organisé en sept départements comprenant vingt-six services parmi lesquels le service d'Hépatogastro-Entérologie.

Dans le service d'Hépatogastro-Entérologie, il existe une unité d'hospitalisation conventionnelle de trente et trois lits et une unité de consultation externe. Il est actuellement dirigé par un professeur titulaire d'Hépatogastro-Entérologie assisté par deux autres professeurs d'Hépatogastro-Entérologie, et deux maitres-assistants.

Les soins sont sous la responsabilité d'une assistance médicale qui est le major du service assisté par cinq infirmiers d'états et six manœuvres.

### **2. Type**

Il s'agissait d'une étude prospective.

### **3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée de juin 2016 à mai 2017 puis de novembre 2017 à Aout 2018.

### **4. Population d'étude**

L'étude a porté sur les malades admis dans le service pour hémorragie digestive.

## **5. Critères d'inclusion : ont été inclus**

- Tous les malades cirrhotiques admis dans le service, durant la période d'étude pour hémorragie digestive par rupture de VO, retenue sur les arguments suivants:

- Saignement actif de varices ;
- Caillot sur la varice ;
- Muqueuse suintante en présence de varice
- Varices sans stigmate de saignement, associé à la présence de sang dans l'estomac sans autre cause de saignement retenue.

## **6. Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus**

- Les malades ayant une hémorragie digestive non liée à une rupture de VO
- Les malades ayant une hémorragie digestive non explorée par l'endoscopie digestive.

## **7. Méthodes d'étude**

**7.1. Déroulement :** Tous les patients colligés ont bénéficié d'un examen clinique complet

### **7.1.1. Examen Clinique**

- L'interrogatoire a permis de rechercher:
  - Le délai entre l'hémorragie digestive et la consultation ;
  - Apprécier l'abondance relative ;
  - Le nombre d'épisodes hémorragiques ;
  - La présence d'un facteur de risque : médicaments, alcool, tabac, exposition au sang (transfusion, tatouage) ;
  - Un épisode antérieur de rupture de VO,
  - Les antécédents : ictère, hématomèse, méléna, rectorragie (hématochésie) et toute autre pathologie connue.
- L'examen physique a apprécié :

- Le retentissement de l'hémorragie : chute de la pression artérielle (PA), le pouls accéléré, la fréquence respiratoire élevée, trouble de la conscience ;
- Une rectorragie ou un méléna ;
- L'état des muqueuses ;
- Les signes d'une hépatopathie chronique à savoir : ascite, ictère, hépatomégalie, splénomégalie, circulation veineuse collatérale abdominale (CVC), autres signes d'insuffisance hépatocellulaire.

### **7.1.2. Examens paracliniques**

- Les examens biologiques : qui ont comporté
  - Le taux d'hémoglobine ;
  - Le taux d'hématocrite ;
  - La créatininémie ;

Pour évaluer un retentissement hémodynamique de l'hémorragie :

- Le taux de prothrombine (TP), bilirubinémie totale et électrophorèse des protides pour évaluer la fonction hépatocellulaire par le score de Child Pugh afin de déterminer la gravité de la cirrhose.
- Le dosage de l'Alfafoetoprotéine à la recherche de carcinome hépatocellulaire.
- Les examens morphologiques
  - La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) pour rattacher l'hémorragie à la rupture de (VO) en cherchant des stigmates de saignement ;
  - L'échographie abdominale pour rechercher les signes d'hypertension portale (HTP) et apprécier la morphologie hépatique.

### **7.1.3. Critères de transfusion**

Une transfusion était indiquée si :

- Intolérance clinique ;
- Pression artérielle systolique inférieure ou égale à 90 mm Hg ;
- Un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl ;
- Un pouls supérieur ou égal à 100 pulsations/minute.



## **7.2. Matériel :**

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et au chevet des malades, portées sur une fiche d'enquête.

## **7.3. Support :**

Toutes les données ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées sur Epi info version 6.04. Le test de Khi2 a été utilisé pour comparer les résultats qui étaient significatifs pour une probabilité  $P < 0,05$ .

**7.4. Variables étudiées :** le sexe, l'âge, l'occupation, le délai entre l'hémorragie digestive et l'hospitalisation, les antécédents, les signes physiques à l'admission, les signes biologiques à l'admission, le score de Child Pugh, le délai entre l'hémorragie et l'endoscopie ; les signes associés aux vo, cause d'HTP, type de sang transfusé, le nombre de poches transfusé, la ligature de vo, l'évolution, les circonstances de décès, durée de séjour, le statut de transfusion

## V.RESULTATS

Au terme de notre étude, 77 patients ont répondu à nos critères d'inclusion sur 1396 malades hospitalisés pendant la même période d'étude soit une fréquence de 5,5%.

### 5.1. Données sociodémographiques

#### 5.1.1 L'âge

**Tableau III** : Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âges	Effectif	Pourcentage(%)
20-30	12	15,6
<b>31-40</b>	<b>19</b>	<b>24,7</b>
<b>41-50</b>	<b>19</b>	<b>24,7</b>
51-60	12	15,6
61-70	11	14,2
71-80	2	2,6
81 et plus	2	2,6
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

L'âge moyen était de  $46,58 \pm 15,09$  ans avec des extrêmes de 21 et de 86 ans.

Le tranche d'âge 31-50 ans était plus représentée avec 24,7% des cas.

#### 5.1.2 Le sexe

**Tableau IV** : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage(%)
Masculin	52	67,5
Féminin	25	32,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Le sex ratio était de 1,92.

Le sexe masculin était prédominant avec 67,5% des cas.

### 5.1.3 L'occupation

**Tableau V** : Répartition des patients selon l'occupation

<b>Occupation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Femme au foyer</b>	<b>24</b>	<b>31,2</b>
<b>Cultivateur</b>	<b>17</b>	<b>22,1</b>
Ouvriers	14	18,2
Commerçant	9	11,6
Fonctionnaire	6	7,8
Scolaire	2	2,6
Autres *	5	6,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

\* Marabout=1 ; tailleur=2 ; soudeur=1 ; Gardien=1

Les femmes au foyer, les cultivateurs étaient prédominants dans notre échantillon.

### 5.1.4 Le motif d'hospitalisation

**Tableau VI** : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation

<b>Motif d'hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Hématémèse	46	59,7
Hématémèse+rectorragie	9	11,7
Hématémèse+méléna	7	9,1
Hématémèse+ictère	3	3,9
Hématémèse+trouble de conscience	2	2,6
Rectorragie	2	2,6
Méléna	2	2,6
Hématémèse+CHC	2	2,6
Méléna+trouble de conscience	2	2,6
Hématémèse+douleur abdominale	1	1,3
Hématémèse+méléna+trouble de la conscience	1	1,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

---

L'hématémèse était le principal motif d'hospitalisation.

### 5.1.5 Délai entre le début de l'hémorragie et l'hospitalisation

**Tableau VII :** Répartition des patients selon le délai entre l'hémorragie et l'hospitalisation (en heure)

<b>Délai entre Hémorragie et hospitalisation (Heure)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>1-6 H</b>	<b>20</b>	<b>25,9</b>
<b>7-12 H</b>	<b>17</b>	<b>22,1</b>
<b>13-24 H</b>	<b>19</b>	<b>24,7</b>
25-48 H	6	7,8
49-72 H	10	13
>72 H	5	6,5
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Les patients étaient hospitalisés dans 72,7% des cas dans les 24 heures qui ont suivi l'hémorragie

### 5.2 Les antécédents

**Tableau VIII :** Répartition des patients selon les antécédents

<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Ictère</b>	<b>24</b>	<b>26,4</b>
<b>Hématémèse non explorée</b>	<b>21</b>	<b>23,1</b>
<b>Méléna</b>	<b>20</b>	<b>22</b>
Bilharziose	9	9,9
HTA	7	7,7
Diabète	2	2,2
Rectorragie	2	2,2
autres*	6	6,5

Drépanocytose=1; Hypertyroïdie=1 ; Asthme=1 ; Cécité=1 ; Poliomyélite=1 ; Tuberculose pulmonaire=1

L'ictère, l'hématémèse non explorée et le méléna étaient les principaux antécédents dans 71,5% des cas

### 5.3. Les signes physiques à l'admission

**Tableau IX** : Répartition des patients selon les signes physiques à l'admission

Signes physiques à l'admission	Effectif N=77	Pourcentage(%)
<b>Pâleur</b>	<b>48</b>	<b>63,2</b>
<b>Ascite</b>	<b>45</b>	<b>58,4</b>
Hypotension	33	42,8
Hépatomégalie	21	27,27
Splénomégalie	17	22,1
CVC	13	17,1
Trouble de la conscience	11	14,3

La pâleur et l'ascite étaient les principaux signes physiques à l'admission.

## 5.4 Signes biologiques à l'admission

**Tableau X** : Répartition des patients selon les signes biologiques à l'admission

Signes biologiques		Effectif	Pourcentage(%)
Taux Hémoglobine (g/dl) n=77	<7	<b>39</b>	<b>50,6</b>
	7-9	15	19,5
	10-12	17	22,1
Taux Hématocrites(%) (n=77)	>12	6	7,8
	<21	<b>37</b>	<b>48,1</b>
	21-35	33	42,8
Taux Prothrombine(%) (n=62)	>35	7	9,1
	<40	8	12,9
	40-50	14	22,6
Créatininémie (n=69)	>50	<b>40</b>	<b>64,5</b>
	>120 µmol/l	19	27,5
	<120 µmol/l	<b>50</b>	<b>72,5</b>
Bilirubinémie (µmol/l)(n=26)	<35	<b>15</b>	<b>57,7</b>
	35-50	3	11,5
	>50	8	30,8
Albuminémie(g/l) (n=19)	>35g/l	5	26,3
	28-35g/l	6	31,6
	<28g/l	<b>8</b>	<b>42,1</b>

Dans 50,6% des cas le taux d'hémoglobine était inférieur à 7g/l

Dans 12,9% des cas le taux de prothrombine était inférieur à 40%

Une hypoalbuminémie <28g/l était observée dans 42,1% des cas

Une hyper créatininémie était observée dans 27,5% des cas.

## 5.5 Classification de Child Pugh

**Tableau XI** : Score de Child Pugh

Child Pugh	Effectif	Pourcentage (%)
Stade A	17	22,1
Stade B	<b>36</b>	<b>46,7</b>
Stade C	<b>24</b>	<b>31,2</b>
Total	77	100

La cirrhose était décompensée à sévère dans 77,9% des cas.

## 5.6 Les résultats endoscopiques

### 5.6.1 Délai entre l'hémorragie et l'endoscopie

**Tableau XII** : Répartition des patients selon le délai entre l'hémorragie et l'endoscopie (en heure)

Délai entre Hémorragie et endoscopie (Heure)	Effectif	Pourcentage(%)
<b>&lt;24 H</b>	<b>19</b>	<b>24,7</b>
24-48 H	26	33,8
49-72 H	6	7,7
>72 H	26	33,8
Total	77	100

L'endoscopie n'a été réalisée que chez 24,7% des patients dans les 24 premières heures



### 5.6.2 Présence de signes associés aux VO

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon les signes associés aux VO

Signes associés aux VO	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Gastropathie HTP</b>	<b>31</b>	<b>48,1</b>
Ulcère gastrique	7	9,1
Erosion	1	1,3

La gastropathie d'HTP était associée aux VO dans 48,1% des cas.

### 5.7 Causes d'HTP

La cirrhose était la principale cause d'HTP compliquée de CHC dans 27,3% des cas.

### 5.8 Transfusion

Une transfusion sanguine a été faite chez 47 patients (61%).

**Tableau XIV** : Répartition des patients selon le type de sang transfusé

Type de sang transfusé	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Sang total</b>	<b>39</b>	<b>83</b>
Sang total+culot globulaire	5	10,6
Culot globulaire	3	6,4
Total	47	100

Le sang total a été transfusé dans 83% des cas.

**Tableau XV : Répartition des patients selon le nombre de poche de sang transfusé**

Nombre de poches	Effectif	Pourcentage(%)
<b>1-3</b>	<b>27</b>	<b>57,4</b>
4-6	18	38,3
>6	2	4,3
Total	47	100

La majorité des patients avaient reçu au plus 3 poches de sang. La moyenne de poches de sang transfusées a été de  $3,18 \pm 2,2$ .

#### **4.8.1 La ligature**

Une ligature de VO a été faite chez 17 de nos patients soit 22,1%.

### **5.9 Evolution**

**Tableau XVI : Répartition des patients selon l'évolution**

Evolution	Effectif	Pourcentage(%)
Arrêt définitif de l'hémorragie	53	68,8
Récidive précoce de l'hémorragie	6	7,8
Décédé	18	23,4

Le taux de mortalité était de 23,4%

**Tableau XVII : Répartition des patients selon les circonstances de décès**

Circonstance de décès	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Encéphalopathie hépatique</b>	<b>13</b>	<b>72,2</b>
Choc hémorragique	5	27,8
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

L'encéphalopathie hépatique était la principale cause de décès

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée du séjour**

Durée séjour (jours)	Effectif	Pourcentage(%)
1-5	8	44,4
6-10	7	38,9
>10	3	16,7
Total	18	100

La durée moyenne de séjour était de  $7,6 \pm 6,65$  jours avec des extrêmes de 2 jours et de 26 jours.

**Tableau XIX :** Evolution des patients selon le statut de transfusion

<b>Statut de transfusion</b> <b>Evolution</b>	<b>Transfusés</b> <b>N=47(61%)</b>	<b>Non transfusés</b> <b>N=30(39%)</b>	<b>Probabilité</b>
Arrêt définitif de l'hémorragie	33	20	P=0,7432
Récidive précoce	6	0	P=0,0452
Décédé	8	10	p=0,0990

La récidive précoce était significativement observée en cas de transfusion.

La mortalité était comparable dans les deux groupes.

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU-GT de juin 2016 à Mai 2017 puis de novembre 2017 à Aout 2018.

Nous avons colligé 77 malades sur 1396 hospitalisés pendant la même période, soit une prévalence de 5,5%. Ce résultat est sous-estimé, car certains malades sont décédés avant la réalisation d'une endoscopie digestive.

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

Les hémorragies digestives par rupture de VO ont représenté 5,5 % de l'ensemble des hospitalisations pendant la période d'étude. Ce résultat est nettement supérieur à ceux rapportés par KONATE et al [9], DIARRA et al [10], qui sont respectivement de 2,5%, et de 1,6%. Notre résultat est comparable à celui de BOUGLOUGA [5] qui était de 4%.

L'âge moyen de nos patients était de  $46,58 \pm 15,09$  ans nettement supérieur à ceux d'autres études effectuées dans notre pays [9,10] et au Togo [6]. Cependant, un âge moyen de 64 ans a été rapporté par ZARHOUNI à Bordeaux [16].

Le sexe masculin était plus touché dans notre étude avec une prévalence de 67,5%. Les mêmes constatations ont été faites par les différentes séries [6, 7,8, 9,10]. Cette prévalence masculine pourrait s'expliquer par l'exposition plus fréquente des hommes aux facteurs de risque de survenue d'une cirrhose et donc de ses complications hémorragiques.

Les femmes au foyer et les cultivateurs étaient plus représentés respectivement 31,2% et 22,1%.

Ces résultats s'expliquent par les difficultés d'accès aux soins, du fait d'un manque de moyens financiers, l'absence de surveillance médicale faisant que beaucoup de pathologie notamment les hépatopathies chroniques ne sont pas diagnostiquées à temps.

L'hématémèse était le principal motif d'hospitalisation dans notre étude avec une prévalence de 92,2%. Ce résultat est nettement supérieur à ceux rapporté par Bouglouga [6], et Ennassiri [17], qui sont respectivement 25% et 68,75%.

Les patients étaient hospitalisés dans les 24h suivant l'hémorragie digestive dans 72,7% des cas dans notre étude. Par contre Konaté et al [9], ont trouvé que la majorité de leurs patients étaient admis dans les 12h suivant l'hémorragie digestive.

Un antécédent d'ictère a été retrouvé chez 26,4% de nos patients. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Konaté et al [9], qui était de 54%. Notre résultat est comparable à celui de Diarra et al [10] qui était de 26,3%. Dans notre série, la même proportion de patients avait un antécédent de rupture de varices œsophagiennes (VO).

La pâleur et l'ascite étaient les signes physiques les plus couramment notés à l'admission soit respectivement 63,2% et 58,4%.

A l'admission, 50,6% de nos patients avaient des signes d'intolérance avec une anémie inférieure à 7 g/dl, ce qui a nécessité une transfusion de sang iso groupe-iso rhésus.

Dans notre étude les patients classés cirrhotiques classée Child B et C étaient plus représentés, ce résultat est comparable à ceux rapportés par Konaté et al [9], et Diarra et al [10].

L'endoscopie n'a été réalisée que chez 24,7% des patients dans les 24 premières heures s'expliquant soit par manque de moyens financiers du patient et ou la non stabilisation du patient pour la réalisation de l'endoscopie.

La gastropathie d'HTP était le principal signe endoscopique associé dans 48,1%.

La cirrhose était la principale cause de VO compliquée de CHC dans 27,3% ; ceci est comparable au taux trouvé par BOUGLOUBA [6] qui était de 31,1%.

83% de nos malades ont été transfusés par du sang total avec un nombre moyen de poches de sang transfusées de  $3,18 \pm 2,2$ . L'utilisation très souvent du sang

total était liée à la non disponibilité constante du culot globulaire à la banque de sang.

La récurrence précoce était significativement observée en cas de transfusion.

Le taux de mortalité était de 23,4%. Ce résultat confirme le taux de mortalité très élevé des hémorragies digestives par rupture de VO rapporté par plusieurs séries [2, 3,4]. Mais, inférieur à ceux rapportés par Konaté et al [9] et RAZAFIMAHEFA [8] respectivement 48% et 50%. Un taux de mortalité plus bas a été rapporté par ZARHOUNI à Bordeaux [16] 7%. La mortalité était comparable dans les deux groupes ( $p=0,0990$ ).

L'encéphalopathie hépatique était la principale cause de décès de nos malades avec 72,2%. La même cause a été rapportée par les séries maliennes [9,10], respectivement 29,2% et 15,2% ; de même qu'au TOGO [6] 50%.

## VII. CONCLUSION

L'hémorragie digestive par rupture de VO est l'une des complications les plus redoutables de la cirrhose fréquemment rencontrée en milieu hospitalier, avec un taux de mortalité parfois très élevé.

Le jeune âge de nos malades et la fréquente représentativité du sexe masculin sont régulièrement rapportés dans notre contexte.

En milieu tropical, comme le nôtre une attention particulière doit être faite sur les virus B et C fréquemment responsables de cirrhose elle-même se compliquant d'hypertension portale (HTP) et donc d'hémorragie digestive.

L'hématémèse était le principal motif d'hospitalisation.

La mortalité était comparable dans les deux groupes. La non disponibilité du culot globulaire à la banque de sang nous a fait parfois défaut.

La récurrence précoce était significativement observée en cas de transfusion.



## RECOMMANDATIONS

- **Aux Autorités :**

- Organiser périodiquement des campagnes de sensibilisation sur les conséquences néfastes des virus B et C ;
- Elaborer une stratégie de vaccination universelle contre le virus de l'hépatite B dès la naissance;
- Equiper permanemment toutes les unités d'endoscopie digestive ;
- Organiser fréquemment des campagnes de don de sang et équiper les banques de sang.

- **A la Population :**

- Se faire dépister par rapport au VHB et au VHC ;
- Se vacciner contre le VHB si indication ;
- Consulter précocement en cas d'hémorragie digestive.

- **Aux personnels sanitaires :**

- Transfuser les malades que si nécessaire
- Toujours porter les gangs avant tout geste médical
- Bien garder les aiguilles dans les boites de sécurité après usage
- Dépistage et ou vaccination de tout le personnel sanitaire.

## REFERENCES

### 1. Cales P, Pascal JP

Histoire naturelle des varices œsophagiennes au cours de la cirrhose (de la naissance à la rupture). *Gastro EnterolClinBiol* 1988; 12: 245-254.

### 2. Thabut D, Massard J, Rudler M, Carbonell N.

Prise en charge des hémorragies digestives liées à l'hypertension portale  
Réanimation 2007; 16 : 568-575.

### 3. Billey C, Bureau C.

Hémorragie digestive par hypertension portale : 6ème conférence de Baveno, avril 2015 « Stratifier le risque et individualiser la prise en charge de l'hypertension portale » *Post'U* -2016 ; 37-43

### 4. Bosch J.

Facteurs prédictifs de l'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes. *Actaendoscopisca* 2000; 30: 531-535.

### 6 Dominique Paterson.2004. « Prise en charge des hémorragies digestives aiguës » en ligne,

[Https ://www.em-consulte.com](https://www.em-consulte.com), consulté le 11-02-2019

### 6. Bouglouga O, Bagny A, Lawson L, Djibril M.

Mortalité hospitalière liée à une hémorragie digestive haute par rupture de varice œsophagienne au CHU Campus de Lomé (Togo).

*Médecine et Sante´ Tropicales* 2014 ; 24 : 388-391.

### 7. Maurice Ye

Les hémorragies digestives à l'hôpital national de BOBO-DIOULASSO

*These Med, BOBO*, 2002 ; 38.

### 8. Razafimahefa S.H, Rabenjanahary T.H, Rakotozafindraibe R.

Hémorragies digestives hautes : aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs.

A propos d'une série de 62 patients malgaches.

*RMM*2011;1(1):6-10

**9. Konate A, Diarra MT, Soukho A, Katilé D, Soumaré G, Kallé A et al.**

Hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes

Mali Medical 2008 ; 23(3) : 32 - 35

**10. Diarra MT, Konate A, Soukho A Epouse K, Dicko M, Kallé A, Doumbia K Epouse Samaké et al.**

Aspects évolutifs de la maladie cirrhotique dans un service d'hépto-gastro-entérologie au Mali.

Mali Medical 2010 ; 25(1) : 42 - 46

**11. Cales P, Oberti F.**

Stratégie du traitement hémostatique des hémorragies par rupture de VO et gastrique.

Gastroenterolclin biol1995; 19: B1-B9

**12. Oberti F.**

Pronostic de l'hypertension portale : hémorragie digestive par rupture de VO

Hépto-Gastro 1998 ; 5 :371-377

**13. Balian A.**

Hépto-Gastroentérologie médicale et chirurgicale. Paris: Vernazobres-Grego, 2009.

**14. Benhamou JP, Erlingers S.**

Maladie du foie et des voies biliaires. Paris : Flammarion, 1991.

**15. Colle I.**

Traitement des hémorragies digestives hautes (directives belges pour les adultes). Acta GastroenterolBelgica 2011 ; 24 :45 – 66.

**16. Heidi Z.**

Prise en charge pré hospitalière des hémorragies digestives hautes au SAMU 33 de Bordeaux

Thèse Med, Bordeaux, 2014 ; 66.

## **17. ENNASSIRI W.**

Hémorragies digestives hautes en milieu de réanimation à propos de 80 cas

Thèse Med, Marrakech, 2010 ; 89.

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE N....

#### I-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q1. Prénom : ..... Nom :

.....

Q2. Age : .....

Q3-Sexe ..... (Masculin ou Féminin)

Q4-Profession .....

Q5-Date d'hospitalisation : ..... / ..... / .....

Q6-Motif d'hospitalisation .....

Q7-Delai entre l'hémorragie et l'hospitalisation en Heure.....

#### II- LES ANTECEDENTS

Q8-Ictère ..... (Oui ou non)

Q9-Hématémèse : ..... (Oui ou non)

Q10-Méléna : ..... (Oui ou non)

Q11-Rectorragie : ..... (Oui ou non)

Q12-Episode Antérieur de rupture de VO : ..... (Oui ou non)

1. Si oui date : ..... / ..... / .....

Q13-Pathologie médicale antérieure: ..... (Oui ou non)

Si oui, précisez: .....

#### III-EXAMENS CLINIQUES

Q14-Poids : .....

Q15-Taille : .....

Q16-IMC : .....

Q17-Quantite de sang émis : ..... (1< 500 cc, 2=500 cc à 1000 cc, 3= 1000 cc)

Q18- Conjonctives : ..... (Normal, pâleur, ictère)

Q19-TA : .....|..... mmHg

Q20-Pouls : .....

Q21-Température : .....

Q22-Fréquence respiratoire : .....

Q23-Ascite : ..... (Oui ou non)

a) Si oui : ..... (1=minime, 2=moyenne, 3=abondance)

Q24-Ictère : ..... (Oui ou non)

Q25-Hepatomegalie : ..... (Oui ou non) ;

Si oui :

1. Taille : L XO : ..... L MC : .....

2. Surface : .....

3. Consistance : .....

4. Bord inférieur : .....

Q26-Splenomegalie : ..... (Oui ou non)

1. Si oui, stade HACKETT : .....

Q27-Q27-CVC : ..... (Oui ou non)

Q28-Conscience ..... (1=normale, 2=asterisis, 3=obnubilation, 4=coma)

Q29-TR : ..... (1=normal, 2=rectorragie, 3=méléna)

## IV-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### A-BIOLOGIE :

Q30-Hemoglobine : .....

Q31-Hematocrite : .....

Q32-Plaquettes : .....

Q33-TP : .....

Q34-Créatininémie : .....umol/l

Q35-Glycémie : ..... mmol/l

Q36-Electrophorèse des protides : ..... (Oui ou non)

Si oui :

1. Gammaglobuline : .....

2. Albumine : .....

Q37-Bilirubinémie totale : .....

Q38-Alfafoetoprotéine : .....

### **B-ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE**

Q39-Intervalle entre le saignement et la FOGD : .....

Q40- VO : ..... (Oui ou non) ou Varices  
cardiotubérositaires.....

1. Si oui, Grade : .....

2. Saignement en jet : ..... (Oui ou non)

3. Caillot/VO : ..... (oui ou non)

4. Oazing : ..... (Oui ou non)

5. VO / sang dans l'estomac: ..... (Oui ou non)

### **Q41-Lésions associées :**

1. Gastropathies d'HTP ..... (oui ou non)

2. Ulcère gastrique ..... (oui ou non) ou duodénale..... (Oui ou non)

3. Erosion ..... (oui ou non)

### **C-ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

Q42-Foie hétérogène : ..... (Oui ou non) ou homogène..... (Oui ou non)

1. Micronodules : ..... (oui ou non)

2. Macronodules : ..... (oui ou non)

3. Thrombose portale : ..... (oui ou non)

Q43-Causes d'HTP: ..... (1=cirrhose, 2=CHC, 3=bilharziose  
4=autres à préciser .....) )

### **V- TRAITEMENT**

Q44-Transfusion de sang ..... (Oui ou non)

Q44a-sang total: ..... (Oui ou non)

Si oui, nombre d'unités : .....

Q44b-culot globulaire ..... (Oui ou non)

Si oui, nombre d'unités : .....

Q45-Perfusion de macromolécules : ..... (Oui ou non)

Q46-Ligature : ..... (Oui ou non)

Si oui, Q46a avant rupture .....

Q46b après rupture.....

Q47-Betaboquent NCS : ..... (Oui ou non)

Si oui, Q47a avant rupture : .....

Q47b après rupture .....

## **VI-EVOLUTION**

Q48- Arrêt hémorragie: ..... (Oui ou non)

Q49-Récidive : ..... (Oui ou non)

1. Si oui, Nombre épisodes hémorragiques : .....  
durée.....

Q50-Sortie : ..... (Oui ou non) ; Date :

Q51-DCD : ..... (Oui ou non) ; Date :

1. Si oui, circonstance de décès à préciser: .....

2. Délai entre l'hémorragie et le décès : .....



## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom : Koumaré**

**Prénom : Mariam Gnécourou**

**Date et lieu de naissance : 22/11/1991 à Sikasso**

**Titre de la thèse : Hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes et valeur pronostique de la transfusion sanguine dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Pays d'origine : Mali**

**Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie**

## **RESUME**

**BUT :** le but principal de ce travail était d'étudier les hémorragies digestives par rupture des varices œsophagiennes chez le cirrhotique sur l'aspect pronostique de la transfusion sanguine dans le service.

**METHODOLOGIE :** Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU-Gabriel TOURE de Juin 2016 à Mai 2017 puis de Novembre 2017 à Aout 2018.

**RESULTATS :** Nous avons colligé 77 malades sur 1396 hospitalisés pendant la même période, soit une prévalence de 5,5%.

Les hémorragies digestives par rupture de VO ont représenté 5,5 % de l'ensemble des hospitalisations pendant la période d'étude. L'âge moyen de nos patients était de  $46,58 \pm 15,09$  ans. Le sexe masculin était plus touché dans notre étude avec une prévalence de 67,5%. A l'admission, 50,6% de nos patients avait des signes d'intolérance avec une anémie inférieure à 7 g/dl, qui a nécessité une transfusion de sang iso groupe- iso rhésus. Le taux de mortalité était de 23,4%. La mortalité était comparable dans les deux groupes ( $p=0,0990$ ). La récurrence précoce était significativement observée en cas de transfusion ( $P=0,0452$ ). L'encéphalopathie hépatique était la principale cause de décès de nos malades avec 72,2%.

**Conclusion :** L'hémorragie digestive par rupture des VO est l'une des complications les plus redoutables de la cirrhose fréquemment rencontrée en milieu hospitalier. La transfusion n'a pas amélioré significativement le pronostic de nos patients. Un accent particulier doit être mis par rapport à la vaccination universelle contre le virus de l'hépatite B.

**Mots clés :** hémorragie digestive, rupture de varices œsophagiennes, transfusion.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, 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 je 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 les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale 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 reçu de leurs pères.

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

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

**Je jure.**