

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

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 2019-2020

N°.....

THESE

**PLACE DES ANTI INFLAMMATOIRES NON
STEROÏDIENS (AINS) DANS LES
HEMORRAGIES DIGESTIVES**

Présentée et soutenue publiquement le 14 /06/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mme Awa TRAORE

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

Jury

Président : Pr Broulaye SAMAKE

Membre : Pr Alhassane TRAORE

Co-Directeur : Dr Moussa Y DICKO

Directeur : Pr Moussa T DIARRA

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace :

A Allah le tout puissant miséricordieux, le très miséricordieux et son prophète Mohamed paix et salut sur lui.

A mon père Zoumana Traoré,

Tu m'as appris que seul le travail libère l'homme, tu m'as toujours soutenu et encouragé sur le plan éducatif. Ton amour pour le travail, ton encouragement et ton soutien font de toi un père exemplaire. Qu'Allah le tout puissant te donne une longue vie.

A ma mère Safiatou Sidibé,

Je te dédie ce travail car tu le mérites, si je suis arrivée à ce stade aujourd'hui c'est grâce à toi. Merci maman pour ton éducation de base et les cours du soir que tu me donnais quand je faisais le 1^{er} et second cycle. Que Dieu te donne une longue vie, une santé de fer et la joie de vivre.

A mon mari Dr Moussa Samaké,

Ce travail est pour toi. Merci de m'avoir épaulé durant ces longues années d'étude. Que Dieu nous garde unis pour toujours.

A mon fils Zoumana Samaké,

Tu as été pour moi une bénédiction et la source de ma force pour vaincre les difficultés de la vie. Que Dieu t'accorde une longue vie, santé et bonheur.

A Mme Kanouté Matou Doumbia,

Tu as été plus qu'une mère pour moi, je me souviens du jour où tu me disais de te donner mon enfant pour que je puisse aller faire les stages et tu as si bien fait ton devoir sans aucune arrière-pensée. Je ne saurais te rendre hommage à la hauteur des efforts consentis. Que Dieu te donne une longue vie et une santé de fer.

A mon grand-père feu Adama Traoré,

Merci pour ton éducation de base. Que ton âme repose en paix. Qu'Allah t'accorde son paradis.

A ma grande mère feu Kadidia Diarra,

Je sais que si tu étais parmi nous, tu aurais été heureuse. Que ton âme repose en paix. Que le tout puissant t'accorde sa clémence et sa miséricorde.

A mes tantes et tontons,

Habi Diarra, Balkissa Sidibé, Balkissa Diallo, Dicko Koné, Feu Aminata Traoré, Kadidia Dicko, Maman Koné, Feu Moussa Diarra, Amadou Sissoko, Yssou Diarra, Lamine Cissé.

A mes frères et sœurs,

Fatoumata Traoré, Abdoulaye Traoré, Issa Traoré, Lassina Traoré, Fatoumata Coulibaly, Massaran Traoré, Aminata Traoré, Wassa Traoré, Mafounè Traoré, Kadidia Traoré.

A la belle famille,

Daouda Samaké, Fousseyni Samaké, Kany Coulibaly, Madia Ky, Salimata Coulibaly, Yacouaba Samaké, Boubacar Samaké, Dr Nouhoum Samaké, Aïchata Samaké.

A mes cousins et cousines,

Pèkè Moussa Coulibaly, Kady Sissoko, Ibrahima Sissoko, Korotoumou Coulibaly, Dougoucho Coulibaly, Aïchata Sissoko.

A mes nièces,

Rokia Diarra, Aïcha Diarra, Assetou Diarra.

A mes ami(e)s,

Dr Halima Diaby, Mme Sanogo Awa Bouaré, Mme Kouma Nachata Diallo, Mme Danfaga Maïmouna Coulibaly, Dr Ibrahim Boubacar Diallo, Dr Mamadou Nantoumé, Dr Abdramane Samaké, Dr Moustapha Dicko, Fatoumata Isac Coulibaly, Dr Kadiatou Kamaté.

A mes autres collègues thésards du Service,

Abdoulaye Berthé, Sara N Diarra, Konaté Adama, Fatoumata Sanogo.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Remerciements

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie, merci pour la qualité de la formation.

Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maîtres

Pr Moussa Y Maïga, Pr Moussa T Diarra, Pr Anselme Konaté, Dr Moussa Y Dicko, Dr kadiatou Doumbia Epouse Samaké, Dr Sow Hourouma Epouse Coulibaly, Dr Makan Siré Tounkara.

A tout le personnel du service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré, merci pour la bonne collaboration.

A tous mes aînés Dr Maria Keïta, Dr Aïché Diallo, Dr Abdoulaye Maïga, Dr Yaya Fofana, Dr Boubacar Simpara, Dr Sabine Drabo, Dr Ahmed Mohamed, Dr Mariam Koumaré, Dr Djibrila Maïga, Dr Amadou Camara, Dr Aïchatou Traoré, Dr Demba Boré, Dr Ousmane Diarra, Dr Franck Samaké.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Broulaye SAMAKE

- **Spécialiste en anesthésie-réanimation.**
- **Maître 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.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse.

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

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

A notre maître et Directeur de thèse

Pr Moussa T DIARRA

- **Professeur titulaire en Hépto-Gastro- Entérologie à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel Touré ;**
- **Président de la Société Malienne des Maladies de l’Appareil Digestif (SOMMAD) ;**
- **Enseignant-Chercheur.**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre humilité, l’étendue de vos connaissances et votre amour du travail bien fait forcent notre admiration.

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

A notre maître et Co-Directeur de thèse

Dr MoussaY DICKO

- **Spécialiste en hépato-gastroentérologie ;**
- **DIU de proctologie médico-chirurgicale.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de SOS hépatites Mali ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif ;**
- **Maître de recherche.**

Cher maître,

Nous avons été touchés par votre spontanéité, votre bienveillance et la confiance avec laquelle vous nous avez accueillie et confié ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles associées à votre disponibilité forcent l'admiration de tous. Veuillez accepter ici, cher maître, l'assurance de notre estime et profond respect.

Puisse Allah vous accorder santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de vos enseignements.

A notre maître et juge

Pr Alhassane TRAORE

- **Professeur titulaire en chirurgie générale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Enseignant chercheur ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).**
- **Membre de la Société Internationale de hernie (AMEHS) ;**
- **Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ATB : Antibiotique

ATCD : Antécédent

ALAT : Alamine aminotransférase

ASAT : Aspartate aminotransférase

CHU : Centre Hospitalier-Universitaire

CVC : Circulation Veineuse Collatérale

FOGD : Fibroscopie Œso Gastro Duodénale

GR-RH : Groupage Rhésus

g/dl : gramme par décilitre

HD : Hémorragie Digestive

HDH : Hémorragie Digestive Haute

HDB : Hémorragie Digestive Basse

HDBA : Hémorragie Digestive Basse Aiguë

HDC : Hémorragie Digestive Chronique

HDHA : Hémorragie Digestive Haute Aiguë

HTA : Hypertension artérielle

Hb : Hémoglobine

Hte : Hématocrite

Hp : Helicobacter pylori

HTP : Hypertension Portale

IHC : Insuffisance Hépatocellulaire

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Proton

IV : Intraveineuse

IVSE : Intraveineuse à la Seringue Electrique

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

mmHg : Millimètre de mercure

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto Rhino Laryngologie

PVC : Pression veineuse centrale

RAI : Recherche d'Agglutines Irrégulières

TA : Tension Artérielle

TC : Techno Chrome

TCA : Temps de Céphaline Active

TP : Taux de Prothrombine

TDM : Tomodensitométrie

TIPS: Trans-jugular Intrahepatic Portal-systemic Shunt

TR : Toucher Rectal

UG : Ulcère Gastrique

UGD : Ulcère gastroduodénal

VCE : Vidéo Capsule Endoscopique

VG : Varices Gastriques

VGM : Volume Globulaire Moyen

VO : Varices Œsophagiennes

VCT : Varices Cardio-tubérositaires

ZE : Zollinger Ellison

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	24
Tableau II: Répartition des patients selon le sexe	25
Tableau III: Répartition des patients selon la profession/ occupation	25
Tableau IV: Répartition des patients selon le motif de consultation	26
Tableau V: Répartition des patients selon le délai entre l'hémorragie et l'admission	26
Tableau VI: Répartition des patients selon les antécédents	27
Tableau VII: Répartition des patients selon les molécules	28
Tableau VIII: Répartition des patients selon le délai entre 1 ^{ère} prise d'AINS et la survenue de l'hémorragie digestive.....	28
Tableau IX: Répartition des patients selon le motif de prise d'AINS	29
Tableau X: Répartition des patients selon l'examen physique à l'admission.....	30
Tableau XI: Répartition des patients selon la biologie	31
Tableau XII: Répartition des patients selon les résultats de l'échographie	32
Tableau XIII: Répartition des patients selon les résultats de la FOGD	32
Tableau XIV: Répartition des patients selon le traitement	33
Tableau XV: Répartition des patients selon l'évolution	34
Tableau XVI: Délai entre la 1 ^{ère} prise et le motif de consultation	34
Tableau XVII: Molécule et motif de consultation	35
Tableau XVIII: Délai de survenue de l'hémorragie par rapport à la 1 ^{ère} prise de molécule	36
Tableau XIX: Résultat de la FOGD par rapport à la molécule.....	37
Tableau XX: Molécule et décès	38

Figures

Figure 1 : Mécanisme d'action des AINS	7
--	---

Table des matières

I. INTRODUCTION :	2
Objectifs	4
Objectif général :	6
Objectifs spécifiques :	4
II. GENERALITES	6
2.1. Définition :	6
2.2. Intérêt :	6
2.3. Mécanisme de la toxicité digestive des AINS :	7
2.4. Diagnostic positif (reconnaître l'hémorragie)	8
2.5. Diagnostic différentiel	8
2.6. Diagnostic de gravité	9
2.7. Diagnostic étiologique et prise en charge spécifique	10
2.8. Conclusion :	19
III. PATIENTS ET METHODES	21
3.1. Type, durée et lieu d'étude :	21
3.2. Population d'étude :	21
3.3. Les méthodes :	21
3.4. Considération éthique :	22
3.5. Supports :	22
IV. RESULTATS	24
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	40
VI. CONCLUSION ET RECOMMADATIONS	44
VII. REFERENCES	48
ANNEXES	51

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'Hémorragie digestive (HD) de l'adulte est l'une des principales urgences digestives et demeure une cause importante de morbidité et de mortalité. Elle est un motif fréquent de consultation aux urgences et les causes les plus fréquentes en sont l'ulcère gastroduodéal et la rupture des varices œsophagiennes [1].

Un tiers des patients hospitalisés pour hémorragie digestive haute (HDH) en France prenait un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS et/ ou Aspirine) ; il s'agissait principalement de patients âgés [2].

Les complications intestinales des AINS représentent 10 à 40% de l'ensemble des complications digestives sévères associées à la prise de ces médicaments [3]. En Grande-Bretagne et en France, les saignements d'origine gastroduodénale liés aux AINS sont responsables de 500 à 2000 décès par an [2].

Dans une étude multicentrique africaine en 2010 portant sur les hémorragies digestives hautes, l'aspirine et les AINS ont représenté respectivement 12,5% et 11,7% des facteurs favorisant de cette hémorragie [4].

Au Togo et au Maroc en 2012, la prise d'AINS était retrouvée chez respectivement 17% et 25,9 % des patients ayant des hémorragies digestives hautes [1].

Dans une étude antérieure au Mali, une notion de prise d'AINS était rapportée dans 6,3% des cas d'hémorragies digestives hautes [5]. L'automédication et la défaillance des mesures de contrôle des médicaments dans notre pays nous ont incité à entreprendre ce travail et nos objectifs étaient :

OBJECTIFS

Objectifs

. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la prise d'AINS dans les hémorragies digestives.
- Décrire le tableau clinique d'une hémorragie digestive par AINS.
- Déterminer les aspects évolutifs des hémorragies digestives liées à la prise d'AINS.

GENERALITES

. Objectif général :

Etudier la place des AINS dans la survenue des hémorragies digestives dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré.

II. GENERALITES

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 digestive basse) de l'angle de TREITZ et pouvant être extériorisé ou non [6].

2.2. Intérêt :

- Epidémiologique : Urgence fréquente ; au Mali : rupture de VO = 2,5% des hospitalisations.
- Pronostique : globalement 10% de mortalité.
- Etiologique : Causes multiples, parfois difficultés diagnostiques.
- Thérapeutique : Arsenal thérapeutique médical et endoscopique.

2.3. Mécanisme de la toxicité digestive des AINS : [7].

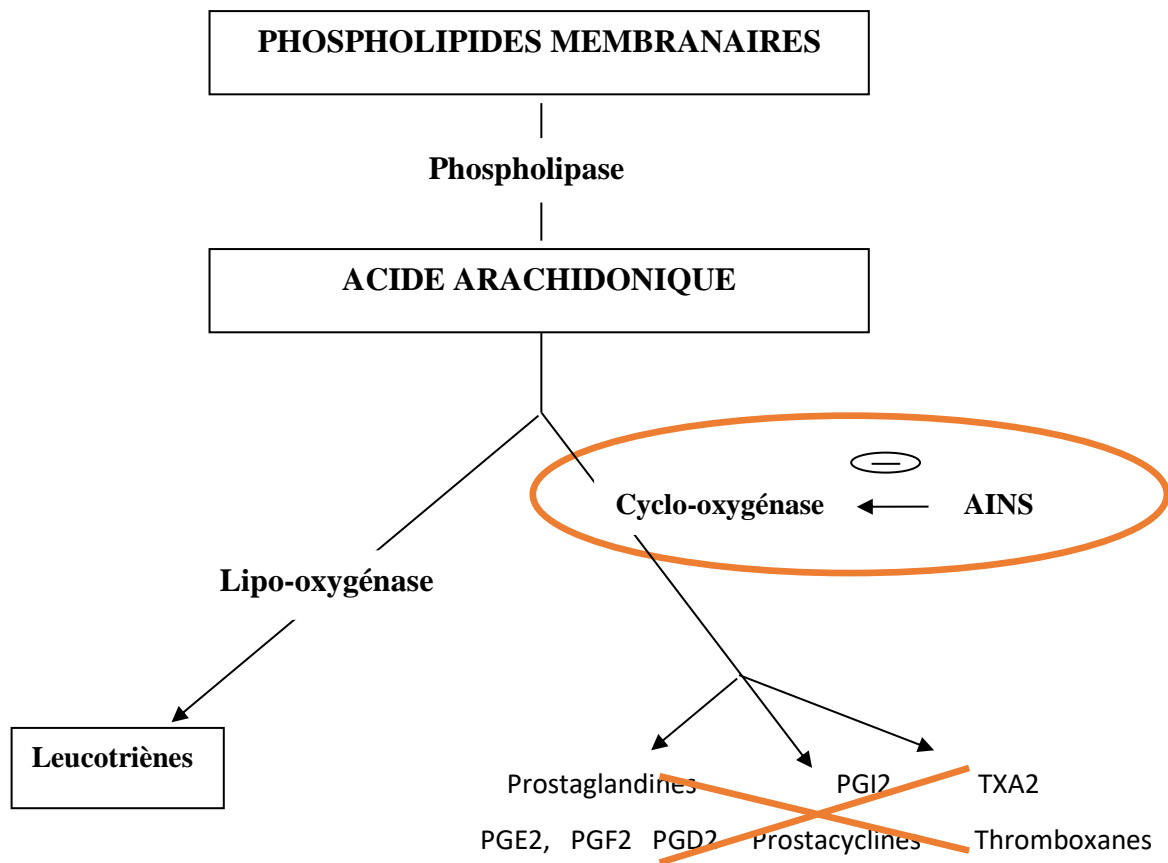


Figure 1 : Mécanisme d'action des AINS

L'action des AINS sur la muqueuse digestive passe principalement par une inhibition de la cyclo-oxygénase donc une diminution de la synthèse des prostaglandines.

Dans la cellule, les AINS sont dissociés en forme ionisée et piège les ions H^+ responsables de la destruction épithéliale.

Les mécanismes des toxicités digestives des AINS sont multiples et peuvent être résumé en :

- Toxicité topique ;
- Effet anti-sécrétoire ;
- Trouble de trophicité mucco-épithéliale ;
- Trouble de la microcirculation.

2.4. Diagnostic positif (reconnaître l'hémorragie) [8].

2.4.1. Hémorragie extériorisée :

- Hématémèse et/ou méléna et/ou rectorragie (ou hématochézie).
- Interrogatoire.
- Observation des déjections.
- TR : sang rouge ou méléna.

2.4.2. Hémorragie non extériorisée :

- Signes de choc.
- Aspiration nasogastrique.
- Lavement évacuateur.
- Toucher rectal.
- Anémie ferriprive.

2.5. Diagnostic différentiel [8].

2.5.1. Devant l'hématémèse :

- Hémoptysie (interrogatoire, imagerie).
- Hémosialémèse (examen cavité buccale, fibroscopie œsogastroduodénale normale).
- Epistaxis déglutie et revomie (examen Oto Rhino Laryngologie).
- Vomissement du liquide de stase.
- Vomissement coloré par les aliments (vin, betterave).

2.5.2. Devant le méléna :

- Selles colorées par les médicaments (fer, charbon, bismuth) et par les aliments (betterave, boudin) : interrogatoire, aspect des selles.

2.5.3. Devant la rectorragie (ou hématochézie) :

- Selles dysentériques.
- Hémorragies d'origine génitale ou urinaire : examen génito-urinaire, endoscopie.

2.5.4. Autres anémies microcytaires

2.6. Diagnostic de gravité [9].

2.6.1. Evaluation de l'importance de la déplétion sanguine

2.6.1.1. Critères cliniques :

- Tachycardie et hypotension orthostatique.
- Signes de choc avec pression artérielle systolique < 80 mm Hg.
- Pâleur, sueurs, froideur des extrémités, hypotension artérielle.
- Nombre de solutés macromoléculaires, de culots de drogues pour maintenir une tension stable.

2.6.1.2. Critères biologiques :

- Hémoglobine et hématocrite peu modifiées à la phase aiguë.
- Urée et créatininémie élevées.

2.6.1.3. Terrain :

- Âge physiologique > 65 ans.
- Tares associés.
- Situation de stress.

2.6.1.4. Réanimation :

- En dehors des rectorragies d'allure proctologique, minimales et sans retentissement hémodynamique, l'hospitalisation de tout patient décrivant une HD.
- Installation du patient en position latérale de sécurité.
- Voie(s) veineuse(s) parallèlement à l'examen clinique.
- Prélèvement sanguin en urgence : NFS, GR-RH, RAI, TP, TCA, IONO SANGUIN.
- Commande et mise en réserve de culots globulaires compatibles.
- Remplissage vasculaire par macromolécules et/ou sang (prudence si signes d'HTP) si retentissement hémodynamique.
- Oxygénothérapie.

- Prévention d'une encéphalopathie hépatique, si signes d'hépatopathie chronique.
- Surveillance : pouls, TA, saturation en oxygène, coloration muqueuse, conscience, diurèse, PVC, Hb, Hte.

2.7. Diagnostic étiologique et prise en charge spécifique [8].

2.7.1. Enquête étiologique :

2.7.1.1. Interrogatoire : du malade ou son entourage

2.7.1.1.1-En cas d'HDH (hématémèse et/ou de méléna) : on recherchera : ATCD

- 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.

2.7.1.1.2 - En cas d'HDB :

- ATCD médicaux et chirurgicaux.
- Modification récente du transit.
- ATCD vasculaire.
- Séquence symptomatique douleur abdominale brutale – diarrhée sanglante.
- Traumatisme ano-rectal.
- Aspect des selles accompagnant le sang.

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 :

2.7.1.3.1. 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.

2.7.1.3.2. Autres examens : artériographie cœlio-mésentérique, TDM spiralée, angioscanner.

HDB : coloscopie, entéroscanner, vidéocapsule endoscopique, scintigraphie aux hématies marquées au Tc 99m.

2.7.2. Etiologies et traitements spécifiques :

- **Les HDA et HDC (ou hémorragies digestives occultes)** ont à peu près les mêmes étiologies. La prise en charge des HDC repose sur le traitement spécifique de la cause et la supplémentation en fer pendant 3-6 mois.

2.7.2.1 Hémorragies Digestives Hautes :

2.7.2.1.1. Lésions hémorragiques sans rapport avec l'HTP : [6].

2.7.2.1.1.1. Hémorragies par UGD (30% des HDHA)

- **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 stigmat).

- **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.

2.7.2.1.1.2. 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.

2.7.2.1.1.3. 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.

2.7.2.1.1.4. Tumeurs malignes œsogastroduodénales (5 à 8% des HDHA)

- Endoscopie : visualise la lésion.
- Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur.

2.7.2.1.1.5. Œsophagite peptique (2% des HDHA)

- Endoscopie : lésions érosives ou ulcérées.
- Traitement : hémostase endoscopique + IPP.

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

- Traitement : plasma d'argon.

2.7.2.1.1.7. Exulcération simplex 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.

2.7.2.1.1.8. 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.

2.7.2.1.1.9. Wirsungorragie (< 1% des HDHA)

- Contexte : Pancréatite chronique ou tumeur maligne.

- Diagnostic : TDM, artériographie, endoscopie.

- Traitement : embolisation, chirurgie.

- Mortalité : 15%.

2.7.2.1.1.10. Hémobilie (< 1% des HDHA)

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

2.7.2.1.1.11. Causes iatrogènes

Traitement endoscopique.

2.7.2.1.2. Lésions hémorragiques en rapport avec l'HTP (30% des HDHA) :

[10], [11].

2.7.2.1.2.1. 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 : transection 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).

2.7.2.1.2.2. Gastropathie d'HTP

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

2.7.2.1.2.3. Erosions et UGD : même conduite qu'en dehors d'HTP

2.7.2.2. Hémorragie Digestive Basse : (20% des HD) [8].

2.7.2.2.1. Lésions anales :

2.7.2.2.1.1. - Maladie hémorroïdaire :

- Cause la plus fréquente d'HDB.
- Saignement intermittent, indolore, à la fin de la défécation.
- Diagnostic : anoscopie.
- Surtout normalité de la coloscopie.
- Traitement instrumental, chirurgical, régulariser le transit.

2.7.2.2.1.2. Maladie fissuraire :

- Douleur à la défécation avec traces de sang striant les selles.
- Diagnostic : inspection de la marge anale.
- Traitement médical, chirurgical.

2.7.2.2.1.3. Autres causes :

- Cancer du canal anal.
- Ulcération thermométrique : suture sous rectoscopie si persistance de l'hémorragie.

2.7.2.2.2. Lésions colorectales :

2.7.2.2.2.1. Le cancer colorectal : première étiologie à évoquer

- Diagnostic : endoscopie.
- Traitement : hémostase endoscopique puis chirurgie de la tumeur.

2.7.2.2.2.2. Hémorragies diverticulaires :

- Favorisées par prise d'AINS, aspirine.
- Surtout les diverticules du colon droit.
- Diagnostic : Coloscopie.
- L'hémorragie s'arrête spontanément dans 90% des cas.
- Traitement : Hémostase endoscopique.

2.7.2.2.2.3 Angiodysplasies coliques :

- Malformation dégénérative chez le sujet âgé, associée dans 50 % des cas à un rétrécissement aortique.
- HDB aiguës extériorisées rares, mais anémie ferriprive plus fréquente ;
- Diagnostic :

Coloscopie : lésions siégeant habituellement sur colon droit, cœcum.

Artériographie peut montrer 3 signes spécifiques : une touffe vasculaire au temps artériel ; une opacification veineuse précoce ; un drainage veineux tardif.

TDM spiralée avec temps artériel précoce.

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

2.7.2.2.4. Colite ischémique :

- Survenant chez un poly-artériel fréquemment au décours d'un épisode de bas débit.
 - Signes cliniques associant à divers degrés : douleurs abdominales (quasi-constantes) ; diarrhée aiguë, rectorragie, météorisme, défense ou contracture, fièvre.
 - Coloscopie prudente : montre des lésions d'intensité variable (pétéchies, zones bleu violacé ou hémorragiques, ulcérations superficielles ou creusantes mettant la musculature à nu), précise le siège des lésions (habituellement colon gauche), donne le pronostic (colite œdémateuse ou ulcérée : forme non gangréneuse ; ou gangréneuse.)
 - 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.

2.7.2.2.5. Polypes colorectaux :

Diagnostic : coloscopie.

Traitement : Hémostase endoscopique.

2.7.2.2.6. Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) :

Diagnostic : coloscopie.

Traitement spécifique d'une MICI.

2.7.2.2.7. Causes rares :

- 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.

2.7.2.2.3. Lésions du grêle :

2.7.2.2.3.1. Angiodysplasies :

-Diagnostic : VCE.

-Traitement : endoscopique si possible, chirurgie.

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

2.7.2.2.3.3. Tumeurs du grêle : sont rares.

2.7.2.2.3.4. Diverticules : de Meckel, duodéal, jéjunal, iléal.

2.7.2.2.3.5. Causes rares :

- Fistule aortoentérique.
- Lésion de Dieulafoy.
- Varices intestinales.
- Entérite radique.
- Entérite infectieuse.

2.8. Conclusion :

- Une HD est une urgence médico-chirurgicale.
- Ses causes sont multiples, parfois problème diagnostique.
- La prise en charge précoce et adéquate est nécessaire si non le pronostic vital peut être en jeu.

PATIENTS ET METHODES

III. PATIENTS ET METHODES

3.1. Type, durée et lieu d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective et analytique qui s'est déroulée de juillet 2019 à juin 2020 dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

3.2. Population d'étude :

L'étude a porté sur les patients hospitalisés dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE.

- Critère d'inclusion : a été

Une hémorragie digestive avec notion de prise d'AINS confirmée par la présence de sang dans les déjections (vomissements ou selles) et ou par la constatation de sang dans le tractus digestif au cours de l'endoscopie chez les patients ayant pris des AINS.

- Critère de non inclusion :

Absence de preuve d'une hémorragie digestive.

Patients avec HD et n'ayant pas pris d'AINS.

3.3. Les méthodes :

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et paraclinique.

3.3.1. Examen clinique : a comporté

- Un interrogatoire : Qui a recherché :

* les caractères sociodémographiques du patient : âge, sexe, profession, statut matrimonial ;

* les antécédents du malade ;

* les circonstances de l'hémorragie ;

* les facteurs de risques comme la prise d'AINS, de tabac, d'alcool et d'autres médicaments ;

* la dose et la durée de la prise de l'AINS ;

* les signes de choc hémorragique : sueurs froides, état de la conscience.

- **Un examen physique** : à la recherche :

- *d'une altération de l'état général ;
- *des signes de choc hémodynamique (baisse de la pression artérielle, accélération de la fréquence cardiaque, sueurs froides, état de la conscience) ;
- *d'une hépatosplénomégalie, une CVC, une ascite ;
- *du sang rouge et des selles mélaniques ;
- *d'une pathologie d'autres organes.

3.3.2. Examens paracliniques : ont comporté

- **des examens biologiques** : notamment

- * une numération formule sanguine (NFS), un groupage rhésus, un ionogramme sanguin et une créatininémie pour apprécier le retentissement de l'hémorragie ;
- * une Transaminasémie pour apprécier une atteinte hépatique ;
- * un taux de prothrombine (TP) pour évaluer la fonction hépatocellulaire.

- **des examens morphologiques** :

- * une endoscopie digestive à la recherche de la cause de l'hémorragie ;
- * une échographie abdominale pour rechercher une pathologie associée ou sous-jacente.

3.4. Considération éthique :

Tous les patients ont été informés de la nature de l'étude et leurs consentements verbaux étaient indispensables pour l'inclusion.

3.5. Supports :

Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel Epi info 7.2. Le test de khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

RESULTATS

IV. RESULTATS

Au terme de cette étude, nous avons colligé 44 cas de prise d'AINS sur 121 patients hospitalisés pour HD soit une fréquence de 36,4%.

Durant la même période, les HD ont représenté 15,6% des hospitalisations.

4.1. Caractéristiques Sociodémographiques

4.1.1. Ages des patients

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage %
11-20	5	11,4
21-30	6	13,6
31-40	8	18,2
41-50	10	22,7
51-60	4	9,1
61-70	6	13,6
71-80	5	11,4
Total	44	100

L'âge moyen des patients était de $44,9 \pm 17,5$ ans avec des extrêmes de 18 et 74 ans.

La tranche d'âge 41-50 ans était plus représentée avec 22,7% des cas.

4.1.2. Sexe des patients

Tableau II: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Masculin	33	75
Féminin	11	25
Total	44	100

Les hommes étaient majoritaires avec un sex-ratio de 3.

4.1.3. Profession/ occupation des patients

Tableau III: Répartition des patients selon la profession/ occupation

Profession / occupation	Effectif	Pourcentage %
Femme au foyer	10	22,7
Ouvrier	10	22,7
Cultivateur	9	20,5
Commerçant	7	15,9
Enseignant	3	6,8
Inspecteur impôts	1	2,3
Surveillant prison	1	2,3
Agent CMDT	1	2,3
Maître coranique	1	2,3
Marabout	1	2,3
Total	44	100

Les femmes au foyer et les ouvriers étaient les plus représentés avec chacun 22,7%.

4.2. Motif de consultation

Tableau IV: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage %
Hématémèse	34	77,3
Rectorragie	10	22,7
Méléna	3	7

L'hématémèse était le principal motif de consultation avec 77,3%.

4.3. Délai entre la survenue de l'hémorragie et l'admission

Tableau V: Répartition des patients selon le délai entre l'hémorragie et l'admission

Délai entre hémorragie et admission (jours)	Effectif	Pourcentage %
< 1 jour	4	9,1
1-7	34	77,3
8-14	0	0
15-21	3	6,8
>21	3	6,8
Total	44	100

La majorité de nos patients (86,4%) avait consulté dans la première semaine de survenue de l'hémorragie digestive.

4.4. Antécédents et facteurs de risque

Tableau VI: Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents (n=44)	Effectif	Pourcentage %
Tabac	7	15,9
HD	7	15,9
Appendicectomie	4	9,1
Ulcère	4	9,1
Césarienne	3	6,8
Cure hernie	3	6,8
Ictère	3	6,8
Diabète	2	4,5
Transfusion	1	2,3
Bilharziose	1	2,3
Chirurgie oculaire (cataracte)	1	2,3
Sans ATCD	18	40,9

Un ATCD de tabagisme et d'HD a été retrouvé chacun dans 15,9% des cas.

Aucun ATCD n'a été retrouvé chez 40,9% de nos patients.

4.5. Type d'AINS

Tableau VII: Répartition des patients selon les molécules

Molécules	Effectif	Pourcentage %
Diclofénac	26	59,1
Acide acétylsalicylique	7	15,9
Ibuprofène	7	15,9
Piroxicam	5	11,4
Kétoprofène	2	4,5
Etoricoxib (Cox2)	1	2,3

Plus de la moitié de nos patients avait pris du Diclofénac.

4.6. Délai entre la 1^{ère} prise de l'AINS et la survenue de l'hémorragie

Tableau VIII: Répartition des patients selon le délai entre 1^{ère} prise d'AINS et la survenue de l'hémorragie digestive

Délai entre 1 ^{ère} prise et hémorragie (jours)	Effectif	Pourcentage %
< 1 jour	1	2,3
1-7	22	50
8-14	0	0
15-21	2	4,5
>21	19	43,2
Total	44	100

Délai moyen= $18,47 \pm 24,3$ jours avec des extrêmes de 1 et 90 jours.

L'hémorragie digestive était survenue dans la première semaine de la prise de l'AINS dans 52,3% des cas.

4.7. Pathologies ayant motivé la prise de l'AINS

Tableau IX: Répartition des patients selon le motif de prise d'AINS

Motif	Effectif	Pourcentage %
Douleur dentaire	11	25
Courbature	6	13,6
Douleur abdominale	5	11,4
Grippe	4	9,1
Douleur lombaire	4	9,1
Arthrose	3	6,8
Crise hémorroïdaire	2	4,5
Panaris	2	4,5
Douleur post opératoire	1	2,3
Traumatisme du genou gauche	1	2,3
Douleur musculaire	1	2,3
Goutte	1	2,3
Fracture processus L1 L2 L3	1	2,3
Appendicite	1	2,3
Entorse	1	2,3
Total	44	100

La prise d'AINS était motivée par une douleur dentaire et une courbature dans respectivement 25% et 13,6% des cas.

4.8. Examen physique à l'admission

Tableau X: Répartition des patients selon l'examen physique à l'admission

Examen physique	Effectif	Pourcentage %
Méléna	33	75
Hypotension	33	75
Pâleur	30	68,2
Tachycardie	20	45,5
Sang dans les déjections	6	13,6
Hépatomégalie	6	13,6
Ictère	5	11,4
Ascite	4	9,1
Amaigrissement	4	9,1
Conscience altérée	1	2,3
Splénomégalie	1	2,3
CVC abdominale	1	2,3

Une hypotension artérielle, une pâleur muqueuse et une tachycardie étaient retrouvées respectivement chez 75% ; 68,2% et 45,5% de nos patients.

4.9. Examens paracliniques

4.9.1. Biologie

Tableau XI: Répartition des patients selon la biologie

Biologie		Effectif	Pourcentage %	
NFS	Hb	<12g/dl	39	88,6
		≥12g/dl	5	11,4
	VGM	<80	13	29,5
		80-100	28	63,6
		>100	3	6,8
	Plaquettes	<150	17	38,6
		≥150	27	61,4
	Leucocytes	<10000	29	65,9
		≥10000	15	34,1
	TP n=27	<70%	7/27	25,9
≥70%		20/27	74,1	
Transaminases n=27	ALAT<40UI/L	18/27	66,7	
	ALAT≥40UI/L	9/27	33,3	
	ASAT<40UI/L	15/27	55,5	
	ASAT≥40UI/L	12/27	44,4	
Créatininémie n=37	<50 µmol/l	10	27	
	50-110 µmol/l	12	32,4	
	>110 µmol/l	15	40,5	

Une anémie, une augmentation de la créatinine et une cytolyse ont été retrouvées respectivement chez 88,6% ; 40,5 % et 33,3 % de nos patients.

4.9.2. Echographie

Tableau XII: Répartition des patients selon les résultats de l'échographie

Résultats échographie	Effectif * n/N	Pourcentage %
Hépatomégalie	7/31	22,6
Ascite	5/31	16,1
Splénomégalie	3/31	9,7
Veine porte dilatée	3/31	9,7
Cystite chronique	1/31	3,2
Foie dysmorphique	1/31	3,2
Echographie normale	19/31	61,3

*13 patients n'ont pas bénéficié de l'échographie.

L'hépatomégalie et l'ascite ont été retrouvées dans respectivement 22,6% et 16,1% des cas.

4.9.3. Fibroscopie OGD

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

Résultats FOGD	Effectif	Pourcentage %
Ulcère	26/38*	68,4
VO/VCT	8/38*	21,1
Gastrite érythémateuse	7/38*	18,4
Gastrite érosive	6/38*	15,8
Œsophagite	2/38*	5,3
Aucune lésion	2/38*	5,3

*6 patients n'ont pas bénéficié de la FOGD.

L'ulcère a été retrouvé dans 68,4% des cas.

4.9.4. Coloscopie

Trois (03) de nos patients avaient bénéficié de la coloscopie dont les résultats étaient :

- une colite ulcérée ;
- une colite érosive ;
- une diverticulose colique.

4.10. Traitement

Tableau XIV: Répartition des patients selon le traitement

Traitement	Effectif	Pourcentage %
Solution isotonique	38	86,4
IPP	37	84,1
Antibiothérapie	34	77,3
Transfusion	30	68,2
Macromolécule*	19	43,2

*Gélofusine 4% et Dextran 70.

Les IPP et la transfusion ont été administrés dans respectivement 84,1% et 68,2% des cas.

4.11. Evolution :**Tableau XV: Répartition des patients selon l'évolution**

Evolution		Effectif	Pourcentage %
	Oui	39	88,6
Arrêt hémorragie	Non	5	11,4
	Oui	1	2,3
Récidive	Non	43	97,7
	Oui	5	11,4
Décès*	Non	39	88,6

-Le délai moyen de l'arrêt de l'hémorragie était de $5,8 \pm 2,1$ jours avec des extrêmes de 2 et 10 jours.

-L'arrêt de l'hémorragie a été constaté chez 39 patients soit 88,6% des cas.

La mortalité était de 11,4%.

*Tous les 5 malades sont décédés dans un tableau d'état de choc hémorragique.

4.12. Analyse :**Tableau XVI: Délai entre la 1^{ère} prise d'AINS et motif de consultation**

Délai (jours)	< 1 jour	1-7	8-14	15-21	>21	Total	Test statistique
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	P
Hématémèse	1	18 (41)	0	0	15 (34,1)	34 (77,2)	10^{-8}
Rectorragie	0	5 (11,4)	0	2 (4,5)	3 (6,8)	10 (22,7)	0,04
Méléna	0	2 (4,5)	0	0	1 (2,3)	3 (6,8)	-

L'hémorragie survenait significativement dans la première semaine de la prise d'AINS.

Tableau XVII: Molécule et motif de consultation

Motif	Hématémèse	Méléna	Rectorragie	Total	Test Statistique
Molécule	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	P
Diclofénac	20 (45,5)	1 (2,3)	5 (11,4)	26 (59,1)	0,000003
Ibuprofène	5 (11,4)	0	2 (4,5)	7 (15,9)	0,017
Acide acétylsalicylique	4 (9,1)	1 (2,3)	1 (2,3)	6 (13,6)	0,105
Piroxicam	4 (9,1)	0	1 (2,3)	5 (11,4)	-
Kétoprofène	1 (2,3)	1 (2,3)	0	2 (4,5)	-
Etoricoxib (cox2)	0	0	1 (2,3)	1 (2,3)	-

Le Diclofénac et l'Ibuprofène étaient significativement associés à la survenue d'une hématémèse.

Tableau XVIII: Délai de survenue de l'hémorragie par rapport à la 1^{ère} prise de molécule.

Délai (jours)	< 1jour	1-7	8-14	15-21	>21	Total	Test Statistique
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	P
Molécule							
Diclofénac	1 (2,3)	14 (31,8)	1 (2,3)	0	10(22,7)	26 (59,1)	0,000007
Ibuprofène	0	1 (2,3)	0	0	6(13,6)	7(15,9)	0,00007
Acide acétylsalicylique	0	5 (11,4)	0	1 (2,3)	1(2,3)	7 (15,9)	0,004
Piroxicam	0	3(6,8)	0	0	2(4,5)	5 (11,4)	0,04
Kétoprofène	0	2 (4,5)	0	0	0	2 (4,5)	-
Etoricoxib	0	0	0	0	1(2,3)	1(2,3)	-
(cox2)							
Total	1	22	1	1	19	44	

Une hémorragie était significativement constatée dans la première semaine de la prise du Diclofénac alors que celle-ci était significativement constatée après 21 jours avec la prise de l'Ibuprofène.

Tableau XIX: Résultat de la FOGD par rapport à la molécule

FOGD n=38 Molécule	VO/VCT	Ulcère	Œsophagite	Erythème	Erosion	Pas de lésion	Test Statistique
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif(%)	P
Diclofénac	4 (10,5)	13 (34,2)	2 (5,3)	3 (7,9)	2 (5,3)	2	0,0001
Ibuprofène	1 (2,6)	4 (10,8)	0	0	2 (5,4)	0	0,04
Acide acétylsalicylique	1 (2,6)	4 (10,8)	1 (2,6)	1 (2,6)	1 (2,6)	0	-
Piroxicam	1 (2,6)	4 (10,8)	0	1 (2,6)	0	0	-
Kétoprofène	1 (2,6)	1 (2,6)	0	0	0	0	-
Etoricoxib (Cox2)	0	0	0	1 (2,6)	1(2,6)	0	-

Une hémorragie par ulcère était significativement associée à la prise du Diclofénac et de l'Ibuprofène.

Tableau XX: Molécule et décès

Décès	Oui	Non	Total
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Molécule			
Diclofénac	3 (11,5)	23 (88,5)	26 (100)
Ibuprofène	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100)
Acide acétylsalicylique	0	7 (100)	7(100)
Piroxicam	0	5 (100)	5 (100)
Kétoprofène	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Etoricoxib (Cox2)	0	1 (100)	1 (100)

$\chi^2=5,02$ $p=0,413$

-Nous avons constaté des cas de décès par choc hémorragique chez les patients ayant pris du Diclofénac, de l'Ibuprofène et du Kétoprofène sans différence statistiquement significative.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude, prospective et analytique sur un an, nous a permis de colliger 44 cas de prise d'AINS sur 121 patients hospitalisés pour HD soit une fréquence de 36,4%. Ce résultat est sous-estimé car certains patients pourraient consulter les tradipraticiens avant de se référer à notre structure. Nos patients n'ont pas bénéficié de la recherche de l'*Helicobacter pylori* dans le contexte aigu de l'hémorragie digestive. Cependant, cet échantillon nous a permis d'analyser les caractéristiques des HD dans un contexte de prise d'AINS.

La fréquence de l'HD par AINS dans notre étude était de 36,4%. Ce résultat est supérieur à ceux de Diarra et al [12], Bardou et al [13] et Levy et al [2] qui ont rapporté respectivement 27,2% ; 9% et 30%. Cette différence pourrait s'expliquer par une différence d'échantillonnage.

L'âge moyen de nos patients était de $44,9 \pm 17,5$ ans, comparable aux résultats rapportés par Razafimahefa et al à Madagascar [14], Samlani-Sebbane et al au Maroc [15], Bagny et al au Togo [1] qui étaient respectivement de 45 ans ; 48ans et 49 ans.

Dans notre étude, les hommes étaient plus touchés avec un sex-ratio de 3. Cette constatation a été faite par Razafimahefa et al à Madagascar [14], Samlani-Sebbane et al au Maroc [15].

Les femmes au foyer et les ouvriers ont représenté chacun 22,7%. Par ailleurs Diarra et al [12] ont rapporté une prédominance chez les cultivateurs et les femmes au foyer avec respectivement 43,2% et 25,6%. Ce constat de prédominance dans les couches socio-professionnelles défavorisées, peut être expliqué par les activités journalières tendant à favoriser la prise d'AINS.

Dans notre étude, l'hématémèse a motivé la consultation dans la majorité des cas (77,3%). Cette même constatation a été faite par Hagège et al (75%) [4], El Mekkaoui et al (79,6%) [16] et Koumaré (92,2%) [17].

Les patients étaient hospitalisés dans la première semaine de survenue de l'HD dans 86,4% des cas. Cette hospitalisation précoce a été rapportée par Koumaré [17].

Plus de la moitié de nos patients avaient pris du Diclofénac. Ce constat confirme celui de Menu et al [18] dans une étude sur la prescription des AINS affirmant que 68% des prescriptions étaient des AINS à durée de vie courte. Crickx rapporta que l'acide acétylsalicylique est la molécule la plus utilisée en première intention, l'effet antiagrégant étant obtenu avec des doses inférieures (de 75 à 325 mg/j) à celles nécessaires pour son activité anti-inflammatoire (de 500mg à 3g/j) [19].

L'HD dans notre étude survenait dans la première semaine de la prise de l'AINS. Cet état de fait peut-être expliqué par la nature des AINS (durée de vie courte), consommés par nos patients.

Dans notre étude, la prise d'AINS était motivée par une douleur dentaire et une courbature dans respectivement 25% et 13,6% alors que Menu et al [18] rapportèrent que l'arthrose était la première indication (52%) de la prescription d'un AINS.

Les signes de choc hémodynamique comme l'hypotension artérielle, la pâleur et la tachycardie ont été retrouvés respectivement chez 75% ; 68,2% et 45,5% de nos patients. Dicko et al [5] avaient retrouvé les vertiges, l'hypotension artérielle et la tachycardie dans respectivement 54% des cas ; 38,1% des cas et 47,6% des cas. Dans ces deux études, on note la fréquence des signes de choc hémorragique.

Une hyper-créatininémie et une cytolyse hépatique coexistaient avec l'anémie dans notre étude, alors que pour Koumaré [17] et Menu et al [18] seule l'insuffisance rénale était présente au cours de l'anémie. Cette constatation peut être expliquée par l'action toxique des AINS sur le foie et les reins.

Dans notre étude, l'ulcère a représenté 68,4% des causes de l'hémorragie. Notre résultat est nettement supérieur à ceux de Razafimahefa et al [14] et Samlani-

Sebbane et al [15] qui étaient respectivement de 35,6% et 16%. L'implication des AINS dans la physiopathologie de l'ulcère et de sa complication hémorragique pourrait expliquer ce constat.

La majorité de nos patients (84,1%) avait été traitée par IPP. Cette attitude est expliquée par le nombre d'ulcère.

La récurrence hémorragique a été constatée dans 2,3% des cas, comparable à celle de l'étude de Hagège et al [4] qui était de 5,4%.

La mortalité était de 11,4% dans notre étude. Cette mortalité est légèrement supérieure à celle rapportée par Hagège et al [4] qui était de 5,1% mais inférieure à celles rapportées par Samlani-Sebbane et al [15] et de Koumaré [17] qui étaient respectivement de 22,4% et 23,4%. Ces différences peuvent être expliquées par des méthodologies différentes.

Dans notre étude, nous avons constaté des cas de décès pendant la prise du Diclofénac, de l'Ibuprofène et du Kétoprofène sans différence statistiquement significative ($p=0,413$).

CONCLUSION

VI. 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 fréquence représentative du sexe masculin sont régulièrement rapportés dans notre contexte. L'hématémèse était le principal motif de consultation. Le Diclofénac était l'AINS le plus responsable de l'hématémèse. La mortalité était due dans la plupart des cas à un état de choc hémorragique. La récurrence était peu fréquente après traitement par IPP.

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous recommandons :

• **Aux Autorités :**

- L'organisation des campagnes de sensibilisation sur les conséquences néfastes de la prise sans prescription des médicaments en général, des AINS en particulier.
- Le renforcement des mesures de contrôle des médicaments.
- L'équipement des centres d'endoscopie en matériel pour une meilleure prise en charge.

• **A la Population :**

- La consultation précoce en cas d'HD.
- L'arrêt de l'automédication.

• **Aux Personnels sanitaires :**

- La prise en charge immédiate au service des urgences et une coopération entre urgentiste, réanimateur, gastro-entérologue et chirurgiens ainsi que la disponibilité de l'endoscopie.
- La surveillance rigoureuse des maladies susceptibles d'entraîner des HD.
- La prise en charge correcte des HD.

REFERENCES

VIII. 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 hépato-gastroentérol* 2012 ; 6 (1) : 38- 42.
- 2- Levy J, Bourgeois P.** Lésions digestives sous AINS et gastro protection : quelles stratégies thérapeutiques ? *Le concours* 2003 ; 125 (33) : 1916-1920.
- 3- Thiéfin G.** Toxicité intestinale des AINS. *Encycl Med Chir.* (Elsevier Masson, Paris), HGE, post U 2004, 121-132.
- 4- Hagège H, LayAïda K, Nakmouche M, Benhayoun K, Sombié AR, Fali F, Ntagirabiri R et al.** Observation Hémorragies Digestives Hautes en Afrique Francophone (OHDHAF). Résultats préliminaires d'une étude prospective multicentrique réalisée dans 13 pays. Paris: JFHOD 2010. 1-3.
- 5- Dicko MY, Doumbia K, Wife Samaké, Sow H Wife Coulibaly, G Soumaré et al.** Acute Upper Digestive Bleedings in Hospital in Bamako. *Open J of Gastroenterology.* 2018 ; 8 : 387-393.
- 6- Lasserre N, Duval F, Pateron D.** Les hémorragies digestives hautes, conduite à tenir aux urgences. *URGENCES* 2009 ; 98 : 959-68.
- 7- Chapelle N, Bardou M.** Toxicité gastroduodénale des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens. *Encycl Med Chir.* (Elsevier Masson, Paris), Gastro-entérologie, 2017,1-10.
- 8-David ZJ, Chryssostalis A, Lefevre J.** Hépatologie gastro-entérologie chirurgie viscérale. 6^è édition. Paris : Vernazobres-Gregg; 2017, 552-566.
- 9- Pateron D, Belhadj K.** Prise en charge des hémorragies digestives aiguës hautes : utilisation des médicaments à visée hémostatique. *Réanimation* 2001 ; 10 : 666-72.
- 10- Pateron D.** Complications de l'hypertension portale de l'adulte. Hémorragies digestives. Évaluation et prise en charge non spécifique. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : B179-85.

11- Conférence de consensus : complications de l'hypertension portale chez l'adulte. Comment traiter une hémorragie aiguë par rupture de varices œsophagiennes ? *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : 135-52.

12- Diarra M, Soucko-Diarra A, Dolo M, Traore H, Diallo A. Hémorragies digestives hautes aiguës : Expérience d'un milieu rural. *Acta endoscopica* 2007 ; 37(3) : 321-326.

13- Bardou M, Barkun A. Prévention des complications digestives des anti-inflammatoires non stéroïdiens : de la connaissance des facteurs de risque à leur prise en compte. *Rev rhumat* 2007 ; 77 : 7-13.

14- Razafimahefa SH, Rabenjanahary TH, Rakotozafindraibe R, Fidinarivo A, Ramanampamonjy RM. Hémorragies digestives hautes : aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs. A propos d'une série de 62 patients malgaches. *Rev med Madagascar* 2011; 1 (1):6-10.

15- Samlani sebbane Z, Gharaba S, Krati K, Aboulhassan T, Samkaoui A, Rabbani K, Finech B. Le profil étiologique des HDH extériorisées dans la région de Marrakech. *J afr hépato-gastro* 2012 ; 6(4): 256-258.

16- Mekkaoui El, Lellouki I, Berraho M, Saâda K, Elyousfi M, Aqodad N et al. Epidémiologie, étiologie et évolution des hémorragies digestives hautes au centre hospitalier universitaire de Fès, Maroc. *Acta Endosc* 2011 ; 41 (6) :337-343.

17- Koumaré M. Hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes et valeur pronostique de la transfusion sanguine dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU Gabriel Touré. These. Med : Bamako ; 2019.1-50, 87.

18- Menu D, Patrick B, Pascal D, Luc Zanni J, Sylvie A, Malbrant et al. Prescription des AINS en Bourgogne chez la personne âgée de plus de 70 ans. *Rev Prat* 2004 ; 18 : 248-252.

19- Crickx Etienne. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. *Rev Prat* 2017 ; 67 :433-442.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE N°

Questionnaire

I-Identité du patient

Nom : _____ Prénom : _____
 Age : _____ Ethnie : _____ Adresse : _____
 Profession : _____ Statut matrimonial : _____
 Numéro de Tel : _____

II-Motif de consultation :

1-Hématémèse 2-Méléna 3- Rectorragie
 4-Anémie
 5-Choc hémorragique 6-Autres Préciser

Délai entre l'hémorragie et l'admission : -----

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

Médicaux :

Ulcère : Hépatopathie connue :
 Hémorragie digestive : Etiologie : _____
 Arthrose : Drépanocytose:
 Ictère : Transfusion : Diabète :
 Autres : Préciser : -----

Prise d'AINS :

Molécule : _____ Posologie : _____
 Délai entre 1^{ère} prise et la survenue de l'hémorragie.
 Préventif : Thérapeutique :

Pathologie : -----

Autres médicaments : Préciser : _____

Tabac : Paquet/année : _____ Alcool : Quantité : _____

Chirurgicaux :

Si 1 préciser : -----

Autres : Préciser : -----

IV-Examen physique à l'admission :

Pâleur : Ictère : Amaigrissement :

T° : TA : FR : FC :

Poids : Taille : IMC :

Hépatomégalie : Splénomégalie : CVC abdominale :

Ascite :

Conscience : 1-bonne 2-altérée

TR : Méléna : Rectorragie (hématochézie):

Doigtier propre :

Résultat de l'examen général :

V-Examens para cliniques : 1= Oui 2=Non

Hémogramme :

Hb : ----- Hte : ----- : VGM : ----- CCMH : -----

Plaquettes : ----- Leucocytes : -----

Réticulocytes : -----

Transamiasémie :

TP : -----

Echographie abdominale : Hépatomégalie : Splénomégalie :

Veine porte (VP) : ----- Ascite : Autres :

Fibroskopie œso-gastroduodénale :

1-VO/VCT : 2-Ulcère : Forrest : -----

3-Tumeur : 4-œsophagite : 5- Erosion gastroduodéal :

6-Gastrite érythémateuse :

7- Autres : Préciser : -----

Coloscopie :

1-Polype : 2- Tumeur : 3 : Diverticule :

4-Angiodysplasie : 5-Erosion : 6-Gastrite érythémateuse :

7-Autres : Préciser : -----

VI-Conduite à tenir : 1=Oui 2= Non

Transfusion : Nombre de culots : Sang total :

CE :

Antibiothérapie : -----

IPP : -----

Macromolécules : -----

Solution isotonique : -----

VII- Evolution : 1=Oui 2=Non

Arrêt de l'hémorragie :

Récidives : Délai :

Décès :

Tableau : -----

Délai par rapport au début de survenue de l'hémorragie : -----

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Traoré

Prénom : Awa

Date et lieu de naissance : 04/11/1990 à Sikasso

Titre de la thèse : Place des anti- inflammatoires non stéroïdiens dans les hémorragies digestives

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 la place des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les hémorragies digestives dans le service d'hépatogastroentérologie.

METHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude prospective et analytique qui s'est déroulée dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel TOURE de juillet 2019 à juin 2020 et qui a porté sur tous les patients hospitalisés pour hémorragie digestive. Ces patients avaient bénéficié de la recherche des caractères sociodémographiques, de la notion de prise d'anti inflammatoire non stéroïdien (Dose et durée), d'un examen physique et d'une endoscopie digestive.

RESULTATS : Au terme de cette étude, 44 cas de prise d'anti inflammatoire non stéroïdien sur 121 patients hospitalisés pour hémorragie digestive ont été colligés soit une fréquence de 36,4%. L'âge moyen de nos patients était de 44,9±17,5 ans avec un sex-ratio de 3. Les femmes au foyer et les ouvriers étaient les couches socioprofessionnelles les plus touchées. L'hématémèse était le motif de consultation dans 77,3%. L'hémorragie digestive et le tabagisme étaient les antécédents les plus retrouvés. Le Diclofénac était la molécule la plus utilisée dans 59,1% des cas avec une hémorragie qui survenait dans la 1^{ère} semaine que la prise de l'anti inflammatoire non stéroïdien dans 52,3% des cas.

L'hypotension artérielle, la pâleur et la tachycardie étaient les signes de choc hémorragique retrouvés respectivement dans 75% ; 68,2% et 45,5% de nos patients.

L'anémie était associée à l'augmentation de la créatinine et à la cytolyse dans respectivement 40,5% et 33,3% des cas. L'ulcère était la cause retrouvée dans 68,4% des cas. Nous avons constaté une mortalité globale de 11,4%. L'hémorragie survenait significativement $p=10^{-8}$ dans la 1^{ère} semaine de la prise d'anti inflammatoire non stéroïdien et était significativement associée à la prise du Diclofénac ($p= 0,000003$) et de l'Ibuprofène ($p=0,017$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative quant à la survenue de décès par rapport aux molécules.

Conclusion : L'hémorragie digestive de l'adulte est l'une des principales urgences digestives et demeure une cause de morbidité et de mortalité. La récurrence était peu fréquente après traitement par les inhibiteurs de pompe à proton.

Mots clés : Hémorragie Digestive, Anti-inflammatoire non Stéroïdien, Urgence-MALI.

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 reçue de leur père.

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 le jure.