



Article original

Circonstances de découverte des hémorragies digestives hautes aiguës au service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé

Circumstances of discovery of acute upper digestive Bleeding in the emergency department of the central hospital of Yaounde (Cameroon)

SV Nga Nomo*¹, AG Kuitchet Njeumji², CET Binam Bikoi³, CR Iroume Bifouna⁴, D Djomo Tamchom⁵, S Ngouatna⁴, B Jemea⁴, M Biwolé⁶

Résumé

Objectif : Décrire les circonstances de découverte des hémorragies digestives hautes au service d'accueil des urgences vitales de l'hôpital central de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 3 mois (Août à Octobre 2020) dans le service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé. Tous les patients admis pour une hémorragie digestive haute au cours de la période suscitée ont été inclus. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude, les données cliniques et la qualification du personnel soignant.

Résultats : Durant la période d'étude, 38 patients ont répondu à nos critères d'inclusion. L'âge médian était de 52±5,2 ans. Le sexe ratio était de 1,5. L'ulcère gastroduodénal était l'antécédent le plus retrouvé (39,5%). L'hématémèse représentait le principal mode révélateur de l'hémorragie digestive haute (55%), suivi du méléna (19%). Le seuil transfusionnel

était de 7g/dl la majorité des cas (63,2%).

Conclusion : l'hématémèse représente le principal mode révélateur des hémorragies digestives hautes. La prise en charge d'une hémorragie digestive haute est à la fois médicamenteuse et endoscopique. La compensation des pertes sanguines par le sang total reste largement employée aux urgences de l'hôpital central de Yaoundé.

Mots-clés : Hémorragies digestives hautes, transfusion sanguine, service des urgences.

Abstract

Objective: To describe the circumstances of the discovery of upper digestive hemorrhages in the emergency department of the central hospital of Yaounde.

Methodology: This was an observational, prospective study with a descriptive aim which took place over a period of 3 months (August to October 2020) in the emergency medicine department of the central hospital of Yaounde. Patients admitted to the emergency

department for upper digestive hemorrhage during the aforementioned period were included. The variables studied were: the sociodemographic characteristics of the study population, clinical data and the qualification of the nursing staff.

Results: During the study period, 38 patients met our inclusion criteria. The median age was 52 ± 5.2 years.

The sex ratio was 1.5. Gastroduodenal ulcer was the most common antecedent (39.5%). Hematemesis was the main mode of upper gastrointestinal bleeding (55%), followed by melena (19%). The transfusion threshold was 7g/dl in the majority of cases (63.2%).

Conclusion: Hematemesis is the main mode of upper gastrointestinal bleeding. The management of upper gastrointestinal bleeding is both medicinal and endoscopic. Compensation of blood loss with whole blood remains widely used in the emergency department of the central hospital of Yaounde.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, blood transfusion, emergency department.

Introduction

L'hémorragie digestive se définit par un saignement ayant pour point de départ une partie du tube digestif [1,2]. On classe ces hémorragies en, hémorragie digestive haute ou basse selon que leur origine se situe respectivement en amont ou en aval de l'angle duodéno-jéjunal (angle de Treitz après le quatrième duodénum) [3,4,5]. L'hémorragie digestive haute représente un motif fréquent d'admission aux urgences [6], en raison son abondance à l'origine d'une instabilité hémodynamique [6], ou de la nécessité de surveillance rapprochée devant des comorbidités [4,5,6]. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire, associant l'urgentiste, le gastro-entérologue, le biologiste et parfois le radiologue, l'anesthésiste, le chirurgien ou le réanimateur. Cette prise en charge au service des urgences, est conditionnée par l'état clinique du patient et l'abondance de l'hémorragie [6]. En plus de l'expansion volémique par cristaalloïdes, la transfusion

sanguine représente une mesure thérapeutique importante pour maintenir l'hémodynamique du patient stable [6,7,8]. L'objectif général de notre étude était de décrire les circonstances de découverte des hémorragies digestives aiguës hautes au service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 3 mois (d'Août à Octobre 2020) dans le service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé. L'hôpital central de Yaoundé est un établissement hospitalier de référence du Cameroun créée en 1933 par l'administration coloniale française. Initialement considéré comme un hôpital de jour en 1963, il a subi plusieurs mutations structurelles pour devenir un établissement de soins de deuxième catégorie, doté d'équipes médicales multidisciplinaires et spécialisées. Les patients d'âge supérieur à 18 ans, admis aux urgences pour une hémorragie digestive haute au cours de la période suscitée, et qui ont bénéficié d'une transfusion sanguine ou des produits dérivés du sang au cours de la procédure de prise en charge ont été inclus. Les patients sous traitement bétabloquants étaient systématiquement exclus de l'étude. L'hémorragie digestive haute était définie par la présence d'une hématomèse, et/ou un méléna, et/ou une anémie avec présence de sang dans l'estomac lors de la vidéo-endoscopie digestive haute. L'oxymétrie de pouls a été monitoré systématiquement chez tous les participants et la numération formule sanguine standardisée chez ces derniers, dès leur admission aux urgences. La prise des paramètres vitaux a été faite dans le même temps (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire). La tachycardie se définissait par une fréquence cardiaque (FC) supérieure à 90 battements par minute. Les valeurs physiologiques de la fréquence respiratoire (FR) étaient de 14 à 20 cycles par minute et la diurèse de 0,8 à 1ml/kg/h. la pression artérielle systolique a été considérée comme « basse » lorsqu'elle était inférieure à 90 mmHg ou

diminuée de 30 % par rapport à la valeur habituelle chez les patients hypertendus, et « très basse » au-dessous de 60 mmHg. La quantification des pertes sanguines se faisait par la méthode d'estimation visuelle. Les données ont été recueillies à partir d'une grille d'observation divisée en 3 sections :

- La section 1 : La qualification du personnel soignant (médecin, infirmier diplômé d'état, infirmier anesthésiste, aide-soignant),

- La section 2 : les informations relatives au patient,

- La section 3 : la procédure de transfusion sanguine.

Les variables étudiées étaient : les caractéristiques de la population d'étude (l'âge, le genre, les antécédents médicaux, le taux de mortalité), les données cliniques (le mode de découverte, les variables hémodynamiques à savoir la fréquence cardiaque, la pression artérielle systolique et la fréquence respiratoire ; la diurèse et l'état neurologique) et la qualification du personnel soignant. L'analyse statistique a été réalisée grâce aux logiciels Excel 2010 et SPSS 20.0.

Résultats

Durant la période d'étude, 38 patients ont répondu à nos critères d'inclusion sur un total de 43 cas d'hémorragies digestives hautes diagnostiquées au service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé, soit une fréquence transfusionnelle de 88,4%. Les caractéristiques de la population d'étude figurent dans le tableau 1. L'âge médian était de $52 \pm 5,2$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 88 ans. Le groupe de participants âgés de plus de 65 ans était le plus représenté dans notre échantillon (68,4%). Le sexe-ratio était de 1,5. L'ulcère gastroduodénal représentait l'antécédent le plus retrouvé (39,5%), suivi de l'hypertension artérielle (15,8%). Dans 15,8% de cas, il s'agissait d'une récurrence d'hémorragie digestive haute.

L'hématémèse désignait le principal mode révélateur de l'hémorragie digestive aiguë haute (55%), suivi du méléna (19%). L'association de méléna et d'hématémèse a été retrouvée dans 26% de cas (figure 1). Les critères liés à l'hypovolémie sont représentés

dans le tableau 2. Il s'agissait de : La tachycardie sinusale (57,9%), les pertes sanguines supérieures >1500 ml (55,2%), l'hypotension artérielle systolique (47,4%), la polypnée (65,8%) et le trouble de la conscience (5,3%).

L'étiologie la plus fréquente était l'ulcère gastroduodénal (71,1%), suivie l'hypertension portale (23,7%) et de la gastrite érosive (5,3%). Un seuil transfusionnel inférieur à 7g/dl guidait la transfusion sanguine (figure 2) dans la majorité des cas (63,2%). Outre le remplissage vasculaire par les cristalloïdes, le sang total représentait l'unique produit employé pour la compensation des pertes sanguines. La prescription de la transfusion sanguine était l'initiative du personnel paramédical (76%) ou du médecin (24%). La mortalité des hémorragies digestives hautes au service des urgences était nulle.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Genre		
Masculin	23	60.5
Féminin	15	39.5
Total	38	100
Groupe d'âge (année)		
[15 – 25]	1	2.6
]25 – 35]	2	5.3
]35 – 45]	2	5.3
]45 – 55]	3	7.9
]55 – 65]	4	10.5
]65 - 75]	10	26.3
>75	16	42.1
Total	38	100
Antécédents		
Ulceré gastroduodénal	15	39.5
Hypertension artérielle	6	15.8
Hémorragie digestive haute	6	15.8
Diabète	3	7.9
Cirrhose	3	7.9
Cardiopathie	2	5.3
Aucun	3	7.9
Total	38	163.2

Tableau II : signes de gravité liés au retentissement clinique de l'hémorragie

Pertes sanguines estimées (ml)				
	<750	750 - 1500	1500 - 2000	>2000
Fréquence	-	17	14	7
Pourcentage	-	44,7	36,8	18,4
Fréquence cardiaque (/min)				
	<100	100 - 120	120 - 140	>140
Fréquence	16	20	2	-
Pourcentage	42.1	52,6	5,3	-
Pression artérielle systolique				
	Normale	Normale	Basse	Très basse
Fréquence	-	20	11	7
Pourcentage	-	52,6	29,0	18.4
Fréquence respiratoire (cycles/min)				
	14-20	20 - 30	30 - 40	>40
Fréquence	13	20	5	-
Pourcentage	34.2	52,6	13,2	-
Diurèse (ml/h)				
	>30	30 - 30	5 - 15	Anurie
Fréquence	Absence de monitoring de la diurèse			
Pourcentage	Absence de monitoring de la diurèse			
État neurologique				
	Anxiété légère	Anxiété modérée	Obnubilation	Coma
Fréquence	25	11	2	-
Pourcentage	65.8	28,9	5,3	-

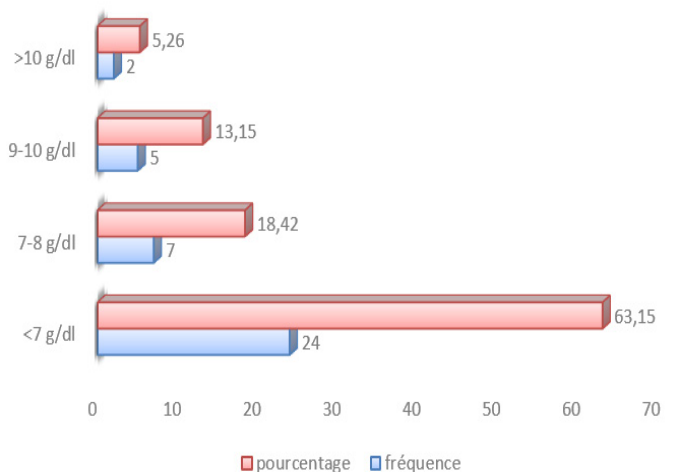
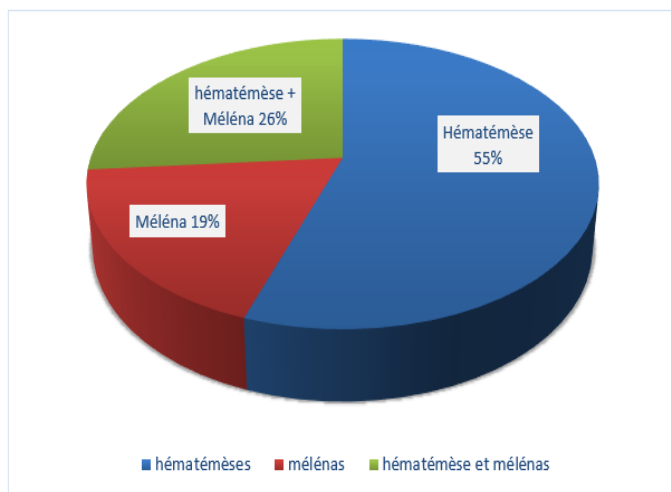


Figure 1 : Circonstance de découverte de l'hémorragie digestive haute

Figure 2 : Seuil transfusionnel.

Discussion

Durant la période de recrutement, 43 patients ont été admis au service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé pour la prise en charge d'une hémorragie digestive aiguë haute, parmi ceux-ci 38 ont nécessité une transfusion sanguine, soit une fréquence transfusionnelle de 88.4%. La population d'étude était majoritairement constituée d'homme (60,5%), le groupe des sujets âgés de plus de 65 ans représentait la population à risque de développer une hémorragie digestive haute grave nécessitant une transfusion sanguine. Amine El Mekkaoui et al [9] dans un travail portant sur la différence épidémiologique des hémorragies digestives hautes entre les hommes et les femmes a également retrouvé une prédominance masculine (67,4%). Dans sa cohorte l'âge médian était de 51,5 ans chez les femmes et 47,8 ans chez les hommes. Batumona B et al [10], Sarah A Hearnshaw et al [11] retrouvent des résultats superposables dans leurs différents travaux portant sur les hémorragies digestives hautes. La majorité des auteurs retrouvent une prédominance masculine sans fondement scientifique. Ben Chaabane [12], Button LA et al [13] décrivent le sexe masculin comme un facteur de risque indépendant d'hémorragie digestive haute, toute fois les résultats de leurs séries méritent d'être consolidées par des cohortes plus importantes. La forte consommation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (médicaments gastro-toxiques) chez le sujet âgé et la prédominance de l'ulcère gastroduodéal dans ce groupe d'âge (39,5%), pourraient justifier la forte prévalence des hémorragies digestives chez le sujet > 65 ans. Dans un travail portant sur la différence épidémiologique des hémorragies digestives hautes entre les hommes et les femmes, Amine El Mekkaoui [9] démontrent que les étiologies des hémorragies digestives hautes sont différentes dans les deux sexes. Alors que l'hémorragie liée à l'hypertension portale est la première cause chez la femme (38% versus 23,5% chez l'homme), c'est la pathologie ulcéreuse qui vient au premier rang chez l'homme (68% versus 36,7%) [9]. Dans notre étude, nous retrouvons l'ulcère

gastroduodéal (71,1%) comme première cause des hémorragies digestives. Nahon S et al [14], dans une étude française coordonnée par l'Association nationale des gastroentérologues des hôpitaux généraux, incluant 3298 patients présentant une hémorragie digestive haute, l'ulcère gastroduodéal était également la première étiologie (38 %), devant les hémorragies liées à la rupture de varices œsophagiennes (24,5%) et les gastropathies. La prise régulière d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'infection à *Helicobacter pylori* augmenteraient de façon significative et indépendante le risque d'ulcère gastroduodéal et d'ulcère hémorragique. La prévalence de l'ulcère gastroduodéal chez les patients prenant régulièrement des AINS est de 15 à 30 % [15]. La polymédication du sujet âgé et la prise régulière de petites doses d'aspirine dans le cadre de la prévention du risque cardiovasculaire dans la population camerounaise sont des facteurs qui multiplieraient le risque d'hémorragie digestive haute chez le sujet de cette tranche d'âge.

Le diagnostic d'une hémorragie digestive haute est généralement évident, car l'hémorragie est constatée par le patient et justifie la raison de sa consultation aux urgences. Les trois principales circonstances de découverte sont l'hématémèse, le méléna et l'hématochézie. Les autres circonstances de découverte sont rares. L'hématémèse a été retrouvé comme le principal mode révélateur (55%) de l'hémorragie digestive haute dans notre série. Dans un travail portant sur le mode de découverte des hémorragies digestives hautes dans un hôpital urbain aux Etats Unis, Kim JJ et al [16] ont trouvé une prévalence similaire de l'hématémèse (55%), suivie du méléna (42%) et de l'hématochézie (2%). La gravité d'une hémorragie digestive est liée aux caractéristiques du saignement, au retentissement hémodynamique et à la survenue des troubles de l'hémostase et impose une hospitalisation en réanimation [17,18,19,20]. Dans les hémorragies digestives hautes graves, l'objectif principal est de rétablir l'hémodynamique. Cette restauration hémodynamique passe par le remplissage vasculaire

à minima et la compensation des pertes sanguines [17,18,19]. Pour assurer la compensation des pertes sanguine, la transfusion de sang total représentait la seule alternative dans notre étude. Dans le contexte de l'urgence, la décision de transfuser un patient était prise par un personnel paramédical dans 2/3 des cas. Un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl a guidé la transfusion chez plus de la moitié des participants. La notion de seuil transfusionnel correspond à la valeur de la concentration d'hémoglobine en dessous de laquelle il est recommandé de ne pas descendre. Cette notion a des limites, car d'autres facteurs doivent être pris en compte pour procéder à une transfusion sanguine, notamment la cinétique du saignement, le degré de correction de la volémie et la tolérance clinique de l'anémie [21,22,23]. L'association de plasma frais congelés (PFC) et de concentrés de globules rouges (CGR) doit être prioritaire avec un ratio PFC/CGR compris entre 1/1 et 1/2 [22,24]. D'une part, nos résultats peuvent se justifier par les recommandations formulées par les sociétés savantes [22,23], relativement aux indications, modalités et seuil transfusionnel en réanimation, qui soutiennent un seuil transfusionnel de 7g/dl en l'absence d'insuffisance coronarienne aigue, y compris chez les patients ayant une cardiopathie chronique équilibrée. D'autre part, les 2/3 des actes transfusionnels ont été décidés par un personnel paramédical qui n'a pas souvent la compétence suffisante pour mener cette mission urgente. L'acte de transfusion sanguine doit être réalisé par le médecin ou sur prescription médicale par un personnel paramédical, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment [22]. L'insuffisance des ressources humaines qualifiées en Afrique sub-saharienne et les conditions de l'urgence imposent des choix thérapeutiques qui ne sont pas toujours en droite ligne avec les recommandations formalisées par les experts.

Conclusion

L'hémorragie digestive haute représente l'une des principales urgences digestives au service des

urgences de l'hôpital central de Yaoundé. La prise en charge des formes graves repose essentiellement sur la compensation de la volémie. L'hématémèse reste le principal mode révélateur et, la transfusion sanguine demeure empirique dans ses indications et le choix de la nature des produits à transfuser. L'insuffisance des personnels qualifiés et le plateau technique peu relevé imposent des choix thérapeutiques qui s'écartent souvent des recommandations formalisées des experts. Les concentrés de globules rouges représentent une ressource rare et coûteuse dans les pays à faibles revenus. Nous suggérons l'élaboration d'une stratégie transfusionnelle optimale, restrictive et sécuritaire pour les patients présentant une hémorragie digestive aiguë haute.

*Correspondance

Nga Nomo Serge Vivier

serges771@gmail.com

Disponible en ligne : 22 Octobre 2024

- 1 : Institut supérieur de technologie médicale/ Université de Douala, Département de chirurgie et spécialités, Cameroun
- 2 : Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Département de chirurgie et spécialités, Université de Garoua, Cameroun
- 3 : , Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Département de chirurgie et Spécialités, Université d'Ebolowa, Cameroun
- 4 : Faculté de Médecine et des sciences biomédicales, Département de chirurgie et spécialités, Université de Yaoundé1, Cameroun
- 5 : Faculté des sciences de la santé, Département de chirurgie et spécialités, Université de Buéa, Cameroun
- 6 : Institut supérieur de technologie médicale, Département des sciences cliniques, Cameroun

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Gibiino G, Binda C, Secco M, et al. Endoscopic Management of Bleeding in Altered Anatomy after Upper Gastrointestinal Surgery. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(11):1941. Published 2023 Nov 2. doi:10.3390/medicina59111941.
- [2] Tokar JL, Higa JT. Acute Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med*. 2022;175(2). doi:10.7326/AITC202202150.
- [3] Gaiani F, De'Angelis N, Kayali S, et al. Clinical approach to the patient with acute gastrointestinal bleeding. *Acta Biomed*. 2018;89(8-S):12-19. Published 2018 Dec 17. doi:10.23750/abm.v89i8-S.7861.
- [4] Whitehurst BD. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Surg Clin North Am*. 2018 Oct;98(5):1059-1072. doi: 10.1016/j.suc.2018.06.007. Epub 2018 Jul 17. PMID: 30243447.
- [5] Hawks MK, Svarverud JE. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2020 Feb 15;101(4):206-212. PMID: 32053333.
- [6] Nukala K, Srinivasan VR, Sagar RV. Clinical Presentation of Cases with Upper Gastro - Intestinal Bleeding. *J Assoc Physicians India*. 2022;70(4):11-12.
- [7] Wilcox GC. Management of haemorrhage and haemorrhagic shock. *Nurs Stand*. 2020 Nov 4;35(11):74-82. doi: 10.7748/ns.2020.e11600. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33118713.
- [8] Gallimore E. Clinical features and management of haemorrhagic shock. *Nurs Stand*. 2015 Sep 2;30(1):51-8; quiz 60. doi: 10.7748/ns.30.1.51.e9955. PMID: 26329089.
- [9] El Mekkaoui A, Saâda K, Mellouki I, et al. La différence épidémiologique des hémorragies digestives hautes entre les hommes et les femmes. *Pan Afr Med J*. 2012;12:94.
- [10] Batumona B, Tshimpi A, Bomba E, et al. Profil épidémio-clinique et endoscopique des hémorragies digestives aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Ann Afr Med*. 2015; (2):1-4.
- [11] Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut*. 2011 Oct;60(10):1327-35. doi: 10.1136/gut.2010.228437. Epub 2011 Apr 13. PMID: 21490373.
- [12] Ben Chaabane N, Ben Youssef H, Ghedira A, et al. Épidémiologie des hémorragies digestives hautes en Tunisie. *Acta Endosc*. 2010;40(3):176-82.
- [13] Button LA, Roberts SE, Evans PA, et al. Hospitalized incidence and case fatality for upper gastrointestinal bleeding from 1999 to 2007: a record linkage study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;33(1):64-76.
- [14] Nahon S, Hagege H, Latrive JP, et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy*. 2012;44(11):998-1006.
- [15] Arpurt JP. Épidémiologie récente des hémorragies digestives hautes. *La Lettre de l'Hépatogastroentérologue*. 2014;17(5):214-8.
- [16] Kim JJ, Sheibani S, Park S, et al. Causes of bleeding and outcomes in patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol*. 2014 Feb;48(2):113-8. doi: 10.1097/MCG.0b013e318297fb40. PMID: 23685847.
- [17] Palmer K. Management of haematemesis and melaena. *Postgrad Med J*. 2004 Jul;80(945):399-404. doi: 10.1136/pgmj.2003.017558. PMID: 15254304; PMCID: PMC1743041.
- [18] Elwakil R, Reda MA, Abdelhakam SM, et al. Causes and outcome of upper gastrointestinal bleeding in Emergency Endoscopy Unit of Ain Shams University Hospital. *J Egypt Soc Parasitol*. 2011 Aug;41(2):455-67. PMID: 21980783.

- [19] Gaudong Mbethe GL, Mounguengui D, Ondounda M, et al. Profil épidémiologique des hémorragies digestives hautes au Gabon. *Med Sante Trop*. 2014 Oct-Dec;24(4):441-3. French. doi: 10.1684/mst.2014.0376. PMID: 25499514.
- [20] Wang J, Cui Y, Wang J, et al. Clinical epidemiological characteristics and change trend of upper gastrointestinal bleeding over the past 15 years. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2017 Apr 25;20(4):425-31. Chinese. PMID: 28440524.
- [21] Rauer MJ, Neef V, Berra L. Severe bleeding in the ICU. *Curr Opin Anesthesiol*. 2021;34(4):530-6.
- [22] Chowdhury F, Doughty H, Batrick N. London 2017: Lessons learned in transfusion emergency planning. *Transfus Med*. 2021;31(2):81-7.
- [23] Lier H, Fries D. Emergency blood transfusion for trauma and perioperative resuscitation: standard of care. *Transfus Med Hemother*. 2021;48(6):366-76.
- [24] Holcomb JB, Tielley BC, Baraniuk S, et al. Transfusion of plasma, platelets and red blood cells in a 1:1 vs a 1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313(5):471-82.

Pour citer cet article :

SV Nga Nomo, AG Kuitchet Njeumji, CET Binam Bikoi, CR Iroume Bifouna, D Djomo Tamchom, S Ngouatna et al. Circonstances de découverte des hémorragies digestives hautes aiguës au service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé. *Jaccr Africa* 2024; 8(4): 10-17

<https://doi.org/10.70065/24JA84.002L012210>