



Indications chirurgicales d'hémostase en urgence des hémorragies digestives au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo.

Surgical instructions haemostasis emergency of gastrointestinal bleeding in the Joseph Ravoahangy Andrianavalona University Academic Center, Antananarivo

C F P F RAHANTASOA ^{(1)*}, T RAJAONARIVONY ⁽²⁾, F RASOAHERINOMENJANAHARY ⁽¹⁾, A T RAJAONERA ⁽³⁾, L H SAMISON ⁽³⁾, H N RAKOTO RATSIMBA ⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Chirurgie Viscérale B, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Service de Chirurgie Viscérale A, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

Soumis le 15 janvier 2019

Accepté le 30 avril 2019

Disponible en ligne le 21 octobre 2019

RESUME

Introduction : Notre objectif est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et chirurgicaux des hémorragies digestives opérées. **Matériels et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA) Antananarivo sur une période de sept ans allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 Mars 2016. **Résultats :** Trente cas de patients étaient opérés. L'âge de nos patients variait de 3 à 84 ans, avec une moyenne de 48,7 ans. Le sex ratio était de 2,33. L'ulcère duodénal était la cause de l'hémorragie digestive chez 16 patients (53,33%). Dans 53,33% des cas, l'indication chirurgicale était l'état de collapsus cardio-vasculaire réfractaire à un remplissage vasculaire adéquat. Quarante pourcent des patients avaient bénéficié d'une suture par point en X au niveau du saignement actif. Dans 96,66% des cas, il n'y avait pas de récurrence. Un patient était décédé en peropératoire. **Conclusion :** Si dans la littérature, les hémostases sont endoscopiques dans 98,01% et seulement 1,99% des cas relèvent de la chirurgie, dans notre étude, la réanimation constitue la base du traitement. En cas d'échec uniquement, la chirurgie est recommandée. Ainsi, la chirurgie est indiquée en deuxième intention si la réanimation est inefficace. L'exploration peut être blanche, d'où l'intérêt des examens endoscopiques.

Mots clés : Chirurgie - Hémorragie digestive - Hémostase.

ABSTRACT

Background: The aim of this study is to describe the surgical, clinical and epidemiological aspects of the operated gastrointestinal bleeding. **Materials and Methods:** This is an observational, retrospective and descriptive study, executed at the Joseph Ravoahangy Andrianavalona University Academic Center (CHU-JRA) of Antananarivo for a period of 7 years from January 1st, 2009 to March 31st, 2016. **Results:** Thirty (30) patients were collected. The average age was 48.7 years old with extremes of 3 to 84 years old, predominantly male (sex ratio 2.33). Duodenal ulcer was the cause of gastrointestinal bleeding in 16 patients (53.33%). For 53.33% of the cases, surgical indication was cardiovascular collapse status refractory to resuscitation. Eighty percent of the patients benefited from X stitches in the active bleeding source. In 96.66% of the cases, there was no recurrence. One patient died in intraoperative. **Conclusion:** Surgery is indicated as a second resort if resuscitation fails. Exploration can be fruitless that is why we have interests in developing the endoscopic method for interventional and diagnosed aim. These latter, by their mini invasive approach, improve the management and the prognostic.

Keywords: Surgery - Gastrointestinal bleeding - Haemostasis.

INTRODUCTION

L'hémorragie digestive se définit par un saignement provenant du tube digestif. Elle constitue une urgence médico-chirurgicale dont la prise en charge doit être multidisciplinaire. Le taux de mortalité varie de 10 à 30% selon les étiologies [1]. L'examen clef reste les examens endoscopiques qui permettent de fournir des éléments diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques [2]. Le problème dominant est le risque imprévisible de récurrence, qui peut se faire sur un mode plus sévère que l'épisode initial. L'hémostase chirurgicale est parfois nécessaire lors de sa prise en charge. Notre étude a pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et chirurgicaux des hémorragies digestives opérées afin d'améliorer leur prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA) Antananarivo sur une période de 7 ans allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 Mars 2016.

Les critères d'inclusion étaient les patients hospitali-

sés en Réanimation Chirurgicale présentant une hémorragie digestive, indiqués pour une chirurgie d'hémostase. Les critères de non inclusion étaient les hémorragies digestives non opérées. Les critères d'exclusion étaient les patients sortis contre avis médical, dossiers incomplets (absence de compte-rendu opératoire dans le dossier).

Les paramètres étudiés étaient : la prévalence, l'âge, le genre, le type d'hémorragie digestive, le traitement médical avec le nombre de poches reçus, les indications chirurgicales, les lésions visibles lors de l'intervention, le geste chirurgical effectué et l'évolution clinique.

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RAHANTASOA Finaritra Casimir Fleur Prudence

Adresse : Service de Chirurgie Viscérale B
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy
Andrianavalona, Ampefiloha
101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 19 004 81

E-mail : rcasimirfleurprudence@gmail.com

RESULTATS

Données épidémiologiques

Durant notre période d'étude, 30 patients avaient été opérés suite à une hémorragie digestive.

Prévalence

Parmi les 19483 patients hospitalisés durant la période étudiée, les hémorragies digestives représentaient 0,08%, dont seulement 0,01% étaient opérées.

Age

L'âge moyen de nos patients était de 48,7 ans avec des extrêmes de 03 à 84 ans, et un pic de fréquence après 60 ans.

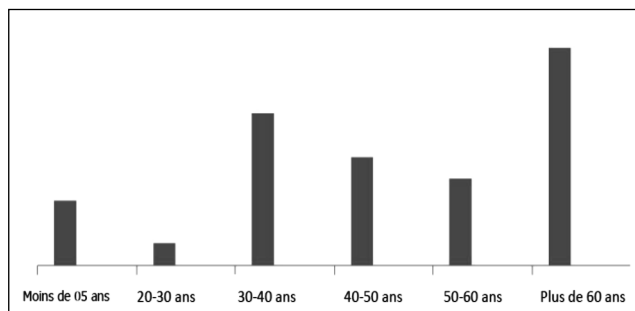


Figure 1 : Répartition des patients indiqués pour une chirurgie d'hémostase selon la tranche d'âge.

Genre

Durant la période d'étude, 30 patients dont 21 hommes et 9 femmes ont été opérés suite à une hémorragie digestive au CHUJRA avec un sex ratio à 2,33.

Tableau I : Aspects épidémiologiques, cliniques et chirurgicaux des patients opérés.

Variables	N	%
Age		
< 5 ans	3	10
20-30 ans	1	3,33
31-40 ans	7	23,33
41-50 ans	5	16,66
51-60 ans	4	3,33
> 60 ans	10	33,33
Genre		
Masculin	21	70
Féminin	9	30
Indication chirurgicale		
Choc hémorragique	16	53,33
Evergreen	14	46,67
Hémostase chirurgicale		
Suture par point en X	25	83,34
Pas de suture	5	16,66
Evolution		
Suites simples	29	96,66
Décès	1	3,33

Type d'hémorragie digestive

L'hémorragie digestive était haute chez 25 patients (83,33%), basse chez 5 patients (16,66%). Dans 53,33% des cas, l'indication chirurgicale était l'état de collapsus cardio-vasculaire réfractaire à la réanimation avec une pression artérielle systolique inférieure à 80 mm de Hg. Le taux d'hémoglobine moyenne était de 7,6g/dl avec des extrêmes de 4g/dl et de 10g/dl. Huit

patients avaient présenté une insuffisance rénale fonctionnelle. La moyenne du nombre de poches reçues par les patients était de 3 poches. L'origine du saignement était retrouvée dans 83,33% dont le siège était duodénal dans 48% avec un cas de fistule veino-duodénale. Le siège était gastrique dans 36%, rectal dans 8%. Une brèche jéjunale était découverte en peropératoire suite à une fistule aorto-prothétique, après la mise en place d'une prothèse tubulaire aorto-aortique.

Au cours des laparotomies exploratrices, 80% des patients avaient bénéficié d'une suture par point en X au niveau du saignement. Il n'y avait pas de récurrence dans 96,66% des cas. Un patient était décédé en peropératoire.

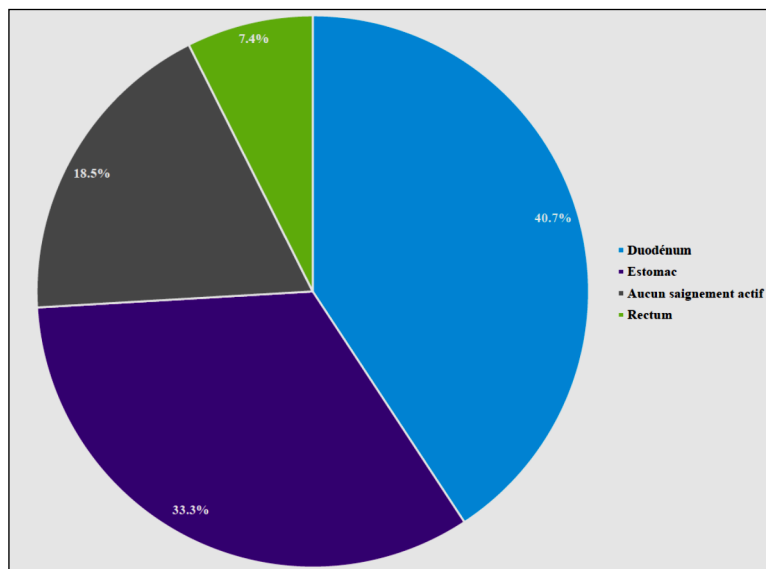


Figure 2 : Répartition des patients selon le siège du saignement au cours des laparotomies réalisées.

DISCUSSION

L'âge moyen de nos patients était de 48,7 ans avec des extrêmes de 3 à 84 ans contrairement aux données des pays développés comme en France. L'étiologie tumorale fréquente chez le sujet âgé de l'hémorragie digestive explique cette différence. [3-6].

Tableau II : Tableau de comparaison des moyennes d'âge [1, 3].

	France (2010)	Nouvelle-Zélande (2015)	Notre étude
Age moyen \pm ET	60,5 \pm 16,6 ans	60,67 \pm 17,96 ans	48,7 ans

Type d'hémorragie :

Dans la littérature, l'hématémèse représentait 46,2%, le méléna représentait 41,1%, l'hémorragie était mixte dans 12,7%. La cause du saignement était le plus souvent un ulcère peptique dans 56%, le syndrome de Mallory Weiss représentait 20% des cas, la cause tumorale dans 6% des cas, les lésions de Dieulafoy représentent 10% des cas. Les autres causes représentent 8% [6]. Dans notre étude, la cause ulcéreuse était fréquente, et on n'a trouvé aucun cas de syndrome de Mallory Weiss.

Dans les pays développés, le traitement est surtout endoscopique en urgence, et secondairement seule-

ment chirurgical, contrairement à notre cas qui n'inclut que les cas chirurgicaux. Le fait d'effectuer précocement l'endoscopie à visée diagnostique et thérapeutique dans les pays développés expliquerait la fréquence du diagnostic du syndrome de Mallory Weiss et des tumeurs digestives [7-8].

Indication chirurgicale :

Dans la littérature Européenne, devant un tableau d'hémorragie digestive récidivante, d'altération de l'état de choc hémodynamique, d'asthénie fonctionnelle marquée, d'anémie sévère à inférieure à 6g/dl [3, 8], l'absence de visibilité du saignement aux examens endoscopiques, l'échec de l'embolisation, la chirurgie d'hémostase par voie laparoscopique permet de faire l'hémostase. L'indication chirurgicale est également posée devant des moyens de réanimation inefficace. Une analyse de régression logistique multivariée japonaise a retenu également sept paramètres prédictifs significatifs dans le modèle : la pression artérielle systolique <100 mmHg, la syncope, l'hématémèse, le taux d'hémoglobine <10 g/dl, l'urée sanguine $\geq 22,4$ mg/dl, le taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min/1,73m², et des antiagrégants plaquettaires [6]. En effet, d'après le score de Haka, les facteurs prédictifs les plus reconnus sont : la prise d'AINS, le collapsus cardio-vasculaire, le taux d'hémoglobine inférieur à 100 mg/dl et un taux d'albumine inférieur à 38 g/l.

Place de l'endoscopie dans le traitement :

Si dans la littérature, l'hémostase est endoscopique dans 98%, et seulement 2% des cas relèvent de la chirurgie ; dans notre étude, la réanimation constitue la base du traitement, et c'est en cas d'échec uniquement que la chirurgie est recommandée, vu l'inaccessibilité au traitement hémostatique endoscopique dans notre centre [9, 10]. La fibroscopie en urgence permet l'exploration du tractus œsogastroduodénal [7, 11]. Elle est réalisable chez un sujet non choqué ou déchoqué.

Si l'hémorragie est active pendant la fibroscopie ou s'il y a risque de récurrence de l'hémorragie (critères endoscopiques) : soit il faudra injecter in situ per endoscopique une solution à visée hémostatique, ou bien faire une électrocoagulation per endoscopique ; en cas d'échec : le traitement chirurgical est proposé [9-11].

Limites de l'étude :

Notre étude avait une puissance statistique faible pouvant remettre en cause son extrapolation dans la pratique quotidienne. Nous avons également réalisé une étude rétrospective, exposant l'étude à un biais de classement par défaut de données.

CONCLUSION

Les principales indications chirurgicales d'hémostase d'une hémorragie digestive sont aujourd'hui : les hé-

morragies cataclysmiques (état hémodynamique non contrôlé malgré les transfusions sanguines) et les récurrences malgré le traitement anti-ulcéreux antérieur [12-15]. Il est licite de poursuivre la réanimation pour se donner un délai supplémentaire pendant lequel bon nombre d'hémorragies vont s'arrêter.

REFERENCES

- Hochain P. Epidémiologie des hémorragies digestives aiguës. In: Pateron D ed. Prise en charge des hémorragies digestives. Paris: Masson, 2002.
- Lamare L. Hémorragie digestive. La Collection Hippocrate 2005;1-11-205.
- Nable JV, Graham AC. Gastrointestinal bleeding. Emerg Med Clin North Am 2016;34(2):309-25. DOI: 10.1016/j.emc.2015.12.001.
- Johnson JO. Diagnosis of acute gastrointestinal hemorrhage and acute mesenteric ischemia in the era of multidetector row CT. Radiol Clin North Am 2012;50(1):173-82. DOI: 10.1016/j.rcl.2011.09.001.
- Zimmerman HM, Curfman KL. Acute gastrointestinal bleeding. AACN Adv Crit Care 1997;8(3):449-58.
- Chong V, Hill AG, MacCormick AD. Accurate triage of lower gastrointestinal bleed (LGIB) - a cohort study. Int J Surg 2016;25:19-23. DOI: 10.1016/j.ijss.2015.11.003.
- Ahn DW, Park YS, Lee SH, et al. Clinical outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding after hours: the role of urgent endoscopy. Korean J Intern Med 2016;31(3):470-8. DOI: 10.3904/kjim.2014.099.
- Bourienne A, Pagenault M, Heresbach D. Étude prospective multicentrique des facteurs pronostiques des hémorragies ulcéreuses gastroduodénales. Gastroenterol Clin Biol 2000;24(2):193-200. DOI: GCB-02-2000-24-2-0399-8320-101019-ART7.
- Ali T, Harty RF. Stress-induced ulcer bleeding in critically ill patients. Gastroenterol Clin North Am 2009;38(2):245-65. DOI: 10.1016/j.gtc.2009.03.002.
- Menn AM, de Min V, Bleichner G. Orientation du malade au sortir du service des urgences après une hémorragie digestive. In: Pateron D ed. Prise en charge des hémorragies digestives. Paris: Masson;2002.
- Cooper GS, Chak A, Way LE, et al. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointest Endosc 1999;49(2):145-152.
- Bulois P, Sergent-Baudson G, L'Herminé C, Paris JC. Hémorragies digestives et radiologie interventionnelle. EMC Hépatogastroentérologie 2005;9-006-A-12:388-99. DOI: 10.1016/S1155-1968(05)27462-X.
- Pauwels A. Que faire en cas d'échec des traitements pharmacologiques et endoscopiques ? Gastroenterol Clin Biol 2004;28(Suppl 1):194-202. DOI: 10.1016/S0399-8320(04)95256-6.
- Sousa M, Gomes A, Pignatelli N, Nunes V. Massive gastrointestinal bleeding after chemotherapy for gastric lymphoma. Int J Surg Case Rep 2016;21:41-3. DOI: 10.1016/j.ijscr.2016.02.017.
- Fournet J. Les hémorragies digestives. Corpus Médical (Faculté de Médecine de Grenoble) 2003;205:5p.