



FACULTE DE MEDECINE
UNIVERSITE D'ANTANANARIVO



Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etude de Formation Spécialisée
en Chirurgie Générale

**INDICATIONS CHIRURGICALES D'HÉMOSTASE EN URGENCE
DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE JOSEPH RAVOAHANGY
ANDRIANAVALONA**

Présentée par

RAHANTASOA FINARITRA CFP, RAZAFINDRAHITA JBA, RAJAONARIVONY T, SAMISON LH,
RAKOTO RATSIMBA HN

Plan

Introduction


I. Patients et méthode

II. Résultats

III. Discussion

Conclusion

Introduction

- **Hémorragie digestive (HD)** : saignement provenant du tube digestif
- Taux de mortalité : 10 à 30% selon les étiologies [1]
- Urgence médico-chirurgicale  PEC multidisciplinaire
- Endoscopie : examen clef diagnostique et thérapeutique[2]

1. Hochain P. *Epidémiologie des hémorragies digestives aiguës*. In: Pateron D ed. *Prise en charge des hémorragies digestives*. Paris: Masson, 2002.

2. Lamare L. *Hémorragie digestive*. La Collection Hippocrate 2005;1-11-205.

Introduction (2)

Problématique

La chirurgie constitue-t-elle une alternative des gestes endoscopiques d'hémostase si le plateau technique fait défaut à Madagascar

Objectif principal : décrire les indications et les résultats des hémorragies digestives opérées afin d'améliorer leur prise en charge

Patients et méthode

- **Cadre de l'étude** : Centre Hospitalier Joseph Ravoahangy Andrianavalona (chirurgie viscérale, urgences chirurgicales, réanimation chirurgicale)
- **Type d'étude** : Observationnelle, descriptive, rétrospective
- **Période de l'étude** : Sept ans allant du janvier 2009 au mars 2016

Patients et méthode (2)

Critères d'inclusion

- Hémorragie digestive ayant bénéficié une chirurgie d'hémostase

Critères d'exclusion

- Absence de protocole opératoire dans les dossiers

Patients et méthode (3)

- Variables étudiées
 - Age
 - Genre
 - Prévalence
 - Type d'hémorragie digestive
 - Traitement médical

Patients et méthode (4)

- Variables étudiées
 - Indications chirurgicales
 - Lésions visibles peropératoires
 - Geste chirurgical effectué
 - Evolution clinique

Résultats

Epidémiologie

- Trente patients retenus
- Prévalence : 0,08% des patients hospitalisés durant la période étudiée
- Sex ratio = 2,33
- Age médian de 48,7 ans (03 ans à 84 ans)

Résultats (2)

Type d'hémorragie digestive

- HD haute : 83,33% (n=25)
- HD basse : 16,66% (n=05)

Traitement médical

- Mesure de réanimation (100%)
- Transfusion de culot globulaire : 03 poches en moyenne

Résultats (3)

Indications chirurgicales :

- Choc hémorragique 53,33 %
- Evergreen 46,67 %

Résultats (3)

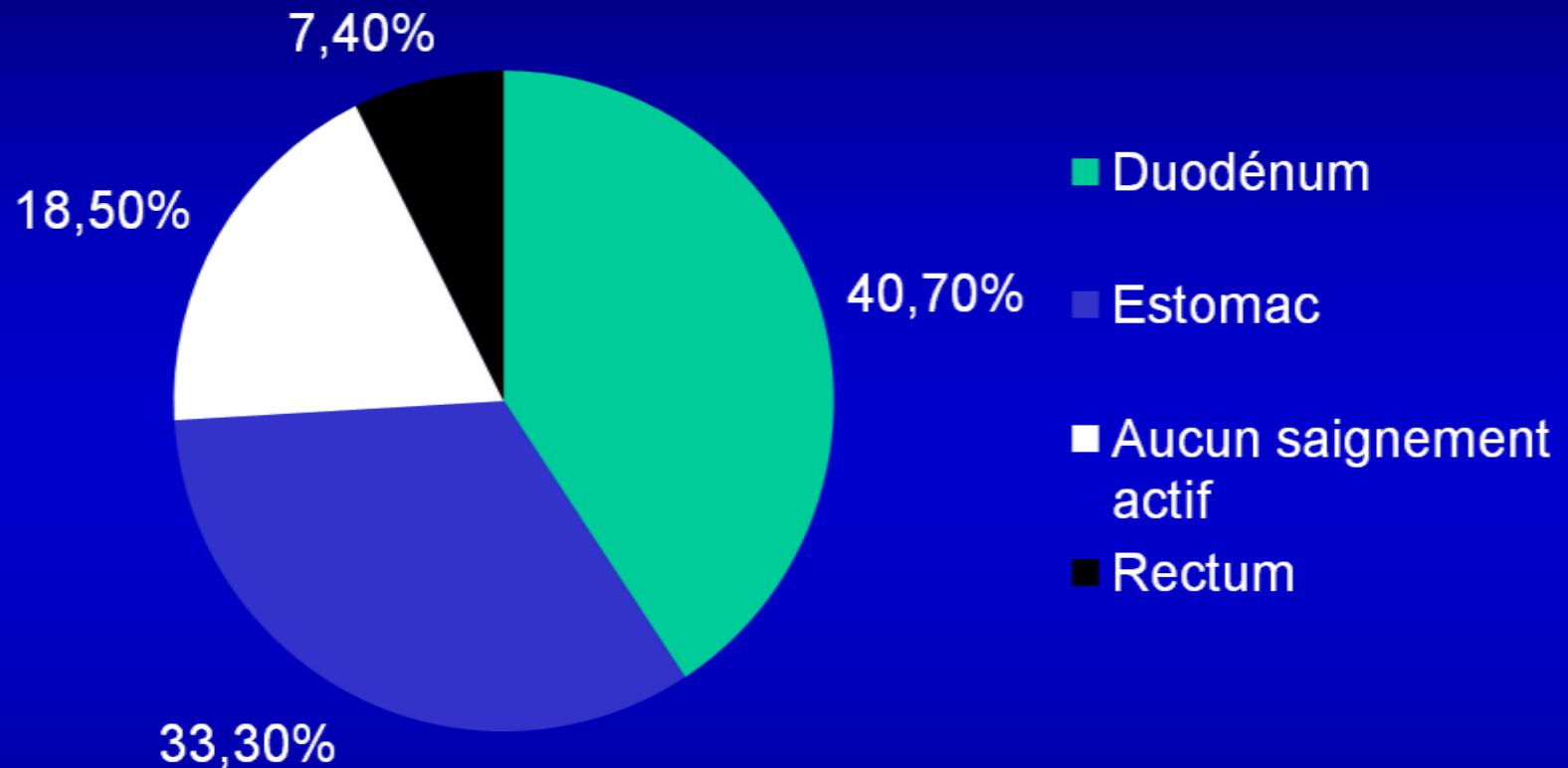


Figure 2 : Répartition des patients selon le siège du saignement au cours des laparotomies réalisées

Résultats (4)

Hémostase chirurgicale

- Suture par point en X : 83,34 %
- Pas de suture : 6,66 %

Evolution

- Suites simples : 96,66%
- Décès : 3,33 %

Discussion

Age

Dans notre étude : Population jeune (48,7 ans)

France : Sujet âgé [3] (Etiologie tumorale)

Type de l'hémorragie

Dans notre étude : Hématémèse + Méléna > Rectorragie

⇒ Etiologie : Ulcère gastroduodéal

Discussion (2)

Type de l'hémorragie

Dans la littérature :

- Ulcère peptique (56%)
- Syndrome de Mallory Weiss (20%)
- Tumeurs digestives (06%)
- Lésions de Dieulafoy (10%)

Gestes endoscopiques précoces dans les pays développées [4]

4. 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.

Discussion (3)

Indication chirurgicale

- Dans notre étude : Choc hémorragique
- Littérature Européenne :
 - Transfusion de plus de 5 poches de CG
 - Etat de choc hémodynamique
 - Anémie sévère (Hémoglobine inférieur à 6g/dl) [3,5]

3. Nable JV, Graham AC. Gastrointestinal bleeding. *Emerg Med Clin North Am* 2016;34(2):309-25.

DOI: 10.1016/j.emc.2015.12.001.

5. Bourienne A, Pagenault M, Heresbach D. Étude prospective multicentrique des facteurs pronostiques des hémorragies ulcéreuses gastroduodénales. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24(2):193-200.

Discussion (4)

Indication chirurgicale

- Absence de visibilité du saignement aux examens endoscopiques
- Echec de l'embolisation
- Moyens de réanimation inefficace

Discussion (5)

Algorithme décisionnel

- Etude japonaise [6] :
 - PAS <100 mmHg, Syncope
 - Hématémèse
 - Hémoglobine <10 g/dl
 - Sous antiagrégants plaquettaires
 - Urée $\geq 22,4$ mg/dl
 - Clearance inférieure à 60ml/min/1,73m²

Discussion (6)

- Selon le score de Haka [6] :
 - Prise d'AINS
 - Collapsus cardio-vasculaire
 - Taux d'hémoglobine inférieur à 100 mg/dl
 - Taux d'albumine inférieur à 38 g/l

Discussion (7)

Place de l'endoscopie

- Dans la littérature : Hémostase endoscopique réalisé dans 98% des cas [7]
- Soit :
 - Injection in situ per endoscopique d'une solution hémostatique
 - Electrocoagulation per endoscopique
 - Si échec : chirurgie

Discussion (8)

Place de l'endoscopie

- Dans notre étude : Chirurgie recommandée en cas d'échec de la réanimation
- Traitement hémostatique endoscopique inaccessible

[8]

8. 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.

Conclusion

- Chirurgie d'hémostase d'une hémorragie digestive :
A défaut d'hémostase endoscopique devant un saignement cataclysmique, récidivant
- Place importante de la réanimation et de l'endoscopie digestive avant d'aborder la chirurgie

MERCI DE VOTRE AIMABLE ATTENTION