



# Prise en charge chirurgicale d'un ulcère gastroduodénal hémorragique et cataclysmique dans un centre sans endoscopie

Razafindraibe VB, Rasataharifetra H, Jonatana AD, Samison LH,  
Rakotoarijaona AH

# Plan

- ❑ Introduction
- ❑ Matériels et méthode
- ❑ Résultats
- ❑ Discussion
- ❑ Conclusion

# Introduction (1)

- ❑ Hémorragie digestive haute est fréquente.
- ❑ Problème de santé publique, Incidence 48 à 160 cas pour 100 000 adultes / année\*
- ❑ Hémorragie sur ulcère: 30% HD haute\*\*
- ❑ Révélation spectaculaire
- ❑ Gravité dépend choc hypovolémique associé.

· Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med. Jan 19 2010;152(2):101-113.

\*\* Di Fiore F, Leclaire S, Merle V, Herve S, Duhamel C, Dupas JL, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005; 17 : 641-7.

# Introduction (2)

## □ Objectif

Présenter prise en charge chirurgicale des patients ayant une hémorragie digestive haute d'origine ulcéreuse dans un centre non équipé en endoscopie.

# Matériels et méthode (1)

- ❑ **Type d'étude** : une étude monocentrique rétrospective et descriptive
- ❑ **Durée** : 2 ans (2018-2020)
- ❑ **Lieu** : Service Chirurgie générale, Réanimation du CHU Analankininina Toamasina

## Matériels et méthode (2)

- ❑ **Population:** Patients ayant une hémorragie digestive haute d'origine ulcéreuse
- ❑ **Critère d'inclusion:** Patient avec état de choc hypovolémique
- ❑ **Critère d'exclusion:** Patient stable sans état de choc hypovolémique

# Matériels et méthode (3)

## □ Paramètres analysés:

- l'âge et le genre
- le taux d'hémoglobine à l'admission
- le traitement effectué
- l'abord pour l'hémostase
- la durée
- le profil évolutif de ces hémorragies digestives

# Résultats (1)

- ❑ 87 cas répertoriés d'hémorragie digestive haute:
  - 40 cas (45,95%): **origine ulcéreuse**
  - 47 cas: autres causes
  
- ❑ 22 patients avec état de choc hypovolémique recrutés



## Résultats (2)

- ❑ Age moyen 51,36 ans, extrême de 35 à 70 ans
- ❑ Sex ratio: 6,33 à prédominance masculine  
86.36% (n=19) homme 13.64% (n=3) femme.
- ❑ Taux d'hémoglobine moyen: 5,77 g/dl, extrême de 3 à 8 g/dl
- ❑ Durée d'hospitalisation moyenne: 7.95 jours

## Résultats (3)

### □ Après réanimation

- 72.73% (n=16) : hémorragie jugulée par traitement médical
- **27.27% (n=6) : indication chirurgicale**
  - 83,33% (n=5) : gastrotomie + suture hémostatique en X
  - 16,67% (n=1) : duodénotomie + suture hémostatique en X

## Résultats (4)

□ Tableau I : Répartition selon le taux d'hémoglobine

Hémoglobine (g/dl)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
3	2	9,09
4	1	4,55
<b>5</b>	<b>7</b>	<b>31,82</b>
6	5	22,73
7	4	18,18
8	3	13,64
Total	22	100

## Résultats (4)

□ Tableau II : Répartition selon l'évolution des patients

Evolution	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Favorable	18	81,82
Décès	1	4,55
Récidive hémorragique	3	13,64
Total	22	100

# Discussion (1)

## ❑ Cause de l'hémorragie digestive: Ulcère hémorragique

Notre étude

45,95%

Randriamparany\*

60%

Mekkaoui\*\*

46%

Razafimahefa\*\*\*

41,93%

\* Randriamparany RN. Les ulcères gastro-duodénaux hémorragiques vus au service de chirurgie viscérale B du CHUA-JRA [thèse]. Médecine humaine : Antananarivo; 2016. 70p.

\*\* Mekkaoui A El, Mellouki I, Berraho MA. Épidémiologie, étiologie et évolution des hémorragies digestives hautes au centre hospitalier universitaire de Fès, Maroc. Acta Endosc. 2011; 41:337-43.

\*\*\* 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. méd. Madag. 2011 ; 1(1) : 6-10.

# Discussion (2)

## □ Age moyen

Notre étude	Rahantaso <sup>*</sup>	Bouali <sup>**</sup>	Chong <sup>***</sup>	Cheyne <sup>****</sup>
51,36 ans	48,7 ans	50 ans	60,5 ans	70 ans

➤ Prise de médicaments gastrototoxiques chez les sujets âgés

<sup>\*</sup> Rahantaso CFPF, Rajaonarivony T, Rasoaherinomenjanahary F, Rajaonera AT, Samison LH, Rakoto Ratsimba HN. Indications chirurgicales d'hémostase en urgence des hémorragies digestives au centre hospitalier universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo. Rev. Anesth.-réanim. Med. Urg. Toxicol. 2019 (janvier-juin);11(1) : 5-7.

<sup>\*\*</sup> Bouuniverali R, Ennaiffer R, Lachiheb F, Bizid S, Hatem B A, Abdelli N. Profil épidémiologique des ulcères gastro-duodénaux hémorragiques: à propos de 733 cas. Tunisie Chir. 2007; 2: 34-9.

<sup>\*\*\*</sup> Chong V, Hill AG, MacCormick AD. Accurate triage of lower gastrointestinal bleed (LGIB) - a cohort study. Int J Surg 2016;25:19-23

<sup>\*\*\*\*</sup> Cheyne N, Peschaud F, Hagry O, Rat P, Ognois-Ausset P, Favre JP. Ulcère gastroduodénal hémorragique : résultat du traitement chirurgical. Ann Chir 2001 ; 126 :232-5.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Van Leerdam ME. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008; 22:209-24][ Ohmann C, Imhof M, Ruppert C. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. Scand J Gastroenterol. 2005; 40:914-20.

## Discussion (3)

- Population vieille dans les pays avancés
- Précocité âge d'entrée dans la vie active des jeunes dans les pays en voie de développement \*
- Intoxications alcooliques et tabagiques \*

# Discussion (4)

## □ Genre :

- Résultat superposable aux études africaines: prédominance masculine \*
- Exposition plus fréquente des hommes aux facteurs de risque ulcéreuse \*\*

· Randriamparany m. Les ulcères gastro-duodénaux hémorragiques vus au service de chirurgie viscérale B du CHUA-JRA [thèse]. Médecine humaine : Antananarivo; 2016. 70 p.

\*\* Lovahasina V. Facteurs de risque des complications des ulcères gastroduodénaux dans le CHU-JRA Antananarivo [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo; 2013. 62 p



# Discussion (5)

## □ Traitement :

➤ Traitement médical basé sur des inhibiteurs à pompe à proton \*

bolus de 80mg en intraveineuse + perfusion 8 mg/h pendant 3 jours \*\*

\* Lau JY, Sung JJ, Lee KK, Yung MY, Wong SK, Wu JC, et al. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. N Engl J Med 2000;343:310-6.

\*\* Lesur G, Artru P, Mitry E. Hémorragies digestives ulcéreuses : histoire naturelle et place de l'hémostase endoscopique. Gastroenterol Clin Biol 2000;24:656-66.

## Discussion (6)

- Ascension pH gastrique à 6 => effet stabilisant sur l'hémostase\*
- Risque de récurrence inférieur à 10 %
- En revanche, l'éradication de l'hélicobacter annule le risque de récurrence hémorragique à moyen et long termes\*

\* Lesur G, Artru P, Mitry E. Hémorragies digestives ulcéreuses : histoire naturelle et place de l'hémostase endoscopique. Gastroenterol Clin Biol 2000;24:656-66.

# Discussion (7)

## Dans les pays développés

- Embolisation artérielle indiquée si échec geste d'hémostase endoscopique en cas de récurrence hémorragique\*
- Chirurgie indiquée dans 10 à 15 % des cas\*\*

\* Bardou M, Barkun A. Traitement médical de l'ulcère gastroduodénal hémorragique (UGDH) : ce qui est prouvé. Post'U ; (2011) : 279-286.

\*\* Di Fiore F, Leclaire S, Merle V, Herve S, Duhamel C, Dupas JL, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005; 17 : 641-7.

# Discussion (8)

## Buts de la chirurgie

- Réaliser une hémostase par suture locale du foyer hémorragique\*
- Faire un traitement radical : vagotomie tronculaire, antrectomie voire une gastrectomie partielle\*\*

\* Mutter D, Marescaux J. Traitement chirurgical des complications des ulcères gastroduodénaux. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-326, 2007, 9p.

\*\* Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today: indication, technique and outcome. Langenbecks Arch Surg 2000;385:84-96.

# Discussion (9)

## Techniques chirurgicales

- Gastrotomie exploratrice verticale à mi-distance des deux courbures: 5 à 10 cm\*
- Ulcère gastrique: lésion ulcérée sur la petite courbure +++, à proximité du pédicule vasculaire gastrique gauche \*

\* Mutter D, Marescaux J. Traitement chirurgical des complications des ulcères gastroduodénaux. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-326, 2007, 9p.

# Discussion (10)

- Ulcère duodéal: duodenotomie longitudinale (ulcère calleux postérieur +++)\*
- Points de suture en X ou en U au fond de l'ulcère = moins de récurrence\*\*

\* Mutter D, Marescaux J. Traitement chirurgical des complications des ulcères gastroduodénaux. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-326, 2007, 9p.

\*\* Pautrat K, Valleur P, Pocard M. Chirurgie de l'ulcère duodéal hémorragique en extrême urgence. J Chir. 2007 ; 144 (3) : 231-235.

# Discussion (11)

- Fermeture par pyloroplastie ou une antrectomie avec vagotomie (ulcère de grande taille)\*
- Selon Rahantasoa\*\* 80% des patients ont une suture par point en X du site de saignement et ils n'ont rapporté aucune récurrence hémorragique.

\* Pautrat K, Valleur P, Pocard M. Chirurgie de l'ulcère duodénal hémorragique en extrême urgence. J Chir. 2007 ; 144 (3) : 231-235.

\*\* Rahantasoa CFPF, Rajaonarivony T, Rasoaherinomenjanahary F, Rajaonera AT, Samison LH, Rakoto Ratsimba HN. Indications chirurgicales d'hémostase en urgence des hémorragies digestives au centre hospitalier universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo. Rev. Anesth.-réanim. Med. Urg. Toxicol. 2019 (janvier-juin);11(1) : 5-7.

# Discussion (12)

## □ Selon l'évolution :

- Notre série: 81,82% évolution favorable.
- Littérature\*:
  - 80% arrêt spontané et
  - 20% récurrence hémorragique (mortalité élevée)

\* Di Fiore F, Leclaire S, Merle V, Herve S, Duhamel C, Dupas JL, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005; 17 : 641-7.



# Conclusion

- ❑ Réanimation adaptée + traitement médical IPP  
systématiques
- ❑ Ulcère hémorragique + Etat de choc + Centre sans  
endoscopie → Chirurgie impérative

Merci de votre aimable attention